

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.L.M DENGAN STROKE HEMORAGIK
DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W. Z.
JOHANNES KUPANG**



Disusun oleh:

MARIA EKARISTI TEMBARU

PO.530320115032

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. L. M DENGAN STROKE HEMORAGIK
DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
Menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



MARIA EKARISTI TEMBARU

PO.530320115032

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN**

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria Ekaristi Tembaru
NIM : PO.530320115032
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya lakukan sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 05 Juli 2018

Pembuat Pernyataan



Maria Ekaristi Tembaru
PO.530320115032

Mengetahui

Pembimbing



Maria Agustina Making, S. Kep., Ns., M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Maria Ekaristi Tembaru, NIM.
PO.530320115032 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. L. M dengan
Stroke Hemoragik di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes
Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



Maria Agustina Making, S. Kep., Ns., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya tulis Ilmiah oleh MARIA EKARISTI TEMBARU dengan judul
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. L. M DENGAN STROKE
HEMORAGIK DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W. Z.
JOHANNES KUPANG

telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 05 Juli 2018

Dewan Penguji

Penguji I :

Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep., M.Kep
NIP. 198106302005012001

Penguji II :

Maria A. Making, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



M. Margaretha U. W., SKp., MHSc
NIP. 195602171986032001

Mengetahui

Ketua Program Studi

Margaretha Telli, S.Kep., Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

BIODATA

Nama : Maria Ekaristi Tembaru
Tempat tanggal lahir : Kupang, 20 Mei 1997
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Gerbang Madya, Kelapa Lima
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Negeri Pasir Panjang Tahun 2009
2. Tamat SMP Negeri 5 Kupang Tahun 2012
3. Tamat SMA Negeri 2 Kupang Tahun 2015

MOTTO

*Janganlah Hendaknya Kamu Kuatir Tentang Apapun Juga Sebab Masa
Depanmu Sungguh Ada Dan Harapanmu Tidak Akan Hilang*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan Pada Tn. L. M Dengan Diagnosa Medis Stroke Hemoragik di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang” tanggal 25-28 Juni 2018 dengan baik dan tepat pada waktunya. Laporan ini dibuat untuk menyelesaikan studi pada program studi diploma III keperawatan dan mendapatkan gelar ahli madya keperawatan.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu R. H. Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Ibu M. Margaretha U.W., SKp., MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, yang telah bersedia menjadi penanggungjawab dari kegiatan ujian akhir program.
3. Ibu Margaretha Telli, S.Kep., Ns, MSc-PH selaku Ketua prodi D III keperawatan politeknik kesehatan kemenkes kupang yang telah bersedia menjadi coordinator dari kegiatan ujian akhir program.
4. Ibu Maria Agustina Making, S.Kep, Ns, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah dengan sabar dan penuh tanggung jawab dalam membimbing penulis sejak ujian praktek, proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah, hingga pada saat ujian sidang.
5. Ibu Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep dan Ibu Falentina S. Amina, S.Kep,Ns selaku penguji satu dalam kegiatan ujian sidang, yang telah membantu penulis dengan memberikan kritik dan saran yang membangun untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Trivonia Sri Nurwela, S. Kep., Ns., M. Kes selaku pembimbing akademik yang telah membantu dalam memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama studi di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi D-III

Keperawatan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses Karya Tulis Ilmiah

7. Seluruh dosen, staf dan pegawai kependidikan yang dengan caranya masing-masing telah membantu, dan mendukung penulis dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah
8. Orang tua tercinta, Yohannes Fani Tembaru dan Anna Nggelan yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
9. Kakak dan adik tersayang, Adrian Mukin, Hilda Jenita, Elin Belplay, Irma Dae, Icha Loin, dan Putra Tembaru yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
10. Sahabat-sahabat terbaik, Nandi Ibrahim, Emil Mukin, Puput Pa, Tanti Nalle, Chyntia putri, Velsa Rohi, Jenifer Lay Lado, Ade Saragi, MickuSariba, Santi Dethan, Ike Pitay, Minartha Laulei, Elsa Muloko, Inri Rizal, Mega Fanggi, Heldi Elimanafe, yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
11. Teman-teman seangkatan XXIV yang telah memberikan motivasi dan dukungan, sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

Akhir kata penulis ucapkan terimakasih dan mohon maaf jika dalam pembuatan laporan ini masih banyak kekurangan yang penulis lakukan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menyempunakan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang,05 Juli 2018

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. L. M Yang Mengalami Stroke Hemoragik di Ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Oleh : Maria Ekaristi Tembaru

Stroke Hemoragik adalah kerusakan pembuluh darah di otak sehingga menyebabkan pendarahan yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler. Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2015, kematian akibat stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Penyakit stroke di Indonesia meningkat sering bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%). Stroke di NTT adalah 7,1 per 1000 penduduk. Menurut kabupaten kota prevalensi stroke berkisar antara 2,5%-21,4% dan kabupaten sumba barat mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya berdasarkan diagnosis dan gejala. Penderita stroke memiliki perilaku yang meningkatkan factor resiko stroke. Gaya hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan tinggi lemak dan tinggi kolesterol, kurang aktivitas fisik dan kurang berolahraga.

Tujuan umum penulisan ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Metode yang digunakan dalam studi kasus ini wawancara langsung dan pemeriksaan fisik.

Hasil dari studi kasus ini diharapkan masyarakat dapat memahami penyebab, gejala, pencegahan dan penanganan pada penyakit stroke.

Kesimpulan data. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Diagnosa yang muncul pada kasus Tn L. M dengan stroke hemoragik di ruang Komodo antara lain ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, gangguan pola tidur, deficit perawatan diri mandi.

Kesimpulan masalah keperawatan di atas belum teratasi dan perlu perawatan lanjut baik dilakukan perawat ataupun keluarga.

Kata kunci : *Stroke, asuhan keperawatan*

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Pernyataan Keaslian Tulisan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar pengesahan	iv
Biodata	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB I Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Studi Kasus	2
BAB II Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep Teori	5
2.1.1 Pengertian	5
2.1.2 Etiologi	5
2.1.3 Patofisiologi	9
2.1.4 Manifestasi Klinis	10
2.1.5 Klasifikasi	12
2.1.6 Faktor Resiko	13
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.8 Komplikasi	16
2.1.9 Penatalaksanaan	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	17
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	17
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	21

2.2.3 Intervensi Keperawatan	22
2.2.4 Implementasi Keperawatan	27
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	27

BAB III Hasil Studi Kasus dan Pembahasan

3.1 Hasil Studi Kasus	28
3.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	28
3.1.2 Karakteristik Pasien	28
3.1.3 Hasil Pengumpulan Data	28
3.1.4 Pengkajian Keperawatan	29
3.1.5 Diagnosa Keperawatan	33
3.1.6 Intervensi Keperawatan	35
3.1.7 Implementasi Keperawatan	39
3.1.8 Evaluasi Keperawatan	41
3.2 Pembahasan Studi Kasus	43
3.2.1 Pengkajian Keperawatan	44
3.2.2 Diagnosa Keperawatan	45
3.2.3 Intervensi Keperawatan	47
3.2.4 Implementasi Keperawatan	47
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	48
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	48

BAB IV Penutup

4.1 Kesimpulan	50
4.2 Saran	51
Daftar Pustaka	52
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala Kekuatan Otot	14
Tabel 2.2 Pemeriksaan GCS Atau Tingkat Kesadaran	18
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan.....	22
Tabel 3.1 Intervensi Keperawatan.....	35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

.....

Lampiran 2 Format Pengkajian

.....

Lampiran 3 Bukti Konsul

.....

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresi cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Bila peredaran darah ke otak ini berlangsung sementara beberapa detik hingga berapa jam (kebanyakan 10-20 menit), tapi dari 24 jam disebut sebagai seragan iskemia otak sepintar (Mansjoer dkk, 2000)

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau perdarahan subaraknoid karena pecahnya pembuluh darah otak yang area tertentu sehingga darah memenuhi jaringan otak. Perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala neurologik dengan cepat karena tekanan pada saraf didalam tengkorak yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernapasan cepat, pupil mengecil, kaku kuduk, dan hemiplegia

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2015, kematian akibat stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan tingginya kadar glukosa dalam tubuh. Tingginya kadar gula darah dalam tubuh secara patologis berperan dalam peningkatan konsentrasi glikoprotein, yang merupakan pencetus beberapa penyakit vaskuler. Kadar glukosa dalam darah yang tinggi pada saat stroke akan memperbesar kemungkinan meluasnya area infark karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa secara anaerobic yang merusak jaringan otak (Rico dkk, 2013)

Berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2013, prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun (0,2%). Prevalensi stroke berdasarkan jenis

kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi (8,2%) dibandingkan daerah pedesaan (5,7%).

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di NTT adalah 7,1 per 1000 penduduk. Menurut kabupaten kota prevalensi stroke berkisar antara 2,5%-21,4% dan kabupaten sumba barat mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya berdasarkan diagnosis dan gejala.

Penderita stroke memiliki perilaku yang meningkatkan faktor resiko stroke. Gaya hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan tinggi lemak dan tinggi kolesterol, kurang aktivitas fisik dan kurang berolahraga, meningkatkan resiko terkena penyakit stroke (Friedman, 2013). Solusi yang harus diterapkan adalah pengendalian kadar kolesterol dalam darah, kendalikan gula darah, berhenti merokok, lakukan olahraga secara rutin, kurangi stres dan istirahat yang cukup, memperbanyak konsumsi makanan sehat.

Penyakit stroke dianggap sebagai penyakit monopoli orang tua dulu, stroke hanya terjadi pada usia mulai 60 tahun namun sekarang mulai usia 40 tahun seseorang memiliki risiko stroke, meningkatnya penderita stroke usia muda lebih disebabkan pola hidup, terutama dari pola makan tinggi kolesterol. Berdasarkan pengamatan justru stroke di usia produktif sering terjadi akibat kesibukan kerja yang mengakibatkan seseorang jarang berolahraga, kurang tidur, dan stres berat yang juga jadi faktor penyebab (Dauman, 2013)

Berdasarkan data dan fakta maka penulis sebagai perawat berpendapat bahwa stroke masih memerlukan berbagai penanganan komprehensif dan memerlukan keikutsertaan klien serta keluarga. Untuk itu penulis ingin mengetahui dan memahami lebih lanjut tentang penanganan terhadap pasien dengan Stroke Hemoragik yang tersusun dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui cara pengkajian pada pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. Mengetahui rumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
3. Mengetahui perencanaan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Mengetahui implementasi pada pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Mengetahui evaluasi pada pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.3 Manfaat Studi kasus

1.3.1 Manfaat Teori

Sebagai referensi dalam mengembangkan ilmu keperawatan dimasa yang akan datang khususnya pada pasien dengan Stroke Hemoragik di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi penulis

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien stroke

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

3. Bagi Institusi RSUD. Prof Dr.W.Z.Johannes kupang

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam Pelaksanaan Praktek Keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien stroke

4. Bagi Pasien

Agar dapat dijadikan sebagai pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Stroke

2.1.1 Pengertian stroke

Stroke adalah sindrom klinis yang awalnya timbulnya mendadak, progresif, cepat, berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih langsung menimbulkan kematian dan semata-mata disebabkan oleh gangguan perdarahan otak non traumatik (Mansjoer,2010).

Stroke/penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh system pembuluh darah otak. Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang disebabkan oleh terhentinya suplai darah kebagian otak (Smeltzar & Bare, 2001).

Stroke Hemoragik adalah disfungsi neurologi fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan oleh karena trauma kapitis, disebabkan oleh karena pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler (Widjaja, 2008). Stroke hemoragik yaitu suatu kerusakan pembuluh darah otak sehingga menyebabkan perdarahan pada area tersebut. Hal ini menyebabkan gangguan fungsi saraf (Haryono,2014).

2.1.2 Etiologi

Menurut Rendi & Margaret, 2012 :

1. Infark otak (80%)
 1. Emboli
 - 1) Emboli kardiogenik
 - 2) Fibrilasi atrium atau aritmia lain
 - 3) Thrombus mural ventrikel kiri
 - 4) Penyakit katub mitral atau aorta,

- 5) Endokarditis (infeksi atau non infeksi)
2. Emboli paradoksal (foramen oval paten)
 - 1) Emboli arkus aorta
 - 2) Aterotrombotik (penyakit pembuluh darah sedang-besar)
 - 3) Penyakit ekstrakranial
 - 4) Arteri karotis interna
 - 5) Arteri vertebralis.
3. Penyakit intracranial
 - 1) Arteri karotis interna
 - 2) Arteri cerebri media,
 - 3) Arteri basalis
 - 4) Lakuner (oklusi arteri perforans besar)
2. Perdarahan intracerebral (5%)
 - 1) Hipertensi
 - 2) Malformasi arteri-vena
 - 3) Angiopati amiloid
3. Perdarahan sub arachnoid (5%)
4. Penyebab lain (dapat menimbulkan infark atau perdarahan)
 - 1) Trombosis sinus dura
 - 2) Diseksi arteri karotis atau vertebralis
 - 3) Vaskulitis susunan saraf pusat
 - 4) Penyakit moyo-moya (oklusi arteri besar intrakranial yang progresif)
 - 5) Migraine
 - 6) Kondisi hiperkoagulasi
 - 7) Penyalahgunaan obat (kokain atau amfetamin)
 - 8) Kelainan hematologist (anemia sel sabit, polisitemia atau leukimia)
 - 9) Miksoma atrium.

Menurut Wijaya & Putri, 2002 :

1. Trombosis Serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang adalah penyebab paling umum dari stroke (Smeltzer, 2005).

Trombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Price, 2005).

2. Emboli Serebri

Emboli serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Penderita embolisme serebri biasanya lebih mudah dibandingkan dengan trombosis. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu trombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit (Price, 2005).

3. Hemoragik

Hemoragik dapat terjadi di luar durameter (hemoragik ekstradural atau epidural), dibawah durameter (hemoragik subdural), di ruang sub arachnoid (hemoragik intra serebral) (Price, 2005).

Menurut Brunner & Suddarth, 2013 :

1. Thrombosis serebral

Arteriosklerosis serebral dan pelambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang penyebab paling umum dari stroke.

Tanda-tanda thrombosis serebral bervariasi, sakit kepala adalah awitan yang tidak umum. Secara umum thrombosis serebral tidak terjadi dengan tiba-tiba dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia atau parasthesia pada setengah tubuh dapat mendahului awitan paralysis berat pada beberapa jam atau hari.

2. Embolisme serebral

Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis inefektif. Penyakit jantung rheumatic dan infark miokard, serta infeksi pulmonal adalah tempat-tempat di asal emboli. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang – cabangnya, yang merusak sirkulasi serebral. Awitan hemiparesis atau hemiplegia tiba-tiba dengan atau tanpa afasia atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik dari embolisme.

3. Iskemia Serebral

Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstriksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak. Manifestasi yang paling umum adalah SIS (Serangan Iskemik Sementara)

4. Hemoragi Serebral

Hemoragi dapat terjadi diluar duramater (hemoragi ekstradural) atau epidural di bawah duramater (hemoragi subdural), di ruang sub arakhnoid (hemoragi sub arachnoid) atau di dalam substansi otak (hemoragi intraserebral).

5. Hemoragi Ekstradural

Hemoragi ekstradural biasanya diikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengah atau arteri meninges lain. Pasien harus diatasi dalam beberapa jam cedera untuk mempertahankan hidup

6. Hemoragi subdural

Hemoragi subdural (termasuk hemoragi subdural akut) pada dasarnya sama dngan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek. Karena, periode pembentukan hematoma lebih lama (interval jelas lebih lama) dan menyebabkan tekanan pada otak.

7. Hemoragi Subarachnoid

Hemoragi subarachnoid dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisme

pada area Sirkulus Willisi dan malformasi arteri-vena kongenital pada otak

8. Hemoragi Intraserebral

Hemoragi atau perdarahan di substansi dalam otak paling umum pada pasien dengan hipertensi dan atherosclerosis serebral, karena perubahan degeneratif, karena penyakit ini biasanya pada usia 40 s/d 70 tahun. Pada orang yang lebih muda dari 40 tahun. Hemoragi intraserebral biasanya disebabkan oleh malformasi arteri – vena , hemangioblastoma dan trauma, juga disebabkan oleh type patologi arteri tertentu, adanya tumor otak dan penggunaan medikasi (anti koagulan oral, amfetamin dan berbagai obat adiktif).

2.1.3 Patofisiologi

Menurut Wijaya &Putri, 2002 :

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah kesetiap bagian otak terhambat karena thrombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kurang selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkit akibat dari bekuan darah, udara, plaque, atheroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah hemorhagi maka faktor pencetus adalah hipertensi. Abnormalitas vaskuler, aneurisma serabut dapat terjadi ruptur dan dapat menyebabkan hemorhagi.

Pada stroke thrombosis atau metabolic maka otak mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena.

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi Willisi: arteri karotis dan system

vertebrobasilar dan semua cabang-cabangnya. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut (Price, 2000).

- 1) Keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri, seperti aterosklerosis dan thrombosis, robeknya dinding pembuluh darah atau peradangan
- 2) Berkurangnya perfusi akibat gangguan aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah
- 3) Gangguan aliran darah akibat bekuan embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium
- 4) Rupture vascular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid (Price, 2005)

2.1.4 Manifestasi Klinik

Menurut Wijaya & Putri, 2002 :

Pada stroke non haemoragik gejala utamanya adalah timbulnya deficit neurologis secara mendadak atau subakut, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tak menurun, kecuali bila embolus cukup besar (Mansjoer, 2000).

Menurut WHO dalam *Internasional Statitic Classification Of Diseases And Related Health Problem 10th Revision*, stroke dapat dibagi atas :

1. Pendarahan intraserebral (PIS)

Stroke akibat PIS mempunyai gejala prodromal yang tak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan seringkali setiap hari, saat aktivitas, atau emosi/marah. Sifat nyeri kepalanya hebat sekali. Mual dan muntah seringkali terjadi sejak permulaan serangan. Kesadaran biasanya menurun cepat masuk koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23% antara ½ s.d 2 jam dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari).

2. Peredaran subaraknoid (PSA)

Pada pasien dengan PSA didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala yang hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada gejala atau tanda rangsangan meningeal. Edema papil dapat terjadi bila ada peredaran subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna. Gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan likasnya.

Manifestasi stroke dapat berupa :

- 1) Kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
- 3) Perubahan mendadak status mental
- 4) Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan atau kesulitan memahami ucapan)
- 5) Ataksia anggota badan, muntah atau nyeri kepala
- 6) Vertigo, mual, muntah atau nyeri kepala (Manjoer, 2012).

Gejala Khusus pada pasien stroke :

1. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motoric, misalnya :

- 1) Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh)
- 2) Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh)
- 3) Menurunnya tonus otot abnormal

2. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak yang dipergarui stroke adalah bahasa dan komunikasi, misalnya :

- 1) Disartria, yaitu kesulitan berbicara yang ditunjuka dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- 2) Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif/represif. Apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

3. Gangguan persepsi

- 1) Homonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralis.
 - 2) Amorfosintesis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan diri/ ruang yang sakit tersebut.
4. Gangguan hubungan visual spasia, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasil
5. Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan propriosep) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil, auditorius.

2.1.5 Klasifikasi

Menurut Wijaya & Putri, 2002 :

Stroke Hemoragik dibagi atas dua yaitu :

1) Perdarahan Intracerebral :

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intracerebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, talamus, pons dan serebelum (Siti Rohani, 2000).

2) Perdarahan Subarachnoid :

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak (Juwono, 2010).

Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang sub arachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan lasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global

(nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemi sensorik, afasia, dll) (Siti Rohani, 2010)

2.1.6 Faktor Resiko

Menurut Rendi & Margaret, 2012:

1. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi adalah:

- 1) Tekanan darah tinggi
- 2) Diabetes melitus
- 3) Merokok
- 4) Penyakit arteri carotis dan perifer
- 5) Atrial Fibrillation
- 6) Penyakit jantung (gagal jantung, kelainan jantung congenital, jantung koroner, kardiomegali, kardiomyopathy)
- 7) Transient Ischemic Attack (TIA)
- 8) Hiperkolesterolemia
- 9) Sickle Cell Disease
- 10) Obesitas dan kurang aktivitas
- 11) Penggunaan alcohol
- 12) Penggunaan obat – obatan terlarang.

2. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah :

- 1) Usia
Semakin bertambah usia, semakin meningkatkan resiko stroke
- 2) Jenis kelamin
Laki-laki mempunyai resiko lebih besar untuk menderita stroke dibandingkan wanita.
- 3) Riwayat keluarga
- 4) Pernah mengalami stroke

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wijaya & Putri, 2002 :

- 1) Pemeriksaan kekuatan otot

Pemeriksaan kekuatan otot adalah suatu cara yang dilakukan oleh seorang petugas kesehatan untuk menilai kekuatan otot seseorang yang telah mengalami stroke. Pemeriksaan kekuatan otot dapat dilakukan dengan dua cara yaitu: pasien disuruh menggerakkan ekstremitas atau badannya dan petugas menahan gerakan pasien tersebut, pasien disuruh menggerakkan ekstremitas atau bagian dari badannya dan pasien disuruh menahannya selama beberapa waktu.

Tabel 2.1 Skala kekuatan otot

Skala	Nilai	Keterangan
Normal	5/5	Mampu menggerakkan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan tahanan dengan penuh.
Baik	4/5	Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan sedang
Sedang	3/5	Hanya mampu melawan gaya gravitasi
Buruk	2/5	Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerakkan pasif)
Sedikit	1/5	Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakkan persendian
Tidak ada	0/5	Tidak ada kontraksi otot.

(dalam buku ajar Konsep Kebutuhan Dasar Manusia,2014)

2) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti pendarahan, obstruksi, arteri, oklusi/rupture.

3) Elektro encefalograpy

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak taupun mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

4) Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis internal terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

5) Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri carotid/aliran darah/muncul plaque/arterosklerosis).

6) CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

7) MRI

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragik sub arachnoid/pendarahan intracranial.

8) Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas (Doengoes,2000).

9) Pemeriksaan laboratorium

1) Pungsi lumbal : tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjuk adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

2) Pemeriksaan darah rutin

3) Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali (Doengoes,2000)

2.1.8 Komplikasi

Menurut Wijaya & Putri, 2002 :

1. Berhubungan dengan immobilisasi
 - 1) Infeksi pernafasan
 - 2) Nyeri yang berhubungan dengan darah yang tertekan
 - 3) Konstipasi
 - 4) Tromboflebitis
2. Berhubungan dengan mobilitas
 - 1) Nyeri pada daerah punggung
 - 2) Dislokasi sendi
3. Berhubungan dengan kerusakan otak
 - 1) Epilepsy
 - 2) Sakit kepala
 - 3) Kraniotomi
 - 4) Hidrosefalus

2.1.9 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Umum
 - 1) Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral decubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap apabila hemodinamik stabil.
 - 2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit bila ada hasil gas darah
 - 3) Kandungan kemih yang penuh dikosongkan kateter
 - 4) Control tekanan darah, dipertahankan normal
 - 5) Suhu tubuh harus dipertahankan
 - 6) Nutrisi per oral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan, bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pipi NGT
 - 7) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi
2. Penatalaksanaan Medis
 - 1) Trombolitik(streptokinase)

- 2) Anti platelet/ anti thrombolitik (asetosol, cilostazol, dipiridamol)
 - 3) Antikoagulan (heparin)
 - 4) Hemorrhagea (pentoxifylin)
 - 5) Antagonis serotonin (nifedipin)
 - 6) Antagonis calcium (nimodipin, piracetam)
3. Penatalaksanaan Khusus/ Komplikasi
- 1) Atasi kejang (antikonvulsan)
 - 2) Atasi tekanan intrakranial yang meninggi monitol, gliserol, furosemide, intubasi, steroid dll
 - 3) Atasi dekompresi (kraniotomi)
 - 4) Untuk penatalaksanaan faktor resiko:
 - a. Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - b. Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 - c. Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas klien
Meliputi: nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis.
2. Keluhan utama
Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak badan sebagian , bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi.
3. Riwayat penyakit sekarang
Serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.
4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, obat-obat adiktif dan kegemukan.

5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes militus.

Tabel 2.2 Pemeriksaan GCS atau tingkat kesadaran

	Nilai	Keterangan
Respon Mata		
Spontan	4	Mata terbuka secara spontan
Rangsangan suara	3	Mata terbuka dengan perintah verbal
Rangsangan nyeri	2	Mata terbuka dengan rangsangan nyeri
Tidak ada	1	Tidak membuka mata
Respon Motorik		
Mematuhi perintah	6	Bereaksi terhadap perintah verbal
Melokalisasi	5	Mengidentifikasi nyeri yang terlokalisasi
Menarik	4	Fleksi dan menarik dari rangsangan nyeri
Fleksi abnormal	3	Membentuk posisi dekortikasi
Ekstensi abnormal	2	Membentuk posisi deserebrasi
Tidak ada	1	Tidak ada respon
Respon Verbal		
Orientasi baik	5	Orientasi baik dan mampu berbicara
Binggung	4	Disorientasi bingung

Kata-kata yang tidak tepat	3	Disorientasi dan bingung
Kata-kata yang tidak jelas	2	Meregang atau merintih
Tidak ada	1	Tidak ada respon

(Sumber: Penuntun Pembelajaran Keterampilan Pemeriksaan Kesadaran Berdasarkan GCS, 2015)

6. Aktivitas/ Istirahat

- 1) Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia),
- 2) Merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/ kejang otot).
- 3) Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum
- 4) Gangguan penglihatan
- 5) Gangguan tingkat kesadaran.

7. Sirkulasi

- 1) Adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipotensi postural.
- 2) Hipotensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme/ malformasi vaskuler,
- 3) Frekuensi nadi bervariasi, dan disritmia.

8. Integritas Ego

- 1) Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa
- 2) Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, dan gembira,
- 3) Kesulitan untuk mengekspresikan diri.

9. Eliminasi

- 1) Perubahan pola berkemih
- 2) Distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

10. Makanan/ Cairan

- 1) Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut,
- 2) Kehilangan sensasi pada lidah, dan tenggorokan,
- 3) Disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.
- 4) Kesulitan menelan, obesitas.

11. Neurosensori

- 1) Sinkope/pusing, sakit kepala,
- 2) Kelemahan/ kesemutan,
- 3) Hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, penglihatan menurun,
- 4) Gangguan rasa pengecap dan penciuman
- 5) Status mental/ tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragis,
- 6) Gangguan tingkah laku (letargi, apatis, menyerang),
- 7) Gangguan fungsi kognitif (seperti penurunan memori, pemecahan masalah).
- 8) Ekstremitas: kelemahan/paralisis kontralateral, gengaman tidak sama, refleks tendon melemah secara kontralateral.
- 9) Pada wajah terjadi paralisis, afasia, kehilangan kemampuan untuk mengenali masuknya rangsang visual, pendengaran, taktil (agnosia), seperti gangguan kesadaran terhadap citra tubuh, kewaspadaan, kelainan pada bagian tubuh yang terkena, gangguan persepsi.
- 10) Kehilangan kemampuan menggunakan kemampuan motorik (apraksia). Ukuran/ reaksi pupil tidak sama.
- 11) Kekakuan.
- 12) Kejang.

12. Kenyamanan / Nyeri

- 1) Sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda

2) Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

13. Pernapasan

1) Merokok

2) Ketidakmampuan menelan/ batuk/ hambatan jalan nafas,

3) Timbulnya pernafasan sulit, suara nafas terdengar ronchi.

14. Keamanan

1) Masalah dengan penglihatan,

2) Perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh,

3) Tidak mampu mengenal objek,

4) Gangguan berespons terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan,

5) Gangguan dalam memutuskan.

15. Interaksi Sosial

1) Masalah bicara,

2) Ketidakmampuan untuk berkomunikasi

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien dengan penyakit stroke yaitu:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d penurunan aliran darah ke otak

2. Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular

3. Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler

4. Nyeri b.d gangguan suplay O₂, peningkatan TIK

5. Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan serebral

2.2.3 Intervensi keperawatan

TABEL 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC	Rasional
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d penurunan aliran darah ke otak	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan aliran daraha ke otak yang efektif selama dalam perawatan</p> <p>Objektif : Dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan</p> <p>1). Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan (120/80 mmHg)</p> <p>2). Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)</p> <p>3). Pasien tidak pusing</p> <p>4. Tidak mengalami nyeri kepala</p>	<p>1) Lakukan pengkajian neurologis setiap 1-2 jam pada awalnya</p> <p>2) Ukur ttv pasien setiap 1-2 jam pada awalnya.</p> <p>3) Atur posisi pasien 15-30°c.</p> <p>4) Pertahankan lingkungan dan pasien tetap tenang</p> <p>5) Pertahankan tirah baring</p> <p>6) Anjurkan pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>7) Ajarkan terapi relaksasi dan napas dalam</p>	<p>1) untuk menskrining penurunan tingkatan kesadaran dan status neurologis</p> <p>2) untuk mendeteksi secara dini tanda-tanda penurunan tekanan perfusi serebral</p> <p>3) untuk menurunkan tekananarteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi</p> <p>4) untuk mengurangi peningkatan TIK</p> <p>5) istirahat total dan ketenangan</p>

			<p>8) Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>9) Beri kesempatan pasien untuk beristirahat</p>	<p>mungkin diperlukan</p> <p>6) untuk mengurangi tingkatan stres yang membuat tekanan darah meningkat.</p> <p>7) untuk mengurangi ketergantungan terhadap analgetik</p> <p>8) untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>9) untuk mengurangi kelelahan</p>
--	--	--	--	--

2	<p>Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular</p>	<p>Goal:Pasien akan mempertahankan mobilitas fisik yang efektif selama dalam perawatan</p> <p>Objektive : Dalam jangka waktu 1x24 jam pasien akan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengatakan kepuasan 2) Pasien dapat melakukan 3) latihan ROM secara perlahan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bantu pasien untuk merubah posisi setiap 2 jam sekali. 2) Bantu pasien untuk latihan ROM. 3) Beri dukungan dan dorongan pada pasien. 4) Observasi TTV (tekanan darah, nadi, suhu, RR). 5) Beri kesempatan pasien untuk beristirahat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) untuk membantu mencegah kerusakan integritas kulit dengan mengurangi tekanan 2) untuk mencegah konstaksi sendi dan atrofil otot 3) untuk membantu pasien membangun kemandirian 4) untuk mengetahui tingkat kekurangan kandungan Hb, albumin dalam tubuh 5) untuk menghindari kelelahan
3	<p>Defisit perawatan diri :makan,mandi,berpakaian dan toileting b.d kerusakan neurovaskuler</p>	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan perawatan diri selama dalam perawatan</p> <p>Objektif : Dalam jangka waktu 10-15 menit pasien akan:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jalin hubungan saling percaya. 2) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mendapatkan kepercayaan 2) Untuk membantu pasien mencapai tingkatan

		<p>1) Mampu untukmembersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa bantuan.</p> <p>2) Kulit pasien tampak bersih</p> <p>3) Rambut tampak rapih</p>	<p>mengenai defisit perawatan diri.</p> <p>3) Berikan privasi.</p> <p>4) Bantu sebagian atau sepenuhnya saat mandi setiap hari</p> <p>5) Beri kesempatan pasien untuk beristirahat.</p>	<p>fungsiona; tertinggi kemampuan</p> <p>3) Untuk meningkatkan harga diri</p> <p>4) Untuk meningkatkan perasaan mandiri</p> <p>5) Untuk menghindari keletihan</p>
4	Nyeri b.d gangguan suplay O2, peningkatan Tik	<p>Goal : pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan</p> <p>Objektif : dalam waktu 1x24 jam pasien akan:</p> <p>1) Keluhan nyeri berkurang/hilang</p> <p>2) Rileks</p> <p>3) Tekanan darah dalam batas normal</p> <p>4) Tidak meringis kesakitan</p>	<p>1) Pantau keluhan nyeri</p> <p>2) Kaji tingkatan nyeri</p> <p>3) Observasi tanda-tanda vital</p> <p>4) Beri kesempatan untuk beristirahat</p> <p>5) Ajarkan teknik relaksasi</p> <p>6) Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>1) untuk mengetahui apakah nyeri itu masih muncul atau tidak</p> <p>2) mengetahui lokasi, durasi, intensitas dan karakteristik nyeri dan mengidentifikasi masalah dalam menetapkan intervensi</p> <p>4) untuk mengurangi keletihan</p>

				5) untuk mengurangi ketergantungan terhadap analgetik 6) untuk mengurangi nyeri
5	Gangguan komunikasi verbal b.d kerusaksn serebral	Goal: pasien akan komunikasi yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam waktu 3x24 jam, pasien akan : 1) Tampak peningkatan kemampuan berkomunikasi 2) Tidak frustasi	1) Kaji kemampuan komunikasi 2) Berikan metode alternatif komunikasi: gunakan kertas dan pensil 3) Minta pasien untuk mengikuti perintah yang sama 4) Beri lingkungan yang tenang	1) Untuk perubahan dalam kognitif dan bicara merupakan indikator dari derajat gangguan verbal 2) Untuk membantu isi pesan yang di maksud 3) Melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensori 4) Agar pasien nyaman

(Sumber: NIC & NOC edisi 2015-2017)

2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

2.2.5 Evaluasi keperawatan

1. Perfusi jaringan cerebral yang efektif dengan kriteria hasil: TTV dalam batas normal TD: 120/80 mmHg, nadi: 60-100 kali/menit, suhu: 36,5 – 37,5 , RR: 12-20 kali/menit, mampu pertahankan tingkat kesadaran, fungsi sensorik dan motorik membaik.
2. Mobilitas fisik dengan kriteria hasil: TTV dalam batas normal TD: 120/80 mmHg, nadi: 60-100 kali/menit, suhu: 36,5 – 37,5 , RR: 12-20 kali/menit, pasien mengatakan kepuasan dan dapat melakukan latihan ROM.
3. Perawatan diri mandi dengan kriteria hasil : TTV dalam batas normal TD: 120/80 mmHg,nadi: 60-100 kali/menit,suhu: 36,5 – 37,5 , RR: 12-20 kali/menit, pasien tampak bersih dan rapih, kulit tampak bersih dan rambut tampak rapih.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

RSUD Prof. Dr.W. Z. Johannes Kupang adalah Rumah Sakit tipe B yang sudah menjadi badan layanan umum, Tempat penelitian yang saya lakukan di ruang Komodo sebagai ruang kelas II rawat inap medikal bedah mempunyai kapasitas ruangan sebanyak 6 ruangan, mempunyai tempat tidur dan lemari masing-masing sebanyak 17 buah, rata-rata pasien yang dirawat sebanyak 13 pasien dan mempunyai tenaga kesehatan (perawat) sebanyak 16 orang

3.1.2 Karakteristik pasien (Identitas Pasien)

Nama pasien adalah Tn. L.M dirawat di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Usia 68 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku ende, menganut agama katolik, pekerjaan wiraswasta, pendidikan terakhir SMP, dan bertempat tinggal di Kuanino.

3.1.3 Hasil Pengumpulan Data

Dalam melakukan asuhan keperawatan tahap awal yang penulis lakukan adalah mengumpulkan data tentang status sehat-sakit pasien. Proses pengumpulan data tentang status sehat – sakit pasien dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan pengobatan. Data tentang status sehat- sakit pasien dapat dikategorikan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara.

Berdasarkan sumber data, data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber asli (pasien), sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui orang ketiga (keluarga).

1. Wawancara

Hal-hal yang akan dikaji dengan cara wawancara adalah identitas pasien, keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola-pola kesehatan pasien.

1) Identitas Pasien

Tuan berinisial L.M. berusia 68 tahun yang lahir pada tanggal 12 Desember 1949, berjenis laki-laki, anak ke 2 dari 3 orang bersaudara, yang beralamat di Kuanino, masuk RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes dirujuk dari puskesmas Bakunase pada tanggal 23 Juni 2018. No.Register 493554 dengan diagnosa medik stroke hemoragik.

2) Keluhan Utama

Pasien mengatakan pusing dan tengkuk terasa tegang sejak kemarin.

3) Riwayat kesehatan saat ini

Pasien mengatakan masuk rumah sakit sejak tanggal 23 juni 2018 karena pasien mengalami pusing, tengkuk terasa sakit dan pasien mengatakan jatuh di kamar mandi. Saat di observasi keadaan pasien lemah, hanya berbaring di tempat tidur, berkeringat, bau badan. Hasil TTV: TD: 180/100 mmHg, Nadi: 75x/menit, Suhu : 36,2^oc, RR: 20x/menit. Pasien terpasang infus Nacl 500cc 7 tpm, konjungtiva merah muda, ada bantalan hitam di bawah mata, tingkat kesadaran pasien composmentis dengan: E: 4, V: 5, M: 6, GCS: 15, CRT < 3 detik, TB: 165 kg, BB: 63 cm.

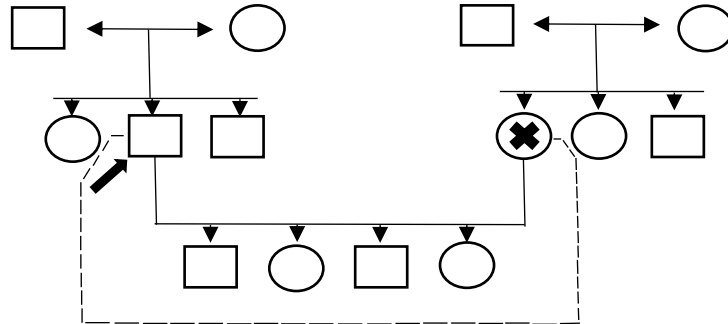
4) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan bahwa pasien pernah dirawat di RS pada tahun 2010 dengan diagnosa medis stroke.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit seperti pasien.

6) Genogram



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ➔ : Pasien
- : Hubungan Darah
- ✕ : Meninggal
- - - : Tinggal serumah

7) Pola-Pola Kesehatan

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3x sehari dan makanannya bervariasi seperti sayur-sayuran, ikan, tahu dan tempe. Dan sekarang masuk RSU pasien mengatakan makan 3x sehari, menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan.

2) Pola Istirahat dan Tidur

Pasien tidur \pm 6 jam. Biasanya pasien tidur mulai jam 23.00 malam dan bangun jam 3 pagi. Dan pagi hari pasien tidur pada jam 10.00 dan bangun pada jam 12.00. Malam saat tidur kadang pasien terbangun karena terganggu dengan kondisi pasien disebelahnya yang agak ribut.

3) Pola Eliminasi

Pola eliminasi pasien baik. BAK ± 3 xsehari, nya, berbau khas, warna urine kuning. BAB ± 2 xsehari, konsistensi padat dan lembek, bau khas feses.

4) Pola Aktifitas dan Latihan

Selama sakit pasien lebih banyak berbaring di tempat tidur karena pusing dan lemas.

5) Pola persepsi diri/konsep diri

Klien mengatakan bahwa ia tidak menganggap sakit yang ia rasakan ini sebagai kutukan namun teguran karena ia yakin ia berharga sebagai manusia

6) Pola peran

Klien mengatakan sekarang ia berperan sebagai ayah dalam keluarga dan ia merasa stress.

7) Pola seksualitas

Klien saat ini sudah menikah dan mempunyai 4 orang anak.

8) Pola koping terhadap stres

Klien mengatakan bahwa jika ia sedang stress ia lebih banyak berdoa dan menceritakan kepada keluarganya.

9) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan ia menganut agama Kristen katolik dan percaya bahwa Tuhan melindunginya serta keluarganya. Ia juga mengatakan saat ini lebih banyak membaca Alkitab dan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan.

2. Pemeriksaan fisik

Hasil yang diperoleh dan pemeriksaan fisik adalah keadaan umum pasien lemah, TTV: TD: 180/100 mmHg, Nadi: 75x/menit, Suhu : 36,2°C, RR: 20x/menit. Terpasang infus NaCl 500cc, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri dada, tidak ada gangguan bicara, wajah simetri, pupil isokor, bibir lembab, warna mukosa merah mudah konjungtiva merah mudah, ada bantalan hitam dibawah mata, kuku

pasien tampak panjang dan kotor, kekuatan otot normal dimana ekstremitas atas 5 dan ekstremitas bawah 5, tidak ada luka pada daerah tekan, tidak memakai kateter, semua aktivitas dibantu perawat dan keluarga, kesadaran pasien composmentis dengan: E: 4, V: 5, M: 6, GCS: 15, CRT < 3 detik, TB: 165 kg, BB: 63 cm.

3. Pemeriksaan Laboratorium

Studi dokumentasi dilakukan untuk mendapatkan data mengenai hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. Hasil yang didapatkan berupa hasil laboratorium pada tanggal 23 juni 2018 yaitu; Hemoglobin darah 14,9 g/dl normalnya 13.0-18.0, MCV 74.5 fl normalnya 81.0 – 96.0, MCH 24.0 pg normalnya 27.0-36.0, jumlah leukosit $11.22 \cdot 10^3/\text{ul}$ normalnya 4.0-10.0, neutrofil 43,5 L% normalnya 50-70, limfosit 9.0 H% normalnya 20-40, jumlah limfosit $4.97 \cdot 10^3/\text{ul}$ normalnya 1.00-3.7, jumlah monosit $1.01 \cdot 10^3/\text{ul}$ normalnya 0.00-0.70, glukosa sewaktu 153 mg/dL normalnya 70-150.

4. Pengobatan

Selama di rumah sakit pasien mendapat pengobatan seperti injeksi **piracetam** indikasinya : membantu mengatasi gejala pasca trauma misalnya sakit kepala, vertigo, astenia, dan gelisah. Kontraindikasi: bagi wanita hamil atau sedang merencanakan kehamilan, wanita yang menyusui, bagi yang menderita tukak lambung, gangguan ginjal, gangguan hati. Efek samping: berat badan bertambah, mudah mengantuk atau merasa lelah. Pemberian 2x3 gr/iv. **Ranitidine** indikasi: menurunkan kadar asam lambung. Kontraindikasi: harap berhati-hati bagi penderita gangguan ginjal, bai wanita hamil dan menyusui sesuaikan dengan anjuran dokter. Efek samping: sakit kepala, sakit kepala, sulit menelan. pemberian 2x1 amp/iv. **Amlodipin**, indikasinya: untuk mengobati tekanan darah tinggi, kontraindikasinya: amlodipin relatif aman dan tidak ada kontraindikasi khusus. Efek sampingnya: timbulnya bengkak, sakit kepala, lemas, pusing berputar, mual, mengantuk. Pemberian obat dengan dosis 10 mg 1x1 malam.

Neurodex, indikasinya: penderita pegal-pegal otot, gangguan pada sistem syaraf. Kontraindikasinya: tidak boleh digunakan oleh penderita yang diketahui memiliki riwayat hipersensitif atau alergi terhadap vit B kompleks, dan tidak diperkenankan juga pada orang dengan gangguan pembekuan darah. Efek sampingnya : kulit gatal, mual dan muntah, berkeringat berlebihan, reaksi alergi. Pemberian obat dengan dosis 1x1 pagi. **Captopil**, indikasinya: untuk pengobatan hipertensi sedang dan berat yang tidak dapat diatasi. Kontraindikasinya: tidak boleh diberikan pada penderita ginjal,tidak boleh di berikan kepada ibu menyusui. Efek sampingnya: gatal-gatal, sakit kepala, takikardia (detak jantung yang berlebihan). Pemberian obat dengan dosis 25 mg 3x1. **Simvastatin**, indikasinya : untuk menurunkan kadar kolesterol. kontraindikasinya : tidak boleh diberikan kepada orang yang mempunyai alergi terhadap simvastatin, penyakit ulu hati, wanita hamil, wanita menyusui. Efek sampingnya: sulit buang air besar, banyak buang gas,nyeri otot, nyeri perut, peningkatan enzim hati. Pemberian obat dengan dosis 20 mg 1x1 malam

3.1.4 Analisa Data

Berdasarkan hasil pengumpulan data, maka dapat ditegakkan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak : Data Subjektif: Pasien mengatakan pusing, tengkuk tegang, sejak hari sabtu. Data Objektif: Pada saat dikaji pasien hanya berbaring ditempat tidur, tampak lemah.Hasil tanda-tanda vital: TD : 180/100 mmHg,Suhu:36,2°C, Nadi: 75x/menit, RR : 22x/Menit

$$\begin{aligned}
 \text{MAP} &= \frac{\text{Sistol} + 2 \text{ D}}{3} \\
 &= \frac{180 + 2 \times 100}{3} \\
 &= \frac{180 + 200}{3} \\
 &= 380/3 = 126,7
 \end{aligned}$$

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor lingkungan: Data Subjektif: Pasien mengatakan sulit tidur malam, dan hanya 2-3 jam lamanya. Data Objektif : Pada saat dikaji pasien menguap terus menerus dan terdapat bantalan hitam dibawah mata
3. Defisit perawatan diri mandi, berpakaian, dan toileting berhubungan dengan kelemahan fisik: Data Subjektif Pasien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi. Data Objektif: Pasien tampak kotor, bau keringat, kuku jari panjang dan kotor.

3.1.5 Diagnosa keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak, yang ditandai dengan pusing dan tengkuk terasa tegang.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor lingkungan, yang ditandai dengan sulit tidur dan terdapat bantalan hitam di mata
3. Defisit perawatan diri, mandi, berpakaian dan berttoileting berhubungan dengan kelemahan fisik, yang ditandai dengan pasien tampak kotor, bau keringat, kuku jari panjang dan kotor.

3.1.6 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.1 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC	Rasional
1	Ketidakefektifan perfusijaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak	Goal: Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: Dalam jangka waktu 3x24 jam, pasien akan : 1) tekanan darah dalam rentang diharapkan (120/80 mmHg) 2) tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, seperti : kejang,nyeri kepala, muntah, hipertermia	1) Lakukan skrining pada pasien mengenai kebiasaan yang beresiko yang berhubungan dengan kejadian yang tidak diharapkan pada jantung. (tekanan darah tinggi, merokok,dll). 2) Monitor TTV pasien setiap 1-2 jam. 3) Anjurkan pasien kurangi kecemasan 4) Atur posisi pasien 15-30°c 5) Pertahankan tirah baring	1) untuk mengetahui kebiasaan yang beresiko yang berhubungan dengan jantung 2) untuk mendeteksi dini tanda-tanda penurunan tekanan perfusi serebral 3) untuk mengurangi tingkatan stres yang membuat tekanan darah pasien meningkat

			<p>6) Ajarkan terapi relaksasi dan napas dalam.</p> <p>7) Kolaborasi pemberian anti hipertensi dan obat untuk perfusi serebral</p> <p>8) Beri kesempatan pasien untuk beristirahat</p>	<p>4) untuk mengurangi tingkatan stres yang membuat tekanan darah pasien meningkat</p> <p>5) istirahat yang total dan ketenangan mungkin diperlukan</p> <p>6) untuk mengurangi ketergantungan terhadap analgesik</p> <p>7) untuk mengurangi nyeri.</p> <p>8) untuk mengurangi kelelahan</p>
2	Gangguan pola tidur berhubungan	Goal : Pasien akan meningkatkan pola tidur yang efektif	1) Anjurkan lingkungan yang tenang	1) untuk mendorong

	<p>dengan faktor lingkungan.</p>	<p>selama dalam perawatan</p> <p>Objektif : Dalam jangka waktu 3x24 jam, pasien akan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mengungkapkan rasa kepuasan pada saat tidur malam 2) Pasien dapat ± 7-9 jam/hari 3) tidak menguap, 4) tidak ada bantalan hitam di bawah mata. 	<p>dan mendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Sediakan lingkungan yang aman dan bersih 3) Batasi kunjungan 4) Anjurkan pasien untuk mendengarkan musik klasik 5) Anjurkan keluarga untuk melakukan massase (pijatan) jika perlu 6) Anjurkan pasien mengkonsumsi susu sebelum tidur jika perlu 7) Matikan penerangan sebelum pasien tidur jika perlu 	<p>istirahat dan tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) agar pasien merasa nyaman 3) agar bisa beristirahat yang baik dan tenang. 4) untuk bisa membantu mempermudah tidur 5) untuk memungkinkan istirahat tidur yang maksimal. 6) untuk memungkinkan istirahat tidur yang maksimal. 7) untuk memungkinkan istirahat tidur yang maksimal.
--	----------------------------------	---	---	--

3	Defisit perawatan diri mandi, berpakaian, dan bertoiletting berhubungan dengan kelemahan fisik	Goal: Pasien akan meningkatkan perawatan diri yang efektif selama dalam perawatan. Objektif : Dalam jangka waktu 3x24 jam,wajah pasien tampak segar dan bersih, kulit bersih, kuku tampak pendek dan bersih,pakaian bersih dan rapih	1) Sediakan sabun, handuk yang diperlukan oleh pasien 2) Bantu memandikan pasien 3) Bantu merawat kuku 4) Bantu mengganti pakaian 5) Bantu merapikan tempat tidur 6) Bantu merapikan (menyisir rambut) 7) Ganti spre (laken) pada tempat tidur 8) Monitor integritas kulit pasien	1) alat bantu yang tepat akan meningkatkan kemandirian 2) untuk mendorong kemandiriandan kepercayaan diri 3) agar kuku pasien tampak bersih dan rapih 4) agar pasien tampak lebih nyaman 5) untuk meningkatkan kenyamanan pasien 6) agar pasien terlihat lebih rapih 7) agar meningkatkan kenyamanan pasien
---	--	---	---	---

				8) untuk mengetahui apakah ada luka di daerah tekan
--	--	--	--	---

(Sumber: NIC & NOC edisi 2015-2017)

3.1.7 Implementasi Keperawatan

Hari pertama, Selasa 26 juni 2018

Diagnosa keperawatan Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d penurunan darah ke otak. Tindakan yang telah dilakukan : 1) jam 07.30 melakukan pengukuran tanda-tanda vital, hasil yang ditemukan: TTV:(TD: 160/100 mmHg, nadi: 76x/menit, RR 20x/menit, suhu: 36,2°c). 2). jam 07.45menganjurkan pasien kurangi kecemasan dan mengatur posisi pasien 15-30°c, 3). Jam 11 melakukan terapi relaksasi. 4) jam 12.00 melayani injeksi ranitine dan piracetam. 5). jam 13.00 memberi kesempatan pasien untuk beristirahat.

Diagnosa keperawatan Gangguan pola tidur b/d faktor lingkungan. Tindakan yang dilakukan: 1). Jam 12.30 menganjurkan lingkungan yang tenang dan mendukung. 2). Jam 12.30 membatasi kunjungan. 3). Jam 12.35 menganjurkan pasien untuk mendengarkan musik klasik. 4). Jam 12.35 menganjurkan pasien meminum susu sebelum tidur pada malam hari jika perlu. 5). Jam 12.45 mengannjurkan keluarga untuk melakukan massase (pijatan) pada malam hari jika perlu.

Diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri mandi,berpakaian dan toileting b/d kelemahan fisik. Tindakan yang dilakukan : 1) jam 08.30 menyediakan sabun, handuk yang diperlukan oleh pasien. 2). Jam 08.30 membantu memandikan pasien. 3). Jam 08.45 membantu mengganti pakaian

pasien. 4). Jam 08.50 membantu merapihkan (menyisir rambut) pasien. 5). Jam 09.10 menggantikan sprei (laken) pada tempat tidur dan merapihkan tempat tidur pasien. 6). Jam 09.15 mengobservasi kulit pasien.

Hari kedua, Rabu 27 juni 2018

Diagnosa keperawatan Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d penurunan darah ke otak. Tindakan yang telah dilakukan : 1) jam 07.30 melakukan pengukuran tanda-tanda vital, hasil yang ditemukan: TTV: (TD: 180/100 mmHg, nadi: 80x/menit, RR 20x/menit, suhu: 36°C). 2). jam 07.45 menganjurkan pasien kurangi kecemasan dan mengatur posisi pasien 15-30°C, 3). Jam 11 melakukan terapi relaksasi dan melakukan pengukuran TTV: (TD: 160/100 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, RR: 20x/menit). 4). Jam 12.00 melayani injeksi ranitine, piracetam dan obat oral catopril. 5). jam 13.00 memberi kesempatan pasien untuk beristirahat.

Diagnosa keperawatan Gangguan pola tidur b/d faktor lingkungan. Tindakan yang dilakukan: 1). Jam 07.30 mengkaji istirahat malam pasien. 2). Jam 12.30 menganjurkan lingkungan yang tenang dan mendukung. 3) Jam 12.30 membatasi kunjungan. 4). Jam 12.35 menganjurkan pasien untuk mendengarkan musik klasik. 5). Jam 12.35 menganjurkan pasien meminum susu sebelum tidur pada malam hari jika perlu. 6). Jam 12.45 menganjurkan keluarga untuk melakukan massase (pijatan) pada malam hari jika perlu.

Diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri mandi, berpakaian dan toileting b/d kelemahan fisik. Tindakan yang dilakukan : 1). Jam 08.35 membantu memandikan pasien. 2). Jam 08.45 membantu mengganti pakaian pasien. 3). Jam 08.50 membantu merapihkan (menyisir rambut) pasien. 4). Jam 09.10 merapihkan tempat tidur pasien. 5). Jam 09.15 menggunting kuku jari pasien. 6). Jam 09.20 mengobservasi kulit pasien.

Hari ketiga, Kamis 28 juni 2018

Diagnosa keperawatan Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d penurunan darah ke otak. Tindakan yang telah dilakukan : 1) jam 07.30 melakukan pengukuran tanda-tanda vital, hasil yang ditemukan: TTV: (TD: 160/100 mmHg, nadi: 80x/menit, RR 20x/menit, suhu: 36,2°C). 2). jam 07.45menganjurkan pasien kurangi kecemasan dan mengatur posisi pasien 15-30°C. 3). Jam 11 melakukan terapi relaksasi dan pengukuran TTV: (TD: 180/100 mmHg, nadi: 75x/menit,suhu: 36,5°C,RR: 21x/menit). 4) jam 12.00 melayaniinjeksi ranitine, piracetam dan jam 09.00 obat oral neurodex, catopril. 5). jam 13.00 memberi kesempatan pasien untuk beristirahat.

Diagnosa keperawatan Gangguan pola tidur b/d faktor lingkungan. Tindakan yang dilakukan: 1). Jam 07.30 mengkaji istirahat malam pasien.2). Jam 12.30 menganjurkan lingkungan yang tenang dan mendukung. 3). Jam 12.30 membatasi kunjungan. 4). Jam 12.35 menganjurkan pasien untuk mendengarkan musik klasik. 5). Jam 12.35 menganjurkan pasien meminum susu sebelum tidur pada malam hari jika perlu. 6). Jam 12.45 mengannjurkan keluarga untuk melakukan massase (pijatan) pada malam hari jika perlu.

Diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri mandi,berpakaian dan toileting b/d kelemahan fisik. Tindakan yang dilakukan : 1) jam 08.30 menyediakan sabun, handuk yang diperlukan oleh pasien. 2). Jam 08.30 membantu memandikan pasien. 3). Jam 08.45 membantu mengganti pakaian pasien. 4).Jam 09.00 merapihkan tempat tidur pasien. 6). Jam 09.10 mengobservasi kulit pasien.

3.1.8 Evaluasi keperawatan

Setelah melaksanakan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana/intervensi dan implementasi, tahapan terakhir adalah melakukan evaluasi atas rencana yang sudah dilaksanakan. Evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang terdiri dari: subyektif yaitu keluhan yang

dirasakan oleh pasien, obyektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung, *asesment* dan *planning* adalah merupakan tindak lanjut yang akan dilakukan bila masalah belum teratasi.

Hari pertama, Selasa 26 juni 2018

Diagnosa keperawatan Ketidakefektifan perfusi serebral b/d penurunan aliran darah ke otak, evaluasi di lakukan jam 13.50 wita S: pasien mengatakan masih pusing dan tengkung terasa sakit, O: pasien tampak lemas, hanya berbaring ditempat tidur, gelisah, semua aktivitas dibantu, TTV:TD: 160/100 mmHg, nadi: 76x/menit, RR 20x/menit, suhu: 36,2°C. A: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan Gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor lingkungan, evaluasi yang dilakukan jam 13.55 wita. S: pasien mengatakan belum bisa tidur malam karena terganggu. O: pasien sering menguap dan terdapat bantalan hitam di bawa mata. A: masalah insomnia belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan

Diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri mandi, berpakaian dan toileting berhubungan dengan kelemahan fisik, evaluasi jam 14.00 wita. S: pasien mengatakan senang dibantu, O: pasien tampak bersih, badan tidak bau keringat, wajah berseri. A: masalah defisit perawatan diri mandi sebagian teratasi), P: intervensi dilanjutkan.

Hari kedua, Rabu 27 juni 2018

Diagnosa keperawatan Ketidakefektifan perfusi serebral b/d penurunan aliran darah ke otak, evaluasi di lakukan jam 13.50 wita S: pasien mengatakan masih pusing dan tengkung terasa sakit, O: pasien tampak lemas, hanya berbaring ditempat tidur, gelisah, semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga, TTV:TD: 180/100 mmHg, nadi: 80x/menit, RR

20x/menit, suhu: 36°C. A: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan Gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor lingkungan, evaluasi yang dilakukan jam 13.55 wita. S: pasien mengatakan belum bisa tidur malam karena terganggu. O: pasien sering menguap dan terdapat bantalan hitam di bawa mata. A: masalah insomnia belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri mandi, berpakaian, berhubungan dengan kelemahan fisik, evaluasi jam 14.00 wita. S: pasien mengatakan senang dibantu, O: pasien tampak bersih, badan tidak bau keringat, wajah berseri, pasien terlihat rapih. A: masalah defisit perawatan diri mandi sebagian teratasi), P: intervensi dilanjutkan.

Hari ketiga, Kamis 28 juni 2018

Diagnosa keperawatan Ketidakefektifan perfusi serebral b/d penurunan aliran darah ke otak, evaluasi di lakukan jam 13.50 wita S: pasien mengatakan masih pusing dan tengkung terasa sakit, O: pasien tampak lemas, hanya berbaring ditempat tidur, gelisah, semua aktivitas dibantu, TTV: TD: 160/100 mmHg, nadi: 80x/menit, RR 20x/menit, suhu: 36,2°C. A: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan Gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor lingkungan, evaluasi yang dilakukan jam 13.55 wita. S: pasien mengatakan belum bisa tidur malam karena terganggu. O: pasien sering menguap dan terdapat bantalan hitam di bawa mata. A: masalah insomnia belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan

Diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri mandi, berpakaian dan toileting, berhubungan dengan kelemahan fisik, evaluasi jam 14.00 wita. S: pasien mengatakan senang dibantu, O: pasien tampak bersih, badan tidak bau

keringat,wajah berseri, pasien terlihat rapih. A: masalah desifit perawatan diri mandi sebagian teratasi), P: intervensi dilanjutkan.

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. L.M dengan stroke di ruang Komodo RSUD. Prof. Dr.W. Z. Johannes Kupang. Pembahasan ini akan di bahas sesuai dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implemantasi, dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga dapat diketahui berbagai permasalahan yang dialami pasien

Menurut teori menurut Brunner & Suddarth (2013) bahwa pada pengkajian pasien dengan stroke dapat terjadi gangguan penurunan darah ke otak. Keluhan utama: biasanya pasien mengeluh pusing, kekakuan leher, kemampuan untuk bicara,warna wajah dan ekstremitas: suhu dan kelembaban kulit,perubahan pada tingkatan kesadaran atau responsivitas yang dibuktikan pergerakan. Menurut Uli (2013) dalam jurnal yang dijelaskannya tentang penilaian lengkap terhadap risiko stroke dengan menggunakan alat ABCD pada awal, sehingga lebih mudah untuk menentukan/ memilah antara pasien dengan tingkat kegawat daruratan dengan resiko rendah dan resiko tinggi, sehingga dengan hasil penilaian tersebut bisa diketahui mana penanganan pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penangan secara cepat dan tepat.

Menurut (NANDA NIC-NOC 2015) stroke ditandai dengan kelemahan anggota gerak sebelah badan,bicara pelo, tidak sadarkan diri. Hasil studi kasus pada Tn. L.M ditemukan data pasien mengatakan kepala pusing dan tengkuk terasa sakit. Hasil pemeriksaan fisik adalah keadaan umum pasien lemah, TTV: TD: 180/100 mmHg, Nadi: 75x/menit, Suhu : 36,2°C, RR: 20x/menit. Terpasang infus Nacl 500cc, tidak ada gangguan

pendengaran, tidak ada nyeri dada, tidak ada gangguan bicara, wajah simetris, pupil isokor, bibir lembab, warna mukosa merah mudah konjungtiva merah mudah, ada bantalan hitam di bawah mata, kuku pasien tampak panjang dan kotor, kekuatan otot normal dimana ekstremitas atas 5 dan ekstremitas bawah 5, tidak ada luka pada daerah tekan, tidak memakai kateter, semua aktivitas dibantu perawat dan keluarga, kesadaran pasien composmentis dengan: E: 4, V: 5, M: 6, GCS: 15, CRT < 3 detik, TB: 165 kg, BB: 63 cm. Hasil yang didapatkan berupa hasil laboratorium pada tanggal 23 juni 2018 yaitu; Hemoglobin darah 14,9 g/dl normalnya 13.0-18.0, MCV 74.5 fl normalnya 81.0 – 96.0, MCH 24.0 pg normalnya 27.0-36.0, jumlah lekosit $11.22 \cdot 10^3/\text{ul}$ normalnya 4.0-10.0, neutrofil 43,5 L% normalnya 50-70, limfosit 9.0 H% normalnya 20-40, jumlah limfosit $4.97 \cdot 10^3/\text{ul}$ normalnya 1.00-3.7, jumlah monosit $1.01 \cdot 10^3/\text{ul}$ normalnya 0.00-0.70, glukosa sewaktu 153 mg/dL normalnya 70-150.

Pada saat dikaji pasien tidak ditemukan penurunan kesadaran dan kekakuan pada ekstremitas, sedangkan secara teori pasien dengan stroke ditemukan tanda dan gejala seperti penurunan kesadaran dan kekakuan pada ekstremitas. Hal ini kemungkinan disebabkan karena pasien dalam masa awal serangan stroke sehingga tidak terjadi penurunan oksigen ke otak sehingga penurunan kesadaran tidak ditemukan dalam kasus nyata. Selain itu perdarahan intaraserebral yang terjadi hanya sedikit dan tidak berarti sehingga tidak menunjukkan gangguan sirkulasi dan persyarafan yang berat.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Herdman, 2012).

Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi diagnosa keperawatan aktual, resiko, kemungkinan dan kesejahteraan. Syarat untuk menegakan suatu diagnosa keperawatan maka diperlukan adanya *problem, etiology, symptom* (PES) menurut (Herdman, 2012). Diagnosa keperawatan dalam buku aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan NANDA NIC-NOC (2015) diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien stroke sebagai berikut: 1) ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak, 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, 3) Defisit perawatan diri mandi, berpakaian dan toileting berhubungan dengan kelemahan fisik, 4) Nyeri akut berhubungan dengan gangguan suplai O₂, peningkatan TIK, 5) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral. Pada kasus nyata Tn L. M tidak semua diagnosa keperawatan diemukan. Diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu: 1) ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak, 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor lingkungan, 3) Defisit perawatan diri mandi, berpakaian, toileting berhubungan dengan kelemahan fisik.

Pada kasus ini ditemukan adanya kesenjangan dalam penegakkan diagnosa keperawatan. Ada beberapa diagnosa keperawatan yang tidak dipakai atau tidak digunakan seperti : 1) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, 2) Nyeri akut berhubungan dengan gangguan suplay O₂, peningkatan TIK, 3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan verbal.

Pada diagnosa Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, dijelaskan bahwa hambatan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah, dengan batasan karakteristik seperti : gerakan lambat, kesulitan membolak-balik posisi, ketidaknyamanan, keterbatasan rentang gerak. Dari hasil studi kasus pada Tn. L. M tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan, sehingga diagnosa keperawatan ini tidak ditegakkan

Pada diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan gangguan suplay O₂, peningkatan TIK, dijelaskan bahwa nyeri akut yaitu pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat, dengan batasan karakteristik seperti: diaforesis, dilatasi pupil, ekspresi wajah, mengekspresikan perilaku, perilaku distraksi. Dari hasil studi kasus pada Tn. L. M tanda dan gejala seperti dilatasi pupil, ekspresi wajah meringis tidak ditemukan, sehingga diagnosa keperawatan ini tidak ditegakkan.

Pada diagnosa Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral, dijelaskan bahwa gangguan komunikasi verbal yaitu penurunan, pelambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan menggunakan sistem simbol, dengan batasan karakteristik seperti : difisit penglihatan total, disorientasi (orang,waktu,ruang),gagap, kesulitan memahami komunikasi, kesulitan menggunakan ekspresi wajah, kesulitan menyusun kalimat, ketidakmampuan bicara, pelo, tidak ada kontak mata, tidak dapat bicara. Dari hasil studi kasus pada Tn. L. M tanda dan gejala seperti ketidakmampuan bicara, pelo, tidak ada kontak mata, tidak dapat bicara, gagap, disorientasi (orang,waktu,ruang) tidak ditemukan, sehingga diagnosa keperawatan ini tidak ditegakkan

3.2.3 Intervensi keperawatan

Secara teoritis, perencanaan disusun berdasarkan masalah yang ditemukan pada pasien dan prioritas masalah yang mengancam kehidupan dan membutuhkan penanganan segera. Tujuan yang dibuat di tetapkan lebih umum tetapi pada praktek nyata tujuan perawatan dimodifikasi sesuai kondisi pasien. Tujuan yang dibuat mempunyai batasan waktu, dapat diukur, dapat dicapai, rasional sesuai kemampuan pasien, sedangkan intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan ditegakkan (Herdman, 2012).

Pada kasus Tn. L.M tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus nyata dilahan praktek karena secara teori menurut NANDA

NIC-NOC yang disusun Herman & kamitsuru (2015). Diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, gangguan pola tidur, defisit perawatan diri diterapkan sesuai intervensi pada Tn. L.M

3.2.4 Implementasi keperawatan

Berdasarkan teori, implementasi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakan serta berorientasi pada pasien dan tindakan keperawatan yang direncanakan.

Menurut NANDA NIC-NOC yang disusun oleh Herdman & Kamitsuru (2015). Implementasi pada Tn. L.M tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek nyata. Dimana pada kasus nyata , implementasi di lakukan sesuai dengan diagnosa dan intervensi yang telah ditetapkan berdasarkan teori seperti: Diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, tindakan yang di lakukan: melakukan pengukuran tanda-tanda vital, mengkaji tingkat kesadaran, meleakukan observasi status neurologis, memonitor TTV pasien setiap 1-2 jam, menganjurkan untuk mengurangi kecemasan, mengajarkan teknik relaksasi, melayani pemberian analgetik. Diagnosa gangguan pola tidur, tindakan yang dilakukan: menganjurkan lingkungan yang nyaman dan tenang, membatasi kunjungan, anjurkan keluarga untuk masase punggung pasien. Diagnosa defisit perawatan diri mandi, tindakan yang dilakukan yaitu: menyediakan peralatan mandi, membantu pasien mandi, merapihkan tempat tidur pasien.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Catatan perkembangan dilakukan sebagai bentuk evaluasi menggunakan (SOAP).

Evaluasi pada Tn. L.M sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria obyektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, insomnia dan defisit perawatan diri mandi belum teratasi. Dari tahap ini, penulis mendapatkan fakta bahwa tidak semua kriteria evaluasi dapat di capai selama pasien dirawat di Rumah Sakit,

semuanya membutuhkan waktu, proses, kemauan, ketaatan pasien dalam mengikuti perawatan dan pengobatan.

3.3 Keterbatasan Studi kasus

Dalam penulisan studi kasus ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi studi kasus ini. Kendala yang ditemukan adalah kurangnya ketersediaan fasilitas buku. Kendala lain yang ditemukan penulis yaitu: keterbatasan waktu dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini, waktu yang disediakan hanya selama 4 hari sehingga membutuhkan kemampuan lebih dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini. Selain itu wawancara yang dilakukan belum sepenuhnya seperti metode deskriptif (*deep interview*) pada penelitian kualitatif murni. Penulis merasa studi kasus ini mempunyai banyak keterbatasan dan masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak yang membangun guna kesempurnaan studi kasus ini.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien stroke pada umumnya sama antara teori dan kasus hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan kasus kasus pada Tn. L.M yang menderita stroke. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pasien mengatakan pusing dan tengkuk terasa tegang sejak kemarin. Pasien mengatakan masuk rumah sakit sejak tanggal 23 juni 2018 karena pasien mengalami pusing, tengkuk terasa sakit dan pasien mengatakan jatuh di kamar mandi. Saat di observasi keadaan pasien lemah, hanya berbaring di tempat tidur, berkeringat, bau badan. Hasil ttv: TTV: TD: 180/100 mmHg, Nadi: 75x/menit, Suhu : 36,2°C, RR: 20x/menit. Terpasang infus Nacl 500cc, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri dada, tidak ada gangguan bicara, wajah simetri, pupil isokor, bibir lembab, warna mukosa merah mudah konjungtiva merah mudah, ada bantalan hitam di bawah mata, kuku pasien tampak panjang dan kotor, kekuatan otot normal dimana ekstremitas atas 5 dan ekstremitas bawah 5, tidak ada luka pada daerah tekan, tidak memakai kateter, semua aktivitas dibantu perawat dan keluarga, kesadaran pasien composmentis dengan: E: 4, V: 5, M: 6, GCS: 15, CRT < 3 detik, TB: 165 kg, BB: 63 cm. Hasil yang didapatkan berupa hasil laboratorium pada tanggal 23 juni 2018 yaitu; Hemoglobin darah 14,9 g/dl normalnya 13.0-18.0, MCV 74.5 fl normalnya 81.0 – 96.0, MCH 24.0 pg normalnya 27.0-36.0, jumlah leukosit $11.22 \times 10^3/\text{ul}$ normalnya 4.0-10.0, neutrofil 43,5 L% normalnya 50-70, limfosit 9.0 H% normalnya 20-40, jumlah limfosit $4.97 \times 10^3/\text{ul}$ normalnya 1.00-3.7, jumlah monosit 1.01

10³/ul normalnya 0.00-0.70, glukosa sewaktu 153 mg/dL normalnya 70-150.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegakkan 3 diagnosa keperawatan antara lain: 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d penurunan aliran darah ke otak. 2) Gangguan pola tidur b/d faktor lingkungan. 3) Defisit perawatan diri mandi b/d kelemahan fisik.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan

4. Implementasi keperawatan

Melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang dibuat

5. Evaluasi keperawatan

Melakukan evaluasi kembali hasil pencapaian intervensi yang telah dilaksanakan

4.2 Saran

1. Bagi Perawat Ruangan

Pengkajian pada pasien secara *head to-toe* dan selalu berfokus pada keluhan pasien saat pengkajian (*here and now*). Selain itu tindakan mandiri perawat perlu ditingkatkan dalam perawatan pasien.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Keluarga disarankan untuk tetap menjaga kebersihan perawatan diri pasien dan selalu bersama disamping pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra&Yessie. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Bulechek, dkk. 2017. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Jakarta : Elsevier
- KEMENKES RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*.
- Mansjoer, A, dkk. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculapius.
- Irianto, K. 2015. *Memahami Berbagai penyakit*. Bandung : Alfabeta
- Purwani, R. D. 2017. *Stroke Home Care*. Yogyakarta : Healthy.
- Smeltzer & Bare. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta : EGC.
- Randy, M, C & Margareth. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- NANDA International. 2017. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10*. Jakarta : EGC.
- Moorhead, dkk. 2017. *Nursing Outcome Classification*. Jakarta : Elsevier.
- Taylor, C. 2013. *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan PKeperawatan*. Jakarta : EGC.