KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.“H” DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* DI RUANG PERAWATAN ST BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

DERIANI
E.1514401014

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."H" DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG PERAWATAN ST BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Deriani
NIM : E1514401014

Disetujui oleh:

Pembimbing I	Pembimbing II
(Asrijal Bakri Ns. M.Kes)	(Wirmando S.Kep Ns)
NIDN: 0918087701	

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM D III KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”H” DENGAN NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG PERAWATAN ST BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Senin, 11 Juni 2018
Pukul	: 14.00 – 14.45
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Mery Solon.,Ns..M.Kes (.....)
2. Martha Kadang Boro.,S.Kep.,Ns. (.....)
3. Asrijal Bakri.,Ns. M.Kes (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Deriani
Tempat/Tanggal Lahir	: Todakke, 16 Mei 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Jln. Pampang 2 kamp Berua

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Muh Daeng
Agama	: Islam
Pekerjaan	: -
Alamat	: Jln. Pampang 2 kamp Berua

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Aisyiah Bustanul Atfal	: 2000 - 2003
SDI Todakke	: 2003 - 2009
SMPN 5 Bontomate'ne	: 2009 - 2011
SMPN 22 Makassar	: 2011 - 2012
SMA Datuk Ribandang Makassar	: 2012 - 2015
STIK Stella Maris Makassar	: 2015 - 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa melimpahkan berkat, penyertaan dan bimbingan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. "H" Dengan *NON HEMORAGIK STROKE* (NHS) DI RUANG PERAWATAN ST BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Maksud dan tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi program DIII Keperawatan 2015-2018 di STIK Stella Maris.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapat bantuan baik berupa moril, maupun material sehingga dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan terimakasi sedalam-dalamnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si, Ns., M.Kes, selaku ketua STIK Stella Maris.
2. Mery Solon, S.Kep, M.Kes, selaku ketua program studi DIII Keperawatan dan pembimbing akademik DIII/III.
3. Dr. Thomas Soeharto, M. Kes, selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
4. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes dan Wirmando S.Kep, Ns., selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan, serta motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh dosen dan staf yang memberikan ilmu, dan pelayanan selama penulis menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
6. Ny. "H" dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

7. Khususnya kepada Ayah saya tercinta, bapak Muh Daeng serta saudara saya Nurwahidatuljannah yang telah memberikan dukungan dan doá selama penyusunan karya tulis ini
8. Untuk orang terdekat khususnya sahabat saya, Mulya, Laura, Ester Maria Leonita, Frederetsia Palang, Sefi, Fatma, Mertin dan Rindah yang selalu memberi dukungan dan bantuan.
9. Untuk teman-teman mahasiswa/i program DIII Keperawatan angkatan 2015 STIK Stella Maris Makassar.

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

Makassar, Mei 2018

Deriani

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman judul

Halaman persetujuan

Halaman pengesahan

Riwayat hidup..... i

Kata pengantar..... ii

Daftar Isi..... iv

Daftar Tabel..... vi

Daftar Gambar..... vii

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang..... 1

B. Tujuan Penulisan..... 2

C. Manfaat Penulisan..... 3

D. Metode Penulisan..... 4

E. Sistematika Penulisan..... 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 6

A. Konsep Dasar Medis..... 6

1. Pengertian Stroke..... 6

2. Anatomi Fisiologi..... 7

3. Etiologi..... 14

4. Patofisiologi..... 15

5. Manifestasi Klinis..... 17

6. Tes Diagnostik..... 19

7. Penatalaksanaan Medik..... 20

8. Komplikasi..... 22

B. Konsep Dasar Keperawatan..... 23

1. Pengkajian..... 23

2. Patoflowdiagram 25

3. Diagnosa Keperawatan..... 27

4. Intervensi Keperawatan..... 27

5. Discharge Planning..... 33
BAB III TINJAUAN KASUS..... 34
A. Pengamatan Kasus..... 34
B. Pengkajian..... 35
C. Analisa Data..... 53
D. Diagnosa Keperawatan..... 56
E. Intervensi Keperawatan..... 57
F. Implementasi Keperawatan..... 62
G. Evaluasi Keperawatan..... 86
H. Daftar Obat..... 92
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 100
A. Pengkajian..... 100
B. Diagnosa Keperawatan..... 102
C. Intervensi Keperawatan..... 103
D. Implementasi Keperawatan..... 104
E. Evaluasi Keperawatan..... 104
BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... 106
A. Simpulan..... 106
B. Saran..... 107
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium..... 51
Tabel 3.2 Pemeriksaan Elektrolit 52
Tabel 3.3 Analisis data..... 53
Tabel 3.4 Diagnosis keperawatan..... 56
Tabel 3.4 Intervensi keperawatan..... 57
Tabel 3.5 Implementasi keperawatan..... 62
Tabel 3.6 Evaluasi keperawatan..... 86

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan masalah kesehatan yang sering dijumpai dan kecenderungan saat ini juga menyerang usia yang masih tergolong muda/produktif. Selain tingkat kematian yang cukup tinggi, permasalahan lainnya adalah kecacatan yang timbul sebagai dampak dari stroke. Seringkali kecacatan inilah yang menyebabkan penderita stroke putus asa dan tidak memiliki semangat hidup (Rudianto Sofwan:2014).

Menurut *World Stroke Organization* (WSO, 2009) memperlihatkan bahwa stroke adalah penyebab utama hilangnya hari kerja dan kualitas hidup yang buruk. Kecacatan akibat stroke tidak hanya berdampak bagi para penyandangnya, namun juga bagi para anggota keluarganya. Menurut WHO, stroke merupakan penyakit mematikan no 3 di dunia setelah jantung dan kanker, penyebab cacat nomor satu serta menjadi masalah kesehatan yang mendunia dan semakin penting.

Secara global ditemukan, setiap tahun stroke membunuh lebih dari 160.000 penduduk Amerika. Sebanyak 75% pasien stroke di Amerika menderita kelumpuhan dan mengakibatkan kehilangan pekerjaannya. Di Eropa ditemukan kasus stroke sekitar 650.000 kasus setiap tahunnya. Di Inggris, stroke menduduki peringkat ke-3 sebagai pembunuh setelah penyakit jantung dan kanker. Lebih dari 17,2 juta jiwa di dunia meninggal akibat penyakit hati dan stroke penyebab kematian tertinggi di dunia (WHO, 2013).

Data nasional yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang menyebutkan bahwa stroke menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian di rumah sakit pada

kelompok umur 55-65 tahun, stroke merupakan penyebab kematian tertinggi baik di perkotaan maupun pedesaan di Indonesia. Hal ini terkait erat dengan gaya hidup, pola makan, dan kebiasaan berolahraga. Menteri kesehatan mengutip hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 yang di publikasikan pada desember 2014, prevalensi stroke di Indonesia 8,3% per 10.000 penduduk pada kelompok umur 45-54 tahun (DEPKES RI;2015)

Berdasarkan data yang didapat dari *Medical Record* Rumah Sakit Stella Maris, tercatat jumlah penderita stroke tahun 2016 berjumlah 134 orang dengan rincian laki-laki berjumlah 60 orang dan perempuan 74 orang dan didapatkan pula jumlah pasien yang meninggal akibat penyakit stroke sebanyak 27 orang baik itu hemoragik stroke maupun non hemoragik stroke. Sedangkan pada tahun 2017 berjumlah 138 orang dengan rincian laki-laki berjumlah 58 orang dan perempuan 80 orang dan didapatkan pula jumlah pasien yang meninggal akibat penyakit stroke sebanyak 19 orang.

Semakin meningkatnya angka penyakit stroke dipengaruhi oleh faktor resiko yang bersifat genetik (umur dan jenis kelamin). Faktor resiko lainnya dipengaruhi oleh lingkungan/pola hidup dan dapat dicegah (misalnya merokok) dan adapula faktor resiko yang merupakan kombinasi antara lingkungan dan familial (misalnya : hipertensi).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh gambaran nyata dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*.

2. Tujuan Khusus

   Adapun tujuan khusus penulis adalah dapat memperoleh pengalaman nyata dalam :

   a. Melaksanakan pengkajian dan merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*.
   b. Menetapkan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*.
   c. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
   d. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
   e. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan yaitu :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi petugas kesehatan khususnya perawat, agar dapat menjalankan tugas khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*.

2. Bagi Institusi / Pendidikan

   Karya tulis ini dapat dimanfaatkan sebagai salah satu bacaan perpustakaan dan sumber informasi untuk dapat mengembangkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*.

3. Bagi Pasien

   Sebagai bahan pengetahuan bagi pasien tentang perawatan dan cara penanggulangan penyakit *Non Hemoragic Stroke*.

4. Bagi Mahasiswa yang Terkait

   Dapat menjadi bahan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan serta menambah pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persyarafan stroke.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan adalah dengan cara deskriptif dan menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

1. Studi Kepustakaan

   Dalam hal ini penulis mempelajari literatur yang berkaitan dan relevan dengan isi laporan kasus dan mengambil sumber dari internet.

2. Studi Kasus

   Studi kasus ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif, meliputi pengkajian data, analisa data, merumuskan dan menetapkan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana keperawatan, pelaksanaan serta evaluasi keperawatan yang dilakukan.

   Tekhnik yang dilakukan dalam pengumpulan data antara lain :

   a. Observasi

      Mengadakan pengamatan langsung kepada klien dengan perkembangan keadaan klien.

   b. Wawancara

      Mengadakan wawancara langsung dengan klien, keluarga, serta pihak lain.

c. Pemeriksaan Fisik

   Melakukan pemeriksaan fisik pada klien melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

d. Dokumentasi

   Dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien termasuk hasil tes diagnostik.

e. Data *Medical Record* Rumah Sakit

   Mengambil data dari bagian *Medical Record* Rumah Sakit

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini terdiri dari BAB I sampai BAB V, yaitu BAB I terdiri dari pendahuluan berisi tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II terdiri dari tinjauan teoritis yang berisi tentang pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostic, penatalaksanaan medis, komplikasi, konsep dasar keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi. BAB IV terdiri dari pembahasan yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta yang ada. BAB V Simpulan dan Saran berisi tentang kesimpulan hasil pelaksanaan kasus dan saran-saran terkait.

3. Diagnosa Keperawatan
   a. Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral b/d gangguan aliran darah arteri atau vena.
   b. Hambatan mobilisasi fisik b/d kelemahan fisik, kerusakan neuromuscular, penurunan kekuatan otot.
   c. Kerusakan komunikasi verbal b/d efek dari kerusakan pada area bicara pada hemisfer otak, kehilangan kontrol tonus otot fasial atau oral, dan kelemahan secara umum.
   d. Gangguan menelan b/d kerusakan fungsi neuromuskular.
   e. Kecemasan b/d ancaman, kondisi sakit dan perubahan kesehatan.
4. Intervensi keperawatan
   a. Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral b/d gangguan aliran darah arteri atau vena

      Hasil yang diharapkan: mempertahankan tingkat kesadaran biasanya membaik, fungsi kognitif dan motorik/sensori.

      Interfensi:

      1) Kaji tanda dan gejala gangguan perfusi jaringan otak

         R/ gangguan perfusi jaringan pada otak mempengaruhi tingkat kesadaran.

      2) Pantau TTV (TD, S, N, P)

         R/ perubahan TTV seperti adanya hipertensi/hipotensi dapat menjadi faktor pencetus.

      3) Evaluasi kupil, catat ukuran, bentuk kesamaan dan reaksinya terhadap cahaya

         R/ reaksi pupil diatur oleh saraf kranial okulomator (III) dan berguna dalam menentukan apakah batang otak tersebut masih baik.

4) Letakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan, kira-kira 0^0-45^0

   R/ dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi cerebral.

5) Monitor intake dan output

   R/ ketidakseimbangan cairan dapat menyebabkan terjadi perubahan perfusi jaringan pada otak.

6) Pertahankan tirah baring, ciptakan suasana yang tenang

   R/ aktivitas yang kontinu dapat meningkatkan TIK. Membantu pasien dalam peristirahat dan meningkatkan relaksasi.

7) Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat

   R/ hipertensi lama/kronis memerlukan penanganan yang hati-hati, bila berlebihan maka akan meningkatkan resiko kerusakan jaringan.

8) Kolaborasi dalam pemberian O_2 sesuai indikasi

   R/ menurunkan hipoksia yang menyebabkan vasodilatasi serebral dan tekanan meningkat/terbentuknya edema.

b. Hambatan mobilisasi fisik b/d kelemahan fisik, kerusakan neuromuskular. Penurunan kekuatan otot.

   Hasil yang diharapkan: pasien dapat ikut serta dalam program latihan, tidak terjadi kontrak tursendi, meningkatkan kekuatan otot, pasien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas.

   Interfensi:

   1) Kaji mobilitas yang ada dan observasi terhadap peningkatan kerusakan

R/ mengetahui tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas.

2) Ubah posisi pasien tiap 2 jam
   R/ menurunkan risiko terjadinya iskemia jaringan akibat sirkulasi darah yang jelek pada yang tertekan.
3) Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit
   R/ otot volunter akan kehilangan tonus dan kekuatan bila tidak dilatih untuk digerakkan.
4) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya
   R/ untuk memenuhi kebutuhannya.
5) Pantau kulit dan membran mokosa terhadap iritasi, kemerahan atau lecet-lecet
   R/ deteksi dini adanya gangguan sirkulasi dan hilangnya sensari risiko tinggi kerusakan integritas kulit kemungkinan komplikasi imobilisasi.
6) Uji kekuatan otot
   R/ mengidentifikasi kekuatan./kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan.
7) Kolabirasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik pasien
   R/ peningkatan kemampuan dalam imobilisasi ekstremitas dapat ditingkatkan dengan latihan fisik dari tim fisiotherapi.

c. Kerusakan komunikasi verbal b/d efek dari kerusakan pada area bicara pada hemisfer otak, kehilangan kontrol tonus otot fasial atau oral, dan kelemahan secara umum
   Hasil yang diharapkan: terciptanya suatu komunikasi dimana kebutuhan pasien dapat dipenuhi, pasien mampu merespon setiap berkomunikasi secara verbal maupun isyarat.

Intervensi:

1) Kaji tipe disfungsi misalnya pasien tidak mengerti tentang kata-kata atau masalah berbicara atau tidak mengerti bahasa sendiri

   R/ membantu menentukan kerusakan area pada otot dan menentukan kesulitan pasien dengan sebagian atau seluruh proses komunikasi

2) Katakan untuk mengikuti perintah secara sederhana seperti tutup matamu dan lihat kepintu

   R/ untuk menguji afasia reseptif

3) Perintahkan pasien untuk menyebutkan nama suatu benda yang diperlihatkan.

   R/ menguji afasia ekspresif misalnya pasien dapat mengenal benda tersebut tetapi tidak mampu menyebutkan namanya.

4) Suruh pasien untuk menulis nama atau kalimat pendek, bila tidak mampu untuk menulis suruh pasien untuk membaca kalimat pendek.

   R/ menguji ketidakmampuan menulis (agrafia) dan deficit membaca (aleksia) yang juga merupakan bagian dari afasia reseptif dan ekspresif

5) Kolabirasi dengan konsultasikan keahli terapi bicara

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

d. Gangguan menelan b/d kerusakan fungsi neuromuskular

   Hasil yang diharapkan: nafsu makan meningkat, kemampuan menelan baik.

   Intervensi:

1) Tinjau ulang patologi/kemampuan menelan pasien secara individual.
   R/ interfensi nutrisi atau pilihan rute makanan ditentukan oleh faktor-faktor ini.
2) Letakkan pasien pada posisi duduk/tegak selama dan setelah makan.
   R/ menggunakan grafitasi untuk memudahkan proses menelan.
3) Letakkan makanan pada daerah mulut secara perlahan.
   R/ memberikan stimulasi sensori yang dapat menurunkan usaha untuk menelan dan meningkatkan pemasukan.
4) Berikan makanan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang.
   R/ pasien dapat berkonsentrasi pada lingkungan mekanisme makanan tanpa adanya distraksi/gangguan dari luar.
5) Anjurkan orang terdekat untuk membawa makanan kesukaan pasien.
   R/ menstimulus upaya makanan dan meningkatkan masukan.
6) Kolaborasi dalam pemberian cairan melalui IV atau selang.
   R/ diperlukan untuk memberikan cairan pengganti dan juga makanan jika pasien tidak mampu memasukkan segala sesuatu dalam mulut.

e. Kecemasan b/d ancaman, kondisi sakit, dan perubahan kesehatan.

Hasil yang diharapkan: mengenal perasaanya, dapat mengidentifikasi penyebab atau faktor yang mempengaruhinya dan menyatakan ansietas berkurang/hilang.

Intervensi:

1) Bantu pasien mengekspresikan perasaan marah, kehilangan, takut.

   R/ cemas berkelanjutan memberikan dampak serangan jantung.

2) Kaji tanda verbal/nonverbal kecemasan, dampingi pasien dan lakukan tindakan bila menunjukkan perilaku merusak.

   R/ reaksi verbal/nonverbal dapat menunjukkan rasa agitasi, marah dan gelisah.

3) Beri kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan kecemasannya.

   R/ dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak diekspresikan.

4) Berikan privasi utnuk pasien dan orang terdekat.

   R/ adanya keluarga dan teman-teman yang dipilih pasien melayani aktivitas dan pengalihan (misalnya membaca) akan menurunkan perasaan terisolasi.

5) Anjurkan pasien untuk menjaga kesehatan misalnya: diit rendah garam, mengurangi makanan yang berlemak.

   R/ diit rendah garam dan lemak mampu menekan peningkatan tekanan darah.

5. Discharge Planning
    a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah minimal sekali seminggu.
    b. Menganjurkan pasien mengurangi asupan makanan yang berkadar tinggi karena garam dianggap berpotensi meningkatkan tekanan darah.
    c. Selain diet, pasien juga diminta mengurangi kebiasaan mengkonsumsi alkohol.
    d. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet kolestrol.
    e. Menganjurkan pasien untuk berolahraga secara teratur.
    f. Menganjurkan pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
    g. Menganjutkan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala pada pasien stroke yaitu:
        1) Tekanan darah meningkat
        2) Merasa pusing
        3) Disfagia (kehilangan bicara)
    h. Mengajarkan pada pasien mengenali tanda dan gejala stroke dengan metode *FAST.*

        F (*Face Drooping*), yang diartikan sebagai senyum yang tidak simetris, A (*Arm Weakness*) yang diartikan salah satu tangan mati rasa, S (*Speech Difficulty*) mengucapkan dan mengulangi kalimat sederhana, T (*Time to call 911*) maksudnya anda harus segera menghubungi rumah sakit.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian Stroke

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

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

Stroke adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbtan *(ischemic stroke)* atau pendarahan *(haemorrhagic stroke)*. (Sheria Puspita Arum, 2015)

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

Stroke dibagi menjadi dua :

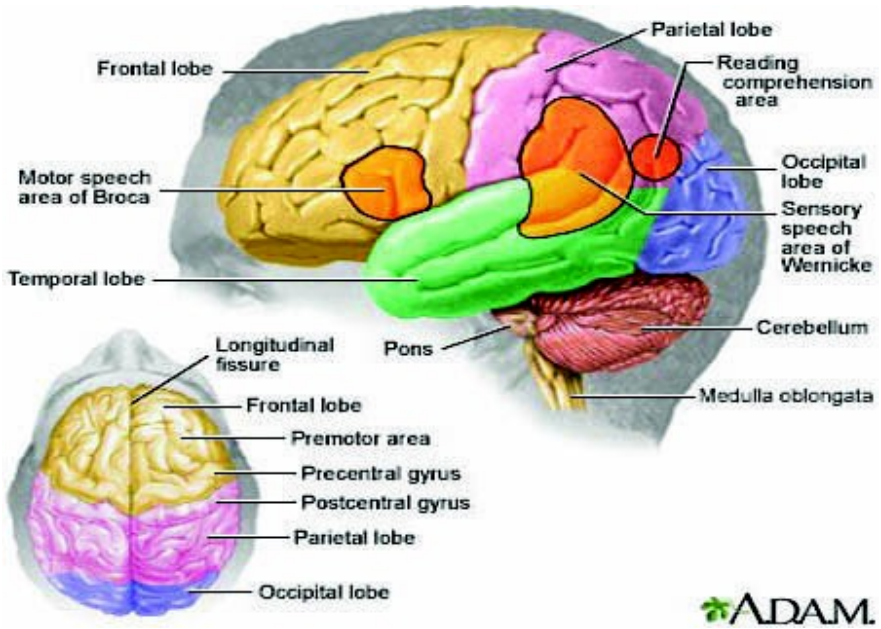
a. Stroke Hemoragik

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

b. Stroke Non Hemoragik (NHS)

   Adalah kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak mencukupi yang disebabkan oleh penggumpalan darah, sehingga pada akhirnya jaringan sel otak di daerah tersebut mati dan tidak berfungsi lagi.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Penampang Otak Manusia.

a. Otak

Otak merupakan bagian depan dan paling utama dari seluruh sistem saraf yang berperan penting dalam mengendalikan berbagai ragam fungsi kehidupan.

Otak menjadi inti dari sistem saraf dengan beberapa komponen bagian yaitu : *cerebrum* (otak besar), *cerebellum* (otak kecil) dan *brainstem* (batang otak).

1. Otak besar (*cerebrum*)

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

   Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu :

   a. Lobus frontalis, adalah bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di area brocca untuk kontrol motorik bicara.
   b. Lobus temporalis, terdapat dibawah lateral dari fisura serebralis dan di depan lobus oksipitalis. Berfungsi dalam integrasi sosmatisasi, pendengaran dan penglihatan.
   c. Lobus parietalis, adalah daerah korteks yang terletak dibelakang sulkus sentralis, diatas fisura lateralis dan meluas kebelakang fisura parieto oksipitalis. Lobus ini

merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.

d. Lobus oksipitalis, adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak disebelah posterior dari lobus parietalis dan diatas fisura-fisura parieto oksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.

2. Batang otak (*brainstem*)

   Terletak pada fosa anterior. Bagian-bagian batang otak terdiri dari :

   a) Diensefalon, bagian batang otak paling atas terdapat diantara serebelum dan masenfalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat didepan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap kesamping. Fungsi dari diensefalon yaitu vasoktriktor, terpiratori, mengontrol kegiatan refleks dan membantu kerja jantung.

   b) Mesenfalon, atap dari mesenfalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua disebelah atas disebut korpuskuadrigeminus superior dan dua disebelah bawah disebut korpuskuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.

   c) Pons varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesenfalon dan pons varoli dengan serebelum, terletak didepan serebelum diantara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu penghubung

antara kedua bagian serebelum dan pusat saraf nervus trigeminus.

d) Medulla oblongata, merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernapasan, dan mengontrol kegiatan refleks.

3. Otak kecil (*cerebellum*)

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

Otak kecil terbagi atas:

a) Arkhiserebelum (vestibuloserebelum) serabut aferen berasal dari telinga dalam yang diteruskan oleh nervus VIII (auditorius) untuk keseimbangan dan ransangan pendengaran ke otak.
b) Paleaserebelum (spinoserebelum), sebagai pusat penerima inpuls dari reseptor sensasi umum medulla spinalis dan nervus vagus (N. Trigeminus) kelopak mata, rahang atas dan bawah serta obat pengunyah.
c) Neoserebelum (pontaserebelum), korteks serebelum menerima informasi tentang gerakan yang sedang dan yang akan dikerjakan dan mengatur gerakan sisi badan. (Irfan, Muhammad 2012)

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. Saraf kepala terdiri dari:

I N. Olfaktorius → Sensorik : sendasi bau dan penciuman

II N. Optikus → Sensorik : bola mata, ketajaman penglihatan.

III N. Okulomoktorius → Motorik : mengangkat kelopak mata ke atas, kontraksi pupil, gerakan bola mata keluar.

IV N. Troklearis → Motori : memutar bola mata dan penggerak bola mata.

V N. Trigeminus → Motori dan Sensorik : gerakan rahang.

N. oftalmikus → Motorik dan Sensorik : kulit kepala dan kelopak mata atas.

N. maksilaris → Sensorik : rahang atas, palatum dan hidung.

N. mandibularis → Motorik dan Sensorik : rahang bawah dan lidah.

VI N. Abdusen → Motorik : gerakan lateral pada mata.

VII N. Fasialis → Motorik dan Sensorik : otot lidah menggerakkan lidah dan selaput sendir rongga mulut.

VIII N. Vestibulo → Sensorik : telinga, ransangan pendengaran.

IX N. Glasofaringeus → Sensorik dan Motorik : faring, tonsil dan lidah rangsangan cita rasa.

X N. Vagus → Sensorik dan Motorik : faring, laring, paru-paru dan esofagus.

XI N. Asesorius → Motorik : gerakan kepala, leher, dan bahu.

XII N. Hipoglosus → Motorik : gerakan pada lidah.

b. Medula spinalis

Medula spinalis merupakan bagian dari safar pusat yang terdapat pada kanalis psinalis, membentuk struktur kontinu yang keluar dari hemisfer serebral dan memberikan tugas sebagai penghubung otak dan saraf perifer seperti kulit dan otot. Fungsi medulla spinalis yaitu :

(1) Pusat gerakan otot-otot tubuh terbesar dikornumotorik atau kornuvenrtalis.
(2) Mengurus kegiatan refleks-refleks spinal serta refleks lutut.
(3) Sebagai penghubung antara segmen medulla spinalis.
(4) Mengadakan komunikasi antara otak dan semua bagian tubuh.

c. Vaskularisasi Otak

Otak mendapat darah arterial dari sepasang sistem sirkulasi utama, tang menyalurkan darah ke bagian otak, sirkulasi uatama tersebut antara lain:

a) Sirkulasi arteri serebri arterior yang memberikan suplai pada sebagian besar kortekx 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 eskterna 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 memperdarahi wajah, tiroid, lidah, dan faring. Arteri karotis interna sedikit berdilatasi 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 memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan 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 permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

2) Arteri Vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subsklavia 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. Etiologi

Penyebab-penyebabnya antara lain :

a. Trombosis serebri

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

a) Aterosklerosis

Aterosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

b) Hiperkoagulasi pada polisitemia

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

c) Atreritis (radang pada arteri).

b. Embolisme cerebral

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

c. Hemoragik

Pendarahan intrakranial atau intaracerebri meliputi pendarahan di dalam jaringan otak sendiri, yang terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi.

d. Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah :

1) Hipertensi yang parah.
2) Hentin jantung paru.
3) Curah jantung turun akibat aritmia

e. Hipoksia lokal

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah :

1) Spasme arteri serebri yang disertai pendarahan subrachnoid.
2) Pasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain. (Arif Muttaqin, 2008)

4. Patofisiologi

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

Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trhombosis, emboli, pendarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerosis seringkali merupakan faktor penting untuk otak, thrombus dapat berasal

dari plak atherosklerosis, atau darah dapat beku pada area stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trhombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah.

Thrombus mengakibatkan :

a. Iskemia jaringan otak pada area yang di suplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan.
b. Edema dan kongesti disekitar area.

Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan.

Karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi pendarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebri oleh embolus menyebabakan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi infeksi sepsis akan meluas pada dinding pembuluh darah, makamakan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini menyebabkan perdarahan serebri, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Pendarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur aterosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intra serebri yang sangan luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit serebrovaskuler, karena pendarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intra kranial dan yang lebih berat dapat

menyebabkan herniasi otak pada falks serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi pendarahan ke batang otak. Pembesaran darah ke fentrikel otak terjadi pada sepertiga kasus pendarahan otak di nukleus kaudatus, thalamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebri terhambat, dapat berkembang anoksia serebri dapat refersibel untuk jangka waktu 4 – 6 menit. Perubahan irrefersibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebri dapat terjadi oleh karena gangguan yang berfariasi salah satunya henti jantung.

5. Manifestasi klinis

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

a. Sementara timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Hal ini disebut transient ischemic atteck (TIK). Serangan bisa muncul lagi dalm wujud sama, memperberat atau malah menetap.
b. Sementara, namun lebih dari 24 jam. Gejala timbul lebih dari 24 jam dan ini disebut refersible ischemik neurologik defisit (RIND).
c. Gejala makin lama makin berat (progresif). Hal ini disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin

berat yang disebut progressing stroke atau stroke inefalution.

d. Sudah menetap / permanen

Tanda dan gejala stroke yang lain :

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

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

    1) Disartia (kesulitan bicara)

        Disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
    2) Afasia (kehilangan bicara), terutama pada ekspresif atau represif.
    3) Disfagia (ketidakmampuan untuk menelan)
    4) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).
d. Gangguan persepsi

    Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensori, stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, kehilangan sensori

e. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

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

f. Disfungsi kandung kemih

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

6. Test Diagnostik

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

a. Angiografi serebri

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

b. Lumbal fungsi

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

c. CT-scan

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

d. Magnetik Imagin Resonance (MRI)

Dengan menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi serta besar atau luas terjadinya

perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

e. USG (Doppler)

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

f. EEG

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

g. Pemeriksaan darah rutin dan kimia darah.

7. Penatalaksanaan Medis

a. Stroke Non Hemorragic (NHS)

1) Terapi Trombotik

Cara kerja: mengencerkan bekuan darah yang menghambat aliran darah.

2) Antikoagulan: Heparin

Untuk mencegah terjadinya bekuan darah embolisasi thrombus.

b. Stroke Hemorragic

1) Bedrest dengan sedasi atau penenang.
2) Pemberian oksigen untuk meminimalkan hipoksia serebral.
3) Cairan intravena untuk mengurangi viskositas darah dan memperbaiki aliran darah otak.
4) Calcium chanel blockers: nifidepine untuk vasospasme.
5) Lumbal punksi untuk menurunkan ICP.

6) Operasi: artery bypass untuk memperbaiki suplai darah kolateral.
7) Perdarahan intraserebral.
    a) Obati penyebabnya
    b) Turunkan tekanan intracranial yang meninggi.
    c) Berikan neuroprotektor
    d) Tindakan bedah dengan pertimbangan usia dan GCS (74) hanya dilakukan pada pasien dengan perdarahan serebelum dengan diameter > 3cm (kraniotomi dekompresi), hidrosefalus akut akibat perdarahan intraventrikel atau serebelum (VP sunting), perdarahan lebar di atas 60 cc dengan tanda-tanda peninggian tekanan intrakranial akut dan ancaman herniasi.
8) Tekanan intrakranial yang meninggi pada pasien stroke dapat diturunkan dengan cara:
    a) Manitol bolus 1gram/kg BB dalam 20-30 menit kemudian dilanjutkan dengan dosis 0,25-0,5g/kg BB setiap 6 jam sampai maksimal 48 jam. Target osmolaritas: 300-320 mosmol /liter.
    b) Gliserol 50% oral, 0,25-1g/kg setiap 4-6 jam atau gliserol 10% intravena, 10ml kg BB dalam setiap 3-4 jam (untuk edema serebri ringan sedang).
    c) Furosemid 1mg/kg BB intravena.
    d) Intubasi dan hiperventilasi terkontrol dengan oksigen hiper baik sampai pCO_2 = 29-35 mHg.
    e) Steroid tidak diberikan secara rutin dan masih kontroversial.
9) Katerisasi.

10)Rehabilitasi neurologic.

8. Komplikasi

a. Tekanan Intrakranial Tinggi

Tekanan intrakranial adalah hasil dari sejumlah volume darah intrakranial dan cairan serebrospinal di dalam tengkorak.

b. Herniasi Otak

Herniasi terjadi bila bagian jaringan otak bergeser dari daerah tekanan tinggi ke tekanan rendah.

c. 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 epiglottis dan lidah mungkin rileks, yang menyumbat orofaring sehingga terjadi gagal napas.

d. Distrimia Jantung

Dengan adanya embolisme serebral akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Otak akan memacu jantung untuk memompa darah ke otak sesuai dengan kebutuhan yang mengakibatkan terjadinya distrimia jantung.

e. Malnutrisi

Salah satu manifestasi klinis dari stroke adalah disfagia (sulit menelan) dengan adanya gejala ini mengakibatkan terjadinya anoreksia yang menyebabkan intake tidak adkuat, sehingga menimbulkan malnutrisi.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian
   a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

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

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

   b. Pola nutrisi metabolik

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

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

   c. Pola eliminasi

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

   d. Pola aktivitas dan latihan

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

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

   e. Pola tidur dan istirahat

      DS: susah untuk beristirahat

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

f. Pola persepsi kognitif

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

DO: status mental/tingkat 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

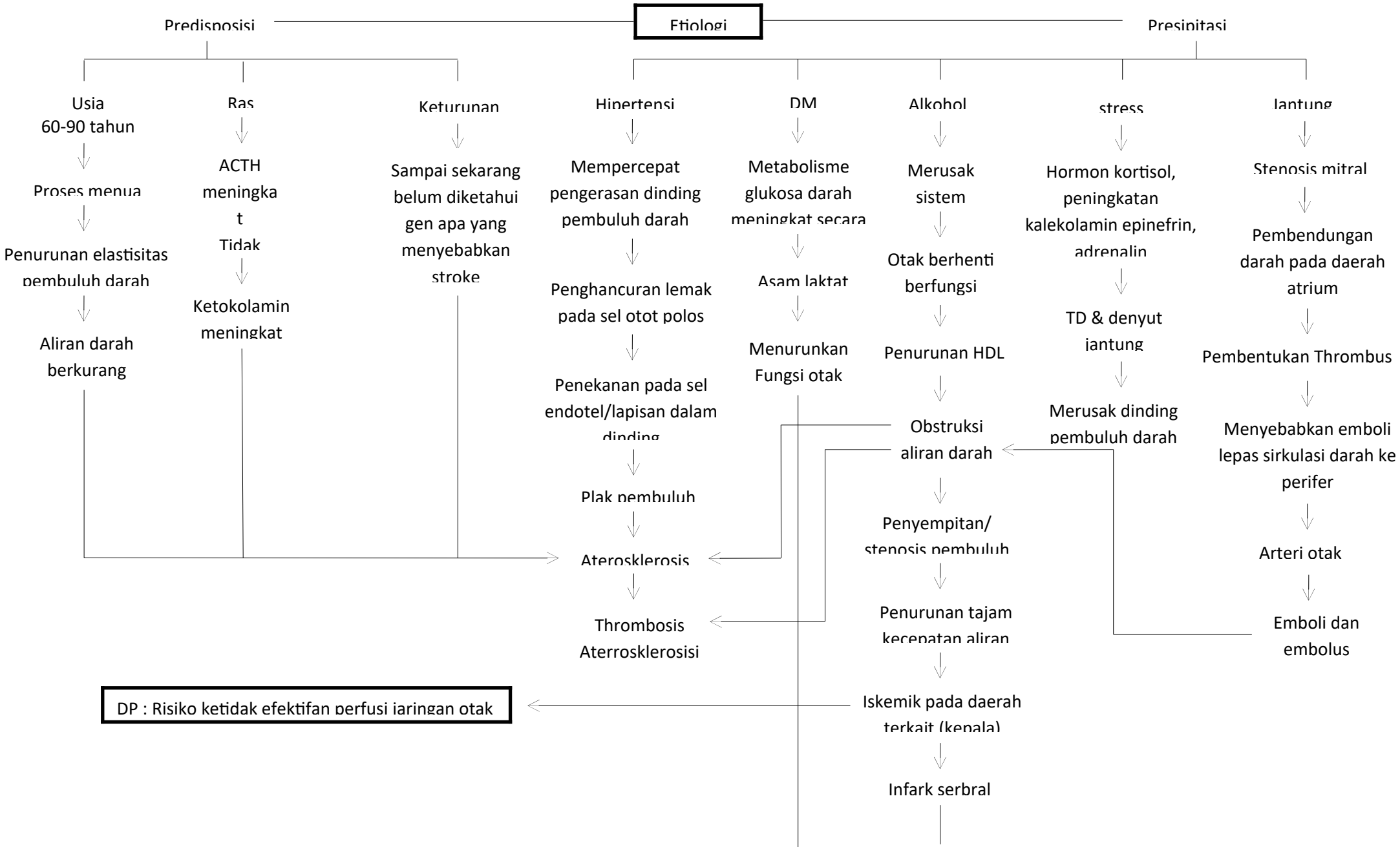
DS: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi

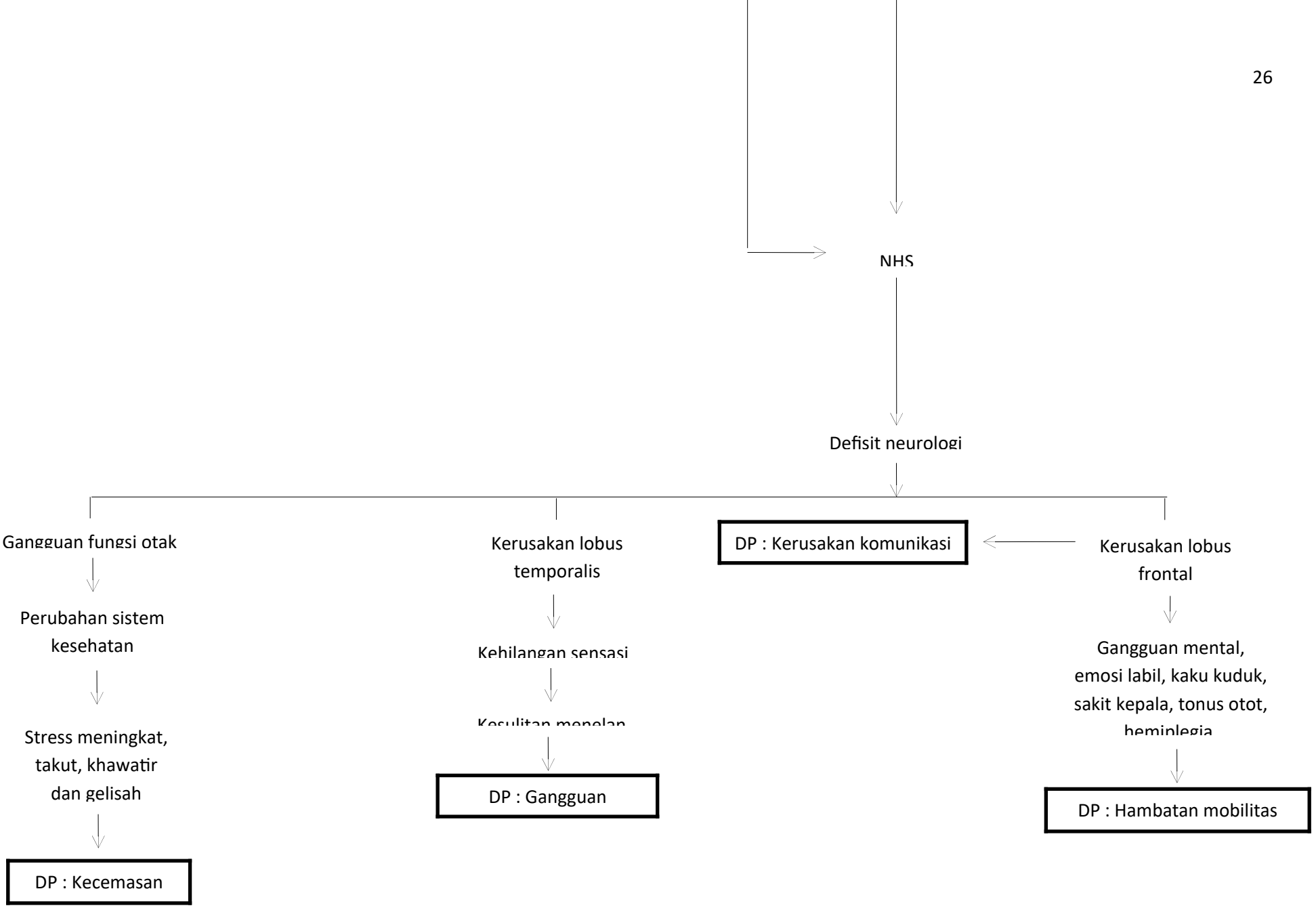
i. Pola mekanisme stress dan koping

DS: perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

DO: emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

2. Patoflowdiagram




NHS
Defisit neurologi
Gangguan fungsi otak
Perubahan sistem kesehatan
Stress meningkat, takut, khawatir dan gelisah
DP : Kecemasan
Kerusakan lobus temporalis
Kehilangan sensasi
Kesulitan menelan
DP : Gangguan
DP : Kerusakan komunikasi
Kerusakan lobus frontal
Gangguan mental, emosi labil, kaku kuduk, sakit kepala, tonus otot, hemiplegia
DP : Hambatan mobilitas

12. Implemetasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny. H/72 tahun

Unit/Kamar : St Bernadeth II B / 7192

Hari / Tanggal	Dx	Waktu	Implementasi	Perawat
Jumát 20-04-2018	I	14.00	Meninggikan kepala tempat tidur Hasil : - Tampak pasien nyaman dengan posisi semi fowler	Deriani
	II	14.01	Meninggikan teralis tempat tidur Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman.	Deriani
	I	14.10	Menjaga keseimbangan cairan dengan pemberian cairan IV atau diuretik Hasil : - Tampak terpasang RL 400 ml	Deriani
	II	14.15	Menyediakan tempat tidur berketinggian rendah Hasil : - Pasien mengatakan merasa aman dengan tempat tidurnya yang tidak terlalu tinggi	Deriani
	I, II, III	15.40	Memonitor tanda-tanda vital: Hasil : - TD : 150/110 mmH - S : 36 ^{0}C - N : 82 x/menit - P : 20 x/menit Melakukan kolaborasi dalam	Deriani

	I	16.00	pemberian obat Hasil : - Infusan Manitol 100 cc / drips - Citicolin 250 mg / IV	Deriani
	I	16.20	Mengurangi kecemasan dengan memberikan informasi yang akurat dan memperbaiki setiap kesalahpahaman Hasil : - Tampak perawat memberikan edukasi kepada pasien terkait dengan penyakitnya dan melibatkan peran keluarga dalam menenangkan pasien	Deriani
	I	16.30	Meminimalkan stres lingkungan Hasil : - Tampak keluarga pasien mengerti untuk tidak terlalu berisik dan mengurangi pembesuk yang datang	Deriani
	II	17.00	Memberikan bantuan dalam perawatan diri (mandi dan makan). Hasil : - Tampak keluarga menyuapi pasien - Pasien mengatakan makan 3 sendok bubur tanpa sayur dan lauk, malas makan karena meras mual dan muntah	Deriani
	I	17.20	Memberikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat Hasil :	Deriani

			- Tampak pasien minum air putih ½ gelas ± 100 cc - Pasien mengatakan malas minum air karena merasa perut kembung	
	III	17.30	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat (buah dan sayur) Hasil : - Tampak pasien memahami instruksi dari perawat	Deriani
	I	18.00	Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - Tampak pemberian obat ondansentron 8 mg/extra	Deriani
	I	18.05	Berikan bantuan perawatan diri (makan) Hasil : - Tampak pasien disuapi oleh keluarganya saat makan	Deriani
	I	18.30	Memberikan cairan hangat setelah makan Hasil : - Tampak pasien meminum air hangat ± 100 cc ½ gelas yang diberikan keluarganya.	Deriani
	III	19.00	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat Hasil : - Pasien mengatakan mengkonsumsi 1 buah pisang,	Deriani

			dan ½ sayur yang di bawa oleh keluarga	
	I	22.00	Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - Omeprazole 40 mg / IV - Novaldo 100 mg / IV	Perawat ruangan
	I, II, III	22.10	Mengobservasi TTV Hasil : - TD : 160/100 mmHg - N : 81 x/menit - S : 36^0C - P : 20 x/menit	Perawat ruangan
	I	24.00	Melakukan kolaborasi dengan dalam pemberian obat Hasil : - Infusan Manitol 100 cc / IV - Citicolin 250 mg / IV	Perawat ruangan
Sabtu 21-04-2018	I, II, III	05.00	Mengobservasi TTV Hasil : - TD : 160/100 mmHg - N : 80 x/menit - S : 36^0C - P : 20 x/menit	Perawat ruangan
	II	07.00	Memberikan bantuan dalam perawatan diri (mandi). Hasil : - Pasien mengatakan nyaman setelah mandi - Tampak pasien rapi dan harum	Deriani & Dewi
	I	07.30	Memberikan bantuan dalam perawatan diri (makan).	Deriani

			Hasil : - Tampak keluarga menyuapi pasien - Pasien mengatakan hanya makan ½ bubur tanpa lauk dan sayur	
	III	07.50	Memberikan cairan hangat setelah makan Hasil : - Tampak pasien meminum air hangat ± 100 cc ½ gelas yang diberikan keluarganya.	Deriani
	I	08.00	Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - 1 Sendok Laxadine / oral - Infusan Manitol 100 cc / IV - Citicolin 250 mg / IV - Amlodipin 5 gr/oral	Perawat ruangan
	II	09.00	Menginstruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman Hasil : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri di bantu oleh keluarga	Deriani
	II	09.05	Meninggikan teralis tempat tidur Hasil : - Pasien mengatakan merasa aman jika teralis tempat tidurnya di tinggikan	Deriani
	I, II,	09.30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil :	Deriani

	III		- TD : 150/90 mmHg - N : 80 x/menit - S : 36^0C - P : 20 x/menit	
	II	09.40	Melakukan latihan ROM Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan melakukan latihan ROM dengan bantuan perawat	Deriani & Selin
	I	10.00	Berkolaborasi dengan dokter sesuai indikasi Hasil : - Omeprazole 40 mg / IV - Novaldo 100 mg / IV	Perawat ruangan & Deriani
	I	11.30	Meminimalkan stres lingkungan Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman bila ruangan tidak berisik	Deriani
	II	12.00	Memberikan bantuan perawatan diri (makan) Hasil : - Tampak pasien dibantu keluarga untuk makan	Deriani
	II	12.10	Memberikan cairan hangat setelah makan Hasil : - Tampak pasien meminum air hangat yang diberikan oleh keluarganya	Deriani
	III	12.30	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga pada diet tinggi serat	Deriani

	II	12.40	Hasil : - Tampak pasien memakan buah pisang dan jeruk Menginstruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman Hasil : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri	Deriani
	I	13.00	Memonitor adanya tanda dan gejala masalah pada status perfusi Hasil : TD : 150/100 mmHg - Teraba kedua tungkai kaki dingin - Pasien mengatakan masih mengeluh sakit kepala - Pasien mengatakan pandangan masih ganda dan merasa mengantuk	Deriani
	I	13.10	Meninggikan kepala tampat tidur Hasil : - Pasien merasa nyaman dengan meninggikan kepala tempat tidur menggunakan bantal kepala	Deriani
	II	13.15	Menimalkan stres lingkungan Hasil : - Pasien mengatakan sulit beristirahat karena ruangan terlalu berisik - Perawat mengajukan untuk mengurangi pengunjung dan	Deriani

			mengurangi kebisingan	
			Menentukan kemampuan ROM	Deriani
	II	13.20	Hasil : - Pasien mengatakan masih belum bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya - Tampak pasien belum menunjukkan adanya pergerakan sendi pada tubuh sebelah kiri	
	II	13.30	Menginstruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman Hasil : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri	Deriani
	II	13.35	Berikan bantuan dalam perawatan diri. Hasil : - Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktifitasnya secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	Deriani
	III	13.40	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat dan minum air hangat Hasil : - Pasien mengatakan mengkonsumsi buah piang dan jeruk dan 1 gelas air putih ± 100 cc tetapi belum bisa BAB	Deriani
	III	13.45	Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk,	Deriani

	III	14.00	volume dan warna, Hasil : - Tampak pasien belum BAB Memonitor tanda dan gejala konstipasi Hasil : - Tampak perut pasien membesar, pasien meringit saat perut di tekan	Deriani
Sabtu 21-04-2018	I	14.05	Meninggikan kepala tempat tidur Hasil : - Tampak pasien nyaman dengan posisi semi fowler	Deriani
	II	14.06	Meninggikan teralis tempat tidur Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman.	Deriani
	I	14.10	Menjaga keseimbangan cairan dengan pemberian cairan IV atau diuretik Hasil : - Tampak terpasang RL 500 ml	Deriani
	II	14.15	Menyediakan tempat tidur berketinggian rendah Hasil : - Pasien mengatakan merasa aman dengan tempat tidurnya yang tidak terlalu tinggi	Deriani
	I, II, III	15.40	Memonitor tanda-tanda vital: Hasil : - TD : 150/110 mmH - S : 36 ^{0}C	Deriani

			- N : 82 x/menit - P : 20 x/menit	
	I	16.00	Melakukan kolaborasi dengan dalam pemberian obat Hasil : - Infusan Manitol 100 cc / drips - Citicolin 250 mg / IV	Deriani
	I	16.20	Mengurangi kecemasan dengan memberikan informasi yang akurat dan memperbaiki setiap kesalahpahaman Hasil : - Tampak perawat memberikan edukasi kepada pasien terkait dengan penyakitnya dan melibatkan peran keluarga dalam menenangkan pasien	Deriani
	I	16.30	Meminimalkan stres lingkungan Hasil : - Tampak keluarga pasien mengerti untuk tidak terlalu berisik dan mengurangi pembesuk yang datang	Deriani
	II	17.00	Memberikan bantuan dalam perawatan diri (makan). Hasil : - Tampak keluarga menyuapi pasien - Pasien mengatakan makan 3 sendok bubur tanpa sayur dan lauk, malas makan karena meras mual dan muntah	Deriani

	I	17.20	Memberikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat Hasil : - Tampak pasien minum air putih ½ gelas ± 100 cc - Pasien mengatakan malas minum air karena merasa perut kembung	Deriani
	III	17.30	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat Hasil : - Tampak pasien memahami instruksi dari perawat	Deriani
	I	18.00	Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - Tampak pemberian obat ondansentron 8 mg/extra	Deriani
	I	18.05	Berikan bantuan perawatan diri Hasil : - Tampak pasien disuapi oleh keluarganya saat makan	Deriani
	I	18.30	Memberikan cairan hangat setelah makan Hasil : - Tampak pasien meminum air hangat ± 100 cc ½ gelas yang diberikan keluarganya.	Deriani
	III	19.00	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat Hasil : - Pasien mengatakan	Deriani

			mengkonsumsi 1 buah pisang, dan ½ sayur yang di bawa oleh keluarga	
	I	22.00	Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - Omeprazole 40 mg / IV - Novaldo 100 mg / IV	Perawat ruangan
	I, II, III	22.10	Mengobservasi TTV Hasil : - TD : 160/100 mmHg - N : 81 x/menit - S : 36^0C - P : 20 x/menit	Perawat ruangan
	I	24.00	Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - Infusan Manitol 100 cc / IV - Citicolin 250 mg / IV	Perawat ruangan
Minggu 22-04-2018	I, II, III	05.00	Mengobservasi TTV Hasil : - TD : 160/100 mmHg - N : 80 x/menit - S : 36^0C - P : 20 x/menit	Perawat ruangan
	II	07.00	Memberikan bantuan dalam perawatan diri (mandi dan makan). Hasil : - Pasien mengatakan nyaman setelah mandi - Tampak pasien rapi dan harum	Deriani & Dewi
	I	07.30	Memberikan bantuan dalam	Deriani

			perawatan diri (makan). Hasil : - Tampak keluarga menyuapi pasien - Pasien mengatakan hanya makan ½ bubur tanpa lauk dan sayur	
	III	07.50	Memberikan cairan hangat setelah makan Hasil : - Tampak pasien meminum air hangat ± 100 cc ½ gelas yang diberikan keluarganya.	Deriani
	I	08.00	Berkolaborasi dengan dokter, sesuai indikasi Hasil : - 1 Sendok Laxadine / oral - Infusan Manitol 100 cc / IV - Citicolin 250 mg / IV - Amlodipin 5 gr/oral	Perawat ruangan
	II	09.00	Menginstruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman Hasil : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri di bantu oleh keluarga	Deriani
	II	09.05	Meninggikan teralis tempat tidur Hasil : - Pasien mengatakan merasa aman jika teralis tempat tidurnya di tinggikan	Deriani
	I, II,	09.30	Memonitor tanda-tanda vital	Deriani

	III		Hasil : - TD : 150/90 mmHg - N : 80 x/menit - S : 36^0C - P : 20 x/menit	
	II	09.40	Melakukan latihan ROM Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan melakukan latihan ROM dengan bantuan perawat	Deriani & Selin
	I	10.00	Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - Omeprazole 40 mg / IV - Novaldo 100 mg / IV	Perawat ruangan & Deriani
	I	11.30	Meminimalkan stres lingkungan Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman bila ruangan tidak berisik	Deriani
	II	12.00	Memberikan bantuan perawatan diri (makan) Hasil : - Tampak pasien dibantu keluarga untuk makan	Deriani
	II	12.10	Memberikan cairan hangat setelah makan Hasil : - Tampak pasien meminum air hangat yang diberikan oleh keluarganya	Deriani
	III	12.30	Menginstruksikan pada pasien dan	Deriani

			keluarga pada diet tinggi serat Hasil : - Tampak pasien memakan buah pisang dan jeruk	
	II	12.40	Menginstruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman Hasil : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri	Deriani
	I	13.00	Memonitor adanya tanda dan gejala masalah pada status perfusi Hasil : - TD : 150/100 mmHg - Teraba kedua tungkai kaki dingin - Pasien mengatakan masih mengeluh sakit kepala - Pasien mengatakan pandangan masih ganda dan merasa mengantuk	Deriani
	I	13.10	Meninggikan kepala tampat tidur Hasil : - Pasien merasa nyaman dengan meninggikan kepala tempat tidur menggunakan bantal kepala	Deriani
	II	13.15	Menimalkan stres lingkungan Hasil : - Pasien mengatakan sulit beristirahat karena ruangan terlalu berisik - Perawat mengajukan untuk	Deriani

			mengurangi pengunjung dan mengurangi kebisingan	
	II	13.20	Menentukan kemampuan ROM Hasil : - Pasien mengatakan masih belum bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya - Tampak pasien belum menunjukkan adanya pergerakan sendi pada tubuh sebelah kiri	Deriani
	II	13.30	Menginstruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman Hasil : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri	Deriani
	II	13.35	Berikan bantuan dalam perawatan diri. Hasil : - Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktifitasnya secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	Deriani
	III	13.40	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat dan minum air hangat Hasil : - Pasien mengatakan mengkonsumsi buah piang dan jeruk dan 1 gelas air putih ± 100 cc tetapi belum bisa BAB	Deriani
	III	13.45	Monitor buang air besar termasuk	Deriani

			frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna, Hasil : - Tampak pasien belum BAB	
	III	14.00	Memonitor tanda dan gejala konstipasi Hasil : - Tampak perut pasien membesar, pasien meringit saat perut di tekan	Deriani
Minggu 22-04-2018	I	14.05	Meninggikan kepala tempat tidur Hasil : - Tampak pasien nyaman dengan posisi semi fowler	Deriani
	II	14.06	Meninggikan teralis tempat tidur Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman.	Deriani
	I	14.10	Menjaga keseimbangan cairan dengan pemberian cairan IV atau diuretik Hasil : - Tampak terpasang RL 400 ml	Deriani
	II	14.15	Menyediakan tempat tidur berketinggian rendah Hasil : - Pasien mengatakan merasa aman dengan tempat tidurnya yang tidak terlalu tinggi	Deriani
	I, II, III	15.40	Memonitor tanda-tanda vital: Hasil : - TD : 150/110 mmH	Deriani

			- S : 36 ^{0}C - N : 82 x/menit - P : 20 x/menit	
	I	16.00	Melakukan olaborasi dalam pemberian obat Hasil : - Infusan Manitol 100 cc / drips - Citicolin 250 mg / IV	Deriani
	I	16.20	Mengurangi kecemasan dengan memberikan informasi yang akurat dan memperbaiki setiap kesalahpahaman Hasil : - Tampak perawat memberikan edukasi kepada pasien terkait dengan penyakitnya dan melibatkan peran keluarga dalam menenangkan pasien	Deriani
	I	16.30	Meminimalkan stres lingkungan Hasil : - Tampak keluarga pasien mengerti untuk tidak terlalu berisik dan mengurangi pembesuk yang datang	Deriani
	II	17.00	Memberikan bantuan dalam perawatan diri (makan). Hasil : - Tampak keluarga menyuapi pasien - Pasien mengatakan makan 3 sendok bubur tanpa sayur dan lauk, malas makan karena	Deriani

			meras mual dan muntah	
	I	17.20	Memberikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat Hasil : - Tampak pasien minum air putih ½ gelas ± 100 cc - Pasien mengatakan malas minum air karena merasa perut kembung	Deriani
	III	17.30	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat Hasil : - Tampak pasien memahami instruksi dari perawat	Deriani
	I	18.00	Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - Tampak pemberian obat ondansentron 8 mg/extra	Deriani
	I	18.05	Berikan bantuan perawatan diri Hasil : - Tampak pasien disuapi oleh keluarganya saat makan	Deriani
	I	18.30	Memberikan cairan hangat setelah makan Hasil : - Tampak pasien meminum air hangat ± 100 cc ½ gelas yang diberikan keluarganya.	Deriani
	III	19.00	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat Hasil :	Deriani

			- Pasien mengatakan mengkonsumsi 1 buah pisang, dan ½ sayur yang di bawa oleh keluarga	
	I	22.00	Melakukan kolaborasi dengan dalam pemberian obat Hasil : - Omeprazole 40 mg / IV - Novaldo 100 mg / IV	Perawat ruangan
	I, II, III	22.10	Mengobservasi TTV Hasil : - TD : 160/100 mmHg - N : 81 x/menit - S : 36^0C - P : 20 x/menit	Perawat ruangan
	I	24.00	Berkolaborasi dengan dokter, sesuai indikasi Hasil : - Infusan Manitol 100 cc / IV - Citicolin 250 mg / IV	Perawat ruangan
Senin 23-04-2018	I, II, III	05.00	Mengobservasi TTV Hasil : - TD : 160/100 mmHg - N : 80 x/menit - S : 36^0C - P : 20 x/menit	Perawat ruangan
	II	07.00	Memberikan bantuan dalam perawatan diri (mandi). Hasil : - Pasien mengatakan nyaman setelah mandi - Tampak pasien rapi dan harum	Deriani & Enca

	I	07.30	Memberikan bantuan dalam perawatan diri (makan). Hasil : - Tampak keluarga menyuapi pasien - Pasien mengatakan hanya makan ½ bubur tanpa lauk dan sayur	Deriani
	III	07.50	Memberikan cairan hangat setelah makan Hasil : - Tampak pasien meminum air hangat ± 100 cc ½ gelas yang diberikan keluarganya.	Deriani
	I	08.00	Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - 1 Sendok Laxadine / Oral - Infusan Manitol 100 cc / IV - Citicolin 250 mg / IV - Amlodipin 5 gr/oral	Perawat ruangan
	II	09.00	Menginstruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman Hasil : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri di bantu oleh keluarga	Deriani
	II	09.05	Meninggikan teralis tempat tidur Hasil : - Pasien mengatakan merasa aman jika teralis tempat tidurnya di tinggikan	Deriani

	I, II, III	09.30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : - TD : 150/90 mmHg - N : 80 x/menit - S : 36^0C - P : 20 x/menit	Deriani
	II	09.40	Melakukan latihan ROM Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan melakukan latihan ROM dengan bantuan perawat	Deriani
	I	10.00	Melakukan kolaborasi dengan dalam pemberian obat Hasil : - Omeprazole 40 mg / IV - Novaldo 100 mg / IV	Perawat ruangan & Deriani
	I	11.30	Meminimalkan stres lingkungan Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman bila ruangan tidak berisik	Deriani
	II	12.00	Memberikan bantuan perawatan diri (makan) Hasil : - Tampak pasien dibantu keluarga untuk makan	Deriani
	II	12.10	Memberikan cairan hangat setelah makan Hasil : - Tampak pasien meminum air hangat yang diberikan oleh keluarganya	Deriani

	III	12.30	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga pada diet tinggi serat Hasil : - Tampak pasien memakan buah pisang dan jeruk	Deriani
	II	12.40	Menginstruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman Hasil : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri	Deriani
	I	13.00	Memonitor adanya tanda dan gejala masalah pada status perfusi Hasil : - TD : 150/100 mmHg - Teraba kedua tungkai kaki dingin - Pasien mengatakan masih mengeluh sakit kepala - Pasien mengatakan pandangan masih ganda dan merasa mengantuk	Deriani
	I	13.10	Meninggikan kepala tampat tidur Hasil : - Pasien merasa nyaman dengan meninggikan kepala tempat tidur menggunakan bantal kepala	Deriani
	II	13.15	Menimalkan stres lingkungan Hasil : - Pasien mengatakan sulit beristirahat karena ruangan terlalu berisik	Deriani

			- Perawat mengajukan untuk mengurangi pengunjung dan mengurangi kebisingan	
	II	13.20	Menentukan kemampuan ROM Hasil : - Pasien mengatakan masih belum bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya - Tampak pasien belum menunjukkan adanya pergerakan sendi pada tubuh sebelah kiri	Deriani
	II	13.30	Menginstruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman Hasil : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri	Deriani
	II	13.35	Berikan bantuan dalam perawatan diri. Hasil : - Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktifitasnya secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	Deriani
	III	13.40	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat dan minum air hangat Hasil : - Pasien mengatakan mengkonsumsi buah piang dan jeruk dan 1 gelas air putih ± 100 cc dan sudah BAB	Deriani

	III	13.45	Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna, Hasil : - Tampak pasien sudah BAB	Deriani
	III	14.00	Memonitor tanda dan gejala konstipasi Hasil : - Teraba perut pasien sudah tidak kembung	Deriani

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny. “H” masuk rumah sakit pada tanggal 18 April 2018 di ruang St. Bernadeth II B dengan diagnosa medik NHS. Pasien mengeluh sering pusing, sakit kepala dan kram pada kaki serta tangan kirinya sejak 2 minggu yang lalu, namun pasien mengira hanya sakit biasa sehingga pasien hanya membeli obat di warung terdekat. Sekitar ± 3 hari yang lalu tiba-tiba bagian tubuh sebelah kiri pasien terasa lumpuh dan pasien tidak bisa mengangkat kaki dan tangan kirinya sehingga keluarga memutuskan untuk membawa ke puskesmas lalu di rujuk ke rumah sakit.

Pada saat pengkajian tanggal 20 April 2018, penulis mendapatkan pasien dalam keadaan terbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, dan terpasang cairan Manitol 100 cc pada tangan kanan. Tampak pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD : 150/100 mmHg, suhu : 36^0C, pernapasan 20 x/menit, nadi 81 x/menit. Pemeriksaan darah lengkap didapatkan RBC 3,9 10^6/µL, HCT 33%, MCHC 36 mg/dL. Hasil pemeriksaan elektrolit didapatkan kalium 4,6 mmol/l. Pemeriksaan CT-Scan kepala didapatkan infark cerebri bilateral, infark lakuner di kanan, oeteoma frontalis kanan, menonjol ke intracranial. Terapi pengobatan yang diberikan infusan Manitol 100 cc / 8 jam / IV, Omeprazole 40 mg / 12 jam / IV, 1 x 1 sendok Laxadine / oral, 1 x 5 mg Amlodipine / oral, Novaldo 1000 mg / 12 jam / IV, Citicolin 250 mg / 8 jam / IV, Hyosin 20 mg / ekstra / IV, Ondansentron 8 mg / ekstra / IV.

Berdasarkan pengkajian diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu: gangguan perfusi jaringan otak berhubungan dengan aterosklerosis aortic, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, konstipasi berhubungan dengan asupan serat tidak cukup.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Deriani	NIM: E1514401014

Unit	: St. Berdnateht II B	Autoanamnese	: ✓
Kamar	: 719^2	Alloananmnese	: ✓
Tgl masuk RS	: 18 April 2018		
Tgl pengkajian	: 20 April 2018		

1. Identifikasi

a. Pasien

Nama initial	: Ny. H
Umur	: 72 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 3
Agama/suku	: Islam / Bugis Makassar
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Makassar
Pendidikan	: Tidak sekolah
Pekerjaan	: IRT
Alamat rumah	: Pulau Barang Lompo

b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. N
Umur	: 35 Tahun
Alamat	: Pulau Barang Lompo
Hubungan dengan pasien	: Menantu

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Suspek NHS

Saat pengkajian : NHS

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan :

Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, dan terpasang cairan Manitol 100 cc pada tangan kanan. Tampak pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri.

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran: Composmentis

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 150/100 mmHg

MAP : 116,6 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36 °C

[ ] Oral [ ] axilla [√] Rectal

4) Pernapasan : 20 x/menit

Irama [√] teratur [ ] Kusmaul [ ] Cheynes-stokesa

Jenis [√] dada [ ] Perut

5) Nadi : 81 x/menit

Irama: [√] teratur [ ] tachikardi [ ] Bradichardi

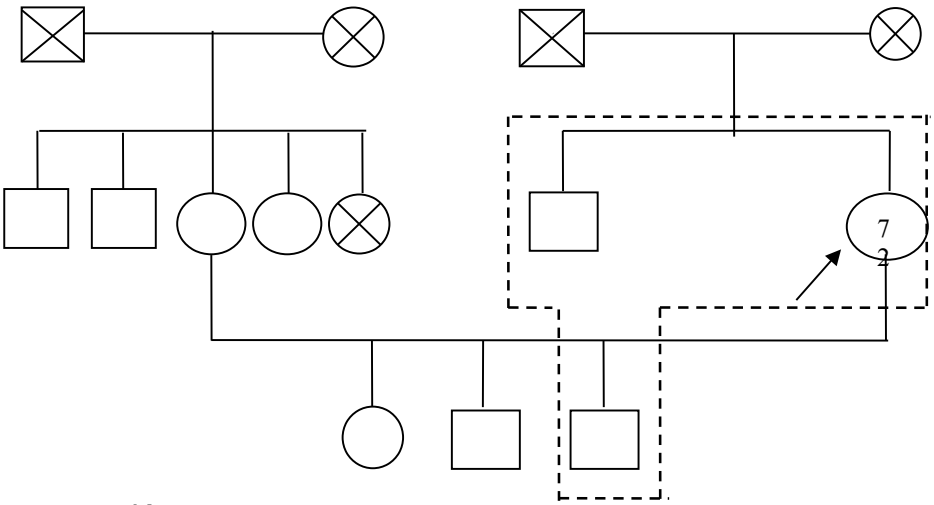
[ ] Kuat [√] Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 30 cm
2. Tinggi badan : 152 cm
3. Berat badan : 61 kg
4. IMT : 26,4 kg/m²

Kesimpulan : Obesitas

d. Genogram



Keterangan :

: Pria Normal

: Wanita Normal

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu penting dan berharga, karena saat sakit pasien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya. Keluarga mengatakan pasien suka makan sate, gorengan dan ikan asin. Pasien tidak pernah memeriksakan kesehatannya ke rumah sakit ataupun puskesmas. Saat pasien sakit flu dan demam, pasien hanya membeli obat di warung yang ada di dekat rumahnya.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama :

Kelemahan pada tubuh sebelah kiri.

b) Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan merasa sering pusing, sakit kepala dan kram pada kaki dan tangan kirinya sejak 2 minggu yang lalu, namun pasien mengira hanya sakit biasa sehingga pasien hanya beli obat di warung terdekat. Sekitar ± 3 hari yang lalu tiba-tiba bagian tubuh sebelah kiri pasien terasa lumpuh dan pasien tidak bisa mengangkat kaki dan tangan kirinya sehingga keluarga memutuskan untuk membawa ke puskesmas lalu di rujuk ke rumah sakit. Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri kepala skala 2, muntah sudah 4 kali dan merasa ingin muntah lagi jika bergerak. Tampak tubuh bagian kiri tidak bisa digerakkan.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien tidak pernah mengalami sakit yang berarti, kadang-kadang hanya

flu dan demam biasa yang akan sembuh dengan sendirinya setelah minum obat yang di beli dari warung.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

   Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang riwayat penyakit keluarganya.

5) Pemeriksaan fisik:

   a) Kebersihan rambut : Tampak kotor
   b) Kulit kepala : Tampak kotor
   c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
   d) Higiene rongga mulut : Tampak kotor
   e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
   f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga mengatakan nafsu makan baik, pasien makan 2-3 x/hari, dengan menu yang diganti setiap hari seperti ikan goreng, ikan masak, sate, ikan kering dan sayur-sayuran seperti sayur santan dan sayur bening. Selalu menghabiskan porsi makanannya, keluarga mengatakan pasien suka makan sate, segala jenis ikan dan gorengan. Pasien mengatakan minum air putih ± 5 gelas per hari dan minum teh 2 kali sehari.

2) Keadaan sejak sakit:

   Keluarga mengatakan pasien makan 3 x/hari dengan menu yang disediakan oleh rumah sakit dan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok setiap makan. Pasien mengatakan minum air putih 1-2 gelas perhari. Pasien

mengatakan hanya mengkonsumsi makanan dan minuman dari rumah sakit.

3) Observasi:

Tampak pasien makan hanya 2-3 sendok dengan menu yang disediakan oleh rumah sakit. Tampak pasien minum 1-2 gelas/hari. Tampak juga pasien tidak pernah mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak serat.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak berminyak
b) Hidrasi kulit : Kembali dalam < 3 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema/tidak anemis
d) Sclera : Tidak ikterik
e) Hidung : Septum berada di tengah, simetris
f) Rongga mulut : Berbau, tidak ada radang
Gusi : Tidak ada peradangan.
Gigi palsu : Tampak tidak ada gigi palsu
g) Gigi : Adanya karang gigi
h) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien tidak mampu mengunyah keras.
i) Lidah : Kotor, tidak ada peradangan
j) Pharing : Tidak ada peradangan
k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
m) Abdomen
- Inspeksi : Tampak perut kembung
- Auskultasi : Peristaltik usus 4 x/menit
- Palpasi : Teraba keras dan nyeri tekan

pada 4 kuadran

- Perkusi : Hipertimpani

n) Kulit
   - Edema : ☐ positif ☑ negatif
   - Ikterik : ☐ positif ☑ negatif
   - Tanda – tanda radang : Tidak ada

o) Lesi : Tidak ada lesi pada kulit

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari, dengan konsistensi padat, berwarna kekuningan dan tidak ada keluhan dalam BAB. Pasien mengatakan BAK ± 5 kali sehari, pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit dan masuk rumah sakit belum pernah BAB. Pasien mengatakan ia merasa kembung dan sakit perut. Pasien mengatakan sering kentut. Pasien mengatakan BAK ± 5 kali sehari. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan BAK.

3) Observasi:

   Saat pengkajian tampak perut pasien kembung dan tampak pasien meringis. Teraba nyeri tekan pada 4 kuadran abdomen

4) Pemeriksaan fisik :

   a) peristaltik usus : 4 x/menit
   b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.
   c) nyeri ketuk ginjal : ☐ positif. ☑ negatif.
   d) mulut uretra : Tidak dikaji, pasien menolak

e) anus:
- peradangan : Tidak dikaji, pasien menolak
- Hemoroid : Tidak dikaji, pasien menolak
- Fistula : Tidak dikaji, pasien menolak

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kegiatan sehari-hari yaitu menyapu, memasak dan mengerjakan pekerjaan rumah lainnya. Pasien mengatakan sering jalan pagi setiap hari sesudah shalat subuh. Pasien mengatakan menonton TV dan bermain bersama cucunya di waktu senggang.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas dan menggerakkan kaki serta tangan kirinya sejak kurang lebih 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan hanya bisa berbaring di tempat tidur dan sekarang kebutuhannya di bantu oleh keluarga dan perawat.

Observasi :

Saat pengkajian tampak tubuh bagian kiri tidak bisa digerakkan. Tampak juga seluruh kebutuhan dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Akitivitas harian :
- Makan : 4
- Mandi : 4
- Pakaian : 4
- Kerapihan : 4
- Buang air besar : 4

0. mandiri
1. bantuan dengan alat
2. bantuan orang
3. bantuan alat dan orang
4. bantuan penuh

- Buang air kecil : 4
- Mobilisasi ditempat tidur : 4

b) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien bedrest

c) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien bedrest

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

3) Pemeriksaan fisik

a) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

b) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali dalam < 3 detik

c) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi

  Bentuk thorax : Simetris

  Sianosis : Tidak ada

  Stridor : Tidak terdengar

- Palpasi

  Vocal fremitus : Teraba getaran paru kanan dan kiri sama

- Perkusi : [√] sonor [ ] redup [ ] pekak.
- Auskultasi

  Suara napas : Vesicular

  Suara ucapan : Terdengar sama kuat di kedua lapang paru.

  Suara tambahan : Tidak ada suara Tambahan

d) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi :

  Ictus cordis : Teraba pada ICS V midklavikularis kiri

- Perkusi :

  Batas atas jantung : ICS 2

  Batas bawah jantung : ICS 5

  Batas kanan jantung : Linea sternalis dekstra

  Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS II linea sternalis dextra

  Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS II linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS IV linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS V linea midclavikularis sinistra

  Bunyi jantung II irama gallop : Tidak terdengar

  Murmur : Tidak ada

  HR : 81 x/m

  Bruit : Aorta : Tidak terdengar

  A. Renalis : Tidak terdengar

  A. Femoralis : Tidak terdengar

e) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif
- Rentang gerak : Terbatas pada tubuh sebelah kiri

Kaku sendi : Tidak ada

- Uji kekuatan otot : kanan kiri

Tangan :	5	0
Kaki :	5	0

- Kesimpulan : Hemiplegia sinistra
- Refleks fisiologi : Tidak dikaji
- Refleks patologi :

Babinski, kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

- Clubbing jari-jari : Tidak tampak
- Varises tungkai : Tidak tampak

f) Columna vertebralis

- Inspeksi : Tidak dikaji karena pasien bedrest
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit dia tidur malam ± 7 jam, yaitu tidur pukul 10 malam dan bangun pukul 4 pagi. Tidur siang ± 2-3 jam setelah semua pekerjaannya selesai

2) Keadaan sejak sakit :

.Pasien mengatakan sejak sakit ia lebih mudah tertidur, hanya saja sering terbangun jika ada suara berisik. Tidur malam ± 8-9 jam dan tidur siang ± 5 jam

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk	:	☐ positif	☑	negatif
Banyak menguap	:	☐ positif	☑	negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:	☐ positif	☑	negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan atau pendengaran karena pasien tidak mengalami masalah pada penglihatan maupun pendengarannya

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pandangannya terasa kabur, mungkin karena pengaruh dari penyakitnya.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak bisa membaca papan nama perawat

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

- Cornea : Tampak bersih
- Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan Intra Okuler (TIO) : Teraba antara kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Tampak ada serumen
- Membran timpani : Tampak timpani tidak kelihatan

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia adalah seorang ibu rumah tangga dan bertanggung jawab untuk mengurus suami serta kakaknya yang sedang sakit, pasien mengatakan ia sering berkumpul bersama tetangganya jika ada pengajian

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia tidak bisa lagi berbuat apa-apa, ia hanya berbaring lemah ditempat tidur, keluarga mengatakan merasa cemas dengan keadaan pasien, keluarga berharap pasien bisa cepat sembuh dengan tujuan agar bisa berkumpul dengan dengan keluarga seperti sebelumnya.

3) Observasi :

a) Kontak mata : Tampak pasien menatap perawat saat berbicara
b) Rentang perhatian : Tampak pasien perhatian penuh
c) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien bedrest

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Abdomen

Bentuk : Datar
Bayangan vena : Tidak ada
Benjolan massa : Tidak ada

c) Kulit : lesi kulit : Tampak tidak ada lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama suami, kakak dan anak bungsunya beserta menantu dan cucunya, peran pasien dalam keluarga sebagai IRT. Keluarga mengatakan pasien diterima baik dalam keluarga dan lingkungannya

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan setiap hari ditemani anak dan menantunya secara bergantian dan selalu dikunjungi cucu-cucunya serta tetangganya

3) Observasi :

Tampak pasien selalu ditemani anak nya dan dikunjungi oleh cucu-cucunya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia berusia 72 tahun, memiliki 3 orang anak. Pasien mengatakan haid pertama kali pada usia 16 tahun dan menopause saat umur 50-an.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak mengalami masalah pada organ reproduksinya

3) Observasi :

Tampak pasien berpenampilan sesuai usia dan jenis kelaminnya.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika ada masalah dia selalu membicarakannya dengan keluarga terutama suaminya, tetapi dia lebih suka diam dan bicara setelah suasana hatinya membaik

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak khawatir dengan penyakitnya karena suami dan anak-anaknya menjaganya dengan baik.

3) Observasi :

Tampak suami dan anak-anaknya berada di sisi pasien dan tampak pasien tenang.

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia rajin ke Mesjid untuk shalat berjamaah

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan meskipun dia tidak shalat tetapi dia tetap rajin berdoa.

3) Observasi :

Tampak Al-qur'an disamping bantal pasien

5. Uji Saraf Kranial

a. N I : Pasien mampu mengenali bau balsam dengan mata tertutup.

b. N II : Pasien mampu melihat tulisan nama perawat dalam jarak ± 20 cm

c. N III, IV, VI : Pasien mampu menggerakkan bola mata kesegala arah dan pupil isokor kiri dan kanan

d. N V

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan tissue pada wajahnya dengan mata tertutup

Motorik : Pasien mampu mengunyah keras

e. N VII

Sensorik : Pasien dapat merasakan manis dan asin

Motorik : Pasien mampu tersenyum tetapi tidak simetris

f. N VIII

Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien bedrest

Akustikus : Pasien mampu mendengar suara gesekan tangan perawat

g. N IX : Uvula berada ditengah

h. N X : Pasien mampu menelan

i. N XI : Pasien tidak dapat mengankat bahu kirinya

j. N XII : Pasien mampu menjulurkan lidahnya

6. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 19/04/2018

Nama / Umur : Ny. Hutmi / 72 Tahun

Test/Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	7.6	4.0 – 11.0	10^3/µL
RBC	**3.9 ***	4.00 – 6.20	10^6/µL
HGB	11.8	11.0 – 18.8	g/dL
HCT	**33 ***	35 – 55	%
MCV	84.6	80 – 100	fL
MCH	30.3	26 – 34	pg
MCHC	**36 ***	31 – 35	mg/dL
PLT	264	150 -450	10^3/µL
RDW	12.5	10 – 20	%
PDW	10.1	8 – 18	%
MPV	8.7	6.0 – 10.0	%

2. Elektrolit

   Tanggal : 19/04/2018

   Nama / Umur : Ny. Hutmi / 72 Tahun

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan
NATRIUM	138	136 – 145	mmol/L
KALIUM	4.6 *	3.4 – 4.5	mmol/L
CHLORIDA	104	100 -108	mmol/L

3. CT-Scan kepala

   Tanggal : 20/04/2018

   Nama / Umur : Ny. Hutmi / 72 Tahun

   Kesan : Infark cerebri bilateral, infark lakuner di kanan, oeteoma frontalis kanan, menonjol ke intrakranial.

7. Terapi Obat

- Infusan Manitol 100 cc / 8 jam / IV
- Omeprazole 40 mg / 12 jam / IV
- 1 x 1 sendok Laxadine / oral
- 1 x 5 mg Amlodipine / oral
- Novaldo 1000 mg / 12 jam / IV
- Citicolin 250 mg / 8 jam / IV
- Hyosin 20 mg / ekstra / IV

- Ondansentron 8 mg / ekstra / IV

8. Analisa Data

Nama / Umur : Ny. H/72 tahun

Unit/Kamar : St Bernadeth II B / 719[2]

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS : - Pasien mengatakan merasa sering pusing, sakit kepala dan kram pada kaki dan tangan kirinya - Pasien mengatakan ± 3 hari yang lalu tiba-tiba bagian tubuh sebelah kiri pasien terasa lumpuh - Pasien mengatakan nyeri kepala skala 2 - Pasien mengatakan muntah sudah 4 kali dan merasa ingin muntah lagi jika bergerak DO : - KU sakit sedang - Tampak kelemahan pada tubuh	Aterosklerosis aortic	Gangguan perfusi jaringan otak

	sebelah kiri - Tampak pasien muntah - Tampak pasien meringis - TD : 150/100 mmHg - Hasil pemeriksaan CT-Scan kepala (20 April 2018) Kesan : infark cerebri bilateral.		
2	DS : - Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas - Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki dan tangan kirinya - Pasien mengatakan hanya bisa berbaring di tempat tidur - Pasien mengatakan kebutuhannya di bantu oleh keluarga dan perawat DO : - Tampak tubuh bagian kiri tidak bisa digerakkan - Tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Uji kekuatan otot Kanan Kiri Tangan 5 | 0 Kaki 5 | 0	Gangguan neuromuskular	Hambatan mobilitas fisik

	Kesimpulan : Hemiplegia sinistra - ADL : Makan : 4 Mandi : 4 Pakaian : 4 Kerapihan : 4 Buang air besar: 4 Buang air kecil : 4 Mobilisasi ditempat tidur : 4 Kesimpulan : bantuan penuh		
3	DS : - Pasien mengatakan tidak pernah BAB sejak 3 hari yang lalu - Pasien mengatakan merasa kembung - Pasien mengatakan sakit perut - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok setiap makan. - Pasien mengatakan minum air putih 1-2 gelas perhari DO : - Perut teraba kembung - Auskultasi hipertympani - Peristaltik usus 4 x/m - Teraba nyeri tekan pada 4	Asupan serat tidak cukup	Konstipasi

	kuadran abdomen - Tampak juga pasien tidak pernah mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak serat. - Hasil elektrolit : Kalium 4,6 mmol/L		

9. Diagnosa Keperawatan

Nama / umur : Ny. H / 72 tahun

Unit / ruang : St. Bernadeth II B / 719[2]

No	Diagnosa Keperawatan
I	Gangguan perfusi jaringan cerebri b/d aterosklerosis aortic
II	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular
III	Konstipasi b/d asupan serat tidak cukup

10. Rencana Keperawatan

Nama/Umur : Ny. H/ 72 tahun

Unit/Kamar : ST. Bernadeth II B / 719[2]

TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HASIL YANG DIHARAPKAN (NOC)	TINDAKAN KEPERAWATAN (NIC)
20/04/2018	Risiko gangguan perfusi jaringan cerebral b/d aterosklerosis aortic DS : - Pasien mengatakan merasa sering pusing, sakit kepala dan keram pada kaki dan tangan kirinya - Pasien mengatakan ± 3 hari yang lalu tiba-tiba bagian tubuh sebelah kiri pasien terasa lumpuh - Pasien mengatakan nyeri kepala skala 2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu menunjukkan perfusi jaringan otak efektif dengan criteria hasil: Perfusi jaringan serebral 1. Tekanan darah sistolik dipertahankan pada skala 3 (devisi sedang dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 4 (devisi ringan dari kisaran normal) 2. Tekanan darah diastolik	1. Monitor tanda-tanda vital a. Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan 2. Pengaturan Hemodinamik a. Kurangi kecemasan dengan memberikan informasi yang akurat dan perbaiki setiap kesalahpahaman b. Monitor adanya tanda dan gejala masalah pada status perfusi (misalnya, hipotensi simptomatik, dingin di ujung kaki dan tangan, termasuk lengan dan kaki, mental obtundation atau mengantuk

	- Pasien mengatakan muntah sudah 4 kali dan merasa ingin muntah lagi jika bergerak DO : - KU sakit sedang - Tampak kelemahan pada tubuh sebelah kiri - Tampak pasien muntah - Tampak pasien meringis - TD : 150/100 mmHg - Hasil pemeriksaan CT-Scan kepala (20 April 2018) Kesan : infark cerebri bilateral.	dipertahankan pada skala 3 (devisi sedang dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 4 (devisi ringan dari kisaran normal) 3. Sakit kepala dipertahankan pada skala 2 (devisi cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 4 (devisi ringan dari kisaran normal)	terus : evaluasi ditingkat serum kreatinin dan BUN, hiponatremia, tekanan nadi sempit, dan tekanan nadi proporsional 25% atau kurang) c. Tinggikan kepala tempat tidur d. Jaga keseimbangan cairan dengan pemberian cairan IV atau diuretik e. Minimalkan stres lingkungan f. Berkolaborasi dengan dokter, sesuai indikasi
20/04/2018	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular DS : - Pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu menunjukkan	1. Monitor tanda-tanda vital a. Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status perapasan 2. Perawatan Tirah Baring

	tidak bisa beraktivitas - Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki dan tangan kirinya - Pasien mengatakan hanya bisa berbaring di tempat tidur - Pasien mengatakan kebutuhannya di bantu oleh keluarga dan perawat DO : - Tampak tubuh bagian kiri tidak bisa digerakkan - Tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Uji kekuatan otot	kemampuan ambulasi dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan a. Gerakan sendi dipertahankan pada skala 1 (sangat terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu) b. Gerakan otot dipertahankan pada skala 1 (sangat terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu)	a. Tinggikan teralis tempat tidur 3. Terapi Latihan : Ambulasi a. Sediakan tempat tidur berketinggian rendah. b. Instruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman. 4. Terapi Latihan : Keseimbangan a. Tentukan kemampuan pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan b. Lakukan latihan ROM 5. Bantuan Perawatan Diri a. Berikan bantuan dalam perawatan diri (mandi dan makan).

	Kanan Kiri Tangan 5 | 0 Kaki 5 | 0 Kesimpulan: Hemiplegia sinistra - ADL : Makan : 4 Mandi : 4 Pakaian : 4 Kerapihan : 4 Buang air besar : 4 Buang air kecil: 4 Mobilisasi ditempat tidur: 4 Kesimpulan : bantuan penuh		
	Konstipasi berhubungan dengan asupan serat tidak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien	1. Monitor tanda-tanda vital a. Monitor tekanan darah, nadi,

	cukup DS : - Pasien mengatakan tidak pernah BAB sejak 3 hari yang lalu - Pasien mengatakan merasa kembung - Pasien mengatakan sakit perut - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok setiap makan. - Pasien mengatakan minum air putih 1-2 gelas perhari DO : - Perut teraba kembung - Auskultasi hipertympani - Peristaltik usus 4 x/m - Teraba nyeri tekan pada	mampu menunjukkan eliminasi usus dengan kriteria hasil : 1. Eliminasi usus a. Pola eliminasi dipertahankan pada skala 2 (sedikit terganggu) ke skala 3 (cukup terganggu) b. Kemudahan BAB dipertahankan pada skala 2 (sedikit terganggu ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu) 2. Status kenyamanan fisik a. Konstipasi dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup)	suhu dan status perapasan 2. Manajemen Konstipasi a. Monitor tanda dan gejala konstipasi b. Instruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat c. Kolaborasi dalam penggunaan laksatif 3. Menejemen saluran cerna a. Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna, dengan cara yang tepat b. Berikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat

	4 kuadran abdomen - Tampak juga pasien tidak pernah mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak serat. - Hasil elektrolit : Kalium 4,6 mmol/L		

13. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny. H/72 tahun

Unit/Kamar : St Bernadeth II B / 719[2]

Hari/Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
Sabtu 21-04-2018	**DP I :** Risiko gangguan perfusi jaringan cerebral b/d aterosklerosis aortic S : - Pasien mengatakan sakit kepala - Pasien mengatakan pandangan masih ganda dan merasa mengantuk O : - Tekanan darah pasien 150/100 mmHg - Teraba kedua tungkai kaki dingin A : Pasien belum menunjukkan Perfusi jaringan serebral yang efektif P : Lanjutkan intervensi : - Monitor tanda-tanda vital - Pengaturan Hemodinamik	Deriani
	DP II : Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular S : - Pasien mengatakan kaku pada bagian tubuh sebelah kiri - Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktifitasnya secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	Deriani

	O : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri - Tampak pasien meringis saat di lakukan latihan pergerakan pada bagian tubuh sebelah kiri A : Pasien belum menunjukkan pergerakan P : Lanjutkan intervensi : - Monitor tanda-tanda vital - Perawatan Tirah Baring - Bantuan Perawatan Diri - Terapi Latihan : Keseimbangan - Terapi Latihan : Ambulasi **DP III** : Konstipasi b/d asupan serat tidak cukup S : - Pasien mengatakan mengkonsumsi buah pisang dan jeruk dan 1 gelas air putih ± 100 cc tetapi belum bisa BAB O : - Tampak perut pasien membesar, pasien meringit saat perut di tekan - Tampak pasien belum BAB A : Pasien belum menunjukkan eliminasi usus P : Lanjutkan intervensi: - Monitor tanda-tanda vital - Manajemen Konstipasi - Menejemen saluran cerna	Deriani
Minggu 22-04-2018	**DP I :** Risiko gangguan perfusi jaringan cerebral b/d aterosklerosis aortic	Deriani

	S : - Pasien mengatakan masih sakit kepala - Pasien mengatakan pandangan masih ganda dan merasa mengantuk O : - Tampak tekanan darah pasien 150/100 mmHg - Teraba kedua tungkai kaki dingin A : Pasien belum menunjukkan perfusi jaringan serebral yang efektif P : Lanjutkan intervensi : - Monitor tanda-tanda vital - Pengaturan Hemodinamik DP II : Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular S : - Pasien mengatakan kaku pada bagian tubuh sebelah kiri - Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktifitasnya secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga O : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri - Tampak pasien meringis saat di lakukan latihan pergerakan pada bagian tubuh sebelah kiri	Deriani

	A : Pasien belum menunjukkan pergerakkan. P : Lanjutkan intervensi : - Monitor tanda-tanda vital - Perawatan Tirah Baring - Bantuan Perawatan Diri - Terapi Latihan : Keseimbangan - Terapi Latihan : Ambulasi **DP III** : Konstipasi b/d asupan serat tidak cukup S : - Pasien mengatakan mengkonsumsi buah pisang dan jeruk dan 1 gelas air putih ± 100 cc tetapi belum bisa BAB O : - Tampak perut pasien membesar, pasien meringis saat perut di tekan - Tampak pasien belum BAB A : Pasien belum menunjukkan eliminasi usus. P : Lanjutkan intervensi: - Monitor tanda-tanda vital - Manajemen Konstipasi - Menejemen saluran cerna	Deriani
Senin 23-04-2018	**DP I :** Risiko gangguan perfusi jaringan cerebral b/d aterosklerosis aortic S : - Pasien mengatakan sakit kepala - Pasien mengatakan pandangan masih ganda dan merasa mengantuk	Deriani

	O : - Tampak tekanan darah pasien 150/100 mmHg - Teraba kedua tungkai kaki dingin A : Pasien belum menunjukkan perfusi jaringan serebral yang efektif. P : Lanjutkan intervensi : - Monitor tanda-tanda vital - Pengaturan Hemodinamik **DP II** : Hambatan moabilitas fisik b/d gangguan neuromuscular S : - Pasien mengatakan kaku pada bagian tubuh sebelah kiri - Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktifitasnya secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga O : - Tampak pasien melakukan miring kanan dan miring kiri - Tampak pasien meringis saat di lakukan latihan pergerakan pada bagian tubuh sebelah kiri A : Pasien belum menunjukka pergerakkan. P : Lanjutkan intervensi : - Monitor tanda-tanda vital	Deriani

	- Perawatan Tirah Baring - Bantuan Perawatan Diri - Terapi Latihan : Keseimbangan - Terapi Latihan : Ambulasi **DP III** : Konstipasi b/d asupan serat tidak cukup S : - Pasien mengatakan mengkonsumsi buah pisang dan jeruk dan 1 gelas air putih ± 100 cc dan sudah BAB O : - Tampak perut pasien sudah tidak kembung. - Tampak pasien sudah BAB A : Pasien menunjukkan eliminasi usus. P : Stop intervensi	Deriani

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang didapatkan pada pasien, dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada Ny.”H” 72 tahun yang dilakukan selama 3 hari pada tanggal 20 April 2018 - 23 April 2018 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Kenyataannya sebagaian besar sesuai dengan teori dan masih ada juga terdapat kesengajangan/ketidaksesuain yang penulis dapatkan melalui pendekatan proses keperawatan yaitu pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanan keperawatan, implementasi dan evalusi sebagai berikut.

A. Pengkajian

Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 18 April 2018 dengan keluhan lemah pada tubuh sebelah kiri disertai dengan sakit kepala, pusing dan muntah-muntah. Pasien mengatakan ia suka makan gorengan, ikan asin dan sate. Pada saat pengkajian penulis mendapatkan pasien dalam keadaan berbaring lemah di tempat tidur dengan kesadaran compos mentis, kelemahan pada ekstremitas kiri, sakit kepala dan muntah. Pasien mengatakan tubuh sebelah kirinya tidak bisa digerakkan dan pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

Dari hasil pemeriksaan fisik didapat kekuatan otot :

Kanan	kiri
5	0
5	0

dan hasil pemeriksaan TTV pada saat pengkajian didapatkan tekanan darah pasien 150/100 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36ºC,

pernapasan 20 x/menit dan terpasang cairan manitol 100 cc pada tangan kanan.

Sedangkan data pada teori didapatkan bahwa pada kasus NHS akan ditemukan data sebagai berikut : kehilangan motorik, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik, disfungsi kandung kemih.

Dari data di atas dapat dilihat bahwa beberapa tanda dan gejala tidak terdapat pada kasus antara lain :

1. Gangguan komunikasi. Pada teori didapatkan bahwa salah satu manifestasi klinis pasien yang mengalami NHS adalah terjadinya gangguan berbicara tetapi pada kasus pasien tidak mengalami gangguan berbicara, hal ini disebabkan karena infark yang terjadi pada cerebri pasien belum mengenai. Bagian *broca* pasien, ditunjukkan pada hasil ST-Scan kepala menunjukkan infark cerebri bilateral oetema frontalis kanan sedangkan daerah broca berada pada lobus frontalis sinistra.
2. Gangguan persepsi. Menurut teori bagian otak yang mengatur pusat persepsi yaitu lobus parietal. Menurut hasil CT-Scan yaitu infark bilateral yang artinya infark besar pada dua bagian yang luas namun hanya menunjukkan adanya oetema pada daerah frontalis dekstra. Hal ini menunjukkan bahwa tidak adanya kerusakan pada daerah parietal sehingga pasien tidak mengalami gangguan persepsi.

Tes diagnostik antara teori dan praktik sama walaupun pada praktek tidak semuanya dilakukan. Hal ini mungkin terjadi karena fasilitas Rumah Sakit serta keadaan pasien itu sendiri. Berdasarkan teori tes diagnostik yang dilakukan meliputi : *Computerizd Tomografi Scaning* (CT.Scan), *Magnetik Resonance Imaging* (MRI), *Elektro*

Encephalografi (EEG), *Angiografi Serebral*, Sinar X tengkorak, Pungsi Lumbal dan Brain Plan. Sedangkan tes diagnostik yang dilakukan pada pasien adalah CT.Scan yang hasilnya : *Infark cerebri bilateral*.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori terdapat 5 diagnosa keperawatan sedangkan Berdasarkan pengkajian yang didapat pada Ny.“H” ditemukan 3 diagnosa keperawatan. Dari ketiga diagnosa yang didapat pada pasien terdapat diagnosa yang tidak terdapat pada teori yaitu konstipasi berhubungan dengan tidak dapat mengeluarkan feses. Hal ini karena kebiasaan pasien yang tidak mengkonsumsi makanan berserat. Pasien mengatakan Ia sangat suka makan daging-dagingan dan jarang makan sayur.

Diagnosa berdasarkan teori meliputi : Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena, diagnosa ini terdapat pada pasien yang merupakan diagnosa I, hal ini ditandai dengan adanya keluhan dari pasien yaitu : Pasien mengatakan Ia merasa nyeri disertai dengan mual dan muntah sejak ± 2 minggu yang lalu dan memberat ± 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, hambatan mobilitas fisik diagnosa ini terdapat pada pasien yang merupakan diagnosa ke II, hal ini ditandai dengan adanya keluhan dari pasien yaitu : Pasien mengatakan Ia tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya sendiri, semua aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarganya.

Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan efek dari kerusakan pada area bicara pada hemisfer otak. Diagnosa ini tidak

terdapat pada pasien karena karena orientasi pasien penuh dan pasien mampu berkomunikasi dengan baik.

Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran, Diagnosa ini tidak terdapat pada pasien karena fungsi makanisme menelan normal.

Kecemasan berhubungan dengan ancaman, penulis tidak mengangkat diagnose kecemasan karena tidak mendapatkan data-data yang menunjang pengangkatan diagnose tersebut pada pasien.

Semua diagnosa ini mengacu pada diagnosa NANDA.

C. Intervensi

Intervensi terdiri dari tujuan, hasil yang diharapkan serta rasional. Intervensi yang dilakukan pada pasien sebagian besar diambil dari teori yang sudah dijelaskan pada BAB II.

Pada diagnosa I yaitu : risiko ketidakefktifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan faktor risiko gangguan suplai darah ke otak. Terdapat 7 intervensi yaitu : memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan, mengurangi kecemasan dengan memberikan informasi yang akurat dan perbaiki setiap kesalahpahaman, memonitor adanya tanda dan gejala masalah pada status perfusi, meninggikan kepala tampak tidur, menjaga keseimbangan cairan dengan pemberian cairan IV atau diuretic, meminimalkan stres lingkungan, berkolaborasi dengan dokter, sesuai indikasi.

Pada diagnosa II yaitu : Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular. Terdapat 7 intervensi yaitu : memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status perapasan, meninggikan teralis tempat tidur, menyediakan tempat tidur berketinggian rendah, menginstruksikan pasien untuk melakukan ambulasi yang aman, menentukan kemampuan pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan, melakukan latihan ROM, memberikan bantuan dalam perawatan diri

Pada diagnosa III yaitu : Konstipasi b/d ketidakmampuan mengeluarkan feses. Terdapat 6 intervensi yaitu : memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status perapasan, memonitor tanda dan gejala konstipasi, menginstruksikan pada pasien dan keluarga diet tinggi serat, kolaborasi dalam penggunaan laksatif, memonitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna, dengan cara yang tepat, memberikan cairan hangat setelah makan dengan cara yang tepat.

D. Implementasi

Penulis melaksanakan implementasi keperawatan sesuai dengan apa yang telah direncanakan agar tujuan pemberian asuhan keperawatan dapat tercapai. Dalam melaksanakan implementasi ini penulis tidak menemukan hambatan karena penulis bekerja sama dengan teman, pasien, keluarga serta perawat ruangan dan juga didukung oleh adanya fasilitas Rumah Sakit sehingga memudahkan penulis dalam melakukan tindakan keperawatan.

E. Evaluasi

Evaluasi ini penulis lakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 21 April 2018 sampai tanggal 23 April 2018. Dalam melakukan evaluasi ini penulis menemukan hal-hal sebagai berikut : Pada diagnosa I yaitu : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d faktor risiko gangguan suplai darah ke otak belum teratasi, hal ini ditandai dengan : Pasien masih merasa sakit kepala dan pandangan masih tersusun dan didukung dengan tekanan darah pasien yang masih tinggi (150/100 mmHg).

Pada diagnosa II yaitu : Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular belum teratasi, hal ini ditandai dengan : Tubuh bagian

kiri pasien belum bisa digerakkan, pasien tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri dan aktifitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat. Adapun data yang ditemukan oleh penulis sendiri yaitu : Pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kirinya, keluarga dan perawat membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Pada diagnosa III yaitu : Konstipasi b/d ketidakmampuan mengeluarkan feses dapat teratasi, hal ini ditandai dengan pada saat implementasi hari ke tiga, pasien sudah BAB.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan uraian-uraian antara tinjauan teoritis dan kasus nyata tentang *Non Hemoragic Stroke*, maka penulis menetapkan beberapa kesimpulan :

1. Penanganan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* menggunakan proses keperawatan yang merupakan tindakan yang berurutan, dan dilakukan secara sistematis, yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
2. Asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny"H" dengan *Non Hemoragic Stroke* secara teori ditegakkan diagnosa keperawatan, Pada kasus nyata, ditegakkan diagnosa keperawatan yang disesuaikan dengan data-data yang didapatkan pada saat pengkajian.
3. Berdasarkan data penunjang dari hasil pengkajian, maka penulis menetapkan beberapa masalah keperawatan seperti:
   a. Risiko gangguan perfusi jaringan serebral b/d hipertensi
   b. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular
   c. Konstipasi b/d tidak dapat mengeluarkan feses.
4. Setelah pelaksanaan asuhan keperawatan selama 3 hari dari 3 diagnosa keperawatan yang dilaksanakan, dua masalah yang belum teratasi karena memerlukan perawatan jangka panjang dan 1 masalah yang sudah teratasi.
5. Kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus nyata disebabkan oleh kebutuhan dan respon manusia yang berbeda-beda terhadap masalah tersebut, tergantung berat ringannya gangguan yang dialami.

6. Peran perawat dan kerjasama dengan pasien/keluarga sangat membantu dalam hal pelaksanaan asuhan keperawatan untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan.

B. Saran

Melihat kenyataan dari yang penulis uraikan di atas, maka penulis mengajukan beberapa saran yang kiranya dapat dipertimbangkan dan bermanfaat bagi berbagai pihak.

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Pihak rumah sakit diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan mutu pelayanan keperawatan kearah pelayanan komprehensif.

2. Bagi Institunsi / Pendidikan

   Diharapkan dapat menambah buku-buku referensi yang berhubungan dengan penyakit *Non Hemoragic Stroke* sehingga di masa yang akan datang mahasiswa dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit tersebut. Contohnya setiap mahasiswa yang akan lulus diharapkan untuk menyumbang buku-buku sehingga dapat dipergunakan generasi berikutnya

3. Bagi Pasien / Keluarga

   Untuk mencegah tingkat keparahan penyakit *Non Hemoragic Stroke* dan gangguan psikologis pada pasien dalam menerima keadaannya , dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat bugar dan menjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, makanan yang bergizi, batasi mengkonsumsi makanan yang mengandung kolesterol tinggi, kurangi kebiasaan merokok dan minum minuman alkokhol.

4. Bagi Mahasiswa

   Hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan mahasiswa dapat bersungguh-sungguh dalam menerapkan teori dan keterampilan yang didapat di perkuliahan ke ruang perawatan, sehingga dapat terjadi kesinambungan dan keterkaitan yang erat antara teori yang diperoleh dalam perkuliahan dengan praktek yang nyata pada pasien yang dihadapi di rumah sakit dan diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Hernata, I. (2003). *Ilmu Kedokteran Lengkap Tentang Neurosains*. Jogjakarta : D-Medika.

https://www.scribd.com/doc/189084426/Bagian-Otak-Yang-Mengatur-Kemampuan-Bicara-Dan-Bahasa. Diunduh pada tanggal 30 Mei 2018

Irfan, Muhammad. (2012). *Fisioterapi bagi insane stroke*. Yogyakarta : Graha Ilmu

Syafuddin. 2006. *Anatomi Fisiologi*. Edisi 3. Jakarta : EGC

Marlyn E Doengus.2000.Rencana asuhan keperawatan. Jakarta : EGC

MRO RS Stella Maris. (2018). Statistik Penyakit Non Hemoragik Stroke. RS Stella Maris Makassar. Tidak dipublikasikan

Muttaqin, A. (2011). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : Salemba Medika.