

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K DENGAN  
STROK NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA  
RSUD SANJIWANI GIANYAR  
TANGGAL 25 – 28 APRIL 2016**



**Diajukan Oleh :**

**NI MADE DEWI ANDHAYANI**

**NIM : 13E10993**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI  
DENPASAR**

**2016**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K DENGAN STROK  
NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA  
RSUD SANJIWANI GIANYAR  
TANGGAL 25 – 28 APRIL 2016**



**LAPORAN KASUS**

Diajukan sebagai salah satu persyaratan  
dalam menyelesaikan Pendidikan  
pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES BALI

**Diajukan Oleh :**

**NI MADE DEWI ANDHAYANI**

**NIM : 13E10993**

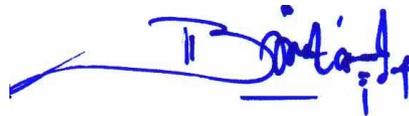
**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI  
DENPASAR**

**2016**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR TANGGAL 25 – 28 APRIL 2016” telah mendapatkan persetujuan pembimbing dan dapat diajukan dihadapan Tim Penguji Laporan Kasus pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES BALI.

Denpasar, 27 Mei 2016  
Pembimbing



(Ni Luh Putu Inca Buntari Agustini, S.Kep.,Ns., MNS)  
NIR/NIDN. 08070/0802087802

## PERNYATAAN PENGESAHAN

Laporan kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR TANGGAL 25 – 28 APRIL 2016” telah disajikan di depan dewan penguji pada tanggal 13 Juni 2016 dan diterima serta disahkan oleh Dewan Penguji Ujian Akhir Program Studi D III Keperawatan STIKES Bali.

Denpasar, 13 Juni 2016

Disahkan oleh :

Dewan Penguji Ujian Akhir Program

1. A.A.A Yuliati Darmini, S.Kep.,Ns,MNS  
NIR/NIND: 08070/0802087802



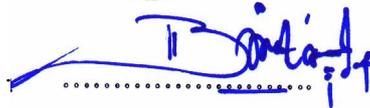
.....

2. Ida Ayu Putu Wiyati, S.Kep.,Ns  
NIP. 196906011992032007



.....

3. Ni Luh Putu Inca Buntari A, S.Kep.,Ns.,MNS.  
NIR/NIDN:08070/0802087802



.....



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa (Ida Sang Hyang Widhi Wasa), karena berkat rahmat beliaulah laporan studi kasus yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K. DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR 25 – 28 APRIL 2016” dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Laporan kasus ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan di Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali. Dalam penyusunan laporan kasus ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, arahan, dan bantuan dari berbagai pihak sehingga laporan kasus ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak dr.Ida Komang Upeksha, selaku Direktur Utama Badan Rumah Sakit Umum Sanjiwani Gianyar beserta staf yang telah memberikan ijin dan kesempatan kepada penulis untuk mengambil kasus.
2. Bapak Drs. I Ketut Widia, BN.Stud.,M.M, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali beserta staf yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan kepada penulis khususnya yang terkait dalam penyusunan laporan kasus.

3. Bapak Ns I Gede Satria Astawa,S.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali beserta staf yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menerapkan ilmu dan keterampilan dalam penyusunan laporan kasus ini.
4. I Gusti Ngurah Putu Susila, A.Md.Kep.SKM.M.Kes selaku Kepala Ruangan Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar beserta staf yang telah memberikan bantuan dan informasi yang diperlukan selama penyusunan laporan kasus ini.
5. Ida Ayu Putu Wiyati, S.Kep.,Ns selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk dalam penyusunan dan penyempurnaan laporan kasus ini.
6. Ibu Ni Luh Putu Inca Buntari Agustini, S.Kep.,Ns.,MNS selaku pembimbing yang juga telah memberikan bimbingan, arahan, dan petunjuk dalam penyusunan dan penyempurnaan laporan kasus ini.
7. Seluruh staf dosen Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali atas segala bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Pasien WK beserta keluarga atas kesediannya untuk dijadikan kasus serta ketulusan hatinya untuk memberikan informasi yang penulis perlukan dalam penyusunan laporan kasus ini.
9. Bapak dan Ibu beserta keluarga tercinta di rumah yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak memberikan dorongan moral maupun material, dukungan dan motivasi serta semua pihak yang

membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan studi kasus ini, semoga selalu saling menyayangi, rukun dan damai dalam lingkungan-Nya.

10. Semua rekan mahasiswa dan mahasiswi yang telah turut memberi masukan dan saran dalam penyusunan laporan kasus ini.

Semoga segala bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan imbalan dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis menyadari sepenuhnya laporan ini masih belum sempurna seperti pepatah “tak ada gading yang tak retak”, oleh karena itu segala pendapat, saran dan kritikan yang sifatnya membangun akan sangat penulis harapkan untuk penyempurnaan laporan kasus ini. Akhir kata penulis berharap laporan kasus ini dapat berguna bagi kita semua.

Denpasar, Mei 2016

Penulis



DFTAR

LAMPIRAN

.....  
.....

xi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

.....  
.....

1

B. Tujuan Penulisan

.....  
.....

4

C. Metode Penulisan

.....  
.....

5

D. Sistematika Penulisan

.....  
.....

5

BAB II TINJAUAN TEORITIS DAN TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Teoritis

.....  
.....

6

1. Konsep Dasar SNH

6

a. Pengertian

.....  
.....

6

b. Patofisiologi

.....  
.....

7

c. Pemeriksaan Diagnostik

.....  
.....

18

d. Penatalaksanaan Medis

.....  
.....

19

2. Konsep Dasar Keperawatan SNH

21

a. Pengkajian

.....  
.....

21

b. Perencanaan

.....  
.....

30

c. Pelaksanaan

.....  
.....

45

d. Evaluasi

.....  
.....

46

**B. Tinjauan**

**Kasus**

.....  
.....

48

1. Pengkajian

48

2. Perencanaan

70

3. Pelaksanaan

78

4. Evaluasi .....

92

**BAB III PEMBAHASAN .....**

94

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

94

**B. Perencanaan .....**

.....	
98	
C. Pelaksanaan .....	
.....	
100	
D. Evaluasi .....	
.....	
100	

BAB IV PENUTUP

102	
A. Kesimpulan	
	102
B. Saran	
	103

DAFTAR

PUSTAKA

105	
-----	--

LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

### Tabel

1. ANALISA DATA KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K. DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR TANGGAL 25 APRIL 2016  
64
2. RENCANA KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K. DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR TANGGAL 25 APRIL 2016  
70
3. PELAKSANAAN KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K. DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR TANGGAL 25 – 28 APRIL 2016  
78
4. CACATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K. DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR TANGGAL 26 APRIL 2016.....  
88
5. CACATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K. DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR TANGGAL 27 APRIL 2016.....  
90
6. EVALUASI KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K. DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR TANGGAL 28 APRIL 2016  
92

## DAFTAR BAGAN

### Bagan

1.1 WOC STROKE .....	
47.....	

## **BAB I**

### **A. Latar Belakang**

Kemajuan peradaban manusia sudah semakin berkembang pesat di segala bidang kehidupan. Ilmu pengetahuan dan teknologi dewasa ini menjadi bagian dari yang tidak terpisahkan dari kehidupan masyarakat moderen. Kesibukan yang luar biasa terutama di kota besar membuat manusia terkadang lalai terhadap kesehatan tubuhnya. Pola makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja berlebihan serta konsumsi makanan cepat saji sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menimbulkan masalah kesehatan yang berdampak pada salah satu penyakit yaitu stroke (Muttaqin,2008:235)

Penyebab stroke adalah pecahnya (ruptur) pembuluh darah di otak dan atau terjadinya thrombosis dan emboli. Gumpalan darah akan masuk kealiran darah sebagai akibat dari penyakit lain atau karena adanya bagian otak yang cedera dan menutup atau menyumbat arteri otak. Secara sederhana stroke didefinisikan sebagai gangguan otak paling destruktif dengan konsekuensi berat, termasuk beban psikologis, fisik, dan keuangan yang besar pada pasien, keluarga pasien, dan masyarakat (Muttaqin,2008:235)

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga tersering di negara maju seperti di Amerika Serikat. Prevalensinya meningkat sampai 40% pada usia 80 tahun dan 43% pada usia 85 tahun (WHO, 2013). Sedangkan di Indonesia stroke merupakan penyebab utama kematian dengan prevalensi 7% dan di Bali sebesar 6,2 % (Riset Kesehatan Dasar, 2013). Berdasarkan data dari rekam medik di RSUD Sanjiwani Gianyar selama 3 bulan terakhir dari bulan Januari s/d Maret diperoleh data pasien yang masuk rumah sakit sebanyak 9.513 orang dan di ruang Sahadewa 609 orang. Kasus stroke non hemoragik dalam tiga bulan terakhir dari bulan Januari s/d Maret 2016 sejumlah 77 orang dengan presentase 12,6%

Bila penyakit Stroke Non Hemoragik tidak tertangani, dampaknya akan berimbas pada keadaan psikologis pasien. Pasien stroke cenderung tidak bisa melakukan kegiatan apapun, semua kegiatan hariannya di bantu sepenuhnya oleh keluarga atau perawat. Hal tersebut dapat membuat pasien stroke mengalami depresi hal ini berdampak pada status ekonomi dan penurunan kualitas hidup.

Sebagai seorang perawat yang profesional, di harapkan dapat berkontribusi dalam pelaksanaan proses asuhan keperawatan. Proses asuhan keperawatan mempunyai peranan penting dalam keberhasilan penyelamatan maupun rehabilitasi klien dengan stroke non hemoragik di instansi rumah sakit. Hasil dari asuhan keperawatan dapat sesuai dengan

yang diharapkan bilamana dilakukan secara professional. Maka dari itu peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan agar tidak menimbulkan komplikasi yang lebih parah lagi.

Adapun perawatan yang dapat diberikan antara lain melatih mobilisasi dini bila kondisi neurologis dan hemodinamik stabil, latihan mobilisasi pasif pada pasien yang belum boleh bergerak yaitu melakukan perubahan posisi badan dan ekstremitas tiap 2 jam untuk mencegah dekubitus, latihan gerakan sendi anggota badan secara pasif untuk mencegah kontraktur, pemberian obat-obatan untuk mengontrol hipertensi serta obat untuk memperbaiki status neurologis

Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk mengangkat kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN W.K. DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SADAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR TANGGAL 25 – 28 APRIL 2016” dengan harapan dapat meningkatkan mutu pelayanan perawatan sehingga dapat meminimalkan dampak serta komplikasi lebih lanjut dari stroke

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulis mampu menggambarkan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio-psiko-sosio-spiritual pada klien dengan stroke non hemoragik dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian kepada pasien dengan stroke non hemoragik
- b. Mampu menyusun diagnose keperawatan kepada pasien dengan stroke non hemoragik
- c. Mampu menyusun rencana keperawatan kepada pasien dengan stroke non hemoragik
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan kepada pasien dengan stroke non hemoragik

- e. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan kepada pasien dengan stroke non hemoragik
- f. Melaksanakan pendokumentasian keperawatan kepada pasien dengan stroke non hemoragik

### **C. Metode Penulisan**

Metode yang digunakan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah metode studi kasus dengan tehnik pengumpulan data yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

### **D. Sistematika Penulisan**

Secara garis besar laporan kasus ini dibagi menjadi empat bab yaitu : Bab I yaitu pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang, tujuan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II yaitu Tinjauan Teoritis dan Tinjauan Kasus yang terdiri dari: tinjauan teoritis yang menguraikan tentang konsep dasar Stroke Non Hemoragik terdiri dari pengertian, patofisiologi, pemeriksaan diagnostic dan penatalaksanaan medis, konsep dasar asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Bab III yaitu pembahasan yang menguraikan tentang kesenjangan antara teori dan kasus yang terdiri dari

pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Bab IV yaitu penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS DAN TINJAUAN KASUS

#### A. Tinjauan Teoritis

##### 1. Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik

###### a. Pengertian

Stroke adalah salah satu manifestasi neurologik yang umum, dan mudah dikenal dari penyakit-penyakit neurologik lain oleh karena mula timbulnya mendadak dalam waktu yang singkat (Priguna Sidharta, 2012, hal.260)

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah otak terganggu (Dr. M.N. Bustan, 2007:79).

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologi mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak (Nanda NIC-NOC, 2015, hal 151).

Klasifikasi Stroke Berdasarkan patologi serangannya  
( Dr.M.N. Bustan, 2007 )

- 1) Stroke infark 6
- 2) Pendarahan intra serebral
- 3) Pendarahan subarachnoid.

Klasifikasi Stroke berdasarkan Manifestasi klinisnya (Padila, 2012)

- 1) Serangan Iskemia Sepintas (Transient Attack/ TIA)
- 2) Stroke Iskemia ( Stroke non Hemoragik)
- 3) Stroke Hemoragik

4) Gangguan pembuluh darah otak lain

**b. Patofisiologi**

1) Etiologi

Ada beberapa penyebab stroke (Muttaqin, 2008: 235, Nanda NIC-NOC, 2015, hal 151, Andra Saferi Wijaya dan Yessie Mariza Putri, 2013, hal 32).

a) Faktor yang tidak dapat di rubah

- (1) Jenis kelamin: pria lebih sering di temukan menderita stroke di banding wanita.
- (2) Usia: makin tinggi usia mangkin tinggi pula resiko terkena stroke
- (3) Keturunan: adanya riwayat keluarga yang terkena stroke

b) Faktor yang dapat dirubah

- (1) Hipertensi
- (2) Penyakit jantung
- (3) Kolestrol tinggi
- (4) Obesitas
- (5) Diabetes me litus
- (6) Stress emosional

c) Kebiasaan hidup, seperti:

- (1) Merokok
- (2) Peminum alcohol
- (3) Penggunaan obat-obatan terlarang

d) Thrombosis Cerebral

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

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak.

(1) Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan suatu proses dimana terdapat suatu penebalan dan pengerasan arteri besar dan menengah seperti koronaria, basilar, aorta dan arteri iliaka. Aterosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas atherosklerosis bermacam-macam. Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut:

(2) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah.

(3) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis.

(4) Merupakan tempat terbentuknya thrombus, kemudian melepaskan kepingan thrombus (embolus).

(5) Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

e) Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menimbulkan emboli:

(1) Katup-katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Disease (RHD).

(2) Myokard infark

- (3) Fibrilasi, keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.
- (4) Endokarditis oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endocardium.
- f) Haemoragik  
Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.
- 2) Perjalanan penyakit  
Infark serbral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah

(makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/ cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Aterosklerosis adalah radang pada pembuluh darah manusia yang di sebabkan oleh penumpukan plak ateromatus. Pada saat aterosklerosis terjadi di pembuluh darah menyebabkan sumabatan aliran darah tidak biasa mengalir penurunan suplai darah ke otak mengakibatkan gangguan perfusi serebral

Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan, iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada

dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak. Jantung memompa darah lebih cepat terjadi hipertropi ventrikel dan perubahan kontraktilitas miokardial terjadi resiko penurunan curah jantung.

Sehingga terjadi deficit neurologi ada beberapa lobus yang mengalami kerusakan di antaranya lobus pariental dimana lobus ini mengatur persarafan sensori jika bagian lobus ini rusak mengakibatkan gangguan pada persarafan nervus optikus, glossofaringeus, hipoglosus, olfaktorius sehingga akan mengakibatkan, menghilangnya rasa ujung nafsu makan menurun terjadi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan, kehilangan rangsangan sensori terjadi gangguan pengecapan pengelihatatan dan gangguan penciuman sehingga perubahan persepsi sensori terjadi.

jika terjadi gangguan pada lobus frontal terjadi gangguan fungsi motorik sehingga terjadi gangguan gangguan nervus fasialis, gangguan nervus hipoglossus, gangguan nervus maksilaris, gangguan nervus mandibularis sehingga kehilangan atau control otot facial atau oral terjadi kelemahan atau kelelahan umum sehingga pasien bisa mengalami ke rusakan komunikasi verbal disamping itu bisa terjadi dispagia menyebabkan kerusakan menelan, kerusakan neuromuskuler pada pasien terjadi sindrom kurang perawatan diri, kelemahan pada motorik pada perestesia dan paralisis spastic mengakibatkan kerusakan mobilitas fisik dan resiko cedera. Dibagian brainstem terjadi kerusakan mengakibatkan penurunan tingkat kesadaran dan apatis koma sehingga penumpukan sekresi statis terjadi mengakibatkan ketidak efektifan bersihan jalan nafas, sedangkan pada lobus occipital terjadi kerusakan maka yang terganggu adalah nervus optikus, nervus okulomotorius, nervus troklearis, trigeminus, nervus oftalmikus dan nervus abduksen, menyebabkan deficit lapang pengelihatian penurunan ketajaman pengelihatian diplobia ( pengelihatian ganda).

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke

ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus dan pons.

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

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan menyebabkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka resiko kematian sebesar 93 % pada perdarahan dalam dan 71 % pada perdarahan lobar. Sedangkan bila terjadi perdarahan serebelar dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75 % tetapi volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal.(Muttaqin, 2008).

### 3) Manifestasi Klinis

Menurut Hudak dan Gallo dalam buku keperawatn Kritis (2009: 258-260), yaitu:

a) Lobus Frontal

- (1) Deficit Kognitif : kehilangan memori, rentang perhatian singkat, peningkatan distraktibilitas (mudah buyar), penilaian buruk, tidak mampu menghitung, memberi alasan atau berpikir abstrak.
- (2) Deficit Motorik : nervus fasialis, nervus hipoglosus, nervus maksilaris, mandibularis dan disfagia (kerusakan otot-otot menelan).
- (3) Deficit aktivitas mental dan psikologi antara lain : labilitas emosional, kehilangan kontrol diri dan hambatan sosial, penurunan toleransi terhadap stres, ketakutan, permusuhan frustrasi, marah, kekacauan mental dan keputusasaan, menarik diri, isolasi, depresi.

b) Lobus Parietal

(1) Dominan :

- (a) Defisit sensori antara lain defisit visual gangguan nervus optikus, gangguan nervus glosofaringeus, gangguan hipoglosus, gangguan olfaktorius.
- (b) Afasia ekspresif (kesulitan dalam mengubah suara menjadi pola-pola bicara yang dapat dipahami)
- (c) Afasia reseptif (kerusakan kelengkapan kata yang diucapkan)
- (d) Afasia global (tidak mampuan berkomunikasi pada setiap tingkat)
- (e) Aleksia (ketidakmampuan untuk mengerti kata yang dituliskan)
- (f) Agrafasia (ketidak mampuan untuk mengekspresikan ide-ide dalam tulisan).

(2) Non Dominan

- (a) Defisit perseptual (gangguan dalam merasakan dengan tepat dan menginterpretasi diri/lingkungan)
- antara lain:
- i. Gangguan skem/maksud tubuh (amnesia atau menyangkal terhadap ekstremitas yang mengalami paralise).
  - ii. Disorientasi (waktu, tempat dan orang).
  - iii. Apraksia (kehilangan kemampuan untuk menggunakan obyek-obyek dengan tepat).
  - iv. Agnosia(ketidak mampu untuk mengidentifikasi lingkungan melalui indra).
  - v. Kelainan dalam menemukan letak obyek dalam ruangan.
  - vi. Kerusakan memori untuk mengingat letak spasial obyek atau tempat.
  - vii. Disorientasi kanan kiri.
- c) Lobus Occipital: nervus optikus (II), nervus okulomotorius(III), nervus troklearis(IV), nervus trigeminus (V), nervus oftalmikus (V), nervus abduksen (IV) deficit lapang penglihatan penurunan ketajaman penglihatan, diplobia (penglihatan ganda), buta.
- d) Lobus Temporal : defisit pendengaran, gangguan keseimbangan tubuh.
- e) Bagian baristen penurunan kesadaran dan apatis koma sekresi statis ketidak efektifan bersihan jalan nafas
- 4) Komplikasi  
Ada beberapa komplikasi pada stroke (Muttaqin, 2008: 253)
- a) Dalam hal imobilisasi: Infeksi pernafasan (Pneumoni),  
Nyeri tekan pada dekubitus, Konstipasi

- b) Dalam hal paralisis: Nyeri pada punggung, Dislokasi sendi, deformitas
  - c) Dalam hal kerusakan otak: Epilepsy, sakit kepala, Hipoksia serebral, Herniasi otak, Kontraktur
- 1) **Pemeriksaan Diagnosis** (Andra Saferi Wijaya, 2013,hal 37)
- a) Laboratorium Pungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya pendarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi
  - b) Pemeriksaan darah
  - c) Pemeriksaan kimia darah pada stroke akut dapat terjadi hiperglikimia. Gula darah dapat mencapai 250mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali
  - d) Pemeriksaan sinar X toraks: dapat mendeteksi pembesaran jantung (kardiomegali) dan infiltrate paru yang berkaitan dengan gagal jantung kongestif.
  - e) Ultrasonografi (USG) karotis: evaluasi standar untuk mendeteksi gangguan aliran darah karotis dan kemungkinan memperbaiki kausa stroke.
  - f) Angiografi serebrum : membantu menentukan penyebab dari stroke secara Spesifik seperti lesi ulseratif, stenosis, displasia fibromuskular, fistula arteriovena, vaskulitis dan pembentukan thrombus di pembuluh besar.
  - g) Pemindaian dengan Positron Emission Tomography (PET): mengidentifikasi seberapa besar suatu daerah di

otak menerima dan memetabolisme glukosa serta luas cedera.

- h) Ekokardiogram transesofagus (TEE): mendeteksi sumber kardioembolus potensial.
- i) CT scan : pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukaan otak (Muttaqin, 2008:140).
- j) MRI : menggunakan gelombang magnetik untuk memeriksa posisi dan besar / luasnya daerah infark

**c. Penatalaksanaan Medis**

Ada beberapa penatalaksanaan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik ( Oktavianus, 2014 : 18 ).

- 1) Breathing : harus dijaga agar jalan nafas bebas dan bahwa fungsi paru-paru cukup baik. Pengobatan dengan oksigen hanya perlu bila kadar oksigen darah berkurang
- 2) Brain: Edema otak dan kejang-kejang harus dicegah dan diatasi. Bila terjadi edema otak , dapat dilihat dari keadaan penderita yang mengantuk, adanya bradikardi atau dengan pemeriksaan funduskopi, dapat diberi manitol.
- 3) Blood: Pengobatan hipertensi pada fase akut dapat mengurangi tekanan perfusi yang justru akan menambah iskemik lagi. Kadar Hb dan glukosa harus dijaga cukup baik untuk metabolisme otak.

- 4) Bowel: Defekasi dan nutrisi harus di perhatikan. Hindari terjadinya obstipasi karena akan membuat pasien gelisah.
- 5) Bladder: Miksi dan balance cairan harus diperhatikan.

Jangan sampai terjadi retention urine. Pemasangan kateter jika inkontinensia

Adapun Farmakoterapi yang dapat diberikan adalah:

- 1) Diuretika  
Diuretika merupakan golongan obat yang berfungsi untuk mengeluarkan cairan dari tubuh
- 2) Anti koagulan  
Antikoagulan merupakan obat yang mencegah pembekuan darah. Pembekuan darah dapat berupa thrombus dan emboli.
- 3) Kortikosteroid  
Kortikosteroid merupakan obat yang berperan dalam pencegahan proses inflamasi. Kortikosteroid bertujuan untuk mengurangi pembengkakan dan peningkatan dalam otak.

## 2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan stroke non hemoragik

### a. **Pengkajian.**

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Tujuan dari pengkajian keperawatann adalah mengumpulkan data sehingga muncul diagnosa keperawat (Virginia Handerson)

- 1) Identitas  
Biasanya dialami oleh usia tua, namun tidak menutup kemungkinan juga dapat dia alami oleh usia muda, jenis kelamin, dan juga ras juga dapat mempengaruhi.
- 2) Keluhan utama

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan kesadaran pasien.

- 3) Riwayat kesehatan sekarang  
Stroke infark mendadak saat istirahat atau bangun pagi,
- 4) Riwayat penyakit dahulu  
Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung (terutama aritmia), penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator, obesitas. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penyalahgunaan obat (kokain).
- 5) Riwayat penyakit keluarga  
Adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke pada generasi terdahulu.
- 6) Pengumpulan data Virginia Handerson
  - a) Bernafas  
Pada pasien Stroke Non Hemoragik gejala yang timbul sesak nafas berupa riwayat perokok, batuk, kesukaran bernafas, ronchi
  - b) Makan dan minum  
Pada pasien Stroke Non Hemoragik berupa adanya riwayat diabetes melitus, kehilangan nafsu makan. Pada awal kejadian adanya mual atau muntah (adanya peningkatan tekanan intrakranial), kehilangan sensasi pada lidah, dagu, tenggorokan, dan gangguan menelan.
  - c) Kebutuhan eliminasi  
Pada pasien stroke non hemoragik adanya perubahan pola eliminasi, anuria, inkontinensia urine, distensi abdomen, tidak ada bising usus (ileus paralitik)
  - d) Kebutuhan gerak dan aktifitas

Pada pasien stroke non hemoragik ditemukan gejala kelelahan, keletihan, ketidakmampuan untuk melakukan aktifitas karena penurunan kekuatan otot, dengan kelemahan umum/massa otot.

e) Kebutuhan istirahat tidur

Pada pasien stroke non hemoragik ditemukan berupa adanya kesukaran terhadap aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralise atau himiplegi, mudah lelah, kesukaran untuk beristirahat karena kejang otot atau nyeri otot, menurunnya tingkat kesadaran, menurunnya kekuatan otot, kelemahan secara umum, dan gangguan pengelihatan. Peredaran darah berupa adanya riwayat penyakit jantung, adanya hipertensi, denyut jantung nadi bervariasi.

f) Kebutuhan berpakaian

Pada pasien stroke non himoragik di tandai dengan kurangnya minat untuk memilih pakaian di saatsakit. Dalam menggunakan pakaian selalu di bantu oleh keluarganya, pasien tidak bisa berpakaian sendiri.

g) Kebutuhan kebersihan diri

Pada pasien stroke non hemoragik di temukan gejala penurunan kemampuan untuk melakukan personal hygiene seperti mandi, gosok gigi ditandai dengan kebersihan buruk atau bau badan

h) Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Pada pasien stroke non hemoragik di temukan gejala nyeri berupa nyeri kepala, tindakan yang berhati hati, gelisah, ekspresi wajah tegang atau tention. Keamanan berupa

adanya kekaburan pengelihatan, kehilangan rasa terhadap panas, dingin, susah tidur, rasa kecap menurun, adanya perubahan sensori, kehilangan pekerjaan, perubahan seksual.

- i) **Kebutuhan social**  
Pada pasien stroke non hemoragik di temukan gejala susah berbicara, suara tidak jelas.
  - j) **Kebutuhan spiritual**  
Pada pasien stroke non hemoragik di tandai dengan adanya keinginan untuk sembuh dengan cara berdoa
  - k) **Kebutuhan kerja.**  
Pada pasien stroke non hemoragik di tandai dengan adanya perasaan tidak berguna karena tidak bisa bekerja.
  - l) **Memperahankan temperature suhu tubuh**  
Pada pasien stroke non hemoragik ditandai dengan hipotermi maupun hipertermi, sianosis, CRT >2 detik.
  - m) **Kebutuhan bermain dan rekreasi**  
Pada pasien stroke non hemoragik di tandai dengan pasien tidak bisa melakukan aktifitas, pasien hanya tiduran.
  - n) **Kebutuhan belajar**  
Pada pasien stroke non hemoragik di tandai dengan kurang mengetahui tentang penyakit stroke, tingkat pendidikan yang rendah.
- 7) **Sirkulasi** : Adanya penyakit jantung (mis.reumatik / penyakit jantung vaskuler, endokarditis, polisitemia, riwayat hipotensi postural). Hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme / malformasi vaskuler. Frekuensi nadi dapat bervariasi karena ketidak efektifan fungsi / keadaan jantung. Jantung memompa darah lebih cepat sehingga menyebabkan hipertropi ventrikel

kiri mengakibatkan perubahan kontraktilitas miokardial mengakibatkan resiko penurunan curah jantung.

8) Pemeriksaan Fisik

a) Sistem Respirasi (Breathing) : batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi akibat peningkatan produksi sekret dan penurunan kemampuan untuk batuk akibat penurunan kesadaran klien.

Pada klien yang sadar baik sering kali tidak didapati kelainan pada pemeriksaan sistem respirasi.

b) Sistem Cardiovaskuler (Blood) : dapat terjadi hipotensi atau hipertensi, denyut jantung irreguler, adanya murmur

c) Sistem neurologi Tingkat kesadaran: bisa sadar baik sampai terjadi koma. Penilaian GCS untuk menilai tingkat kesadaran klien.

d) Refleks Patologis

Refleks babinski positif menunjukkan adanya perdarahan di otak/ perdarahan intraserebri dan untuk membedakan jenis stroke yang ada apakah bleeding atau infark.

e) Pemeriksaan saraf kranial

(1) Saraf I: biasanya pada klien dengan stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

(2) Saraf II: disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensorik primer diantara sudut mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visula-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan

- karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- (3) Saraf III, IV dan VI apabila akibat stroke mengakibatkan paralisis seisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit
- (4) Saraf VII persepsi pengecapn dalam batas normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat
- (5) Saraf XII lidah asimetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indera pengecapn normal.
- (6) Sistem perkemihan (Bladder) : terjadi inkontinensia urine
- (7) Sistem reproduksi: hemiparese dapat menyebabkan gangguan pemenuhan kebutuhan seksual
- (8) Sistem endokrin: adanya pembesaran kelejar kelenjar tiroid
- (9) Sistem Gastrointestinal (Bowel) : adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mungkin mengalami inkontinensia alvi atau terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.
- Adanya gangguan pada saraf V yaitu pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah pada sisi ipsilateral dan kelumpuhan seisi otot-otot pterigoideus

dan pada saraf IX dan X yaitu kemampuan menelan

kurang baik, kesukaran membuka mulut.

(10) Sistem muskuloskeletal dan integument :

kehilangan kontrol volenter gerakan motorik. Terdapat

hemiplegia atau hemiparesis atau hemiparese

ekstremitas. Kaji adanya dekubitus akibat immobilisasi

fisik.

(11) Keadaan kulit untuk mengetahui resiko kerusakan

integritas kulit.

#### SKALA NORTON

NO	KEADAAN PASIEN	SKOR
1	KONDISI FISIK UMUM	
	BAIK	4
	LUMAYAN	3
	BURUK	2
	SANGAT BURUK	1
2	KESADARAN	
	COMPOSMENTIS	4
	APATIS	3
	KONFUS/ SOPOR	2
	STUPOR/ KOMA	1
3	AKTIVITAS	
	AMBULAN	4
	AMBULAN DENGAN BANTUAAN	3
	HANYA BISA DUDUK	2
	TIDURAN	1
4	MOBILISASI	

	BERGERAK BEBAS	4
	SEDIKIT TERBATAS	3
	SANGAT TERBATAS	2
	TIDAK BISA BERGERAK	1
5	INKONTINENSIA	
	INKONTINENSIA TIDAK ADA	4
	KADANG-KADANG	3
	SERING INKONTINENSIA URINE	2
	INKONTINENSIA ALVI DAN URINE	1

Katagori Skor:

16-20: Kecil sekali/ tidak terjadi resiko dekubitus.

12-15: Kemungkinan kecil terjadi resiko dekubitus

<12: Besar terjadi (Ainin, F., & Purwaningsih, H. (2013)

**b. Perencanaan**

1) Diagnosa Keperawatan Menurut (Doengoes, 2012, Lynda

Juall).

a) Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan

interupsi aliran darah : gangguan oklusi, haemoragi,

vasospasme serebral, edema serebral.

b) Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan

keterbatasan neuromuskuler: kelemahan, parestesia,

paralisis spastik.

c) Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan

kerusakan sirkulasi serebral, kerusakan neoromuskular,

kehilangan tonus atau kontrol otot fasial atau oral,

kelemahan atau kelelahan umum.

d) Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan hilangnya

rangsangan sensori dengan pengecap, pengelihatan dan

gangguan penciuman

- e) Sindrom kurang perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan neuromuskuler.
- f) Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi.
- g) Kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan saraf fasialis, hipoglossus, maksilaris, mandibularis.
- h) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan glosofaringeus, hipoglossus, olfaktorius.
- i) Risiko cedera berhubungan dengan kelemahan motorik.
- j) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan imobilitas, sekresi statis .
- k) Kurang pengetahuan tentang kondisi dan pengobatan berhubungan dengan kurang pemahaman keterbatasan kognitif
- l) Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial

b. Intervensi dan Rasional

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan maka perlu dibuat perencanaan intervensi keperawatan dan aktivitas keperawatan.

Tujuan perencanaan adalah mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan klien. Prioritas masalah keperawatan berdasarkan berat ringannya masalah mengancam atau tidak untuk keselamatan pasien (Doengoes, 2012).

- 1) Rencana perawatan berdasarkan prioritas keperawatan

- a) Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah : gangguan oklusi, haemoragi, vasospasme serebral.
- b) Tujuan : perfusi jaringan serebral adekuat.

Kriteria hasil : tanda-tanda vital normal tekanan darah sistol: 120-140 mmhg, diastole 60-80 mmhg, nadi= 60-80 x/menit, tidak ada tanda peningkatan TIK, tidak terjadi penurunan kesadaran GCS: CM (E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>).

Intervensi :

- (1) Pantau atau catat status neurologis dan tanda-tanda peningkatan TIK sesering mungkin .

Rasional : mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK.

- (1) Pantau tanda-tanda vital setiap 8 jam

Rasional : variasi mungkin terjadi oleh karena tekanan atau trauma serebral pada daerah vasomotor otak.

- (2) Berikan posisi yang nyaman (kepala di letakkan lebih tinggi 30° dari bidang horisontal

Rasional : menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral.

(3) Pertahankan tirah baring

Rasional : mencegah pendarahan dalam kasus stroke hemoragik.

(4) Kolaborasi dengan beri O<sub>2</sub> sesuai indikasi

Rasional : menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral.

(5) Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi (antikoagulan).

Rasional : memperbaiki aliran serebral dan mencegah pembekuan saat trombus.

b) Bersihan jalan nafas tak efektif berhubungan dengan mobilisasi, sekresi stasis.

Tujuan : bersihan jalan nafas efektif

Kriteria hasil: pasien tidak sesak nafas, jalan nafas lancar, wheezing tidak ada.

Intervensi :

(1) Ajari pasien batuk efektif

Rasional : meningkatkan keefektifan upaya batuk dan pembersihan sekret.

(2) Atur posisi pasien atau berikan cairan dalam kemampuan individu.

Rasional : meningkatkan drainase sekret.

(3) Lakukan pengisapan melalui vasotrakeal bila pasien tidak mengeluarkan lendir sendiri.

Rasional : pengisapan tidak harus rutin dan lamanya harus dibatasi untuk menurunkan hipoksia.

(4) Kolaborasi dalam pemberian mukolitik.

Rasional : mengeluarkan sekret.

c) Kerusakan menelan berhubungan dengan berhubungan dengan saraf fasialis, hipoglossus, maksilaris, mandibularis.

Tujuan : Tidak terjadi kerusakan dalam menelan.

Kriterial hasil :pasien mampu makan dengan normal, pasien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi.

Intervensi :

(1) Tinjauan ulang kemampuan menelan pasien secara individual, timbang BB secara teratur sesuai kebutuhan.

Rasional :intervensi nutrisi atau pilihan rute makan ditentukan oleh faktor ini.

(2) Pertahankan masukan haluaran dengan akurat

Rasional :Jika menelan tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan cairan dan makanan harus dicairkan metode alternatif untuk makan.

- (3) Kolaborasi dalam pemberian cairan melalui IV atau makanan melalui selang.

Rasional : memberi cairan pengganti dan juga makanan jika pasien tidak mampu untuk memasukkan segala sesuatu ke mulut.

- (4) Berikan makanan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang.

Rasional : pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa ada gangguan dari luar.

- (5) Mulai dari memberikan makanan per oral setengah cair, makanan lunak.

Rasional : makanan lunak lebih mudah untuk mengendalikannya dalam mulut, menurunkan risiko terjadinya aspirasi.

- (6) Anjurkan pasien menggunakan sedotan untuk meminum cairan.

Rasional : menguatkan otot fasial dan otot menelan, menurunkan risiko tersedak.

d) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan pada saraf glosofaringeus, optikus, ipoglosus, optalmikus

Tujuan : nutrisi pasien terpenuhi

Kriteria hasil : pasien menghabiskan makanan yang diberikan di rumah sakit, BB pasien meningkat, pasien mampu menelan makanan.

Intervensi :

- (1) Kaji pemasukan nutrisi pasien.  
Rasional : Mengetahui intake makanan pasien.
- (2) Beri makanan sedikit tapi sering.

Rasional : meningkatkan asupan nutrisi secara bertahap.

- (3) Sajikan makanan dalam keadaan hangat.

Rasional : menambah nafsu makan pasien..

- (4) Kolaborasi dengan ahli gizi

Rasional : merupakan sumber yang efektif untuk mengidentifikasi kebutuhan kalori atau nutrisi pasien.

e) Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan neuromuskuler : kelemahan, parestesia atau paralisis.

Tujuan : pasien dapat bermobilisasi sesuai kemampuan.

Kriteria hasil : pasien mampu melakukan aktivitas, pasien mampu mobilisasi secara bertahap (menggerakkan jari tangan dan kaki, mengepal tangan, mengangkat tangan dan kaki),pasien tampak tidak lemah

lagi,kekuatan otot

555		222
555		222

Intervensi :

(1) observasi ulang kekuatan otot

Rasional : mengetahui perkembangan kemampuan motorik pasien

(2) Ubah posisi minimal setiap 2 jam.

Rasional :menurunkan resiko terjadinya trauma jaringan.

(3) Mulai melakukan latihan rentang rom aktif dan rompasif

Rasional : meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi

(4) Anjurkan keluarga untuk melatih pasien mobilisasi secara bertahap (menggerakkan jari, mengepalkan tangan, mengangkat tangan dan kaki).

Rasional : meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah edema.

f) Sindrom kurang perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler.

Tujuan: pasien mampu melakukan perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri

Kriteria hasil : pasien tampak bersih, pasien mampu melakukan perawatan diri dalam tingkat kemampuan diri.

Intervensi :

(1) Kaji kemampuan dan tingkat kekurangan untuk melakukan kebutuhan sehari – hari.

Rasional : membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual.

(2) Beri umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan untuk keberhasilannya.

Rasional : meningkatkan perasaan makna diri, meningkatkan kemandirian.

(3) Berikan kesempatan pasien untuk melakukan sesuatu yang bisa dikerjakan sendiri.

Rasional : mencegah perasaan ketergantungan dan menambah semangat untuk pulih.

(4) Motivasi keluarga untuk membantu dalam pemenuhan ADL pasien.

Rasional : ADL pasien dapat terpenuhi

g) Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral.

Tujuan : peningkatan terhadap bahasa.

Kriteria hasil : pasien dapat memahami komunikasi

dengan orang lain, pasien mampu

berbicara dengan jelas, suara pasien

tidak pelo.

Intervensi :

(1) Kaji tipe, derajat disfungsi seperti pasien tidak tampak

memahami kata atau mengalami kesulitan berbicara.

Rasional : membantu menentukan derajat kerusakan cerebral.

(2) Minta pasien untuk mengikuti perintah sederhana

seperti membuka mata

Rasional : melakukan penilaian terhadap kerusakan sensori.

(3) Minta pasien untuk mengucapkan suara sederhana

seperti “sh”, “pus”

Rasional : mengidentifikasi adanya disartria.

h) Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan trauma neurologis

Tujuan : tidak terjadi perubahan persepsi sensori.

Kriteria hasil : pasien menunjukkan kesadaran yang baik,  
penglihatan normal.

Intervensi :

(1) Evaluasi adanya gangguan penglihatan

Rasional : munculnya gangguan penglihatan dapat berdampak negatif terhadap kemampuan pasien untuk menerima lingkungan.

(2) Ciptakan lingkungan yang sederhana, pindahkan barang yang berbahaya.

Rasional : menurunkan atau membatasi jumlah stimulasi penglihatan yang mungkin dapat menimbulkan kebingungan.

(3) Berbicara dengan tenang dan perlahan menggunakan kalimat pendek.

Rasional : pasien mengalami keterbatasan dalam rentang perhatian atau masalah pemahaman. Tindakan ini dapat membantu pasien berkomunikasi.

i) Risiko cedera berhubungan dengan kelemahan motorik.

Tujuan : cedera tidak terjadi

Kriteria hasil : pasien tidak terjatuh

Intervensi :

(1) Berikan keamanan pada pasien dengan memasang penghalang pada pinggir tempat tidur.

Rasional : melindungi pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur.

- (2) Pertahankan tirah baring selama fase akut

Rasional : menurunkan risiko terjatuh atau trauma.

- (3) Jauhkan benda – benda asing yang membahayakan seperti pisau.

Rasional : menghindari pasien dari trauma.

- j) Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi

Tujuan : tidak terjadi kerusakan integritas kulit

Kriteria hasil : Skala norton dalam batas normal (16-20), kemerahan tidak ada, berpartisipasi pada tingkat kemampuan untuk mencegah kerusakan kulit.

Intervensi :

- (1) Kaji skala norton.

Rasional : memantau dalam mengantisipasi dekubitus dan merencanakan intervensi selanjutnya.

- (2) Lakukan masase dan lubrikasi pada kulit dengan losion atau minyak.

Rasional : Meningkatkan sirkulasi dan melindungi permukaan kulit.

- (3) Lakukan perubahan posisi sesering mungkin di tempat tidur.

Rasional : meningkatkan sirkulasi pada kulit dan mengurangi tekanan pada daerah tulang yang menonjol.

- (4) Anjurkan keluarga membersihkan dan mengeringkan kulit khususnya daerah – daerah dengan kelembaban tinggi seperti perineum.

Rasional : kulit yang bersih dan kering tidak akan cenderung mengalami kerusakan.

- (5) Jagalah alat tenun tetap kering dan bebas kotoran.

Rasional : mengurangi atau mencegah adanya iritasi pada kulit.

- k) Kurang pengetahuan tentang kondisi dan pengobatan berhubungan dengan kurang pemaparan keterbatasan kognitif.

Tujuan : pengetahuan pasien bertambah

Kriteria hasil : pasien memahami tentang penyakitnya.

Intervensi :

- (1) Diskusikan keadaan patologis yang khusus dan kekuatan pada individu

Rasional:meningkatkan pemahaman terhadap keadaan.

- (2) Tinjau ulang atau pertegas kembali pengobatan yang diberikan identifikasi cara meneruskan pengobatan setelah pulang.

Rasional: merupakan suatu hal yang penting pada kemajuan pemulihan dan pencegahan komplikasi.

- (3) Identifikasi faktor-faktor resiko secara individual dan tanda gejala yang memerlukan kontrol secara medis.

Rasional : meningkatkan kesehatan secara umum.

- 1) Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontaktilitas miokardial.

Tujuan: penurunan frekuensi tidak adanya disritmia.

Kriteria hasil: tingkatkan curah jantung adekuat yang di

buktikan oleh tekanan darah sistol: 120-140 mmHg, diastol:

60-80 mmHg

Intervensi:

- (1) Observasi edema umum

Rasional: Dapat mengidentifikasi gagal jantung,

kerusakan ginjal atau vaskuler

- (2) Dorong tirah baring dalam posisi semi-fowler.

Rasional: menurunkan beban kerja jantung,

memaksimalkan curah jantung

- (3) Berikan lingkungan tenang, nyaman, kurangi

aktivitas/ keributan lingkungan

Rasional: Membantu untuk menurunkan

rangsangan simpatis, meningkatkan relaksasi

- (4) Berikan HE kepada pasien tentang penggunaan

teknik manajemen stress

Rasional: perilaku yang bermanfaat untuk mengontrol ansietas meningkat relaksasi

### **Pelaksanaan**

Pelaksanaan merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat dan klien. Hal – hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi ( Gaffar, 2009 ).

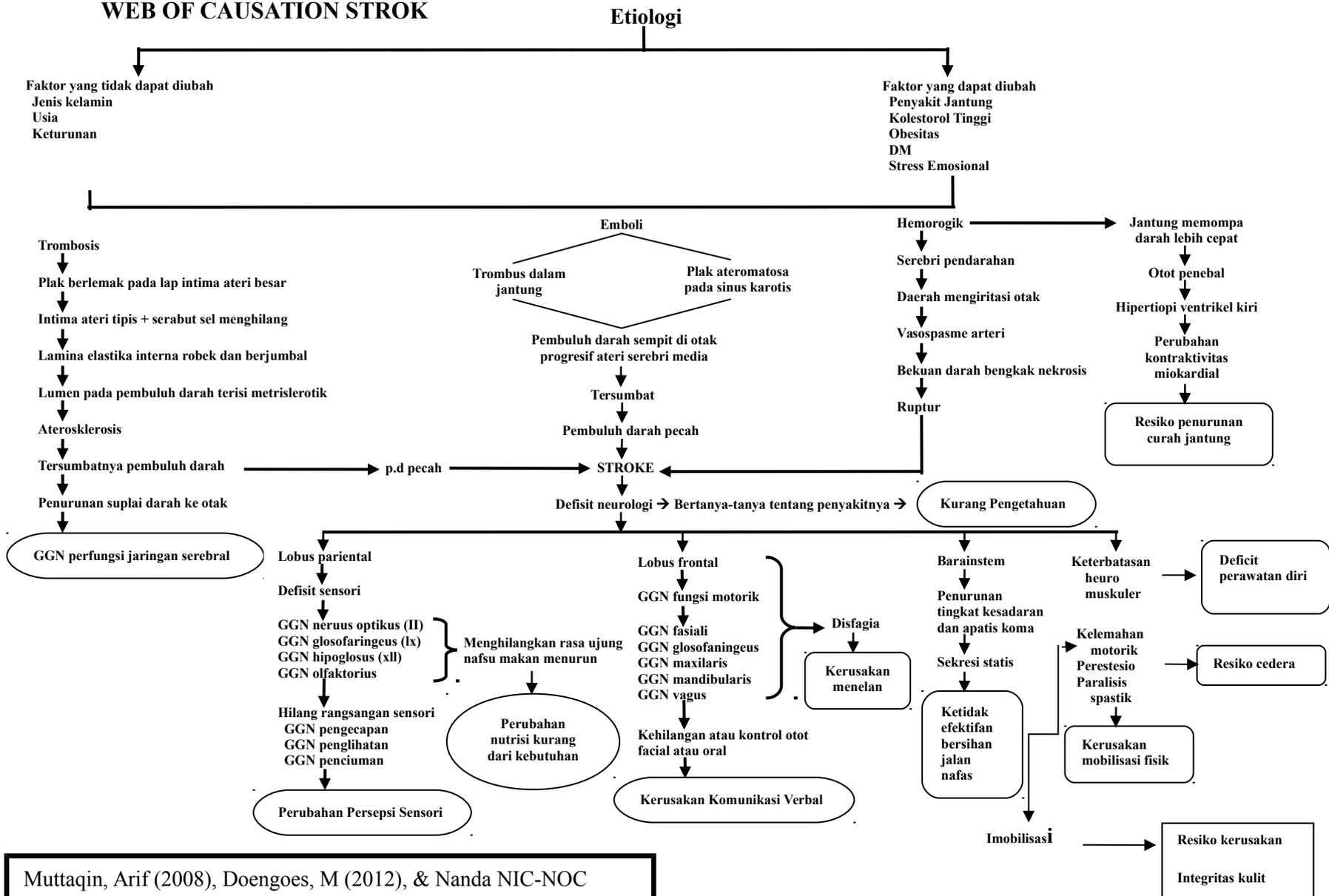
#### **d. Evaluasi**

Evaluasi yang diharapkan setelah pasien memperoleh asuhan keperawatan sesuai dengan rencana tujuan dalam perencanaan serta pasien pulang (Doenges, 2012).

Hasil yang diharapkan pada pasien stroke non hemoragik adalah :

1. Tidak terjadi perubahan perfusi jaringan serebral.
2. Bersihan jalan nafas efektif.
3. Tidak terjadi kerusakan menelan.
4. Nutrisi pasien terpenuhi.
5. Pasien dapat bermobilisasi sesuai kemampuan.
6. Pasien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri.
7. Peningkatan terhadap bahasa pasien.
8. Tidak terjadi perubahan persepsi sensori.
9. Tidak terjadi cedera.
10. Tidak terjadi kerusakan integritas kulit.
11. Pengetahuan pasien bertambah.
12. Tidak terjadi penurunan curah jantung.

# WEB OF CAUSATION STROK



## B. Tinjauan Kasus

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN WK DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR TANGGAL 25-28 APRIL 2016

#### 1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 April 2016 pukul 09.00 wita di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan medik pasien.

##### a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien	Penanggung (menantu)
Nama	: W.K : K.M
Umur	: 62 tahun : 41 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan : Laki-laki
Status	: Menikah : Menikah
Suku Bangsa	: Bali / Indonesia : Bali / Indonesia
Pendidikan	: SD : SMA
Pekerjaan	: IRT : Wiraswasta
Agama	: Hindu : Hindu
Alamat	: Desa Saba : Desa Saba
No RM	: 511331
TGL MRS	: 21 April 2016

##### 2) Riwayat Kesehatan

- a) Keluhan utama saat masuk rumah sakit  
Saat masuk rumah sakit tanggal 21 April pukul 14.00 wita  
pasien mengeluh lemas pada tangan kiri
- b) Keluhan utama saat pengkajian

tanggal 25 April 2016 pukul 09.00 wita pasien mengatakan kaki dan tangan kirinya lemas dan sulit untuk digerakan

c) Riwayat penyakit sekarang

Pada tanggal 21 April 2016 jam 08.00 wita pasien merasakan lemas pada tangan kirinya. Pasien mengatakan ketika pasien mengambil sesuatu tiba-tiba tangan pasien lemas dan tidak bisa di gerakan. Pasien di bawa oleh keluarganya kepuskesmas terdekat, pihak puskesmas merujuk pasien untuk dibawa ke rumah sakit umum RSUD Sanjiwani Gianyar. Saat pasien datang ke RSUD Sanjiwani Gianyar pasien diterima di UGD dan di periksa oleh dokter. Pasien di lakukan pemeriksaan TTV di dapatkan: tekanan darah = 170/80mmHg, frekuensi nadi = 80x/menit suhu = 36.7<sup>o</sup>c frekuensi pernapasan = 20x/menit. Setelah di lakukan pemeriksaan EKG, CT scan dan cek laboratorium darah lengkap. Pasien di diagnosa stroke non hemoragik dan pasien di anjurkan oleh dokter untuk di rawat inap. Selama di UGD pasien mendapatkan therapy : IVFD RL 20 tetes permenit, Citicoline 250mg injeksi intravena, vit B1, B6, B12 500mg injeksi intravena. Pada tanggal 22 April 2016 pukul 10.00 wita pasien di pindahkan ke Ruang Sahadewa pada saat di ruangan pasien di TTV tekanan darah = 160/80mmHg, frekuensi

nadi = 80x/menit, suhu = 36,0<sup>0</sup>C, frekuensi pernapasan =

20x/menit dan pasien mendapatkan therapy :

- a) IVFD RL 20 tetes permenit
- b) Citicoline 2 x 250mg injeksi intravena
- c) Vit B1, B6,B12 1x500mg injeksi intravena
- d) Clopidogrel 1x75mg obat oral

Pada saat pengkajian pada tanggal 25 April 2016 pasien

mengatakan merasakan kaki dan tangan pasien yang

sebelah kiri lemas dan sulit untuk digerakan dan saat di

TTV di dapatkan Tekanan darah=170/80mmHg, frekuensi

nadi= 80x/menit suhu=36,0<sup>0</sup>C, frekuensi pernapasan =

20x/menit dan pasien mendapatkan therapy:

- a) IVFD RL 20 tetes permenit
- b) Citicoline 2x250mg injeksi intravena
- c) B1,B6,B12 1x500mg injeksi intravena
- d) Aspilet 1x80mg obat oral

d) Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya mengalami penyakit

hipertensi, pasien mengatakan selalu rutin minum obat

hipertensi tetapi satu bulan terakhir pasien tidak pernah

minum obat hipertensi, pasien mengatakan pasien tidak

pernah menderita penyakit seperti ini.

e) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga mempunyai riwayat

hipertensi. Pasien mengatakan keluarga pasein tidak

memiliki riwayat DM dan penyakit menular seperti

TBC, HIV dll

3) Data bio, psiko, sosial dan spiritual.

a) Data biologis

(1) Bernafas

Pasien mengatakan bahwa sebelum sakit, selama sakit, dan saat pengkajian pasien tidak mengalami gangguan dalam bernafas baik saat menarik maupun menghembuskan nafas, frekuensi : 20x/menit.

(2) Makan dan minum

(a) Makan: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya makan 3 x sehari habis 1 porsi tiap makan.

Jenis makanan yang dimakan : nasi, lauk-pauk, sayur dan kadang buah dan keluarga pasien mengatakan pasien sangat menyukai makanan asin. Selama sakit pasien mengatakan nafsumakan tidak berkurang pasien bisa menghabiskan makanan yang diberikan oleh rumah sakit. Pada saat pengkajian pasien juga tidak merasakan penurunan nafsu makan pasien biasa makan 3xsehari dan bisa menghabiskan satu porsi makanan yang di berikan oleh rumah sakit.

(b) Minum :Sebelum sakit pasien mengatakan biasa minum 6-7 gelas sehari (1200-1400 cc) dan setiap pagi pasien selalu minum kopi hitam. Pada saat sakit 5-6 gelas (1000-1200). Pada saat pengkajian pasien mengatakan pasien baru minum 2 gelas (400 cc)

(3) Eliminasi

(a) BAB : sebelum sakit pasien mengatakan pasien biasa buang air besar 1xsehari dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas feses. Selama sakit pasien biasa 3 hari baru bisa BAB, dan saat

pengkajian pasien belum buang air besar sejak 2 hari yang lalu

(b) BAK : sebelum sakit pasien mengatakan pasien BAK

4-6 x /hari ( $\pm$  1300 cc) warna kuning dan bau pesing.

Saat pengkajian pasien mengatakan biasa kencing,

pasien mengatakan biasa ganti pampers 2 x / hari ( $\pm$  1200 cc ).

(4) Gerak dan aktivitas

Sebelum sakit pasien mengatakan biasa beraktivitas

ringan pasien biasa pergi kepasar karena pasien seorang

pedagang. Saat sakit dan pengkajian pasien mengatakan

bahwa kaki dan tangan kiri pasien lemas saat

digerakkan, pasien tampak terbaring di tempat tidur,

pemenuhan ADL pasien seperti makan, BAB, BAK, dan

mandi dibantu oleh keluarga. Pasien sulit bergerak dan

susah menggerakkan kaki dan tangan kirinya kekuatan

otot

555	222
555	222

### SKORING TINGKAT PEMENUHAN ADL

Kriteria	Scoring				
	0	1	2	3	4
Kemampuan toileting					√
Kemampuan mandi					√
Kemampuan berpindah					√
Kemampuan berpakaian					√
Kemampuan makan / minum					√

Keterangan : 0 : mandiri, 1: dibantu dengan alat, 2 : dibantu orang lain, 3 :

dibantu alat dan orang lain, 4 : ketergantungan penuh

(5) Istirahat tidur

Sebelum sakit, dan saat sakit dan saat pengkajiaan pasien tidak mengalami gangguan dalam istirahat dan tidurnya. Pasien biasa tidur mulai pukul 21.00 Wita dan bangun pukul 06.00 Wita

(6) Kebersihan diri

Sebelum sakit pasien mengatakan pasien biasa mandi 2 x sehari di kamar mandi memakai sabun, keramas 3x seminggu. Saat sakit dan pengkajian pasien mengatakan pasien hanya dilap di tempat tidur saja oleh keluarga dilap 2 x sehari. Kebersihan pasien cukup.

(7) Pengaturan suhu tubuh

Sebelum sakit pasien mengatakan pasien tidak pernah mengalami gangguan atau kenaikan suhu tubuh, selama sakit dan pengkajian pasien tidak mengalami peningkatan suhu tubuh, suhu pasien 36,0<sup>o</sup>c

(8) Berpakaian

Pasien mengatakan pasien biasa ganti pakaian 1x sehari, saat sebelum sakit. Saat sakit pasien hanya mengganti baju 1 minggu sekali

b) Data psikologi

(9) Rasa nyaman

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak pernah sakit seperti sekarang. Saat pengkajian pasien mengatakan kepalanya terasa pusing, pasien memegang kepalanya

(10) Rasa aman

Sebelum dan saat pengkajian pasien mengatakan merasa cemas dan khawatir pada keadaannya sendiri

c) Data Sosial

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, perawat, pasien lain dan tim medis lainnya baik. Pasien dan keluarga cukup kooperatif.

(11) Rekreasi

Pasien mengatakan pasien hanya di rumah berkumpul bersama keluarga dan setiap pagi pasien kepasar untuk berdagang

(12) Prestasi

Selama ini pasien tidak pernah mempunyai prestasi yang membanggakan, tapi pasien sudah mengalami peningkatan dalam pengobatan.

d) Data spiritual

Pasien mengatakan beragama Hindu dan biasanya sembahyang pada hari-hari tertentu. Setelah dirawat di rumah sakit dan sampai pengkajian pasien tampak jarang berdoa

4) pemeriksaan Fisik

## a) Keadaan umum : lemah

(1) Kesadaran : CM (E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>dekstra) (E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M sinistra

mengalami kelemahan)

(2) Bangun tubuh : tidak dapat diobservasi

(3) Postur tubuh : sedang

(4) Keadaan kulit : turgor kulit elastis, sianosis tidak ada, lesi tidak ada, nilai skor Norton

dekubitus 14.

(5) Gejala cardinal

(a) Suhu tubuh : 36,0 °C

(b) Frekuensi nadi : 80 x/menit

(c) Frekuensi Respirasi : 20x/menit

(d) Tekanan darah : 170/80mmHg

(e) MAP : 110 mmhg

(6) Ukuran-ukuran

(a) Tinggi badan : 150 CM

(b) Berat badan sebelum sakit : 65 kg

(c) Berat badan saat pengkajian : tidak dapat diobservasi

karena pasien tidak bisa bangun dari tempat tidur.

## b) Keadaan fisik

(1) Kepala:

(a) Infeksi: kulit kepala kotor ada ketombe, tidak ada

rambut rontok ada uban, rambut pasien tampak

berminyak, tidak ada luka.

(b) Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

(2) Muka :

(a) Inspeksi: muka simetris, tidak ada lesi, cukup bersih

(b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

(3) Mata:

(a) Inspeksi: konjungtiva merah muda, pergerakan bola

mata terkoordinir, ukuran pupil isokor, tidak ada

edema dan bencolan pada kelopak mata, tidak ada

lingkaran hitam dibawah mata.

(b) Palpasi: nyeri tekan tidak ada.

(4) Hidung :

(a) Inspeksi: bentuk simetris, penumpukan sekret tidak

ada, pernafasan cuping hidung tidak ada.

- (b) Palpasi: nyeri tekan tidak ada
- (5) Telinga :
- (a) Inspeksi: bentuk telinga simetris, serumen tidak ada,  
tidak ada kelenjar mastoid, tidak ada benjolan
- (b) Palpasi: nyeri tekan tidak ada.
- (c) Auskultasi: telinga kanan masih bisa mendengar  
secara normal, telinga kiri mengalami gangguan  
sedikit tidak mendengar
- (6) Mulut :
- (a) Inspeksi : mukosa bibir lembab, beberapa gigi sudah  
tanggul, lidah kotor karies gigi ada, sianosis tidak ada.  
Pasien tidak mengalami kesulitan berbicara.
- (7) Leher :
- (a) Inspeksi: pergerakan terkoordinir, pembesaran  
kelenjar tiroid tidak ada, bendungan vena jugularis  
tidak ada,
- (b) Palpasi: nyeri tekan tidak ada.
- (8) Thorax :
- (a) jantung:
- i. Inspeksi: bentuk dada simetris.
  - ii. Palpasi : nyeri tekan tidak ada.
  - iii. Perkusi: dulness.
  - iv. Auskultasi: suara tambahan tidak ada, S<sub>1</sub>S<sub>2</sub>  
tunggal regular.
- (b) Paru:
- i. Inspeksi : bentuk dada simetris, retraksi otot dada  
tidak ada, tidak ada benjolan
  - ii. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus
  - iii. Perkusi : sonor
  - iv. Auskultasi : tidak ada suara tambahan, ronchi -/-,  
wheezing -/-, suara paru regular
- (9) Abdomen
- (a) Inspeksi : bentuk simetris
- (b) Auskultasi: bising usus 8x/menit, tekanan timpani
- (c) Palpasi : nyeri tekan tidak ada

(d) Perkusi : ascites tidak ada, distensi tidak ada

(10) Ekstrimitas :

(1) Atas : tangan kiri tidak bisa digerakkan karena lemah, tangan kanan terpasang infus IVFD RL 20 tetes/menit, pergerakan baik, edema tidak ada.

(2) Bawah : kaki kiri tidak bisa digerakkan karena lemah, kaki kanan pergerakan baik, lesi tidak ada, edema tidak ada.

Kekuatan otot

555	222
555	222

(11) Genetalia : lesi tidak ada, kebersihan cukup.

(12) Anus : kemerahan tidak ada,

lesi tidak ada, kebersihan cukup

(13) Pemeriksaan neurologi

A Pemeriksaan nervus cranialis: nervus oftikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, oftalmikus, abduksen tidak terjadi permasalahan pada saraf visual

B Pemeriksaan Nervus oftalmikus tidak terjadi permasalahan, pasien masih bisa mencium bau alcohol yang di berikan oleh perawat

C Pemeriksaan nervus maksilaris, mandibularis, fasialis, hipoglossus, glosusfaringeus, aksesorius tidak terjadi permasalahan pasien tidak mengalami penurunan nafsu makan dan pasien juga tidak mengalami kesulitan menelan

D Nervus auditori (VIII) telinga rangsangan mendengar

E Pemeriksaan motorik : kaki kiri dan tangan kanan  
kiri tidak bisa digerakan karena lemas kekuatan

otot: :  

555	222
555	222

5) Pemeriksaan penunjang.

#### HASIL PEMERIKSAAN DARAH LENGKAP TANGGAL 21 APRIL 2016

PARAMETER	RESULT	SATUAN	RENTANG NILAI NORMAL
WBC	6,3	10 <sup>3</sup> /UL	40,-10,0
LYMPH#	1,6	10 <sup>3</sup> /UL	0,6-4,0
MID#	0,4	10 <sup>3</sup> /UL	0,1-0,9
GRAN#	4,1	10 <sup>3</sup> /UL	2,0-7,0
Lymph%	28,3	%	20,0-40,0
Mid%	6,1	%	3,0-9,0
Gran%	65,6	%	50,0-70,
RBC	4,24	10 <sup>6</sup> /uL	3,60-5,50
HGB	11,6	g/dl	11,0-16,0
HCT	34,0	%	37,0-54,0
MCV	80,1	Fl	82,0-95,0
MCH	27,4	Pg	27,0-31,0
MCHC	34,2	g/dl	32,0-36,0
RDW-CV	14,3	%	11,5-14,5
RDW-SD	45,8	Fl	35,0-56,0
PLT	154	10 <sup>3</sup> /UL	150-450
MPV	3,4	FL	7,0-11,0
PDW	15,5		8,0-17,0
HCT	0,279	%	0,106-0,282

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
Gula sewaktu	102	90-120	Mg/dl		
Ureum	27	15-43	Mg/dl		
Creatinin	05	0.5-1	Mg/dl		
SGOT	22	<31	u/L		
SGPT	12	<31	u/L		

### ELEKTROLIT

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	HARGA NORMAL
NATRIUM	134	( 135-155) mmol/L
KALIUM	5,2	(3,5-5,5)mmo/L
CHLORIDA	116	(95-108)mmo/L

HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI TANGGAL 21 APRIL 2016

Telah dilakukan pemeriksaan CT scan Kepala potong axial tanpa kontras, dengan hasil sebagai berikut:

- Tidak tampak lesi hipodens maupun hiperdens abnormal pada brain parenkim
- Densitas white dan grey matter dalam batas normal
- Midline tidak shift
- Sistem ventrikel dan subarachoid dalam batas normal
- Sinus paranasalis yang terscan dalam batas normal
- Sulci dan gyri dalam batas normal
- Orbita yang terscan dalam batas normal

Kesan: tidak tampak infark maupun perdarahan intracranial.

Data EKG : terdapat left ventricular hypertrophy, irama sinus 80x/menit LVH

#### b. Analisa Data

**TABEL 1**  
**ANALISA DATA KEPERAWATAN PADA PASIEN WK**  
**DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG**  
**SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR**  
**TANGGAL 25 APRIL 2016**

No.	Data Subyektif	Data Obyektif	Kesimpulan				
1	2	3	4				
1.	Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien memegang kepalanya.</li> <li>- TD : 170 / 80 mmHg.</li> <li>- Nadi : 80x/menit</li> <li>- MAP :110 mmHg</li> <li>- GCS: CM (E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub> dekstra) (E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M sinistra mengalami kelemahan)</li> </ul>	Perubahan perfusi jaringan serebral.				
2.	Pasien mengatakan bahwa kaki dan tangan kiri pasien lemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak berbaring di tempat tidur.</li> <li>- Pasien sulit bergerak dan susah menggerakkan kaki kiri dan tangan kirinya.</li> <li>- Kekuatan otot :  <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">555</td> <td style="padding: 0 10px;">222</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">555</td> <td style="padding: 0 10px;">222</td> </tr> </table> </li> </ul>	555	222	555	222	Kerusakan mobilitas fisik.
555	222						
555	222						
3	Pasien mengatakan pasien hanya mandikan ditempat tidur saja oleh keluarga dan perawat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemenuhan ADL pasien seperti makan, BAB, BAK, dan mandi dibantu oleh keluarga.</li> </ul>	Defisit perawatan diri				
4	Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 170/80 mmHg</li> <li>- Nadi: 80x/menit</li> <li>- MAP :110 mmHg</li> <li>- GCS: CM (E<sub>4</sub> V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>dekstra) (E<sub>4</sub>V<sub>5</sub> M sinistra mengalami kelemahan)</li> <li>- Data EKG:Left ventricular hypertrophy</li> </ul>	Resiko penurunan curah jantung				

1	2	3	4
5.	Pasien mengatakan sering tidur.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan fisik umum pasien lumayan</li> <li>- Kesadaran pasien composmentis</li> <li>- Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>- Mobilisasi pasien tampak tidak bisa bergerak</li> <li>- Inkontinensia pasien tidak ada</li> <li>- Skor skala Norton 14</li> </ul>	Resiko kerusakan integritas kulit

c. Rumusan masalah

- a) Perubahan perfungsi jaringan serebral.
- b) Kerusakan mobilitas fisik.
- c) Defisit perawatan diri.
- d) Resiko penurunan curah jantung
- e) Resiko kerusakan ingritas kulit

d. Analisa masalah

- a) Perubahan perfusi jaringan serebral
  - (1) Problem : Perubahan perfusi jaringan serebral
  - (2) Etiologi : vasospasme serebral
  - (3) Symptom : Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing

Pasien memegang kepalanya. TD : 170 / 80 mmHg, Nadi: 80x/menit MAP :110 mmHg GCS: CM (E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub> dekstra) (E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M sinistra mengalami kelemahan)

- (4) Proses terjadi: adanya thrombosis terjadi plak berlemak pada lapisan intima arteri besar sehingga intima arteri tipis dan serabut sel menghilang ,mengakibatkan lamina elastika interna robek dan berjumbal lumen pada pembuluh darah terisi metrisklerotik

- menjadi aterosklerosis sehingga tersumbatnya pembuluh darah terjadi penurunan suplai darah ke otak .
- (5) Akibat bila tidak ditangani : penurunan kesadaran dan peningkatan TIK.
- b) Kerusakan mobilitas fisik
- (1) Problem : kerusakan mobilitas fisik
- (2) Etiologi : penurunan kekuatan dan ketahanan sekunder terhadap kerusakan neuromuskuler
- (3) Symptom : pasien mengatakan bahwa kaki dan tangan kiri pasien lemas dan susah digerakkan, pasien tampak berbaring di tempat tidur, pasien sulit bergerak dan susah menggerakkan tangan dan kaki kirinya, kekuatan otot :
- |     |  |     |
|-----|--|-----|
| 555 |  | 222 |
| 555 |  | 222 |
- (4) Proses terjadinya : adanya penurunan kekuatan dan ketahanan sekunder terhadap neuromuskular akibat stroke mengakibatkan hambatan dalam transport impuls, hal ini menyebabkan penurunan gerak motorik tubuh bagian kiri.
- (5) Akibat bila tidak ditanggulang : terjadi kontraktur otot.
- c) Defisit perawatan diri
- (1) Problem : defisit perawatan perawatan diri
- (2) Etiologi : kerusakan neuromuskuler
- (3) Symptom : pasien mengatakan hanya dimandikan ditempat tidur saja oleh keluarga dan perawat, pemenuhan ADL pasien seperti makan, BAB, BAK, dan mandi dibantu oleh keluarga.
- (4) Proses terjadi : karena adanya kerusakan neuromuskular akibat stroke mengakibatkan penurunan motorik untuk beraktivitas sehingga perawatan diri pasien sangat tergantung terhadap orang lain.

- (5) Akibat bila tidak ditanggulangi : perawatan diri pasien tidak terpenuhi
- d) Resiko penurunan curah jantung
- (1) Problem : resiko penurunan curah jantung
  - (2) FR : perubahan kontraktilitas miokardial
  - (3) Proses Terjadi: karena berawal dari hipertensi jantung memompa darah lebih cepat sehingga jaringan otot menebal terjadi hipertropi ventrikel kiri dan mengakibatkan perubahan kontraktilitas miokardial
  - (4) Apabila tidak ditanggulangi : terjadinya gagal jantung
- e) Resiko kerusakan integritas kulit
- (1) Problem : Resiko kerusakan integritas kulit
  - (2) FR : Imobilisasi
  - (3) Proses terjadi : akibat adanya tekanan pada jaringan kulit karena kurangnya mobilisasi mengakibatkan sirkulasi daerah tekanan tidak lancar sehingga menyebabkan kelembaban pada daerah kulit dan beresiko terjadinya kerusakan integritas kulit.
  - (4) Akibat bila tidak ditanggulangi: terjadinya kerusakan integritas kulit
- e. Diagnosa keperawatan
- a) Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan vasospasme serebral berhubungan dengan pasien mengatakan kepalanya pusing. TD = 170/80 mmHg, Pasien memegang kepalanya Nadi: 80x/menit GCS :CM (E<sub>4</sub> V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>dekstra) (E<sub>4</sub>V<sub>5</sub> M sinistra mengalami kelemahan)
  - b) Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat kerusakan neuromuskuler ditandai dengan pasien mengatakan bahwa kaki dan tangan kiri pasien lemas dan susah digerakkan, pasien berbaring di tempat tidur, pasien sulit

bergerak dan susah menggerakkan tangan dan kaki kirinya,

kekuatan otot :

$$\begin{array}{r|l} 555 & 222 \\ \hline 555 & 222 \end{array}$$

- c) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler ditandai dengan pasien mengatakan hanya dilap ditempat tidur saja oleh keluarga dan perawat, pemenuhan ADL pasien seperti makan, BAB, BAK, dan mandi dibantu oleh keluarga.
- d) Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial
- e) Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan mobilitas

## 2. Perencanaan

- a) Prioritas diagnosa  
 Prioritas diagnosa berdasarkan berat ringannya masalah yang mengancam keselamatan pasien sebagai berikut :
  - (1) Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan vasospasme serebral
  - (2) Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan sekunder terhadap kerusakan neuromuskuler
  - (3) Defisit perawatan diri berhubungan kerusakan neuromuskuler
  - (4) Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial
  - (5) Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi

## 2. Rencana Keperawatan

**TABEL 4**  
**RENCANA KEPERAWATAN PASIEN WK DENGAN STROKE**  
**NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA**  
**RSUD SANJIWANI GIANYAR**  
**TANGGAL 25 - 28 APRIL 2016**

Hari / tgl/ jam	Diagnosa	Rencana Tujuan	Rencana Tindakan	Rasional
1	2	3	4	5
Senin, 25 April 2016. Pukul  Lanjutkan wita	Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan vasospasme serebral ditandai dengan pasien mengatakan kepalanya sakit. TD = 170/80 mmHg, Pasien memegang kepalanya Nadi: 80x/menit GCS :CM (E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub> dexstra) (E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>5</sub> sinistra mengalami kelemahan)	Setelah diberikan askep selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral teratasi dengan kriteria hasil : 1. Pasien mengatakan tidak pusing lagi. 2. Tanda-tanda vital dalam batas normal. - (sistol: 120-140 mmHg) - (diastol: 60-80 mmHg) 3. MAP dalam batas normal (70-100) 4. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK ( mual,	1. Pantau TTV setiap 8 jam 2. Pantau atau catat status neurologis dan tanda-tanda peningkatan TIK sesering mungkin. 3. Beri posisi yang nyaman (kepala diletakkan lebih tinggi 30° dari bidang horisontal) 4. Pertahankan keadaan tirah baring	1. Mengetahui tingkat kesadaran dan peningkatan TIK. 2. Mengetahui kecendrungan tingkat kesadaran pasien dan potensial peningkatan TIK. 3. Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral. 4. Dilanjutkan mungkin

Hari / tgl/ jam	Diagnosa	Rencana Tujuan	Rencana Tindakan	Rasional
1	2	3	4	5
Lanjutan		muntah, nyeri kepala, papil edema ). 5. Tidak terjadi penurunan kesadaran pada pasien (GCS=E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub> ).	5.Delegatif dalam pemberian obat: - Citicoline 2x250mg (injeksi intravena) - Vit B1,B6,B12 1x 500mg (injeksi intravena)  - Aspilet 1x80mg	diperlukan untuk pencegahan terhadap pendarahan.  5. Fungsi obat - Zat nutrisi bagi otak dan melebarkan pembuluh darah - Berfungsi menjaga dan menormalkan fungsi saraf - Antikoagulasi dapat mencegah pembekuan darah saat embolus/ trombus.
Senin, 25 April 2016, Pukul 09.00 wita	Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat kerusakan nuoromuskuler, ditandai dengan pasien mengatakan bahwa kaki	Setelah diberikan askep selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi kerusakan mobilitas fisik dengan kriteria hasil : 1. Pasien tampak tidak lemah lagi	1. Observasi ulang kekuatan otot  2. Mengajarkann keluarga untuk	1. Mengetahui perkembangan Dilanjutkan

Hari / tgl/ jam	Diagnosa	Rencana Tujuan	Rencana Tindakan	Rasional								
1	2	3	4	5								
Lanjutan	<p>dan tangan kiri pasien lemas dan susah untuk digerakan, pasien tampak berbaring di tempat tidur, Pasien sulit bergerak dan susah menggerakan tangan dan kaki kirinya, kekuatan otot:</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">555</td> <td>222</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">555</td> <td>222</td> </tr> </table>	555	222	555	222	<p>2. Kekuatan otot :  <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">555</td> <td>333</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">555</td> <td>333</td> </tr> </table> </p> <p>3. Pasien mampu mobilisasi secara bertahap (menggerakan jari, mengepalkan tangan, mengangkat tangan dan kaki ).</p>	555	333	555	333	<p>melatih pasien mobilisasi secara bertahap (menggerakan jari, mengepalkan tangan, mengangkat tangan dan kaki)</p> <p>3. Ubah posisi minimal 2 jam.</p> <p>4. Latih rom aktif dan rom pasif</p>	<p>motorik pasien.</p> <p>2. Melatih otot-otot pergerakan pasien.</p> <p>3. Menurunkan resiko terjadinya trauma jaringan.</p> <p>4. Mencegah kekakuan otot.</p>
555	222											
555	222											
555	333											
555	333											
Senin, 25 April 2016 Pukul 09.00	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler di tandai dengan pasien mengatakan hanya di	Setelah di berikan askep selama 3x24 jam di harapkan pasien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri dengan kriteria hasil :	1. Kaji kemampuan dan tingkat kekurangan untuk melakukan kebutuhan sehari-hari.	1. Membantu dalam mengan Dilanjutkan merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual.								

Hari / tgl/ jam	Diagnosa	Rencana Tujuan	Rencana Tindakan	Rasional
1	2	3	4	5
wita.	mandikan di tempat tidur saja oleh keluarga, pemenuhan ADL pasien seperti makan, BAB, BAK, dan mandi di antu oleh keluarga,	1. Pasien tampak bersih 2. Pasien mampu melakukan perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri	2. Berikan kesempatan pasien untuk melakukan sesuatu yang bisa di kerjakan sendiri. 3. Beri umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang di lakukan untuk keberhasilannya.	2. Mencegah perasaan ketergantungan dan menambah semangat untuk pulih. 3. Meningkatkan perasaan makna diri, meningkatkan kemandirian, dan mendorong pasien untuk berusaha.
Lanjutan	pasien hanya memakai baju dan celana.		4. Motivasi keluarga untuk membantu dalam pemenuhan ADL pasien	4. ADL pasi      Dilanjutkan terpenuhi
Senin, 25 April 2016 Pukul 09.00 wita	Resiko penurunan curah	Setelah di berikan askep selama 3 x 24 jam di	1. Obeservasi TTV setiap 8 jam	1. Mengetahui tingkat kesadaran dan peningkatan TIK 2. Membantu untuk

Hari / tgl/ jam	Diagnosa	Rencana Tujuan	Rencana Tindakan	Rasional
1	2	3	4	5
Lanjutan	jantung di berhubungan dengan perubahan kontraktilitis miokardial	<p>harapkan resiko penurunan curah jantung tidk terjadi dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tidak pusing lagi</li> <li>2. Tekanan darah dalam batas normal: TD (sistol: 120-140 mmHg) ( diastol: 60-80 mmHg)</li> <li>3. Nadi dalam batas normal 80-100 x/menit</li> <li>4. Tidak terjadi penurunan kesadaran pada pasien ( GCS=E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub>)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. dorong tirah baring dalam posisi semi-fowler.</li> <li>3. Berikan lingkungan tenang, nyaman , kurangi aktivitas/ keributan lingkungan</li> <li>4. Berikan HE kepada pasien tentang penggunaan tehnik manajemen stress</li> </ol>	<p>menurunkan rangsangan simpatis,meningkatkan relaksasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. prilaku yang bermamfaat untuk mengontrol ansietas meningkatkan relaksasi.</li> </ol> <p>Dilanjutkan</p>

Lanjutan

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tujuan	Rencana Tindakan	Rasional
1	2	3	4	5
Senin, 25 April 2016 Pukul 09.00 wita	Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi	Setelah diberikan askep selama 3 x 24 jam diharapkan pasien tidak mengalami kerusakan integritas kulit dengan kriteria hasil : 1. Tidak terdapat lesi 2. Skala norton dalam batas normal (16-20) 3. Tidak terdapat kemerahan pada kulit 4. Keluarga berpartisipasi pada tingkat kemampuan	1. Kaji skala Norton ( kaji kulit pasien terdapat lesi atau kulit pasien kemerahan )  2. Lakukan masase dan lubrikasi pada kulit dengan lotion atau minyak.	1. Memantau dalam mengantisipasi dekubitus dan merencanakan intervensi selanjutnya meningkatkan sirkulasi dan melindungi permukaan kulit.  2. Meningkatkan sirkulasi dan melindungi permukaan kulit.

Lanjutan

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tujuan	Rencana Tindakan	Rasional
1	2	3	4	5
		untuk mencegah kerusakan kulit	3. Lakukan perubahan posisi sesering mungkin di tempat tidur.  4. Anjurkan keluarga untuk membersihkan dan mengeringkan kulit khususnya daerah-daerah dengan kelembaban tinggi seperti perineum.  5. Jagalah alat tenun tetap kering dan bebas kotoran.	3. Meningkatkan sirkulasi pada kulit dan mengurangi tekanan pada daerah tulang yang menonjol  4. Kulit kering. Dilanjutkan cendel mengalami kerusakan.  5. Mengurangi atau mencegah adanya iritasi pada kulit



### 3. PELAKSANAAN

**TABEL 3**  
**PELAKSANAAN KEPARAWATAN PADA PASIEN WK**  
**DENGANSTROKE NON HEMORAGIK DI RUANG**  
**SAHADEWA RSUD SANJIWANI GIANYAR**  
**TANGGAL 25 – 28 APRIL 2016**

Hari/tgl/jam	Dx	Tindakan Keperawatan	EVALUASI	Paraf
1	2	3	4	5
Senin 25 April 2016 Pk. 09.00 Wita	1	Melakukan pengkajiaan pada pasien WK	Pasien dan keluarga sangat kooperatif dalam memberikan data	Dewi
	5	Mengkaji skala norton	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kedaan fisik umum pasien lumayan</li> <li>- Kesadaran pasien composmentis</li> <li>- Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>- Imobilisasi pasien tampak tidak bisa bergerak</li> <li>- Inkontenensia pasien tidak ada</li> <li>- Skor skala Norton 14</li> </ul>	
	5	Mengganti alat tenun	Alat tenun sudah di ganti	
	5	Observasi edema	Pasien tidak mengalami edema	
Pk. 10.00 Wita	1	Melakukan tindakan delegatif pemberian obat IV per set :	Obat sudah diberikan reaksi alergi tidak ada.	Dewi

Dilanjutkan

Lanjutkan

1	2	3	4	5
		Citicoline 250mg		
Pk. 10.30 Wita	1,4	Mempertahankan keadaan tirah baring	Pasien tampak tidur	Dewi
Pk. 11.00 Wita	1	Memantau TTV  Memantau status neurologis dan tanda – tanda peningkatan TIK	TD = 170/08 mmHg N = 80 <sup>x</sup> /mnt S = 36,0 <sup>o</sup> C R = 20 <sup>x</sup> /mnt  GCS pasien = E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah), pasien mengatakan masih pusing, mual, muntah tidak ada papil edem.	Dewi
Pk. 11.30 Wita	2	Mengganti cairan infus IVFD RL 20/tts/mnt Mengubah posisi pasien menjadi semipowler	Cairan infus sudah dipasang tetesan lancar. Pasien duduk dengan sandaran.	Dewi
Pk. 12.00 Wita	2	Membantu dalam pemenuhan ADL pasien (memberi pasien makanan lunak / bubur)	Pasien hanya makan 1 porsi	Dewi
Pk.14.30 Wita	1	Mengubah posisi pasien (terlentang)	Pasien tampak mengantuk.	Dewi
Pk. 14.45 Wita	2  1	Menganjurkan keluarga untuk melatih pasien mobilisasi secara bertahap (menggerakkan jari) Memotivasi keluarga untuk membantu dalam pemenuhan ADL pasien	Keluarga mengatakan pasien menggerakkan jari bila dirangsang.  Keluarga sangat aktif dalam perawatan pasien	Dewi
Pk. 15.00 Wita  Pk. 16.00 Wita	1  1	Memantau status neurologis pasien tanda – tanda peningkatan TIK  Melakukan tindakan delegatif pemberian IV per set - citicholine 250mg - vit B1,B6,B12 500mg	GCS pasien = E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M sinistra lemah, Tanda- tanda peningkatan TIK(mual, muntah, nyeri kepala) tidak ada.  Obat sudah diberikan reaksi alergi tidak ada	Dewi
Pk. 16.10 Wita	1	Mengkaji kemampuan dan tingkat kekurangan	Pasien belum mampu merawat dirinya.	Dewi

Dilanjutkan

1	2	3	4	5
		untuk melakukan kebutuhan sehari-hari.		
Pk. 16.30 Wita	1	Membantu pasien dalam pemenuhan ADL (memandikan pasien)	Pasien sudah dilap, pasien tampak bersih.	Dewi
Pk. 17.30 Wita	2	Membantu pasien dalam pemenuhan ADL (makan diet bubur)	Pasien mau makan, habis 1 porsi	Dewi
Pk. 18.20 Wita	1	Memantau TTV	TD = 150/60mmHg S = 36°C N = 80 <sup>x</sup> /mnt R = 20 <sup>x</sup> /mnt	Dewi
	2	Melatih rom pasif dan aktif	Pasien kooperatif mengikuti latihan.	
Pk.18.30 Wita	1	Mengubah posisi pasien	Pasien tampak nyaman dengan posisinya.	Dewi
Pk. 18.45 Wita	2	Mengobservasi kekuatan otot pasien	555   222 555   222	Dewi
Pk. 19.00 Wita	1,4	Mempertahankan keadaan tirah baring dalam posisi semi-fowler	Pasien tampak tenang dengan posisinya.	Dewi
Pk. 20.30 Wita	1	Mengganti cairan infus IVFD RL 20 tts/mnt.	Cairan infus sudah dipasang, tetesan lancar	Prwt
Pk. 22.00 Wita	1	Melakukan tindakan delegatif pemberian obat oral - aspilet 80mg	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada.	Prwt
Selasa, 26 April 2016 Pk. 03.40 Wita	2	Menganti cairan infus IVFD RL 20 tts/mnt	Cairan infus sudah diganti, tetesan lancar.	Prwt
Pk. 05.00 Wita	1	Memantau TTV	TD = 150/70 mmHg N = 80 <sup>x</sup> /mnt S = 36,0 ° C R = 20 <sup>x</sup> /mnt.	Prwt

## Lanjutan

1	2	3	4	5
Pk 07.15 Wita	1	Memantau status neurologis dan tanda-tanda peningkatan TIK	.GCS pasien = E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah, tanda-tanda peningkatan TIK seperti mual,muntah tidak ada. Pasien mengatakan masih sedikit pusing. Papil edema	Dewi
Pk. 07.45 Wita	1  2  2	Beri posisi yang nyaman (kepala diletakkan lebih tinggi 30 ° dari bidang horisontal )  Menganjurkan keluarga melatih pasien mobilisasi bertahap(menggepal tangan).  Mengobservasi ulang kekuatan otot	Pasien nyaman dengan posisi yang diberikan.  Keluarga mengatakan pasien masih lemas,pasien tidak mampu menggepalkan tangannya. Pasien tampak lemah, pasien masih kesulitan dalam menggerakkan kaki dan tangan kirinya, kekuatan otot 555   222 555   222	Dewi
Pk. 08.00 Wita	4  4  5  5	Mengajak pasien mengobrol,mendengarkan pasien bercerita  Berikan lingkungan tenang, nyaman , kurangi aktivitas/ keributan lingkungan  Mengganti alat tenun pasien Mengkaji skala norton	Pasien mau mengungkapkan keluhan kesahnya  Lingkungan tampak tenang  Alat tenun sudah di ganti  - Kedaan fisik umum pasien lumayan - Kesadaran pasien composmentis - Pasien tampak berbaring di	dewi

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
			<p>tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imobilisasi pasien tampak tidak bisa bergerak</li> <li>- Inkontenensia pasien tidak ada</li> <li>- Skor skala Norton 14</li> </ul>	
Pk. 10.00 Wita	1	Melakukan tindakan delegatif pemberian IV per set : - citicholine 250mg	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada.	Dewi
Pk. 10.20 Wita	1,2	Mengubah posisi pasien (terlentang semi-fowler	Pasien tampak tidur dengan posisi terlentang.	Dewi
Pk. 10.30 Wita	2  2	Mengganti cairan infus IVFD RL 20 tts/mnt.  Memberi kesempatan pasien untuk melakukan sesuatu yang bisa dikerjakan sendiri.	Cairan infus sudah diganti, tetesan lancar. Pasien hanya berbaring di tempat tidur.	Dewi
Pk. 11.00 Wita	1	Memantau status neurologis pasien dan tanda – tanda peningkatan TIK.	GCS pasien =E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah Pasien mengatakan pusing, mual, muntah tidak ada.	Dewi
Pk 12.30 Wita	1   1	Memantau TTV   Menganjurkan keluarga untuk melatih pasien mobilisasi bertahap (mengangkat tangan dan kaki)	TD = 150/70 mmHg S = 36°C N = 80 <sup>x</sup> /mnt R = 20 <sup>x</sup> /mnt  Keluarga mau melatih pasien, pasien belum mampu mengangkat tangan dan kaki	Dewi
Pk. 13.00 Wita	1	Mempertahankan keadaan tirah baring semi-fowler	Pasien tampak mengantuk.	Dewi
Pk. 14.00 Wita	1	Mengubah posisi pasien	Pasien tampak nyaman dengan posisinya	Dewi
Pk. 15.00 Wita	1	Memantau status neurologis pasien dan tanda – tanda peningkatan TIK	GCS = E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah, tanda – tanda peningkatan TIK seperti nyeri kepala, mual, muntah tidak ada.	Prwt

Dilanjutkan

1	2	3	4	5
Pk.16.00 Wita	1	Melakukan tindakan delegatif pemberian IV per set : - citicholine 250mg - VIT B6,B6,B12 500mg	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada.	Prwt
Pk. 16.30 Wita	3	Membantu pasien dalam pemenuhan ADL (memandikan pasien)	Pasien sudah dilap, pasien tampak bersih.	Prwt
Pk. 18.30 Wita	2	Menganti cairan infus IVFD RL 20 tts/mnt.	Cairan infus sudah diganti, tetesan lancar.	Prwt
Pk. 19.00 Wita	1	Memberi posisi yang nyaman (kepala diletakkan lebih tinggi 30° dari bidang datar).	Pasien tampak nyaman dengan keadaannya.	Prwt
Pk. 22.00 Wita	1	Memantau TTV	TD = 150/70 mmHg S = 36°C N = 80 <sup>x</sup> /mnt R = 20 <sup>x</sup> /mnt	Prwt
	1	Melakukan tindakan delegatif pemberian obat oral Aspilet 80 mg	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada.	
Pk. 22.15 Wita	1,4	Mempertahankan keadaan tirah baring.	Pasien tampak tertidur.	Prwt
rabu, 27 Juni 16 Pk. 03.30	2	Mengganti cairan infus IVFD RL 20 tts/menit	Cairan sudah di ganti, tetesan lancar.	Prwt
Pk. 05.00 Wita	1	Memantau status neurologis dan tanda-tanda peningkatan TIK	GCS = E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah ,tanda-tanda peningkatan TIK seperti mual, muntah tidak ada, pasien mengatakan pusing berkurang.	Prwt

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
Pk 06.00 Wita	1  2  1	Memantau TTV  Mengobservasi ulang kekuatan otot pasien  Menganjurkan keluarga melatih pasien mobilisasi	TD = 160/90 mmHg S = 36°C N = 88 <sup>x</sup> /mnt R = 20 <sup>x</sup> /mnt  Pasien tampak lemah, kekuatan otot  555   333 555   333  Keluarga mengatakan pasien masih lemas, kaki dan tangan kirinya susah digerakkan.	Prwt
Pk. 07.15 Wita	5  5  5	Mengkaji skala norton  Melakukan masase dan lubrikasi pada kulit dengan losion atau minyak.  Menganjurkan keluarga membersihkan dan mengeringkan kulit khususnya daerah-daerah dengan kelembaban tinggi seperti perineum.	- Kedaan fisik umum pasien lumayan - Kesadaran pasien composmentis - Pasien tampak berbaring di tempat tidur - Imobilisasi pasien tampak tidak bisa bergerak - Inkontenensia pasien tidak ada - Skor skala Norton 14  Kulit pasien sudah terawat  Keluarga mengerti dengan anjuran yang di berikan, keluarga mau berpartisipasi mencegah kerusakan kulit pasien.	Prwt

Dilanjutkan

## Lanjutan

1	2	3	4	5
Pk. 10.00 Wita	1	Melakukan tindakan delegatif pemberian IV per set : - citicholine 250mg	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada.	Prwt
Pk. 11.30 Wita	2	Mengganti cairan infus IVFD RL 20 tts/mnt	Cairan sudah di ganti, tetesan lancar.	Prwt
Pk. 13.00 Wita	1	Memantau TTV	TD = 160/90 mmHg N = 88X/menit S = 36,0°C R = 20*/mnt	Prwt
	4	Mengubah posisi pasien.	Pasien tidur terlentang.	Prwt
Pk. 14.30 Wita	1	Menganjurkan keluarga untuk melatih pasien menggerakkan jari .	Keluarga mengatakan jari pasien bergerak bila di beri rangsangan.	Dewi
Pk. 15.00 Wita	1	Mengobservasi edema	Pasien tampak tidak ada edema	Dewi
Pk. 15.30 Wita	2	Melatih rom aktif dan rom pasif.	Pasien tampak kooperatif.	Dewi
Pk.16.00 Wita	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian obat IV per set : - citicholine 250mg - Vit B1,B6,B12 500mg	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada.	Dewi
Pk. 16.30 Wita	3	Membantu dalam pemenuhan ADL pasien (memandikan pasien).	Pasien sudah dimandikan pasien tampak bersih.	Dewi
Pk. 17.00 Wita	2,3	Membantu pasien dalam pemenuhan ADL (makan bubur).	Pasien mau makan, habis ¾ porsi.	Dewi
Pk. 18.00 Wita	2	Melatih pasien rom pasif	Pasien kooperatif dalam kegiatan	Dewi
Pk. 18.45 Wita	2	memberikan lingkungan tenang, nyaman , kurangi aktivitas/ keributan lingkungan	Lingkungan tampak tenang	Dewi
Pk. 19.00 Wita	1	Memberi posisi yang nyaman (posisi kepala ditinggikan)	Pasien tampak nyaman dengan posisinya.	Dewi
Pk. 19.30 Wita	2	Mengganti cairan infus IVFD RL 20 tts/mnt	Cairan sudah diganti, tetesan lancar	Dewi

Dilanjutkan

Dilanjutkan

## Lanjutan

1	2	3	4	5
Pk.20.00 Wita	1	Memantau TTV	TD = 160/90 mmHg N = 88 <sup>x</sup> /mnt S = 36°C R = 20 <sup>x</sup> /mnt	Prwt
Pk. 22.00 Wita	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian obat oral: aspilet 80mg	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada.	
Pk. 22.15 Wita	1	Mempertahankan keadaan tirah baring.	Pasien tampak tidur.	Prwt
Kamis,28April 16 Pk. 03.30 Wita	2	Mengganti cairan infus IVFD RL 20 tts/mnt	Cairan sudah diganti, tetesan lancar	Prwt
Pk. 05.00 Wita	1	Memantau TTV	TD = 160/ 70mmHg N = 87 <sup>x</sup> /mnt S = 37°C R = 20 <sup>x</sup> /mnt	Prwt
	1	Memantau status neurologis pasien, dan tanda-tanda peningkatan TIK.	GCS = E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah, tidak ada penurunan kesadaran pada pasien, tanda-tanda peningkatan TIK seperti mual muntah tidak ada. Pasien mengatakan masih sedikit pusing.	
Pk. 07.00 Wita	2	Menganjurkan keluarga melatih pasien mobilisasi	Keluarga mengatakan sudah melatih pasien dan pasien masih lemas	Dewi
Pk. 07.15 Wita	2	Mengobservasi kekuatan otot pasien	Pasien tampak lemah, pasien mampu mobilisasi secara betahap ( menggerakkan jari, mengepalkan tangan, mengangkat tangan dan kaki). Kekuatan otot 555   333 555   333	Dewi
Pk. 07.30 Wita	3	Mengkaji ulang kemampuan dan tingkat	Pasien belum mampu merawat diri dengan	

## Lanjutan

1	2	3	4	5
	3  4  4	<p>kekurangan untuk melakukan kebutuhan sehari-hari</p> <p>Motivasi keluarga dalam membantu pemenuhan ADL pasien.</p> <p>Memberikan HE kepada pasien tentang penggunaan tehnik manajemen stres</p> <p>Mengobservasi edema</p>	<p>kekuatan sendiri</p> <p>Keluarga mengatakan ADL pasien masih dibantu, keluarga dan perawat membantu ADL (memandikan pasien) , pasien tampak terawat</p> <p>Pasien sangat kooperatif dan mau berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan tekanan darah/ beban kerja jantung</p> <p>Pasien tampak tidak edema</p>	dewi
Pk. 07.45 Wita	5  5  5	<p>Mengkaji skala Norton</p> <p>Melakukan masase dan lubrikasi pada kulit dengan losion atau minyak.</p> <p>Menganjurkan keluarga membersihkan dan mengeringkan kulit khususnya daerah-daerah dengan kelembaban tinggi seperti perineum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kedaan fisik umum pasien lumayan</li> <li>- Kesadaran pasien composmentis</li> <li>- Pasien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>- Imobilisasi pasien tampak tidak bisa bergerak</li> <li>- Inkontenensia pasien tidak ada</li> <li>- Skor skala Norton 14</li> </ul> <p>Kulit pasien sudah terawat</p> <p>Keluarga mengerti dengan anjuran yang di berikan, keluarga mau berpartisipasi mencegah kerusakan kulit pasien.</p>	Dewi

**TABEL 4**  
**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN WK DENGAN STROKE**  
**NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA**  
**RSUD SANJIWANI GIANYATR**  
**TANGGAL 26 APRIL 2016**

Hari/ Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1	2	3
Selasa, 26 april 2016 Pukul 09.00 Wita	Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan vasospasme serebral berhubungan dengan pasien mengatakan kepalanya pusing. TD = 170/80 mmHg, Pasien memegang kepalanya Nadi: 80x/menit GCS :CM (E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M ,ekstremitas sinistra didapat di dukur dengan GCS kuantitatif di sebabkan pasien mengalami lemas pada daerah ekstremits sinistra	S : Pasien mengatakan pusing berkurang. O : TD =150/70 mmHg, N = 80%/mnt, GCS = CM E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah, tanda-tanda peningkatan TIK seperti mual, muntah tidak ada papil edema tidak ada. A : Tujuan 1,2,4 belum tercapai, tujuan 3 sudah tercapai, masalah belum teratasi. P : Lanjutkan renpra 1,2,3 dan 4
selasa, 25April 2016 Pukul 07.00 Wita	Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat kerusakan neuromuskuler ditandai dengan keluarga mengatakan bahwa kaki dan tangan kiri pasien lemas dan susah digerakkan, pasien tampak berbaring di tempat tidur, pasien sulit bergerak dan susah menggerakkan tangan dan kaki kirinya, kekuatan otot : 555   222 555   222	S : pasien mengatakan pasien masih lemas. O : Pasien tampak lemah, pasien tampak belum bisa mengerakan jari, mengepalkan tangan, mengangkat tangan, kaki dan tangan kiri susah digerakkan, kekuatan otot 555   222 555   222 A : Tujuan 1, 2, 3 belum tercapai, masalah belum teratasi. P : Lanjutkan renpra 1, 2, dan 3

Dilanjutkan

<p>Selasa, 26 april 2016 Pukul 09.00</p>	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular di tandai dengan keluarga mengatakan pasien hanya di lap di tempat tidur saja oleh keluarga, pemenuhan ADL pasien seperti makan, BAB, BAK, dan mandi di bantu oleh keluarga, pasien hanya memakai baju dan celana</p>	<p>S : pasien mengatakan ADL pasien masih dibantu oleh keluarga O : Pasien tampak terawat, pasien belum mampu merawat diri dengan kekuatan sendiri. A : Tujuan 2 belum tercapai,1 tercapai masalah belum teratasi P : Lanjutkan renpra 1 dan 2</p>
<p>Selasa 26 april 2016 pukul 08.00 wita</p>	<p>Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial</p>	<p>S : - O: pasien tampak memegang kepala yang sakit, N = 80<sup>x</sup>/mnt,TD : 150/ 70 mmHg., GCS = CM E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M bagian sinistra lemah, A: Tujuan 1, 2,4 belum tercapai, 3 sudah tercapai P: lanjutkan renpa 1,2, 3, dan 4</p>
<p>Selasa, 26 April 2016 Pukul 08.00 Wita</p> <p>Lanjutan</p>	<p>Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi</p>	<p>S : - O : skala norton 14, kemerahan tidak ada,tidak terdapat lesi keluarga berpartisipasi dalam mencegah kerusakan kulit pasien. A : Tujuan 2 belum tercapai, 1, 3 dan 4 sudah tercapai, masalah belum teratasi. P : lanjutkan renpra 1, 2, 3, dan 4</p>

TABEL 5

**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN WK DENGAN STROKE  
NON HEMORAGIK DI RUANG SAHADEWA  
RSUD SANJIWANI GIANYATR  
TANGGAL 27 APRIL 2016**

Hari/Tanggal/waktu	Diagnosa	Evaluasi
1	2	3
Rabu, 27 april 2016 Pukul 09.00 Wita	Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan vasospasme serebral ditandai dengan pasien mengatakan kepalanya pusing TD = 170/80 mmHg, MAP: 110mmHg GCS: CM (E <sub>4</sub> ,V <sub>5</sub> ,M <sub>6</sub> )	S : Pasien mengatakan pusing berkurang. O : TD =160/90 mmHg, N = 88 <sup>x</sup> /mnt, GCS = E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah, tanda-tanda peningkatan TIK seperti mual, muntah tidak ada papil edema tidak ada. A : Tujuan 1, 2, 4 belum tercapai, tujuan 3 sudah tercapai, masalah belum teratasi. P : Lanjutkan renpra 1,2, 3 dan 4
Rabu, 27April 2016 Pukul 07.00 Wita	Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat kerusakan neuromuskuler ditandai dengan keluarga mengatakan bahwa kaki dan tangan kiri pasien lemas dan susah digerakkan, pasien tampak berbaring di tempat tidur, pasien sulit bergerak dan susah menggerakkan tangan dan kaki kirinya, kekuatan otot : $\begin{array}{r l} 555 & 222 \\ \hline 555 & 222 \end{array}$	S : pasien mengatakan pasien masih lemas. O : Pasien tampak lemah, pasien tampak sudah bisa mengerakan jari, mengepalkan tangan,mengangkat tangan dan kaki, kekuatan otot $\begin{array}{r l} 555 & 333 \\ \hline 555 & 333 \end{array}$ A : Tujuan 1, belum tercapai, tujuan 2 dan 3 sudah tercapai, masalah belum teratasi.

		P : Lanjutkan renpra 1, 2 dan 3
Rabu, 27 April 2016 Pukul 09.00	Deficit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular di tandai dengan keluarga mengatakan pasien hanya di lap di tempat tidur saja oleh keluarga, pemenuhan ADL pasien seperti makan, BAB, BAK, dan mandi di bantu oleh keluarga, pasien hanya memakai baju dan celana	S : pasien mengatakan ADL pasien masih dibantu oleh keluarga O : Pasien tampak terawat, pasien belum mampu merawat diri dengan kekuatan sendiri. A : Tujuan 2 belum tercapai, tujuan 1 tercapai, masalah belum teratasi P : Lanjutkan renpra 1 dan 2
Rabu, 27 april 2016 pukul 08.00 wita	Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial	S : - O: pasien tampak memegang kepalanya yang sakit TD : 160/ 90 mmHg, N = 88 <sup>x</sup> /mnt, GCS = CM E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah, A: Tujuan 1, 2,4 belum tercapai, 3 sudah tercapai P: lanjutkan renpra 1, 2, 3 dan 4
Rabu, 27 April 2016 Pukul 08.00 Wita	Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi	S : - O : lesi tidak ada, skala norton 14, kemerahan tidak ada, keluarga berpartisipasi dalam mencegah kerusakan kulit pasien. A : Tujuan 2 belum tercapai, 1, 3 dan 4 tercapai, masalah belum teratasi. P : lanjutkan renpra 1, 2, 3 dan 4

Lanjutan

## 4. Evaluasi

TABEL 6

**EVALUASI KEPERAWATAN PADA PASIEN WK  
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK  
DI RSUD SANJIWANI GIANYAR  
TANGGAL 28 April 2016**

Hari / tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	EVALUASI
1	2	3
Kamis,28 April 2016 Pukul 07.45 Wita	Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan vasospasmeserebral berhubungan dengan pasien mengatakan kepalanya pusing. TD = 170/80 mmHg, Pasien memegang kepalanya Nadi: 80x/menit GCS :CM (E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub> bagian dexstra) (E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra mengalami kelemahan)	S : pasien mengatakan masih sedikit pusing. O : T = 160/ 70mmHg, N = 87*/mnt, GCS = CM E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah, tanda- tanda peningkatan TIK tidak ada, tidak ada penurunan kesadaran. A : Tujuan 1, 2,4 belum tercapai, tujuan 3 tercapai, masalah belum teratasi. P : Lanjutkan renpra 1, 2, dan 4
Kamis,28 April 2016 Pukul 07.45 Wita	Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan sekunder akibat kerusakan neuromuskuler ditandai dengan keluarga mengatakan bahwa kaki dan tangan kiri pasien lemas dan susah digerakkan, pasien tampak berbaring di tempat tidur, pasien sulit bergerak dan susah menggerakkan tangan dan kaki kirinya, kekuatan otot : 555   222	S : pasien mengatakan pasien masih lemas. O : Pasien tampak lemah, pasien tampak sudah bisa mengerakan jari, mengepalkan tangan,mengangkat tangan dan kaki kekuatan otot 555   333 555   333 A : Tujuan 1 belum tercapai, 2 dan 3 sudah tercapai
	555   222	

## Lanjutan

1	2	3
	555   222 555   222	masalah belum teratasi. P : Lanjutkan renpra 1
Kamis,28 April 2016 Pukul 07.45 Wita	Defisit kurang perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular di tandai dengan keluarga mengatakan pasien hanya di lap di tempat tidur saja oleh keluarga, pemenuhan ADL pasien seperti makan, BAB, BAK, dan mandi di bantu oleh keluarga.	S : pasien mengatakan ADL pasien masih dibantu oleh keluarga O : Pasien tampak terawat, pasien belum mampu merawat diri dengan kekuatan sendiri. A : Tujuan 2 belum tercapai, tujuan 1 sudah tercapai masalah belum teratasi P : Lanjutkan renpra 2
Kamis,28 April 2016 pukul 07.45 wita	Resiko penurunan curah jantung di berhubungan dengan perubahan kontraktilitis miokardial	S: - O: pasien tampak memegang kepalanya yang sakit TD : 160/ 70 mmHg,Nadi: 87 <sup>x</sup> /mnt, GCS = CM E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M bagian sinistra lemah, A: Tujuan 1,2,dan 4 belum tercapai,tujuan 3 tercapai, masalah belum teratasi P: lanjutkan renpa 1,2, dan 4
Kamis,28 April 2016 Pukul 07.45 Wita	Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi	S : - O : tidak terdapat lesi, skala norton 14, kemerahan tidak ada, keluarga berpartisipasi dalam mencegah kerusakan kulit pasien. A : Tujuan 2 belum tercapai, 1, 3, dan 4 sudah tercapai, masalah belum teratasi. P : lanjutkan renpa 2

### **BAB III**

#### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan diuraikan tentang kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus, argumentasi atas kesenjangan tersebut dan solusi atau strategi pemecahan untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul setelah proses pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Dalam penguraiannya disesuaikan dengan empat tahapan proses keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Tahap pengkajian merupakan langkah awal pada proses keperawatan untuk mendapatkan data dari pasien. Metode yang digunakan adalah wawancara dengan keluarga, pemeriksaan fisik ke pasien dan dengan melihat catatan perkembangan pasien pada catatan medis dan catatan keperawatan. Saranan dan prasarana yang digunakan dalam pengkajian seperti: refleksi hamer, garpu tala, senter sudah tersedia di ruangan. Dalam laporan studi kasus ini ditemukan kesenjangan.

Dalam tinjauan teoritis pada pasien stroke terdapat data, kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, penurunan kesadaran, riwayat penyakit terdahulu tinjauan teori mengatakan adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penyalahgunaan obat(kokain). Riwayat keluarga tinjauan teori mengatakan adanya riwayat

keluarga yang menderita hipertensi, diabetes militus, atau adanya riwayat stroke pada generasi terdahulu. Untuk pemeriksaan fisik tinjauan teori mengatakan pasien kesulitan beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis atau hemiplegi, mudah lelah, susah beristirahat, gangguan tonus otot, paralitik, gangguan penglihatan, gangguan kesadaran, adanya perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa, emosi labil, kesulitan mengekspresikan diri, inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen, bising usus, nafsu makan hilang, pusing, sakit kepala, dilatasi atau miosis pupil, gelisah, ketegangan otot, batuk, hambatan jalan nafas, ronchi, sulit bernafas, disorientasi, masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi. Sedangkan pada pasien WK pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi, tekanan darah 170/80 mmHg, frekuensi nadi= 80x/menit, pasien memegang kepalanya MAP: 110mmHg, GCS: CM E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub> dekstra) (E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M sinistra mengalami kelemahan)

kekuatan otot  $\frac{555}{555} \left| \frac{222}{222} \right.$  ADL pasien seperti makan, minum dan

mandi dibantu oleh keluarga, pasien hanya dilap di tempat tidur pasien mengatakan kepalanya terasa pusing dari hasil EKG terdapat Left ventricular

Bila dibandingkan dengan teori ada beberapa yang tidak muncul pada kasus seperti pelo, tidak dapat berkomunikasi, penurunan kesadaran menurun gangguan penglihatan, gangguan kesadaran, disritmia, dilatasi atau miosis pupil, hambatan jalan nafas, sulit bernafas, penurunan nafsu makan tidak dialami oleh pasien saat pengkajian, karena pasien tidak terjadi permasalahan pada 12 saraf kranialnya. Gejala sulit bernafas, ronchi, penurunan kesadaran

bicara pelo dan hambatan jalan nafas tidak muncul karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami penurunan kesadaran bicara lancar, pasien tidak juga mengeluh batuk sehingga tidak ada penimbunan sekret yang menghambat jalan nafas. Kerusakan integritas kulit tidak terjadi karena lesi tidak ada, kemerahan tidak dialami pasien saat pengkajian. Kurang pengetahuan tidak terjadi karena sebelumnya pasien sering ke pelayanan kesehatan setiap bulan untuk mencari obat penurun tensi dan mendapatkan informasi kesehatan dari petugas pelayanan kesehatan.

Pada pemeriksaan penunjang pasien tidak dilakukan pemeriksaan sinar x toraks, ultrasonografi (USG) hal tersebut tidak dilakukan karena pemeriksaan Ct-scan kepala sudah cukup untuk mengetahui keadaan pasien dari hasil anamnesa dan pemeriksaan neurologis pasien mengarah kepada stroke non hemoragik, dimana gejala utamanya adalah timbulnya deficit neurologis secara mendadak /subakut, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau duduk dan kesadaran biasanya tidak menurun, kecuali bila embolus cukup besar. Biasanya terjadi pada usia > 50 tahun(Mansjoer, 2000)

Untuk pemeriksaan angiografi serebral, fungsi lumbal, tidak dikerjakan karena pemeriksaan penunjang neurovaskuler diutamakan yang non invasif dan dianjurkan pada pasien bila alat tersedia dan biaya terjangkau. Sedangkan pemeriksaan EEG tidak dilakukan karena pasien tidak mengalami kejang dimana EEG (Elektro Ensefalografi) berguna untuk merekam gelombang saraf otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

Pada laporan kasus pasien WK semua masalah keperawatan yang muncul sesuai dengan teori, hanya lima masalah keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus dari duabelas masalah keperawatan yang ada pada tinjauan teori. Masalah keperawatan yang pertama yaitu perubahan perfusi jaringan serebral karena pasien mempunyai riwayat hipertensi, dan tekanan darah pasien 170/80 mmHg, masalah kedua kerusakan mobilitasi fisik karena pasien sulit bergerak dan susah menggerakkan kaki dan tangan kirinya sehingga pasien tidak mampu beraktivitas, ADL pasien dibantu keluarga dan perawat. Masalah yang ketiga defisit perawatan diri karena pemenuhan ADL pasien seperti makan, BAB, BAK, dan mandi di bantu oleh keluarganya. Masalah yang keempat resiko penurunan curah jantung karena data EKG menunjukkan Left ventricular hypertrophy dan tekanan darah pasien 170/80 mmHg dan masalah yang kelima resiko kerusakan integritas kulit karena pasien tampak berbaring di tempat tidur dan sulit untuk bergerak.

Masalah keperawatan yang tidak muncul pada kasus yaitu perubahan persepsi sensori tidak ditemukan pada pasien karena pasien tidak mengalami gangguan dalam pendengaran dan penglihatan. Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif juga tidak ditemukan pada kasus karena pada pasien tidak ditemukan adanya batuk, ronchi, dan hambatan jalan nafas, respirasi batas normal (16-20 x/menit). Masalah kerusakan menelan dan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak muncul pada kasus karena serangan stroke tidak mengenai nervus IX dan X yaitu nervus glosfaringeus dan vagus yang berfungsi untuk reflek mengunyah dan menelan. Sedangkan masalah kurang

pengetahuan juga tidak ditemukan pada pasien karena pasien dan keluarga sudah mendapatkan penjelasan tentang penyakit dari dokter yang merawat. Resiko cedera tidak di temukan karena tempat tidur pasien sudah di lengkapi pengaman keadaan pasien tidak terlalu gelisah, dan pasien selalu di jaga oleh keluarganya sehingga resiko cedera bisa di hindari.

## **B. Perencanaan**

Dalam perencanaan prioritas diagnosa keperawatan berdasarkan atas berat ringannya masalah yang dihadapi pasien. Dari lima diagnosa yang ditemukan pada pasien WK yang menjadi prioritas utama adalah perubahan perfusi jaringan serebral karena bila masalah tersebut tidak segera diatasi akan mengakibatkan terjadi peningkatan TIK dan peningkatan tensi sehingga menyebabkan pecahnya pembuluh darah arteri di otak menjadi lebih luas. Masalah kedua yaitu kerusakan mobilitas fisik karena jika tidak ditanggulangi akan menyebabkan kontraktur pada pasien sehingga dapat memperberat keadaan pasien jika kerusakan mobilitas fisik sudah dapat diatasi tidak akan terjadi kontraktur sehingga pasien mampu bergerak sesuai kemampuannya. Masalah ketiga yaitu defisi perawatan diri karena jika tidak di tanggulangi maka kebutuhan ADL pasien seperti BAB, BAK, makan, dan mandi selalu di bantu oleh kelurganya secara sikis pasien pasti mersa malu jika kebutuhan pasien selalu di bantu dan itu menyebabkan proses penyembuhan pasien menjadi terganggu dan bisa menimbulkan komplikasi lain. Masalah ke empat resiko penurunan curah jantung karena jika tidak di tanggulangi sejak dini

kondisi pasien bisa lebih buruk, di ketahui bahwa jika terjadi penurunan curah jantung maka suplai darah kesuluruh tubuh berkurang, darah merupakan pembawa zat makanan jika zat makan tidak beredar secara normal ke seluruh tubuh sel-sel akan mati dan menambah kondisi pasien semakin buruk dan masalah yang kelima adalah resiko kerusakan integritas kulit karena jika tidak di tanggulangi akan menjadi resiko infeksi dan akan memunculkan diagnosa baru. Pada rencana keperawatan terdapat kesenjangan antara rencana tindakan pada tinjauan teori dan kasus seperti pada diagnosa perubahan perfusi jaringan serebral yaitu pada tinjauan kasus tidak direncanakan kolaborasi dengan beri oksigen karena intruksi dari dokter tidak ada dan pasien tidak mengalami gangguan dalam bernafas sehingga penulis tidak merencanakan tindakan tersebut dalam tinjauan kasus. Sedangkan untuk diagnosa lainnya sudah sesuai antara rencana tindakan pada teori dan kasus.

### **C. Pelaksanaan**

Tahap pelaksanaan dimulai setelah tindakan disusun dan diajukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan, dimana tujuan dari perencanaan ini adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal, dan dikerjakan dengan metode tim dan dalam pelaksanaan di rumah sakit sudah memperhatikan hal-hal yang mengancam bagi pasien, perawatan dan pengobatan sudah mengacu pada protap yang ada.

Observasi TTV tidak sepenuhnya dilaksanakan penulis karena keterbatasan waktu, sehingga penulis melimpahkan kepada petugas ruangan dan penulis merencanakan tiap 8 jam. Begitu juga dengan mengubah posisi pasien yang direncanakan setiap 2 jam. Dalam pendokumentasian penulis melihat dari catatan perawatan di ruangan. Semua tindakan keperawatan yang lain sudah dapat dilaksanakan oleh penulis sesuai dengan rencana perawatan yang dibuat karena didukung oleh situasi dan kondisi serta respon pasien atau keluarga yang kooperatif.

### **D. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Dalam paparan kasus ini, dari lima masalah keperawatan yang ada semuanya memiliki kompleksitas yang berbeda. lima masalah yaitu perubahan perfusi jaringan serebral, kerusakan mobilitas fisik, deficit perawatan diri, resiko penurunan curah jantung, resiko kerusakan integritas kulit. Lima diagnosa

keperawatan yang tujuannya belum tercapai yaitu perubahan perfusi jaringan serebral, kerusakan mobilitas fisik, deficit perawatan diri dan resiko penurunan curah jantung dan resiko kerusakan integritas kulit karena perbaikan status neurologis memerlukan waktu yang cukup lama menurut luasnya daerah otak yang terkena. Jaringan otak sangat rentan dan kebutuhan akan oksigen dan glukosa melalui aliran darah adalah konstan. Metabolisme otak merupakan proses tetap dan kontinu, tanpa ada masa dan istirahat. Bila aliran darah terhenti selama 10 detik saja, maka kesadaran mungkin sudah akan hilang, dan penghentian dalam beberapa menit saja dapat menimbulkan kerusakan ireversibel. Oleh sebab itu untuk mencegah komplikasi lebih lanjut penulis merasa rencana perawatan harus tetap dilanjutkan karena tidak mungkin tujuan dapat dicapai dalam waktu tiga hari.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari uraian yang ditulis pada pembahasan dapat disimpulkan bahwa penulis telah mendapat gambaran umum tentang asuhan keperawatan pasien WK dengan Stroke Non Hemoragik dan secara garis besar pelaksanaan asuhan keperawatan pasien WK dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Sanjiwani Gianyar sudah dapat dilaksanakan dengan baik.

Pada pengkajian pasien WK data yang ditemukan sangat dipengaruhi oleh kondisi atau keadaan fisik pasien saat pengkajian. Berdasarkan hal tersebut, maka masalah keperawatan yang muncul pada kasus juga disesuaikan dengan data yang muncul pada kasus.

Perencanaan keperawatan diawali dengan penentuan prioritas masalah keperawatan dan kondisi atau keadaan pasien. Berdasarkan prioritas tersebut maka didapatkan prioritas masalah keperawatan sebagai berikut : prioritas pertama perubahan perfusi jaringan serebral, prioritas kedua kerusakan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, resiko penurunan curah jantung, resiko kerusakan integritas kulit.

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada dasarnya berpedoman pada perencanaan yang telah disusun sesuai dengan kondisi pasien, mengingat waktunya sangat terbatas. Pelaksanaan yang dilakukan tidak terlepas

kerjasama dari pasien, keluarga, perawat ruangan, serta tim kesehatan lainnya.

Evaluasi dilaksanakan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan mencapai tujuan yang telah ditentukan. Dari empat masalah yang muncul pada kasus, tujuan yang dicapai pada masalah tersebut adalah satu diagnosa dan tiga diagnosa keperawatan tujuannya belum tercapai.

## **B. Saran**

Dari permasalahan yang muncul pada pembahasan, penulis mengajukan saran :

### 1. Kepada pihak rumah sakit

Agar tetap mempertahankan mutu pelayanan rumah sakit serta tetap menjaga sikap terapeutik yang baik.

### 2. Kepada pihak ruangan

Mengingat waktu pemberian tindakan terbatas maka di harapkan perawat di ruangan bisa melanjutkan dalam memberikan motivasi kepada keluarga Ibu WK dan melanjutkan perawatan Strok Non Himoragik secara berkesinambungan dengan maksud dapat mencapai hasil yang maksimal

### 3. Kepada pasien WK

Agar pasien tetap kooperatif dalam pengobatan untuk mencapai kesehatan yang lebih baik

4. Kepada pihak keluarga pasien
  - a. Agar tetap mempertahankan kondisi pasien yang telah dicapai dan mempertahankan sifat kooperatif terhadap tindakan keperawatan yang diberikan serta selalu memperhatikan saran dari tenaga kesehatan.
  - b. Agar keluarga mampu melaksanakan perawatan dan pencegahan terhadap penyakit serta meningkatkan derajat kesehatan pasien dan keluarga dan tetap melanjutkan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan untuk pulang.
  - c. Agar keluarga mampu melaksanakan perawatan selama pasien di rumah karena serangan stroke dapat terjadi kembali.