KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”S” DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* DI RUANG PERAWATAN ICU/ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

AGUSTINA TIMBA

E1614401001

DARMA CAESARIA DABEN

E1614401006

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "S" DENGAN *NON HEMORAG/C 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 : Aguatina Timba

Darma Caesaria Daben

NIM : E1614401001

E1614401006

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Fransiska Anita.Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)

NIDN. 0913098201

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

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

NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM Diii KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis Inl dengan Judul"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. "S" 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:

Hariffanggal : Rabu, 22 Mei 2019

Pukul : 11.00 - 12.30 WITA

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Mery Sambo, Ns., M.Kep)
2. Henny Pongantung, Ns., MSN., ON.Sc)
3. Fransiska Anita E.R.S, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB ( )

Mengetahul

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu S.Sl.,Ns.,M.Kes

NIDN. 09 80271O1

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Agustina Timba
Tempat/Tanggal Lahir	: Paun, 22 Mei 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Pampang 2 lorong 6

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Tana'/Kalote
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Simbuang

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 196 Inpres Simbuang	: 2004 - 2010
SMP Negeri 1 Tikala	: 2010 - 2013
SMA Tut Wuri Handayani	: 2013 - 2016
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2016 – 2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Darma Caesaria Daben
Tempat/Tanggal Lahir	: Kolaka, 21 Maret 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Datu Museng No.22

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Ruben Tanggulungan/Dasing
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Karyawan Swasta/Guru
Alamat	: Kolaka, Sulawesi Tenggara

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Dharma Wanita	: 2003-2004
SDN 1 Kowioha	: 2004 - 2010
SMPS Katholik REX MUNDI Pomalaa	: 2010 - 2013
SMA Negeri 1 Wundulako	: 2013 - 2016
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2016 – 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul ‘’Asuhan Keperawatan Pada Tn. “S” dengan *Non Hemoragic Stroke (NHS)* di ruang perawatan ICU/ICCU di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program DIII keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan, namun berkat bimbingan , pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terimakasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu.,S.Si,.Ns,.M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimbah ilmu di STIK Stella Maris Makassar`
2. Henny Pongantung,Ns.,MSN.,DN.Sc selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan kemahasiswaan STIK Stella Maris
3. Mery Solon,Ns.,M.Kes selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
4. Fransiska Anita,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku pembimbing penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah dan telah meluangkan waktu serta memberikan pengarahan dan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
5. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan ICCU Rumah Sakit Stella Maris yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Segenap dosen beserta staf di STIK Stella Maris Makassar yang ikut membantu dalam memberikan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Pasien Tn. “S” dan keluarga selaku penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
8. Teristimewa untuk kedua orangtua dari Agustina (Tana’ dan Kalote) dan Darma (Dasing dan Ruben) serta saudara dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, inspirasi, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Teman- teman seangkatan 2016 program DIII keperawatan khususnya kelas DIII Keperawatan III A yang selalu saling mendukung, saling membantu dan bekerjasama dengan baik selama mengikuti proses perkuliahan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah di STIK Stella Maris Makassar.

Akhirnya sebagai manusia biasa, penulis menyadari bahwa yang tertuang dalam Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis sarapkan untuk menyempurnakan Karya Tulis ini

Makassar, 22 Mei 2019
Penulis

Agustina dan Darma

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI vii
DAFTAR GAMBAR ix
DAFTAR TABEL x
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 5
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Klasifikasi 13
4. Etiologi 14
5. Patofisiologi 17
6. Manifestasi Klinis 19
7. Pemeriksaan Diagnostik 20
8. Penatalaksanaan Medis 21
9. Komplikasi 25
B. Konsep Dasar Keperawatan 25
1. Pengkajian 25
2. Diagnosa Keperawatan 27
3. Intervensi Keperawatan 28

4. Discharge Planning 35
C. Patoflowdiagram 37
BAB III TINJAUAN KASUS 41
A. Pengkajian 42
B. Analisa Data 64
C. Diagnosa Keperawatan..... 67
D. Rencana Keperawatan 68
E. Implementasi Keperawatan 73
F. Evaluasi Keperawatan 96
G. Daftar Obat 97
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 104
A. Pengkajian 104
B. Diagnosa Keperawatan 106
C. Intervensi Keperawatan 107
D. Implementasi Keperawatan 108
E. Evaluasi Keperawatan 109
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 110
A. Kesimpulan 110
B. Saran 111
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 anatomi otak dan jaringan saraf 8
Gambar 2.2 sirkulasi willisi..... 12
Gambar 2.3 patoflodiagram 37
Gambar 2.4 genogram 44

DAFTAR TAB

Table 3.1 pemeriksaan laboratorium…… 58
Table 3.2 analisa data…… ……... 63
Table 3.3 diagnosa keperawatan……. 66
Table 3.4 intervensi keperawatan…… 67
Table 3.5 implementasi keperawatan…….. 74
Table 3.6 evaluasi keperawatan……... 97

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban manusia sudah semakin berkembang pesat disegala bidang kehidupan. Ilmu pengetahuan dan teknolongi 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 menyebabkan terjadinya aterosklerosis berpotensi menimbulkan berbagai penyakit pembuluh darah dan adalah penyakit yang terjadi pada pembulu darah di otok yaitu stroke. (Basri, 2015).

Menurut data *World Health Organization* (*WHO*,2016) bahwa stroke merupakan penyebab kedua kematian dan penyebab keenam yang paling umum dari kecacatan. Sekitar 15 juta orang menderita stroke yang pertama kali setiap tahun, dengan sepertiga dari kasus ini atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan dan 3,1 juta laki-laki).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevelensi penyakit tidak menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013 salah satunya adalah penyakit stroke. Prevelensi stroke naik dari 7% menjadi 10,9%. Kenaikan prevelensi penyakit stroke ini berhubungan dengan dengan pola hidup, antara lain: meroko, konsumsi minuman alkohol dan kurangnya aktivitas fisik. Sejak tahun 2013 prevelensi merokok pada remaja (10-18 tahun) terus meningkat, yaitu 7,2%(Riskesdas 2013), 8,8% (Riskesdas 2016) dan 9,1% (Riskesdas 2018). Dari proporsi konsumsi minuman beralkohol pun

meningkat dari menjadi 3,3%. Demikian juga proporsi aktivitas fisik kurang juga naik dari 26,1% menjadi 33,5%. prevelensi penyakit stroke di inidonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 40-60 tahun yaitu sebesar 43,1%. Prevelensi stroke berdasarkan jenis kelamin laki-laki lebih tinggi yaitu sebesar 7,1% dibandingkan dengan perempuan yaitu sebesar 6,8%.Prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di provensi sulawesi selatan (17,9%), penyakit stroke terdapat 31,4% kematian di sulawesi selatan. Berdasarkan data kemenkes prevalensi penyakit stroke di kota Makassar sebesar 2,9%, terdapat 151 jiwa kematian akibat stroke di Makassar. Tercatat 50 juta orang mengalami kecacatan akibat stroke pada tahun 2015, yaitu sebesar 3,5% dari seluruh penderita cacat. (Kemenkes, 2015).

Data dari MRO RS. Stella Maris Makassar didapat kasus penderita stroke pada tahun 2016 berjumlah 161 orang dengan angka kecatatan berjumlah 134 orang dan jumlah angka kematian berjumlah 27 orang. Pada tahun 2017 berjumlah 157 orang dengan jumlah angka kecacatan 138 orang dan jumlah angka kematian 19 orang. Sedangkan pada tahun 2018 berjumlah 123 orang dengan jumlah angka angka kecacatan 100 orang dan jumlah angka kematian 23 orang. Berdasarkan data di atas walaupun menunjukkan penurunan angka orang yang terkena stroke tetap menjadi perhatian perawat dalam merawat pasien stroke terutama pada fase akut karena stroke menyebabkan kecacatan dan kematian jika tidak ditangani secara tepat atau akurat.

Fase akut memiliki gejala yang lebih buruk dibandingkan efek setelah pemulihan. Pada fase akut ini peran perawat dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien stroke dimulai dari intervensi selama fase akut yang bertujuan mencengah kematian dan mengurangi kecacatan adalah dengan latihan mobilisasi dan tirah baring setiap 2 jam sekali. Hingga fase

rehabilitasi untuk mengembalikan fungsi tubuh yang mengalami gangguan pusat stroke, tindakan ini sangat efektifuntuk mencegahterjadinya kekakuan padaotot, memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga maupun pasien tentang tujuan peningkatan mobilitas fisik. Hingga persiapan pulang sebagai care home jika pasien sudah diperbolehkan pulang. (Smeltzer, 2015).

Berdasarkan uraian diatas maka penyakit stroke merupakan kasus yang perlu mendapat perhatian khusus kerena angka kecacatan, angka kematian serta biaya yang diperluhkan untuk pengobatan cukup tinggi yang timbul pada pasien stroke. Sehingga peran perawat sangat penting. Sebagai perawat pelaksana, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif. Berdasarkan data tersebut maka penulis berkeinginan untuk melakukan asuhan keperawatan pada salah satu pasien di ruang ICU/ICCU, Rumah sakit Stella Maris Makassar dengan diagnosa "*Non Hemoragic Stroke*".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Untuk memperoleh pengalaman nyata tentang penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke(NHS*).

2. Tujuan khusus

   a. Melakukan pengkajin pada pasien *Non Hemoragik Stroken* (*NHS).*

   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (*NHS)*

   c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (*NHS*).

   d. Melaksanakan implementasi pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (*NHS).*

e. Melaksanakan evaluasi pda pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (*NHS)*.

f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (*NHS*).

C. Manfaat Penulis

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

1. Bagi Rumah Sakit

   Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelanyanan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (*NHS*).

2. Bagi Institusi

   Karya tulis ini dapat dimanfaatkan sebagai salah satu bacaan perpustakaan dan sumber informasi untuk dapat mengembangkanpenerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (*NHS*).

3. Bagi Pasien dan keluarga.

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, menyadari pentingnya pengobatan serta mau berpartisipasi dalam program pengobatan dan mau melakukan perubahan pola hidup untuk mencegah komplikasi dan berulangnya penyakit stroke pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (*NHS*). Serta mau melakukan rehabilitas post stroke baik di RS juga di rumah.

4. Bagi Penulis

   a. Merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan D III keperawatan

   b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang di peroleh selama pendidikan dalam memberikan asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (*NHS*).

D. Metode Penulisan

Karya tulis ini menggunakan metode penulisan deskriptif melalui pendekatan sebagai berikut :

1. Studi Kasus, terdiri dari :
   a. Observasi

      Melihat atau memonitor secara langsung segala kegiatan pelaksanaan keadaan pasien selama dalam perawatan.
   b. Wawancara

      Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan Tim Kesehatan yang terkait seperti : Perawat di ruangan untuk memperoleh data yang diinginkan.
   c. Pemeriksaan Fisik dengan cara : Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi serta melakukan pengkajian pola Gordon.
2. Studi Kepustakaan

   Penulis menggunakan berbagai bacaan yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini seperti : Buku-buku Medis, makalah, situs internet.

E. Sistimatika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah tersusun atas lima Bab yang terdiri dari Bab I "Pendahuluan", Bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistimatika penulisan. Bab II "Tinjauan Teoritis", bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *Discharge Planning*, dan Patoflowdiagram. Bab III, "Pengamatan Kasus", menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanan

keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV “Pembahasan Kasus” yaitu bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V “Penutup”, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN

TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

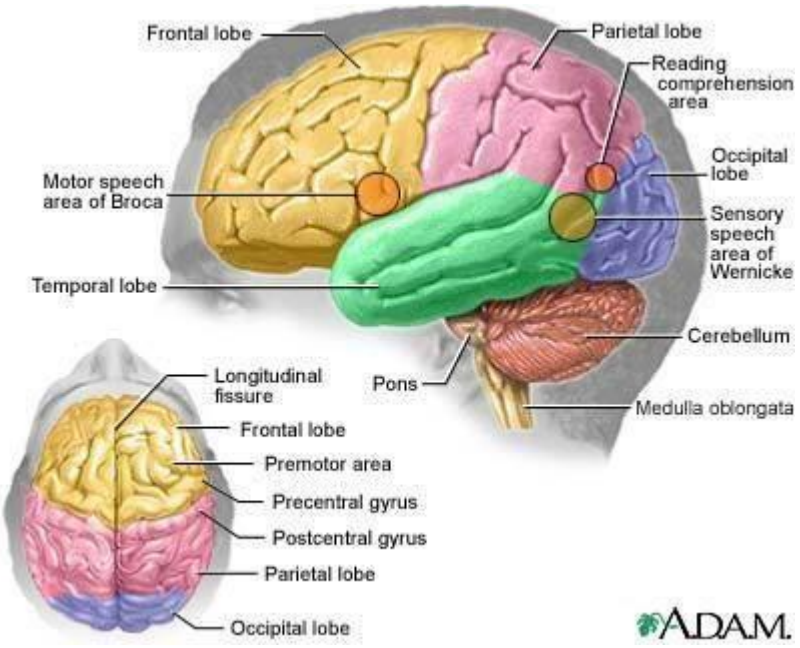
1. Pengertian

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

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

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan gangguan fungsional otak fokal maupun global akibat terhambatnya alliran darah ke otak karena perdarahan maupun sumbatan dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi otak dan jaringan saraf

a. Sistem Saraf Pusat

1) Otak

Otak adalah struktur pusat pengaturan yang memiliki volume sekitar 1.350cc dan terdiri atas 100 juta sel saraf atau neuron. Otak mengatur dan mengkordinir sebagian besar, gerakan, perilaku dan fungsi tubuh homeostatis seperti detak jantung, tekanan darah, keseimbangan cairan tubuh dan suhu tubuh. Otak manusia bertanggung jawab terhadap pengaturan seluruh badan dan pemikiran manusia. Oleh karena itu terdapat kaitan erat antara otak dan pemikiran.

Secara garis besar otak dibedakan menjadi 3 bagian utama yaitu :

a) *Serebrum* (otak besar)

Serebrum merupakan bagian otak yang paling besar dan paling menonjol, disini terletak pusat-pusat saraf yang mengatur semua kegiatan sensorik dan motorik, juga mengatur proses penalaran, ingatan dan intelegensi. Hemisfer serebri kanan mengatur bagian tubuh sebelah kiri dan hemisfer serebri kiri mengatur bagian tubuh kanan. Konsep fungsional ini di sebut pengendalian kontrelateral.

(1) *Lobus frontalis*

Merupakan lobus terbesar, terletak pada fosa anterior. Area ini dapat menerima informasi dari seluruh otak dan menggabungkan informasi-informasi tersebut menjadi pikiran, rencana dan perilaku. Daerah broca terletak di lobus frontalis dan mengontrol ekspresi bicara. Lobus frontalis bertanggung jawab terhadap fungsi kognitif tertinggi, seperti, pemecahan masalah, spontanitas, memori, bahasa, motivasi penilaian kontrol impuls, dan perilaku sosial/seksual.

(2) *Lobus parientalis*

Lobus parientalis berperan sebagai sensasi sentuhan, bau rasa, disertai kesadaran ruang. Lobus ini merupakan komponen kunci untuk koordinasi mata dan tangan/pergerakan kaki. Selain itu, di lobus ini terdapat daerah bicara yang bertanggung jawab untuk pengertian (pemahaman) bahasa. Lobus ini terdapat di depan sulkus sertalis dan di belakangi oleh karaco occipitals.

(3) *Lobus temporalis*

Lobus temporal berperan sebagai tempat emosi, dan juga bertanggung jawab terhadap rasa, bau persepsi, memori, musik, agresif dan perilaku seksual. Selain itu lobus ini mempunyai daerah bicara.

(4) *Lobus oksipitalis*

Lobus ini berfungsi untuk penglihatan. Di lobus oksipitalis kiri berfungsi untuk melihat angka dan huruf, sedangkan kanan untuk melihat gambar dan bentuk.

b) *Brainstem* (batang otak)

Batang otak pada dasarnya terdiri dari tiga bagian,yaitu :

(1) *Diensefalon,* bagian batang otak paling atas terdapat diantara serebrum dengan mesensefalon. Berfungsi sebagai dalam pengendalian motorik penggantian informasi alat indera dan pengendalian fungsi otonomi dari berbagai bagian tubuh.

(2) Mesensefalon (otak tengah) Merupakan penghubung antara pons dan serebellum dengan serebrum. Berfungsi sebagai tambahan yang berhubungan dengan indera perasa dan indera pendengaran dan sebagai pusat koordinasi dari respons refleks untuk indera pengelihatan.

(3) *Pons (jembatan)*

Medula oblongata merupakan pusat refleks yang penting untuk mengontrol fungsi otomatis, seperti detak jantung, sirkulasi darah pernafasan dan pendengaran. Berfungsi sebagai jembatan saraf yang menghubungakan dua belahan otak kecil,

otak depan atau serebrum dengan otak belakang atau sereberum, dan otak depan dan sumsum tulang belakang. (Muh.irfan 2010).

(4) *Medulla Oblongata*

Medula oblongata merupakan pusat refleks yang penting untuk mengontrol fungsi otomatis, seperti detak jantung, sirkulasi darah pernafasan dan pendengaran. Berfungsi untuk mengatur denyut jantung, dan menyebabkan pembuluh darah mengecil dan melebar dan mengontrol fungsi organ-organ dalam, termasuk muntah, batuk, bersin, tersedak dan penelanan makanan. (Muh.irfan 2010).

c) *Serebellum* (otak kecil)

Serebellum terletak di bagian belakang kepala, dekat denganujung leher bagian atas. Serebellum mengontrol banyak fungsi otomatis otak, di antaranya adalah mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh.

Susunan saraf terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak dan melewati lubang yang terdapat pada tulang tengkorak, berhubungan erat dengan otot panca indra telinga, hidung, lidah dan kulit.

d) Otak Tengah (*Mesencephalon)*

Otak tengah terdiri atas, yaitu:

1) Hipotalamus

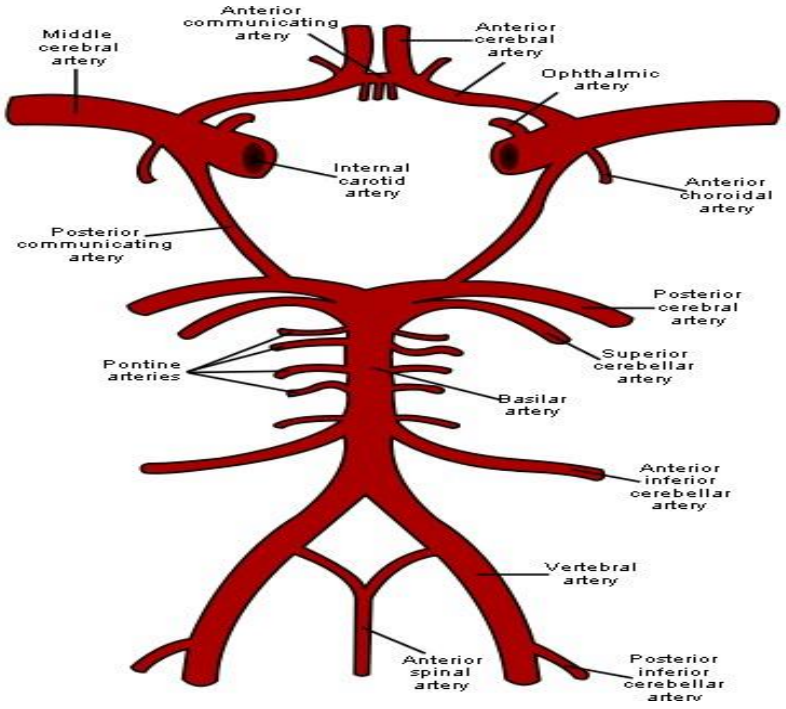
Bagian dari otak yang memiliki peran penting dalam mengendalikan fungsi tubuh dan termaksud pelepasan hormon dan kelenjar pituitari. Berfungsi untuk mengatur proses metabolisme tubuh yang

vital, yang mempengaruhi suhu, tekanan darah, merasa lapar, haus dan tidur.

2) Thalamus

Bagian dari sistem limbik, dan terhubungakan daerah dari korteks serebral yang bertanggung jawab untuk control gerak dan persepsi sensotik dengan bagian lain dari otak yang terlibat dalam fungsi yang sama. Berfungsi mengambil informasi dari sejumlah daerah otak yang berbeda dan mengirim ke korteks serebral.

b. Anatomi Vaskular



Gambar 2.2 Sirkulasi willisi

a. Vaskularisasi Otak

Otak mendapat darah arterial dari sepasang sitem sirkulasi utama, yang menyalurkan darah ke bagian otak, sirkulasi utama tersebut antara lain:

a) Sirkulasi arteri serebri arterior yang memberikan suplai pada sebagian besar kortex serebri dan massa putih sub kortikal, gangliabasalis, dan kapsula interna.

b) Sirkulasi arterior serebri posterior memberikan suplai ke korteks oksipital serebri, lobus temporalis medialis, thalamus, dan bagian rostal dari mesensefalon (otak tengah).

1) Arteri Karotis Interna

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dari aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis eksterna meperdarahi 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 perubahan 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 menperdarahi 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 menumbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

2) Arteri Vertebralis

Arteri veterbralis 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 memperdarahi medula oblongata, ponsserebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon.

3. Klasifikasi

a. Stroke *Hemoragic*

Stroke *Hemoragic* Merupakan perdarahan *serebral* dan mungkin perdarahan *subarkhnoid*. Yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu, dan biasanya terjadi pada saat pasien melakukan aktivitas atau saat aktif, namun juga pada kondisi istirahat.

Perdarahan otak dapat dibagi menjadi dua yakni :

1) Perdarahan *intraserebral*

Perdarahan intraserebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak.

2) Perdarahan *subarachnoid*

Perdarahan ini berasal dari pecahnya *aneurisma berry* atau *AVM*. Perdarahan subarakhnoid adalah masuknya darah ke ruang subarakhnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarakhnoid sekunder) atau sumber perdarahan berasal dari rongga subarakhnoid itu sendiri (perdarahan subarakhnoid primer).

b. Stroke Non Hemoragik

Stroke iskemik merupakan suatu penyakit yang di awali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang,yang apabila tidak di tangani dengan segera berakhir dengan kematian bagian otak tersebut. Stroke iskemik terjadi bila karena suatu sebab suplai darah ke otak terhambat atau terhenti.

4. Etiologi

Beberapa hal yang dapat menyebabkan terjadinya stroke:

a. Penyebab terjadinya *Non Hemoragic Stroke*, yaitu:

Non Hemoragic Stroke disebabkan oleh *aterosklerosis* pembuluh darah di leher naik ke kepala. *Aterosklerosis* adalah penumbukan timbunan lemak dan kolestrol di pembuluh darah. Timbunan ini makin lama makin menumpuk dan menghambat aliran darah.

Penyebab lain *Non Hemoragic Stroke* adalah penyumbatan pembuluh darah di jantung. *Non Hemoragic Stroke* dapat dibagi berdasarkan lokasi pengumpalan yaitu:

1) *Trombusis Cerebral* (bekuan darah dalam pembuluh darah otak atau leher). Aterosklerosis cerebral dan pelebaran sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis cerebral dan menjadi penyebab paling umum dari stroke.

2) *Embolisme Cerebral* (bekuan aliran darah atau material lain yang dibawah keotak dari bagian yang lain) biasanya terjadi saat seseorang sedang beraktivitas. (Sustrisno, 2011)

3) *Trombus emboli* (gumpalan atau bekuan sel-sel darah) emboli atau embolus yang ikut mengalir melalui pembuluh darah tubuh akan menimbulkan masalah ketika sampai pada bagian pembuluh darah yang kecil, partikel emboli tidak dapat melaluinya yang berarti manyumbat darah. Sebagai akibatnya jaringan dan sel-sel yang biasanya mendapatkan pasokan darah tersebut menjadi kekurangan oksigen (iskemia) dan pada akhirnya mengakibatkan kematian sel.

b. Penyebab terjadinya *hemoragic stroke* adalah:

Perdarahan i*ntrakranial* atau *intracerebri* meliputi perdarahan di dalam ruang *subrachnoit* atau di dalam jaringan otak sendiri. Pendarahan ini dapat terjadi karena *aterosklerosis* hipertensi, pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam *parenkin* otak yang dapat menyebabkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infrak otak, edema,dan mungkin herniasi otak. (Arif Muttaqin, 2012).

c. Adapun beberapa faktor penyebab terjadinya stroke yang sering teridentifikasi yaitu:

1) Yang dapat diubah (*Presipetasi)* (Muttaqin,2012)

a) Hipertensi

Dapat disebabkan oleh aterosklerosis atau sebaliknya. Proses ini dapat menimbulkan pecahnya

pembuluh darah atau timbulnya trombus sehingga dapat mengganggu aliran darah cerebral.

b) Merokok

Pada perokok akan timbul plak pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga terjadi aterosklerosis.

c) Diabetes Militus

Penderita diabetes militus dapat berpotensi mengalami stroke karena terjadinya peningkatan viskositas darah sehingga memperlambat aliran darah khususnya cerebral dan adanya kelainan mikrovaskuler sehingga bedampak juga terhadap kelainan yang terjadi pada pembuluh darah.

d) Peningkatan kolestrol

Kolestrol tubuh yang tinggi dapat menyebabkan aterosklerosis dan terbentuknya trombus dari lemak.

e) Obesitas

Pada obesistas dapat terjadi hipertensi dan peningkatan kadar kolestrol sihingga dapat menyebabkan gangguan pada pembuluh darah, salah satunya pembuluh darah otak.

f) Penyakit jantung

Kerusakan kerja jantung kan menurunkan kardiak output dan menurunkan aliran darah ke otak.

g) Kurang aktivitas fisik

Kurang aktivitas fisik dapat juga mengurangi kelemahan fisik termasuk kelenturan pembuluh darah (pembuluh darah menjadi kaku).

2) Yang tidak dapat diubah *(presiposisi)* (Fransiska B, 2012)

a) 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.

b) 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.

c) Ras/bangsa

Salah satu faktor risiko yang tidak dapat dipertanggung jawabkan, yang diyakini ras kulit hitam lebih memiliki masalah untuk meningkatkan stroke dibandingkan ras berkulit putih. Pada ras kulit hitam lebih banyak sekitar 38% dibandingkan dengan ras kulit putih.

d) Riwayat Keluarga

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

5. Patofisiologi

Infark serebri adalah berkurangnya suplay darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat.

Proses *arterosklerosis* ditandai oleh *plague* berlemak, yang mengenai intima arteri-arteri besar. Bagian *intima arteri serebri* menjadi tipis dan berserabut, sedangkan sel-sel ototnya menghilang. *Lamina elastika interna* terpecah dan berjumbai, sehingga *lumen* pembuluh sebagian terisi oleh materi sklerotik tersebut. Plague menunjukkan kecenderungan terbentuk pada percabangan atau tempat-tempat yang melengkung.

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari beberapa penyebab penyakit stroke. Pasien menderita embolisme biasanya lebih mudah dibandingkan dengan penderita thrombosis. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus jantung, sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung. Meskipun jarang terjadi, emboli juga berasal dari plague arteromatosa sinus karotis atau arteri karotis interna. Setiap bagian otak dapat mengalami embolisme, tetapi biasanya embolus akan menyumbat bagian-bagian yang sempit. Umumnya, emboli akan mengakibatkan lebih banyak kematian jaringan karena pembuluh anastomis tidak mempunyai kesempatan melebar dan mengkompensasi.

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan *nekrosis mikroskopik neuron-neuron*. Area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan menyebabkan infark pada otak.

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada bagian otak mana yang terkena, daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh

darah yang sering terkena iskemik arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen tidak diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat diatasi.

Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan metabolisme sel-sel neuron, dimana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju otak. Apabila hal ini tidak ditangani secara cepat dan tepat maka akan menyebabkan kerusakan Neurologis.

6. Manifestasi Klinis
   a. Gangguan yang terjadi pada *arteri media*/pembuluh cabang yang menuju ke otak bagian tengah:
      1) Gangguan gerak (motorik) yaitu kelumpuhan dari tingkat ringan sampai total pada lengan atau tungkai/kaki sebelah.
      2) Gangguan rasa di daerah muka (hanya sebelah), biasa disertai gangguan rasa pada bagian lengan dan tungkai yang hanya sebelah.
      3) Lidah terasa keluh/kaku, hal ini menyebabkan pasien sulit berbicara dan kadang sulit mengerti pembicaraan orang lain.
      4) Gangguan pada penglihatan, biasanya berupa pandangan kabur, kebutaan.
      5) Bola mata selalu melirik ke arah satu sisi saja.
      6) Tingkat kesadaran menurun.
      7) Sulit mengenal orang-orang yang sebelumnya sudah di kenal separuh badan mati.
      8) Tidak dapat membedakan antara kanan dan kiri
      9) Mulut miring.

10) Kehilangan kemampuan, keterampilan yang dulu sudah ada.

b. Gangguan yang terjadi pada *arteri cerebri anterior* atau pembuluh cabang yang menuju kearah otak, bagian depan:
   1) Kelumpuhan salah satu tungkai.
   2) Gangguan saraf perosa.
   3) *Inkontinensia* urine.
   4) Pingsan secara tiba-tiba.
   5) Sulit mengungkapkan keinginannya.
   6) Secara tidak sadar meniru pembicaraan orang lain.

c. Gangguan pada pembuluh cabang yang menuju otak bagian belakang:
   1) Pandangan kabur dan kebutaan.
   2) Terjadi rasa nyeri spontan.
   3) Sulit memahami yang dilihat.
   4) Hilangnya kemampuan membedakan dan mengenal warna.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan dalam membantu menegakkan diagnosis pasien stroke meliputi:

a. *CT-Scan*

   Mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikel otak.

b. *Angiografi Serebr*

   Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti pendarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.

c. *Lumbal Pungsi*

   Menunjukkan adanya tekanan normal,jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan

hemoragik subarachnoid atau perdarahan intrakranial. Kontraindikasi pada peningkatan tekanan intrakranial.

d. MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)
   Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.
e. Elektro encephalografi (EEG) : mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
f. Sinar X tengkorak :
   Mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada trombosis cerebral.
g. Pemeriksaan laboratorium.
   Kimia darah (SGOT, SGPT, BUN, Kreatinin, Asam urat)
h. Pemeriksaan darah rutin
   Faktor pembekuan, trombosis, hematokrit, kolestrol, dan glukosa darah.
   1) Pemeriksaan kimia darah
      Pada *stroke* akut dapat terjadi *hiperglikemia*. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam *serum* dan kemungkinan berangsur-angsur turun kembali.
   2) Pemeriksaan darah lengkap
      Untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

8. Penatalaksanaan Medik
   Secara umum, penatalaksanaan pada pasien *stroke* adalah:
   1. Penatalaksanaa umum
      a. Pada fase akut
         1) Pertahankan jalan nafas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator.
         2) Monitor peningkatan tekanan intrakranial.
         3) Monitor fungsi pernafasan : Analisa Gas Darah.

4) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
5) Evaluasi status cairan dan elektrolit.
6) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri.
7) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
8) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan.
9) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflex.

b. Fase rehabilitasi
   A. Pertahankan nutrisi yang adekuat.
   B. Program managemen bladder dan bowel.
   C. Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM).
   D. Pertahankan integritas kulit
   E. Pertahankan komunikasi yang efektif
   F. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
   G. Persiapan pasien pulang

2. Terapi obat-obatan

   Terapi pangobatan tergantung dari jenis stroke

   a. Stroke iskemik
      1) Pemberian trombosis dengan rt-PA (recombinant tissue plasminogen).
      2) Pemberian obat-obat jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta,kaptropil,antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.
   b. Stroke hemoragic
      1) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo- peritoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.

2) Antihipertensi : *katropil* (obat ACE, obat calcium channel blocker,deuretik).
3) Diuretik : *manitol* 20%, *furosemide*

3. Neuroproktektor

Berfungsi sebagai zat yang mampu melindungi sel-sel otak di area penumbra dari kerusakan ketika terjadi serangan stroke. Sebagai contoh pemberian obat citicoline di mana untuk mengurangi cedera iskemik (kematian sel karena kekurangan oksigen) pada susunan saraf pusat (otak) dengan mempertahankan membran fosfolipid.

9. Komplikasi

Dibawah ini beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada *stroke*:

a. Komplikasi pada stroke itu sendiri, yaitu:

1) *Herniasi* otak

Herniasi terjadi akibat peningkatan tekanan *intracranial* yang berlebihan, bila tekanan atau pergeseran bertambah di dalam ruang *cranial* maka akan mengganggu suplai darah ke otak atau penghentian aliran darah ke otak dan menyebabkan *herniasi* pada otak (Muttaqin, 2012).

2) *TIK* meningkat

Tekanan intrakranial (TIK) adalah infark cerebri luas ataupun pembentukan akan terjadi edema cerebri yang menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial (Suzanne Smeltzer, 2013).

3) Gagal napas

Dalam keadaan tidak sadar, harus tetap dipertahankan jalan napas, salah satu gejala dari *stroke* adalah penurunan kesadaran yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas karena lidah mungkin rileks, yang menyumbat *orofaring* sehingga terjadi gagal napas (Suzanne Smeltzer, 2013).

4) Distrimia jantung

Dengan adanya *embolisme serebral*akan menurunkan aliran darah keotak dan selanjutnya menurunkan aliran darah *serebral*. Otak akan memacu jantung untuk memompa darah ke otak sesuai kebutuhan yang mengakibatkan terjadinya distrimia jantung (Muttaqin, 2012).

5) Edema

Edema atau pembengkakan adalah respon tubuh terhadap cedera. Kadang-kadang dapat diobati obat dan istirahat. Namun pembengkakan di otak bisa sangat sulit di obati, edema serebri juga dapat menyebabkan kerusakan otak permanen. Pembengkakan dapat terjadi di seluruh otak atau di are tertentu.

i. Komplikasi pada perawatan stroke, yaitu:

1) Malnutrisi

Salah satu manifestasi klinik dari *stroke* adalah *disfagia* (sulit menelan). Dengan adanya gejala ini mengakibatkan terjadinya *anoreksia* yang menyebabkan intake tidak adekuat, sehingga menimbulkan malnutrisi (Muttaqin, 2012).

2) Ulkus Dekubitus

Ulkus dekubitus muncul pada kulit menerima tekanan kuat dalam waktu yang singkat atau tekanan ringan namun

dalam waktu yang lama. Penekanan yang demikian pada kulit akan menyebabkan gangguan aliran darah sehingga daerah tersebut mengalami kekurangan oksigen dan makanan. Kurangnya pasokan oksigen dan makanan menyebabkan jaringan rusak dan membentuk luka borok (*ulkus)*.

3) Dispagia

Kerusakan yang disebabkan oleh stroke dapat mengganggu refleks menelan, akibatnya makanan dan minuman berisiko masuk kedalam saluran pernapasan. Sedang *disfagia* dapat menyebabkan *pnemonia.*

4) Kontraktur

Salah satu komplikasi yang dapat terjadi setelah serangan stroke adalah kontraktur. Kontraktur sendiri dapat menjadi co-stroke dalam perkembangan terjadinya *hemipeglic shoulder pain* (nyeri sendi bahu).

B. Kosep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian (Muttaqin, 2012).

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

DS : Adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol, merokok.

DO : Hipertensi *atrterial* (dapat ditemukan/terjadi pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya embolisme.

b. Pola nutrisi metabolik

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

DS : Kesulitan menelan (gangguan pada *refleks palatum* dan*faringeal*). Obesitas (faktor resiko) tidak mampu memenuhi kebutuhan sendiri.

c. Pola eliminasi

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

d. Pola aktivitas dan latihan

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

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

f. Pola persepsi sensorik dan 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 kehilangan bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.

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
DS : Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

i. Pola mekanisme stress dan koping
DS : Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.
DO: Emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien *stroke* menurut (Doengoes, Marilinn 2012), yaitu:

a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah: gangguan oklusif, perdarahan, *vasospasme serebral, edema serebral*.
b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan *neuromuskular.*
c. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan *sirkulasi ke otak/afaksia.*
d. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan.
e. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik.
f. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial.
g. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan dengan informasi.

3. Perencanaan Keperawatan

Adapun intervensi yang dapat diberikan pada pasien dengan penyakit stroke adalah sebagai berikut: (Doengoes Marilynn, 2012).

a. Ketidakefektifan *perfusi* jaringan *serebral* b/d interupsi aliran darah: gangguan *oklusif*, perdarahan, *vasospasme serebral*, *edema selebral*.

Hasil yang diharapkan:

Mempertahankan tingkat kesadaran, biasanya/membaik, fungsi kognitif, dan motorik/sensorik.

1) Kaji faktor-faktor yang berhubungan dengan keadaan/penyebab khusus selama koma/penurunan perfusi serebral dan potensi terjadinya peningkatan *TIK*.

R/ Mempengaruhi penetapan intervensi. Kerusakan/ kemunduran/tanda gejala *neurologis* atau kegagalan memperbaikinya setelah fase awal memerlukan tindakan pembedahan untuk melakukan pemantauan terhadap peningkatan *TIK.*

2) Pantau/catat status *neurologis* sesering mungkin dan bandingkan dengan keadaan normalnya/standar.

R/ Mengetahui kecenderungan tingkat kasadaran dan potensial peningkatan *TIK* dan mengetahui lokasi, luas dan kemajuan/resolusi kerusakan *SSP*. Dapat menunjukkan *TIA* yang merupakan tanda terjadinya *trombosis CVA* baru.

3) Catat adanya *hipertensi/hipotensi*,bandingkan tekanan darah yang terbaca pada keduan lengan.

R/ *Hipertensi/hipotensipostural* dapat menjadi faktor pencetus. *Hipotensi* dapat terjadi karena *syok*. Tersumbatnya *arteri s 39-40*

45 *ubklafia* dapat di nyatakan dengan adanya perbedaan tekanan pada kedua lengan.

4) Catat *frekuensi* dan irama jantung :auskultasi adanya mur-mur.

   R/ Perubahan terutama adanya *bradikardia* dapat terjadi sebagai akibat adanya kerusakan otak. *Distritmia* dan mur-mur mungkin mencerminkan adanya penyakit jantung yang mungkin telah terjadi pencetus *CSV*.

5) Catat perubahan dalam penglihatan, seperti adanya kebutaan, gangguan lapang pandang/kedalaman persepsi.

   R/ Gangguan penglihatan yang spesifik mencerminkan daerah otak yang terkena,mengindikasikan keamanan yang harus dapat perhatian dan mempengaruhi intervensi yang akan dilakukan.

6) Letakan kepala dengan posisi agak di tinggikan dan dalam posisi *anatomis* (netral).

   R/ Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral.

7) Cegah terjadinya pengejan saat defekasi, dan pernafasan yang memaksa(batuk terus menerus).

   R/ *Manuver valsava* dapat meningkatkan *TIK* dan memperbesar resiko terjadinya perdarahan.

8) Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan *antikoagulansia* seperti *natrium warfarin (Coumadin)*, *heparin, antitrombosit (ASA), dipiridamol (persantine), atihipertensi.*

   R/ Dapat digunakan untuk meningkatan/memperbaiki aliran darah *serebral* dan selanjutnya dapat mencegah pembentukan saat *embolus/trombus*.

b.Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan *neuromuskular*

Hasil yang di harapkan:

Mempertahankan/meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena atau kompensasi.

Mempertahankan posisi optimal dari fungsi yang di buktikan oleh tak adanya kontraktur.

Intervensi:

1) Kaji kemampuan fungsional/luasnya kerusakan awal dan dengan cara yang teratur.

   R/ Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan.

2) Ubah posisi minimal 2 jam (telentang,miring) dan sebagainya dan jika memungkinkan bisa lebih sering jika di letakkan dalam posisi bagian yang terganggu.

   R/ Menurunkan resiko terjadinya *trauma/iskemia* jaringan.

3) Tinggikan tangan dan kepala.

   R/ Meningkatkan aliran balik *vena* dan membantu mencegah terbentuknya *edema*.

4) Observasi daerah yang terkena termasuk warna, *edema* atau tanda lain dari gangguan *sirkulasi*.

   R/ Jaringan yang mengalami *edema* lebih mudah mengalami trauma penyembuhan lambat.

5) Anjurkan pasien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan *ekstermitas*yang tidak sakit untuk menyokong/mengerakkan daerah tubuh yang mengalami kelemahan.

   R/ Dapat berespon dengan baik jika daerah yang sakit tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan dorongan serta latihan aktif untuk “menyatukan kembali sebagai bagian dari tubuhnya sendiri.

6) Bantu untuk mengembangkan keseimbangan duduk (seperti meninggikan bagian kepala tempat tidur, bantu untuk duduk di sisi tempat tidur)

R/ Membantu dalam melatih kembali jaras saraf, meningkatkan respons propriospetik dan motorik.

c. Hambatan komunikasi verbal b/d perubahan sistem saraf pusat

Hasil yang diharapkan :

Mengidentifikasikan pemahaman tentang masalah komunikasi, memahami masalah tentang komunikasi,membuat metode komunikasi dimana kebutuhan dapat diekspresikan.

Intervensi:

1) Observasi kemampuan klien beromunikasi

R/ untuk mengetahui kemampuan berkomunikasi

2) Berikan metode komunikasi *alternative*, seperti menulis di papan tulis, gambar.

R/ Memberikan komunikasi rentang kebutuhan bedasarkan keadaan/defisit yang mendasarinya

3) Lakukan metode percakapn yang baik dan lengkap

R/ klien dapat kehilangan kemampuan untuk memonitor ucapannya, komunikasinya secara tidak sadar

4) Gunakan pertanyaan terbuka dengan jawaban “ya/tidak “.

R/ menurunkan kebingungan/ansietas selama proses komunikasi dan berespon pada informasi pada informasi yang lebih banyak pada suatu waktu tertentu.

5) Bicaralah dengan nada normal dan hindari percakapan yang cepat.

R/ Pasien tidak perlu merusak pendengaran dan meninggikan suara dapat menimbulkan marah pasien/menyebabkan kepedihan.

6) Diskusikan mengenai hal-hal yang di kenal pasien, seperti pekerjaan, keluarga, dan hobi (kesenangan).

R/ Meningkatkan percakapan yang bermakna dan memberikan kesempatan untuk keterampilan praktis.

7) Kolaborasi : konsul ke ahli terapi bicara

R/ mengkaji kemampuan verbal individual dan sensorik motorik dan fungsi kognitif untuk mengidentifikasi deficit dan kebutuhan terapi.

d. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan

Hasil yang di harapkan :

Bunyi nafas terdengar bersih,ronchi tidak terdengar. Trackeal tube bebas sumbatan, menunjukkan batuk yang efektif. Tidak ada lagi penumpukan sekret di saluran pernafasan. Frekuensi nafas: 16-20 kali/menit.

Intervensi :

1) Kaji keadaan jalan nafas

R/ obstruksi mungkin dapat di sebabkan oleh akumulasi sekret,sisa cairan muskus,pendarahan, brokospasme, dan/atau posisi dari trakeostomi/selang endotrakeal yang berubah

2) Atur/ubah posisi secara teratur (tiap 2 jam)

R/ mengatur pengeluaran sekret dan ventilasi segmen paru-paru, mengurangi risiko atelektasis.

3) Berikan minum air hangat jika keadaan memungkinkan

R/ membantu pengenceran sekret, mempermudah pengeluaran sekret.

4) Ajarkan klien tentang metode yang tepat pengontrolan batuk

R/ batuk yang tidak di kontrol adalah melelahkan dan tdiak efektif,menyebabkan frustasi.

5) Auskultasi paru sebelum dan sesudah klien batuk

R/ sekresi kental sulit untuk diencerkan dan dapat menyebabkan sumbatan mukus,yang mengarah pada atelektasi.

6) Kolaborasi pemberian obat-obat bronkodilator sesuai indikasi

R/ mengatur ventilasi dan melepaskan sekret karena relaksasi otot/bronchospasme

e. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik

Hasil yang diharapkan:

Klien mau beradaptasi terhadap pencegahan luka,mengetahui penyebab dan cara pencegahan luka tidak ada tanda-tanda kemerahan atau luka

Intervensi :

1) Anjurkan untuk ROM (*range of motion)* dan mobilisasi jika mungkin

R/ meningkatkan aliran darah ke semua daerah

2) Ubah posisi tiap 2 jam

R/ menghindari tekanan dan meningkatkan aliran darah

3) Gunakan bantal air atau pengganjal yang lunak di bawah daerah-daerah yang menonjol yang baru mengalami tekanan pada waktu berubah posisi

R/ menghindari kerusakan kapiler

4) Lakukan mesase pada daerah yang menonjol yang baru mengalami tekanan pada waktu berubah posisi

R/ menghindari kerusakan kapiler

5) Jaga kebersihan kulit dan seminimal mungkin hindari trauma,panas terhadap kulit

f. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial

R/ klien akan mempertahankan status nutrisi,pemasukan cairan dan keseimbangan cairan secara optimal

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 makan yang di habiskan pasien
   R/ mengetahui intake nutrisi apakah adekuat atau tidak
4) Anjurkan keluarga memberi makan yang tinggi serat
   R/ makanan tinggi serat memperlancar proses penyerapan sehingga tidak terjadi konstipasi
5) Kolaborasi dengan bagian gizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien
   R/ mempercepat proses penyembuhan

4. Imlementasi

   Dalam implementasi tindakan keperawatan memerlukan beberapa pertimbangan (*potter & perry,2013).*

   a. Tinjau ulang segala kemungkinan intervensi keperawatan yang sesuaidengan masalah klien.
   b. Tinjau ulang semua
   c. Pertimbangkan peluang terjadinya kemungkinan konsekuensi
   d. Buat keputusan tentang manfaat dari konsekuensi bagi pasien

5. Evaluasi

   Proses evaluasi yang menentukan efektifitas asuhan keperawatan meliputi lima unsur (*potter & perry,2013).*

   a. Mengidentifikasikan kriteria dan standar evaluasi

b. Mengumpulkan data untuk menentukan apakah kriteria dan standar telah di penuhi
c. Menginterprestasikan dan meningkatkan data
d. Mendokumentasikan temuan dan setiap pertimbangan klinis
e. Menghentikan, merumuskan, atau merevisi rencana keperawatan

6. Discharge planning
   a. Penyuluhan perawatan kesehatan

      Anjuran kepada keluarga/pasien untuk mengurangi makanan yang banyak mengandung *kolesetrol*, dan mengurangi asupan makan yang berkadar garam tinggi karena garam dianggap berpotensi meningkatkan tekanan darah, menghentikan merokok, dan olahraga secara teratur menghindari minuman beralkohol, dan menghindar stress berlebihan.

   b. Memberikan penyuluhan mengenai penyakit *stroke* terutama untuk mengenal secara dini mengenai tanda dan gejala penyakit *stroke.*

   c. Kontrol kesehatan

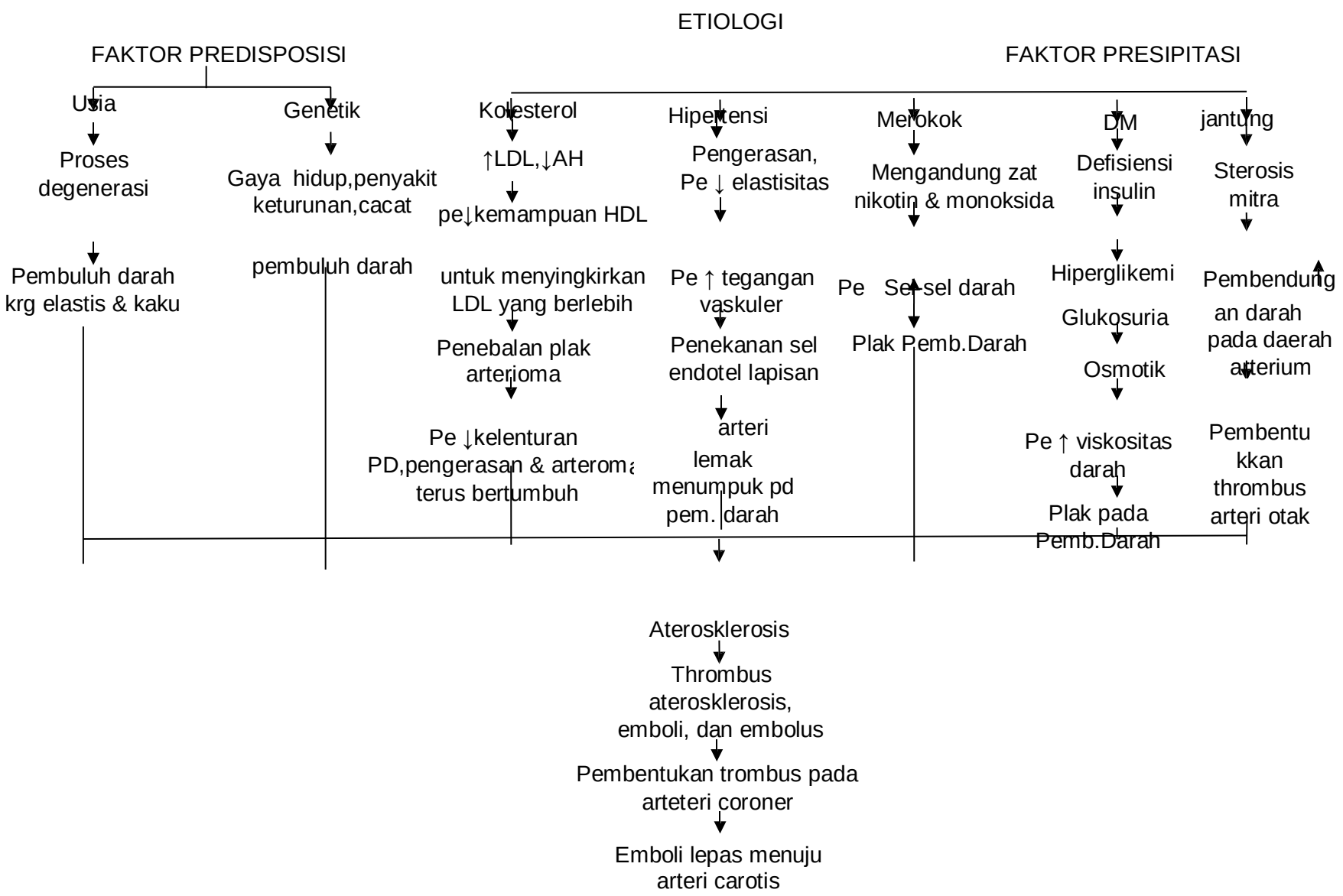
      Anjurkan pasein untuk mengontrol kesehatannya dan konsultasi dengan dokter khususnya mengenai stroke dan pemeriksaan tekanan darah serta kolesetrol yang telah ditentukan.

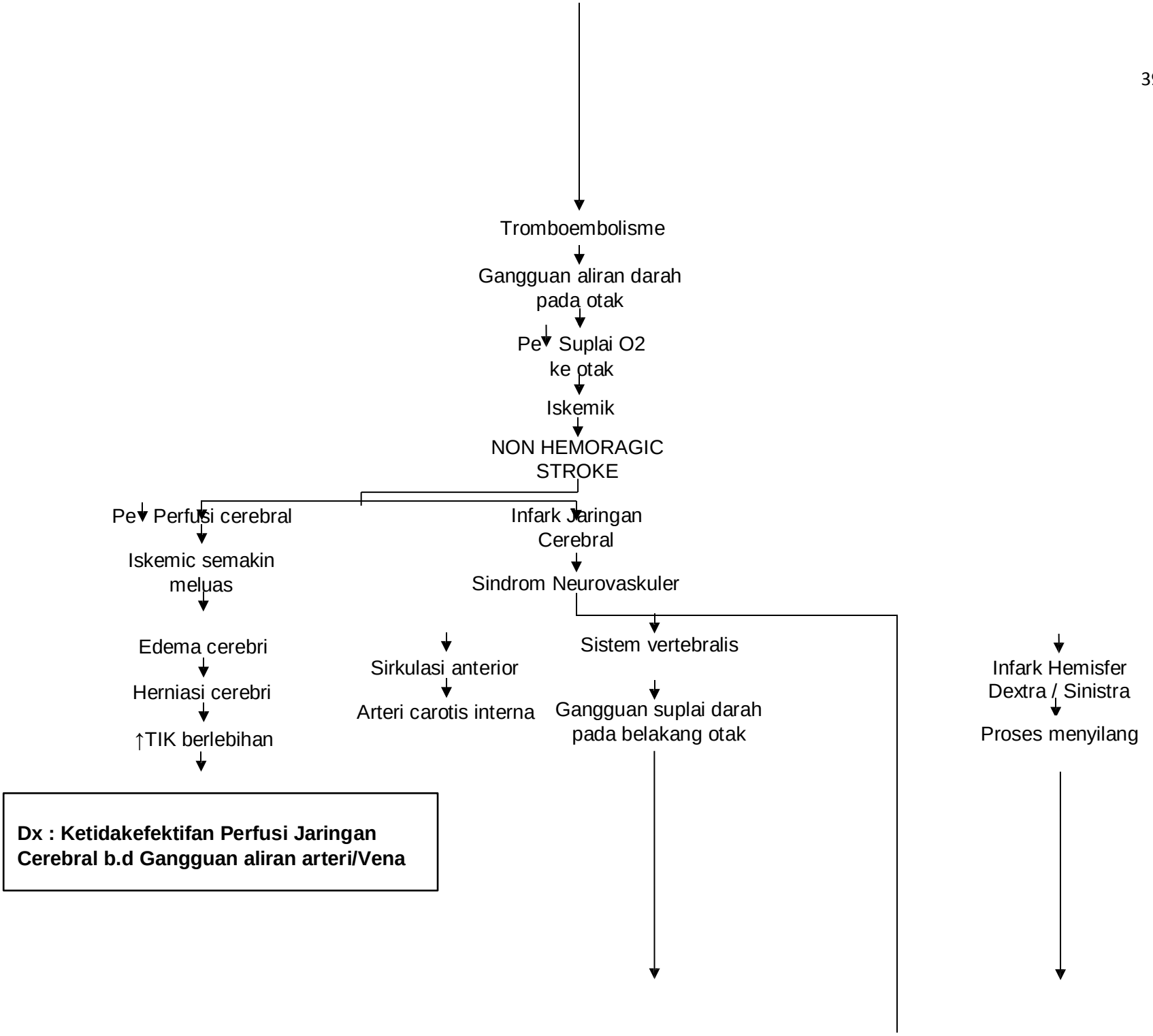
   d. Obat-obatan, anjurkan kepada pasien untuk mengkomsumsi obat-obatan sesuai dengan dosis yang telah ditentukan.

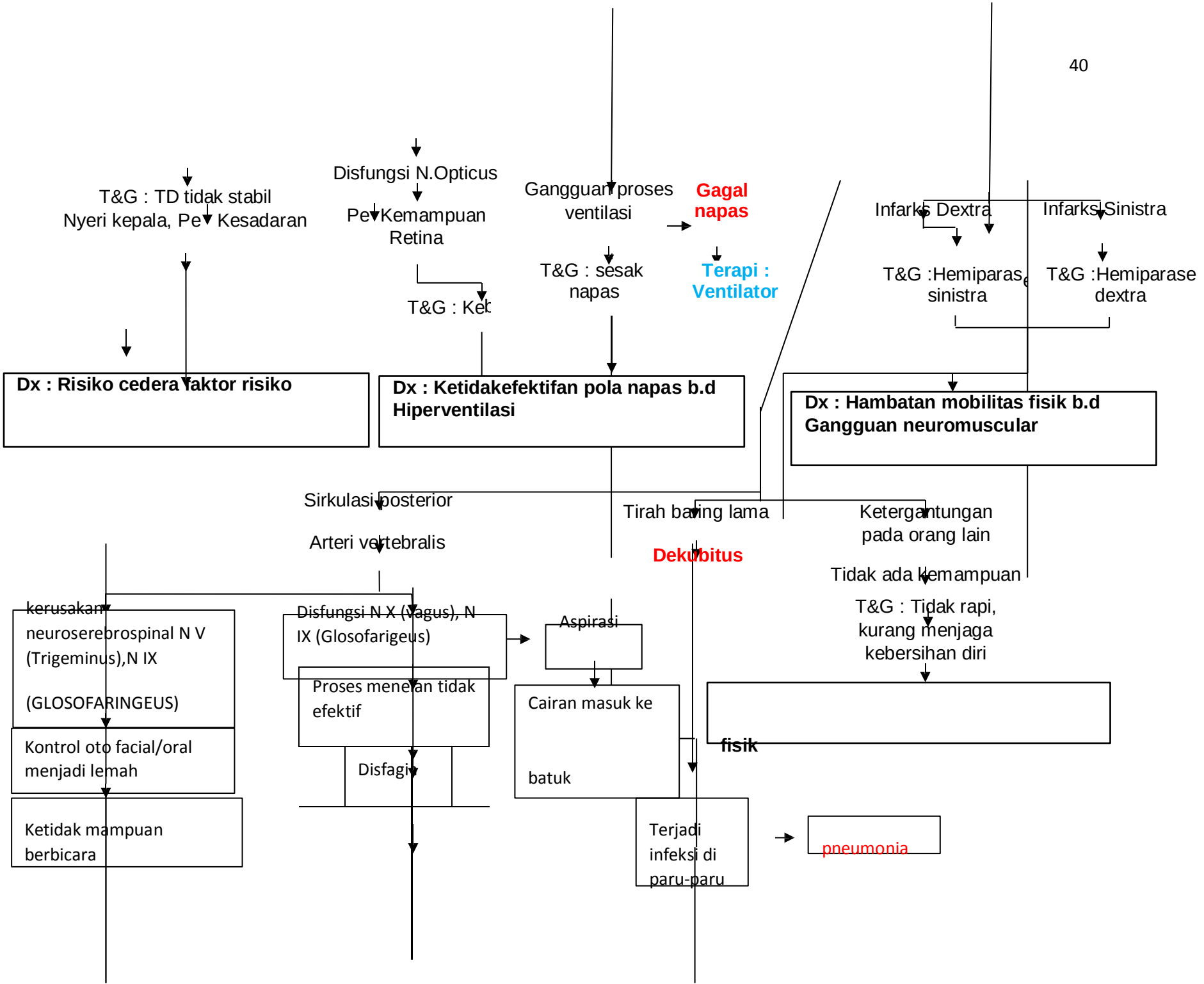
   e. Penyuluhan rehabilitasi pada pasien stroke

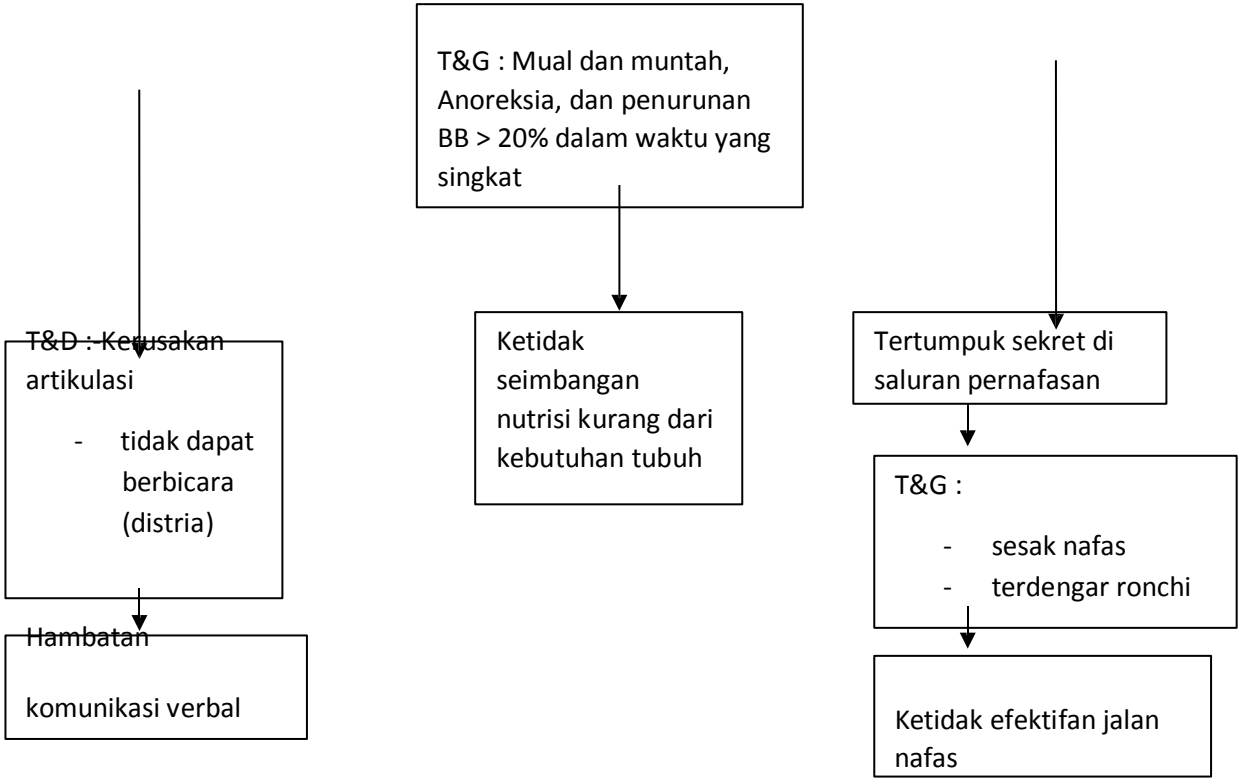
      Setelah serangan stroke, beberapa pasien mengalami berbagai gangguan seperti kelumpuhan, penurunana kemampuan komunikasi, perubahan mental hingga depresi. Oleh karena itu, kita sebagai perawat harus menyampaikan bahwa pasien perlu menjalani proses rehabilitasi agar dapat sebisa mungkin mengmbalikan fungsi tubuhnya. Rehabilitasi

stroke adalah proses dimana pasien stroke menjalani perawatan untuk membantunya kembali ke kehidupan norma. Dalam masa rehabilitasi, penderita stroke belajar bergerak, berpikir, dan merawat diri sendiri.


ETIOLOGI
FAKTOR PREDISPOSISI
FAKTOR PRESIPITASI
Usia
Genetik
Kolesterol
Hipertensi
Merokok
DM
jantung
Proses degenerasi
Gaya hidup,penyakit keturunan,cacat
↑LDL,↓AH
Pengerasan, Pe ↓ elastisitas
Mengandung zat nikotin & monoksida
Defisiensi insulin
Sterosis mitra
Pembuluh darah krg elastis & kaku
pembuluh darah
pe↓kemampuan HDL
untuk menyingkirkan LDL yang berlebih
Pe ↑ tegangan vaskuler
Pe Se-sel darah
Hiperglikemi
Pembendung
Glukosuria
an darah pada daerah
Penebalan plak arterioma
Penekanan sel endotel lapisan
Plak Pemb.Darah
Osmotik
arterium
arteri
Pe ↓kelenturan PD,pengerasan & arterom
lemak menumpuk pd pem. darah
Pe ↑ viskositas darah
Pembentu kkan thrombus arteri otak
terus bertumbuh
Plak pada Pemb.Darah
Aterosklerosis
Thrombus aterosklerosis, emboli, dan embolus
Pembentukan trombus pada arteteri coroner
Emboli lepas menuju arteri carotis


Tromboembolisme
Gangguan aliran darah pada otak
Pe Suplai O2 ke otak
Iskemik
NON HEMORAGIC STROKE
Pe Perfusi cerebral
Iskemic semakin meluas
Edema cerebri
Herniasi cerebri
↑TIK berlebihan
Dx : Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Cerebral b.d Gangguan aliran arteri/Vena
Infark Jaringan Cerebral
Sindrom Neurovaskuler
Sirkulasi anterior
Arteri carotis interna
Sistem vertebralis
Gangguan suplai darah pada belakang otak
Infark Hemisfer Dextra / Sinistra
Proses menyilang


T&G : TD tidak stabil
Nyeri kepala, Pe Kesadaran
Disfungsi N.Opticus
Pe Kemampuan
Retina
T&G : Ket
Gangguan proses ventilasi
Gagal napas
T&G : sesak napas
Terapi : Ventilator
Infarks Dextra
Infarks Sinistra
T&G :Hemiparas sinistra
T&G :Hemiparase dextra
Dx : Risiko cedera faktor risiko
Dx : Ketidakefektifan pola napas b.d Hiperventilasi
Dx : Hambatan mobilitas fisik b.d Gangguan neuromuscular
Sirkulasi posterior
Arteri vertebralis
Tirah baring lama
Dekubitus
Ketergantungan pada orang lain
Tidak ada kemampuan
T&G : Tidak rapi, kurang menjaga kebersihan diri
kerusakan neuroserebrospinal N V (Trigeminus),N IX (GLOSOFARINGEUS)
Disfungsi N X (Vagus), N IX (Glosofarigeus)
Aspirasi
Proses menelan tidak efektif
Disfagia
Cairan masuk ke
batuk
fisik
Kontrol oto facial/oral menjadi lemah
Ketidak mampuan berbicara
Terjadi infeksi di paru-paru
pneumonia


T&G : Mual dan muntah, Anoreksia, dan penurunan BB > 20% dalam waktu yang singkat
Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
T&D : Kerusakan artikulasi
- tidak dapat berbicara (distria)
Hambatan komunikasi verbal
Tertumpuk sekret di saluran pernafasan
T&G :
- sesak nafas
- terdengar ronchi
Ketidak efektifan jalan nafas

BAB III PENGAMATAN

KASUS

Pasien berinisial Tn"S" usia 56 tahun, masuk di rumah sakit Stella Maris tanggal 20 maret 2019 dengan keluhan utama penurunan kesadaran. Keluarga mengatakan hal ini dirasakan sejak kemarin pagi, yang disertai dengan muntah-muntah, dan tidak lama setelah muntah pasien tidak sadarkan diri. Saat itu juga keluarga membawa pasien ke RS. pada tanggal 21 Maret 2019. Saat pengkajian keadaan umum pasien tampak sakit berat, kesadaran *compos mentis* (CM), GCS : M6VaphasiaE4, disertai dengan hemiparese sinistra, tampak terpasang NGT sejak masuk RS, pasien tampak lemah, terpasang infus RL di tangan kiri. Saat masuk RS pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti mandi, BAK, BAB, mobilisasi di tempat tidur. Hasil observasi TTV : Tekanan Darah : 160/100 mmHg, Nadi : 144 x/mnt, Suhu: 36,2 ^{0}C, Pernapasan : 28 x/mnt.

Berdasarkan hasil pemeriksaan Lab, dan CT-Scan di dapatkan hasil 21 Maret 2019 Lab, WBC 14 -10^3/µ, MPV 10,9% dan CT-Scan terjadi infarks luas pada *cerebri dextra* DD/SOL, old infarks pada cerebri sinistra (lobus occipitalis), dan proses atrofi cerebri.

Pada penatalaksanaan medik, pasien mendapatkan terapi infus RL 500 cc 28 tetes/menit, piracetam/patropil 12gr/24jam, furosemide 1amp/24jam, dexamethazone amp/8jam, lovenox (0,6) 1amp/24jam, tyarid 2X1, selain itu pasien juga dianjurkan dokter untuk diit rendah garam.

Dari hasil analisa data, diperoleh tiga diagnosa keperawatan, yaitu, ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena, ketidakefektifan pola nafas berhungan dengan sindrom hipoventilasi dan hambatan mobilitas fisik berhungan dengan gangguan neuromuskuler.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswi yang mengkaji : Aguatina Timba : E1614401001

Darma Caesaria Daben : E1614401006

Unit : ICCU Autoanamnese :

Kamar : ICU Alloanamnese : √

Tgl masuk RS : 20 Maret 2019

Tgl pengkajian : 21 Maret 2019

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Nama initial : Tn. S
      Umur : 56 tahun
      Jenis kelamin : Laki-laki
      Status perkawinan : Menikah
      Jumlah anak : 5
      Agama/suku : Islam/Bugis
      Warga negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : SD
      Alamat rumah : Pulau Lumu-lumu
   b. Penanggung jawab
      Nama : Ny. I
      Umur : 24 tahun
      Alamat : Pulau Lumu-lumu
      Hubungan dengan pasien : Anak
2. Data Medik
      Diagnosa medik
      Saat masuk : Hemiparese sinistra ec NHS dd HS
      Saat pengkajian : NHS

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit ringan/sedang/~~berat~~/tidak tampak sakit
Alasan :Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. Pasien tampak terpasang NGT, monitor NRM, dengan laju 10 liter/menit, dan infuse dengan laju tetes 20 tetes/menit di sebelah tangan kiri pasien, dan tampak terpasang cateter. Tampak sisi tubuh sebelah kiri pasien mengalami kelemahan.

b. Tanda – tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Composmentis

Skala koma glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6
b) Recpon bicara : (aphasia motorik)
c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : M6 V AphasiaE4

Kesimpulan : Tidak koma.

2) Tekanan darah : 160/100 mmHg.

MAP : 140 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai.

3) Suhu : 36,2 ºC di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 28 x/menit.

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea
☐ Kusmaul ☐ Cheynes – stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 144 x/menit.

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradikardi ☑ Takikardi

Jenis : ☐ Lemah ☑ Kuat

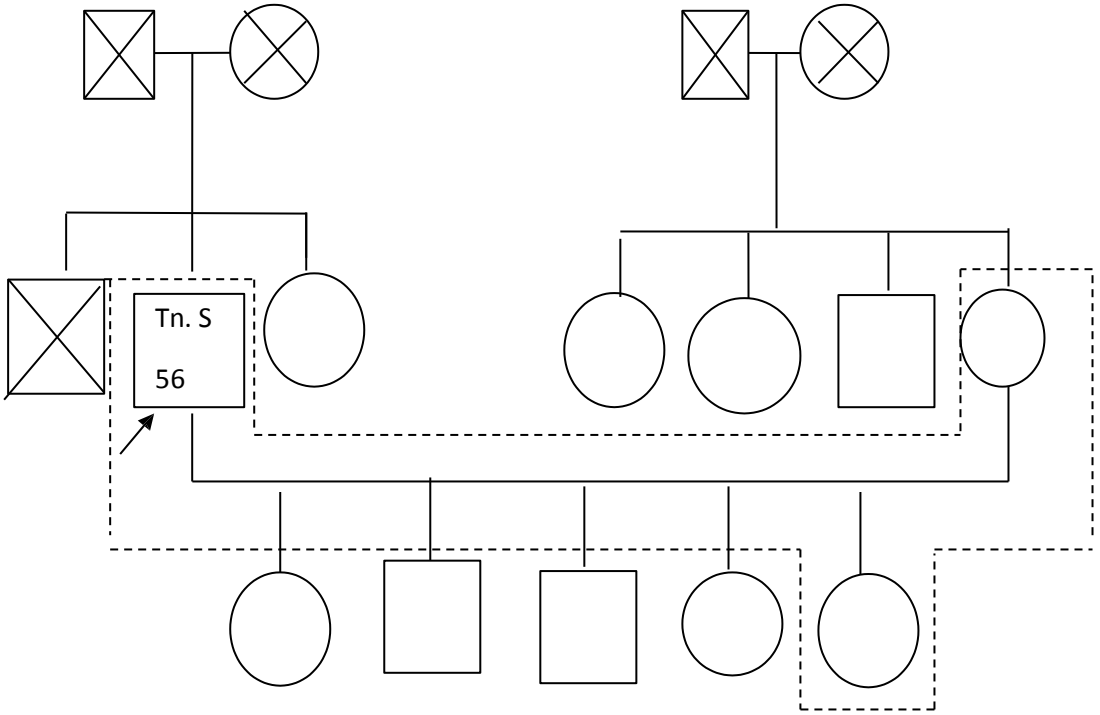
6) Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 30 cm
2) Tinggi badan : 165 cm
3) Berat badan : 65 kg

4) IMT (In deks Massa Tubuh) : 23,89 kg/m^2

Kesimpulan : Berat badan normal (ideal).

7) Genogram



Keterangan :

: Laki-laki

: Tinggal serumah

: Perempuan

: Kembar

: Meninggal

: Cerai

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan kesehatan itu penting. Keluarga pasien mengatakan paien adalah kepala keluarga dan bekerja sebagai nelayan. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat suka makan makanan yang berlemak seperti coto, dan bakso, pasien juga suka makan makanan yang asin seperti ikan asin. Kuarga mengatakan pasien tidak teratur mengkomsumsi obat hipertensi amlodipin ± 7 tahun yang lalu dan obat jantung, namun keluarga mengatakan keluarga tidak mengingat obat jantung yang pasien komsumsi karna pasien sudah lama tidak mengkomsumsi obat jantungnya.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama :

Penurunan kesadaran

b) Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tba tidak sadarkan diri kemarin pagi. Keluarga pasien mengatakan awalnya, saat bangun kemarin pagi, pasien tiba-tiba muntah dan tidak lama setelah muntah, pasien tiba-tiba tidak sadarkan diri dan bibir pasien miring ke kanan. Keluarga pasien mengatakan saat ditensi di rumah tekanan darah pasien 200/120 mmHg, akhirnya keluarga memutuskan membawah pasien ke Rumah Sakit Stella Maris.

Saat pengkajian kesadaran *compos mentis*, aphasia, sehingga menggunakan NGT keluarga mengatakan saat di jalan sudah sadar tapi pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. Keluarga mengatakan sampai di IGD pasien tiba-tiba mengalami sesak napas, saat pengkajian pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur, tampak pasien sesak

napas, tampak pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, tampak tubuh pasien mengalami kelemahan, tampak pasien menggunakan alat bantu pernapasan NRM dengan laju 10 liter/menit.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi ± 10 tahun yang lalu, keluarga juga mengatakan pasien pernah dirawat di Rs Lambuan Baji ± 7 tahun yang lalu karena diagnosa cardiomegaly. Keluarga mengatakan pasien mengkomsumsi obat hipertensi amlodipin ± 10 tahun yang lalu, namun tidak teratur dan obat jantung, namun keluarga mengatakan keluarga tidak mengingat obat jantung yang pasien komsumsi karena pasien sudah lama tidak mengkomsumsi obat jantungnya.

d) Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga mengatakan keluarga tidak mengetahui jika didalam keluarganya memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi dan jantung.

Pemeriksaan fisik :

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih.
b) Kulit kepala : Tampak bersih.
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih.
d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih dan tidak ada sariawan
e) Kebersihan genetalia : Tampak bersih.
f) Kebersihan anus : Tampak bersih.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan 1 porsi dihabiskan, yaitu pagi, siang, dan malam dengan menu nasi, sayur, dan ikan (pasien gemar makan ikan asin). Pasien minum

air putih ± 6-8 gelas sehari. Keluarga mengatakan pasien gemar makan bakso. Keluarga mengatakan pasien bisa menghabiskan 1 porsi bakso dan tambahan pentolan setelah menghabiskan 1 porsi mangkok bakso, dan pasien di rumah tidak nafsu makan jika tidak ada ikan asin, pasien mampu menghabiskan 1-2 ekor ikan asin dalam 1 kali makan, hampir setiap hari pasien makan ikan asin. Keluarga mengatakan pasien tidak mengalami penurunan berat badan.

2) Keadan sejak sakit :

   Keluarga mengatakaan pasien makan dan minum melalui selang NGT dengan frekuensi 3 kali sehari dengan jenis makanan halus.

3) Observasi :

   Tampak pasien terpasang selang NGT, tampak jumlah sonde yang diberikan dalam 1 kali sonde (sonde : 200 cc, dan AP : 20 CC)

4) Pemeriksaan fisik

   a) Keadaan rambut : Tampak pendek dan berwarna puih
   b) Hidrasi kulit : Kembali dalam 3 detik.
   c) Palpebra/conjungtiva : Tidak tampak anemik.
   d) Sclera : Tidak tampak ikterik.
   e) Hidung : Tampak septum berada di tengah.
   f) Rongga mulut : Tampak kotor dan berbau.
   g) Gusi : Tidak ada peradangan.
   h) Gigi : Tampak tidak ada sisa makanan
   i) Gigi palsu :Tidak utuh dan tidak ada gigi palsu.
   j) Kemampuan mengunyah keras : Tidak dikaji karna pasien menggukan NGT.
   k) Lidah : Tampak bersih.
   l) Pharing : Tidak ada peradangan.

m) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran.

n) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran.

o) Abdomen

Inspeksi : Tampak simetris, perut tampak datar dan bayangan vena tidak nampak.

Auskultasi : 13 x/menit.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : Suara tympani.

p) Kulit

Edema : ☐ Positif ☑ Negatif

Icterik : ☐ Positif ☑ Negatif

Tanda – tanda radang : Tampak tidak ada peradangan

q) Lesi : Tampak tidak ada lesi.

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidak pernah mengeluh tentang BAB dan BAKnya. Keluarga mengatakan pasien mengatakan pasien biasa BAB 1-2 kali dan BAK 4-6 kali dalam sehari.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak masuk ICU kemarin, pasien langsung dipasangi cateter dan pempres. Keluarga mengatakan pasien BAK malalui selang cateter dan tidak tahu berapa kali pasien BAK, dan pasien BAB menggunakan pempers.

3) Observasi :

BAB konsistensi feses lunak dan berwarna kuning kecoklatan

BAK berwarna kuning dan berbau amoniak.

4) Pemeriksaan fisik :

(a) Peristaltik usus : 20 x/menit.

(b) Palpai kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong

☐

(c) Nyeri ketuk ginjal : Positif √ Negatif

(d) Murut uretra :Tidak ada peradangan.

(e) Anus : Tampak bersih

Peradangan : Tidak ada peradangan

Hemoroid : Tidak ada.

Fistula : Tidak ada.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien adalah seorang kepala keluarga, dan ia bekerja sebagai nelayan ikan. Keluarga mengatakan pasien bekerja dari pagi dan pulang di sore hari.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak bisa lagi melakukan aktivitasnya seperti biasa. Keluarga mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kirinya sejak kemarin. Keluarga mengatakan semua kebutuhan pasien seperti: mandi, berpakaikan, makan, BAB dan BAK dilakukan di atas tempat tidur dan dibantu oleh perwat dan keluarga.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, tampak kelemahan tubuh pasien sebelah kiri.

Aktivitas harian

Makan	: 3
Mandi	: 2
Pakaian	: 2
Kerapihan	: 2
Buang air besar	: 3
Buang air kecil	: 3

0 = Mandiri

1 = Bantuan Alat

2 = Bantuan Orang

3 = Bantuan Alat Dan Orang

Mobilisasi di tempat tidur : 2

a) Postur tubuh : Tampak tegap
b) Gaya jalan : Tidak dikaji
c) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada anggota gerak yang cacat.
d) Fiksasi : Tidak ada.
e) Tracheostomi : Tidak ada.

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 160/100 mmHg.
Duduk : - mmHg.
Berdiri : - mmHg.

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : ☐ Positif ☑ Negatif

b) HR : 144x/ menit.
c) Kulit

Keringat dingin : Tampak pasien tidak keringat dingin
Basah : Tampak tidak basah

d) JVP : 5 – 2 cmH2O.

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.

e) Perfusi kapiler kuku : Kembali dalam waktu < 3 detik
f) Thorax dan pernapasan

Inspeksi

Bentuk thorax : Simetris kiri dan kanan.
Retraksi interkostal : Tidak ada
Sianosis : Tidak tampak sianosis
Stridor : Tidak ada

Palpasi

Vocal premitus : Tidak dikaji
Krepitasi : Tidak ada.

Perkusi

☐ Sonor ☑ Redup ☐ Pekak

Letak : Batas paru hepar teraba pada ICS IV linea sternalis sinistra.

Auskultasi

Suara napas : Bronchial

Suara ucapan : Tidak dikaji karna pasien tidak mampu bicara (apasia motorik).

Suara tambahan : Tampak tidak terdengar suara tambahan

g) Jantung

Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak.

Palpasi

Ictus cordis : Teraba ICS V mid clavicularis sinistra.

Perkusi

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra.

Batas bawah jantung : ICS V mid clavicularis sinistra.

Batas kanan jantung : ICS III linea mid sternalis dextra

Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra.

Auskultasi

Bunyi jantung II A : Iregular, di ICS II linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung II P : Iregular, di ICS III linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung I T : Iregular, di ICS IV linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung I M : Iregular, di ICS V linea midclavicularis.

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar.

Murmur : Tidak terdengar.

Bruit : Aorta : Tidak ada.

A.Renalis : Tidak ada.

A.Femoralis : Tidak ada.

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : [ ] Positif [√] Negatif

Rentang gerak :keterbatasan retang gerak (kememahan) pada lengan dan kaki kiri.

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada.

Fraktur : Tidak ada.

Parese : Tidak ada.

Paralisis : Tidak ada.

Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	0
Kaki	5	0

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.

Refleks fisiologis : Biseps (+), triseps (+), patella (+)

Refleks patologi

Babinski, kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

Kanan : ☑ Positif ☐ Negatif

Clubing jari – jari : Tidak ada.

Varises tungkai : Tidak ada.

i) Columna vetebralis

Inspeksi : ☐ Lordosi ☑ Kiposis ☐ Skoliosis

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan.

Kaku duduk : Tidak ada kaku kuduk.

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidur malam ± 7- 8 jam mulai dari jam 21:00 sampai jam 05:00 atau jam 06:00 pagi. Keluarga mengatakam pasien juga biasa tidur siang ± 1 jam dalam sehari.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien lebih banyak tidur.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur.

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 pasien tidak menggunakan alat bantu pengelihatan, pernapasan, dan pendengaran.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien mampu melihat, namun saat sakit pasien dibantu alat napas (NRM) karna pasien sesak, dan pasien mampu mendengar dengan baik, namum pasien tidak mampu bebicara (apasia motorik).

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan menganggukan kepala atau mengangkat alisnya pada saat diajak berbicara karena pasien tidak mampu berbicara (apasia motorik), dan dibantu alat pernapasan NRM karna pasien sesak.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

Kornea : Tampak normal

Pupil : Tampak isokor

Lensa mata: Tampak normal.

Tekanana intra okuler (TIO) : Teraba antara kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina : Simetris kiri dan kanan.

Kanalis : Tampak ada serumen.

Membran timpani : Tampak utuh dan memantulkan cahaya.

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Lengan dan kaki bagian kiri sulit digerakkan (mengalami kelemahan).

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien adalah seorang kepala keluarga dan pasien bertanggung jawab penuh atas keluarganya, terutama dalam mendampingi istri dan membina atau mendidik anak-anaknya. Keluarga mengatakan pasien adalah suami atau ayah yang tidak mudah putus asa, sehingga pasien mampu

menjalani perannya dengan baik dalam keluarga maupun masyarakat.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak dapat berbuat apa-apa, ia hanya terbaring lemah ditempat tidur. Keluarga juga mengatakan keluarga merasa cemas dengan keadaan pasien yang sekarang ini. Keluarga mengatakan keluarga berharap pasien dapat sembuh kembali dengan tujuan dapat berkumpul kembali bersam keluarganya.

3) Observasi :

Tampak pasien merasa sedih dan cemas

a) Kontak mata : tampak perhatian penuh
b) Rentang perhatian : Tampak pasien memperhatikan perawat saat bicara
c) Suara dan cara bicara: Tidak dikaji karna pasien tidak mampu berbicara (apasia motorik).
d) Postur tubuh : Tampak tengap

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan
b) Bentuk/ postur tubuh : Tampak tegap.
c) Kulit : Tampak tidak ada lesi

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengataakan pasien tinggal bersama istri serta anak-anaknya dan pasien berperan sebagai suami atau ayah dalam keluarganya. Keluarga mengatakan pasien diterima baik di keluarga dan masyarakat di sekitar lingkungan tempat tinggal pasien.

2) Keadaaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien hampir setiap hari selalu ditemani oleh keluarganya pada saat jam besuk.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan tampak keluarga membesuk serta mengajak pasien berbicara walaupun pasien tidak mampu berbicara (apasia motorik).

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien berumur 56 tahun, dan pasien memiliki 5 orang anak.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada reproduksi.

3) Observasi :

Tampak pasien berjenis kelamin laki-laki.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengataakan pasien sering memarahi atau menegur anak-anaknya pada saat mereka tidak mengikuti perintah pasien. Keluarga juga mengatakan saat ada masalah yang tidak bisa ia diselesaikan sendiri pasien meminta bantuan kepada istrinya untuk membantu menyelesaikan masalahnya.

2) keadaan sejak sakit :

keluarga mengatakan pasien tidak bisa lagi berbuat apa-apa karna pasien tidak mampu menegerakkan badannya, dan tidak mampu berbicara (apasia motorik).

3) Observasi :

Tampak exspresi wajah pasien cemas.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien menganut agama islam dan pasien sangat rajin pergi beribadah ke mesjid tiap hari jumat.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat beribadah karena kondisinya yang lemah. Keluarga mengatakan keluarga selalu mendoakan pasien dengan menggunakan tasbi di tempat tidur.

3) Observasi :

Tampak alquran dan tasbi disamping kepala pasien.

5. Uji Saraf Kranial

a. N I (Olfaktoorius):

pasien mampu mengenali bau minyak kayu putih namun tidak mampu menyebutkan namanya karna pasien tidak mampu berbicara (apasia motorik).

b. N II (Opticus):

Tidak dikaji karna pasien tidak mampu berbicra (apasia motorik).

c. N III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens):

Pasien mampu menggerakkan mata ke segala arah, dan pupil meberi refleks mengecil pada pada saat diberi cahaya.

d. N V (Trigeminus) :

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas pada wajah.

Motorik : Pasie tidak menggunyah keras karna pasien Menggunakan NGT. (aphasia)

e. N VII (Fascialis):

Sensorik : Tidak dikaji karna pasien tidak mampu menjulurkan lidahnya (aphasia)

Motorik : Pasien dapat mengangkat kedua alisnya. Saat diminta tersenyum tampak bibir miring ke kanan.

f. N VIII (Vestibulocochlearis):
Vestibularis: Tidak dikaji karena pasien lemah.
Akustikus : Pasien mampu mendengar gesekan jari pada ke dua telinga pasien.

g. N IX (Glossopharyngeus):
Tampak uvula berada ditengah .

h. N X (Vagus):
Tidak dikaji karna pasien menggunakan NGT.

i. N XI (Acsesorius):
Pasien mampu mengangkat bahu kanan

j. N XII (Hypoglosus):
Pasien tidak mampu menjulurkan lidah ke segalah arah (aphasia).

6. Pemeriksaan Penunjang

1. pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan laboratorium

Tanggal : 21 maret 2019

Nama/umur : Tn.”S”

Test/jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	14*	4.0 – 11.0	10^3/µL
RBC	5.38	4.00 – 6.20	10^6/µL
HGB	14.1	11.0 –18.8	g/dl
HCT	44.8	35 – 55	%
MCV	83.3	80 – 100	Fl

MCH	26.2	26 – 34	Pg
MCHC	31.5	31 – 35	Mg/dl
PLT	285	150 – 450	10^3/µL
RDW	14.8	10 – 20	%
PDW	14.4	8 – 18	%
MPV	10.9*	6.0 – 10.0	%

2. Kimia Darah

Pemeriksaan laboratorium

Tanggal :23 maret 2019

Nama/umur: TN.”s”/56 tahun

Test/jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HBA1C	9*	4.2 – 6.5	%

3. Creatinne

Pemeriksaan laboratorium

Tanggal :21 maret 2019

Nama/umur: Tn.”S”/56 tahun

Paramete	Hasil	Rujukan	Satuan	Keterangan
Gluk sewaktu	229	<160	Mg/dl	H
ureum	50.5	10 – 50	Mg/dl	H
Creatinine	1.2	<1.4	Mg/dl	

4. Ektrolit

Pemeriksaan laboratorium

Tanggal : 21 Maret 2019

Nama/umur :Tn.”S”/56tahun

Test/jenis pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
Natrium	137	136-145	Mmol/L
Kalium	4.5	3.4-4.5	Mmol/L
Chlorida	99*	100-108	Mmol/L

5. CT-Scan kepala

Tanggal :20 maret 2019

Nama/umur :Tn.”S”/56 tahun

Kesan :

- Infarks luas pada cerebri dextra DD/SOL
- Old infarks pada cerebri sinistra (lobus occipitalis)
- Proses atrofi cerebri

1. Foto toraks

Tanggal :20 maret 2019

Nama/umur :Tn.”S”/56 tahun

Kesan:

- Cardiomegaly, diltasi aorta dan edam paru

7. Terapi Obat

a. Piracetam/Patropil 12 gram/hari

Klasifikasi/ golongan :neurotonik/neurotropik

Dosis umum : 2,4 mg

Dosis yang bersangkutan : 2,5 mg/hari (1x1)

Cara pemberian : oral

Mekanisme kerja dan fungsi obat : meningkatkan kemampuan kognitif tanpa menimbulkan pangsangan pada otak.

Alas an pemberian obat : diberikan untuk memperbaiki kemampuan untuk menggingat sesuatu.

Kontraindikasi : penderita liver, ginjal,serta memiliki riwayat perdarahan saluran pencernaan dan stroke hemoragic.

Efek samping : mudah mengantuk atau merasa lelah.

b. Dexamethason

Klasifikasi/golongan : Kortikosteroid

Dosis umum : 0,75-9 mg

Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 0,5mg/8 jam/IV

Cara pemberian obat : injeksi IV

Mekanisme kerja obat : mengobati kondisi seperti arthritis, gangguan darah/hormon/sistem kekebalan tubuh, reaksi alergi, masalah kulit dan mata tertentu, masalah pernapasan, gangguan usus tertentu, mengurangi respon defensif alami tubuh dan mengurangi gejala seperti pembengkakan dan reaksi alergi.

Alasan pemberian obat : obat ini diberikan kepada pasien karena pasien mengalami kesusahan bernapas.

Kontraindikasi : tidak dianjutrkan pada penderita TBC, ibu hamil maupun ibu yang sedang berencana untuk hamil.

Efek samping : perubahan penglihatan, kenaikan berat badan yang cepat

c. Furosemide

Klasifikasi/golongan obat : Deuretik

Dosis umum : 40 mg/hari

Dosis untuk pasien : 40 mg/24 jam

Cara pemberian obat : melalui IV

Mekanisme kerja dan fungsi obat : berfungsi untuk mengurangi cairan berlebihan dalam tubuh (edema) yang disebabkan oleh kondisi seperti gagal jantung, penyakit hati dan ginjal. Obat ini juga digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi.

Alasan pemberian obat pada pasien : pasien di berikan obat ini karena pasien mengalami edema paru dan hipertensi.

Kontradiksi :pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap furosemide

Efek samping Mulut terasa kering, Sensitif terhadap cahaya matahari, Pusing, Sakit kepala

d. Lovenox 60 mg/0,6 ml/24 jam

Klasifikasi/golongan : Heparin

Dosis umum : 60 mg/0,6 ml

Dosis untuk pasien : 60 mg/0,6 ml/24 jam

Cara pemberian : intrakutan

Fungsi obat : berfungsi untuk mencegah da mengobati pembekuan darah yang membahayakan jiwa. Obat ini menjaga aliran darah tetap lancar dengan menurunkan aktivitas pembekuan protein dalam darah.

Kontra indikasi : riwayat trombositopenia selama terapi dengan enoksaparin.

Efek samping : memar, demam, mual, nyeri dan bengkak pada area suntikan.

e. Tyarid 400 mg/12 jam

Klasifikasi/golongan : anti-aritmia

Dosis umum : 200 mg

Dosis untuk pasien : 400 mg (2x1) sehari

Cara pemberian obat : oral

Fungsi obat : untuk mengatur irama detak jantung normal dan mempertahankan detak jantung yang stabil.

Kontraindikasi : seorang yang memiliki alergi pada obat jantung lainnya.

Efek samping : pengelihatan kabur, berkeringat dan pembengkakan pada wajah.

f. Clopidogril 75 mg tab/24 jam

Klasifikasi/golongan : antiplatelet

Dosis umum : 75 mg

Dosis untuk pasien : 75 mg/24 jam

Cara pemberian obat : oral

Fungsi obat : mencengah pengumpalan darah pada penderita serangan jantung, stroke iskemik (akibat penyumbatan).

Alasan pemberian obat : karena pasien mengalami stroke iskemik.

Efek samping : lebam atau perdarahan bawah kulit, mimisan, nyeri perut dan gangguan pencernaan.

A. Analisa Data

ANALISA DATA	ETIOLOGI	MASALAH
DS : Keluarga mengatakan pasien tiba-tiba tidak sadarkan diri. Keluarga mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi ± 10 tahun yang lalu. DO: Pasien stroke hari ke 2. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidurnya. Tampak pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. Tampak kesadaran pasien composmentis. Tampak GCS pasien: - Respon motorik: 6 - Respon verbal: Apasia motorik - Respon membuka mata: 5 Tampak ST-scan pasien: - Infrak luas pada cerebri dextra DD/sol. - Old infrak pada cerebri sinistra (lobus occipitalis). Tanda-tanda vital pasien:	Gangguan aliran darah arteri atau vena.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.

TD : 160/100 mmHg N : 144 x/menit P : 28 x/menit S : 36,2 ºc DS: Keluarga pasien mengatakan sampai di IGD pasien tiba-tiba mengalami sesak nafas DO: Tampak pasien sesakn cempat dan dangkal. Tampak pernapasan pasi Tampak frekuensi pernafasan pasien 28x/menit Tampak pasien menggunakan alat bantu pernapasan NRM 10x/menit Tanda-tanda vital: TD:160/100mmHg N: 144 x/menit S: 36,2ºC P: 28X/menit	Sindrom hipoventilasi.	Ketidakefektifan pola nafas
DS: Keluarga mengatakan pasien tidak bisa lagi melakukan aktivitasnya seperti biasanya. Keluarga mengatakan pasien tidak mampu menggerakkan	gangguan neuromuskuler	Hambatan mobilitas fisik

tangan dan kaki kirinya sebelah kiri sejak kemarin. Keluarga mengatakan semua kebutuhan pasien seperti mandi, berpakaina, makan BAB dan BAK dilakukan di tempat tidur dibantu oleh perawat dan keluarganya. DO: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. Tampak kelemahan tubuh pasien sebelah kiri. Tampak uji kekuatan otot: Kanan kiri Tangan 5 | 0 Kaki 5 | 0 Tampak ADL: Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapiha : 2 Buang air besa : 3 Buang air kecil : 3 Mobilisasi di tempat tidur:2		

j. Diagnosa keperawatan

Hari/tanggal/tahun	Diagnose keperawatan
23 Maret 2019	1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena. 2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan sindrom hpoventilasi. 3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskuler.

A. Implementasi

TANGGAL	DP	WAKTU	IMPLEMENTASI	NAMA PERAWAT

22 Maret 2013	I	07.00	Mengganti cairan. hasil : RL 500 (20 tetes/menit)	Agus dan Darma
			Memberikan pasien makan melalui NGT. hasil: BB:200 CC, AP : 50 CC	Agus dan Darma
			Memandikan pasien. hasil: Tampak pasien terliha bersih dan rapi.	Agus dan Darma
	I	08.12	Mengobservasi tanda-tanda vital. hasil: TD : 130/90 mmHg N : 82 X/menit P : 27 X/menit S : 36,4 ^{o}c	Agus dan Darma
	II		Memonitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas. Hasil : P : 28 X/menit. - Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal.	Agus dan Darma
	III	08.30	Melakukan latiah ROM. hasil: tampak tangan dan kaki kiriri pasien belum bisa digerakkan.	Agus dan Darma
	III		Mengajarkan kepada keluarga cara melakukan latihan ROM. Hasil: Tampak keluarga pasien belum bisa mengerti atau mengikuti ajaran perawat.	Agus dan Darma
	I			

	I,II		Menganjurkan untuk menghindari kegiatan yang dapat meningkatan tekanan intracranial. hasil: tampak keluarga pasien mengerti.	Agus dan Darma
	I	09.30	Meninggikan kepala tempat tidur 0-30º. Hasil: tampak pasien terbaring dengan kepala dinaikkan atau ditinggikan (15º).	Agus dan Darma
	I	10.00	Memonitor tingkat kesadaran dan orientasi. Hasil: - Tampak kesadaran kualitatif: composmentis. - Tampak GCS:M6(aphasia motorik)E4. - Tampak badan sebelah kiri pasien sulit digerakkan. - Keluarga mengatakan pasien belum bisa menggerakkan badan sebelah kiri. Mengobservasi tanda-tanda vital. Hasil: TD : 140/90 mmHg N : 99 x/menit P : 30 x/ menit S : 36 ºc	Agus dan Darma Agus dan Darma
	II		Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.	

			hasil: - P : 30 X/menit - Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal.	Agus dan Darma
	I		Kolaborasi dalam pemberian obat. Hasil: Obat Dexamethazone 1 amp/8 jam.	Agus dan Darma
	III	10.30	Membalikkan pasien tiap 2 jam. Hasil: Tampak pasien miring ke kanan.	Agus dan Darma
	II	10.45	Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi. Hasil: Tampak pasien mengikuti instruksi yang diajarkan perawat.	Agus dan Darma
	I	11.00	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Hasil: Obat lovenox 0,6 1amp/24 jam.	Agus dan Darma
	II	11.20	Kolaborasi dalam pemberiaan terapI oksigen. Hasil: Tampak NRM 10 liter/menit.	Agus dan Darma
	I	12.00	Mengobservasi tanda-tanda vital. Hasil: TD : 150/100 mmHg N : 100 X/menit P : 28 X/menit S : 36 ºc	Agus dan Darma
	I		Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.	

	III	13.20	Hasil: - Obat piracetam/patropil 12 gram/hari. - Obat CPG 1X1 Member makan pasien melalui NGT. Hasil: BB: 150 cc, AP: 50 cc Membalikkan pasien tiap 2 jam. Hasil: - Tampak kekuatan otot pasien. Kanan kiri Tangan 5 | 0 Kaki 5 | 0 - Keluarga mengatakan pasien belum bisa menggerakkaan tangan dan kaki kiri. - Keluarga mengatakan semua aktivitas dan kebutuhhan pasienn dibantu oleh perawat dan keluarga. Memantau output urine pasien Hasil: Tampak urine pasien 500 cc	Agus dan Darma Agus dan Darma Agus dan Darma
	I	14.05	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien. Hasil: TD : 140/100mmHg N : 98 X/menit P : 30 X/menit S : 36,4 ºc	Agus dan Darma Desi dan perawat

	II		Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Hasil: Obat furosemide I amp/24 jam.	Desi dan perawat
	II		Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Hasil: - Tampak pernafasan pasien 30 X/menit. - Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal.	Desi dan perawat
	I,II		Meninggikan kepala tempat tidur 0-30º. Hasil: Tampak pasien terbaring dengan kepala tempat tidur semi fowler (15º).	Desi dan perawat
		15.00	Mengganti cairan. Hasil: Cairan RL 500cc (20 tetes/menit).	Desi dan perawat
	II		Mengkaji kecepatan jalan nafas. Hasil: - Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal. - Tampak pasien menggunakan alat bantu pernafasan NRM (20 liter).	Desi dan perawat
	III		Memantau kegiatan aktivitas pasien. Hasil:	

			Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur dan semua kebutuhan pasien dibantuh oleh perawat dan keluarga.	Desi dan perawat
	I	16.10	Mengobservasi tanda-tanda vital. Hasil: TD : 150/100 mmHg N : 100 X/menit P : 30 X/menit S : 36,5 ^{o}c	Desi dan perawat
	II		Memantau kecepatan, irama, kedalaman, kesulitan bernafas. Hasil: - Tampak pernafasan pasien 30 X/meni. - Tampak pasien bernafas cepat dan dangkal.	Desi dan perawat
	III		Melakukan latihan ROM pasif. Hasil: Tampak tangan dan kaki sebelah kiri sulit digerakkan.	
	III		Mengajarkan kepada keluarga cara melakukan latihan ROM pasif kepada pasien. Hasil: Tampak keluarga pasien belum bisa, mengerti dan mengikuti perawat dalam melakukan latihan ROM.	Desi dan perawat Desi dan perawat
	III	17.10	Membalikkan pasien tiap 2 jam. Hasil: Tampak pasien miring ke kiri	

			Memantau kecepatan, iraama, kesulitan bernafas.	Desi dan
	II	18.00	Hasil:	perawat
			- Tampak pernafasan pasien 30 X/menit.	Desi dan
			- Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal.	perawat
			Balace cairan.	
			Hasil:	
		18.20	CM = 1270 CC	
			CK = 500 CC	
			IWL = BB X 15	Darma dan
			65 X 15 = 975	Agus
			CM – (CK + IWL)	
			1270 – (500 + 975)	
			1270 – 1475 = -205.	
			Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.	
	I	19.15	Hasil:	
			Obat Dexamethazone I amp/8 jam.	Desi dan
			Balance output (urine).	perawat
			Hasil:	
			Tampak urine pasien 300 cc	
			Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.	
	I	19.30	Hasil :	
			Obat tyarid 2XI oral.	
			Memberikan pasien makan melalui NGT.	Desi dan perawat
			Hasil :	
			BB : 200 cc, AP : 70 cc`	

			Meninggikan kepala tempat tidur pasien.	
	I,II	20.00	Hasil : Tampak pasien terbaring dengan kepla tempat tidur dinaikkan 15º (semi fowler).	Desi dan perawat
			Mengkaji kepatenan jalan nafas.	
			Hasil:	
	II		- Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal.	Desi dan
			- Tampak tidak ada secret yang menghalangi jalan nafas pasien.	perawat
			Membalikkan pasien tiap 2 jam.	
			Hasil:	
	III		Tampak pasien tidur terlentang.	
			Memonitir tanta-tanda vital.	
			Hasil:	Desi dan
			TD : 140/90 mmHg	perawat
	I	21.00	N : 98 x/menit	
			P : 28 X/menit	
			S : 36ºc	Desi dan
			Memonitor keceparatan, irama, kesulitan dalam bernafas.	perawat
			Hasil:	
	II		- Tampak pernafasan pasein 28 x/manit.	
			- Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal.	Desi dan perawat
			Output urine pasien	

	I	22.00	Hasil: Tampak urine pasien 550cc Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD: 150/90 mmHg N : 88x/menit P : 28x/menit S : 36.2ºC	Desi dan perawat
	II		Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi oksigen. Hasil: Tampak terpasang O2 NRM (10liter/menit). Mengganti cairan. Hasil: RL 500 cc (20 tetes/menit).	Anastasio dan Aris
	I	23.00 00.00	Memonitor tanda-tanda vital: Hasil: TD : 140/90 mmHg N : 90 x/menit. P : 28 x/menit S : 36 ºc	Anastasio dan Aris
	I	02.00	Memonitor kecepatan, irama, dan kesulitan bernafas. Hasil: - Tampak pernafasan pasien 28 x/menit. - Tampak pernapasan pasien masih terlihat cepat dan dangkal. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Hasil:	Anastasio dan Aris Anastasio dan Aris

	II		Obat Dexamethazone 1 amp/8 jam.	
			Memonitor tanda-tanda vital.	Anastasio dan Aris
			Hasil:	
			TD : 130/90 mmHg	
	I	04.00	N : 88 x/menit	
			P : 36 x/menit	
			S : 28 x/menit	Anastasio dan Aris
			Memantau kecepatan, irama, dan kesulitan bernafas.	
			Hasil:	
	II		- Tampak pernafasan pasien 28 x/menit.	
			- Tampak pernafasan pasien masih cepat dan dangkal.	Anastasio dan Aris
			Memonitor tanda-tanda vital	
			Hasil :	
			TD : 130/90 mmHg	
	I	06.00	N : 90 x/menit.	
			P : 28 x/menit	
			S : 36,4ºC	Anastasio dan Aris
			Membalikkan pasien tiap 2 jam.	
			Hasil:	
			Tampak pasien miring ke kanan.	
	III		Mengganti cairan.	
			Hasil:	Anastasio dan Aris
			Cairan RL 500 cc (20 tetets/menit).	
23 Maret 2019		07.00	Memberikan pasien makan melalui NGT.	
			Hasil:	Agus dan perawat

			BB: 200 cc, AP: 70 cc	
			Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.	Agus dan perawat
			Hasil:	
	II		Obat Tyarid 2xI oral.	
			Mengobservasi tanda-tanda vital.	
			Hasil:	Agus dan perawat
			TD : 140/90 mmHg	
	I	08.00	N : 90 x/menit	
			P : 28 x/manit	
			S : 36,4ºc	Agus dan perawat
			Memonitor keceptan, irama, kedalaman, dan kesulitan dalam bernafas.	
	II		Hasil:	
			- Tampak pernafasan pasien 28 x/menit	Agus dan perawat
			- Tampak pernafasan pasien masih cepat dan dangkal.	
			Melakukan latihan ROM pasif.	
			Hasil:	
			Tampak tangan dan kaki kiri	
	III	09.45	pasien belum bisa digerakkan.	
			Mengajarkan kepada keluarga cara melakukan latihan ROM pasif.	Agus dan perawat
			Hasil:	
	III		Tampak keluarga pasien belum mengerti dan belum bisa melakukan latihan ROM kepada pasien.	Agus dan perawat

	I		Menganjurkan menghindari kegiatan yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Hasil: Tampak keluarga pasien mengerti.	Agus dan perawat
	I,II		Meninggikan kepala tempat tidur 0-30º. Hasil: Tampak pasien terbaring dengan kepala sedikit dinaiikan (15º).	Agus dan perawat
	I	09.40	Memonitor tingkat kesadaran pasien. Hasil: - Tampak kesadaran pasien kualitatif: composmentis. - Tampak GCS: M6, V2, E4 (aphasia motorik). - Tampak badan sebelaah kiri pasien sulit digerakkan. - Keluarga mengatakan pasien masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinnya.	Agus dan perawat
	I	10.00	Memonitor tanda-tanda vital. Hasil: TD : 140/100 mmHg N : 100 x/menit P : 30 x/menit S : 36,5 ºc	Agus dan perawat

	II		Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas. Hasil: - Tampak pernafasan pasien 30 x/menit. - Tampak pernafasan pasien masih cepat dan dangkal.	Agus dan perawat
	I		Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Hasil: Obat Dexamethazone 1 amp/8 jam.	Agus dan perawat
	III		Membalikkan pasien tiap 2 jam. Hasil: Tampak pasien tidur terlentang.	Agus dan perawat
	II		Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi. Hasil: Tampak pasien mengikuti instruksi yang dianjurkan oleh perawat.	Agus dan perawat
	I	11.00	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Hasil: obat levenox 0,6 I amp/24 jam.	Agus dan perawat
	II		Kolaborasi dalam pemberian oksigen. Hasil: Tampak pasien terpasang o_2 NRM dengan 10/menit.	Agus dan perawat
	I	12.00	Memonitor tanda-tanda vital. Hasil: TD : 140/100 mmHg N : 98 x/menit. P : 30 x/menit	Agus dan perawat

			S : 36,4 ºC	
	II		Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.	
			Hasil: - tampak pernafasan pasien 30 x/menit.	Agus dan perawat
			- Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal.	
	I		Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.	
			Hasil : - obat parecetam/patropil 129/hari.	Agus dan perawat
			- Obat CPG IXI	
			Memberikan makan pasien melaluin NGT.	
			Hasil : BB: 200 cc, AP: 70 cc	Agus
	III	13.30	Membelikkan pasien tiap 2 jam.	
			Hasil: tampak pasien miring ke kanan.	Agus dan perawat
			Mengkaji kekuatan otot pasien.	
			Hasil: kanan | kiri Tangan 5 | 0 Kaki 5 | 0	
			- Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa menggerakan tangan dan kaki kirinya.	
			- Keluarga mengatakan semua aktivitas dan kebutuhan pasien	

			dibantu oleh perawat	
	I	14.00	dan keluarga.	
			Memonitor tanda-tanda vital.	
			Hasil: TD : 130/90 mmHg	Agus dan
			N : 80 x/menit	perawat
			P : 28 x/menit	
	II		S : 36 ºC	
			Kolaborasi dengan dokter dalam	
			pemberian obat.	Friza dan Tika
	II		Hasil: obat furosemide I amp/24 jam.	
			Memonitor kecepatan, iramaa,	
			kedalaman dan kesulitan bernafas.	Friza dan Tika
			Hasil: - Tampak pernafasan	
			pasien 28 x//menit.	
			- Tampak prnafasan	
			pasien masih cepat dan	
			dangkal.	
			Output urine pasien	
		15.00	Hasil: tampak urine pasien 500 cc	
			Mengganti cairan pasien	Friza dan Tika
			Hasil: cairan RL 500 cc (20	Friza dan Tika
	III		tetes/menit).	
			Membalikkan pasien tiap 2 jam.	
			Hasil: tampak pasien tidur terlentang.	Friza dan Tika
			Meninggikan kepala tempat tidur 0-30º.	
			Hasil:	
			Tampak pasien terbaring	
			dengan kepala tempat tidur	
	II		sedikit dinaikkan 15º.	
			Mengkaji kecepatan jalan nafas.	
			Hasil: - Tampak pasien	Friza dan Tika
			mengunakan alat bantu	

	III		pernafasan NRM dengan 10 liter//menit. - Tampak tidak ada lender pada jalan nafas pasien.	
	I	17.00	Memantau kegiatan aktivitas pasien, Hasil: Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur dan semua kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga,	Friza dan Tika
	II		Memonitor tanda-tanda vital. Hasil: TD : 130/90 mmHg N : 80 x/menit P : 28 x/mnit. S : 36,2 ºC	Friza dan Tika
	III		Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Hasil: - Tampak pernafasan pasien 28 x/menit. - Tampak pasien sulit dalam bernafas. - Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal.	Friza dan Tika
	III		Melakukan latihan ROM pasif. Hasil: Tampak tangan dan kaki pasien masih sulit digerakkan.	Friza dan Tika
			Mengajarkan kepada keluarga pasien cara melakukan gerakan latihan ROM pasif pada pasien,	Friza dan Tika

	III	17.15	Hasil: Tampak keluarga pasien mengerti dengan apa yang dijelaskan perawat dan mengikuti perawat dalam melakukan latihan ROM pasif pada pasien. Membalikkan pasien tiap 2 jam.	
	I	18.00	Hasil: tampak pasien miring ke kiri. Memonitor tanda-tanda vital.	Friza dan Tika
	II		Hasil: TD : 140/90 mmHg N : 86 x/menit P : 28 x/menit S : 36 ºc Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.	Friza dan Tika Friza dan Tika
	I	18.25	Hasil: - Tampak pernafasan pasien 28 x/menit - Tampak pasien kelihatan sulit bernafas. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.	Friza dan Tika
		18.20	Hasil: obat Dexamethazone I amp/8 jam. Balance output urine. Hasil: tampak urine pasien 300 cc Melakukan balance cairan. Hasil: CM = 1540 cc CK = 950 cc IWL = BB X 15 65 X 15 = 975 CM-(CK+IWL) 1540-(950+975)	Darma

	I	19.10	1540-1935 = -385 cc	
			Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.	Friza dan Tika
			Haasil: obat tyarid 2x1 oral	
			Memberikan makan pasien melalui NGT.	Friza
			Hasil: BB:150 cc, AP:50cc	
	I,II	19.40	Meninggikan kepala tempat tidur pasien 0-30º.	Friza dan Tika
			Hasil: tampak pasien terbaring ditempat tidur dengan kepala tempat tidur dinaikkan (15º).	
	III		Membalikkan pasien tiap 2 jam.	
			Hasil: tampak pasien tidur terlentang.	Friza dan Tika
	II		Mengkaji kepatenan jalan nafas.	
			Hasil: - Tampak pernafasan pasien cepat.	Friza dan Tika
			- Tampak tidak ada sekret yang menghalangi jalan nafas pasien.	
	I	20.00	Memonitor tanda-tanda vital.	
			Hasil: TD : 130/90 mmHg	Friza dan Tika
			N : 90 x/menit	
			P : 28 x/menit	
	II	22.00	S : 36 ºc	
			Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.	Friza dan Tika
			Hasil: - Tampak pernafasan pasien 28x/menit.	

	I	23.00	- Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal. Memonitor tanda-tada vita. Hasil: TD : 140/100 mmHg N : 90 x/menit P : 28 x/menit S : 36 ºc	Friza dan Tika
	II	00.00	Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Hasil: - Tampak pernafasan pasien 28 x/menit. - Tampak pernafasan pasien masih cepat dan dangkal.	Friza dan Tika
		02.00	Mengganticairan pasien.	
	II	04.00	Hasil: cairan RL cc (20tetes/menit). Memonitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan dalam bernafas. Hasil: - Tampak pernafasan pasien 28 x/menit. - Tampak pernafasan masih cept dan dangkal.	Friza dan Tika Friza dan Tika
	I	06.00	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Hasil: Obat Dexamethazone I amp/8 jam.	Friza dan Tika
24 Maret 2019	I	07.00	Memonitor tannda-tanda vital Hasil: TD : 130/90 mmHg N : 86 x/menit P : 24 x menit	Darma dan perawat yoyak

	II	08.00	S : 36,2 ºc Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Hasil: - Tampak pernafasan pasien 28 x/menit. - Tampak pernafasan pasien mulai teratur.	Darma dan perawat yoyak
	II	08.15	Kolaborasi dalam pemberian terapi oksigen. Hasil: tampak pasien terpasang alat bantu pernafasan o_2 Nasal Canula 5 liter/menit.	Darma dan perawat yoyak
	I	09.00	Menganti cairan pasien Hasil : cairan pasiien RL 500 CC (20tetes/menit).	Darma dan perawat yoyak
	I	09.45	Memberikan pasien makan melalui NGT. Hasil: BB:200cc, AP:50cc.	Darma
	I	10.00	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Hasil: obat tyarid 2x1	Darma dan perawat yoyak
	I	10.15	Mengobservasi tanda-tanda vital. Hasil : TD : 130/100 mmHg N : 89 x/menit P : 26 x/menit S : 36,4 ºc	Darma dan perawat yoyak
	II	10.30	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Hasil: obat furosemide Iamp/24 jam. Memonitor kecepatan, irama, kedalaman, kesulitan bernafas.	Darma dan perawat yoyak

	III	10.45	Hasil: - Tampak pernafasan pasien 26 x/menit. - Tampak pernafasan pasien mulai teratur, - Tampak pasien dibantu alat pernnafasan Nasal Canula dengan 5 tetes/menit. Melakukan latiha Rom pasif. Hasil : Tampak tangan dan kaki kiri pasien belum bisa degerakkan. Mengajarkan kepada keluarga cara melakukan latiha ROM pasif pada pasien. Hasil: tampak keluarga pasien mengerti dan mengikuti perawat dalam melakukan latihan ROM pasif kepda pasien. Membalikkan pasien tiap 2 jam. Hasil: tampak pasien tidur dan miring ke kanan. Mengkaji kekuatan otot pasien. Hasil: kanan | kiri Tangan 5 | 0 Kaki 5 | 0 - Tampak pasien belum bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri.	Darma dan perawat yoyak Darma dan perawat yoyak Darma dan perawat yoyak Darma dan perawat yoyak
	III	11.00		
	III	11.30		

	I	12.00	- Tampak kebutuhan pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga. Mengobservasi tanda-tanda vital. Hasil: TD : 140/90 mmHg N : 78 x/menit P : 24 x/menit	Darma dan perawat yoyak
	I	12.10	S : 36 ºc Meninggikan kepala tempat tidur 0-30º. Hasil: Tampak pasien terbaring dengan kepala dinaikkan (15º).	Darma dan perawat yoyak
	I	12..20	Menganjurkan untuk menghindari kegiatan yang dapat meningkatkan tekanan intracranial. Hasil: Tampak pasien dan keluarga pasien mengerti tentang ajaran atau anjuran dari perawat.	Darma dan perawat yoyak
	II	12.35	Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Hasil: - Tampak pernafasan pasien 24 x/menit. - Tampak pernafasan pasien mulai teratur, - Tampak pasien dibantu alat pernnafasan Nasal	Darma dan perawat yoyak

	I	12.50	Canula dengan 5 tetes/menit.	
			Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pembeian obat.	Darma dan perawat yoyak
			Hasil:	
	III	13.00	Obat Dexamethazone 1 amp/8 jma.	
			Membalikkan pasien tiap 2 jam.	
	I	13.05	Hasil:	Darma dan perawat yoyak
			Tampak pasien tidur terlentang.	
			Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.	Darma dan perawat yoyak
	III	13.15	Hasil:	
			Obat Lovenox 0,6 1 amp/12 jam.	
			Menganjukan pasien untuk melakukan teknik relaksasi.	Darma dan perawat yoyak
			Hasil:	
	II	13.25	Tampak pasien mengikuti instruksi yang dianjurkan oleh pasien.	
			Melakukan kolaborasi dalam pemberian terapi oksigen.	Darma dan perawat yoyak
			Hasil:	
			Tampak pasien memakai alat bantu pernapasan Nasal Canula 5 litar.	
			Memberikan makan melalui NGT.	
	I	14.00	Hasil:	Darma
			BB: 200 cc, AP: 50 cc	
			Melakukan observasi tanda-tanda vital.	Darma dan perawat yoyak
			Hasil: TD :130/90 mmHg	
			N : 90 x/menit	

	III		P : 24 x/menit S : 36,6 ºc Membalikkan pasien tiap 2 jam. Hasil: Tampak pasien miring ke kanan. Mengkaji kekuatan otot pasien. Hasil: kanan | kiri Tangan 5 | 0 Kaki 5 | 0 - Tampak pasien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. - Tampak kebutuhan pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga.	Darma dan perawat yoyak

k. Evaluasi

Tanggal	**EVALUASI SOAP**	**Nama Perawat**

22 Maret 2019	DP.I : ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral b/d gangguan aliran darah atau vena. S : - Keluarga mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. O : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidurnya. - Tampak pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. - Tampak kesadaran pasien composmentis - GCS : M = 6 V = 2 (Apasia motorik) E = 5 - Tampak tanda-tanda vital TD : 150/90 mmHg P : 28 X/Menit N : 88 X/Menit S : 36,6 ºC A : - Masalah perfusi jaringan cerebral belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi : 1,2,3,4,5. DP.II : ketidakefektifan pola nafas b/d sindrom hipoventilasi. S : - Keluarga mengatakan pasien merasa sesak. - Keluara mengatakan pasien bernafas terlihat cepat. O : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidurnya. - Tampak pasien terlihat sesak. - Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal.	Agustina Timba dan Darma Caesaria Daben

	- Tampak pasien menggunakan alat bantu pernafasan NRM 10 L/Menit. - Tampak frekuensi pernafasan pasien 25-28 X/Menit. - Tampak tubuh pasien sebelah kiri mengalami kelemahan. A : - Masalah ketidakefektifan pola nafas belum efektif. P : - Lanjutkan intervensi : 1,2,3,4,5. DP.III: hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler. S : - Keluarga mengatakan pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya. - Keluarga mengatakan pasien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki kirinya. - Keluarga mengatakan semua kebutuhan dan keperluan pasien seperti : makan, mandi, berpakaian, BAB dan BAK dilakukan di tempat tidur dibantu oleh perawat dan keluarga. O : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidurnya. - Tampak tubuh pasien sebelah kiri mengalami kelemahan. - Tampak uji kekuatan otot pasien : Kanan | kiri Tangan 5 | 0 Kaki 5 | 0 - Tampak ADL pasien :	

	Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 Buang air besar : 3 Buang air kecil : 3 Mobilisasi di tempat tidur : 2 A : - Masalah hambatan mobilitas fisik masih terhambat. P : - Lanjutkan intervensi : 1,2,3,4,5,6.	
23 Maret 2019	DP.I : ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral b/d gangguan aliran darah atau vena. S : - Keluarga mengatakan pasien belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. O : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidurnya. - Tampak pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. - Tampak kesadaran pasien composmentis. - GCS : M = 6 V = 2 (Apasia motorik) E = 5 - Tampak tanda-tanda vital TD : 140/100 mmHg P : 28 X/Menit N : 90 X/Menit S : 36 ºC A : - Masalah perfusi jaringan cerebral belum teratasi P :	Agustina Timba dan Darma Caesaria Daben

	- Lanjutkan intervensi : 1,2,3,4. DP.II : ketidakefektifan pola nafas b/d sindrom hipoventilasi. S : - Keluarga mengatakan pasien masih merasa sesak. - Keluarga mengataakan pasien masih terlihat bernafas cepat. O : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidurnya. - Tampak pasien terlihat sesak. - Tampak pernafasan pasien cepat dan dangkal. - Tampak pasien menggunakan alat bantu pernafasan NRM 10 L/Menit. - Tampak frekuensi pernafasan pasien 25-28 X/Menit. - Tampak tubuh pasien sebelah kiri mengalami kelemahan. A : - Masalah ketidakefektifan pola nafas belum efektif. P : - Lanjutkan intervensi : 1,2,3,4. DP.III: hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler. S : - Keluarga mengatakan pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya. - Keluarga mengatakan pasienmasih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya.	

	- Keluarga mengatakan semua kebutuhan dan keperluan pasien seperti : makan, mandi, berpakaian, BAB dan BAK dilakukan di tempat tidur dibantu oleh perawat dan keluarga. O : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidurnya. - Tampak tubuh pasien sebelah kiri mengalami kelemahan. - Tampak uji kekuatan otot pasien : Kanan kiri Tangan 5 | 0 Kaki 5 | 0 - Tampak ADL pasien : Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 Buang air besar : 3 Buang air kecil : 3 Mobilisasi di tempat tidur : 2 A : - Masalah hambatan mobilitas fisik masih terhambat. P : - Lanjutkan intervensi : 1,2,3,4,5.	Agustina Timba dan Darma Caesaria Daben
24 Maret 2019	DP.I: ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral b/d gangguan aliran darah atau vena. S : - Keluarga mengatakan pasien belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya.	Agustina Timba dan Darma Caesaria Daben

	O : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidurnya. - Tampak pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. - Tampak kesadaran pasien composmentis. - GCS : M = 6 V = 2 (Apasia motorik) E = 5 - Tampak tanda-tanda vital TD : 140/100 mmHg P : 28 X/Menit N : 90 X/Menit S : 36 ºC A : - Masalah perfusi jaringan cerebral belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi : 1,2,4,5. DP.II : ketidakefektifan pola nafas b/d sindrom hipoventilasi. S : - Keluarga mengatakan pasien merasa sudah tidak terlalu sesak lagi. - Keluarga mengatakan pasien sudah tidak terlihat bernafas O : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidurnya. - Tampak pasien terlihat sesak. - Tampak pernafasan pasien mulai stabil. - Tampak pasien menggunakan alat bantu pernafasan Nasal Canula 5 L/Menit.	

	- Tampak frekuensi pernafasan pasien 20-24 X/Menit. - Tampak tubuh pasien sebelah kiri mengalami kelemahan. A : - Masalah ketidakefektifan pola nafas belum efektif. P : - Stop intervensi : 1,2,3,4. DP.III: hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler. S : - Keluarga mengatakan pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya. - Keluarga mengatakan pasien belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. - Keluarga mengatakan semua kebutuhan dan keperluan pasien masih dibantu seperti: makan, mandi, berpakaian, BAB dan BAK dilakukan di tempat tidur dibantu oleh perawat dan keluarga. O : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidurnya. - Tampak tubuh pasien sebelah kiri mengalami kelemahan. - Tampak uji kekuatan otot pasien : Kanan kiri Tangan 5 | 0 Kaki 5 | 0	Agustina Timba dan Darma Caesaria Daben

	- Tampak ADL pasien : Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 Buang air besar : 3 Buang air kecil : 3 Mobilisasi di tempat tidur : 2 A : - Masalah hambatan mobilitas fisik masih terhambat. P : - Lanjutkan intervensi : 1,2,4,5.	

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Dalam pembahasan kasus tentang Asuhan Keperawatan pada pasien Tn“S” dengan masalah “*Non Hemoragic Stroke*” di ruang lahan praktek RS Stella Maris Makssar khususnya di ruang ICU/ICCU. Dari pengamatan dan pelayanan praktek keperawatan yang kami lakukan selama 4 hari yaitu dimulai dari tanggal 21 Maret sampai 24 Maret 2018. Kenyataannya sebagian besar ada yang sesuai denga teori ada juga yang tidak sesuai yang kami dapatkan melalui pendekatan proses keperawatan yaitu pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi sebagai berikut.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melelui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu berdasarkan hasil CT-Scan kepala. Tn”S” dirawat di ruang icu dengan keluhan lemah badan sebelah kiri. Dari haasil pemerikasaan fisik didapatkan kekuatan otot :

Kanan	kiri
5	0
5	0

Hasil pengkajian ditemukan data yaitu kelemahan pada salah satu sisi tubuh pasien yaitu sebelah kiri. Dari data yang diperoleh melalui observasi TTV keadaan umum tampak sakit berat, kesadaran : CM, GCS:M6VaphasiaE4, Tekanan darah : 160/100

mmHG, Nadi : 144x/menit, Suhu : 36,2ºC, Pernapasan:28x/menit dan pasien terpasang NGT. Pasien terpasang NGT karena pasien mengalami disfagia dilihat dari nervus yang bermasalah pada pasien, seperti nervus 5 (Trigeminus), nervus 9 (Glosofaringeal),dan nervus 10 (vagus).

Hasil CT Scan kepala infraks luas pada cerebri dextra, hasil fota thoraks Cardiomegaly, dilatasi aorta dan edama paru, hasil laboratorium WBC 14 10^3/µL, MPV 10,9%, HbA1C 9%, Ureum 50,5 mg/dl, Chlorida 99 mmol/L. Sehingga pasien menerima terapi Piracetap/Patropil 12 gram/24 jam, Dexamethazone 1 ampul/8 jam, Furosemide 1 ampul/24 jam, Lovenox 60mg/0.6ml 1 ampul/24 jam, tyarid 2 tab/12 jam, Clopidogrel 75mg TAB/24 jam.

Hemiparese terjadi karena adanya kerusakan pada salah satu sisi otak yang bisa disebabkan oleh stroke, atau cedera pada sistem saraf. Sisi tubuh mana yang mengalami kelemahan akibat stroke, tergantung di sisi otak sebelah mana kerusakan terjadi. Hemiparese dapat bersifat kontralateral, yakni jika kelemahan otot terjadi pada sisi tubuh yang berlawanan dengan sisi otak yang mengalami kerusakan, misalnya jika terjadi kerusakan pada bagian kanan maka hemiparese akan terjadi pada bagian tubuh sebelah kiri, ataupun sebaliknya.

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 yang berfungsi mengatur motorik untuk bicara. Sehingga saat pengkajian di dapatkan kemampuan verbal tidak dapat dikaji.

Pada saat pengkajian pasien terpasang NGT karena pada saat masuk RS pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga pasien dipasangkan NGT.Pasien terpasang NGT karena pasien mengalami disfagia dilihat dari nervus yang bermasalah pada pasien, seperti nervus 5 (Trigeminus), nervus 9 (Glosofaringeal), dan nervus 10 (vagus) yang menyebabkan terjadinya disfagia.

Namun pada kasus ini, pasien tidak h anya menderita *Non Hemoragic Stroke (NHS)*, tapi pasien juga menderita edama paru yang disebabkan oleh gangguan jantung terjadi akibat ventrikel kiri tidak mampu memompa darah masuk dalam jumalah yang cukup sehingg, sehingga tekanan dalan atrium kiri serta pembuluh darah di paru-paru meningkat. Pada kasus ini juga dijumpai

WBC pasien meningkat, dimana jumlah WBC normal 4.0-11.0 10^3/µL. Namun WBC pasien 14 10^3/µL, WBC pasien meningkat karena disebabkan oleh adanya infeksi yang dibawah dari rumah atau infeksi yang didapat pasien saat dirawat di rumah sakit yang belum teridentifikasi. Dengan demikian, tidak semua tanda dan gejala dalam teori ditemukan pada kasus ini. Tanda gejala tergantung pada lokasi atau lesi diotak.

B. Diagnosa keperawatan

Pada kasus Tn"S" 56 tahun penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran darah arteri ataau vena, penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan adta;daataa dari pasien yaitu keadaan umum lemah, lemah pada bagian tubuh sebelah kiri, CT-Scan menunjukkan adanya infarks luas pada cerebri dextra.
2. Ketidakefektifan pola nafas b/d sindrom hipoventilasi
   Penulis mengangkat diagnosa ini karena di dukung dari data-dataa pesian yaitu pernapasan pasien 28x/menit, pernapasan pasien cepat dan dangkal dan pada foto toraks terdapat edema paru.
3. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler, penulis mengangkat diagnosa ini karena di dukung dari data-data pasien yaitu tampak pasien terbaring lemah di tampat tidur, lemah pada bagian tubuh sebelah kiri pasien, pasien tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan perawat dan keluarga.

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori yang tidak diangkat oleh penulis karena tidak ada data yang mendukung yaitu:

a. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena hampir semua intrevensinya sudah ada terdapat dalam intervensi hambatan mobilitas fisik yang dapat mengatasi masalah defisit perawatan diri.
b. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial, alasan penulis tidak menggangkat diagnosa ini karena pada saat melakukan pengkajian, pasien sudah terpasang NGT yang mana dapat memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan mobilitas fisik
d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunana sirkulasi ke otak/afasia, alasan mengapa penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis mengangkat 3 diagnosa prioritas utama untuk melakukan intervensi dan implementasi.

C. Perencanaan 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 observasi, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan intervensi sesuai kondisi pasien.

a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan lairan darah arteri atau vena, dengan kriteria hasil: tekanan darah dapat stabil,tidak ada penurunan tingkat kesadaran. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: observasi tanda-tanda vital, kaji tingkat kesadaran dan orientasi, anjurkan untuk menghindari tekanan intrakranial, tingkatkan bagian kepal tempat tidur 0-15ºtergantung pada kondisi pasien, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.
b. Keteidakefektifan pola nafas berhubungan dengan sindrom hipoventilasi, dengan kriteria hasil: frekuansi pernafasan kebali dalam batas norma, irama pernafasan kembali teratur. Pada diagnosa kedua ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas, tinggikan kepala tempat tidur 15-30º , kaji kepatenan jalan nafas, informasikan kepada padien dan keluarga tentang teknik relaksasi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.
c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, dengan kriteria hasil: pasien mampu melakukan sedikit keseimbangan tubuh,sedikit pergerakan otot dan sendi. Pada diagnosa ketiga ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: kaji kekuatan otot, lakukan latihan ROM secara pasif dan aktif, ajarkan pada keluarga cara melakukan ROM secara pasif dan aktif, m,iringkan psien tiap 2 jam, pantsu kengiatsn aktivitas pasien, kolaborasi dengan ahli terapi fisik mengembangkan dan menerapkan sebuah latihan

D. Pelaksanaan keperawatan

Pada implementasi keperawatan dilakukan pada Tn “S” 56 tahun penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarka intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien dan juga dukungan oleh sarana yang ada di rumah sakit.

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implemetasi yang dilakukan pada tanggal 22 sampai 24 Maret 2019 pada Tn “S” merupakan tahap untuk menilaitujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri atau vena, dengan kriteria hasil:tekanan darah dapat stabil,tidak ada penurunan tingkat kesadaran. Sampai pada hari ketiga perawtan belum teratasi, karena keadaan pasien semakin mambaik namun tekanan darah pesian belum stabil.
2. Ketidakefektfan pola nafas berhubungan dengan sindrom hipoventilasi, dengan kriteria hasil: : frekuansi pernafasan kebali dalam batas norma, irama pernafasan kembali teratur. Sampai pada hari ketiga tampak pernapasan pasien mulai membaik dan pasien tidak menggunakan lagi alat bantu pernapasan (NRM) tapi digantikan dengan alat bantu pernapan (nasal kanul).
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, denngan kriteria hasil: pasien mampu melakukan sedikit keseimbangan tubuh,sedikit pergerakan otot dan sendi. Sampai pada hari ketiga perawatan mobilitas masih terhambat, dimana pasien masih sulit menggerakkan tubuh sebelah kiri. Sehingga semua aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga pasien.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

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

1. Dari hasil pengkajian yaang telah di dapatkan pada Tn “S” faktor terjadinya stroke yaitu keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat Hipertensi ±10 tahun yang lalu dan riwayat penyakit jantung ±7 tahun yang lalu.
2. Diagnosa keperawatan yang didapat pada Tn “S” dengan *Non Hemoragic Stroke* yaitu: ketidakefektufan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri atau vena, Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan sindrom hipoventilasi, dan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
3. Dari intervensi yhang penulis telah susunkan, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat pad tinjauan teoritis: meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, tindakan kolaborasi dan penyuluhan. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerja sama dengan pasien, kelujarga pasien, perawat ruangan dan saran yang ada di Rumah Sakit. Setelah perawatan selama 3 hari, dari hasil evaluasi tidak ada diagnosa yang teratasi karena perawatan pada pasien stroke membutuhkan waktu yang lam, namun intervensi tetap di lanjutkan oleh perawat setempat.

B. Saran

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

1. Bagi institusi Rumah Sakit

   Pihak rumah sakit diharapkan selalu memperhatikan mutu pelayanan. Dalam hal ini perawat harus melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di Rumah Sakit, sehingga pada waktu

pulang ke rumah, pasien dan keluarga bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di Rumah Sakit.

2. Bagi perawat
   a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif. Dimana perawat harus melakukan latihan ROM pada pasien stroke dengan tujuan untuk meminimalkan kekakuan otot dan sendi.
   b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subyektif dan objektif agar pasien dan keluarga marasa diperhatikan oleh perawat dan tidak merasa terabaikan.
3. 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 pasien serta diharapkan juga dapat mengadakan perubahan melalui pendidikan tinggi keperawatn.
4. Bagi pasien dan keluarga

   Untuk mencegah terjadinya gejala stroke yang berulang, dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi supaya tetap sehat, bugar manjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, batasi mengkonsumsi makanan yang manis-manis. Disarankan kepada keluarga untuk selalu melakukan latihan *ROM* di rumah baik secapa aktif maupun pasif den berkerja sam denga ahli terapi fisioterapi dalam memberikan latihan fisik, menilai rentang sendi dan menganjurkan kapada keluarga agar membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Arum, P.S. (2015).STROKE, kenali, cegah & obati. Yogyakarta : Notebook.

Fransiska B, Batticaca, Muhammad Basri, Junaedi (2015). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan. Jakarta : Salemba Medikal.

Glori M, Bulechek, ddk (2016) Nursing Intervensitions Classification (NIC) Edisi 5. Jakarta : EGC

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

Muttagin, A, (2011). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan, jakarta : Salambe Medikal

Obat Info (2015) info obat, http://www.obatinfo.com. Diakses : 15 Mei 2019

Riset Kesehatan Dasar (Risdesdas). Dadan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI Tahun 2018. Diaskes : 12 April 2019 http://www,depkes.go.id/article/view/18110200003/potret-sehat-indonesia-dari-riskesdas-2018.html

Smeltzer, Suzanne (2013), Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : EGC

Sue Moorhead, dkk (2016) Nursing Outcomes Clasification (NOC). Edisi 6, Jakarta : EGC

LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Aguatina Timba
E1614401001
Darma Caesaria Daben
E1614401006

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."S" 56 TAHUN DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS) DIRUANG PERAWATAN ICU/ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

NAMA PEMBIMBING :Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB

No	Tanggal	Materi konsul	Perbaikan	Paraf pembimbing	Paraf mahassiswa 1	Paraf mahasiswa 2
1.	21 Maret 2019	Ambil kasus	acc			
2.	22 Maret 2019	Bab III	- Perbaiki kata-kata pada pengkajian - Perbaiki uji kekuatan otot - Perbaikan GCS Perbaiki diagnosa			
3.	26	Bab III	- Lengkapi pengkajian - Perbaiki analisa data			

	Maret 2019		- Perbaiki diagnosa yang ke tiga			
4.	05 April 2019	Bab III	- Lengkapi analisa - Perbaiki diagnosa yang ke-3 - Perbaiki rencana keperawatan			
5.	10 April 2019	Bab III	- Tambahkan obat di rencana keperawatan - Perbaiki kata-kata diimplementasi			
6.	12 April 2019	Bab III	- Tambahkan balance cairan pada implementasi Perbaiki evaluasi			
7.	15 April 2019	Bab III	- Samakan data yang ada diimplementasi dengan evaluasi - Konsul selanjutnya bab 1			
8.	16 April 2019	Bab I	- Tambahkan data Rikesdes terbaru 2018 - Tambahkan juga WHO terbaru.			
9.	22 April 2019	Bab I	- Perbaiki pengetikan - Konsul selanjutnya bab 2			

10.	24 April 2019	Bab II	- Perbaikan anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, - penatalaksanaan, komplikasi dan KDK			
11.	30 April 2019	Bab II	- Tambahkan koplikasi keperawatan - Ganti gambar dengan gambar sirkulasi willisi			
12.	02 Mei 2019	Bab II	- Perbaikan patoflodiagram - Perbaikan KDK Perbaiakn pengetikan			
13.	03 Mei 2019	Bab II	- Perbaikan patoflodiagram - Konsul selanjutnya bab4			
14.	09 Mei 2019	BAB IV DAN BAB V	- Perbaikan bab IV ACC BAB V			
15.	10 Mei 2019	BAB IV	- Perbaikan di pengkajian tambahkan tentang PF dan nervus			