

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL DI RUANG KRISSAN RSUD BANGIL PASURUAN

by Niken Dian Ningrum

Submission date: 22-Jul-2020 01:17PM (UTC+0700)

Submission ID: 1360709837

File name: Turnit_KE_4_BAB_1-5_Niken_fiks.docx (218.78K)

Word count: 6578

Character count: 39167

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan masalah yang universal sebagai salah satu pembunuh di dunia, sedangkan di negara maju maupun berkembang seperti di Indonesia, stroke memiliki angka kecacatan dan kematian yang cukup tinggi. Angka kejadian stroke di dunia di perkirakan 200 per100.000 penduduk, dalam setahun (Muslihah S U, 2017). Stroke dapat menyerang otak secara mendadak dan berkembang cepat yang berlangsung lebih dari 24 jam ini disebabkan oleh iskemik maupun hemoragik di otak sehingga pada keadaan tersebut suplai oksigen ke otak terganggu dan dapat mempengaruhi kinerja saraf di otak, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran. Penyakit stroke biasanya disertai dengan adanya peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) yang ditandai dengan nyeri kepala dan mengalami penurunan kesadaran. Secara global, 20% aliran darah dari curah jantung akan masuk ke serebral per menit per 100 gram jaringan otak, apabila otak mengalami penurunan kesadaran, penderita stroke non hemoragik dapat menyebabkan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, yang apabila tidak ditangani maka, akan meningkatkan tekanan intrakranial, dan menyebabkan kematian (Black&Hawk, 2014; Ayu R D, 2018).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa, sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia 85% mengalami stroke iskemik dari jumlah stroke yang ada. Penyakit hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus stroke di dunia. Berdasarkan prevalensi stroke Indonesia 10,9 permil setiap tahunnya terjadi 567.000 penduduk yang terkena stroke, dan sekitar 25% atau 320.000 orang

meninggal dan sisanya mengalami kecacatan (RISKESDAS, 2018). Data Kementerian Kesehatan RI, di Jawa Timur kasusnya stroke mencapai 44,74 % dari total keluhan gangguan kesehatan, melonjak menjadi 75,1 %, pada tahun 2017 (KEMENKES, 2018). Data studi pada bulan Januari di RSUD Bangil Pasuruan pada tahun 2019 terdapat 635 penderita stroke non hemoragik, dari data tersebut yang mengalami masalah perfusi jaringan serebral sebanyak 258 penderita (DINKES Pasuruan, 2019).

Stroke non hemoragik terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah ke otak. Sumbatan ini disebabkan karena adanya penebalan dinding pembuluh darah yang disebut dengan *Atherosclerosis* dan tersumbatnya darah dalam otak oleh emboli yaitu bekuan darah yang berasal dari *Thrombus* di jantung. Stroke non hemoragik mengakibatkan beberapa masalah yang muncul, seperti gangguan menelan, nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, hambatan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, ketidakseimbangan nutrisi, dan salah satunya yang menjadi masalah yang menyebabkan kematian adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral (Nur'aeni Y R, 2017).

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dapat diatasi dengan memonitor tekanan intrakranial yaitu dengan memberikan informasi kepada keluarga, memonitor tekanan intrakranial pasien dan respon neurologi terhadap aktivitas dan memonitor *intake* dan *output* cairan serta meminimalkan stimulus dan lingkungan, selain itu bisa diatasi dengan membatasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung serta berkolaborasi dalam pemberian analgetik dan antibiotik (Ayu R D, 2018).

Berdasarkan latar belakang tersebut menjadi hal yang menarik bagi penulis untuk melakukan pengelolaan kasus keperawatan dalam bentuk karya tulis ilmiah, dengan judul asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.

1.2 Batasan Masalah

Masalah studi kasus ini dibatasi pada asuhan keperawatan klien yang mengalami stroke non hemoragik dengan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus

Mampu melakukan pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral pada rumpun-rumpun kasus keperawatan medikal bedah.

1.5.2 Manfaat Praktis

Sebagai informasi bahan pertimbangan untuk menambah pengetahuan, dan keterampilan perawat, klien, keluarga klien dalam meningkatkan pelayanan perawatan pada klien stroke non hemoragik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah 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 serebral (Nur'aeni Y R, 2017) Stroke adalah gangguan yang menyerang otak secara mendadak dan berkembang cepat yang berlangsung lebih dari 24 jam ini disebabkan oleh iskemik maupun hemoragik di otak sehingga pada keadaan tersebut suplai oksigen ke otak terganggu dan dapat mempengaruhi kinerja saraf di otak, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran. Penyakit stroke biasanya disertai dengan adanya peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) yang ditandai dengan nyeri kepala dan mengalami penurunan kesadaran (Ayu R D, 2018).

2.1.2 Klasifikasi

Berdasarkan pendapat menurut Ayu R D, (2018) stroke non hemoragik atau CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) dapat dibagi menjadi:

1. TIA (*Trans iskemik attack*): Gangguan neurologis yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam.
2. Stroke infolusi: Stroke atau *Cerebro Vaskuler Accident* (CVA) yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk.

3. Stroke komplit: Gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen.

2.1.3 Etiologi

Penyebab stroke dibagi menjadi 3, yaitu menurut (Dellima D R, 2019):

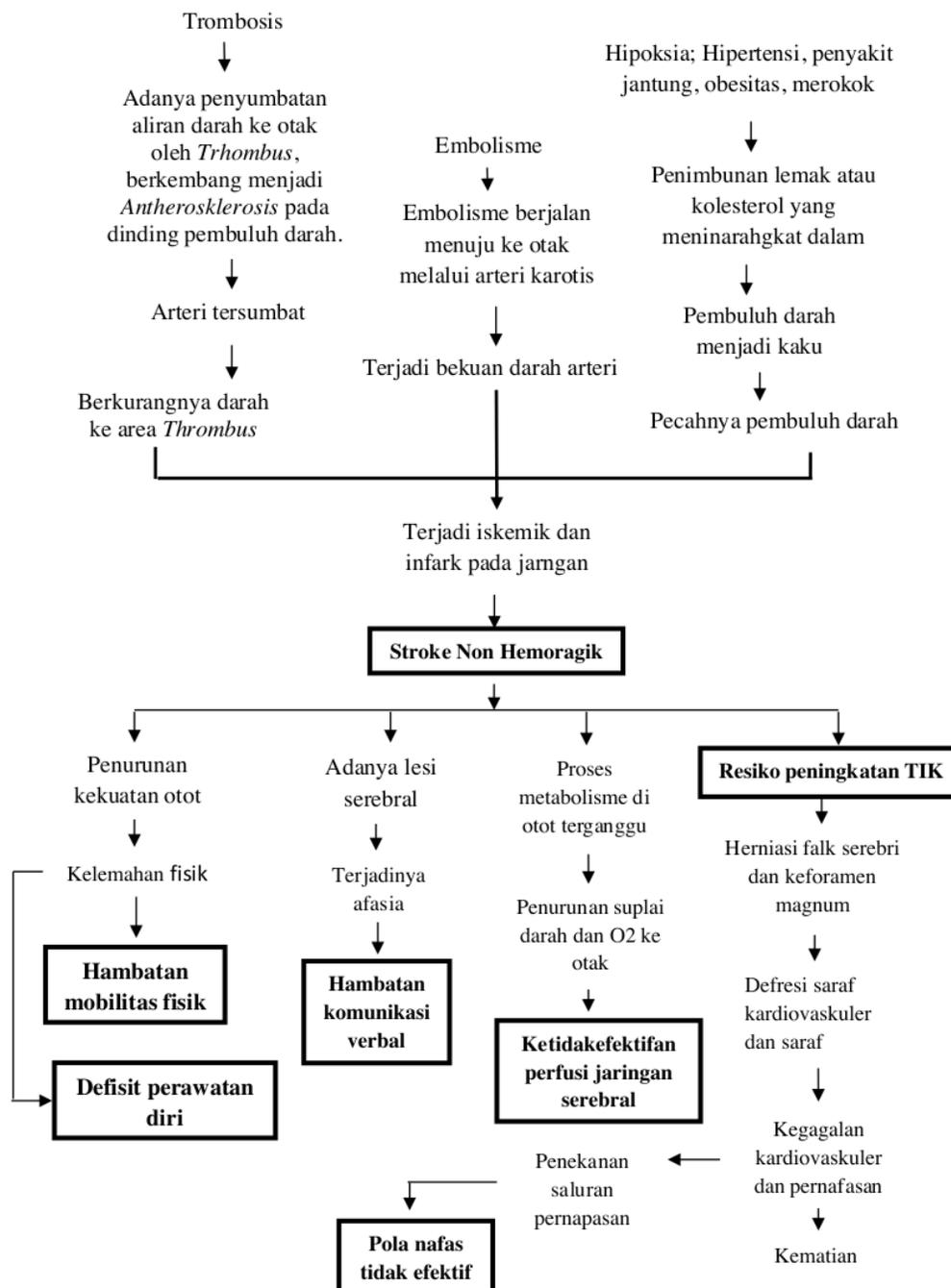
- 1) Trombosis serebral
- 2) Emboli serebri
- 3) Hipoksia Umum
- 4) Hipoksia setempat

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke menurut Ayu S D, (2017) dapat dibagi atas:

- a. Kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
- c. Perubahan status mental yang mendadak.
- d. Afasia (bicara tidak lancar).
- e. Ataksia anggota badan.
- f. Vertigo, mual, muntah atau nyeri kepala.

2.1.5 Pathway

Gambar 2.1.5 Patofisiologi *Stroke Non Hemmoragik* Sumber Arief (2016)

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang Stroke

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke menurut Santoso, L.E (2018) dalam Dellima D R, (2019) sebagai berikut:

- 1) Angiografi serebral
- 2) *Elektro encefalography*
- 3) Sinar x tengkorak
- 4) *Ultrasonography Doppler*
- 5) CT- Scan dan MRI
- 6) Pemeriksaan foto thorax
- 7) Pemeriksaan laboratorium

2.1.6 Komplikasi Stroke

Komplikasi berdasarkan waktu terjadinya stroke menurut Dellima D R, (2019) sebagai berikut:

- 1) Berhubungan dengan imobilisasi
- 2) Infeksi pernafasan
- 3) Nyeri berhubungan dengan daerah yang tertekan
- 4) Konstipasi
- 5) Tromboflebitis
- 6) Berhubungan dengan mobilisasi
- 7) Nyeri daerah punggung
- 8) Dislokasi sendi
- 9) Berhubungan dengan kerusakan otak
- 10) Epilepsi
- 11) Sakit kepala

2.2 Konsep Dasar Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral

2.2.1 Definisi

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami suhu penurunan sirkulasi jaringan serebral atau otak yang dapat mengganggu kesehatan (NANDA, 2016)

2.2.2 Etiologi

- 1) *Atherosclerosis aortic*
- 2) Embolisme
- 3) Endokarditis
- 4) Fibrilasi atrium
- 5) Hiperkolesterolemia
- 6) Koagulasi intravaskuler diseminata
- 7) Koagulopati (misalnya anemia, sel sabit)

(Dellima D R, 2019)

2.2.3 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis menurut (Nur'aeni Y R, (2017) terdiri dari;

1. Penebalan dinding pembuluh darah (*Antherosclerosis*)
2. Tersumbatnya darah dalam otak oleh emboli
3. Gangguan menelan
4. Hambatan komunikasi verbal
5. Peningkatan Tekanan Intra Kranial (PTIK)
6. Nyeri kepala yang tidak hilang-hilang dan semakin meningkat
7. Penurunan kesadaran
8. Cedera otak *irreversibel*

2.2.4 Faktor Resiko

Faktor resiko menurut *American Heart Association*, (2018) terdiri dari;

- 1) *Non-Modifiable* (tidak dapat dimodifikasi)
 - a. Usia
 - b. Jenis kelamin
 - c. Riwayat keluarga
- 2) *Modifiable* (dapat dimodifikasi)
 - a. Hipertensi.
 - b. Penyakit jantung
 - c. Diabetes mellitus
- 3) Peningkatan Kolesterol Serum
- 4) Merokok
- 5) Obesita

2.2.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut *American Heart Association*, (2018) terdiri dari;

- 1) Terapi trombolitik
- 2) Antikoagulan
- 3) Antilplatelet
- 4) Pembedahan

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1.3.1 Pengkajian

- 1) Identitas klien
- 2) Riwayat kesehatan dahulu
- 3) Riwayat kesehatan sekarang

4) Riwayat kesehatan keluarga

1.3.2 Pemeriksaan fisik dan observasi *head to toe*

1) Kepala

Tujuan : untuk mengetahui turgor kulit dan tekstur kulit dan mengetahui adanya lesi atau bekas luka.

2) Rambut

Tujuan : untuk mengetahui warna, tekstur dan percabangan padarambut dan untuk mengetahui mudah rontok dan kotor.

3) Kuku

Tujuan : untuk mengetahui keadaan kuku, warna dan panjang, dan untuk mengetahui kapiler refill.

4) Kepala/wajah

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi kepala dan untuk mengetahui luka dan kelainan pada kepala.

5) Mata

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata (medan penglihatan visus dan otot-otot mata), dan juga untuk mengetahui adanya kelainan atau pandangan pada mata.

6) Hidung

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi hidung dan mengetahui adanya inflamasi atau sinusitis.

7) Telinga

Tujuan : untuk mengetahui kedalaman telinga luar, saluran telinga, gendang telinga.

8) Mulut dan faring

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut, dan untuk mengetahui kebersihan mulut.

9) Leher

Tujuan : untuk menentukan struktur integritas leher, untuk mengetahui bentuk dan organ yang berkaitan dan untuk memeriksa sistem limfatik.

10) Dada

Tujuan : untuk mengetahui bentuk kesimetrisan, frekuensi, irama pernafasan, adanya nyeri tekan, dan untuk mendengarkan bunyi paru.

11) Abdomen

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan gerakan perut, mendengarkan bunyi peristaltik usus, dan mengetahui respon nyeri tekan pada organ dalam abdomen.

12) Muskuloskeletal

Tujuan : untuk mengetahui mobilitas kekuatan otot dan gangguan-gangguan pada daerah tertentu.

1.3.3 Diagnosa keperawatan yang muncul

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien stroke menurut: Nanda,
(2015)

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak (*spasme arteri*)
2. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan sistem saraf pusat
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
4. Defisit perawatan diri: mandi/ *hygien*, berpakaian/ berhias diri, makan/ minum, dan eliminasi berhubungan dengan gangguan neuromuskular
5. Resiko cedera atau jatuh berhubungan dengan penurunan kesadaran

1.3.4 Intervensi Keperawatan

Table 2.1 Intervensi keperawatan menurut NANDA NIC-NOC (2016)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	NOC : 1. Status Neurologi:	NIC : 1. Monitorneurologi
Batasan karakteristik: 1. Perubahan status mental 2. Perubahan perilaku 3. Kesulitan menelan 4. Kelemahan 5. Ketidaknormalan berbicara	a. Kesadaran b. Fungsi sensori dan motorikkranial c. Fungsi sensori dan motorikspinal d. Fungsiotonom e. Tekananintracranial f. Ukuranpupil g. Reaktifitaspupil h. Pola gerakan mata i. Polapernafasan j. Pola istirahat-tidur k. Tekanandarah l. Tekanannadi m. Lajupernafasan n. Hipertermia o. Denyut jantungapical p. Denyut nadi radial q. Orientasikognitif r. Status kognitif	a. Pantau ukuran pupil, bentuk,kesimetrisan, dan reaktifitas b. Monitor tingkat kesadaran c. Monitor tingkat orientasi d. Monitor kecenderungan skala koma Glasgow e. Monitor tanda-tanda vital: suhu, tekanan darah, denyut nada dan respirasi f. Monitor statuspernafasan g. Monitor reflekkornea h. Monitor kekuatan pegangan i. Monitor kesimetrisan wajah j. Monitor tonjolanlidah k. Monitor responberjalan l. Monitor pareshesia :mati rasa dankesemutan
Batasan faktor yang berhubungan : 1. Embolisme 2. Trauma kepala 3. Gangguan aliran arteri atau vena 4. Penurunan kinerja ventrikel kiri 5. Diseksi arteri 6. Aneurisma serebri 7. Aterosklerosis aorta 8. Tumor 9. Hipertensi 10. Cedera kepala 11. Hiperkolesteronemia 12. Dilatasi kardiomegeli 13. Keabnormalan masa potrombin 14. Masa troboplastin parsial abnormal 15. Fibrilasi atrium, Miksoma atrium	2. Kontrol Resiko:Stroke a. Mencari informasi terkait pencegahstroke b. Mengidentifikasi faktor resiko stroke c. Mengenal faktor resiko pada diri d. Berkomitmen dalam strategi controlresiko e. Memonitor tekanandarah f. Mengikuti diet yang dianjurkan g. Mengurangi asupan makanan tinggi lemak jenuh dankolestrol h. Mengurangi asupan garam i. Meminum obat yang diresepkan j. Menggunakan strategi untuk mengurangistres	2. Kontrol infeksi a. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien b. Ganti perawatan perpasien sesuai protocol institusi orang yang terkena penyakitmenular c. Batasi jumlahpengunjung d. Ajarkan pasien mengenai teknik cuci tangan dengantepat e. Ajarkan pengunjung untuk melakukan cuci tangan pada saat memasuki ruangan dan keluar ruangan f. Pakai sarung tangan steril denagntepat g. Pakai pakaian ganti saat mengenai bahab-bahan yanginfeksius h. Tingkatkan intake nutrisi dengantepat

1.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien (Novita, 2016)

1.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya (Novita, 2016)

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam kasus ini adalah asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.

3.3 Partisipan

Partisipan pada studi kasus ini menggunakan 2 klien stroke non hemoragik dengan masalah perfusi jaringan serebral yang dirawat di ruang krissan minimal 3 hari.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Penelitian dilaksanakan di Ruang Krissan RSUD Bangil jalan Raya Raci – Bangil, Balungbendo, Masangan, Bangil, Pasuruhan, Provinsi Jawa Timur.

3.4.2 Waktu

Waktu penelitian sejak klien MRS sampai pulang, atau klien yang di rawat minimal 3 hari. Penelitian proposal karya tulis ilmiah dimulai pada bulan Februari 2020 sampai selesai.

3.5 Pengumpulan Data

Langkah-langkah pengumpulang data bergantung rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2015);

- 1) Wawancara
- 2) Observasi dan pemeriksaan fisik
 - a. Observasi
 1. Observasi visual
 2. Observasi taktil
 3. Observasi auditori
 4. Observasi Olfaktori atau Gustatori
 - b. Pemeriksaan fisik

(Dellima D R, 2019)

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif penelitian kualitatif ini memakai 3 macam antara lain (Dellima D R, 2019)

- 1) Kepercayaan (*Creadibility*)
- 2) Ketergantungan (*Dependility*)
- 3) Kepastian (*Confermability*)

3.7 Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan (Nursalam, 2015 dalam Dellima D R, 2019).

1.8 Etik Penelitian

Selanjutnya diuraikan sebagai berikut menurut (Nursalam, 2015 dalam Dellima D R, 2019) menyatakan bahwa:

- 1) *Informed consent*
- 2) Tanpa nama (*anonymity*)
- 3) Kerahasiaan (*confidentiality*)

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data

Pengambilan data studi kasus ini dilakukan di RSUD Bangil Pasuruan Ruang Krisandengan kapasitas tempat tidur ada 22 bed yang memiliki vasilitas lengkap.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas klien

Tabel 4.1 Identitas klien

Identitas klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. Y	Ny.D
Umur	54 tahun	58 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMP
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
Status perkawinan	Sudah menikah	Sudah menikah
Alamat	Ds Pogar, Kec Bangil Kab Pasuruan	Ds Kalianyar, Kec Bangil Kab Pasuruan
Suku/bangsa	Jawa	Jawa
Tanggal MRS	5 Maret 2020	6 Maret 2020
Tanggal pengkajian		
Jam pengkajian	6 Maret 2020	6 Maret 2020
No. Rekam medik	10:00 WIB	11:00 WIB
Diagnosa masuk	034****	089****
	Stroke Non Hemoragik	Stroke Non Hemoragik

Sumber: Data Primer, (2020)

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan pusing hebat (nyeri kepala), tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan serta bicara cedal	Klien mengatakan pusing terus menerus (nyeri kepala) dan kaki tidak bisa digerakkan
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan saat menyapu halaman tiba-tiba jatuh lalu tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, kemudian klien dibawa dibawa kelurganya ke IGD RSUD BANGIL untuk dipriksa	Klien mengatakan saat mau pergi masak tiba-tiba pusing dan jatuh tidak sadar diri, setelah pasien sadar kaki dan tangan kiri sudah tidak bisa digerakkan lalu keluarga membawanya ke IGD RSUD Bangil untuk dipriksa
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan bahwa klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi.	Klien mengatakan bahwa mempunyai riwayat penyakit hipertensi
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit stroke.	Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit stroke.
Riwayat psikososial	Klien mengatakan sedih dan berusaha ikhlas penyakitnya dan berharap agar segera diberikan kesembuhan.	Klien mengatakan ikhlas menghadapi penyakitnya, dan berharap penyakitnya bisa segera sembuh.

Sumber: Data Primer, (2020)

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

Tabel 4.3 Perubahan pola kesehatan

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola managemen kesehatan	Klien mengatakan, saat sakit sakit hanya membeli obat di warung saja	Klien mengatakan saat sakit, hanya membeli obat-obatan di apotek saja jarang priksa ke dokter
Pola nutrisi	Di Rumah : Klien mengatakan makan 3x/hari dengan nasi, lauk pauk dan sayur, minum air putih ± 1500/hari Di Rumah Sakit : klien mengatakan nafsu makan berkurang, makan kurang lebih 5 sendok, minum air putih	Di rumah : Klien mengatakan makan 3x/hari dengan nasi lauk pauk dan sayur, minum air putih ± 1000 ml/hari, Di Rumah Sakit : klien mengatakan nafsu makan berkurang, makan habis ½ porsi. Minum air putih ± 500

	±600 ml/hari. Diit : bubur halus	ml/hari. Diit : bubur halus
Pola eliminasi	Di Rumah : klien mengatakan buang air kecil 4-5x/hari, warna kuning keruh, volume normal dan buang air besar 1x/hari warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat.	Di Rumah : klien mengatakan buang air kecil 5-6x/hari warna kuning jernih, volume normal dan buang air besar 1x/hari warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat.
	Di Rumah Sakit : klien mengatakan selama di rawat buang air besar hanya 1x warna kecoklatan dengan konsistensi padat, buang air kecil dengan alat bantu kateter 1 hari urine ±350 ml.	Di Rumah Sakit : klien mengatakan selama di rawat buang air besar hanya 1x warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat, buang air kecil dengan alat bantu kateter 1 hari urine ±300 ml.
Pola istirahat tidur	Di Rumah : klien mengatakan tidur siang ± 30 menit, tidur malam ± 7 jam.	Di Rumah : klien mengatakan jarang sekali tidur siang, tidur malam ± 7 jam.
	Di Rumah Sakit : klien mengatakan sering tidur ± 9 jam, pada malam hari sering bangun karena kurang nyaman dengan keadaanya.	Di Rumah Sakit : klien mengatakan bisa tidur siang ± 1 jam, tidur malam ± 5 jam.
Pola aktivitas	Di Rumah : klien mengatakan, klien melakukan semua aktivitas secara mandiri	Di Rumah : klien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.
	Di Rumah Sakit : klien melakukan, semua aktivitas sehari-hari (mandi, makan, minum) sepenuhnya dibantu oleh keluarga	Di Rumah Sakit : klien melakukan semua aktivitas sehari-hari (mandi, makan, minum) dibantu oleh keluarganya.

Sumber: Data Primer, (2020)

4. Pemeriksaan Fisik (Pendekatan head to toe/pendekatan system)

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
Keadaan umum	Lemah	Lemah
Suhu	37 °C	36,2 °C
Nandi	82 x/menit	80 x/menit
Tensi darah	170/100 mmHg	180/100 mmHg
Respirasi	24 x/menit	24 x/menit
Glasgow coma scale	4-5-6	4-5-6
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
Pemeriksaan head to toe		
Kepala	Inspeksi : tampak kotor	Inspeksi : tampak kotor
Kulit kepala	Palpasi : tidak ada benjolan dan tidak ada	Palpasi : tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri

	nyeri tekan	tekan
Rambut	Inspeksi : warna hitam, sering rontok, jenis rambut ikal, rambut kotor	Inspeksi : warna hitam, jenis rambut lurus, rambut kotor
Wajah	Inspeksi : simetris bentuk wajah oval, tidak ada luka Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : simetris bentuk wajah bulat, tidak ada luka Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Mata	Inspeksi : simetris, fungsi penglihatan normal// baik, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil isokor.	Inspeksi : simetris, fungsi penglihatan normal// baik, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil isokor.
Hidung	Inspeksi : simetris, fungsi penciumsn baik, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret.	Inspeksi : simetris, fungsi penciumsn baik, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret.
Mulut	Inspeksi : bicara cedal, bibir kering, bau mulut Palpasi : tidak ada nyeri tekan.	Inspeksi : bibir kering, bau mulut Palpasi : tidak ada nyeri tekan.
Telinga	Inspeksi : fungsi pendengaran baik, lubang telinga kotor (terdapat serumen).	Inspeksi : fungsi pendengaran baik, lubang telinga kotor (terdapat serumen).
Leher	Inspeksi: tidak ada pembesaran limfe dan tyroid Palpasi: tidak ada nyeri tekan	Inspeksi: tidak ada pembesaran limfe dan tyroid Palpasi: tidak ada nyeri tekan
Dada	Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas tidak teratur, terdapat tarikan otot bantu nafas, napas cepat dan dangkal Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan Perkusi : suara kedua paru sonor Auskultasi : suara normal (vesikuler)	Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas tidak teratur, tidak terdapat tarikan otot bantu nafas, napas cepat dan dangkal Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan Perkusi : suara kedua paru sonor Auskultasi : suara normal (vesikuler)
Abdomen	Inspeksi : tidak ada bekas luka, bentuk abdomen simetris Palpasi : tidak ada benjolan atau nyeri tekan,	Inspeksi : tidak ada bekas luka, bentuk abdomen simetris Palpasi : tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada

	tidak ada pembesaran hepar Perkusi : timpani Auskultasi : bising usus 10x/menit	pembesaran hepar Perkusi : timpani Auskultasi : bising usus 10x/menit
Ekstermitas	Inspeksi : adanya gangguan pada ekstermitas kiri, digerakkan dan keadaannya yang lemah. Kekuatan tonus otot 5 0 —+— 5 0 Palpasi : akral hangat, tidak ada edema	Inspeksi : adanya gangguan pada ekstermitas kiri Kekuatan tonus otot 5 0 —+— 5 0 Palpasi : akral hangat, tidak ada edema
Data psikososial spiritual	Di Rumah klien rutin beribadah dan turut aktif dalam kegiatan keagamaan yang ada dalam masyarakat. Di Rumah Sakit : klien mengatakan sholat 5 waktu terganggu dan saat melaksanakannya hanya tangan kanan saja yang digunakan.	Di Rumah klien rutin berdan jarang mengikuti kegiatan keagamaan yang ada dalam masyarakat. Di Rumah Sakit : klien mengatakan sholat 5 waktu terganggu dan saat melaksanakannya hanya tangan kanan saja yang digunakan.

Sumber: Data Primer, (2020)

5. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik

Klien 1	Klien 2
GDA : 120 mg/dl	GDA : 130 mg/dl

Sumber : Laboratorium RSUD Bangil, (2020)

Tabel 4.6 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan klien 1	Klien 1	Klien 2	Hasil normal
Hematologi			
Darah lengkap			
Leukosit (WBC)	10,2	8,4	3,70 – 10,1
Neutrofil	74	4,2	
Limfosit	2,2	2,3	
Monosit	0,6	0,6	
Esinofil	0,2	0,4	
Basofil	0,1	0,2	
Neutrofil %	70,4	61,0	39,3 – 73,7 %
Limfosit %	18,0	20,8	18,0 – 48,3 %
Monosit %	4,3	0,8	4,40 – 12,7 %
Esinofil %	2,6	3,5	0,600 – 7,30 %
Basofil %	0,2	0,6	0,00 – 1,70 %

Eritrosit (RBC)	4,200	4,100	4,6 – 6,2 10 ⁸ / μ L
Hemoglobin (HGB)	12,10	13,30	13,5 – 18,0 g/dL
Hematokrit (HCT)	42,30	43,20	40 – 54 %
MCV	80,10	80,30	81,1 – 96,0 μ m ³
MCH	21,10	20,20	27,0 – 31,2 pg
MCHC	30,20	30,10	31,8 – 35,4 g/dL
RDW	14,30	12,30	11,5 – 14,5 %
PLT	205	244	155 – 366 10 ³ / μ L
MPV	6,4	6,42	6,90 – 10,6 fL
Kimia klinik			
Lemak			
Trigliserida	190	180	<150 mg/dL
Kolesterol	251	301	< 200 mg/dL
Kolesterol HDL	37	62	> 34 mg/dL
Kolesterol LDL	152	202	< 100 mg/dL
Faak ginjal			
BUN	12	13	7,8 – 20,23 mg/dL
Kreatinin	0,904	45	0,8 – 1,3 mg/dL
Elektrolit			
ELEKTROLIT SERUM			
Natrium (Na)	123	146	135 – 147 mmol/L
Kalium (K)	2,28	4,60	3,5 – 5 mmol/L
Klorida (Cl)	100,50	107,10	95 – 105 mmol/L
Kalsium Ion	1,444	1,220	1,16 – 1,32 mmol/L

Sumber : Laboraturium RSUD Bangil, (2020)

6. Terapi

Tabel 4.7 Terapi

Terapi	Klien 1	Klien 2
Infus	Asering 20 tpm	Asering 20 tpm
Injeksi	Citicolin 2x500 mg Esomeprazol 1x40 mg Kalmeco 1x500 mg Antrain 3x1 gr	Citicolin 2x 500 mg Kalmeco 1x500 mg Omeprazole 1x40 mg Antrain 3x1 gr
Obat Peroral	Clopidogrel 1x75 mg Disolf 1x1 tablet Ambroxol 3x1 tablet	Clopidogrel 1x75 mg Disolf 1x1 tablet

Sumber: Rekam medik, (2020)

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa data klien 1

Data	Etiologi	Masalah
Data subjectif :	Klien 1	
Data subjektif: Klien mengatakan pusing hebat (nyeri kepala), tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan serta bicara cedal	Aliran darah keotak (spasme arteri)	ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
Data objektif: Keadaan umum: lemah Kesadaran: composmentis		

Glasgow coma scale: 4-5-6, Tanda-tanda vital Tensi darah:170/100 mmHg, Suhu: 37°C, Nadi:82 x/menit, Respirasi: 24x/menit, Bibir kering, Mulut klien bau, Rambut klien tidak rapi, Anggota gerak bagian kiri tidak bisa digerakkan,

5 0
5 0



Hemiplegi kiri

Sumber: Data Primer, (2020)

Tabel 4.9 Analisa data klien 2

Data	Etiologi	Masalah
	Klien 2	
Data subjektif : Klien mengatakan pusing terus menerus (nyeri kepala) dan kaki tidak bisa digerakkan	Aliran darah keotak (spasme arteri)	ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
Data objektif: Keadaan umum: cukup Kesadaran : composmentis Glasgow coma scale: 4-5-6, Tanda-tanda vital Tensi darah : 180/100 mmHg, Suhu: 36,2 °C, Nadi : 80 x/menit, Respirasi : 24 x / menit, Mulut klien bau, Bibir klien kering, Rambut tampak kusut, Anggota gerak bagian kiri, Susah digerakkan,		
5 0 5 0		
Hemiparase kiri		

Sumber: Data Primer, (2020)

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.10 diagnosa keperawatan

Klien 1	Klien 2
Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak (spasme arteri)	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak (spasme arteri)

Sumber: Data Primer, (2020)

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.11 intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral klien terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal</p> <p>b. Tingkat kesadaran stabil</p> <p>c. Fungsi sensori dan motorik kranial bekerja normal</p> <p>d. Orientasi kognitif dan status kognitif baik</p>	<p>Monitor neurologi</p> <ol style="list-style-type: none"> Pantau ukuran pupil, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas Monitor tingkat kesadaran Monitor tingkat orientasi Monitor kecenderungan skala koma Glasgow Monitor tanda-tanda vital: suhu, tekanan darah, denyut nadi dan respirasi Monitor status pernafasan Monitor refleksi kornea Monitor kekuatan pegangan Monitor kesimetrisan wajah Monitor tonjolan lidah Monitor respon berjalan Monitor parestesia : mati rasa dan kesemutan <p>Kontrol infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien Ganti perawatan per pasien sesuai protocol institusi orang yang terkena penyakit menular Batasi jumlah pengunjung Ajarkan pasien mengenai teknik cuci tangan dengan tepat Ajarkan pengunjung untuk melakukan cuci tangan pada saat memasuki ruangan dan keluar ruangan Pakai sarung tangan steril dengan tepat Pakai pakaian ganti saat mengenai bahab-bahan yang infeksius Tingkatkan intake nutrisi dengan tepat

Sumber: NANDA NIC-NOC, (2016)

12.45	n pengunjung untuk melakukan cuci tangan pada saat memasuki ruangan dan keluar ruangan	12.30	kelurga pasien untuk mematuhi jam besuk pasien	kelurga pasien untuk mematuhi jam besuk pasien
	Memberikan intake nutrisi : diit bubur alus		Mengjarkan pengunjung untuk melakukan cuci tangan pada saat memasuki ruangan dan keluar ruangan	Mengjarkan pengunjung untuk melakukan cuci tangan pada saat memasuki ruangan dan keluar ruangan.
			Memberikan intake nutrisi : diit bubur alus	Memberikan intake nutrisi : diit bubur alus

Diagnosa keperawatan	Jam	Hari ke- 1		Hari ke- 2		Hari ke- 3			
		Sabtu, 7 Maret 2020	Paraf	Jam	Minggu, 8 Maret 2020	Paraf	Jam	Senin, 9 Maret 2020	Paraf
Klien 2 Ketidakefektif an perfusi jaringan serebral	08.15	Memonitor kecenderungan skala Glasgow coma scale: 4-5-6		08.00	Memonitor tingkat kesadaran: composment is Memonitor kecenderungan skala Glasgow coma scale: 4-5-6		08.15	Memonitor tingkat kesadaran Kesadaran : composment is Memonitor kecenderungan skala Glasgow coma scale: 4-5-6	
	08.50	Memonitor TTV TD : 170/100 mmHg N : 82 x/mnt S : 36,8°C RR : 24 x/mnt		08.15	Memonitor TTV TD : 170/100 mmHg N : 80 x/mnt S : 36,7°C RR : 24 x/mnt		08.50	Memonitor TTV TD : 160/100 mmHg N : 82 x/mnt S : 36,5°C RR : 22 x/mnt Memonitor	

09.10	Memonitor pareshesia :mati rasa dan kesemutan: Hemiparase kiri	09.00	Memonitor pareshesia :mati rasa dan kesemutan: Hemiparase kiri	09.10	pareshesia :mati rasa dan kesemutan: Hemiparase kiri
10.00	Membatasi jumlah pengunjung: menganjurk an keluarga pasien untuk mematuhi jam besuk pasien	10.15	Membatasi jumlah pengunjung: menganjurk an keluarga pasien untuk mematuhi jam besuk pasien	10.20	Membatasi jumlah pengunjung: menganjurk an keluarga pasien untuk mematuhi jam besuk pasien
11.15	mengajarka n pasien mengenai teknik cuci tangan dengan tepat : cuci tangan 6 langkah	11.20	Mengajarka n pengunjung untuk melakukan cuci tangan pada saat memasuki ruangan dan keluar ruangan	11.15	Mengajarka n pengunjung untuk melakukan cuci tangan pada saat memasuki ruangan dan keluar ruangan
12.30	Memberikan intake nutrisi : diit bubur alus	12.25	Memberikan intake nutrisi : diit bubur alus	12.45	Memberikan intake nutrisi : diit bubur alus

Sumber: Data Primer, (2020)

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1 7 maret 2020	Paraf	Hari ke-2 8 Maret 2020	Paraf	Hari ke-3 9 Maret 2020	Paraf
Klien 1 Ketidakefe ktifan perfusi jaringan serebral	S : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan serta bicara cedal dan pusing O : k/u : lemah TTV : TD : 170/100 mmHg N : 80 x/mnt S : 36,7°C RR : 24 x/mnt GCS : 4-5-6 Composmentis Akral hangat, kering, dan merah Terpasang infus 14 tpm A : Masalah belum teratasi P : Intervensi Keperawatan dilanjutkan 1. Monitor neurologi 2. Kontrol infeksi		S : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan serta bicara cedal dan pusing sudah berkurang O : k/u : lemah TTV : TD : 160/90 mmHg N : 85 x/mnt S : 36,5°C RR : 24 x/mnt GCS : 4-5-6 Composmentis Akral hangat, kering, dan merah Terpasang infus 14 tpm A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi keperawatan dilanjutkan 1. Monitor neurologi 2. Kontrol infeksi		S : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan serta bicara sudah mulai lancar dan sudah tidak pusing O : k/u : lemah TTV : TD : 140/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 36,8°C RR : 20 x/mnt GCS : 4-5-6 Composmentis Akral hangat, kering, dan merah Terpasang infus 14 tpm A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi Keperawatan dilanjutkan a. Monitor neurologi b. Kontrol infeksi	
Klien 2 Ketidakefe ktifan perfusi jaringan serebral	S : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan dan pusing O : k/u : lemah TTV : TD : 170/100		S : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan dan pusing berkurang O : k/u : lemah TTV : TD : 160/100 mmHg		S : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan dan sudah tidak pusing pusing O : k/u : lemah TTV :	

mmHg N : 82 x/mnt S : 37,0°C RR : 24 x/mnt GCS : 4-5-6 Composmentis Akral hangat, kering, dan merah Terpasang infus 21 tpm	N : 80 x/mnt S : 37,2°C RR : 28 x/mnt GCS : 4-5-6 Composmentis Akral hangat, kering, dan merah Terpasang infus 21 tpm A : masalah teratasi sebagian	TD : 150/90 mmHg N : 80 x/mnt S : 36,8°C RR : 24 x/mnt GCS : 4-5-6 Composmentis Akral hangat, kering, dan merah Terpasang infus 21 tpm A : masalah teratasi sebagian
A : masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Monitor neurologi 2. Kontrol infeksi	P : Intervensi dilanjutkan 1. Monitor neurologi 2. Kontrol infeksi	A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1. Monitor neurologi 2. Kontrol infeksi

Sumber: Data Primer, (2020)

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan berdasarkan data subjektif antara dua klien didapatkan keluhan yang tidak sama, klien 1 mengalami berbicara cadel, pusing dan anggota tubuh kiri tidak bisa digerakkan, sedangkan klien 2 mengalami anggota gerak tubuh bagian kiri tidak bisa digerakkan dan pusing.

Ayu S D, (2017) menjelaskan bahwa manifestasi stroke dapat berupa kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, perubahan status mental yang mendadak, afasia (bicara tidak lancar, ataksia anggota badan, vertigo, mual, muntah atau nyeri kepala).

Berdasarkan data pengkajian pada studi kasus ini keterangan teori dan bukti-bukti data tersebut peneliti menemukan perbedaan pada keluhan

utama yang dialami oleh klien yaitu klien 1 mengalami cedal /kesulitan berbicara, pusing dan anggota gerak kiri tidak bisa digerakkan sedangkan klien 2 pusing dan anggota gerak kiri tidak bisa digerakkan tidak mengalami cedal dari keluhan kedua klien tersebut merupakan gejala dari penyakit stroke, penyakit stroke disebabkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah otak. Sehingga menurut peneliti menarik kesimpulan bahwa antara fakta dan teori terdapat kesamaan.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada kedua klien berdasarkan hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan menunjukkan masalah adalah defisit ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.

Stroke non hemoragik terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah ke otak. Sumbatan ini disebabkan karena adanya penebalan dinding pembuluh darah yang disebut dengan *Atherosclerosis* dan tersumbatnya darah dalam otak oleh emboli yaitu bekuan darah yang berasal dari Thrombus di jantung. Stroke non hemoragik mengakibatkan beberapa masalah salah satunya defisit ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang ditandai dengan nyeri kepala/pusing dan penurunan kesadaran (Nur'aeni Y R, 2017).

Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas dipengaruhi oleh gangguan perdarahan di otak 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 nyeri kepala yang dapat menyebabkan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.

4.3.2 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada kedua klien dengan diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, yaitu NIC: Monitor neurologi (Pantau ukuran pupil, bentuk,kesimetrisan, dan reaktifitas, Monitor tingkat kesadaran, Monitor tingkat orientasi, Monitor kecenderungan skala koma Glasgow, Monitortanda-tanda vital: suhu, tekanan darah, denyut nada dan respirasi, Monitor parestesia :mati rasa dan kesemutan), Kontrol infeksi (Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien, Batasi jumlah pengunjung, Ajarkan pasien mengenai teknik cuci tangan dengan tepat, Ajarkan pengunjung untuk melakukan cuci tangan pada saat memasuki ruangan dan keluar ruangan, Tingkatkan intake nutrisi dengan tepat).

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dapat diatasi juga dengan memonitor neurologi dengan monitor tingkat kesadaran, monitor tingkat orientasi, monitor kecenderungan skala koma glasgow, monitor tanda-tanda vital, monitor status pernafasan, monitor reflek kornea, monitor kekuatan pegangan, monitor kesimetrisan wajah (NANDA NIC-NOC, 2016).

Keterangan teori dan bukti-bukti data diatasm menurut peneliti intervensi keperawatan pada kedua klien, meliputi kelengkapan data, serta data penunjan lainnya, dan dilakukan menurut kondisi klien, sehingga peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

4.2.3 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 implementasi keperawatan sudah sesuai dengan apa yang ada pada intervensi, namun

untuk kolaborasi pemberian obat pada klien 1 infus asering 14 tpm, injeksi citicolin 2x500 mg, esomeprazole 1x40 mg, kalmeco 1x500 mg, obat oral clopidogrel 1x75 tablet, disolf 1x1tablet, ambroxol 3x1 tablet, pada klien 2 infus asering 14 tpm, injeksi citicolin 2x 500 mg, kalmeco 1x500mg, omeprazole 1x40 mgobat oral clopidogrel 1x75 tablet, disolf 1x1tablet. hal ini menunjukkan ketidaksamaan dalam pemberian terapi pada kedua klien penderita stroke.

Novita (2016) menjelaskan bahwa implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, tahap ini **muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien**. Aplikasi yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien.

Berdasarkan keterangan teori dan bukti-bukti data diatas menurut peneliti implementasi yang berikan pada kedua klien hampir sama, akan tetapi pada implementasi yang berisi kolaborasi dengan tim medis ada perbedaan pemberian terapi obat.

4.2.4 Evaluasi keperawatan

Klien 1, hari ketiga Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan serta bicara sudah mulai lancar dan sudah tidak pusing O : k/u : lemah **TTV : TD : 140/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 36,8 RR : 20 x/mnt** GCS : 4-5-6 Composmentis. Klien 2, hari ketiga klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan dan sudah tidak pusing pusing, k/u : lemah, **TTV : TD : 150/90 mmHg N : 80 x/mnt S : 36,8oC RR : 24 x/mnt** GCS : 4-5-6 Composmentis

Novita (2016) menjelaskan bahwa evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya. Keterangan teori dan bukti-bukti data di atas menurut peneliti pada catatan perkembangan klien 1 sudah ada kemajuan sudah tidak pusing dan cedal berkurang, pada klien 2 sudah ada kemajuan sudah tidak pusing meskipun belum bisa bergerak kaki dan tangannya.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian berdasarkan data subjektif antara dua klien didapatkan keluhan yang tidak sama, klien 1 mengalami berbicara cadel, pusing dan anggota tubuh kiri tidak bisa digerakkan, sedangkan klien 2 mengalami anggota gerak tubuh bagian kiri tidak bisa digerakkan dan pusing.
2. keperawatan pada kedua klien disimpulkan berdasarkan keluhan dan pemeriksaan fisik yang menunjukkan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang ditandai beberapa gejala pusing/ nyeri kepala
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada kedua klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral sudah sesuai dengan kebutuhan klien yaitu monitor neurologis dan kontrol infeksi
4. keperawatan pada kedua klien dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang sudah dibuat.
5. keperawatan pada klien 1 ada kemajuan sedikit, klien sudah tidak pusing dan tidak cadel, sedangkan pada klien 2 teratasi sebagai klien sudah tidak pusing namun masih belum bisa bergerak

5.2 Saran

1. Bagi pasien

Diharapkan klien selalu mengikuti anjuran dokter dan tenaga medis lain untuk selalu rutin berobat, untuk keluarga klien ikut berpartisipasi

dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan klien.

2. Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan sebagai tempat menempuh ilmu keperawatan diharapkan hasil penelitian ini dijadikan sebagai acuan dalam pembelajaran asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik.

3. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan referensi dan dapat memanfaatkan waktu seefektif mungkin saat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara maksimal sehingga mendapatkan hasil yang optimal

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (AHA)*, 2018, *Health Care Research: Coronary Heart Disease*
- Ayu Septiandini Dyah, 2017, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang ICU RSUD Salatiga*, Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada Surakarta
- Arief Mansjoer, 2016, *Stroke Non Hemmoragik*, Jakarta : Media Aesculapius.
- Black, Joyce M & Hawks, Jane Hokanson, 2014, *Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8, Jilid 3. Elsevier*. Singapura : PT Salemba Medika.
- Dellima Damayanti Reicha, 2019, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri (Studi Di Ruang Krissan Rsud Bangil Pasuruhan)*, Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang
- DINKES Pasuruan, 2019, *Data penderita stroke kota pasuruhan*, Pasuruan: Dinas kesehatan.
- Data primer, 2020, Hasil pemeriksaan studi kasus pada klien stroke di RSUD Bangil Pasuruan
- Herdman, H dan Shigemi, 2015, *Diagnosis Keperawatan Definisi&Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta : EGC
- Heriyanto H, Anna A, 2015, *Perbedaan kekuatan otot sebelum dan sesudah dilakukan latihan (mirror therapy) pada pasien stroke iskemik dengan hemiparesis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*. *Jurnal Keperawatan Respati*
- Kementerian Kesehatan RI, 2018, *Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kemendes RI, 2018, *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*, Jakarta: Balitbang
- Klest Panca Dimas, 2018, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Pola Nafas Tidak Efektif Di Ruang Krisan Rumah Sakit Umum Daerah Bangil*, Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang
- Laboratorium RSUD Bangil, (2020) Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien Stroke di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

- Muslihah S U, 2017, *Asuhan Keperawatan Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Di Rs Pku Muhammadiyah Gombong*, Stikes Muhammadiyah Gombong Program Studi DIII Keperawatan Tahun Akademik
- Nur'aeni Yuliatun Rini, 2017, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang Kenanga RSUD Dr. Soedirman Kebumen*, Program Studi DIII Akademi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
- Nursalam, 2016, *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam, 2015, *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam, 2015, *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika
- NANDA, 2016, *Diagnosa Nanda NIC NOC. Jilid 2* Jakarta : Prima Medika
- Novita, R, 2016, *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018, *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*.
http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf –
- Rekam Medik RSUD Bangil, (2020), Hasil rekam medik klien stroke RSUD Bangil Pasuruan
- Santoso Lois Elita, (2018), *Peningkatan Kekuatan Motorik Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Latihan Menggenggam Bola Karet (Studi Di Ruang Flamboyan Rsud Jombang)*, Skripsi Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang
<http://repo.stikesicmejbg.ac.id/749/1/14.3210077%20Lois%20Elita%20Santoso%20skripsi.pdf>

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL DI RUANG KRISAN RSUD BANGIL PASURUAN

ORIGINALITY REPORT

25%

SIMILARITY INDEX

23%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

9%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

5%

★ repository.stikespantiwaluya.ac.id

Internet Source

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off