



























Devi Wulansari 161210008.docx

Date: 2019-07-19 13:13 WIB

* All sources 100 | Internet sources 57 | Own documents 39 | Organization archive 3 | Plagiarism Prevention Pool 1

<input checked="" type="checkbox"/>	[0]	"Saroh Nurbaiti 161210035.docx" dated 2019-07-03 31.1% 236 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[1]	"Revisi Saroh 161210035.docx" dated 2019-07-17 12.1% 105 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[2]	"BAB 1 -5 RAICHA.doc" dated 2019-07-16 11.5% 76 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[3]	"Raicha bab4-5.docx" dated 2019-07-15 11.2% 71 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[4]	"Sutia 161210040.docx" dated 2019-07-15 7.9% 62 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[5]	"Elka Keny.doc" dated 2019-07-19 6.6% 53 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[6]	"Sheilatur Rohmah 161210037.doc" dated 2019-07-03 4.7% 45 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[7]	"Elma Nuraini 161210015.docx" dated 2019-07-03 5.1% 41 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[8]	https://samoke2012.wordpress.com/2018/08...i-jaringan-serebral/ 5.2% 34 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[9]	"BERTHA RISWARDANI.docx" dated 2019-07-04 5.0% 42 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[10]	"Nur Amilus Sholeh 161210028.docx" dated 2019-07-03 5.1% 37 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[11]	"AGUS WIRANTO 161210001.docx" dated 2019-07-03 4.6% 37 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[12]	"skripsi MANSYUR.docx" dated 2019-07-15 4.5% 37 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[13]	"Revisi Mei 161210026.docx" dated 2019-07-15 4.4% 46 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[14]	"Riska Nova 161210034.doc" dated 2019-07-17 4.7% 35 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[15]	"Yeni Mardiana.docx" dated 2019-07-19 4.1% 42 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[16]	"Fatimatul Azizah (161210017).pdf" dated 2019-07-01 4.7% 38 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[17]	"Fita Fatimah.pdf" dated 2019-07-17 4.3% 29 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[18]	"Susi Fitriana Dewi 161210039.doc" dated 2019-07-03 4.3% 35 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[19]	"Revisi Ekanannda 161210012.docx" dated 2019-07-15 4.1% 31 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[20]	"skripsi SUKARMI NEW.docx" dated 2019-07-15 4.0% 36 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[21]	"PRIYONO (161210031).docx" dated 2019-07-03 3.9% 32 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[22]	"Bagas 161210005.docx" dated 2019-07-03 4.0% 29 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[23]	"skripsi YOHANES NEW.docx" dated 2019-07-15 4.0% 29 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[24]	"Heru Febrianto 161210020.docx" dated 2019-07-03 3.8% 28 matches

-
- [25]  "Teshalonica 161210041.pdf" dated 2019-07-03
3.3% 31 matches
-
- [26]  <https://umarberita.blogspot.com/2012/11/laporan-pendahuluan-stroke.html>
3.3% 31 matches
1 documents with identical matches
-
- [28]  <https://id.123dok.com/document/4zprm1oq-...rta-dan-gamping.html>
3.1% 19 matches
1 documents with identical matches
-
- [30]  "Vila Nur Fika.doc" dated 2019-07-19
2.7% 26 matches
-
- [31]  www.pdpersi.co.id/diknakes/data/perkonas_2015/materi23/nursalam_studi_kasus.pdf
3.1% 21 matches
-
- [32]  "revisi ke 2 sutia plagscan.docx" dated 2019-07-19
3.0% 27 matches
-
- [33]  www.stikesmukla.ac.id/downloads/D3_Keper...an_KTI_2017_2018.doc
3.1% 20 matches
-
- [34]  <https://putrydiana20.blogspot.com/2013/04/meteorologi-keperawatan-planning.html>
3.2% 14 matches
-
- [35]  "Revisi Nurul Bab 1-5.docx" dated 2019-07-15
2.9% 25 matches
-
- [36]  <https://ismiodewade.blogspot.com/2013/09/lp-nhs.html>
2.6% 19 matches
-
- [37]  <https://id.123dok.com/document/q29nn4pz-...bangil-pasuruan.html>
2.8% 19 matches
-
- [38]  <https://mantrinews.blogspot.com/2011/07/laporan-pendahuluan-oksigenasi.html>
2.5% 26 matches
-
- [39]  <https://nurseantike.blogspot.com/2015/05/asuhan-keperawatan-pada-pasien-stroke.html>
2.4% 18 matches
-
- [40]  "PLAG SCAN KTI 18-07-2019 OKT AVIANI.docx" dated 2019-07-18
2.3% 20 matches
-
- [41]  https://sumantrinews.blogspot.com/2016/03/laporan-pendahuluan-dan-asuhan_17.html
2.2% 24 matches
3 documents with identical matches
-
- [45]  https://lianerako.blogspot.com/2013/10/asuhan-keperawatan-gagal-ginjal-kronik_27.html
2.2% 24 matches
-
- [46]  <https://jabbarbtj.blogspot.com/2014/09/proses-keperawatan-pengkajian-diagnosa.html>
2.7% 9 matches
-
- [47]  <https://detra2509blogger.blogspot.com/20...an-implementasi.html>
2.7% 10 matches
2 documents with identical matches
-
- [50]  <https://ulfamin.blogspot.com/2013/01/laporan-pendahuluan-ckd.html>
2.1% 23 matches
-
- [51]  <https://suaraliterasiperawatindonesia.bl...asi-keperawatan.html>
2.6% 9 matches
-
- [52]  <https://catatankecilseorangcalonperawat....asi-keperawatan.html>
2.6% 9 matches
-
- [53]  <https://makalah-online.blogspot.com/2017/03/proses-keperawatan-intervensi.html>
2.6% 9 matches
-
- [54]  <https://iniduniakerawatan.blogspot.com/2014/01/proses-keperawatan-intervensi.html>
2.6% 9 matches
-
- [55]  <https://contohmakalahproseskeperawatan.b...ses-keperawatan.html>
2.6% 9 matches
-
- [56]  <https://rikardbaik.blogspot.com/2016/10/proses-keperawatan-dan-dokumentasi.html>
2.6% 9 matches
-
- [57]  <https://dhikapriskia.blogspot.com/2011/04/implementasi-keperawatan.html>

		2.6%	8 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[58]	https://dhikapriskia.blogspot.com/2011/04/implementasi-keperawatan_30.html	2.6% 8 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[59]	https://ivoniamutiara.blogspot.com/p/tahap-implementasi-keperawatan.html	2.6% 8 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[60]	https://thelostamasta.blogspot.com/2012/05/dokumentasi-tindakan-keperawatan_23.html	2.6% 8 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[61]	https://yunitamega26.blogspot.com/2014/11/makalah-dokumentasi-keperawatan.html	2.6% 8 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[62]	https://goodnerscom.files.wordpress.com/...n-trauma-kepala1.pdf	2.1% 30 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[63]	https://docobook.com/asuhan-keperawatan-ketidakefektifan-perfusi.html	2.2% 13 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[64]	digilib.unimus.ac.id/files/disk1/109/jtptunimus-gdl-garniscint-5431-2-babii.pdf	2.0% 17 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[65]	https://dannyprastyo.wordpress.com/2014/03/13/askep-stroke-non-haemoragik/	2.0% 13 matches ⊕ 1 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[67]	https://wendarisabella.blogspot.com/2013/09/askep-otitis-media.html	1.9% 21 matches ⊕ 1 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[69]	https://nursinghomesindonesia.blogspot.com/2016/10/makalah-stroke.html	1.9% 15 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[70]	https://herlinnuraeniwijaya.blogspot.com/2014/12/metodologi-asuhan-keperawatan.html	2.4% 9 matches ⊕ 2 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[73]	https://www.academia.edu/18542086/ASKEP_STROKE_NON_HEMORAGIK	2.0% 14 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[74]	https://docobook.com/laporan-pendahuluan-trauma-kepala-a-konsep-medis-1.html	2.0% 28 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[75]	"Revisi Nurul Bab 1-5.docx" dated 2019-07-16	1.9% 19 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[76]	"Dwi Istiani 161210010.pdf" dated 2019-07-03	1.8% 18 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[77]	https://nanangperawat.blogspot.com/2011/10/asuhan-keperawatan-stroke.html	1.8% 15 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[78]	https://mokaleleo0.blogspot.com/2013/11/makala-implementasi-keperawatan.html	2.3% 8 matches ⊕ 2 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[81]	https://yunikewirahmaningrumhs.blogspot...gi-askep-stroke.html	1.8% 14 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[82]	https://mardino25.blogspot.com/2012/03/makalah-stroke.html	1.8% 15 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[83]	"BAB 1-5 RIKKA NUR.doc" dated 2019-07-17	1.2% 14 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[84]	"Desi Maulida 161210007.docx" dated 2019-07-15	1.7% 18 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[85]	https://linaapriani3.blogspot.com/2012/12/asuhan-keperawatan-gawat-darurat-pada.html	1.7% 14 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[86]	https://samoke2012.wordpress.com/2019/06...mudin-14-401-16-060/	1.7% 13 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[87]	"Revisi Ekananda 161210012 fix.docx" dated 2019-07-16	1.6% 16 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[88]	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id/assets/file/kti/1401100057/8._BAB_3_.pdf	1.9% 12 matches

<input checked="" type="checkbox"/>	[89]	"REVISI SELLA BAB 1-5.docx" dated 2019-07-16 1.7% 15 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[90]	https://lpkeperawatan.blogspot.com/2014/...e-non-hemoragik.html 1.7% 11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[91]	https://infosehatmillenium.blogspot.com/...skep-stroke-non.html 1.7% 11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[92]	https://dikha-dwi.blogspot.com/2014/04/laporan-pendahuluan-stroke-non.html 1.7% 11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[93]	https://nurseberkarya.blogspot.com/2019/04/lp-stroke-non-hemoragik.html 1.7% 11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[94]	https://makalahlistavanny.blogspot.com/2015/05/makalah-implementasi-keperawatan.html 1.9% 7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[95]	https://suhinah88.blogspot.com/2016/11/makalah-implementasi-keperawatan.html 1.9% 7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[96]	repository.ump.ac.id/2564/3/NUR RIFAH KUSDIANI BAB II.pdf 1.6% 12 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[97]	https://angelusmarvel.blogspot.com/2011/ 1.9% 8 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[98]	"Revisi Nova.doc" dated 2019-07-19 1.3% 16 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[99]	https://sharekeperawatan.blogspot.com/20...e-non-hemoragik.html 1.6% 11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[100]	https://dwirahmaryna.blogspot.com/2011/12/dokumentasi-implementasi-keperawatan.html 1.8% 6 matches 1 document with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[102]	https://ivoniamutiara.blogspot.com/p/pendokumentasian-implementasi_5.html 1.8% 6 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[103]	"Revisi Sella Tria.docx" dated 2019-07-17 1.4% 14 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[104]	"BAB 1-5 RIKKA HOEYYY.doc" dated 2019-07-16 0.9% 10 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[105]	"Intan Ratnasari.docx" dated 2019-07-19 1.3% 15 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[106]	from a PlagScan document dated 2018-05-12 04:44 1.3% 13 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[107]	"DESI MAULIDA AMALIYA 161210007.docx" dated 2019-07-16 1.2% 14 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[108]	https://solusikesehatananda3.blogspot.com/2016/12/terapi-gejala-stroke.html 1.3% 9 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[109]	"Dera bab 1-5.doc" dated 2019-07-16 1.2% 15 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[110]	https://id.123dok.com/document/y60eer5y-...bangil-pasuruan.html 1.4% 11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[111]	https://www.academia.edu/29188614/LP_STROKE 1.3% 7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[112]	https://www.slideshare.net/FransiskaOkta...sis-studi-kasus-2018 1.4% 9 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[113]	"REVISI BAB 1-5 DESI M.docx" dated 2019-07-17 1.1% 13 matches

56 pages, 10237 words

PlagLevel: 50.4% selected / 50.4% overall

352 matches from 114 sources, of which 71 are online sources.

Settings

Data policy: *Compare with web sources, Check against my documents, Check against my documents in the organization repository, Check against organization repository, Check against the Plagiarism Prevention Pool*

Sensitivity: *Medium*

Bibliography: *Consider text*

Citation detection: *Reduce PlagLevel*

Whitelist: --

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke sebagai gejala kerusakan atau serangan otak secara mendadak yang disebabkan oleh iskemik maupun hemoragik di otak.^[69] Gejala ini berlangsung 24 jam atau lebih pada umumnya terjadi akibat berkurangnya aliran darah ke otak, yang menyebabkan cacat atau kematian (Widjaja, 2016).^[96] Stroke termasuk gangguan fungsional yang terjadi secara mendadak berupa tanda-tanda klinis baik lokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat menimbulkan kematian yang disebabkan gangguan peredaran darah ke otak, antara lain peredaran darah sub arakhnoid, peredaran intra serebral dan infark cerebral (Israr 2016).

^[10] Menurut WHO setiap tahun 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke.^[10] Sekitar 5 juta menderita kelumpuhan permanen dan di prediksi pada thn 2025 sekitar 50 persen orang dewasa di seluruh dunia mengidap stroke.

^[0] Data riset kesehatan dasar (Riskesdes 2016) menunjukkan bahwa 25,8 persen penduduk Indonesia mengidap stroke.^[0] Di RSUD bangil pasuruan sendiri jumlah penderita stroke pada tahun 2016 telah mencapai 985 orang penderita, dan meningkat setiap tahunnya, 78 penderita mengalami strok hemoragik dan sisanya mengalami stroke non hemoragik.

Gangguan perfusi serebral di jumpai adanya Peningkatan Tekanan Intra Kranial (PTIK) dengan tanda klinis berupa nyeri kepala yang tidak hilang-hilang dan semakin meningkat, penurunan kesadaran, dan untah proyektif. PTIK merupakan kasus gawat darurat dimana cedera otak irreversibel atau kematian dapat dihindari dengan intervensi tepat pada waktunya (Hisam, 2016).

Manifestasi klinis yang di timbulkan antara lain sirkulasi darah menjadi tidak memadai lagi, maka terjadilah gangguan pada system transportasi oksigen, karbondioksida, dan hasil-hasil metabolisme lainnya, fungsi organ-organ tubuh akan mengalami gangguan seperti gangguan pada pembentukan air seni di dalam ginjal ataupun pembentukan

cairan cerebrospinalis, gangguan menelan, nyeri akut, hambatan mobilitas fisik dan lainnya (Kowalski, Robert,2016).

^[86]▶ Penanganan kegawatan pada pasien gangguan perfusi serebral salah satunya adalah melakukan pengontrolan PTIK yaitu dengan memberikan posisi kepala head up (15-30°).^[86]▶ Pemberian posisi head up (15-30°) dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan venous drainage dari kepala selain itu elevasi kepala dapat menyebabkan penurunan tekanan darah sistemik dan dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral.^[86]▶ Teori yang mendasari elevasi kepala ini adalah peninggian anggota tubuh diatas jantung dengan vertical axis, akan menyebabkan cairan cerebro spinal (CSS) terdistribusi dari cranial ke subarakhnoid spinal dan memfasilitasi venus return serebral (Sunardi, 2016).

^[63]▶ Berdasarkan hal tersebut di atas, maka terdapat satu permasalahan yang serius pada pasien stroke,satu masalah tersebut memiliki kesempatan penanganan yaitu gangguan perfusi jaringan serebral.

^[15]▶ Sehingga penulis menyusun karya tulis ilmiah dengan judul ^[0]▶ Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang Krisan Rsud Bangil Pasuruan.

^[8]▶ 1.2 Batasan Masalah

Asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke non hemoragik ini dibatasi dengan tingkat kesadaran apatis atau GCS 10-12 yang bisa diikuti dengan hipoksia berhubungan dengan gangguan perfusi jaringan serebral di Krissan RSUD Bangil Pasuruan.

^[0]▶ 1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan klien stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD bangil pasuruan.

1.4 Tujuan Studi Kasus

^[8]▶ 1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral.

1.4.2^[4] Tujuan Khusus

- a.^[8] Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral.
- b.^[8] Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral.
- c. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral.
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral.

1.5 Manfaat

1.5.1^[8] Manfaat Teoritis

Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan yang akan memperkaya body of knowledge terutama di bidang Keperawatan.

1.5.2^[4] Manfaat Praktis

- 1.^[8] Hasil penulisan proposal dengan kasus ini dapat menambah wawasan pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan klien yang mengalami stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral.
- 2.^[8] Hasil proposal ini dapat dijadikan bahan untuk solusi atau ide terbaru bagi penerapan intervensi yang mampu mempercepat proses penyembuhan klien stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral.
- 3.^[8] Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada mahasiswa atau peserta didik untuk mengetahui secara jelas akan

tindakan mengatasi masalah pasien yang mengalami stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral.

[18]▶

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi stroke

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (WHO 2014). Stroke adalah suatu keadaan yang dapat mengakibatkan seseorang mengalami kelumpuhan atau kematian karena terjadinya gangguan perdarahan di otak atau gangguan perfusi jaringan serebral yang menyebabkan kematian jaringan otak (Batticaca, 2009).

2.1.2 Klarifikasi Stroke

Menurut WHO 2013, batas normal tekanan darah adalah tekanan darah sistolik kurang dari 120 mmhg dan tekanan darah diastolic kurang dari 80 mmhg, seseorang dikatakan tekanan darah naik jika tekanan sistoliknya 140 mmhg dan tekanan diastolic lebih dari 90 mmhg berdasarkan the joint national commite VIII (2014) tekanan darah dapat di klasifikasikan terhadap usia dan penyakit tertentu. Diantaranya adalah :

Tabel 2.1 Klasifikasi Strok

Batasan tekanan darah	Kategori
150/90 mmhg	Usia 60 tahun tanpa penyakit diabetes dan cronic kidney disease
140/90 mmhg	Usia 19-59 thn tanpa penyakit penyerta
140/90 mmhg	Usia 18 thn dengan penyakit ginjal
140/90 mmhg	Usia 18 thn dengan penyakit diabetes

2.1.3 Etiologi

Berdasarkan penyebab stroke menurut corwin (2009), Irianto (2014), Padila (2013), Price dan Wilson (2006), Syamsudin (2011), Udjianti (2010) yaitu:

1. cva atau stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat

kejadian yaitu :

a. thrombosis (bekuan darah dalam pembuluh darah otak atau leher)

b. embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh lain)

c. iskemia (penurunan aliran darah ke area otak)

d. hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke jaringan otak atau ruang sekitar otak).

[0]▶

Akibatnya adalah penghentian/penyumbatan suplai aliran darah ke otak yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berfikir, memori, bicara atau sensasi.

2.1.4 Pathofisiologi

Ketika suatu trombosis terbentuk maka pembuluh arteri otak menjadi tersumbat oleh bekuan darah. Trombosis ini kemudian menyebabkan aliran darah menuju otak menjadi terhambat.

Begitu pula dengan emboli, ketika bekuan darah yang terbuka di tempat yang berjauhan dari otak terlepas, dan terbawa dalam aliran darah sampai tersumbat pada suatu daerah tertentu.

Maka aliran darah menuju otak juga menjadi terhambat. Hal inilah yang kemudian mengakibatkan jaringan dan sel otak menjadi iskemik dan akhirnya mengalami kematian.

Berdasarkan lokasi, penyumbatan dapat dibedakan menjadi dua yaitu penyumbatan pembuluh darah besar kecil. Penyumbatan

pembuluh darah besar adalah penyumbatan yang mengenai arteri besar seperti arteri carotis dan arteri cerebri media.

^[0]▶ Sementara penyumbatan pembuluh darah kecil adalah penyumbatan pada arteri kecil yang masuk lebih dalam ke otak implus yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis (udjianti 2016).

^[0]▶ Jika terjadi hipoksia pada psien stroke, di otak akan mengalami perubahan, metabolik, kematian sel dan kerusakan permanen yang terjadi dalam 3-10 menit (AHA,2015).

^[0]▶ Pembuluh darah yang paling sering terkena adalah arteri serebral dan arteri karotis interna yang ada di leher (guyton & hall, 2012).^[0]▶ Adanya gangguan pada peredaran darah ke otak dapat mengakibatkan cedera otak melalui beberapa mekanisme yaitu :

^[28]▶
1. Penebalan pada dinding pembuluh darah (arteri serebral) yang menimbulkan penyempitan sehingga aliran darah tidak adekuat yang selanjutnya akan terjadi iskemik

^[0]▶
2. Pecahnya dinding pembuluh darah yang menyebabkan hemoragi

^[0]▶
3. Pembesaran satu atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak

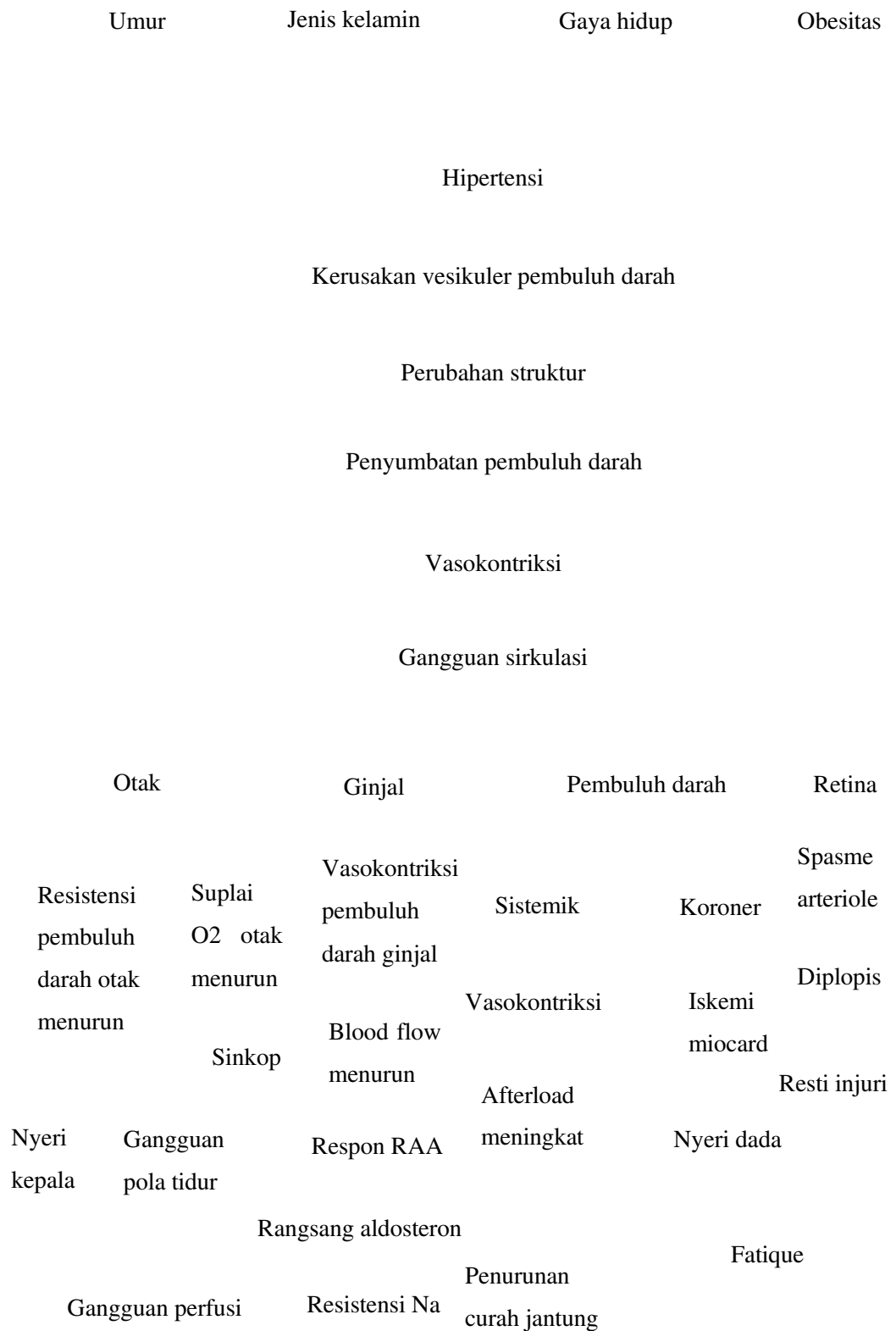
^[0]▶
4. Edema serebral yang merupakan pengumpulan cairan pada ruang interstitial jaringan otak (smelthzer dan bare, 2012) penyempitan pembuluh darah otak mula-mula menyebabkan perubahan pada aliran darah dan setelah terjadi stenosis cukup hebat dan melampaui batas krisis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat.

^[28]▶ Obstrukai suatu pembuluh darah arteri ke otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai peredaran darah yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada.

^[28]▶ Perubahan yang terjadi pada kortek akibat oklusi pembuluh darah awalnya adalah gelapnya warna pembuluh darah vena, penurunan kecepatan pada aliran darah dan dilatasi arteri dan arteriola (AHA, 2015).^[36]▶

Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum hypoksia karena gangguan paru dan jantung arteriosklerosis sering cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. [36]▶ thrombus dapat berasal dari flak arteriosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. [36]▶ jika aliran darah kesetiap bagian otak terhambat karena trombus dan embolus maka mulai terjadi kekurangan O₂ ke jaringan otak. [36]▶ Kekurangan selama 6 menit dapat menyebabkan nekrosis mikroskopis neuron. [36]▶ 5 neuron area kemudian disebut infark kekurangan O₂ pada dasarnya mungkin akibat iskemik umumnya (karena henti jantung - hipotensi) - hipoksia karena proses anemia - kesulitan bernafas. [36]▶ Jika neuron hanya mengalami iskemik, maka masih ada peluang untuk menyelamatkannya. [36]▶ Suatu sumbatan pada arteri koroner dapat mengakibatkan suatu infark disekitar zona yang mengalami kekurangan O₂. [36]▶ Stroke karena embolus merupakan akibat dari bekuan darah, lemak dan udara, emboli pada otak kebanyakan berasal dari jantung. [39]▶ Sindrom neuron vaskuler yang lebih penting terjadi pada stroke trombotik dan embolik karena keterlibatan arteri serebral mediana (HUDAK,G 2016).

2.1.5 Pathway Cva Non Hemoragik



2.1.6^[8] Manifestasi klinis

Gejala yang timbul dari stroke non hemoragik tergantung dari serangan pada otak hemisfer kanan atau kiri.^[8] Bila terjadi serangan pada otak hemisfer kanan, maka pasien akan mengalami kelumpuhan sebelah kiri tubuh dan penurunan terhadap objek menurun.^[8] Sebaliknya, bila terjadi serangan pada otak hemisfer kiri maka terjadi kelumpuhan sebelah kanan tubuh, perilaku lambat dan sangat hati-hati, gangguan penglihatan pada mata sebelah kanan, kesulitan menelan, sulit bicara, mudah tersinggung dan mudah frustrasi (Hariyanto & Sulistyowati, 2015, p. 51). Pemeriksaan fisik pada pasien stroke di jumpai adanya ketidak mampuan menggerakkan setengah badan pasien, tingginya tekanan darah, penyempitan pembuluh darah, sulit berbicara (pelo),odem karena adanya penumpukan cairan.

^[64] Tanda dan gejala dari stroke adalah (Baughman,C Diane.dkk, 2000):

- ^[64] 1. Kehilangan motorik disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia
- ^[64] 2. (paralisis pada salah satusisi) dan hemiparesis (kelemahan salah satu sisi) dan disfagia
- ^[64] 3. kehilangan komunikasi disfungsi bahasa dan komunikasi adalah disatria (kesulitan berbicara) atau afasia (kehilangan berbicara).
- ^[64] 4. gangguan persepsi meliputi : disfungsi persepsi visual humanus heminapsia atau kehilangan penglihatan perifer dan diploopia, gangguan hubungan visual, spesial dankehilangan sensori.

^[0] Semua itu terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal.^[0] Pada penderita stroke non hemoragik mengalami penurunan kesadaran dan bahkan mengakibatkan penderita mengalami koma karena terjadi pembengkakan pada

bagian otak, keadaan tersebut merupakan keadaan ensefalopati hipertensi (Irianto,2014).

2.1.7 Komplikasi

Setelah mengalami stroke pasien kemungkinan akan mengalami komplikasi antara lain adalah :

- ^[73]▶ 1. Berhubungan dengan mobilisasi (infeksi pernafasan, nyeri pada daerah tertekan konstipasi dan thrombophlebitis
- ^[73]▶ 2. Berhubungan dengan paralisis (nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas dan terjatuh
- ^[91]▶ 3. Berhubungan dengan kerusakan otak (epilepsi dan sakit kepala)
- ^[90]▶ 4. Hidrocephalus

individu yang menderita stroke berat pada bagian otak yang mengontrol respon pernapasan atau kardiovaskuler dapat meninggal

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Fransisca Batticaca (2016), pemeriksaan penunjang diagnostik yang dapat dilakukan adalah :

1. hematokrit
2. kalium serum
3. kreatinin serum
4. urinalisa
5. elektrokardiogram (EKG)

2.1.9 Terapi

- Inj Ranitidine 50 mg 2x1
- Inj Ondansentron 4mg 2x1
- Inj Ceticolin 500mg2x1
- Inj Ceftriaxone 1gr 2x1
- Amlodiphin oral 10 mg 1x1
- Irbesartan oral 150mg 1x1

^[0]▶ 2.2 Konsep Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

^[0]▶ 2.2.1 Definisi Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

Menurut kusuma (2013), gangguan perfusi jaringan serebral merupakan adanya penurunan sirkulasi jaringan otak, akibat situasi O₂ di dalam otak dan nilai Gaslow Coma Skala menurun, gangguan perfusi jika tidak segera di tangani akan meningkatkan intra kranial, sehingga penanganan pertama pada pasien ini adalah meningkatkan status O₂ dan memposisikan pasien head up 15-30 derajat.

^[0]▶ 2.2.2 Batasan Karakteristik

Batasan karakteristik pada pasien dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral antara lain peningkatan tekanan darah sistolik secara tiba-tiba dan sangat berbahaya oleh karenanya dapat melewati blood brainbarrier terjadi edema serebral dengan pemberian obatkepada pasien ada beberapa macam, terapi yang sering di berikan yaitu pemberian obat melalui intravena yang umumnya dilakukan du ruang perawatan di rumah sakit.

^[63]▶ Terapi intravena di berikan untuk memberikan cairan pada pasien yang tidak dapat menelan, tidak sadar, dehidrasi, syok terapi intravena bertujuan mencegah cairan dan elektrolit (potter & perry 2006)

^[0]▶ 2.2.3 Faktor yang Berhubungan

Faktor yang berhubungan atau hal-hal yang dapat mengakibatkan timbulnya gangguan perfusi jaringan serebral antara lain penurunan sirkulasi jaringan otak, akibat oksigen di dalam otak menurun. ^[0]▶ Keadaan ini dapat mengakibatkan disorientasi pada pasien hipertensi (kusuma, 2012).

2.3 Konsep asuhan keperawatan pada pasien cva infark non hemoragik

2.3.1 Pengkajian

1. Biodata

2. Nama :

3. Umur :

4. Jenis kelamin :

5. Suku bangsa :

6. ^[0]▶ **Keluhan utama & riwayat penyakit sekarang** : ^[0]▶ kepala pusing, tidak bisa tidur, lemah, cemas

7. ^[0]▶ **Riwayat penyakit masa lalu** : ^[0]▶ biasanya pasien punya riwayat hipertensi dan kolesterol yang sudah lama di alami pasien dan mengkonsumsi obat secara rutin.

8. ^[0]▶ **Riwayat penyakit keluarga** : ^[0]▶ biasanya hipertensi ini adalah penyakit turunan dari keluarga dan penyakit kolesterol dari tidak bisanya mengontrol pola makan.

9. Riwayat psikososial

10. Hubungan pasien dengan kerabat, keluarga dan teman

11. pola kebiasaan sehari-hari

^[1 3] ▶

a. **Nutrisi**

Kebiasaan makan, porsi makan, menu makan, porsi minum

b. Istirahat tidur

Kebiasaan tidur pasien, jam tidur pasien, gangguan tidur pasien.

c. Eliminasi

Kebiasaan BAK, warna BAK, bau BAK, jumlah BAK

Kebiasaan BAB, warna, konstipasi

^[0] ▶

d. **Personal hygiene**

Mandi (berapa kali pasien mandi, memakai sabun), Gosok gigi (kebiasaan gosok gigi pasien, berapa kali pasien menggosok gigi)

12. Pemeriksaan fisik

a. Kulit rambut dan kuku

Inspeksi^[0] : warna kulit, jaringan parut, lesi, dan vaskularisasi, amati adanya pruritus dan abnormalitas lainnya.

Palpasi^[26] : palpasi kulit untuk mengetahui suhu, turgor, lesi, edema, tekstur dan massa

b. Kepala

Inspeksi : kesimetrisan muka, tengkorak dan kepala (adanya lesi, massa)

Palpasi^[0] : dengan cara merotasi dengan lembut ujung jari ke bawah dari tengah-tengah garis kepala ke samping.^[0] Untuk mengetahui adanya pembengkakan pada bentuk kepala massa, nyeri tekan, kekuatan akar rambut

c. Mata

Inspeksi^[0] : kelopak mata, perhatikan bentuk dan kesimetrisannya, amati daerah orbital ada tidaknya edema, kemerahan atau jaringan lunak di bawah bidang orbital (amati konjungtiva dan sklera) untuk mengetahui anemia atau tidak dengan cara menarik atau membuka kelopak mata, perhatikan warna edema dan lesi (inspeksi kornea, kejernihan dan tekstur kornea) dengan berdiri di samping pasien dengan menggunakan sinar cahaya tidak langsung, inspeksi pupil dan iris.

Palpasi^[0] : Ada tidaknya pembengkakan pada orbital dan kelenjar lakrimal.

d. Hidung

Inspeksi^[0] : Kesimetrisan bentuk adanya deformitas atau lesi dan cairan yang keluar

Palpasi^[0] : batang dan jaringan hidung adanya nyeri, massa, penyimpangan bentuk

e. Telinga

Inspeksi ^[0]▶ : amati kesimetrisan bentuk dan letak telinga, warna dan lesi

Palpasi ^[0]▶ : kartilago telinga untuk mengetahui jaringan lunak, tulang telinga ada nyeri atau tidak

f. Mulut & faring

Inspeksi ^[0]▶ : warna dan mukosa bibir, lesi, dan kelainan kongenital, kebersihan mulut dan faring

g. Leher

Inspeksi ^[0]▶ : bentuk leher, kesimetrisan, warna kulit, adanya pembengkakan, jaringan parut dan massa

Palpasi ^[0]▶ : kelenjar getah bening / kelenjar limfa dan kelenjar tiroid

h. Thorak dan tulang belakang

Inspeksi ^[0]▶ : kelainan bentuk thorak, kelainan bentuk tulang belakang, pada wanita (inspeksi payudara : bentuk dan ukuran, amati adanya benjolan atau tidak)

Palpasi ^[0]▶ : ada tidaknya krepitus pada kusta, pada wanita (palpasi payudara amati adanya massa)

i. Paru posterior, lateral dan interior

Inspeksi ^[0]▶ : kesimetrisan paru, ada tidaknya lesi

Palpasi ^[0]▶ : dengan meminta pasien menyebutkan angka 7777. ^[26]▶ Bandingkan paru kanan dan kiri, pengembangan paru dengan meletakkan ke dua ibu jari ke prosesus xifoideus dan minta pasien bernafas panjang.

Perkusi ^[38]▶ : dari puncak paru ke bawah (supraskapularis $\frac{3}{4}$ jari dari pundah sampai dengan torakal 10) catat suara perkusi (sonor, hipersonor, redup)

Auskultasi : bunyi saat inspirasi dan akspirasi (vasikuler, bronchovasikular, bronchial tracheal (suara abnormal seperti weezing, ronchi, krekels.

j. ^{[0] ▶} Jantung dan pembuluh darah

Inspeksi ^{[0]▶} : tidak impuls maksimal, denyutan apical

Palpasi ^{[26]▶} : area aorta inter costa ke 2 ke kiri, dan pindah jari-jari ke intercosta ke 3 dan 4 ke kiri daerah trikuspidalis, dan mitral pada interkosta 5 kiri, kemudian pindah jari drai mitral 5-7 cm ke garis midclavikula kiri

Perkusi ^{[0]▶} : untuk mengetahui batas jantung atas bawah, kanan kiri

Auskultasi ^{[0]▶} : bunyi jantung I dan II untuk mengetahui bunyi jantung tambahan

k. Abdomen

Inspeksi ^{[0]▶} : ada tidaknya pembesaran, datar, cekung, kebersihan umbilicus,

Palpasi ^{[0]▶} : epigastrium, lien, hepar, ginjal.

Perkusi ^{[0]▶} : 4 kuadran (timpani, hipertimpani, pekak)

Auskultasi ^{[0]▶} : 4 kuadran (peristaltik usus dinukur dalam 1 menit, bising usus)

l. Genetalia

Inspeksi ^{[0]▶} : inspeksi anus (kebersihan anus, lesi, perdarahan dan lakukan tindakan rectal touch (khusus laki-laki untuk mengetahui pembesaran prostat) perdarahan, cairan dan bau

Palpasi ^{[26]▶} : skrotum dan testis sudah turun atau belum

m. Ekstremitas

Inspeksi : inspeksi kesimetrisan, lessi, massa

Palpasi ^{[0]▶} : tonus otot, kekuatan otot, Kaji sirkulasi (akral hangat/ dingin, warna, CRT, kaji kemampuan pergerakan sendi, kaji

reflek fisiologis (bisep, trisep, patella,arciles),
kaji reflek patologis (reflek plantar)

2.3.2^[0] Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respon individu, klien atau masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial sebagai dasar seleksi intervebsi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (herdman & kamitsuru,2015)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita cva infark adalah :

1. Gangguan perfusi jaringan serebral
2. Gangguan pemenuhan nutrisi
3. Kelebihan volume cairan
4. Intoleransi aktivitas

2.3.3^[0] Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada diagnose keperawatan dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral antara lain :

Tabel 2.3^[2] Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
Gangguan perfusi jaringan serebral	Tujuan :	Manajemen sirkulasi :
Definisi ^[0] : penurunan O2 yang mengakibatkan kegagalan penerimaan nutrisi ke jaringan pada tingkat kapiler	1. Status sirkulasi 2. Status gangguan perfusi jaringan serebral	1. Pantau nadi 2. Catat warna kulit dan temperatur
	Status sirkulasi : a. Tekanan darah dalam batas normal b. Kekuatan nadi	3. Cek capillary refill

Batasan karakteristik	dalam batas normal	4. Monitor
:	^[0] ▶ c. Rata-rata tekanan	status cairan
^[0] ▶ 1. Perubahan status	darah dalam batas	keluaran yang
mental	normal	sesuai dengan
2. Perubahan	^[0] ▶ d. Tekanan vena	monitor lab HB
perilaku	sentral dalam batas	dan HMT
3. Kesulitan	normal	5. Monitor
menelan	e. Tidak ada hipotensi	perdarahan
4. Kelemahan	orthotastik	6. Monitor
5. Ketidaknormalan	f. Tidak ada angina	status
berbicara	^[0] ▶ g. AGD dalam batas	himodinamik,
Factor yang	normal	neurologis dan
berhubungan :	^[0] ▶ h. Tidak ada bunyi	tanda-tanda vital
^[0] ▶ gangguan aliran	jantung tambahan	Manajemen status
arteri atau vena	^[0] ▶ i. Perbedaan O2 arteri	neurologi :
	dan vena dalam	^[0] ▶ 1. Monitor
	batas normal	ukuran, bentuk
	j. Status gangguan	kesimetrisan dan
	perfusi jaringan	reaksi pupil
	serebral :	2. Monitor
	1. Pengisian	tingkat kesadaran
	capillary refill	3. Monitor
	^[0] ▶ 2. Kekuatan pulsasi	tingkat orientasi
	perifer proksimal	4. Monitor
	^[0] ▶ 3. Kesimetrisan	GCS
	pulsasi perifer	5. Monitor
	proksimal	tanda- tanda vital
	4. Tingkat sensasi	^[0] ▶ 6. Monitor
	normal	respon pasien
	5. Warna kulit	terhadap
	normal	pengobatan
	6. Kekuatan fungsi	

otot

7. Keutuhan kulit
8. Suhu kulit hangat
9. Tidak ada edema

perifer

10. Tidak ada nyeri pada ekstremitas

11. Kriteria hasil :

12. Setelah dilakukan intervensi selama 1 X 24 jam menunjukkan status sirkulasi yang di buktikan dengan :

1. Tekanan darah sistolik dan diastolik dalam rentan yang di harapkan
2. Tidak ada ortostatik hipotensi
3. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK
4. Pasien mampu berkomunikasi dengan jelas sesuai dengan kemampuan pasien
5. Pasien menunjukkan

- perhatian,
- konsentrasi dan
- orientasi
- ^[0]▶ 6. Pasien mampu
- memproses
- informasi
- ^[0]▶ 7. Klien mampu
- membuat keputusan
- dengan benar
- 8. Tingkat kesadaran
- pasien membaik

^[57]▶ 2.3.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 1997).

^[34]▶ Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari.

^[34]▶ Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. ^[34]▶ Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi. (Kozier et al., 1995).

^[17]▶ 2.3.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah di susun tercapai atau tidak.^[15] Menurut friedman (dalam, harmoko 2013) evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya.^[4] Ada beberapa metode yang di pakai dalam perawatan, faktor yang paling penting adalah bahwa metode tersebut harus disesuaikan dengan tujuan dan intervensi yang sedang di evaluasi

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Desain penelitian^[17]

Rancangan yang di gunakan dalam penelitian adalah metode penelitian deskriptif studi kasus.^[0] Penelitian studi kasus adalah suatu penelitian yang dilakukan secara intensif terinci dan mendalam terhadap suatu organisasi, lembaga atau gejala tertentu (Arikunto, 2016).^[0] Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal (Notoadmojo, 2015).^[13] Jenis penelitian studi kasus deskriptif ini dengan menggunakan metode observasi partisipatif.^[0] Metode observasi partisipasi yaitu pengalaman terhadap subyek untuk mendapatkan informasi secara mendalam, dan peneliti ikut terlibat dalam kegiatan tersebut (Lapau, 2015).^[0] Dalam studi kasus ini peneliti menggunakan dua pasien yang akan di kaji sesuai keluhan dan mendapatkan asuhan keperawatan.

^[1] Studi kasus yang menjadi pokok pembahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami cva dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD bangil pasuruan di ruang Krisan.

3.2 Batasan Istilah^[4]

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul metode penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah, yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. ^[0] Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung kepada klien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaanya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan ini praktik keperawatan (Ali,2009).
2. ^[0] Cva atau stroke adalah suatu sindromklinikis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (word health organization WHO,2014).

^[0] ▶
 3. Gangguan perfusi jaringan serebral adalah adanya penurunan sirkulasi jaringan otak, akibat sirkulasi O₂ di dalam otak dan nilai Gaslow Coma Scala menurun, gangguan perfusi apabila tidak ditangani dengan segera akan meningkatkan tekanan intrakranial (kusuma,2016).

^[10]▶ 3.3 Partisipan

Subyek yang di gunakan dalam penelitian adalah 2 pasien yang mengalami cva dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Pasuruan, adapun kriterianya adalah sebagai berikut :

- ^[8] ▶
 1. 2 pasien yang mengalami cva dengan gangguan perfusi jaringan serebral.
2. 2 pasien yang mengalami kelemahan dan ketidak normalan dalam berbicara.
3. 2 pasien yang di rawat hari ke 2 di ruang krisan.
4. 2 pasien yang bersedia di jadikan subyek penelitian.
- ^[0] ▶
 5. 2 pasien dan keluarga yang kooperatif.

^[14]▶ 3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan diruang krisan RSUD bangil kabupaten pasuruan

^[3 7] ▶ 2. Waktu penelitian

Penelitian dilakukan 3 hari yaitu pada tanggal

^[8 9] ▶ a. Pengumpulan data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangtlah diperlukan teknik pengumpulan data, adapun teknik tersebut adalah :

- ^[31] ▶
 1. Wawancara hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama pasien,riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga, sumber data dari pasien, perawat lainnya

- 2.^[4]▶ Observasi dan pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh pasien
- 3.^[37]▶ Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan)

^[16]▶ 3.5 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data di maksudkan untuk menguji kualitas data /informasi yang di peroleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.^[6]▶ Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument pertama, uji keabsahan data dilakukan dengan :

- 1.^[0]▶ Memperpanjang waktu pengamatan /tindakan.
- 2.^[1 9]▶ Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga data sumber utama yaitu pasien, perawat, dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang di teliti.

^[22]▶ 3.6 Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti berada di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul, analisa data dilakukan dengsn mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada, selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.

^[23]▶ Teknik analisis yg digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab pertanyaan rumusan masalah penelitian.

^[0]▶ Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut, urutan dalam analisis adalah :

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dikumpulkan berdsarkan WOD (wawancara, observasi, dokumen).^[1]▶ Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip, data yang di kumpulkan

terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan/ implementasi, dan evaluasi.

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan.

^[4]► Dijadikan satu dalam bentuk transkrip. ^[0]► Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. ^[0]► Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan table, gambar bagah maupun teks naratif. ^[0]► Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. ^[4]► Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data

Lokasi penelitian dan pengambilan data penelitian yang dilakukan oleh peneliti untuk studi kasus karya tulis ilmiah dengan judul asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral dilakukan di ruang krissan Rumah sakit umum daerah Bangil yang beralamat, Jl. Raci Bangil, Masangan, Pasuruan, Jawa Timur 67153 dengan kapasitas 22 kamar tidur disertai ventilasi dan ruangan yang bersih.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas klien

Tabel 4.1 Identitas klien

Identitas klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. E	Tn. S
Umur	51 tahun	60 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SMP
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Karyawan swasta
Status perkawinan	Sudah menikah	Sudah menikah
Alamat	Bugul kidul, Bangil	Gempol, Bangil
Suku/bangsa	Jawa/ Indonesia	Jawa/Indonesia
Tanggal MRS	13 April 2019	10 April 2019
Tanggal Pengkajian	15 April 2019	15 April 2019
Jam Pengkajian	06:35 WIB	16:00 WIB
No. RM	0076****	0039****
Diagnosa masuk	Stroke Non Hemoragik	Cerebral infarction

2. Riwayat penyakit

Tabel 4.2 riwayat penyakit

Riwayat penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Klien mengatakan mulut perot susah bicara	Keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bicara

Riwayat penyakit sekarang	Klien datang ke IGD RSUD bangil pasuruan, diantar keluarganya pada tgl 13-04-2019 pada jam 06:35 dengan keluhan mulut perot susah bicara, pusing, tangan dan kaki kanan susah digerakkan.	Klien datang ke IGD RSUD bangil pasuruan, diantar keluarganya pada tgl 10-04-2019 pada jam 16.00 dengan membawa surat rujukan dari RS asih abiyakta dengan keluhan pusing sejak tgl 09-04-2019 dan tiba-tiba klien tidak bisa berbicara sejak tadi malam dan klien mual disertai muntah
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan bahwa klien mempunyai riwayat penyakit kolesterol dan hipertensi.	Keluarga klien mengatakan klien memiliki riwayat penyakit hipertensi kurang lebih 4 thn
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan bahwa keluarganya ada yang mempunyai riwayat penyakit stroke	Keluarga klien mengatakan, tidak ada yang menderita penyakit stroke
Riwayat psikososial	Klien mengatakan bahwa klien menerima dengan ikhlas penyakitnya dan berharap agar segera diberikan kesembuhan.	Keluarga klien mengatakan klien berusaha sabar dan ikhlas menghadapi penyakitnya, dan berharap penyakitnya bisa segera sembuh.

3. Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan system)

Table 4.3 Perubahan pola kesehatan

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola managemen kesehatan	Klien mengatakan, ketika sakit periksa ke puskesmas	Keluarga klien mengatakan klien saat sakit, hanya membeli obat di apotek
Pola nutrisi dan cairan	Di rumah : klien makan 3x sehari meliputi nasi, lauk, klien tidak suka sayur dan minum air putih dalam sehari kurang lebih 700 cc	Di rumah : Klien makan 3x sehari meliputi nasi, lauk, sayur dan klien minum air putih dalam sehari kurang lebih 800 cc dan klien lebih suka makan-makanan dengan sayur yang bersantan dan berlemak Di rumah sakit : Klien

	Di rumah sakit : ^{1-1r} klien mengatakan nafsu makan berkurang, makan bubur halus kurang lebih 4 sendok, minum air putih kurang lebih 600 ml/hari	hanya minum susu melalui sonde 3x sehari kurang lebih 800 cc
Pola istirahat dan tidur	Di Rumah : klien tidur siang kurang lebih 30 menit, tidur malam kurang lebih 6 jam.	Di rumah : Klien istirahat kurang lebih 6 jam dalam sehari, dan klien jarang tidur siang karena bekerja Di rumah sakit : Jarang bisa tidur, saat klien mengantuk sewaktu-waktu langsung tidur, dan setelah minum obat klien biasanya langsung tidur
Pola eliminasi	Di Rumah Sakit : ^{[2]▶} klien mengatakan sering tidur kurang lebih 10 jam, pada malam hari klien sering bangun karena kurang nyaman dengan keadaanya. Di Rumah : ^{1-1r} klien BAK 4x/hari, produksi urine kurang lebih 800 cc, warna kuning keruh dan BAB 1x/hari warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat. Di Rumah Sakit : ^{[2]▶} klien mengatakan belum BAB, BAK dengan alat bantu kateter 1 hari urine ± 700 cc /24 jam	Di Rumah : ^{1-1r} Klien BAK 2x/hari produksi urine kurang lebih 700 cc warna kuning jernih dan BAB 1x/hari warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat. Di Rumah Sakit : ^{[2]▶} Saat melakukan pengkajian klien belum BAB sama sekali dan sudah BAK dengan alat bantu kateter 1 hari urine ± 500 cc /24 jam
Pola Personal hygiene	Di Rumah : Mandi 2x dalam sehari dan menggosok gigi, dan klien mengganti pakian 2x sehari setelah mandi Di Rumah Sakit : Klien saat pagi hari dibantu keluarga menyeka badan dan mengganti baju 1x/ hari Menggosok gigi (-) Keramas (-)	Di Rumah : Mandi 2x dalam sehari dan jarang menggosok gigi, dan klien mengganti pakian 2x sehari setelah mandi Di Rumah Sakit : Klien saat pagi hari di bantu keluarga menyeka badan dan mengganti baju 1x/ hari Menggosok gigi (-) Keramas (-)
Pola aktivitas	Di Rumah : ^{1-1r} klien mengatakan, klien melakukan semua aktivitas	Di Rumah : ^{1-1r} klien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari secara

secara mandiri.

mandiri.

Di Rumah Sakit : klien melakukan, semua aktivitas sehari-hari sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat jaga

Di Rumah Sakit : klien melakukan semua aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarganya dan perawat jaga

[2] ▶
4. Pemeriksaan Fisik (Pendekatan head to toe/pendekatan system)

[15] ▶
Table 4.4 Pemeriksaan fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
Keadaan umum	<p>Penampilan : k/u lemah, klien tampak pucat, klien badrest total dan klien tidak melakukan aktivitas apapun, mulut klien perot susah berbicara, sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan</p> <p>Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6 TD : 190/100 N : 80 x/m S : 36,5⁰C RR : 20 x/ menit</p>	<p>Penampilan : k/u lemah, klien badrest total, klien tidak melakukan aktivitas apapun, klien tidak bisa berbicara, klien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan dan klien mengeluhkan pusing, sesak nafas</p> <p>Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6 TD : 180/100 N : 96 x/m S : 37,7⁰C RR : 22 x/ menit</p>
Kepala	<p>Inspeksi : bentuk kepala simetris, rambut tebal, warna rambut hitam beruban, tidak ada benjolan dan lesi</p> <p>Palpasi : tidak ada nyeri tekan</p>	<p>Inspeksi : bentuk kepala simetris, rambut tipis, warna rambut hitam beruban, tidak ada benjolan dan lesi</p> <p>Palpasi : tidak ada nyeri tekan</p>
Mata	<p>Inspeksi : mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva normal, alis buatan</p>	<p>Inspeksi : mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva normal, alis tebal</p>
Hidung	<p>Inspeksi : hidung simetris, tidak ada polip, tidak ada sekret, pernafasan cuping hidung (+), terpasang O2</p>	<p>Inspeksi : hidung simetris, tidak ada polip, tidak ada sekret, pernafasan cuping hidung (+), terpasang NGT, terpasang O2</p>
Mulut dan tenggorokan	<p>Inspeksi : mukosa bibir kering, gusi tidak berdarah, caries gigi (-)</p>	<p>Inspeksi : mukosa bibir kering, gusi tidak berdarah, caries gigi (+)</p>

Leher	Inspeksi : tidak ada benjolan dan massa tidak ada lessi Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : tidak ada benjolan dan massa tidak ada lessi Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan tidak ada nyeri tekan
Thorax paru dan jantung	Inspeksi : bentuk dada simetris, suara nafas vasikuler, irama jantung normal Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada daerah dada dan tidak ada massa Perkusi : sonor (paru kanan dan paru kiri)	Inspeksi : bentuk dada simetris, suara nafas vasikuler, irama jantung normal Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada daerah dada dan tidak ada massa Perkusi : sonor (paru kanan dan paru kiri)
Abdomen	Inspeksi : tidak ada asites, bentuk perut simetris Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran liver Perkusi : timpani Auskultasi : Bising usus 15-20 x/m	Inspeksi : tidak ada asites, bentuk perut simetris Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran liver Perkusi : timpani Auskultasi : Bising usus 20-30 x/m
Ekstremitas dan persendian	Atas : Inspeksi : tidak ada fraktur, terpasang infus asering 16 tpm di tangan kiri Palpasi : tidak ada odem Bawah : Inspeksi : tidak ada fraktur Palpasi : tidak ada odem Kekuatan otot : 0 5 0 5	Atas : Inspeksi : tidak ada fraktur, terpasang infus asering 14 tpm di tangan kiri Palpasi : tidak ada odem Bawah : Inspeksi : tidak ada fraktur Palpasi : tidak ada odem Kekuatan otot : 0 5 0 5
Genetalia	Inspeksi : distensi kandung kemih (-), terpasang kateter Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada bladder	Inspeksi : distensi kandung kemih (-), terpasang kateter Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada bladder

5. Hasil pemeriksaan diagnostik

Tabel 4.5 Hasil pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan

Hasil

Nilai

Tanggal pemeriksaan Laboratorium	Klien 1	Klien 2	normal
Darah lengkap			
Leukosit (WBC)	14,45	13,73	3,70-10,1
Neutrofil	10,6	11,7	
Limfosit	1	1,2	
Monosit	0,5	0,7	
Eosinofil	0,0	0,0	
Basofil	0,1	0,1	
Neutrofil %	90,2	85,3	39,3-73,7
Lomfosit %	8,2	8,7	18,0-48,3
Monosit %	5	5,2	4,40-12,7
Eosinofil %	0,2	0,2	0,600-7,30
Basofil %	0,5	0,6	0,00-1,70
Eritrosit (RBC)	4,512	5,410	4,6-6,2
Hemoglobin	16,45	16,36	13,5-18,0
Hematokrit	47,20	49,21	40-54
MCV	90,10	90,95	81,1-96,0
MCH	30,1	30,23	27,0-31,2
MCHC	32,10	33,24	31,8-35,4
RDW	11,7	12,49	11,5-14,5
PLT	188	229	155-366
MPV	8,878	7,969	6,90-10,6
KIMIA KLINIK			
FAAL GINJAL			
BUN	37	36	7,8-20,23
Kreatinin	1,221	1,304	0,8-1,3
ELEKTROLIT			
Natrium	134,00	145,00	135-147
Kalium	4,20	4,10	3,5-5
Klorida	122,0	101,0	95-105
Kalsium ion	1,200	1,350	1,16-1,32
GULA DARAH			
Gula darah sewaktu	122	111	200

[8 3] ▶
6. Terapi klien

Tabel 4.6 terapi klien

Terapi

Klien 1	Klien 2
Infus Asering 1000 cc / 24 jam 16tpm	Infus Asering 1000 cc / 24 jam 14 tpm

Injeksi kalmeco 1x 500 mg
 Injeksi omz 1 x 40 mg
 Injeksi antrain 3 x 1 gr
 Injeksi Citicolin 2x 500 mg
 O2 NRBM 8-10 Lpm

Injeksi kalmeco 1x 500 mg
 Injeksi omz 1 x 40 mg
 Injeksi antrain 3 x 1 gr
 O2 NRBM 8-10 Lpm

4.1.3^[2] Analisa Data

Tabel 4.7^[4] Analisa data

Analisa data	Etiologi	Masalah keperawatan
<p>Klien 1 Ds : klien mengatakan klien mulutnya perot susah bicara dan tidak bisa menggerakkan kaki dan tangan sebelah kanan</p> <p>DO : k/u lemah, pucat, mukosa bibir kering Kesadaran : composmentis, GCS : 4-3-6 TTV : TD : 190/100, N : 96 x/m, S : 36,5⁰C RR : 20 x/m, LAB₍₁₎ : Wbc : 14,45 Bun : 37, Terpasang infus asering 1000 cc/ 24 jam 16 tpm, Terpasang O2 NRBM 6-8 lpm</p>	<p>Hipertensi</p> <p>Hemoragik</p> <p>Stroke</p> <p>Pecahnya pembuluh darah ke otak</p> <p>Perdarahan intrakranial</p> <p>Darah merembes ke dalam parenkim otak</p> <p>Penekanan pada jaringan otak</p> <p>Peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Gangguan perfusi jaringan serebral</p>	<p>Gangguan perfusi jaringan serebral</p>
<p>Klien 2 DS : keluarga klien mengatakan klien 3 hari mengeluhkan pusing hanya minum obat yg dibeli dari toko setelah itu klien tidur dan setelah bangun klien tidak bisa bercira dan badan sebelah kanan tidak bisa</p>	<p>Hipertensi</p> <p>Hemoragik</p> <p>Stroke</p> <p>Pecahnya pembuluh darah ke otak</p>	<p>Gangguan perfusi jaringan serebral</p>

di gerakkan

Perdarahan intrakranial

DO^{[4]▶} : k/u lemah klien hanya berbaring di tempat tidur tidak melakukan aktifitas apapun sesak nafas dan tidak bisa bicara, Kesadaran : composmentis, GCS : 4-X-6, TTV : TD : 170/90 N : 96 x/m S :36,7°C RR : 24 x/m, LAP^{[0]▶}, Wbc : 13,73 Bun : 36, Terpasang infus asering 1000 cc/ 24 jam 14 tpm , Terpasang O2 NRBM 6-8 lpm

Darah merembes ke dalam parenkim otak

Penekanan pada jaringan otak

Peningkatan tekanan intrakranial

Gangguan perfusi jaringan serebral

4.1.4^{[30]▶} Diagnosa keperawatan

Tabel 4.8^{[5]▶} Diagnosa keperawatan Klien

Klien	Diagnosa keperawatan
Klien 1	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial
Klien 2	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial

4.1.5^{[4]▶} Intervensi keperawatan

Tabel 4.9^{[0]▶} Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
Klien 1	Tujuan	Intervensi
Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial	Setelah dilakukan pemeriksaan 3x 24 jam keadaan sirkulasi klien mulai membaik. Kriteria hasil : 9. Tekanan darah sistolik dan diastolik dalam rentang yang diharapkan 1. tidak ada orthotestik hipotensi 2. tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK 3. klien mampu berkomunikasi dengan jelas dan sesuai kemampuan	13. pantau nadi perifer 14. catat warna kulit dan temperatur 15. cek capillary refill 16. monitor status cairan masukan dan keluaran yang sesuai monitor lab HB dan HMT 17. monitor perdarahan 18. monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 4. klien menunjukkan konsentrasi, perhatian dan orientasi 5. klien mampu memproses informasi 6. klien mampu membuat keputusan dengan benar 7. tingkat kesadaran klien mulai mem | <ul style="list-style-type: none"> 19. monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaksi pupil 20. monitor tingkat kesadaran 21. monitor tingkat orientasi 22. monitor GCS 23. monitor tanda-tanda vital 24. monitor respon pasien terhadap pengobatan |
|--|--|

Klien 2
Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial

- Tujuan**
 Setelah dilakukan pemeriksaan 3x 24 jam menunjukkan status sirkulasi yang membaik
- kriteria hasil :**
- 1. tekanan darah sistolik dan diastolic dalam rentang yang diharapkan
 - 2. tidak ada ortostastik hipotensi
 - 3. tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK
 - 4. klien mampu berkomunikasi dengan jelas dan sesuai kemampuan
 - 5. klien menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
 - 6. klien mampu memproses informasi
 - 7. klien mampu membuat keputusan dengan benar
 - 8. tingkat kesadaran klien membaik

- Intervensi**
- 1. pantau nadi perifer
 - 2. catat warna kulit dan temperature
 - 3. cek capillary refill
 - 4. monitor status cairan masukan, keluaran yang sesuai monitor lab HB dan HMT
 - 5. monitor perdarahan
 - 6. monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda-tanda vital
 - 7. monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaksi pupil
 - 8. monitor tingkat kesadaran
 - 9. monitor tingkat orientasi
 - 10. monitor GCS
 - 11. monitor tanda-tanda vital
 - 12. monitor respon respon pasien terhadap pengobatan

4.1.6 Implementasi keperawatan

- 1. Implementasi keperawatan pada klien 1

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan pada klien 1

Hari/ tanggal	Hari/tanggal	Hari/tanggal : Rabu	Paraf
Senin 16-04-2019	Selasa 17-04-2019	18-04-2019	
Waktu Implemetas	Waktu Implemetasi	Waktu Implemetasi	

08.00	Memantau nadi perifer : 80x/mnt	08.00	Memantau nadi perifer : 82x/mnt	08.00	Memantau nadi perifer : 84x/mnt
08.40	Mencatat warna kulit dan temperate : tidak ada cyanosis, kulit klien lembab	08.10	Mencatat warna kulit dan temperature : tidak ada cyanosis, kulit lembab	08.15	Memantau warna kulit dan temperature : tidak ada cyanosis, kulit lembab
09.00	Mengecek capillary refill : 2 detik	08.15	Mengecek capillary refill : 2 detik	08.20	Mengecek capillary refill : 2 detik
09.10	Memonitor status cairan, masukan, keluaran yang sesuai : Infus asering 1000 cc/ 24 jam 16 tpm, urine \pm 700 cc /24 jam	08.30	Memonitor statusme tanda-tanda vital : TD : 170/100x/mnt, N : 80 x/mnt, RR : 20x/mnt S : 36 °C	08.30	Memonitor status tanda-tanda vital : TD : 160/100x/mnt, N : 82 x/mnt, RR : 22x/mnt S : 36,7 °C
09.25	Memonitor perdarahan : tidak ada tanda – tanda perdarahan pada klien	08.35	Memonitor ukuran, kesimetrisan dan reaksi pupil : ukuran pupil 4 mm, simetris kanan dan kiri, pupil isokor, reflek pupil +/-	08.35	Memonitor ukuran, kesimetrisan dan reaksi pupil : ukuran pupil 4 mm, simetris kanan dan kiri, pupil isokor, reflek pupil +/-
09.55	Memonitor statusme neurologis, adanya gangguam saraf nervus farialis VII klien Bells's palsy (merot pada mulutnya)	09.00	Memonitor tingkat kesadaran: composmentis	09.00	Memonitor tingfkat kesadaran : composmenti s

10.00	Memonitor ukuran, kesimetrisan dan reaksi pupil : ukuran pupil 4 mm, simetris kanan dan kiri, pupil isokor, reflek pupil +/+	09.10	Memonitor tingkat orientasi adanya kelemahan otot 0 5 0 5	09.05	Memonitor tingkat orientasi adanya kelemahan otot 0 5 0 5
10.10	Memonitor tingkat kesadaran : tingkat kesadaran klien composment is	09.15	Memonitor GCS : 4-3-6	09.10	Memonitor GCS : 4-X3-6
10.15	Memonitor tingkat orientasi : adanya kelemahan otot 0 5 0 5	10.00	Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi obat Infus Asering 1000 cc / 24 jam 16 tpm Injeksi kalmeco 1x 500 mg Injeksi omz 1 x 40 mg Injeksi antrain 3 x 1 gr Injeksi Citicolin 2x 500 mg O2 NRBM 8-10 Lpm	10.00	Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi obat Infus Asering 1000 cc / 24 jam 16 tpm Injeksi kalmeco 1x 500 mg Injeksi omz 1 x 40 mg Injeksi antrain 3 x 1 gr Injeksi Citicolin 2x 500 mg O2 NRBM 8-10 Lpm

2. Implementasi keperawatan pada klien 2

Tabel 4.11 Implementasi keperawatan pada klien 2

Hari/ tanggal		Hari/tanggal		Hari/tanggal : Rabu	Paraf
Senin 16-04-2019		Selasa 17-04-2019		18-04-2019	
Waktu	Implemetasi	Waktu	Implemetasi	Waktu	Implemetasi
08.10	Memantau nadi perifer : 82x/mnt	08.10	Memantau nadi perifer : 82x/mnt	08.00	Memantau nadi perifer : 84x/mnt
08.15	Mencatat warna kulit dan temperate : tidak ada cyanosis, kulit lembab	08.15	Mencatat warna kulit dan temperature : tida ada cyanosis, kulit lembab	08.05	Memantau warna kulit dan temperature : tidak ada cyanosis, kulit lembab
08.20	Mengece capillary refill : 2 detik	08.25	Mengecek capillary refill : 2 detik	08.10	Mengecek capillary refill : 2 detik
09.15	Memonitor status cairan, masukan, dan keluaran : Klien minum susu melalui sonde 3x sehari kurang lebih 800 cc, infus asering 1000 cc/ 24 jam 14 tpm, urine ± 500 cc /24 jam	08.30	Memonitor statusme neurologis, adanya gangguam saraf nervus farialis VII klien tidak bisa berbicara	08.20	Memonitor status cairan, masukan, dan keluaran : Klien minum susu melalui sonde 3x sehari kurang lebih 800 cc, infus asering 1000 cc/ 24 jam 14 tpm, urine ± 500 cc /24 jam
09.20	Memonitor perdarahan : tidak ada tanda – tanda perdarahan pada klien	09.00	Memonitor ukuran, kesimetrisan dan reaksi pupil : ukuran pupil 4 mm, simetris kanan dan	08.25	Memonitor ukuran, kesimetrisa n dan reaksi pupil : ukuran pupil 4 mm, simetris kanan dan

			kiri, pupil isokor, reflek pupil +/-		kiri, pupil isokor, reflek pupil +/-
09.25	Memonitor statusme neurologis, adanya gangguam saraf nervus farialis VII klien tidak bisa berbicara	09.05	Memonitor tingkat kesadaran: composmentis	08.30	Memonitor tingkat kesadaran : composmentis
10.05	Memonitor ukuran, kesimetrisan dan reaksi pupil : ukuran pupil 4 mm, simetris kanan dan kiri, pupil isokor, reflek pupil +/-	09.10	Memonitor tingkat orientasi adanya kelemahan otot 0 5 0 5	08.40	Memonitor tingkat orientasi adanya kelemahan otot 0 5 0 5
10.15	Memonitor tingkat kesadaran : composmentis	09.15	Memonitor GCS : 4-3-6	09.00	Memonitor GCS : 4-3-6
10.20	Memonitor tingkat orientasi : adanya kelemahan otot	09.20	Memonitor tanda-tanda vital: TD :170/100 mmhg N : 84 x/ mnt S : 37,7°C RR : 24x/mnt	09.05 ^{lvf}	Memonitor tanda-tanda vital : TD :170/90 N : 84x/mnt S : 36,2°C RR : 24x/ mnt
10.30	Berkolanorasi dengan tiem medis untuk pemberian terapi Infus Asering 1000 cc / 24	10.00 ^{lvf}	Berkolanorasi dengan tiem medis untuk pemberian terapi Infus Asering 1000 cc / 24 jam 14 tpm	10.05 ^{lvf}	Berkolanorasi dengan tiem medis untuk pemberian terapi Infus Asering 1000 cc / 24

jam 14 tpm	Injeksi	jam 14 tpm
Injeksi	kalmeco 1x	Injeksi
kalmeco 1x	500 mg	kalmeco 1x
500 mg	Injeksi omz 1	500 mg
Injeksi omz	x 40 mg	Injeksi omz
1 x 40 mg	Injeksi	1 x 40 mg
Injeksi	antrain 3 x 1	Injeksi
antrain 3 x 1	gr	antrain 3 x
gr	O2 NRBM 8-	1 gr
O2 NRBM	10 Lpm	O2 NRBM
8-10 Lpm		8-10 Lpm

4.1.7^[2] Evaluasi keperawatan

Tabel 4.12^[2] Evaluasi keperawatan hari peratama

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 1	14.00	Subjektif : Klien mengatakan mulut perot susah bicara, pusing	
Senin 16 April 2019		Objektif : K/u : lemah, Kesadaran Composmentis, GCS : 4-3-6, TTV : TD 160/100 MmHg, S : 36 °C, N: 80x/menit, R : 20x/menit	
Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengnan peningkatan tekanan intrakranial		Tidak ada cyanosis, Kulit klien lembab 0 5 0 5 Hemiplegi kanan	
		Assesment : Masalah teratasi sebagian Klien belum bisa bicara lanacar	
		Planing :Intervensi dilanjutkan keperawatan Infus Asering 1000 cc / 24 jam 16 tpm Injeksi kalmeco 1x 500 mg Injeksi omz 1 x 40 mg Injeksi antrain 3 x 1 gr Injeks Citicolin 2x 500 mg O2 NRBM 8-10 Lpm	
Klien 2			
Senin 16 April 2019	14.00	Subjektif : Keluarga klien mengatakan klien masih belum bisa berbicara dan tubuh masih lemas	
Gangguan perfusi			

jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial

Objektif : K/u : lemah, Kesadaran Composmentis, GCS : 4-x-6, TTV : TD 170/100 MmHg, S : 37 °C, N: 82x/menit, R : 24x/menit
Tidak ada cyanosis,
Kulit klien lembab
0 5

0 5

Hemiplegi kanan

Assesment : ^[2]▶ Masalah belum teratasi
Klien belum bisa bicara

Planing : ^[0]▶ Intervensi dilanjutkan keperawatan

Infus Asering 1000 cc / 24 jam
14 tpm
Injeksi kalmeco 1x 500 mg
Injeksi omz 1 x 40 mg
Injeksi antrain 3 x 1 gr
O2 NRBM 8-10 Lpm

Tabel 4.13 ^[1]▶ Evaluasi keperawatan hari kedua

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 1	14.00	Subjektif : Klien mengatakan masih susah bicara, sudah tidak pusing	
Senin 17 April 2019		Objektif : K/u : lemah, Kesadaran Composmentis, GCS : 4-3-6, TTV : TD 150/90 MmHg, S : 36 °C, N: 80x/menit, R : 20x/menit Tidak ada cyanosis, Kulit klien lembab 0 5 0 5 Hemiplegi kanan	
Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial		Assesment : Masalah teratasi sebagian Klien belum bisa bicara lanacar ^[0] ▶	
		Planing : ^[0] ▶ Intervensi dilanjutkan keperawatan Infus Asering 1000 cc / 24 jam 16 tpm Injeksi kalmeco 1x 500 mg Injeksi omz 1 x 40 mg Injeksi antrain 3 x 1 gr	

Injeks Citicolin 2x 500 mg
O2 NRBM 8-10 Lpm

<p>Klien 2 Senin 17 April 2019</p> <p>Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial</p>	<p>14.00</p>	<p>Subjektif : Keluarga klien mengatakan klien masih belum bisa berbicara</p> <p>Objektif : K/u : lemah, Kesadaran Composmentis, GCS : 4-x-6, TTV : TD 170/100 MmHg, S : 37 °C, N: 80x/menit, R : 20x/menit Tidak ada cyanosis, Kulit klien lembab 0 5 0 5 Hemiplegi kanan</p> <p>Assesment : Masalah belum teratasi Klien belum bisa bicara</p> <p>Planing : Intervensi dilanjutkan keperawatan Infus Asering 1000 cc / 24 jam 14 tpm Injeksi kalmeco 1x 500 mg Injeksi omz 1 x 40 mg Injeksi antrain 3 x 1 gr O2 NRBM 8-10 Lpm</p>
--	--------------	---

Tabel 4.14^[1] Evaluasi keperawatan hari ketiga

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
<p>Klien 1 Senin 18 April 2019</p> <p>Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan</p>	<p>14.00</p>	<p>Subjektif : Klien mengatakan bicara mulai lancar</p> <p>Objektif : K/u : lemah, Kesadaran Composmentis, GCS : 4-3-6, TTV : TD 150/90 MmHg, S : 36 °C, N: 84x/menit, R : 20x/menit Tidak ada cyanosis, Kulit klien lembab 0 5 0 5</p>	

intrakranial	Hemiplegi kanan
	Assesment : Masalah teratasi sebagian
	Planing : Intervensi dilanjutkan keperawatan Infus Asering 1000 cc / 24 jam 16 tpm Injeksi kalmeco 1x 500 mg Injeksi omz 1 x 40 mg Injeksi antrain 3 x 1 gr Injeks Citicolin 2x 500 mg O2 NRBM 8-10 Lpm
Klien 2 Senin 17 April 2019	14.00 Subjektif : Keluarga klien mengatakan klien masih belum bisa berbiacara
Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial	Objektif : K/u : lemah, Kesadaran Composmentis, GCS : 4-x-6, TTV : TD 160/100 MmHg, S : 37 °C, N: 80x/menit, R : 24x/menit Tidak ada cyianosis, Kulit klien lembab 0 5 0 5 Hemiplegi kanan
	Assesment : Masalah belum teratasi Klien belum bisa bicara
	Planing : Intervensi dilanjutkan keperawatan Infus Asering 1000 cc / 24 jam 14 tpm Injeksi kalmeco 1x 500 mg Injeksi omz 1 x 40 mg Injeksi antrain 3 x 1 gr O2 NRBM 8-10 Lpm

^[3] 4.2 Pembahasan

Penulis akan menjelaskan antara kesenjangan yang terjadi antara praktek dan teori yang dilakukan di Rumah sakit umum daerah Bangil

Pasuruan dengan teori yang ada disini penulis akan menjelaskan kesenjangan tersebut.^[0] Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil kesempatan atau pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi hingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan sebagai berikut :

4.2.1^[3] Pengkajian

Data subjektif pada tinjauan kasus dilihat dari pengkajian antara dua klien didapatkan keluhan yang tidak sama yang di alami klien 1 terjadi mulut perot susah berbicara, anggota gerak sebelah kanan tidak bisa di gerakkan, sedangkan pada klien 2 tiba-tiba tidak bisa berbiacara dan anggota gerak sebelah kanan susah digerakkan.

^[8] Hariyanto & Sulistyowati, (2015) menjelaskan bahwa gejala yang timbul dari stroke non hemoragik tergantung dari serangan pada otak hemisfer kanan atau kiri. Bila terjadi serangan pada otak hemisfer kanan, maka pasien akan mengalami kelumpuhan sebelah kiri tubuh dan penurunan terhadap objek menurun.^[8] Sebaliknya, bila terjadi serangan pada otak hemisfer kiri maka terjadi kelumpuhan sebelah kanan tubuh, perilaku lambat dan sangat hati-hati, gangguan penglihatan pada mata sebelah kanan, kesulitan menelan, sulit bicara, mudah tersinggung dan mudah frustrasi.

^[3] Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas pada pengkajian studi kasus ini penulis menemukan perbedaan pada keluhan utama yang di alami oleh kedua klien, klien 1 mengeluhkan bahwa mulut perot susah biacara, dan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa digerakkan,

sedangkan pada klien 2 keluarga klien mengeluhkan jika klien tidak bisa berbicara dan anggota gerak sebelah kanan susah digerakkan.^[3] Dari semua keluhan kedua klien merupakan gejala dari penyakit stroke, yang disebabkan oleh sumbatan pada pembuluh darah otak.^[3] Sehingga menurut peneliti menarik kesimpulan bahwa antara fakta dan teori terdapat kesamaan.

^[25] Data objektif pada pemeriksaan fisik antara klien 1 dan klien 2 didapatkan pemeriksaan fisik dengan tanda gejala yang tidak sama yakni pada klien 1 data objektif yang muncul yaitu keadan umum lemah, pucat, mukosa bibir kering kesadaran : composmentis, GCS : 4-3-6 TTV : TD : 190/100, N : 96 x/m, S :36,50C RR : 20 x/m, LAB : Wbc : 14,45 Bun : 37,^[0] Terpasang infus asering 1000 cc/ 24 jam 16 tpm, Terpasang O2 NRBM 6-8 lpm, sedangkan pada klien 2 data objektif yang muncul yaitu keadan umum lemah klien hanya berbaring di tempat tidur tidak melakukan aktifitas apapun sesak nafas dan tidak bisa bicara, Kesadaran : composmentis, GCS : 4-X-6, TTV : TD : 170/90 N : 96 x/m S :36,70C RR : 24 x/m, LAB Wbc : 13,73Bun : 36,^[0] Terpasang infus asering 1000 cc/ 24 jam 14 tpm , Terpasang O2 NRBM 6-8 lpm.

Hariyanto & Sulistyowati, (2015) menjelaskan bahwa pemeriksaan fisik pada pasien stroke dijumpai adanya ketidak mampuan menggerakkan setengah badan pasien ,tingginya tekanan darah,penyempitan pembuluh darah,sulit berbicara (pelo),odem karena adanya penumpukan cairan.^[2]

Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas kedua klien mengalami kelumpuhan yang sama yaitu ekstermitas kanan dikarenakan adanya sumbatan aliran darah ke otak, namun klien 2 serangannya lebih hebat karena sampai membuat klien tidak bisa berbicara. Pada gangguan tidak bisa berbicara disebabkan adanya gangguan syaraf pada mulut akibat dari penyumbatan pada otak yang dialami oleh klien.

4.2.2^[0] Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ini diambil dari berdasarkan hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan dari kedua klien 1 dan klien 2 yang menunjukkan masalah keperawatan yang dialami kedua klien adalah gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial.

^[3]Nabyl (2012) menjelaskan bahwa serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak hal ini disebabkan karena kurangnya aliran darah. Aliran darah yang berhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak berhenti, sehingga sebagian otak tidak bisa berfungsi sebagaimana mestinya. Menurut kusuma (2013), gangguan perfusi jaringan serebral merupakan adanya penurunan sirkulasi jaringan otak, akibat situasi O₂ didalam otak dan nilai Gaslow Coma Skala menurun, gangguan perfusi jika tidak segera di tangani akan meningkatkan intra kranial, sehingga penanganan pertama pada pasien ini adalah meningkatkan status O₂ dan memposisikan pasien head up 15-30 derajat.

^[2]Keterangan teori dan bukti-bukti data tersebut dipengaruhi oleh gangguan perdarahan yang terjadi diotak yang menyebabkan fungsi otak

terganggu pada tubuh sehingga aliran darah kesetiap bagian otak terhambat karena perdarahan di otak, maka terjadi kekurangan O₂ ke jaringan otak sehingga menyebabkan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial.

4.2.3^[0] Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, intervensi yang digunakan yaitu NIC^[0] : pantau nadi perifer, catat warna kulit dan temperatur, cek capillary refill, monitor status cairan masukan dan keluaran yang sesuai monitor lab HB dan HMT, monitor perdarahan, monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital, monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaksi pupil, monitor tingkat kesadaran, monitor tingkat orientasi, monitor GCS, monitor tanda-tanda vital, monitor respon pasien terhadap pengobatan.

^[34] Gordon, (1994) dalam Potter & Perry, (1997) menjelaskan bahwa dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari terkait dengan ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien.

^[2] Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas menurut peneliti intervensi keperawatan pada klien 1 dan 2, meliputi dari kelengkapan data, serta data penunjang laboratorium yang dilakukan menurut kondisi klien,

sehingga peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik tersebut.

4.2.4 Implementasi keperawatan^[0]

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai pada intervensi keperawatan yang dibuat, namun untuk kolaborasi dengan medis pemberian obat pada klien 1 Infus Asering 1000 cc / 24 jam 16 tpm, Injeksi kalmeco 1x 500 mg, Injeksi omz 1 x 40 mg, Injeksi antrain 3 x 1 gr, Injeksi Citicolin 2x 500 mg O2 NRBM 8-10 Lpm, pada klien 2 Infus Asering 1000 cc / 24 jam 14 tpm, Injeksi kalmeco 1x 500 mg, Injeksi omz 1 x 40 mg, Injeksi antrain 3 x 1 gr, O2 NRBM 8-10 Lpm.^[2] hal ini menunjukkan ketidaksamaan dalam pemberian terapi pada kedua klien penderita stroke.

^[34] Gordon, (1994) dalam Potter & Perry, (1997) menjelaskan bahawa kriteria hasil yang diharapkan akan menggambarkan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik.^[34] Menurut Kozier et al., (1995) menjelaskan bahawa proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.^[34] Perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan.^[2]

Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada kedua klien hampir sama yaitu :^[2] memantau nadi perifer, mencatat warna kulit dan temperate, mengecek capillary refill, memonitor status cairan, masukan, keluaran yang sesuai, memonitor perdarahan, memonitor status neurologis, memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaksi pupil, memonitor tingkat kesadaran, memonitor tingkat orientasi implementasi yang berisi kolaborasi dengan tim medis, ada perbedaan pemberian terapi, adapun klien 1 diberikan pemberian obat untuk penyembuhan kolesterol, sedangkan pada klien 2 selain diberikan obat untuk penyembuhan karena adanya sumbatan pada jaringan otak.

^[0] 4.2.5 Evaluasi keperawatan

Klien 1, hari pertama klien susah berbicara mulut masih perot K/u : lemah, Kesadaran, Composmentis, GCS : 4-3-6, TTV : TD 160/100 MmHg, S : 36 °C, N: 80x/menit, R : 20x/menit, Tidak ada cyanosis, Kulit klien lembab, Hemiplegi kanan, Klien belum bisa bicara lancar.

Klien 2 hari pertama Keluarga klien mengatakan klien masih belum bisa berbicara dan tubuh masih lemas K/u : lemah, Kesadaran Composmentis, GCS : 4-x-6, TTV : TD 170/100 MmHg, S : 37 °C, N: 82x/menit, R : 24x/menit, Tidak ada cyanosis, Kulit klien lembab, Hemiplegi kanan, Klien belum bisa bicara.

Klien 1 hari kedua Klien mengatakan masih susah bicara, sudah tidak pusing K/u : lemah, Kesadaran, Composmentis, GCS : 4-3-6, TTV : TD 150/90 MmHg, S : 36 °C, N: 80x/menit, R : 20x/menit, Tidak ada

cyanosis, Kulit klien lembab, Hemiplegi kanan, Klien belum bisa bicara lancar.

Klien 2 hari kedua Keluarga klien mengatakan klien masih belum bisa berbiacara, K/u : lemah, Kesadaran, Composmentis, GCS : 4-x-6, TTV : TD 170/100 MmHg, S : 37 °C, N: 80x/menit, R : 20x/menit, Tidak ada cyanosis, Kulit klien lembab , Hemiplegi kanan, Klien belum bisa bicara.

Klien 1 hari ketiga Klien mengatakan bicara mulai lancar, K/u : lemah, Kesadaran, Composmentis, GCS : 4-3-6, TTV : TD 150/90 MmHg, S : 36 °C, N: 84x/menit, R : 20x/menit, Tidak ada cyanosis, Kulit klien lembab, Hemiplegi kanan

Klien 2 hari ketiga, Keluarga klien mengatakan klien masih belum bisa berbiacara, K/u : lemah, Kesadaran, Composmentis, GCS : 4-x-6, TTV : TD 160/100 MmHg, S : 37 °C, N: 80x/menit, R : 24x/menit, Tidak ada cyanosis, Kulit klien lembab, Hemiplegi kanan.

^[17] Harmoko (2013) menjelaskan bahwa tujuan dan intervensi yang sedang dievaluasi harus disesuaikan dengan metode dalam perawatan yang tepat. ^[34] Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. ^[2]

Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas menurut peneliti pada catatan perkembangan klien 1 klien 2 belum ada kemajuan yang signifikan, menunjukkan belum ada kelancaran berbicara dan belum ada pergerakan pada kaki dan tangannya.

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan^[7]▶

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan pada Ny. E dan Tn.S^[2]▶ di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran, yang penulis buat berdasarkan laporan studi kasus untuk karya tulis ilmiah sebagai berikut :

1. Hasil dari pengkajian pada klien stroke non hemoragik pada Ny. E dan Tn. S, pada data subjektif didapatkan Ny. E dan keluarga Tn. S sama-sama mengatakan anggota tubuh bagian kanan tidak bisa digerakkan, akan tetapi Ny. E mengalami kesulitan berbicara, mulut perot dan pusing sedangkan Tn. S tidak bisa bicara, mual dan muntah hal ini dikarenakan Ny. E dan Tn. S kurang mengetahui tanda gejala dan proses perjalanan penyakit stroke non hemoragik.
2. Pada klien Ny. E dan Tn. S^[2]▶ diagnosa keperawatannya menunjukkan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial yang ditandai beberapa tanda gejala anggota gerak tangan dan kaki bagian kanan tidak bisa digerakkan, pada klien Ny. E mengalami kesulitan berbicara, mulut perot, pusing dan keluarga Tn. S mengatakan Tn. S tidak bisa berbicara dan mual mutah.
3. Pada intervensi keperawatan pada Ny. E dan Tn. S^[5]▶ dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial : pantau nadi perifer, catat warna kulit dan temperature, cek capillary refill, monitor status cairan masukan dan

- ^{[0] ▶}
4. keluaran yang sesuai monitor lab HB dan HMT, monitor perdarahan, monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital, monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaksi pupil, monitor tingkat kesadaran, monitor tingkat orientasi, monitor GCS, monitor tanda-tanda vital, monitor respon pasien terhadap pengobatan.
- ^{[2] ▶}
5. Implementasi keperawatan pada klien Ny. E dan Tn. S^{[5]▶} dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang sudah direncanakan sesuai kebutuhan klien.
- ^{[2] ▶}
6. Evaluasi keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial pada klien Ny. E^{[2]▶} ada kemajuan sedikit, klien sudah bisa bicara agak lancar akan tetapi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari harus dengan bantuan orang lain (keluarga), sedangkan pada klien Tn. S^{[2]▶} teratasi sebagian klien sudah tidak mual dan muntah akan tetapi masih belum bisa berbicara dan kebutuhan mandi serta eliminasi masih dibantu oleh orang lain (keluarga).

6.2 SARAN

- ^{[2] ▶}
1. Bagi pasien

Diharapkan klien selalu berusaha untuk melatih secara mandiri untuk berbicara dan ROM aktif dan pasif serta untuk keluarga klien

harus ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan klien.

2.^{[2] ▶} Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan sebagai tempat sarana konsultasi ilmu keperawatan diharapkan hasil penelitian ini dijadikan sebagai wacana dan acuan dalam proses pembelajaran terkait dengan masalah keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial.

3.^{[2] ▶} Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan referensi untuk menambah bahan penelitian dan dapat memanfaatkan waktu yang baik saat memberikan asuhan keperawatan pada klien sehingga mendapatkan hasil yang maksimal.

[0]▶

DAFTAR PUSTAKA

- DIII Keperawatan, Tim Dosen. 2017.^{[0]▶} Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah :
^{[33]▶} Studi Kasus Program Studi DIII Keperawatan. Jombang: STIKes ICMe.
- Herdman & Kamitsuru. 2015.^{[0]▶} NANDA Diagnosis Keperawatan Definisi &
Klasifikasi 2015-2017. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2012.^{[0]▶} Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia. Surabaya:
Healt Books Publishing.
- Nurarif, Amin Huda. 2015.^{[30]▶} Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa
Medis Nanda NIC-NOC. Yogyakarta: Mediacion.
- Nurarif, Kusuma. 2016. Asuhan Keperawatan Praktis :^{[0]▶} Berdasarkan Penerapan
Diagnosa Nanda, Nic, Noc Dalam Berbagai Kasus. Jogjakarta: Mediacion.
- Nursalam. 2013.^{[2]▶} Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba
Medika.
- ^{[0]▶} Oktaria Batubara Sakti & Florentianus. 2015.^{[2]▶} Hubungan Penanganan Awal dan
Kerusakan Neurologis Pasien Stroke Di RSUD Kupang. Vol.10, No.3.
dilihat 16 januari 2018.
- Pudiastuti, R. 2013. Penyakit-Penyakit Mematikan. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Sari, Wijayaningsih. 2013. Standar Asuhan Keperawatan. Jakarta: KDT.
- Smeltzer S. 2016. Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Triyanto, E. 2014.^{[0]▶} Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara
Terpadu. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Elsa. S. 2018.^{[0]▶} Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi + CVA Dengan
Masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang Krissan RSUD
Bangil. Dilihat 23 Juni 2019. [http://repo.stikesicme-
jbg.ac.id/1530/13/ARTIKEL ELSA BENAR.pdf](http://repo.stikesicme-jbg.ac.id/1530/13/ARTIKEL%20ELSA%20BENAR.pdf).

- Hariyanto, A & Sulistyowati, R. 2015. Buku ajar keperawatan medikal bedah 1 : dengan diagnosis NANDA international. Yogyakarta : AR- RUZZ MEDIA.
- Nabyl R.A. 2012. Deteksi Dini Gejala Pengobatan Stroke. Yogyakarta : Aulia Publishing.
- Nurarif H. Amin & Kusuma Hardi. 2013.^[30] **Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC.** Mediaction Publishing.
- Potter & Perry. 1997. Fundamental of Nursing Concept:^[6] **Buku Ajar Fundamental Keperawatan.** Volume 1. Edisi 4.^[16] **United States of America:** Mosby. Buku Ajar Fundamental Keperawatan:^[47] **Konsep, Proses, dan Praktik Vol.1 E/4.** Yulianti & Ester. EGC. Jakarta.
- Kozier, E.B, Erb, G. L, et. All. Fundamental of Nursing: Concept, Process and Practice. 5 th ed. California: Addison-Wesley Publ. 1995.
- Kozier, et al. 2004. Fundamentals of nursing concepts process, and practice, New Jersey: Pearson Prentise Hall.
- Kozier. 2010. Buku Ajr Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik. Jakarta. EGC.
- Harmoko. (2012). Asuhan Keperawatan Keluarga. (S. Riyadi, Ed.) (Pertama.). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

