**KARYA TULIS ILMIAH**

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.“H” DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

**DISUSUN OLEH:**

**AURELIA ANTONIETA EXPOSTO**
**E1614401005**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS**
**PROGRAM DIII KEPERAWATAN**
**MAKASSAR**
**2019**

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "H" DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Aurelia Antonieta Exposto
NIM : E1614401005

Disetujui Oleh:
Pembimbing

(Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0925027603

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung.,Ns.,MSN.,DN.,Sc)
NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. "H" DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

| | |
|---|---|
| Hari/Tanggal | : Senin, 20 Mei 2019 |
| Pukul | : 17.00 – 17.45 WITA |
| Tempat | : Kampus STIK Stella Maris Makassar |

Tim Penguji :

1. Mery Sambo,.Ns.,M.Kep ( )
2. Fransiska Upa,.S.Kep.,Ns ( )
3. Elmiana Bongga Linggi,.Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0928027101

# RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

| | |
|---|---|
| Nama | : Aurelia Antonieta Exposto |
| Tempat/Tanggal Lahir | : Maros, 17 Januari 1998 |
| Jenis Kelamin | : Perempuan |
| Agama | : Katolik |
| Alamat | : Jl. Maipa No.19, Makassar |

II. Identitas Orang Tua

| | |
|---|---|
| Ayah/Ibu | : Floriberto G. Exposto/Helda Oktovina |
| Agama | : Katolik |
| Pekerjaan | : Pegawai BUMN/Ibu rumah tangga |
| Alamat | : Jalan Cesna, Mandai |

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

| | |
|---|---|
| TK Pertiwi 1 Cirebon | : 2002 - 2004 |
| SDN Kramat 2 Cirebon | : 2004 - 2010 |
| SMP Negeri 2 Cirebon | : 2010 - 2013 |
| SMA Negeri 3 Cirebon | : 2013 - 2016 |
| STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan) | : 2016 - 2019 |

# KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "H" DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE (NHS)* DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR ".

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada :

1. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan serta telah membimbing, mendidik, dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN.,DN.,Sc. Selaku Wakil Ketua Bidang Aademik STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
3. Rosdewi.,S.Kep.,MSN. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
4. Fr. Blasius Perang, CMM.,SS.,Ma.Psy. Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
5. Dr. Thomas Soharto.,M.Kes Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.

6. Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi D.III keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
7. Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
9. Kepada Ny. H dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
10. Teristimewa untuk kedua orangtuaku tercinta Floriberto Gago Exposto dan Helda Oktovina, serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
11. Buat teman-temanku di asrama kampus Stella Maris yang telah memberikan semangat serta masukan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan karya tulis ilmiah ini.
12. Buat teman – teman mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Program DIII Keperawatan angkatan 2016 – 2019, khususnya teman seperjuangan di ruang perawatan ICU-ICCU yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan “tidak ada gading yang tak retak”, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI


HALAMAN JUDUL ..... i
HALAMAN PERSETUJUAN ..... ii
HALAMAN PENGESAHAN ..... iii
RIWAYAT HIDUP ..... iv
KATA PENGANTAR ..... v
DAFTAR ISI ..... vii
DAFTAR TABEL ..... ix
DAFTAR GAMBAR ..... x
BAB I PENDAHULUAN ..... 1
A. Latar Belakang ..... 1
B. Tujuan Penulisan ..... 3
C. Manfaat Penulisan ..... 3
D. Metode Penulisan ..... 4
E. Sistematika Penulisan ..... 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS ..... 6
A. Konsep Dasar Medis ..... 6
1. Pengertian ..... 6
2. Anatomi Fisiologi ..... 7
3. Klasifikasi ..... 12
4. Etiologi ..... 13
5. Patofisiologi ..... 15
6. Manifestasi Klinis ..... 16
7. Pemeriksaan Diagnostik ..... 17
8. Penatalaksanaan Medis ..... 18
9. Komplikasi ..... 19
B. Konsep Dasar Keperawatan ..... 20
1. Pengkajian ..... 20
2. Diagnosa Keperawatan ..... 22
3. Intervensi Keperawatan ..... 22

4. Discharge Planning ..... 27
C. Patoflowdiagram ..... 28
BAB III TINJAUAN KASUS ..... 30
A. Pengkajian ..... 31
B. Analisa Data ..... 52
C. Diagnosa Keperawatan..... 56
D. Rencana Keperawatan ..... 57
E. Implementasi Keperawatan ..... 65
F. Evaluasi Keperawatan ..... 88
G. Daftar Obat ..... 97
BAB IV PEMBAHASAN KASUS ..... 101
A. Pengkajian ..... 101
B. Diagnosa Keperawatan ..... 103
C. Intervensi Keperawatan ..... 104
D. Implementasi Keperawatan ..... 105
E. Evaluasi Keperawatan ..... 105
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN ..... 107
A. Kesimpulan ..... 107
B. Saran ..... 108
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Darah Rutin ..... 49

Tabel 3.2 Pemeriksaan Ureum Creatinin ..... 50

Tabel 3.3 Analisa Data..... 52

Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan..... 56

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan ..... 57

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan..... 65

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan ..... 88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi dan Peredaran Darah Otak ..... 7
Gambar 2.2 Patoflowdiagram ..... 29
Gambar 3.1 Genogram ..... 33

# BAB I
# PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban manusia sudah semakin berkembang pesat di segala bidang kehidupan. Ilmu pengetahuan dan teknologi dewasa ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan masyarakat moderen. Kesibukan yang luar biasa terutama di kota besar membuat manusia terkadang lalai terhadap kesehatan tubuhnya. Pola makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja berlebihan serta konsumsi makanan cepat saji sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menimbulkan berbagai macam penyakit pembuluh darah dan penyakit non infeksi salah satunya adalah penyakit yang menyerang pembuluh darah otak yaitu stroke. (Muh Basri, 2015)

Menurut World Health Organization (WHO) stroke adalah kematian dari beberapa sel otak dalam menyuplai oksigen yang menyebabkan hilangnya kemampuan darah mengalir ke otak karena terhalang atau rupture arteri ke otak. Stroke adalah pembunuh terbesar kedua di dunia yang terhitung sejumlah 15,2 juta dari total kematian di dunia di tahun 2016. (Bulletin of the World Health Organization, 2016).

Berdasarkan hasil Riskesdas (2018) didapatkan prevalansi penderita stroke berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia pada tahun 2013 yaitu 7% meningkat pada tahun 2018 menjadi 10,9% pada penduduk umur ≥ 15 tahun. Dan didapatkan prevalansi penderita stroke berdasarkan diagnosis dokter di Sulawesi Selatan meningkat dari 7,1% menjadi 10,2% (Riskesdas 2018)

Data dari MRO RS. Stella Maris Makassar didapatkan kasus penderita stroke pada tahun 2016 berjumlah 161 orang yaitu dengan angka kecatatan berjumlah 134 orang dan angka kematian berjumlah 27 orang. Pada tahun 2017 berjumlah 157 orang dengan angka kecacatan berjumlah 138 orang dan jumlah angka kematian berjumlah 19 orang. Sedangkan pada tahun 2018 berjumlah 123 orang dengan jumlah angka kecacatan 100 orang dan jumlah angka kematian 23 orang.

Berdasarkan data-data diatas banyaknya kasus kematian dan penderita penyakit stroke di Indonesia khususnya di RS Stella Maris Makassar, di mana penyakit stroke membutuhkan perawatan dan pemulihan yang lama sehingga membutuhkan biaya yang besar, selain itu juga pasien stroke akan mengalami gejala sisa atau kecacatan. Maka berdampak pada menurunnya tingkat produktivitas serta dapat menyebabkan terganggunya sosial ekonomi keluarga.

Berdasarkan uraian diatas maka penyakit stroke merupakan kasus yang perlu mendapat perhatian khusus karena angka kecacatan, angka kematian serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan cukup tinggi. Dalam mengatasi berbagai permasalahan yang timbul pada pasien stroke, peran perawat sangat penting. Sebagai perawat pelaksana, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif yang meliputi : promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Peningkatan jumlah penderita, angka kecacatan yang tinggi, serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan juga cukup tinggi, hal ini menjadi masalah untuk kita semua terutama bagi dunia keperawatan, karena stroke masih menjadi masalah kesehatan yang perlu menjadi perhatian khusus, sehingga masalah kesehatan ini harus segera ditangani dengan serius. Berdasarkan data tersebut maka penulis tertarik untuk

mengangkat diagnosa yang berjudul " Asuhan Keperawatan dengan gangguan sistem saraf "Non Hemoragic Stroke" di ruang ICU/HCU, Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan harapan mampu menerapakan asuhan keperawatan yang efektif dan berkualitas.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*.

2. Tujuan Khusus

1) Melakukan pengkajian pada pasien *Non Hemoragic Stroke.*
2) Merumuskan diagnosa pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
3) Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*
4) Melaksanakan implementasi pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*
5) Melakukan evaluasi pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
6) Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi :

1. Instansi rumah sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*

2. Institusi/Akademik

   Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Non Hemoragic Stroke.*

3. Pasien dan Keluarga

   Pasien dapat dijadikan sebagai pedoman dalam mengajarkan cara rawat pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*, dan keluarga mengetahui dan mampu menerapkan cara merawat pasien *Non Hemoragic Stroke.*

4. Penulis

   Menambah pengetahuan dan pegalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan khususnya merawat pasien *Non Hemoragic Stroke.*

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskripsif dalam bentuk studi kasus.

1. Studi Kepustakaan

   Mempelajari literarture-lieratur yang berkaitan atau relevan dengan karya tulis ilmiah baik dari buku-buku maupun internet.

2. Studi Kasus

   Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan :

a. Observasi

   Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya, pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

e. Dokumentasi

Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk hasil tes diagnostik

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana disetiap bab disesuaikan dengan sub sub bab antara lain bab I pendahuluan, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang , tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan, bab II tinjauan teoritis, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu, konsep dasar medik, yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi.

Bab III tinjauan kasus ini, meliputi pengamatan kasus pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Bab IV pembahasan kasus, merupakan laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek. Bab V penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran.

# BAB II

# TINJAUAN TEORITIS

## A. Konsep Dasar Medik

### 1. Pengertian Stroke

Stroke adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat akibat adanya sumbatan (ischemic stroke) atau pendarahan (hemoragic stroke) (Arum,2015).

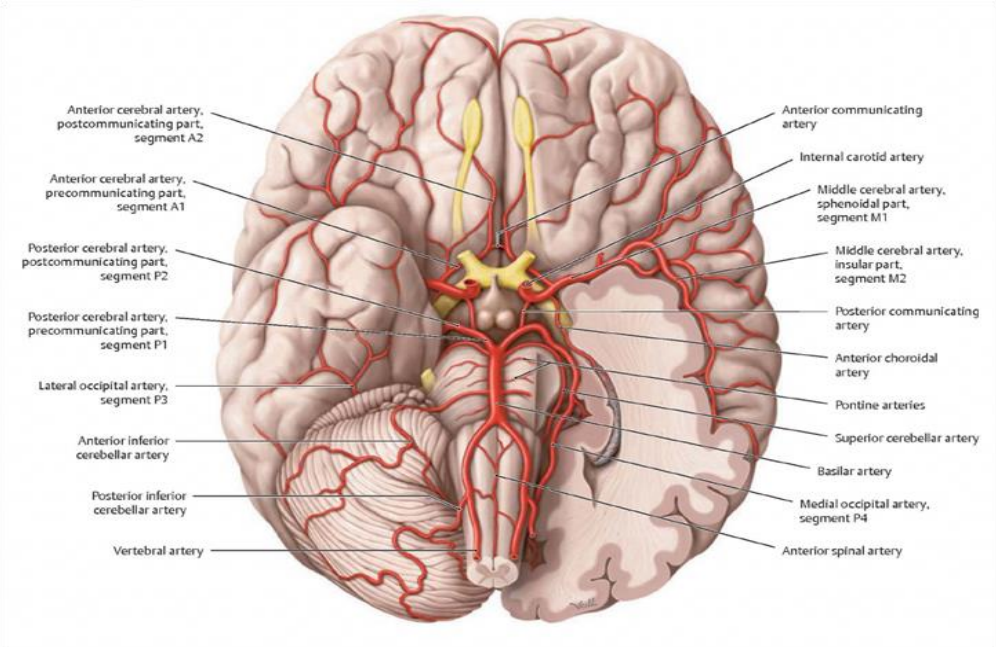
Stroke atau *cerebro vascular Accident (CVA),* merupakan gangguan sistem saraf pusat yang paling sering ditemukan dan merupakan penyebab utama gangguan aktivitas fugsional pada orang dewasa. Masalah- masalah yang ditimbulkan oleh stroke bagi kehidupan manusia pun sangat kompleks. Adanya gangguan-gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan sensasi dan gangguan refleks gerak akan menurunkan kemampuan aktivitas fungsional individu sehari-hari. (Irfan, 2012).

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik secara cepat dalam beberapa jam dengan gejala atau tanda-tanda sesuai dengan daerah yang terganggu. (Iyan, 2013)

Berdasarkan defenisi di atas penulis dapat menyimpulkan stroke adalah gangguan sirkulasi atau peredaran darah otak yang terjadi secara mendadak yang disertai dengan perdarahan ataupun tidak sehingga menyebabkan terjadinya iskemik yang dapat menimbulkan tanda dan gejala sesuai dengan daerah yang terganggu.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi




Gambar 2.1 Anatomi Dan Peredaran Darah Otak

Sumber : (https://www.are.na/block/971649 )

b. Fisiologi

1) Sistem saraf pusat

Otak adalah struktur pusat pengaturan yang memiliki volume sekitar 1.350cc dan terdiri dari seratus juta sel saraf dan neuron. Secara garis besar otak terdiri atas 3 bagian utama yaitu :

a. Otak besar (cerebrum)

Serebrum merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Masing-masing disebut fosa kranialis anterior atas dan fosa kranialis media. Otak mempunyai dua permukaan atas dan bawah. Kedua permukaan ini dilapisi oleh lapisan kelabu yaitu pada bagian korteks serebral dan

zat putih terdapat pada bagian dalam yang mengandung serabut saraf.

Pada otak besar terdapat beberapa lobus yaitu :

a) Lobus frontal, adalah bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di area brocca untuk kontrol motorik bicara.
b) Lobus temporalis, terdapat di bawah lateral dari fisura serebralis dan di depan lobus oksipitalis. Berfungsi dalam integrasi somatisasi, pendengaran dan penglihatan.
c) Lobus parietalis, adalah daerah korteks yang terletak di belakang sulkus sentralis, di atas fisura lateralis dan meluas ke belakang fisura parietooksipitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.
d) Lobus oksipitalis, adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak di sebelah posterior dari lobus parietalis dan di atas fisura-fisura parietoksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.

b. Batang Otak

Terletak pada fosa anterior, bagian-bagian batang otak terdiri dari :

(1) Diensefalon, bagian otak paling atas terdapat di antara serebellum dan mesenfalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap ke samping. Fungsi dari diensefalon yaitu vasoktriktor, respiratori, mengontrol kegiatan reflex, dan membantu kerja jantung.
(2) Mesenfalon, atap dari mesenfalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua di

sebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.

(3) Pons Varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesenfalon dan pons varoli dengan serebellum, terletak di depan serebellum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu : penghubung antara kedua bagian serebellum dan pusat saraf nervus trigeminus.

(4) Medulla Oblongata, merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu : mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernapasan, dan mengontrol kegiatan reflex.

c. Otak Kecil

Serebellum atau otak kecil terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan di atas medulla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut aferan sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi.

d. Sistem limbik

Sistem limbik terletak di bagian otak tengah, membungkus batang otak ibarat kerah baju. Komponen limbik antara lain hipotalamus, thalamus, amiglada, hippocampus dan korteks limbik. Sistem limbik berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormon, memelihara homeostatis,rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolisme dan juga memori jangka panjang.

2) Sistem saraf tepi/ perifer
   a) Saraf somatik

      Saraf somatik terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medulla spinalis dan bersiap secara langsung pada sel otot rangka. Neuron motorik merupakan saraf besar bermialin yang melepas asetil kolin di taut neuromeskuler.

   b) Sistem saraf otonom
      (1) Sistem saraf simpatis

         Fungsi dari sistem ini adalah : siap siaga untuk membantu proses kedaruratan, keadaan stres baik yang disebabkan oleh fisik maupun emosional yang dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada implus simpatis, sebagai akibatnya yaitu : Bronkiolus berdilatasi untuk pertukaran gas, kontraksi jantung yang kuat dan cepat, dilatasi arteri menuju jantung dan otot volunter yang membawah lebih banyak darah. Kontraksi pembuluh darah perifer yang membuat kulit pada kaki dingin, dilatasi pada pupil, hati mengeluarkan glukosa untuk energi cepat, peristaltik makin lambat, rambut berdiri dan peningkatan keringat.

      (2) Sistem saraf parasimpatis

         Berfungsi sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam, kondisi tanpa stress, implus dan serabut-serabut parasimpatik (kolenergik) yang menonjol.

3) Sistem peredaran darah otak

   Sistem saraf pusat sangat bergantung pada aliran darah yang memadai untuk nutrisi dan pembuangan sisa-sisa makanan serta metabolisme. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang

bercabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjalin suplai darah yang kuat untuk sel.

Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vetebralis dan arteri karotis. Kedua arteri ini merupakan sistem arteri terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh anastomosis yang membentuk sirkulasi arterious wilisi.(Muttaqin 2008)

a) Arteri karotis interna

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dan aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis eksterna memperdarahi wajah, tiroid, lidah dan faring. Arteri karotis interna sedikit berdilatas tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotikus, dimana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespons terhadap perubhan tekanan darah arteri, yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis interna terbagi menjadi dua yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular.

Arteri serebri media menyuplai darah untuk bagian lobus temporalis, parietalis dan frontalis korteks serebri dan membentuk penyebaran pada penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

b) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang dari sistem vetebrobasilaris mmperdarahi medula oblongata, ponsserebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon.

3. Klasifikasi

a. *Stroke iskemik* atau penyumbatan

Stroke iskemik disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh dua hal, yang pertama adalah karena adanya penebalan pada dinding pembuluh darah *(aterosklerosis),* dan pembekuan darah bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah yang dikenal dengan thrombus yang kedua adalah akibat tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari thrombus di jantung.

b. *Stroke hemoragic* atau pendarahan

Stroke hemoragik merupakan pendarahan serebri. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadian saat melakukan aktivitas atau saat aktif , namun bisa juga terjadi saat istirahat.

4. Etiologi

Penyabab *Non Hemoragic Stroke* antara lain :

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh, termasuk otak.

2) Jenis kelamin

Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait bahwa laki-laki cenderung merokok, bahaya merokok dapat menimbulkan plak pada pembuluh darah.

3) Riwayat keluarga

Jika salah satu dari keluarga pasien menderita stroke, maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke.

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan adanya gangguan aliran darah dimana diemeter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. Berkurangnya aliran darah ke otak, maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati.

2) Penyakit jantung

Penyakit jantung menjadi faktor terjadinya penyakit stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah didalam tubuh, jika jantung mengalami kerusakan maka aliran darah pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak dan dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

3) Diabetes melitus

Pembuluh darah pada penderita DM umumnya lebih kaku atau tidak lentur, karena adanya peningkatan atau peningkatan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

4) Obesitas

Stroke terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL

yang (*Low-Density Lipoprotein*) lebih tinggi dibandingkan kadar HDL (*High-Density Lipoprotein*)

5) Merokok

Orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang labih tinggi dibandingkan orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

c. Dari kedua faktor di atas maka akan mengakibatkan :

1) Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan trombosis stroke yaitu :

a) Aterosklerosis

Mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

b) Hiperkoagulasi

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebri.

2) Embolisme Serebral

Merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara yang berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri.

3) Iskemia Serebral

Pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak.

4) Thromboemboli

Terjadi akibat lepasnya plak aterotrombolik yang disebut sebagai emboli, yaitu akan menyumbat arteri disebelah distal dari arteri yang mengalami proses aterosklerotik.

5. Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah kesetiap bagian otak terhambat karena thrombus, emboli dan thromboemboli.Thrombus disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pada pembuluh darah otak karena thrombus yang makin lama makin menebal sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah ini dapat menyebabkan iskemia. Tromboemboli (artery to artery embolus), terjadi akibat lepasnya plak aterotrombolik yang disebut sebagai emboli, yaitu akan menyumbat arteri disebelah distal dari arteri yang mengalami proses aterosklerotik. Emboli yang timbul dari lesi ateromatus yang terletak pada pembuluh yang lebih distal. Gumpalan-gumpalan kecil dapat terlepas dari thrombus yang lebih besar dan dibawah ke tempat-tempat lain dalam aliran darah. Bila embolus mencapai arteri yang terlalu sempit untuk dilewati dan menjadi tersumbat, aliran darah akan terhenti dan akan mengakibatkan infark jaringan otak karena kurangnya nutrisi dan oksigen. kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan edema berdasarkan perluasan yang mengalami infark karena pendarahan yang luas akan lebih sering menyebabkan herniasi otak.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak dan pendarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak dinukleus kaudatus, thalamus dan pons. Selain merusak parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen

vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf diarea yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

6. Manifestasi klinis

Gejala-gejala CVA muncul akibat daerah tertentu tak berfungsi yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah ke tempat tersebut. Gejala itu muncul bervariasi, tergantung pada bagian otak yang terganggu. Gejala-gejala itu antara lain bersifat :

a. Sementara timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Hal ini disebut *Transient Ischemic Attack* (TIA). Serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, memperberat atau malah menetap.
b. Sementara,namun lebih dari 24 jam. Gejala timbul lebih dari 24 jam dan ini disebut *Reversible Ischemik Neurologik Defisit* (RIND).
c. Gejala makin lama makin berat (progresif), Hal ini disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat yang disebut progressing stroke atau stroke inevolution.
d. Sudah menetap atau permanen

Tanda dan gejala stroke yang lain :

a. Kehilangan motorik
b. Gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan pada otak.
    1) Hemiplegia (paralisis pada satu sisi) karena lesi pada otak yang berlawanan.
    2) Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh).
    3) Hilangnya atau menurun refleks tendon.
c. Kehilangan komunikasi

    Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi.

1) Disartia (kesulitan bicara)

   Disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.

2) Disfagia/afasia (kehilangan bicara), terutama pada ekspresif atau represif (bibir miring)

3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).

d. Gangguan persepsi

   Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensori, stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual (penglihatan kabur), kehilangan sensori.

e. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

   Bila kerusakan terjadi terjadi pada lobus frontal, memori, disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam pemahaman, lupa, kurang motivasi yang menyebabkan pasien menghadapi masalah frustasi, depresi.

f. Disfungsi kandung kemih

   Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

7. Tes Diagnostik

   Pemeriksaan diagnostik yang diperlukan dalam membantu menegakkan diagnosa klien stroke meliputi :

   a. Angiografi serebri

      Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma

   b. Lumbal fungsi

      Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragik pada subarachnoid atau perdarahan intrakranial.

c. CT Scan

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti.

d. *Magnetik Imaging Resonance* (MRI)

Dengan menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi serta besar atau luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

e. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

f. EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

g. Pemeriksaan darah rutin dan kimia darah.

8. Penatalaksanaan Medis

Kematian dan deteriosasi neurologis minggu pertama stroke iskemia terjadi karena adanya edema otak. Edema otak timbul dalam beberapa jam setelah stroke iskemik dan mencapai puncaknya 24-96 jam. Edema otak mula-mula *cytofosic* karena terjadi gangguan pada metabolisme seluler kemudian terdapat edema vasogenik karena rusaknya sawar darah otak setempat. Untuk menurunkan edema otak, dilakukan hal-hal sebagai berikit :

a. Naikkan posisi kepala dan badan bagian atas setinggi 20-30$^{o}$
b. Hindarkan pemberian cairan intravena yang berisi glukosa atau cairan hipotonik.
c. Pengobatan konservatif :
   1) Terapi Trombotik

Cara kerja: mengencerkan bekuan darah yang menghambat aliran darah.

2) Antikoagulan: Heparin

Untuk mencegah terjadinya bekuan darah embolisasi thrombus.

3) Antihipertensi: Catropil, antagonis kalsium.

9. Komplikasi

a. Bekuan darah (Trombosis)

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

b. Dekubitus

Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.

c. Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.

d. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

e. Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

g. Peningkatan TIK

Infark cerebri luas atau perdarahan akan terjadi edema cerebri yang menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

DS: Adanya penyakit jantung (rematik, penyakit jantung vaskuler), polisitemia, riwayat hipotensi postural.

DO: Hipertensi arterial (dapat ditemukan/ terjadi pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.

b. Pola nutrisi metabolik

DS: Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

DO: Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas.

c. Pola eliminasi

DS: Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik).

d. Pola aktivitas dan latihan

DS: Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan,kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah susah untuk beristirahat (nyeri/ kejang otot).

DO: Gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.

e. Pola tidur dan istirahat

DS: Susah untuk beristirahat

DO: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.

f. Pola persepsi kognitif

DS: Sinkope/ pusing, sakit kepala, kelemahan/ kesemutan, mati/ lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain.

DO: Status mental/ tingkat tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau parese (ipsilateral), afasia (gangguan atau gangguan dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkkan.

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS: Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

DO: Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DO: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan parasaan)

DS: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DO: Ketidak adanya gairah seksual

DS: Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual

j. Pola mekanisme stres dan koping

DS: Perasaan tidak berdaya

DO: Emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. Diagnosa keperawatan

a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena.

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot.

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskuler, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh gangguan fungsi kognitif.
d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia
e. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran.

3. Intervensi dan Rasional

a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena

Tujuan: Mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif dan motorik / sensori.

Intervensi:

1) Kaji tanda dan gejala gangguan perfusi jaringan otak
   R/ Mempertahankan tingkat kesadaran biasanya membaik
2) Observasi TTV
   R/ Perubahan TTV seperti adanya hipertensi/hipotensi.
3) Berikan oksigen sesuai indikasi
   R/ Menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilitasi serebral dan tekanan meingkat/ terbentuknya edema.
4) Letakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan ($30^0$)
   R/ Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan tekanan drainase dan menigkatkan sirkulasi/ perfusi serebral.
5) Anjurkan untuk hindari terjadinya mengejan saat defekasi
   R/ Menuver falsafah dapat meningkatkan TIK
6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antihipertensi (aminodipine) arterosklerosis.
   R/ Obat antihipertensi dapat digunakan untuk meningkatkan atau memperbaiki aliran darah serebral dan trombotik dapat menurunkan tekanan intrakranial serta menurunkan edema otak.

b. Hambatan mobilitas fisik berubungan dengan gangguan neuromuskuler

Tujuan: mempertahankan posisi optimal dan fungsi yang dibuktikan oleh tidak adanya kontraktur, mempertahankan atau meningkatakan kekuatan otot fungsi bagian tubuh yang terkena atau kompensasi.

Intervensi:

1) Kaji kemampuan imobilisasi pasien dengan menggunakan skala ketergantungan (0-4) dan skala otot (0-5)
   R/ Mengidentifikasi perubahan tingkat mobilisasi pasien setiap hari dan menentukan perkembangan peningkatan kekuatan otot sehingga dapat diprioritaskan tindakan yang diberikan
2) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) danjika mungkin bias dilakukan lebih sering.
   R/ Menurunkan terjadinya resiko trauma atau iskemia jaringan dan decubitus
3) Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua akstremitas
   R/ Meminimalkan atrofi otot meningkatkan sirkulasi dan mencegah kontraktur.
4) Anjurkan pasien/keluarga untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak lemah untuk menyokong atau menggerakkan bagian tubuh yang mengalami kelemahan.
   R/ Dapat respon yang baik jika daerah yang lemah tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan latihan aktif atau menyatukan kembali sebagian bagian tubuh
5) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam pemberian ambulansi atau latihan
   R/ Program yang khusus dapat mengembangkan keseimbangan koordinasi dan kekuatan otot.
6) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya

R/ Untuk memenuhi kebutuhannya.

7) Pantau kulit dan membrane mukosa terhadap iritasi, kemerahan atau lecet-lecet.

R/ Deteksi diri adanya gangguan sirkulasi dan hilangnya sensasi resiko tinggi kerusakan integritas kulit memungkinkan komplikasi imobilitas

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskuler, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh gangguan fungsi kognitif.

Tujuan: Melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat sendiri, mengidentifikasi sumber pribadi/komunikasi memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

Intervensi:

1) Kaji kemampuan dan tingkat kekurangan untuk melakukan kebutuhan sehari-hari

R/ Membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual.

2) Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat dilakukan pasien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan

R/ Pasien mungkin menjadi sangat ketakutan dan sangat tergantung dan meskipun bantuan yang diberikan bermanfaat dalam mencegah frustasi, adalah penting bagi pasien untuk melakukan sebnayak mungkin untuk diri sendiri.

3) Pantau tingkat kekuatan dan toleransi terhadap aktifitas

R/ Membantu dalam melakukan tindakan yang tepat bagi pasien.

4) Letakkan makanan dan alat-alat lainnya pada sisi pasien yang tidak sakit.

R/ Pasien akan dapat melihat untuk memakan makanannya.

5) Berikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan atau keberhasilannya.

R/Meningkatkan perasaan makna diri. Meningkatkan kemandirian dan mendorong pasien untuk berusaha secara kontinue.

6) Konsultasi ke dokter terapi okupasi

d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan umum, kerusakan pada area wernick dan broca.

Tujuan: Mengindikasikan pemahaman tentang masalah komunikasi.

Intervensi:

1) Kaji atau tipe derajat disfungsi, seperti pasien tidak tampak memahami kata atau mengalami kesulitan berbicara atau membuat pengertian sendiri

R/ Membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi.

2) Perhatikan kesalahan dalam komunikasi dan berikan umpan balik.

R/ Pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk memantau ucapan yang keluar dan tidak menyadari bahwa komunikasi yang diucapkan tidak nyata.

3) Mintalah pasien untuk menyebutkan atau mengucapkan suara sederhana seperti “Pus”.

R/ Mengidentifikasi adanya disartria sesuai komponen motorik dari bicara (seperti lidah, gerakan bibir, kontrol napas) yang dapat mempengaruhi artikulasi dan mungkin juga tidak disertai afasia motorik.

4) Berikan metode komunikasi alternatif, seperti menulis di papan tulis, gambar. Berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan).

R/ Memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan atau defisit yang mendasarinya.

5) Anjurkan pengunjung atau orang terdekat mempertahakan usahanya untuk berkomunikasi dengan pasien, seperti membaca surat, diskusi tantang hal-hal yang terjadi pada keluarga.
   R/ Isolasi sosial pasien dan meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.
6) Konsultasi / rujuk kepada ahli terapi wicara
   R/ Pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensori, motorik dan kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kekurangan atau kebutuhan terapi.

e. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neorumuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran.
   Tujuan: Untuk mempertahankan baret badan yang di inginkan
   Intervensi:
   1) Kaji kemampuan menelan
      R/ mengetahui adanya kelemahan nervus vagus sehingga menggangu fungsi menelan
   2) Berikan makanan lunak dalam versi kecil sering dalam keadaan hangat
      R/ mempermudah proses pencernaan dan merangsang nafsu makan
   3) Monitor dan mencatat porsi makanan yang dihabiskan pasien
      R/ mengetahui intake nutrisi apakah adekuat atau tidak
   4) Anjurkan keluarga memberi makan yang tinggi serat
      R/ makanan tinggi serat akan memperlancar proses penyerapan sehingga tidak terjadi konstipasi
   5) Kolaborasi dengan bagian gizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien
      R/ mempercepat proses penyembuhan
   6) Kolaborasi, lakukan latihan menelan dengan bantuan fisioterapi
      R/ Meningkatkan kemampuan menelan pasien secara bertahap.

4. Discharge planning

   Adapun perawatan di rumah untuk penderita stroke secara garis besar adalah sebagai berikut:

   1. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
   2. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diit rendah garam dan mengurangi dan mengurangi makanan yang manis-manis.
   3. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
   4. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
   5. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.
   6. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan
   7. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

# BAB III
# TINJAUAN KASUS

Pasien Ny.”H” usia 73 tahun masuk di Rumah sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 10 Maret 2019 dengan keluhan utama kelemahan seluruh badan dan kekakuan di ekstermitas kiri atas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Maret 2019 diperoleh data : keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan seluruh badan dan kekauan di ekstermitas kiri atas, keluarga mengatakan pasien batuk dan terdengar suara lendir yang tertahan di leher. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami penyakit yang sama 2x yaitu 12 tahun yang lalu dan 8 tahun yang lalu. Pasien memiliki riwayat jantung dan Hipertensi sejak 30 tahun yang lalu. Tampak GCS M6VAphasiaE4 (composmentis). Keluarga mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Dilakukan pemeriksaan diagnostik CT-Scan pada tanggal 10 Maret 2019 diperoleh hasil dengan Lacunar infarks cerebi dextra, Lesi ini berhubungan dengan ventrikel laleralis kanan (poreencephalic), Proses atrofi cerebri, Gambaran hydrocephalus ec vacuo, Deviasi septum nasi ke kanan. Pemeriksaan Laboratorium WBC 12.80 10^3/Ul, RBC 3,98 10^6/Ul, HGB 12,0 g/dL, HCT 35,4 %, PDW 12,1 fL, P-LCR 22,8 %, NEUT% 77,1%, LYM% 14,9 %, MXD% 8,0%, NEUT# 9,50 10^3/Ul, LYM# 1,80 10^3/Ul. Hasil observasi tanda-tanda vital Tekanan Darah : 150/90 mmHg, Nadi : 87 x/menit, Suhu : 36,9$^{o}$ dan Pernapasan : 22 x/menit.

Masalah keperawatan yang ditemukan selama pasien di rawat antara lain : ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, ketidakefektifan bersihan jalan nafas dan hambatan mobilitas fisik.

A. Pengkajian

| Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Aurelia Exposto NIM : E1614401005 |
|---|

Unit : ICU-ICCU Autoanamnese : -

Kamar : VIP 1 Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 10 Maret 2019

Tanggal Pengkajian : 11 Maret 2019

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama initial : Ny.“H”
      Umur : 73 tahun
      Jenis kelamin : Perempuan
      Status Perkawinan : Menikah
      Jumlah Anak : 7
      Agama/Suku : Katolik/Toraja
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Alamat rumah : Jl. Salemo 32A
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Ny. “Y”
      Umur : 48 tahun
      Alamat : Jl. Sungai Saddang 3 No. 26
      Hubungan dengan pasien : Anak
2. Data Medik
   Diagnosa Medik
   Saat masuk : *Hemiparese Sinistra*
   Saat pengkajian : *Non Hemoragic Stroke*

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak ~~sakit ringan~~/~~sedang~~/berat/~~tidak tampak sakit~~

Alasan : Tampak keadaan umum pasien berat, tampak pasien terpasang NGT, tampak pasien terpasang infus RL 500 ml (24 tetes/menit), tampak pasien terpasang kateter. Tampak pasien spastik di tangan sebelah kiri.

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran ( Kualitatif ) : Composmentis

Skala Koma Glasgow ( Kuantitatif )

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : Pasien Aphasia

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : M6VAphasiaE4

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan Darah : 150/90 mmHg

MAP : 110 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,9°c di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 22 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea

☐ Kusmaull ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 87x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

☑ Kuat ☐ Lemah

6) Pengukuran

a.) Lingkar lengan atas : 15

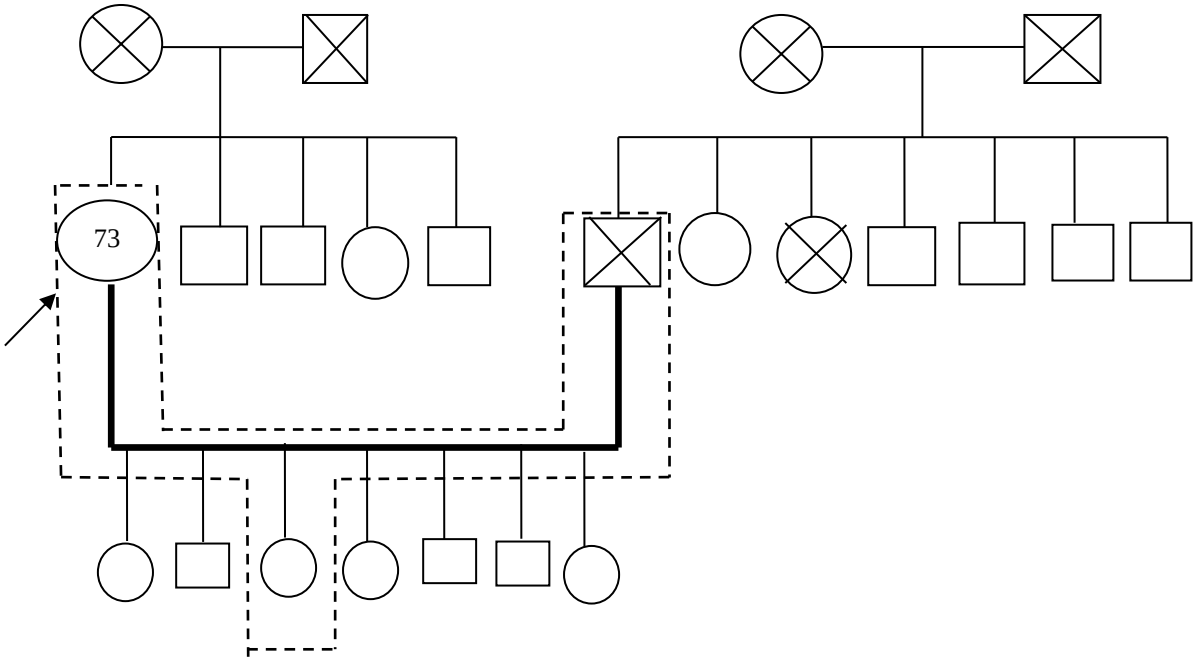
b.) Tinggi badan : 153 cm

c.) Berat badan : 50 kg

d.) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 21,35

Kesimpulan : Berat Badan Normal

7) Genogram




Keterangan

: Pria

: Wanita

: Tinggal Serumah

: Pasien

: Meninggal

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting dan pasien sangat memperhatikan kesehatannya. Keluarga pasien mengatakan pasien melakukan check up rutin minimal 1x sebulan di rumah sakit. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami penyakit yang sama 2x yaitu 12 tahun yang lalu dan 8 tahun yang lalu. Pasien memiliki riwayat jantung dan Hipertensi sejak 30 tahun yang lalu dan selalu meminum obat Hipertensi setiap harinya. Keluarga pasien mengatakan sangat suka mengomsumsi daging dan makanan asin.

2) Riwayat Penyakit Saat ini

a) Keluhan utama : Kekakuan di ekstermitas kiri atas dan kelemahan di seluruh badan

b) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan Minggu pagi pasien tiba-tiba tidak bisa berbicara dengan bibir miring ketika menonton dan langsung duduk lemas bersandar di kursi. Kemudian keluarga langsung membawa ke UGD Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 10 Maret 2019. Pasien dirawat di Ruangan Yoseph 7 dengan kelemahan seluruh badan dan kekakuan ekstermitas kiri atas. Keluarga mengatakan pasien sulit berbicara. Namun tiba-tiba 1 hari yang lalu pasien mengalami penurunan kesadaran dan langsung dipindahkan ke ruang ICU. Keluarga mengatakan semenjak dipindahkan pasien batuk dan terdengar suara lendir di lehernya. Pada saat pengkajian, tampak pasien composmentis, tampak kekakuan di ekstermitas kiri atas dan kelemahan di seluruh badan. Tampak pasien sulit

berbicara. Tampak pasien bisa merespon pertanyaan perawat dengan anggukan kepala. Tampak pasien batuk. Tampak pasien susah untuk mengeluarkan lendirnya.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien memiliki riwayat Hipertensi dan jantung sejak 30 tahun yang lalu dan Diabetes Militus sejak 5 tahun yang lalu.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan keluarga memiliki riwayat penyakit Hipertensi.

e) Pemeriksaan fisik

(1) Kebersihan rambut :Tampak bersih, beruban

(2) Kulit kepala :Tampak bersih, tidak ada ketombe

(3) Kebersihan kulit :Tampak kulit bersih dan dan kering

(4) Hygene rongga mulut : Tampak rongga mulut kotor

(5) Kebersihan genetalia : Alat kelamin luar tampak bersih

(6) Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x1 sehari, makanan seperti nasi merah, sayur, ikan namun, pasien juga sering memakan makanan yang asin dan sangat suka mengomsumsi daging dan makanan asin.dan meminum 2 gelas susu setiap harinya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya makan melalui NGT ±600 cc bubur saring setiap hari dengan diet

rendah garam. Dan minum air putih 250cc dan susu ±400 melalui NGT.

3) Observasi

Tampak pasien makan bubur saring melalui NGT ± 600 cc per hari. Tampak pasien minum air putih 250 cc dan susu ±400 melalui NGT

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bersih, beruban
b) Hidrasi kulit : Hidrasi kulit kembali 2 detik.
c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak edema/tampak tidak anemis
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak septum simetris kiri dan kanan
f) Rongga mulut : Tidak ada peradangan
g) Gusi : Tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak utuh,
i) Gigi palsu : Tampak tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien tidak mampu mengunyah keras
k) Lidah : Tampak kotor dan berwarna putih
l) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
o) Abdomen
   (1) Inspeksi : Tampak pasien tidak asites pada bagian perut
   (2) Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 12x/menit
   (3) Palpasi : Tampak tidak ada nyeri dan tidak ada benjolan
   (4) Perkusi : Thympani

p) Kulit

(1) Edema : ☐ positif ☑ negatif

(2) Icterik : ☐ positif ☑ negatif

(3) Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada peradangan

q) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit BAB 1x sehari dengan konsistensi keras, berwarna kuning kecoklatan dan BAK ± 5x sehari dengan urine berwarna kuning pekat.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien sejak sakit BAB 1x sehari dengan konsistensi keras, berwarna coklat dan BAK ±1100 cc/ hari berwarna kuning kecoklatan.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang kateter dengan urine ± 800 cc dengan urine berwarna kuning keruh.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Peristaltik usus : 12 x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ positif ☑ negatif

d) Mulut uretra : Tampak bersih

e) Anus :

(1) Peradangan : Tidak dikaji

(2) Hemoroid : Tidak dikaji

(3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga. Keluarga mengatakan, pasien tidak pernah

berolahraga di rumah dan ketika dirumah pasien lebih suka menonton tv.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien hanya terbaring lemah tempat tidur. Semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat karena mengalami kekakuan di ekstermitas kiri atas dan kelemahan di seluruh badan.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat

a) Aktivitas harian :

(1) Makan : 1
(2) Mandi : 4
(3) Pakaian : 4
(4) Kerapihan : 4
(5) Buang air besar : 2
(6) Buang air kecil : 1
(7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3 : Bantuan alat dan orang
4 : Bantuan penuh

b) Postur tubuh : Bungkuk

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tampak tidak menggunakan fiksasi

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada

3) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

(1) berbaring : 150/90 mmHg
(2) duduk : Tidak dikaji
(3) berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : positif [ ] negatif [√]

b) HR : 101 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : 5 – 2 cm$H_2O$

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku :

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi :

(a) Bentuk thorax :Tampak simetris kiri dan kanan

(b) Retraksi interkostal :Tampak tidak ada

(c) Sianosis :Tampak tidak ada

(d) Stridor :Tampak tidak ada

(2) Palpasi :

Vocal premitus : Tidak dikaji pasien aphasia

(3) Perkusi : [√] sonor [ ] redup [ ] pekak

(4) Auskultasi :

(a) Suara napas : Vesicular

(b) Suara ucapan : Tidak dikaji pasien aphasia

(c) Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak ada pembesaran

(2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

(3) Perkusi :

(a) Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

(b) Batas bawah jantung : ICS 4 linea midclavicularis sinistra

(c) Batas kanan jantung : ICS 5 linea sternalis dextra

(d) Batas kiri jantung : ICS 5 linea axillaris anterior sinistra

(4) Auskultasi :

(a) Bunyi jantung II A : Iregular ICS 2 linea sternalis dextra

(b) Bunyi jantung II P : Regular ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra

(c) Bunyi jantung I T : Regular ICS 4 linea sternalis sinistra

(d) Bunyi jantung I M : Regular ICS 5 linea medio clavicularis sinistra

(e) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

(f) Murmur : Tidak ada

(g) Bruit : Aorta : Tidak ada

(h) A. Renalis : Tidak ada

(i) A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif

(2) Rentang gerak : Keterbatasan rentang gerak (kelemahan) pada lengan dan kaki kiri

(a) Kaku sendi : Ada di tangan sebelah kiri

(b) Nyeri sendi : Tidak ada

(c) Fraktur : Tidak ada

(d) Parese : Di seluruh badan

(e) Paralisis : Ada di tangan sebelah kiri

(3) Uji kekuatan otot :

| | Kanan | Kiri |
|---|---|---|
| Tangan | 4 | 0 |
| Kaki | 4 | 1 |

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(4) Refleks fisiologis : Biceps (+), Triceps (+), Patella (+)

(5) Refleks patologis :

Babinski : Kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

(6) Clubbing jari-jari : Tidak ada

(7) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis

(1) Inspeksi : Kelainan bentuk : Tidak ada

(2) Palpasi : Nyeri tekan : Tampak tidak ada

(3) Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit tidurnya teratur ± 8 jam Setiap hari. Keluarga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat tidur. Sebelum tidur pasien nonton TV dengan anaknya, dan senang jika tidur dengan suasana gelap.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit ia sulit tidur. Keluarga mengatakan pada malam hari jam tidurnya tidak menentu dan kurang nyenyak. Keluarga mengatakan dalam sehari pasien bisa tidur ± 6 jam

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : ☐ positif ☑ negatif

Banyak menguap : ☐ positif ☑ negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : ☐ positif ☑ negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan tidak mengalami gangguan pada pendengaran dan penglihatan serta tidak ada masalah pada penciuman. Keluarga mengatakan pasien mempunyai daya ingat yang baik.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien mampu merespon dengan anggukan atau gelengan tapi sulit berbicara dan mengalami kelemahan di seluruh badan.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan NGT

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan :

(1) Kornea : Tampak jernih

(2) Pupil : Tampak isokor

(3) Lensa mata : Tampak jernih

(4) Tekanan intra okuler (TIO) : Tidak ada peningkatan tekanan intra okuler antara kiri dan kanan sama

b) Pendengaran :

(1) Pina : Tampak Simetris

(2) Kanalis : Tampak Bersih

(3) Membran Timpani : Tampak Utuh dan memantulkan cahaya

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Lengan dan kaki sulit digerakan

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien merasa bangga dengan dirinya. Pasien adalah pribadi yang cerewet, humoris dan bersemangat.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit, pasien tidak pernah melakukan aktivitasnya seperti biasa. Keluarga mengatakan pasien merasa tidak berdaya dan utus asa karena keadaanya sekarang. Keluarga mengatakan cara pasien untuk mengungkapkan perasaannya hanya dengan raut wajahnya.

3) Observasi

a. Kontak mata : Tampak penuh, melihat perawat berbicara
b. Rentang perhatian : Tampak ada perhatian saat diajak bicara
c. Suara dan cara berbicara : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu berbicara (Aphasia Motorik)
d. Postur tubuh : Bungkuk

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk / Postur tubuh : Bungkuk
c) Kulit : Tampak kulit bersih dan kering

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama anaknya dan cucunya dan sangat akrab dan menjalin hubungan yang baik dengan keluarga besarnya dan tetangga rumahnya. Keluarga

mengatakan pasien di dalam keluarganya selalu hidup dengan bahagia.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga dan tetangga disekitarnya masih terjalin dengan baik, keluarga mengatakan pasien tidak aktif lagi pada kegiatan kerohanian di gerejanya karena kondisinya. Keluarga pasien mengatakan bahwa mereka sangat berharap semoga pasien cepat sembuh dari penyakitnya dan berkumpul kembali bersama keluarga

3) Observasi

Tampak keluarga – keluarganya datang menjenguk dan berganti menjaga pasien.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak ada masalah pada alat reproduksinya dan pasien sudah tidak menstruasi sejak 20 tahun yang lalu.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan selama sakit pasien tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

3) Observasi

Tampak pasien tidak berperilaku yang menyimpang

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien hidup dengan normal, tidak ada beban, santai dalam menjalani kehidupannya bersama anak – anaknya. Keluarga pasien mengatakan pasien kadang–kadang marah jika ada keluarga yang membuat kesalahan, keluarga pasien mengatakan jika ada masalah yang tidak bisa

ia selesaikan maka pasien meminta bantuan kepada anak-anaknya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa mereka sangat khawatir dengan kondisi pasien saat ini, keluarga pasien mengatakan semoga pasien cepat sembuh dan berkumpul bersama dengan keluarga.

3) Observasi

Ekspresi pasien tampak cemas dan gelisah.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien menganut agama Katolik dan pasien rajin mengikuti kegiatan kerohanian di gerejanya dan setiap hari minggu pasien rajin pergi ke gereja.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien sudah tidak pernah lagi mengikuti kegiatan – kegiatan di gerejanya karena kondisi yang kurang memungkinkan.

3) Observasi

Tampak di samping tempat tidur pasien terdapat Rosario dan salib.

5. UJI SARAF KRANIAL

a. N I Olfactorius

Tampak pasien mampu mencium bau minyak kayu putih. Namun pasien tidak bisa menyebutkan karena pasien aphasia.

b. N II Opticus

Tampak pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 60 cm.

c. N III,IV,VI Oculomotoris, Trochlearis, Abduscens

Tampak pasien mampu menggerakan bola matanya ke segala arah. Pupil mengecil saat diberi cahaya, reflex akomodasi baik.

d. N V Trigeminus

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas di pipi sebelah kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.

Motorik : Pasien tidak mampu mengunyah dengan keras.

e. N VII Fascialis

Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula. Namun tidak bisa mengucapkan karena pasien aphasia.

Motorik : Pasien tidak mampu tersenyum, namun mampu mengangkat alis, dan mengerutkan dahi.

f. N VIII Vestibulo - Acusticus

Vestibularis : Tidak dikaji pasien tidak mampu untuk berdiri

Akustikus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat pada telinga kanan dan kiri.

g. N IX Glossopharyngeus

Pasien mampu menelan

h. N X Vagus

Tampak letak uvula berada di tengah.

i. N XI Accessorius

Pasien tidak mampu mengangkat bahu kiri namun pasien mampu mengangkat bahu kanan

j. N XII Hypoglossus

Pasien tidak mampu menjulurkan lidah kedepan dan mendorong lidah ke pipi kiri dan kanan.

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Dokter Pengirim :

dr. Hendrikus Budiono, Sp.S

Foto Pemeriksaan :

CT Scan Kepala polos

Pasien Rawat Jalan

Tgl.Registrasi : 10 – 03 – 2019

No.Registrasi :R11903100018

No.RM : 00-28-12-16

Nama Pasien : Tn.”H”

Sex/Umur : P/73 tahun

---

Makassar, 10 Maret 2019

Yth, dr. Hendrikus Budiono, Sp.S

Pemeriksaan CT Scan Kepala Polos :

Kesan :

- Lacunar infarks cerebi dextra
  Lesi ini berhubungan dengan ventrikel lateralis kanan (poreencephalic)
- Proses atrofi cerebri
- Gambaran hydrocephalus ec vacuo
- Deviasi septum nasi ke kanan

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nama | : Tn.”H” | Dokter | : dr.Ivan Soemady,SPd |
| Umur | : 73 years | R. Perawatan | : UGD |
| Jenis Kelamin | : F | Kamar | : 5011 |
| No.RM | : 00-28-12-16 | Tgl/Jam | : 2018/03/23,17:57:54 |
| No.Lab | : 194 508 | Tipe Sampel | : Blood |

| Parameter | Hasil | Satuan | Nilai Normal |
|---|---|---|---|
| WBC | 12.30 | 10^3/ µL | [4.8 – 10.2] |
| RBC | 3.98 | 10^6/µL | [3.8 – 5.0] |
| HGB | 12.0 | g/dL | [12 – 15.5] |
| HCT | 35.4 | % | [37.0 – 47.0] |
| MCV | 88.9 | fL | [80 – 97] |
| MCH | 30.2 | Pg | [26 – 31] |
| MCHC | 33.9 | g/dL | [31.0 – 35.0] |
| PLT | 168 | 10^3/µL | [130 – 400] |
| RDW-CV | 13.1 | % | [11.5 – 14.5] |
| PDW | 12.1 | fL | [9.0 – 13.0] |
| MPV | 9.7 | fL | [7.2 – 11.1] |
| P-LCR | 22.8 | % | [15 – 25] |
| NEUT% | 77.1 | % | [40 – 80] |
| LYM% | 14.9 | % | [10 – 50] |
| MXD% | 8.0 | % | [1 – 20] |
| NEUT# | 9.50 | 10^3/µL | [1.5 – 7] |
| LYM# | 1.80 | 10^3/µL | [1 – 3.7] |
| MXD# | 1.0 | 10^3/µL | [0 – 1.2] |

CATATAN :

Nama Pasien : Ny. “H” Dokter: dr.Ivan Soemady,SPd
No. Pasien : 281216 (31) Tgl : 23/03/2018
Jenis Kelamin : Perempuan Jam : 20:01:29
Usia : 73 th 04bl Section : ICU

| Parameter | Hasil | Rujukan | Satuan | Specimen | Keterangan |
|---|---|---|---|---|---|
| SGOT | 24 | < 32 | U/L | | |
| SGPT | 13 | < 31 | U/L | | |
| ALBUMIN | 3.63 | 3.5 - 5 | g/dL | | |
| UREUM | 59.4 | 10 – 50 | mg/dL | | H |
| CREATININ | 1.4 | < 1.4 | mg/dL | | H |

8. Terapi

a. Zyfort 1 amp/24jam/IV
b. Citoline 1 amp/12jam/IV
c. Mecobalamin 2x1/12 jam/Oral
d. Clopidogrel 1x1/24 jam/Oral
e. Xarelto 10 mg 1x1/24 jam /Oral
f. Moxifloxacin 1botol/24 jam/IV
g. Farbivent 1 tube/12 jam/inhalasi

Mahasiswa Yang Mengkaji

Aurelia Antonieta Exposto

B. Analisa Data

Nama/Umur : Ny.”H” / 73 tahuun

Kamar/Unit :ICU-ICCU

| No | Data | Etiologi | Masalah |
|---|---|---|---|
| 1. | Ds :<br>- Keluarga pasien mengatakan Minggu pagi pasien tiba-tiba tidak bisa berbicara dengan bibir miring ketika menonton dan langsung duduk lemas bersandar di kursi<br>- Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan seluruh badan dan kekakuan di ekstermitas kiri atas.<br>Do :<br>- Tampak kesadaran pasien composmentis<br>- Tampak keadaan umum pasien lemah<br>- Tampak kekakuan di ekstermitas kiri atas<br>- Tampak kelemahan di seluruh badan<br>- GCS: M6VAphasiaE4<br>- Hasil CT Scan : | Gangguan aliran darah arteri atau vena | Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Lacunar infarks cerebri dextra Lesi ini berhubungan dengan ventrikel laleralis kanan (poreencephalic)<br>Proses atrofi cerebri<br>Gambaran hydrocephalus ec vacuo<br>Deviasi septum nasi ke kanan<br>- Hasil TTV :<br>TD : 150/90 mmHg<br>N : 87 x/menit<br>S : 36,9 $^{o}$C<br>P : 22 x/menit | | |
| 2. | Ds :<br>- Keluarga mengatakan semenjak dipindahkan pasien batuk dan terdengar suara lendir di lehernya.<br>Do :<br>- Tampak pasien batuk<br>- Tampak pasien susah untuk mengeluarkan lendirnya.<br>- Suara tambahan Ronchi<br>- Hasil TTV :<br>TD : 150/90 mmHg<br>N : 87 x/menit<br>S : 36,9 $^{o}$C<br>P : 22 x/menit | Mukus yang berlebih | Ketidakefektifan bersihan jalan nafas |

<table>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Ds :<br>- Keluarga mengatakan pasien dirawat dengan kelemahan seluruh badan dan kekakuan ekstermitas kiri atas<br>- Keluarga mengatakan sejak sakit pasien hanya terbaring lemah tempat tidur. Semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat<br>Do :<br>- Tampak keadaan umum pasien lemah<br>- Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur<br>- Tampak ekstermitas kiri mengalami kekakuan<br>- Tampak seluruh badan pasien mengalami kelemahan<br>- Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat<br>Uji kekuatan otot :<br><table><tr><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>4</td><td>1</td></tr></table><br>- Ekstermitas kanan mengalami penurunan kekuatan otot<br>- Ekstermitas kiri atas tidak ada ada kontraksi otot<br>- Ekstermitas kiri bagian bawah ada kontraksi dengan sedikit gerakan</td>
<td>Gangguan Neuromuskular</td>
<td>Hambatan Mobilitas Fisik</td>
</tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | - Aktifitas harian :<br>Makan : 1<br>Mandi : 4<br>Pakaian : 4<br>Kerapihan : 4<br>BAK : 2<br>BAB : 1<br>Mobilisasi ditempat tidur : 2 | | |

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/Umur : Ny.”H”/73 tahun

Kamar / Unit : ICU-ICCU

| No | Diagnosa Keperawatan |
|---|---|
| 1. | Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena |
| 2. | Ketidakefektian bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus yang berlebih |
| 3. | Hambatan mobilitas fisik berhungan dengan gangguan neuromuscular |

D. Rencana Keperawatan

Nama/Umur : Ny.”H”/73 tahun

Ruangan/kamar : ICU-ICCU

| Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Hasil Yang Diharapkan (NOC) | Rencana Tindakan (NIC) | Rasional |
|---|---|---|---|---|
| 11/03/2019 | Ketidakefektifan perfusi jaingan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah vena atau arteri<br>Ds :<br>- Keluarga pasien mengatakan Minggu pagi pasien tiba-tiba tidak bisa berbicara dengan bibir miring ketika menonton dan langsung duduk lemas bersandar di kursi.<br>- Keluarga pasien mengatakan pasien | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan kriteria hasil, dengan indikator:<br>- Tekanan darah 120/90 mmHg<br>- Keadaan umum pasien membaik<br>- Pasien mampu menggerakan badan di ekstermitas kiri | 1. Monitor tanda-tanda vital<br>2. Kaji tingkat kesadaran<br>3. Pantau Tekanan Intra Kranial<br>4. Tinggian bagian kepala tempat tidur sampai 15-30$^{o}$ bergantung pada kondisi pasien dan program dokter<br>5. Berikan obat-obatan sesuai intruksi dokter | 1. Adanya perubahan tanda-tanda vital memberi indikasi kondisi pasien dan vital tubuh<br>2. Penurunan kesadaran dapat mempengaruhi kesadaran pasien<br>3. Adanya perubahan pada perfusi serebral dapat mempengaruhi tingkat kesadaran pasien |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | mengalami kelemahan seluruh badan dan kekakuan ekstermitas kiri atas.<br>Do :<br>- Tampak kesadaran pasien composmentis<br>- Tampak keadaan umum pasien lemah<br>- Tampak kekakuan di ekstermitas kiri atas<br>- Tampak kelemahan di seluruh badan<br>- GCS: M6VAphasiaE4<br>- Hasil CT Scan : Lacunar infarks cerebri dextra | | | 4. Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi<br>5. Obat antihipertensi dan pengencer darah untuk meningkatkan atau memperbaiki aliran darah serebral |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Lesi ini berhubungan dengan ventrikel laleralis kanan (poreencephalic)<br>Proses atrofi cerebri<br>Gambaran hydrocephalus ec vacuo<br>Deviasi septum nasi ke kanan<br>- Hasil TTV :<br>TD : 150/90 mmHg<br>N : 87 x/menit<br>S : 36,9 $^{o}$C<br>P : 22 x/menit | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| II | Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus yang berlebih<br>Ds :<br>- Keluarga mengatakan semenjak dipindahkan pasien batuk dan terdengar suara lendir di lehernya.<br>Do :<br>- Tampak pasien batuk<br>- Suara tambahan Ronchi<br>- Hasil TTV :<br>TD : 150/90 mmHg<br>N : 87 x/menit<br>S : 36,9 $^{o}$C<br>P : 22 x/menit | Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam pasien akan menunjukan pembersihan jalan nafas yang efektif dan status pernapasan : kepatenan jalan nafasdengan kriteria hasil :<br>- Kemudahan bernafas<br>- Pasien dapat melakukan batuk efektif<br>- Mengeluarkan sekret dengan mudah<br>- Tidak ada suara tambahan ronchi | 1. Memfasilitasi kepatenan jalan nafas udara<br>2. Pantau pernapasan yang berbunyi seperti mendengkur<br>3. Pantau pola pernapasan<br>4. Auskultasi bagian dada<br>5. Tinggikan kepala 15-30$^{o}$<br>6. Berikan obat sesuai intruksi dokter | 1. Untuk mengetahui pengeluaran mukus<br>2. Peninggian kepala mempermudah fungsi pernapasan dengan menggunakan gravitasi<br>3. Takipnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stres atau adanya proses infeksi akut. Pernapasan dapat melambat dan frekuensi ekspirasi memanjang dibanding inspirasi.<br>4. Untuk mengetahui untuk mengetahui adanya suara |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | tambahan<br>5. Memeberikan rasa nyaman akan memaksimalkan ekspansi paru ketika bernafas<br>6. Pemberian obat pengencer dahak untuk membersihkan atau melancarkan jalan nafas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| III | Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular<br><br>Ds :<br>- Keluarga mengatakan pasien dirawat dengan kelemahan seluruh badan dan kekakuan ekstermitas kiri atas<br>- Keluarga mengatakan sejak sakit pasien hanya terbaring lemah tempat tidur. Semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat<br>Do :<br>- Tampak keadaan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Hambatan mobilats fiisk dapat terasi dengan kriteria hasil, dengan indikator :<br>- keadaan umum membaik<br>- kekuatan otot di seluruh bagian tubuh yang lemah meningkat<br>- pasien dapat beraktivitas secara bertahap sampai mandiri<br>- kebutuhan pasien dapat terpenuhi | 1. kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas<br>2. bantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personal hygiene<br>3. ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali<br>4. Lakukan dan dukung pasien dalam latihan ROM pasif dan aktif<br>5. Libatkan dan ajarkan keluarga ROM pasif<br>6. kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam | 1. mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan otot sehingga dapat di prioritaskan tindakan yang diberikan<br>2. untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam nutrisi dan personal hygiene<br>3. Menurunkan terjadinya trauma dan luka tekanan akibat tirah baring terlalu lama pada posisi yang lama<br>4. Meningkatkan sirkulasi darah, membantu mencegah kontur dan meminimalkan atrofi otot. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | umum pasien lemah<br>- Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur<br>- Tampak ekstermitas kiri mengalami kekakuan<br>- Tampak seluruh badan pasien mengalami kelemahan<br>- Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat<br>Uji kekuatan otot :<br>4 \| 0<br>4 \| 1<br>- Ekstermitas kanan mengalami penurunan kekuatan otot | | mengembangkan dan menerapkan latihan program | 5. Meningkatkan peran serta keluarga dalam latihan ROM pasien<br>6. Program yang khusus dapat mengembangkan keseimbangan koordinasi dan kekuatan otot. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | - Ekstermitas kiri atas tidak ada ada kontraksi otot<br>- Ekstermitas kiri bagian bawah ada kontraksi dengan sedikit gerakan<br>- Aktifitas harian :<br>Makan : 1<br>Mandi : 4<br>Pakaian : 4<br>Kerapihan : 4<br>BAK : 2<br>BAB : 1<br>Mobilisasi di tempat tidur : 2 | | | |

E. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny “H” / 73 Tahun

Unit / Ruangan : ICU-ICCU

| Hari / Tgl | Jam | No Dx | Implementasi | Perawat |
|---|---|---|---|---|
| Selasa 12/03/2019 | 07.00 | I | Mengkaji tingkat kesadaran pasien<br>H/ :- Tampak KU pasien lemah<br>- Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien<br>- GCS : M6VAphasiaE4 (composmentis)<br>- Tampak badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan<br>- Tampak badan sebelah kanan pasien mengalami kelemahan<br>- Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien masih tidak bisa digerakkan | Aurelia |
| | 08.00 | I | Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat<br>H/: Tampak pasien sudah menerima obat<br>- Zyfort 1 amp/ 24 jam/ IV<br>- Citoline 1 amp/12jam/IV<br>- Mecobalamin 1 tab/ 12 jam/ Oral<br>- Clopidogrel 1 tab /24 jam /Oral<br>- Xarelto 10 mg 1 tab/24 jam /Oral<br>- Moxifloxacin 1 botol /24 jam/ IV<br>- Farbivent 1 tube/12 jam/inhalasi | Aurelia Perawat |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 08.05 | II | Membantu pasien dalam menerima kebutuhannya :Nutrisi<br>H/: Bubur cair : 250 cc<br>Air putih : 50 cc | Aurelia |
| | 08.10 | II | Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas<br>H/:<br>- Tampak pasien tidak mampu melakukan aktivitas di tempat tidur<br>- Keluarga maengatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat | Aurelia |
| | | I,II | Meninggikan posisi kepala 15-30 derajat<br>H/: Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler | Aurelia |
| | 08.20 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 150/90 mmHg<br>N : 92x/ menit<br>S : 36,2$^0$C<br>P : 20x/ menit | Aurelia |
| | 08.30 | III | Membantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : personal hygiene<br>H/:<br>- Tampak pasien dimandikan, digantikan pakaian dan mengganti popok oleh perawat<br>- Tampak pasien dilakukan oral hygine | Aurelia<br>Desi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | III | Memberikan pasien latihan ROM pasif<br>H/:<br>- Tampak tangan dan kaki kiri pasien sulit digerakkan<br>- Tampak seluruh badan pasien masih mengalami kelemahan | Aurelia Agustina |
| | 09.00 | III | Mengajarkan kepada keluarga untuk memberikan ROM aktif dan pasif kepada pasien<br>H/: Tampak keluarga pasien mengerti dengan apa yang telah dijelaskan oleh perawat | Aurelia Agustina |
| | 09.30 | III | Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien<br>H/:<br>- Tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga | Aurelia |
| | | II | Mengkaji kekuatan otot<br>H/:<br>4 \| 0<br>4 \| 1<br>- Keluarga pasien mengatakan seluruh badan pasien mengalami kelemahan<br>- Tampak pasien mengalami kelemahan badan pada seluruh badan | Aurelia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Aurelia |
| | 10.00 | I | Mengobservasi TTV<br>H/: TD: 140/80 mmHg<br>N : 98x/ menit<br>S : 36,6$^0$C<br>P : 22x/ menit | Aurelia |
| | 10.20 | II | Memantau pola pernapasan<br>H/: Tampak pernapasan pasien teratur | Aurelia |
| | 10.30 | II | Mengauskultasi bagian dada untuk mengetahui adanya suara tambahan<br>H/: Terdengar suara tambahan ronchi | Aurelia |
| | 11.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi terlentang | Aurelia |
| | 12.00 | III | Membantu pasien dalam menerima kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Bubur cair = 250 cc<br>AP = 50 cc | Agustina |
| | | I | Memonitor TTV<br>H/: TD: 140/100 mmHg<br>N : 95x/ menit<br>S : 36,5$^0$C | Aurelia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | P : 20x/ menit | |
| | 13.00 | lll | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Aurelia |
| | 13.30 | II | Memantau pernapasan yang berbunyi seperti mendengkur<br>H:/ Tampak pasien tidak mendengkur | Agustina |
| | 14.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD: 150/70 mmHg<br>N : 101x/ menit<br>S : 36,5$^0$C<br>P : 20x/ menit | Aurelia |
| | 15.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Franstika |
| | 16.00 | I | Memonitor TTV<br>H/:TD : 140/90 mmHg<br>N : 90x/ menit<br>S : 37,5$^0$C<br>P : 22X/ menit | Dian |
| | 16.20 | lll | Membantu pasien dalam menerima kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Susu = 250 cc<br>AP = 50 cc | Dian |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 17.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Franstika |
| | 19.00 | I,ll | Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat<br>H/:<br>- Citoline 1 amp/12jam/IV<br>- Mecobalamin 1 tab/12 jam/Oral<br>- Farbivent 1 tube/ 12 jam/Inhalasi | Franstika<br>Perawat |
| | | lll | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Franstika |
| | 19.10 | III | Memantu pasien dalam menerima kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Bubur saring = 250 cc<br>AP = 50 cc | Dian |
| | 20.00 | II | Memantau Tekanan Intra Karnial<br>H/:<br>- Keluarga mengatakan pasien tidak sakit kepala atau mual dan muntah<br>- Tampak pasien tidak mengeluh sakit kepala atau mual dan muntah | Franstika |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 21.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 150/90 mmHg<br>N : 105x/ menit<br>S : 37$^0$C<br>P : 22x/ menit | Franstika |
| | 21.20 | II | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Darma |
| | 23.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 150/90 mmHg<br>N : 97x/ menit<br>S : 37$^0$C<br>P : 20x/ menit | Anastasio |
| Rabu, 12/03/2019 | 24.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Darma |
| | 01.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 150/90 mmHg<br>N : 102x/ menit<br>S : 37,5$^0$C<br>P : 20X/ menit | Darma |
| | 02.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Anastasio |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 02.30 | II | Memantau pola pernafasan<br>H/:<br>- Keluarga mengatakan pasien batuk<br>- Tampak pernafasan pasien teratur | Anastasio |
| | 03.00 | Ill | Mengubah posisi tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Anastasio |
| | 04.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 160/80 mmHg<br>N : 89x/ menit<br>S : 36,6$^{o}$C<br>P : 17x/ menit | Darma |
| | 06.00 | III | Mengubah posisi pasien 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Darma |
| | 07.00 | I | Mengkaji tingkat kesadaran pasien<br>H/ :- Tampak KU pasien lemah<br>- Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien<br>- GCS M6VAphasiaE4 (composmentis)<br>- Tampak badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan<br>- Tampak badan sebelah kanan pasien mengalami kelemahan<br>- Keluarga pasien mengatakan | Aurelia<br>Perawat |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | badan sebelah kiri pasien masih tidak bisa digerakkan | |
| | 08.00 | lll | Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Bubur saring = 250 cc<br>Air putih = 50 cc | Aurelia |
| | 08.00 | I,II | Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat<br>H/: Tampak pasien sudah menerima obat<br>- Zyfort 1 amp/ 24 jam/ IV<br>- Citoline 1 amp/12jam/IV<br>- Mecobalamin 1 tab/ 12 jam/ Oral<br>- Clopidogrel 1 tab /24 jam /Oral<br>- Xarelto 10 mg 1 tab/24 jam /Oral<br>- Moxifloxacin 1 botol /24 jam/ IV<br>- Farbivent 1 tube/12 jam/Inhalasi | Aurelia<br>Perawat |
| | 08.10 | III | Membantu pasien dalam menerima kebutuhannya :Nutrisi<br>H/: Bubur cair : 250 cc<br>Air putih : 50 cc | Aurelia |
| | | I | Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas<br>H/:<br>- Tampak pasien tidak mampu melakukan aktivitas di tempat tidur<br>- Keluarga mengatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat | Aurelia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | I,II | Meninggikan posisi kepala 15-30 derajat<br>H/: Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler | Desi |
| | 08.15 | II | Memfasilitasi kepatenan jalan nafas<br>H/: Tampak pasien tidak bisa mengeluarkan lendirnya | Aurelia |
| | 08.20 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 160/80 mmHg<br>N : 97x/ menit<br>S : 36,8$^0$C<br>P : 22x/ menit | Aurelia |
| | 08.30 | III | Membantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : personal hygiene<br>H/:<br>- Tampak pasien dimandikan, digantikan pakaian dan mengganti popok oleh perawat<br>- Tampak pasien dilakukan oral hygine | Aurelia<br>Desi |
| | 08.45 | III | Mengubah posisi pasien 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Aurelia |
| | 10.00 | III | Memberikan pasien latihan ROM pasif<br>H/:<br>- Tampak tangan dan kaki kiri | Aurelia<br>Desi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | pasien sulit digerakkan<br>- Tampak seluruh badan pasien masih mengalami kelemahan | |
| | | III | Mengajarkan kepada keluarga untuk memberikan ROM aktif dan pasif kepada pasien<br>H/: Tampak keluarga pasien mengerti dengan apa yang telah dijelaskan oleh perawat | Aurelia |
| | | III | Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Susu = 250 cc<br>Ap = 50 cc | Aurelia |
| | 10.30 | III | Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien<br>H/: Tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga | Aurelia |
| | | III | Mengkaji kekuatan otot<br>H/:<br>4 \| 0<br>4 \| 1<br>- Keluarga pasien mengatakan seluruh badan pasien mengalami kelemahan<br>- Tampak pasien mengalami kelemahan badan pada seluruh badan | Aurelia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 12.00 | lll | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Desi |
| | 12.10 | I | Mengobservasi TTV<br>H/: TD: 140/80 mmHg<br>N : 98x/ menit<br>S : 36,6$^0$C<br>P : 22x/ menit | Aurelia |
| | 12.30 | II | Memantau pola pernapasan<br>H/:<br>- Tampak pernapasan pasien teratur<br>- Keluarga mengatakan pasien masih batuk | Aurelia |
| | | II | Mengauskultasi bagian dada untuk mengetahui adanya suara tambahan<br>H/: Terdengar suara tambahan ronchi | Aurelia |
| | | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi kiri | Desi |
| | 12.35 | III | Membantu pasien dalam menerima kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Bubur cair = 250 cc<br>AP = 50 cc | Aurelia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 14.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD: 140/100 mmHg<br>N : 95x/ menit<br>S : 36,5$^0$C<br>P : 20x/ menit | Friza |
| | 15.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Duwi |
| | 15.30 | II | Memantau pernapasan yang berbunyi seperti mendengkur<br>H:/ Tampak pasien tidak mendengkur | Friza |
| | 16.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD: 140/70 mmHg<br>N : 90x/ menit<br>S : 36,8$^0$C<br>P : 22x/ menit | Friza |
| | 17.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Darma |
| | 19.00 | I | Memonitor TTV<br>H/:TD : 140/70 mmHg<br>N : 90x/ menit<br>S : 36,5$^0$C<br>P : 20X/ menit | Darma |
| | 19.05 | III | Membantu pasien dalam menerima | Anastasio |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Susu = 250 cc<br>AP = 50 cc | |
| | 19.15 | II | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Anastasio |
| | 19.30 | I,ll | Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat<br>H/:<br>- Citoline 1 amp/12jam/IV<br>- Mecobalamin 1 tab/12 jam/Oral<br>- Farbivent 1 tube/ 12 jam/Inhalasi | Darma Perawat |
| | 19.45 | ll | Memfasilitasi kepatenan jalan nafas<br>H/: Tampak pasien tidak bisa mengeluarkan lendirnya | Duwi |
| | 20.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Duwi |
| | 20.15 | lll | Memantu pasien dalam menerima kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Bubur saring = 250 cc<br>AP = 50 cc | Darma |
| | 20.30 | I | Memantau Tekanan Intra Karnial | Darma |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | H/:<br>- Keluarga mengatakan pasien tidak sakit kepala atau mual dan muntah<br>- Tampak pasien tidak mengeluh sakit kepala atau mual dan muntah | |
| | 21.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 160/80 mmHg<br>N : 89x/ menit<br>S : 36,5$^0$C<br>P : 24x/ menit | Anastasio |
| | 21.20 | Ill | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Adhi |
| | 23.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 150/90 mmHg<br>N : 97x/ menit<br>S : 36,9$^0$C<br>P : 20x/ menit | Adhi |
| Kamis, 14/03/2019 | 24.00 | Iil | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Adhi |
| | 01.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 150/90 mmHg<br>N : 87x/ menit | Aris |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | S : 37,1$^0$C<br>P : 22X/ menit | |
| | 02.05 | lll | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Aris |
| | | ll | Memantau pola pernafasan<br>H/:<br>- Tampak pernafasan pasien teratur<br>- Keluarga mengatakan pasien masih batuk berlendir | Adhi |
| | 04.00 | lll | Mengubah posisi tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Adhi |
| | | l | Memonitor TTV<br>H/: TD : 160/80 mmHg<br>N : 89x/ menit<br>S : 36,6$^o$C<br>P : 17x/ menit | Adhi |
| | 06.00 | lll | Mengubah posisi pasien 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Aris |
| | 07.00 | l | Mengkaji tingkat kesadaran pasien<br>H/ :- Tampak KU pasien lemah<br>- Tampak pasien membuka mata ketika perawat | Aurelia<br>Perawat |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | memanggil nama pasien<br>- GCS : M6VAphasiaE4 (composmentis)<br>- Tampak badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan<br>- Tampak badan sebelah kanan pasien mengalami kelemahan<br>- Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien masih tidak bisa digerakkan | |
| | 07.20 | lll | Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Bubur saring = 250 cc<br>Air putih = 50 cc | Aurelia |
| | 07.30 | I,II | Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat<br>H/: Tampak pasien sudah menerima obat<br>- Zyfort 1 amp/ 24 jam/ IV<br>- Citoline 1 amp/12jam/IV<br>- Mecobalamin 1 tab/ 12 jam/ Oral<br>- Clopidogrel 1 tab /24 jam /Oral<br>- Xarelto 10 mg 1 tab/24 jam /Oral<br>- Moxifloxacin 1 botol /24 jam/ IV<br>- Farbivent 1 tube/12 jam/Inhalasi | Aurelia<br>Perawat |
| | 08.00 | lll | Membantu pasien dalam menerima kebutuhannya :Nutrisi<br>H/: Bubur cair : 250 cc<br>Air putih : 50 cc | Aurelia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 08.10 | lll | Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas<br>H/:<br>- Tampak pasien tidak mampu melakukan aktivitas di tempat tidur<br>- Keluarga maengatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat | Aurelia |
| | | I,ll | Meninggikan posisi kepala 15-30 derajat<br>H/: Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler | Aurelia |
| | 08.15 | ll | Memfasilitasi kepatenan jalan nafas<br>H/: Tampak pasien tidak bisa mengeluarkan lendirnya | Aurelia |
| | 08.20 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 160/80 mmHg<br>N : 97x/ menit<br>S : 36,8$^0$C<br>P : 22x/ menit | Aurelia |
| | 08.30 | lll | Membantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : personal hygiene<br>H/:<br>- Tampak pasien dimandikan, digantikan pakaian dan mengganti popok oleh perawat<br>- Tampak pasien dilakukan oral hygine | Aurelia<br>Perawat |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | lll | Mengubah posisi pasien 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Aurelia |
| | 08.45 | lll | Memberikan pasien latihan ROM pasif<br>H/:<br>- Tampak tangan dan kaki kiri pasien sulit digerakkan<br>- Tampak seluruh badan pasien masih mengalami kelemahan | Aurelia |
| | 09.00 | lll | Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Susu = 250 cc<br>Ap = 50 cc | Aurelia |
| | 10.00 | lll | Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien<br>H/: Tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga | Aurelia |
| | | lll | Mengkaji kekuatan otot<br>H/:<br>4 \| 0<br>4 \| 1<br>- Tampak tangan kiri pasien masih mengalami kekakuan | Aurelia |
| | 10.30 | ll | Memantau pola pernapasan<br>H/: Tampak pernapasan pasien | Aurelia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | teratur | |
| | | II | Mengauskultasi adanya suara tambahan<br>H/: Terdengar masih ada suara tambahan ronchi | Aurelia |
| | 11.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Aurelia |
| | 11.10 | I | Mengobservasi TTV<br>H/: TD: 160/90 mmHg<br>N : 98x/ menit<br>S : 36,9$^0$C<br>P : 22x/ menit | Aurelia |
| | 12.00 | III | Membantu pasien dalam menerima kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Bubur cair = 250 cc<br>AP = 50 cc | Aurelia |
| | 12.10 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD: 140/100 mmHg<br>N : 95x/ menit<br>S : 36,5$^0$C<br>P : 20x/ menit | Aurelia |
| | 13.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi kiri | Aurelia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 14.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD: 160/70 mmHg<br>N : 90x/ menit<br>S : 36,8$^0$C<br>P : 22x/ menit | Aurelia |
| | 14.30 | II | Memantau pernapasan yang berbunyi seperti mendengkur<br>H:/ Tampak pasien tidak mendengkur | Franstika |
| | 15.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Franstika |
| | 16.00 | I | Memonitor TTV<br>H/:TD : 150/70 mmHg<br>N : 90x/ menit<br>S : 36,5$^0$C<br>P : 20X/ menit | Franstika |
| | 16.30 | III | Membantu pasien dalam menerima kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Susu = 250 cc<br>AP = 50 cc | Dian |
| | 18.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan | Dian |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 19.00 | I,II | Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat<br>H/:<br>- Citoline 1 amp/12jam/IV<br>- Mecobalamin 1 tab/12 jam/Oral<br>- Farbivent 1 tube/ 12 jam/Inhalasi | Franstika Perawat |
| | 19.20 | II | Memfasilitasi kepatenan jalan nafas<br>H/: Tampak pasien tidak bisa mengeluarkan lendirnya | Dian |
| | 19.30 | III | Memantu pasien dalam menerima kebutuhannya : Nutrisi<br>H/: Bubur saring = 250 cc<br>AP = 50 cc | Dian |
| | 20.00 | III | Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali<br>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri | Dian |
| | 20.20 | II | Memantau pola pernafasan<br>H/:<br>- Tampak pernafasan pasien teratur<br>- Keluarga mengatakan pasien masih batuk | Dian |
| | 20.30 | I | Memantau Tekanan Intra Karnial<br>H/: | Franstika |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | - Keluarga mengatakan pasien tidak sakit kepala atau mual dan muntah<br>- Tampak pasien tidak mengeluh sakit kepala atau mual dan muntah | |
| | 21.00 | I | Memonitor TTV<br>H/: TD : 160/80 mmHg<br>N : 89x/ menit<br>S : 36,5$^0$C<br>P : 24x/ menit | Franstika |

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny.”H”/73 thn

Unit/Kamar : ICU-ICCU

| Tanggal | EVALUASI SOAP | Nama Perawat |
|---|---|---|
| 13 Maret 2019 | DP.I : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran darah arteri atau vena<br>S :<br>- Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien masih tidak bisa digerakkan<br>- Keluarga pasien mengatakan seluruh badan pasien mengalami kelemahan<br>O :<br>- Tampak KU pasien lemah<br>- Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien<br>- GCS: M6VAphasiaE4 (composmentis)<br>- Tampak badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan<br>- Tampak badan sebelah kanan pasien mengalami kelemahan<br>- TD : 160/80 mmHg<br>N : 89x/ menit<br>S : 36,6$^{o}$C<br>P : 17x/ menit<br><br>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi<br>P :<br>- Lanjutkan intervensi :<br>- Monitor tanda-tanda vital<br>- Kaji tingkat kesadaran<br>- Pantau Tekanan Intra Kranial | Aurelia |

| | | |
|---|---|---|
| | - Tinggian bagian kepala tempat tidur sampai 15-30$^{o}$ bergantung pada kondisi pasien dan program dokter<br>- Berikan obat-obatan sesuai intruksi dokter<br><br>DP.II : ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebih<br>S :<br>- Keluarga mengatakan pasien batuk dan terdengar suara lendir di lehernya.<br>O :<br>- Tampak pasien batuk<br>- Tampak pasien tidak bisa mengeluarkan lendirnya<br>- Suara tambahan Ronchi<br>- Hasil TTV :<br>TD : 160/80 mmHg<br>N : 89x/ menit<br>S : 36,6$^{o}$C<br>P : 17x/ menit<br><br>A : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi<br>P :<br>- Lanjutkan intervensi :<br>- Memfasilitasi kepatenan jalan nafas udara<br>- Pantau pernapasan yang berbunyi seperti mendengkur<br>- Pantau pola pernapasan<br>- Auskultasi bagian dada untuk mengetahui adanya suara tambahan<br>- Tinggikan kepala 15-30$^{o}$<br><br>DP.III: Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan | Aurelia<br><br>Aurelia |

| | | |
|---|---|---|
| | neuromuskular<br><br>S :<br>- Keluarga mengatakan pasien masih mengalami kelemahan seluruh badan dan kekakuan ekstermitas kiri atas<br>- Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah tempat tidur. Semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat<br>O :<br>- Tampak ekstermitas kiri mengalami kekakuan<br>- Tampak seluruh badan pasien mengalami kelemahan<br>- Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat<br>Uji kekuatan otot :<br>4 \| 0<br>4 \| 1<br><br>A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi<br>P :<br>- Lanjutkan intervensi :<br>- kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas<br>- bantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personal hygiene<br>- ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali<br>- Lakukan dan dukung pasien dalam latihan ROM pasif dan aktif<br>- libatkan dan ajarkan keluarga ROM pasif<br>- kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam mengembangkan dan menerapkan latihan | |

| | | |
|---|---|---|
| | program | |
| 14 Maret 2019 | DP.I : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran darah arteri atau vena<br>S :<br>- Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien masih tidak bisa digerakkan<br>- Keluarga pasien mengatakan seluruh badan pasien mengalami kelemahan<br>O :<br>- Tampak KU pasien lemah<br>- Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien<br>- GCS : M6VAphasiaE4 (composmentis)<br>- Tampak badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan<br>- Tampak badan sebelah kanan pasien mengalami kelemahan<br>- TD : 150/90 mmHg<br>N : 87x/ menit<br>S : 37,1$^0$C<br>P : 22X/ menit<br><br>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi<br>P :<br>- Lanjutkan intervensi :<br>- Monitor tanda-tanda vital<br>- Kaji tingkat kesadaran<br>- Pantau Tekanan Intra Kranial<br>- Tinggian bagian kepala tempat tidur sampai 15-30$^o$ bergantung pada kondisi pasien dan program dokter | Aurelia |

| | | |
|---|---|---|
| | - Berikan obat-obatan sesuai intruksi dokter<br><br>DP.II : ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebih<br>S :<br>- Keluarga mengatakan masih pasien batuk dan terdengar suara lendir di lehernya.<br>O :<br>- Tampak pasien batuk<br>- Tampak pasien tidak bisa mengeluarkan lendirnya<br>- Suara tambahan Ronchi<br>- Hasil TTV :<br>- TD : 150/90 mmHg<br>N : 87x/ menit<br>S : 37,1$^0$C<br>P : 22X/ menit<br><br>A : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi<br>P :<br>- Lanjutkan intervensi :<br>- Memfasilitasi kepatenan jalan nafas udara<br>- Pantau pernapasan yang berbunyi seperti mendengkur<br>- Pantau pola pernapasan<br>- Auskultasi bagian dada untuk mengetahui adanya suara tambahan<br>- Tinggikan kepala 15-30$^o$<br>- Berikan obat sesuai intruksi dokter<br><br>DP.III: Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular | Aurelia<br><br>Aurelia |

| | | |
|---|---|---|
| | S :<br>- Keluarga mengatakan pasien masih mengalami kelemahan seluruh badan dan kekakuan ekstermitas kiri atas<br>- Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah tempat tidur. Semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat<br>O :<br>- Tampak ekstermitas kiri mengalami kekakuan<br>- Tampak seluruh badan pasien mengalami kelemahan<br>- Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat<br>Uji kekuatan otot :<br>4 \| 0<br>4 \| 1<br><br>A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi<br>P :<br>- Lanjutkan intervensi :<br>- kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas<br>- bantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personal hygiene<br>- ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali<br>- Lakukan dan dukung pasien dalam latihan ROM pasif dan aktif<br>- libatkan dan ajarkan keluarga ROM pasif<br>- kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam mengembangkan dan menerapkan latihan program | |

| | | |
|---|---|---|
| 15 Maret 2019 | DP.I: Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran darah arteri atau vena<br>S :<br>- Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien masih tidak bisa digerakkan<br>- Keluarga pasien mengatakan seluruh badan pasien masih mengalami kelemahan<br>O :<br>- Tampak KU pasien lemah<br>- Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien<br>- GCS : M6VAphasiaE4 (composmentis)<br>- Tampak badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan<br>- Tampak badan sebelah kanan pasien mengalami kelemahan<br>- TD : 160/80 mmHg<br>N : 89x/ menit<br>S : 36,5$^0$C<br>P : 24x/ menit<br>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi<br>P :<br>- Lanjutkan intervensi :<br>- Monitor tanda-tanda vital<br>- Kaji tingkat kesadaran<br>- Pantau Tekanan Intra Kranial<br>- Tinggian bagian kepala tempat tidur sampai 15-30$^o$ bergantung pada kondisi pasien dan program dokter<br>- Berikan obat-obatan sesuai intruksi dokter | Aurelia |

| | | |
|---|---|---|
| | DP.II : ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebih<br>S :<br>- Keluarga mengatakan pasien masih batuk dan terdengar suara lendir di lehernya.<br>O :<br>- Tampak pasien batuk<br>- Tampak pasien tidak bisa mengeluarkan lendirnya<br>- Suara tambahan Ronchi<br>- Hasil TTV :<br>TD : 160/80 mmHg<br>N : 89x/ menit<br>S : 36,5$^0$C<br>P : 24x/ menit<br>A : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi<br>P :<br>- Lanjutkan intervensi :<br>- Memfasilitasi kepatenan jalan nafas udara<br>- Pantau pernapasan yang berbunyi seperti mendengkur<br>- Pantau pola pernapasan<br>- Auskultasi bagian dada untuk mengetahui adanya suara tambahan<br>- Tinggikan kepala 15-30$^o$<br>- Berikan obat sesuai intruksi dokter | Aurelia |
| | DP.III: Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular<br>S :<br>- Keluarga mengatakan pasien masih mengalami | Aurelia |

| | | |
|---|---|---|
| | kelemahan seluruh badan dan kekakuan ekstermitas kiri atas<br>- Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah tempat tidur. Semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat<br>O :<br>- Tampak ekstermitas kiri mengalami kekakuan<br>- Tampak seluruh badan pasien mengalami kelemahan<br>- Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat<br>Uji kekuatan otot :<br>4 \| 0<br>4 \| 1<br>A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi<br>P :<br>- Lanjutkan intervensi :<br>- kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas<br>- bantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personal hygiene<br>- ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali<br>- Lakukan dan dukung pasien dalam latihan ROM pasif dan aktif<br>- libatkan dan ajarkan keluarga ROM pasif<br>- kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam mengembangkan dan menerapkan latihan program | |

F. Daftar Obat Yang Diberikan Pada Pasien

1. Nama obat : Zyfort
   a. Klasifikasi : Vitamin
   b. Dosis umum : 3ml
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3ml/24 jam
   d. Cara pemberian obat : Drips
   e. Mekanisme kerja obat : profilaksis dan penyembuhan kekurangan Vit-B1, Vit-B6, Vit-B12
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien mengalami penurunan fungsi kerja otak
   g. Kontraindikasi : Gastritis atofi, jumlah kalium dalam darah rendah
   h. Efek samping : gemetaran, sulit bernafas

2. Nama Obat : Citicoline
   a. Klasifikasi : Neurotonik
   b. Dosis umum : 250 mg/ 2 ml
   c. Dosis yang bersangkutan : 250 mg/12 jam
   d. Cara pemberian obat : Injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Mengatasi kerusakan pada jaringan otak akibat penyakit atau trauma
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan kepada pasien karena pasien mengalami kerusakan fungsi otak
   g. Kontraindikasi : Penderita yang hipertensiv pada citicoline dan komponen obat ini
   h. Efek samping : Insomnia, sakit kepala, tekanna darah rendah, tekanan darah tinggi, penglihatan terganggu, sakit pada bagian dada.

3. Nama Obat : Mecobalamin

a. Klasifikasi : Vitamin
b. Dosis umum :
    1) Kapsul: 250 mcg, 500 mcg.
    2) Cairan injeksi: 500 mcg/ml.
c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mcg/12 jam
d. Cara pemberian obat : Oral
e. Mekanisme kerja obat : Pembentukan metabolisme tubuh dan sel saraf
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pasien mengalami penurunan fungsi kerja otak
g. Kontaindikasi : kelainan saraf mata, hematuria, polisitemia, infeksi, atau jika memilki kadar zat besi dan folat rendah.
h. Efek samping : Nafsu makan menurun, Diare, Mual dan muntah

4. Nama Obat : Clopidogrel
    a. Klasifikasi : Antiplatelet
    b. Dosis Umum : 75 mg
    c. Dosis yang bersangkutan : 75 mg/24 jam/Oral
    d. Cara pemberian obat : Oral
    e. Mekanisme kerja obat : Mencegah pelekatan keping darah dan penyumbatan yang berbahaya
    f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pasien mengalami serangan stroke
    g. Kontraindikasi : Penderita gangguan organ hati, gangguan ginjal, tukak lambung, dan gangguan pembekuan darah seperti hemofilia
    h. Efek samping : Lebam dan perdarahan bawah kulit, Mimisan, Nyeri perut, Konstipasi atau diare, Gangguan pencernaan

5. Nama Obat : Xarelto
    a. Klasifikasi : Antikoagulan
    b. Dosis Umum : 10 mg dan 20 mg
    c. Dosis yang bersangkutan : 10 mg/24 jam/Oral
    d. Cara pemberian obat : Oral
    e. Mekanisme kerja obat : Menurunkan resiko stroke dan pembekuan darah pada pembuluh darah di tubuh.
    f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pasien mengalami penyumbatan di pembuluh darah otak
    g. Kontraindikasi : Pendarahan, gangguan hati berat, kerusakan ginjal
    h. Efek samping : Mual, muntah, demam, anemia

6. Nama Obat : Moxifloxacin
    a. Klasifikasi : Antibiotik
    b. Dosis Umum : 400 mg/250 ml
    c. Dosis yang bersangkutan : 400mg/24 jam/IV
    d. Cara pemberiaan : Injeksi/IV
    e. Mekanisme kerja obat : membunuh bakteri dan menghambat laju perkembangannya di dalam tubuh
    f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Sel darah putih pasien mengalami peningkatan
    g. Kontraindikasi : Pasien dengan hipersensitivitas terhadap moksifloksasina (moxifloxacin) atau antibiotik golongan kuinolon lainnya
    h. Efek samping : Mual atau muntah, Diare atau sembelit (konstipasi) dan batuk
7. Nama Obat : Farbivent
    a. Klasifikasi : Bronkodilator
    b. Dosis Umum : 2,5 ml

c. Dosis yang bersangkutan : 2,5 ml/12 jam
d. Cara pemberian obat : Inhalasi
e. Mekanisme kerja obat : Membantu Terapi untuk bronkospasme
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Tampak pasien batuk dan terdapat banyak lendir
g. Kontraindikasi : Hipersentivitas terhadap atropin dan derivatnya.
h. Efek samping : Sakit kepala, gelisah, takikardi, tremor

# BAB IV
# `PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini, Penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang di peroleh dari hasil perawatan yang di lakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Ny. “H” dengan *Non Hemoragik Stroke* di ruang perawatan ”ICU-ICCU“ RS Stella Maris Makassar.

## A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu hasil CT-Scan kepala. Dari pengkajian yang dilakukan pada Ny. “H” diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit pada tanggal 10 Maret 2019 dengan diagnosa medik *Hemiparese Sinistra*. Saat pengkajian dilakukan pada tanggal 11 Maret 2019 pasien Ny. “H” umur 73 tahun dengan diagnosa *Non Hemoragic Stroke* ditemukan keluhan kelemahan seluruh badan dan kekakuan badan di ekstermitas kiri atas. Keluarga mengatakan pasien di bawa ke RS karena tiba-tiba bibirnya miring dan tidak bisa berbicara dan mengalami kelemahan di seluruh badannya ketika menonton. GCS M6VAphasiaE4 (Composmentis). Setelah dilakukan pemeriksaan diagnostik CT-Scan pada tanggal 10 Maret 2019 diperoleh hasil dengan Lacunar infarks cerebi dextra, Lesi ini berhungan dengan ventrikel laleralis kanan (poreencephalic), Proses atrofi cerebri, Gambaran hydrocephalus ec vacuo, Deviasi septum nasi ke kanan. Pemeriksaan Laboratorium WBC 12.80 10^3/Ul, RBC 3,98 10^6/Ul, HGB 12,0 g/dL, HCT 35,4 %, PDW 12,1 fL, P-LCR 22,8 %, NEUT% 77,1%, LYM% 14,9 %, MXD% 8,0%, NEUT# 9,50 10^3/Ul, LYM# 1,80 10^3/Ul. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat Hipertensi dan jantung sejak 30 tahun  yang lalu dan Diabetes Militus sejak 5 tahun yang lalu. Dari data yang diperoleh melalui observasi TTV keadaan umum pasien

tampak sakit berat,TD : 150/90 mmHg, N : 87x/menit kuat dan teratur, S : 36,9$^{o}$C, P : 22x/menit irama teratur.

Tanda dan gejala pada teori tidak semua di dapatkan pada pasien seperti pandangan kabur. Salah satu tanda dan gejala Ny. “H” yaitu kelemahan di seluruh badan dan kekakuan pada salah satu sisi tubuh yaitu *Hemiparese sinistra*. *Hemiparese sinistra* terjadi karena adanya kerusakan sel-sel otak yang dapat menyebabkan gangguan fungsi motorik. Pada pasien terjadi pada otak kanan. Sesuai dengan pengaturan fungsi motorik oleh otak bawah hemisfer kanan bertanggung jawab terhadap pengaturan motorik tubuh sebelah kiri. Adanya kerusakan pada hemisfer kanan dapat menyebabkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas. Pada saat pengkajian ditemukan juga gejala aphasia pada kasus ini, karena adanya gangguan parese yang ditemukan pada nervus 7 (fasialis) dan nervus 12 (Hipoglossus). Hal ini terjadi karena adanya kerusakan pada otak yan berfungsi mengatur motorik untuk bicara. Sehingga saat pengkajian di dapatkan kemampuan verbal tidak dapat dikaji.

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko yang dapat mengakibatkan stroke antara lain : yang tidak dapat diubah (predisposisi), yaitu usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, sedangkan yang dapat diubah (presipitasi), yaitu hipertensi, penyakit jantung, DM, obesitas dan merokok.

Pada kasus, faktor yang dapat menyebabkan Ny “H” mengalami stroke yaitu pada faktor presipitasi yaitu Hipertensi dan faktor predisposisi yaitu Usia. Dimana Usia Ny.”H” yaitu 73 tahun dan Hipertensi yang sudah dialami sejak 30 tahun yang lalu yang mengakibatkan gangguan kelenturan dinding pembuluh darah karena sumbatan atherosklerosis pada pembuluh darah maka dapat menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen dan mengakibatkan otak mengalami kerusakan dan mengakibatkan stroke.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Ny.”H” penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena. Penulis mengangkat mengangkat diagnosa ini sebagai priorotas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum berat, lemah pada seluruh badan dan kekakuan di bagian tubuh sebelah kiri dan hasil CT-Scan menunjukkan adanya Lacunar infarks cerebi dextra, Lesi ini berhungan dengan ventrikel laleralis kanan (poreencephalic), Proses atrofi cerebri, Gambaran hydrocephalus ec vacuo, Deviasi septum nasi ke kanan.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih. Penulis megangkat diagnosa ini karena di dapatkan tanda dan gejala pada pasien seperti pasien batuk, terdengar suara lendir di lehernya dan pasien susah untuk mengeluarkan lendirnya dan didapatkan suara tambahan ronchi pada pasien.
3. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada pasien di dapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, pasien sulit menggerakkan ekstremitas kiri, dan segala aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat.

Diagnosa pada teori yang tidak di angkat pada kasus adalah :

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena hampir semua intervensinya sudah ada terdapat dalam intervensi hambatan mobilitas fisik yang dapat mengatasi masalah defisit perawatan diri.
2. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular hampir semua intervensinya sudah ada terdapat dalam intervensi hambatan mobilitas fisik yang dapat mengatasi masalah defisit perawatan diri.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan efek dari kerusakan pada bicara pada hemisfer otak. Alasan mengapa penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis hanya mengangkat 3 diagnosa prioritas utama untuk melakukan intervensi dan implementasi.

C. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan intervensi sesuai kondisi pasien.

6. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: Monitor TTV, Kaji tingkat kesadaran, Pantau Tekanan Intra Kranial, Tinggikan posisi kepala 15-30 derajat, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.
7. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhungan dengan mukus berlebih. Pada diagnosa ini penulis membuat 6 Intervensi yaitu : Memfasilitasi kepatenan jalan nafas udara, pantau pernapasan yang berbunyi seperti mendengkur, pantau pola pernapasan takipnea, hiperventilasi, Auskultasi bagian dada untuk mengetahui adanya suara tambahan, tinggikan kepala 15-30$^{o}$ dan berikan obat sesuai intruksi dokter.
8. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Pada diagnosa ini penulis membuat 5 Intervensi yaitu : kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas, bantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personal hygiene, ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali, Lakukan dan dukung pasien dalam latihan ROM pasif dan aktif,

libatkan dan ajarkan keluarga ROM pasif dan kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam mengembangkan dan menerapkan latihan program.

D. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan dilakukan pada Ny.”H” penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 12-14 Maret 2019 pada pasien Ny “H” merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri atau vena. Sampai pada hari ketiga perawatan belum dapat terasi. Karena tekanan darah pasien belum stabil dan pasien masih mengalami kekakuan di tubuh sebelah kiri dan kelemahan seluruh badan.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih. Sampai pada hari ketiga perawatan belum dapat teratasi. Karena masih tampak pasien batuk dan susah untuk mengeluarkan lendirnya dan masih di dapatkan suara tambahan ronchi.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Sampai pada hari ketiga perawatan belum dapat terasi, dimana pasien masih sulit menggerakkan ekstremitas bagian kirinya, yaitu : aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga.

# BAB V
# KESIMPULAN DAN SARAN

## A. Kesimpuan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Ny. “H” dengan *Non Hemoragic Stroke (NHS)* di ruang ICU-ICCU di RS Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : Dari hasil yang di dapatkan pada Ny.“H” faktor terjadinya stroke yaitu keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat Hipertensi dan jantung, observasi TTV keadaan umum pasian tampak lemah, kesadaran composmentis (GCS M6VAphasiaE4), TD: 150/90 mmHg, N: 87x/menit, S: 36,9$^0$C, P: 22x/menit.
2. Diagnosa Keperawatan : Diagnosa Non Hemoragic Stroke yang ditemukan pada Ny. “H” yaitu : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromeskular.
3. Intervensi Keperawatan : Dari rencana keperawatan yang telah penulis susunkan, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis ; meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, tindakan kolaborasi dan penyuluhan. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan dan sarana yang ada di Rumah Sakit.
4. Implementasi : Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi bisa terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi Keperawatan : dari hasil evaluasi tidak ada diagnosa yang teratasi, karena perawatan pasien stroke membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat setempat.
6. Dokumentasi : Telah dilakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada Ny. “H” dengan Non Hemoragic Stroke dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi selama 3 hari dengan kerjasama yang baik oleh bantuan rekan dan perawat.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan :

1. Bagi pasien atau keluarga

   Untuk mencegah terjadinya gejala stroke yang berulang, dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat, bugar dan menjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, batasi mengonsumsi makanan yang asin dan daging merah. Disarankan kepada keluarga untuk selalu bekerjasama dengan ahli fisiotherapi dalam memberikan latihan fisik, menilai rentang sendi dan menganjurkan kepada keluarga agar membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pasien.

2. Bagi institusi rumah sakit

   Pihak RS diharapkan selalu diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat kontinyu melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di RS, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di RS.

3. Bagi perawat

   a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan

membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat dan perawat itu sendiri.

b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subyektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat dan merasa tidak terabaikan.

4. Bagi mahasiswa (i)

Bagi mahasiswa (i) untuk lebih meningkatkan intervensi serta pelaksanaan yang tepat bagi pasien stroke sesuai dengan teori yang didapatkan dibangku perkuliahan demi membantu meningkatkan kesehatan pawien serta diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.

# DAFTAR PUSTAKA


Agustinus, Andy Santosa. (2011). *Pemeriksaan Fisik, Physical Assasment*. Jakarta. Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan St. Carolus.

Ariani, T. A. (2013). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta : Salemba Medika.

Arum, P. S. (2015). *STROKE, kenali, Cegah & Obati*. Yogyakarta : Notebook.

Batticaca,F. B. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.

Chang, E. Daly, J & Elliot, D. (2010). *Patofiologi Aplikasi Pada Praktik Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Cotran, R. (2009). *Dasar Patologis Penyakit.* Jakarta : EGC.

Gloria M. Bulechek, dkk. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC).* Edisi 6. Jakarta : Mocomedia.

Irfan, Muhammad. (2012). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

MRO RS. Stella Maris. (2018). *Statistik Stroke*. Makassar RS. Stella Maris. Tidak dipublikasikan.

Mutaqqin, A. (2011). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Persyarafan.* Jakarta : salemba Medika.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Diakses 4 April 2019 dari http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf

Robbins. (2015). *Buku Ajar Patologi*. Singapore : Elsiver.

Suddart, B. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.

Sue Moorhead, dkk. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Edisi 5. Jakarta : EGC.

Tammasse, J. (2013). *Stroke dan Pencegahannya*. Makassar : Identitas.

T. Herman Herdiman, dkk. (2015). *Diagnosis Keperawatan. Edisi 10.* Jakarta : Buku Kedokteran EGC.

Wijaya, A, S & Putri, Y, M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta : Medika

World Health Organization. *The Top 10 Causes Of Death*. Diakses 11 April 2019 dari https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Aurelia Antonieta Exposto
Nim : E1614401005
Kelas : IIIA / DIII Keperawatan
Pembimbing : Elmiana Bongga Linggi.,S.Kep.,Ns.,M.Kes

| No | Tanggal | Materi Konsul | Perbaikan | TTD |
|---|---|---|---|---|
| 1. | 11 Maret 2019 | Konsul hasil pengkajian | Data pengkajian ditambahkan, lanjutkan intervensi | |
| 2. | 15 Maret 2019 | Konsul BAB III | Perbaiki dan tambahkan data pengkajian, implementasi dan evaluasi | |
| 3. | 8 April 2019 | Konsul BAB III | Perbaiki data pengkajian dan implementasi | |
| 4. | 15 April 2019 | Konsul BAB I dan II | Perbaiki dan tambahkan data di BAB I dan BAB II | |
| 5. | 16 April 2019 | Konsul BAB I dan II | Tambahkan data di BAB I | |
| 6. | 2 Mei 2019 | Konsul BAB IV | Perbaiki dan tambahkan data BAB IV | |
| 7. | 3 Mei 2019 | Konsul BAB IV dan V | Perbaiki pengetikan di BAB IV dan BAB V | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| S | 8. | 8 Mei 2019 | Konsul BAB I - V | Perbaiki pengetikan di BAB V |  |