

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”M” DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

GREGORIUS RONALDO
E.1514401024

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

LEMBARAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”M” DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”. Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh :
Nama mahasiswa : Gregorius Ronaldo
Nim : E.1514401024

Disetujui Oleh	Mengetahui
Pembimbing	Wakil Ketua Bidang Akademik
(Mery Solon,Ns.,M.Kes)	(Henny Pongantung, S.Kep.Ns,MSN)
NIDN : 0910057502	NIDN : 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN
PROGRAM D-III KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."M" DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah dipertanggungjawabkan dan telah diuji dihadapan Tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Kamis, 07 Juni 2018
Pukul : 13:15 – 14:00
Tempat : STIK Stella Maris Makassar

Tim penguji :

1. Debby Lempang, S.Kep. Ns ( )
2. Sr. Anita Sampe,JMJ.,Ns.MAN ( )
3. Mery Solon,Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui
Ketua STIK STELLA MARIS

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

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi :

Nama	: Gregorius Ronaldo
Tempat/Tanggal Lahir	: Ujungpandang, 24 April 1997
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Jl. Deppasawi Dalam No. 5B Makassar

2. Identitas Orang Tua :

Ayah/Ibu	: Gerardus Gabriel/Maria Goretti
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Buruh harian/IRT
Alamat	: Jl. Deppasawi Dalam No. 5B Makassar

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Nurul Askar Makassar	: Tamat tahun 2003
SDN. Mattoangin I Makassar	: Tahun 2003-2009
SMP. Negeri 1 Makassar	: Tahun 2009-2012
SMA Bajiminasa Makassar	: Tahun 2012-2015
STIK. Stella Maris Makassar	: Tahun 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas 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 DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* DI RUANG PERAWATAN *ICU-ICCU* RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Maksud dan tujuan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi progam DIII Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

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

1. Siprianus Abdu,S.Si,.Ns.,M.Kes, selaku ketua STIK Stella Maris, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan, memberikan bimbingan, dan arahan kepada penulis selama kurang lebih 3 tahun.
2. Henny Pongantung,S.Kep.Ns.,MSN selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan saran dan masukkan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
3. Mery Solon,Ns.,M.Kes, selaku ketua program studi DIII keperawatan, pembimbing akademik, dan pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini, yang telah memberikan bimbingan dan motivasi selama pendidikan.
4. Dr. Thomas Soeharto, M.Kes, MMR, selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Seluruh Dosen dan staf yang memberikan ilmu, dan pelayanan selama penulis menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
6. Kepala ruangan dan perawat di ruang perawatan *ICU-ICCU* yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ny.”M” dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Khususnya kedua orang tuaku tercinta, Bapak Gabriel dan Ibu Maria, serta saudara-saudara saya Oriza dan Deni dan semua keluarga yang memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Buat teman-teman mahasiswa/i program DIII Keperawatan angkatan 2015 STIK Stella Maris Makassar.

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

Makassar, Juni 2018

Gregorius Ronaldo

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL ..... **i**
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **ii**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **iii**
RIWAYAT HIDUP ..... **iv**
KATA PENGANTAR ..... **v**
DAFTAR ISI ..... **vii**
DAFTAR GAMBAR..... **ix**
DAFTAR TABEL..... **x**
BAB I PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan..... 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... **7**
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian..... 7
2. Klasifikasi..... 8
3. Anatomi Fisiologi..... 8
4. Etiologi..... 16
5. Patofisiologi..... 17
6. ManifestasiKlinik..... 19
7. Tes Diagnostik..... 21
8. Penatalaksanaan Medik..... 22
9. Komplikasi..... 22
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 24
1. Pengkajian..... 24
2. Diagnosa Keperawatan..... 26

3. Perencanaan Keperawatan..... 26
4. Discharge Planning..... 33
C. Patoflowdiagram ……..... 35
BAB III PENGAMATAN KASUS 38
A. Pengamatan Kasus..... 38
B. Pengkajian..... 39
C. Analisa Data 59
D. Diagnosa Keperawatan 62
E. Rencana Keperawatan..... 63
F. Implementasi..... 71
G. Evaluasi..... 96
H. Daftar Obat..... 105
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 109
A. Pengkajian 109
B. Diagnosa Keperawatan 111
C. Perencanaan Keperawatan 112
D. Pelaksanaan Keperawatan 113
E. Evaluasi..... 113
BAB V PENUTUP…..... 115
A. Kesimpulan 115
B. Saran 117
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan darah lengkap 57
Tabel 3.2 Analisa data ……..... 59
Tabel 3.3 Diagnosis keperawatan..... 62
Tabel 3.4. Intervensi Keperawatan ……..... 63
Tabel 3.5 Implementasi keperawatan..... 71
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan..... 96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi otak 7
Gambar 3.2 Patoflowdiagram Non Hemoragic Stroke..... 35
Gambar 3.3 Genogram pasien ……..... 41

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban manusia sudah semakin berkembang pesat di segala bidang kehidupan. Ilmu pengetahuan dan teknologi dewasa ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan masyarakat moderen. Kesibukan yang luar biasa terutama di kota besar membuat manusia terkadang lalai terhadap kesehatan tubuhnya. Pola makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja berlebihan serta konsumsi makanan cepat saji sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menimbulkan berbagai macam penyakit salah satunya serangan stroke. (Wahyuna, 2015). *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan stroke sebagai gangguan fungsional otak fokal maupun global akibat terganggunya aliran peredaran darah otak yang berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat menyebabkan kematian (The Royal College of Physicians, 2015).

Stroke terbagi atas beberapa fase, kadang kala, fase akut memiliki gejala yang lebih buruk dibandingkan efek setelah pemulihan. Misalnya jika gejala stroke pada awal meliputi mati rasa pada tangan dan ketidakmampuan untuk mengerakkan lengan, cacat selama dan setelah pemulihan mungkin termasuk mati rasa kadang-kadang, kesemutan sesekali, dan kelemahan pada jemari. Sering kali, pada tahap darurat serangan stroke, pasien membutuhkan istirahat, dukungan perawatan jarak dekat serta bantuan lainnya, selama dirawat di rumah sakit, lingkungan rumah sakit memang diatur sedemikian rupa untuk menggabungkan jadwal pengobatan, waktu makan, serta rutinitas untuk menjaga kebersihan pribadi. Pasien yang berada di rumah sakit untuk perawatan stroke umumnya tidak

diperbolehkan membaca, berfikir tentang masalah rumit, membuat keputusan, atau membawa benda-benda berat. Selama fase rehabilitasi dan setelah pulang ke rumah, keterampilan integratif kompleks umumnya diuji dalam lingkungan di mana penurunan fungsi tubuh nyata dirasakan oleh pasien. Pasien mungkin menjadi mudah lupa dengan tugas-tugas yang biasa dilakukan. Ketidakmampuan secara mandiri mengelolah beberapa tugas tidak tampak menjadi masalah hingga pasien diharuskan menjalankan rutinitasnya. (Sheria, 2015).

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga terbesar di dunia dengan angka kejadian lebih dari 5,1 juta. Pada tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal karena stroke (Junaidi, 2015). Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2015, prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2%.Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) 2 dibandingkan dengan perempuan (6,8%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi (8,2%) dibandingkan dengan daerah pedesaan (5,7%). Berdasarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia tahun 2014, prevalensi kasus stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mill dan 12,1 per mill untuk yang terdiagnosis memiliki gejala stroke. Prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan terendah di Provinsi Papua (2,3%), sedangkan Provinsi Jawa Tengah sebesar 7,7%. Prevalensi stroke antara laki-laki dengan perempuan hampir sama (Kemenkes, 2015).

Data dari MRO RS. Stella Maris Makassar didapatkan kasus penderita stroke pada 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.

Berdasarkan data-data di atas tentang prevalensi penyakit stroke di Indonesia dan berdasarkan data MRO RS Stella Maris Makassar, maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah asuhan keperawatan *Non Hemoragic Stroke* di ruang perawatan ICU-ICCU RS Stella Maris.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

   Pada tujuan khusus penulis dapat memperoleh pegetahuan dan pengalaman dalam hal :

   a. Melakukan pengkajian pada pasien *Non Hemoragic Stroke.*
   b. Merumuskan diagnosa pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
   c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*
   d. Melaksanakan implementasi pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*
   e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*
   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*

C. Manfaat Penulisan

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

1. Instansi rumah sakit

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

2. Institusi/Akademik

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

3. Pasien dan keluarga

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

4. Penulis

   Menambah pengetahuan dan pegalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang di dapat selama pendidikan khususnya merawat pasien *Non Hemoragic Stroke*, serta sebagai tugas akhir dalam menyelesaikan studi.

D. Metode Penulisan

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

1. Studi kepustakaan

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

2. Studi Kasus

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

3. Observasi

   Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

4. Wawancara

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

5. Pemeriksaan fisik

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

6. Diskusi

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

7. Dokumentasi

   Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk hasil tes diagnostik

E. Sistematika Penulisan

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

keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, dagnosa keperawatan, penatalaksanaan tindan keperawatan dan evaluasi.

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

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah kondisi kedaruratan ketika terjadi defisit neurologis akibat dari penurunan tiba-tiba aliran darah ke area otak yang terlokalisasi. Kehilangan suplai darah yang hebat ke otak dapat menyebabkan disabilitas berat atau kematian. (Priscilla, dkk 2016). Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang disebabkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, biasanya merupakan akumulasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun (Smeltzer, 2015). Stroke merupakan sindrom klinis yang timbul mendadak, progresif cepat, serta berupa defisit neurologis lokal dan atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih. Selain itu, juga bisa langsung menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan perdarahan darah otak non-traumatik (Maosjoer, 2015).

Berdasarkan pengetian menurut para ahli, maka penulis menyimpulkan stroke adalah gangguan aliran darah yang terjadi di otak yang menyebabkan kekurangan asupan oksigen maupun nutrisi yang menyebakan kematian jaringan disekitar otak hingga kematian.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah kondisi kedaruratan ketika terjadi defisit neurologis akibat dari penurunan tiba-tiba aliran darah ke area otak yang terlokalisasi. Kehilangan suplai darah yang hebat ke otak dapat menyebabkan disabilitas berat atau kematian. (Priscilla, dkk 2016). Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang disebabkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, biasanya merupakan akumulasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun (Smeltzer, 2015). Stroke merupakan sindrom klinis yang timbul mendadak, progresif cepat, serta berupa defisit neurologis lokal dan atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih. Selain itu, juga bisa langsung menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan perdarahan darah otak non-traumatik (Maosjoer, 2015).

Stroke digunakan untuk menamakan sindrom hemipararesis atau hemiparalisis akibat lesi vaskular yang dapat bangkit dalam beberapa detik atau hari, bergantung pada jenis penyakit yang menjadi penyebabnya. Berdasarkan pengertian menurut para ahli maka penulis menyimpulkan stroke adalah gangguan aliran darah yang terjadi di otak yang menyebabkan kekurangan asupan oksigen maupun nutrisi yang menyebakan kematian jaringan disekitar otak hingga kematian.

2. Klasifikasi Stroke

Gangguan peredaran darah otak atau stroke dapat di klasifikasikan menjadi dua, yaitu *non-hemoragic*/iskemik/infark dan stroke hemoragic.

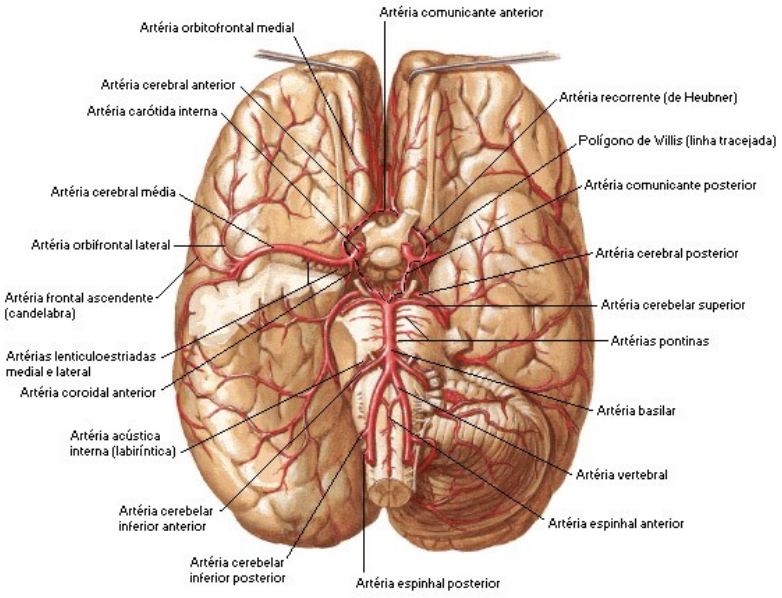
a. *Non hemoragic*/iskemik/infark.

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

b. Stroke hemoragik

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

3. Anatomi fisiologi



Gambar 2.1 sumber: AktivasiOtak (2016)

a. Otak

Otak merupakan bagian depan yang 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 *brainsterm* (batang otak).

1) Otak besar (*Cerebrum*)

Cerebrum merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Masing-masing disebut frosa kranialis anterior atas, dan frosa 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, merupakan lobus terbesar, terletak pada frosa anterior. Area ini mengontrol perilaku individu, membuat keputusan, kepribadian dan menahan diri.
b) Lobus temporalis, di dapat dibawah lateral dari fisura serebralis dan di depan lobus oksipitalis. Berfungsi dalam integrasi somatisasi, pendengaran dan penglihatan.
c) Lobus parietalis, merupakan lobus sensori. Area ini menginterpretasikan sensasi. Sensasi rasa yang tidak berpengaruh adalah bau. Lobus parietal mengatur individu untuk mengetahui posisi dan letak bagian tubuhnya.
d) Lobus oksipitalis, adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak disebelah posterior dari lobus parietalis

diatas fisura-fisura pareo-oksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.

(1) Sistem limbik

Sistem limbik adalah bagian otak yang berhubungan dengan tiga fungsi utama : emosi, kenangan, dan gairah (stimulasi). Sistem ini terdiri dari beberapa bagian, yang ditemukan di atas batang otak dan di dalam otak besar. sistem limbik terdiri dari thalamus, hipothalamus, amygdala, dan hipocampus.

(a) Thalamus

Memegang peranan penting dalam aktivitas sistem motoris sensoris dan fungsi luhur manusia yang berkaitan dengan emosi dan memori.

(b) Hipothalamus

Berperan penting dalam pengaturan metabolisme, pertumbuhan, dan reproduksi.

(c) Amygdala

Komponen sistem limbik yang berperan dalam proses memori, emosi, dan pengendalian rasa takut

(d) Hipocampus

Berperan penting dalam proses belajar dan memori, mengubah memori jangka pendek menjadi lebih permanen, dan proses recall memori: memunculkan kembali informasi yang telah disimpan sebelumnya.

2) Batang otak (*brainstem*)

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

a) Mesenfalon, atas dari mesenfalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas, disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua disebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakkan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata, dan pusat pergerakkan mata.
b) Pons varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesenfalon dari pon varoli dengan serebelum, terletak didepan serebelum diantara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu: penghubung antara kedua bagian serebelum dan pusat saraf nervus trigeminus.
c) 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 pernafasan, dan mengontrol kegiatan reflex.

3) Otak kecil (*cerebellum*)

Cerebellum tereletak difosa serebri posterior di bawah tonterium serebellum yaitu merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot. Bagian-bagian dari *cerebellum* yaitu:

a) Lobus anterior

Lobus anterior merupakan *palaocerebellum* yang menerima masukan rangsangan dari ujung-ujung proprioseptif dalam otot dan tendon serta dari reseptor dan tekan

b) Lobus medialis

Lobus medialis merupakan *neocerebellum* yang tidak berhubungan dengan gerak voluntary.

c) Lobus *fluccolonodularis*

Merupakan *archicerebellum* yang berhubungan dengan susunan vestibural (nervus vestibural dan nekleus vestiburalis). Bagian ini merupakan respon terhadap stimulasi dari telinga bagian dalam dan membantu mempertahankan keseimbangan dengan membawa modifikasi dalam tonus otot.

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 sensasi bau dan penciuman

II N. Optikus : sensorik bola mata, ketajamanan penglihatan.

III N. Okulomotorius : motorik mengangkat kelopak mata ke atas kontraksi pupil, gerakan bola mata keluar.

IV N. Trokealis : motorik memutar bola mata dan pergerakkan bola mata.

V N. Trigeminus : motorik sensorik gerakan rahang.

N. Oftalamikus : motorik sensorik kulit kepala dan kelopak mata atas.

N. Maksilaris : sensorik rahang atas, palatum dan hidung.

N Mandibularis : motorik sensorik rahang bawah dan lidah

VI N. Abdusen : motorik gerakan lateral pada mata

VII N. Fasialis : motorik dan sensorik otot lidah mengerakkan lidah dan selaput lendir rongga mulut

VIII N. Vestibulo : sensorik telinga, rangsangan 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, da bahu.

XII N. Hipoglosus : motorik gerakan lidah

b. Medulla spinalis

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

1) Pusat gerakan otot-otot tubuh terbesar di komu motorik atau komu ventralis
2) Mengurus kegiatan refleks-refleks spinal pada refleks lutut.
3) Sebagai penghubung antara segmen medulla spinalis
4) Mengadakan komunikasi antara otak dan semua bagian tubuh.

c. Varkularisasi Otak

Otak merupakan organ paling aktif metabolismenya, meskipun beratnya hanya 2% dari berat badan, tetapi ia menerima 17% curah jantung dan memakai 20% oksigen yang diperlukan oleh tubuh manusia untuk metabolismenya. Otak mendapat darah arterial dari sepasang sistem sirkulasi utama, yang menyalurkan darah ke bagian otak, sirkulasi utama tersebut antara lain:

1. Sirkulasi arteri serebri anterior yang memberikan suplai pada sebagian besar kortekx serebri dan massa putih sub kortikal, gangliabasalis, kapsula interna.
2. Sirkulasi anterior serebri posterior memberikan suplai ke korteks oksipital serebri, lobus temporalis medialis, thalamus, dan bagian rostal dari mesenfalon (otak tengah)
   1) Arteri karotis interna

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

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

2) Arteri vetebralis

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

4. Etiologi

a. Faktor yang dapat di kontrol (presipitasi)
   1) Hipertensi
   2) Diabetes militus
   3) Merokok
   4) Stress
   5) Penyakit jantung

b. Faktor yang tidak dapat di kontrol (predisposisi)
   1) Usia
   2) Jenis kelamin

   Dari faktor di atas maka akan mengakibatkan

   a) Trombosis srebral

      Aterosklorosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan penyebab paling umum dari stroke. Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah onset yang paling umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami onset yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intrasrebral atau embolisme serebral. Secara umum, trombosis serebral tidak terjadi dengan tiba-tiba; dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau parastesia pada setengah tubuh dapat mendahului onset paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

   b) Embolisme serebral

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

   c) Hipoksia umum

Berapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah:

(1) Hipertensi yang parah
(2) Henti jantung paru
(3) Curah jantung turun akibat aritmia

5. Patofisiologi

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

Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombosis, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklorosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, thrombus berasal dari plak aterosklorosis, atau darah dapat beku pada erea, stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah.

Trombus mengakibatkan:

a. Iskemia jaringan otak pada area yang disuplai 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 ini terjadi perdarahan masif, oklusi pada pembuluh darah serebri oleh embolus

menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika ini terjadi infeksi sepsis akan meluas pada dinding pembuluh darah , maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan perdarahan serebri , jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur aterosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebri yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan oleh keseluruhan penyakit serebrovaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa, peningkatan tekanan intrakranial yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falks serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak. Pembesaran darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, thalamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebri terhambat , dapat terjadi anoksia serebri dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebri dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

6. Manifestasi klinik

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

a) Sementara timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Hal ini disebut transiet ischemic attack (TIA). Serangan bisa muncul lagi dalam wujud sama, memperberat atau malah menetap

b) Sementara, namun lebih dari 24 jam. Gejala timbul lebih dari 24 jam dan disebut reversible ischemik neurologik desifit (RIND)
c) Gejala makin lama makin berat (progesif) hal ini disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat yang disebut progessing stroke atau stroke in evolution
d) Sudah menetap/permanen

Tanda dan gejala stroke lain:

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

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

    (a) Disatria (kesulitan berbibicara)

        Disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan berbicara

    (b) Disfagia/afasia (kehilangan bicara), terutama pada ekspersi atau represif

    (c) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya)
d. Gangguan persepsi

    Ketidakmapuan untuk menginterpretasikan sensori, stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, kehilangan sensori.

e. Ke 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 motivasi, yang menyebabkan pasien menghadapi pasien menghadapi masalah frustasi, depresi.

f. Disfungsi kandung kemih

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

g. Kerusakan saraf facialis

Disebabkan karena terjadinya peradangan pada sel-sel saraf facialis (*Bell's palsy*) sehingga kita tidak dapat mengekspresikan kegembiraan, senyum, cemberut, sedih dan tertawa. Kerusakan pada saraf facialis ini juga dapat menyebabkan mulut miring/mencong.

7. Test Diagnostik

a. CT SCAN Kepala

Pada pasien stroke non-hemoragi terlihat adanya infark, sedangkan pada stroke hemoragi terlihat perdarahan atau hematoma.

b. Pemeriksaan pungsi lumbal

Pada pemeriksaan lumbal pungsi untuk memeriksa diagnostik diperiksa kimia sitologi, mikrobiologi, dan virologi. Disamping itu, dilihat pula tetesan cairan serebospinal saat keluar baik kecepatannya, kejernihannya , warna, tekanan yang menggambarkan proses terjadinya di intraspinal. Pada stroke non-hemoragi akan ditemukan tekanan normal dari cairan

serebrospinal jernih. Pemeriksaan pungsi sisternal dilakukan bila tidak mungkin dilakukan pungsi lumbal. Prosedur ini dilakukan dengan supervisi neurolog yang telah berpengalaman

c. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan darah, kekentalan darah , jumlah sel darah, penggumpalan trombosit yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah.

d. Megnetik resonansi imagine (MRI)

Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, malformasi arterior vena (MAV). Pemeriksaan ini lebih canggih dibanding CT-SCAN.

e. Ultrasonografi Dopler

Ultrasonografi Dopler dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyakit MA, pemeriksaan sinar x kepada kepala dapat menunjukkan perubahan pada gradula pineal pada sisi yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis parsial pada dinding aneurisme pada perdarahan subaraknoid.

8. Penatalaksaan medik

Kematian dan deteriosasi neurologis minggu pertama stroke iskemia terjadi karena adanya edema otak. Edema otak timbul dalam beberapa jam setelah stroke iskemik dan mencapai puncaknya 24-96 jam. Edema otak mula-mula *cytofosic* kerana terjadi gangguan pada metabolisme seluler kemudian terdapat edema vasogenik karena

rusaknya sawar darah otak setempat. Untuk menurunkan edema otak, dilakukan hal-hal sebagai berikut

a. Naikkan posisi kepala dan badan bagian atas setinggi 20-30^{o}
b. Hindarkan pemberian cairan intravena yang berisi glukosa atau cairan hipotonik.
c. Pengobatan konservatif :
    1) Diuretika: untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral
    2) Anti koagulan: untuk mencegah terjadinya bekuan darah embolisasi darah.
    3) Anti trombosis: dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi.

9. Komplikasi

a. Komplikasi dini (0-48 jam pertama)
    1) Edema serebri: defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial, herniasi, dan akhirnya menimbulkan kematian.
    2) Infark miokard penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal
b. Komplikasi jangka pendek (1-14 hari pertama)
    1) Pneumonia: akibat tirah baring lama.
    2) Infark miokard.
    3) Emeboli paru: cenderung terjadi 7-14 hari pasca stroke, sering kali pada saat penderita mulai mobiliasasi
c. Komplikasi jangka panjang

    Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskular lain: penyakit vaskular perifer.

Komplikasi yang terjadi pada pasien stroke yaitu sebagai berikut:

1) Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi
2) Penurunan darah serebral
3) Embolisme serebral

10. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi 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/terjadinya 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 inkontinesia urine, unuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik).
      DO: -
   d. Pola aktivitas dan latihan
      DS: Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia),

merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot).

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

e. Pola tidur dan istirahat

DS: Susah untuk beristirahat

DO: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah ketegangan 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 parase (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 berbicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

DO: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata-kata).

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: Kehilangan gairah seksual, masalah tentang reproduksi.

DO: Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

j. Pola mekanisme koping terhadap stress
   DS: Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa
   DO: Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah.
k. Pola sistem nilai keperacayaan
l. Gangguan persepsi dan kesulitan mengekspresikan diri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah klinis tentang respon aktual dan potensial individu dari individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan.

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul (NANDA)

a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah vena atau arteri.
b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, nyeri, kekuatan otot tidak memadai
c. Defisit perawatn diri mandi berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskular, ketidakmampuan merasakan tubuh, gangguan fungsi kognitif.
d. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran
e. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia, disatria.

3. Intervensi dan rasional

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

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

   Kriteria evaluasi :

1) Mempertahankan tingkat kesadaran biasanya/membaik, fungsi kognitif, fungsi motorik sensoris.
2) Mendemonstrasikan tanda vital stabil dan tak ada tanda-tanda peningkatan TIK.

Lam Intervensi :

a) Kaji tanda gejala dalam perubahan perubahan perfusi jaringan serebral serta potensial terjadinya peningkatan TIK.

   R/ mempengaruhi penerapan intervensi kerusakan atau pemunduran tanda dan gejala neurologis membutuhkan perawatan yang intensif untuk melaksanakan pemantauan terhadapat peningkatan TIK.

b) Kaji tanda-tanda vital dan tingkat kesadaran pasien

   R/ perubahan tanda-tanda vital seperti adanya hipertensi/hipotensi dan perubahan tingkat kesadaran dapat menjadi faktor pencetus, serta mengidentifikasi perubahan TIK dan kerusakan otak.

c) Berikan oksigen sesuai indikasi

   R/ menentukan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral dan tekanan meningkatan/terbentuk edema

d) Letakkan kepala dengan posisi agak tinggi 15-30 derajat.

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

e) Anjurkan untuk menghindari terjadinya mengedan saat defekasi serta pernapasan yang memaksa

   R/ maneuver falsafah dapat meningkatkan TIK

f) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antihipertensi (amlodhipine) dan obat diuretic (monitol).

R/ obat antihipertensi dapat digunakan untuk meningkatkan atau memperbaiki aliran darah serebral dan obat diuretic dapat menurunkan tekanan daran intrakranial serta menurunkan edema otak.

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

Tujuan : mempertahankan posisi optimal dari fungsi yang di buktikan oleh tidak adanya kontraktur, mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot fungsi bagian tubuh yang terkena atau kompensasi.

Kriteria evaluasi :

1) Kemampuan untuk berjalan, dari satu tempat ke tempat lain, secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.
2) Kemampuan untuk mempertahankan keseimbangan tubuh.
3) Rentan pergerakan sendi akibat dengan gerakan atas inisiatif sendiri.
4) Kemampuan untuk menyokong tubuh dan memfasilitasi pergerakkan.

Intervensi :

a) Kaji kemampuan imobilisasi pasien dengan menggunakan skala ketergantungan (0-4) dengan skala kekuatan otot (0-5)

R/ mengidentifikasi perubahan tingkat mobilitas pasien setiap hari dan menetukan perkembangan peningkatan kekuatan otot sehingga dapat diprioritaskan tindakan yang diberikan.

b) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) dan jika mungkin dilakukan lebih sering

R/ menurnkan resiko terjadinya trauma iskemik jaringan dan dekubitus.

c) Lakukan latihan rentang gerak akibat dan pasif pada semua ekstermitas

R/ meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi dan mencegah kontraktur

d) Berikan penguatan positif selama aktivitas (beri pujian)

R/ beri pujian selama aktivitas dapat membuat pasien senang dan merasa puas.

e) Anjurkan pasien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstermitas yang tidak lemah untuk menyokong atau menggerakkan daerah tubuh yang mengalami kelemahan.

R/ dapat respon yang baik jika daerah yang lemah tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan latihan aktif atau menyatukan kembali sebagai bagian tubuh.

f) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam pembaerian ambulasi dan latihan.

R/ program yang khusus dapat mengembangkan keseimbangan koordinasi dan kekuatan otot.

g) Berikan obat relaksasi otot, antispasmodic sesuai indikasi.

R/ mungkin diperlukan untuk menghilangkan spastisitas pada ekstermitas yang terganggu.

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

Tujuan : melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat sendiri, mengidentifikasi sumber pribadi atau komunitas memberikan bantuan sesuai kebutuhan

Kriteria evaluasi :

1) Pasien dapat menerima bantuan atau perawatan total dari pemberian asuhan jika diperlukan.
2) Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh.
3) Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan.

   Intervensi :

   a) Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu

      R/ kemampuan klien menggunakan alat bantu akan mempermudah dalam pemenuhan kebutuhan hygiene pasien

   b) Kaji membrane mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari

      R/ dapat memberi gambaran untuk intervensi yang dibutuhkan dari tingkat kemampuan pasien dalam perawatan diri (mandi)

   c) Bantu pasien dalam perawatan diri (mandi)

      R/mempermudah pasien dalam melakukan perawatan diri (mandi)

   d) Ajarkan pasien atau keluarga penggunaan metode alternative untuk mandi

      R/ meningkatkan pengetahuan pasien atau keluarga dalam memandikan pasien yang mengalami kelemahan otot.

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

      R/ meningkatkan kemampuan aktivitas mandiri pasien, harga diri dan peran diri pasien sehari-hari.

d. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular atau perceptual.

Tujuan : mempertahankan beran badan yang diinginkan.

Kriteria evaluasi :

1) Kemampuan untuk mengosongkan rongga mulut.
2) Menoleransi sugesti ingin makan tanpa tersedak atau aspirasi
3) Tidak ada kerusakan otot tengkorak atau otot wajah, menelan, menggerakan lidah atau reflex muntah.

Intervensi :

a) Bantu pasien dengan mengontrol kepala
R/ menetralkan hipertensi, membantu mencegah aspirasi dan meningkatkan kemampuan untuk menelan.
b) Letakkan pasien pada posisi duduk atau tegak selama atau setelah makan
R/ menggunakan resiko terjadinya aspirasi
c) Letakkan makanan pada daerah mulut yang tidak
R/ memberikan simulasi sensori yang dapat mencetuskan usaha untuk menelan dan meningkatkan masukan.
d) Sentuh bagian pipi dalam dengan spatel lidah atau tempatkan es untuk mengetahui adanya kelemahan lidah.
R/ dapat meningkatkan dan kontrol lidah (pentik untuk menelan) dan menghambat jatuhnya lidah.
e) Berikan makan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang.
R/ pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makn tanpa adanya distrasi ataupun gangguan dari luar.
f) Anjurkan pasien menggunakan sedotan untuk minum cairan.

R/ menguatkan otot pasien dan otot menelan dan menurunkan risiko terjadinya tersedak.

g) Anjurkan orang terdekat untuk mebawa makanan kesukaan pasien

R/ menstimulasi upaya makan dan meningkatkan menelan.

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

Tujuan : mengindentifikasikan pemahaman tentang masalah komunikasi

Kriteria evaluasi :

1) Penerimaan, interpretasi, ekspresi pesan lisan, tulisan dan non verbal.
2) Ekspresi pesan verbal dan non verbal yang bermakna
3) Penerimaan dan interpretasi pesan verbal atau non verbal.
4) Kemampuan untuk memperoleh, mengatur menggunakan informasi

Intervensi :

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

R/ membantu menentukan daerah tempat kerusakan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi

b) Perhatikan kesalahan dalam komunikasi dan berikan umpan balik.
c) Mintalah pasien untuk menyebutkan atau mengucapkan suara sederhana seperti “pua”

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

d) Berikan metode komunikasi alternatif, seperti menulis dipapan tulis, gambar. Berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan).

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

e) Anjurkan pengunjung atau orang terdekat mempertahankan usahanya untuk berkomunikasi dengan pasien, seperti membaca surat diskusi tentang hal-hal yang terjadi pada keluarga.

R/ isolasi sosial pasien dari meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.

f) Konsultasi atau rujukan kepada ahli terapi wicara.

R/ pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensori, motorik dan kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kekurangan atau kebutuhan terapi.

4. Perencaanan pulang (discharge planning)

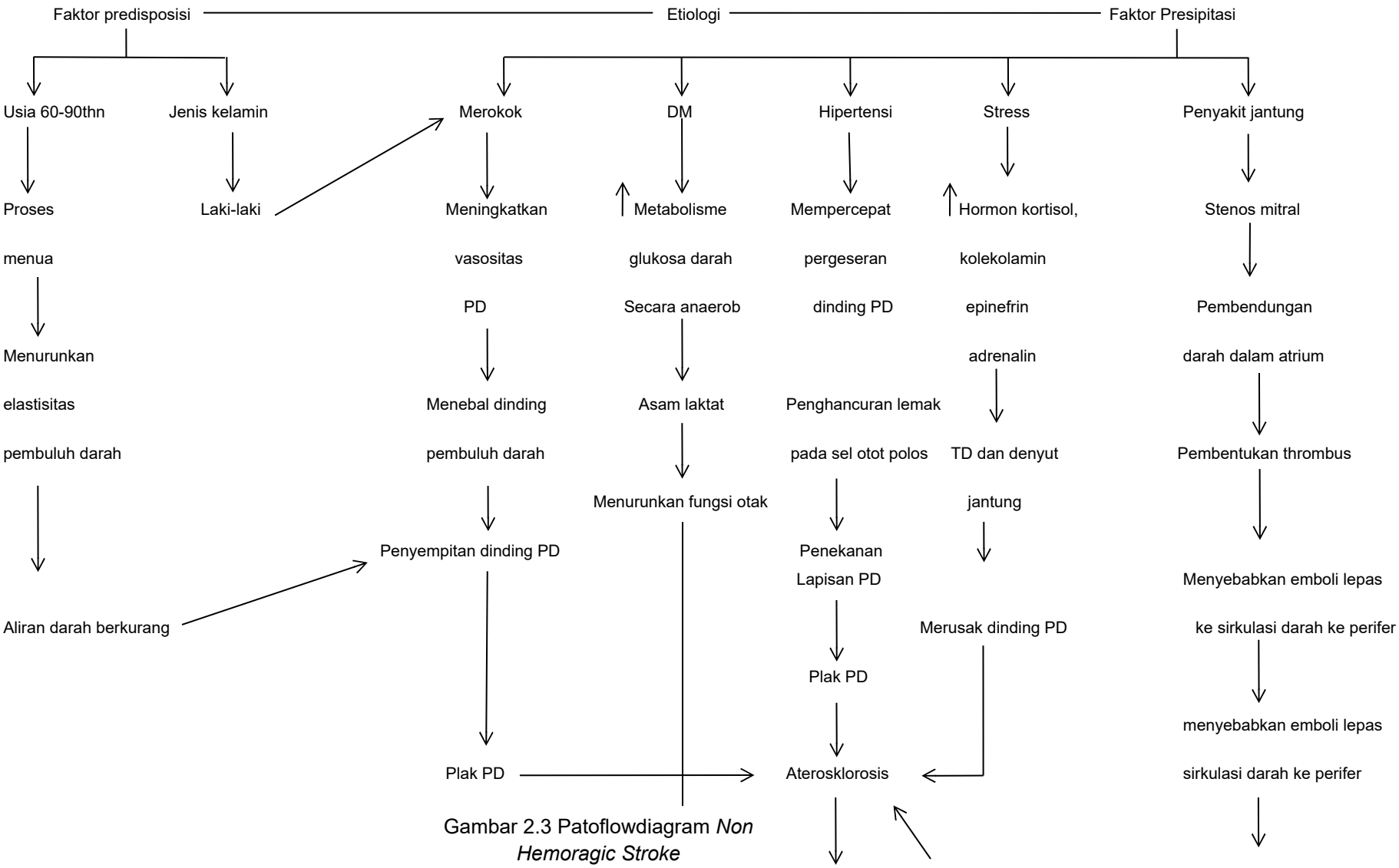
Adapun perawatan di rumah bagi penderita stroke secara gratis besar adalah sebagian sebagai berikut :

a. Menganjurkan berobat secara teratur ke dokter
b. Jangan menghentikan atau mengubah dan menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter
c. Minta bantuan petugas kesehatan atau fisioterapi untuk memulihkan kondisi tubuh yang lemah atau lumpuh.

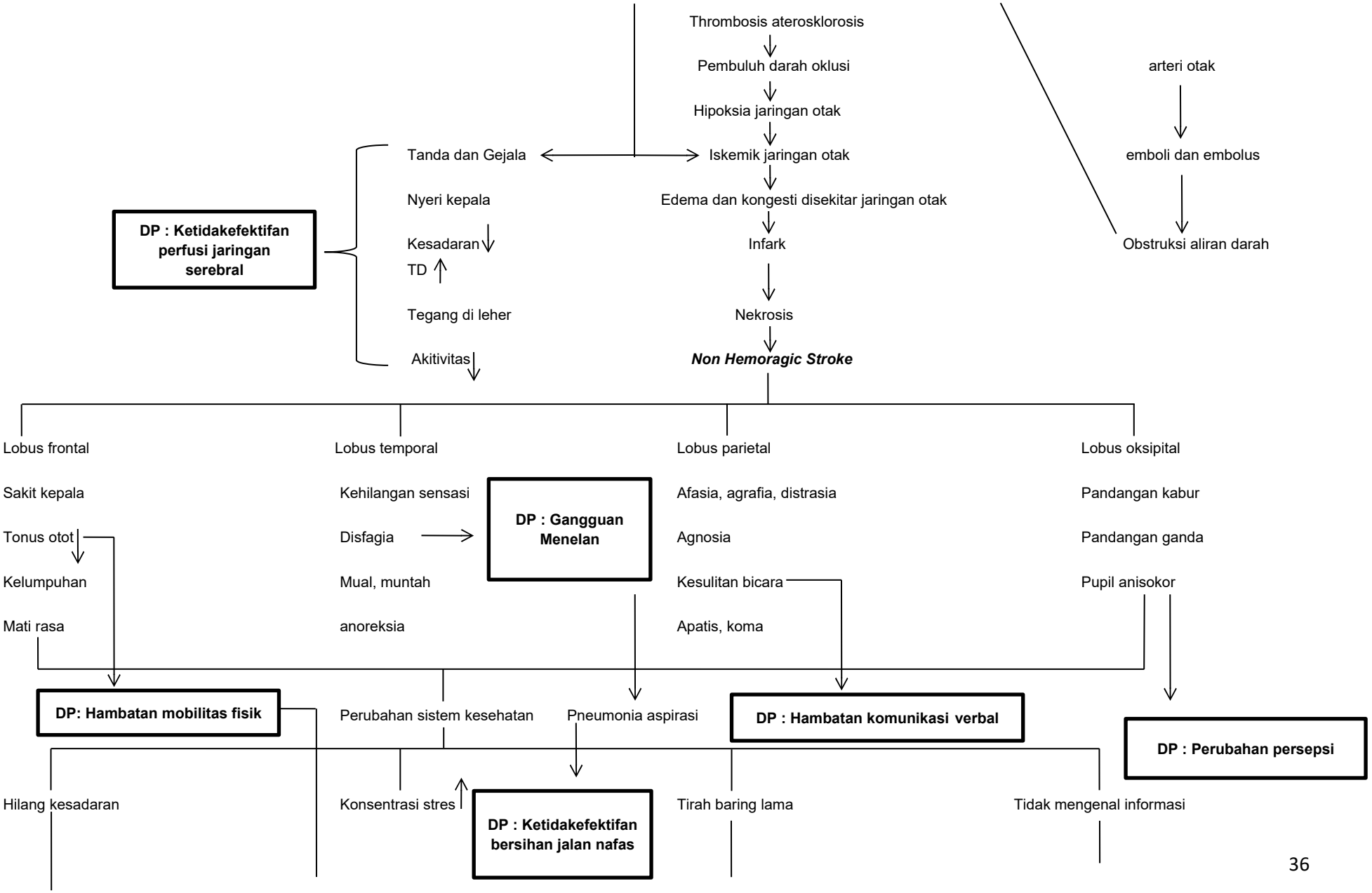
d. Perbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur di rumah (ROM aktif atau pasif)
e. Motivasi klien agar tetap bersemangat dalam latihan fisik
f. Periksa tekanan darah secara teratur.

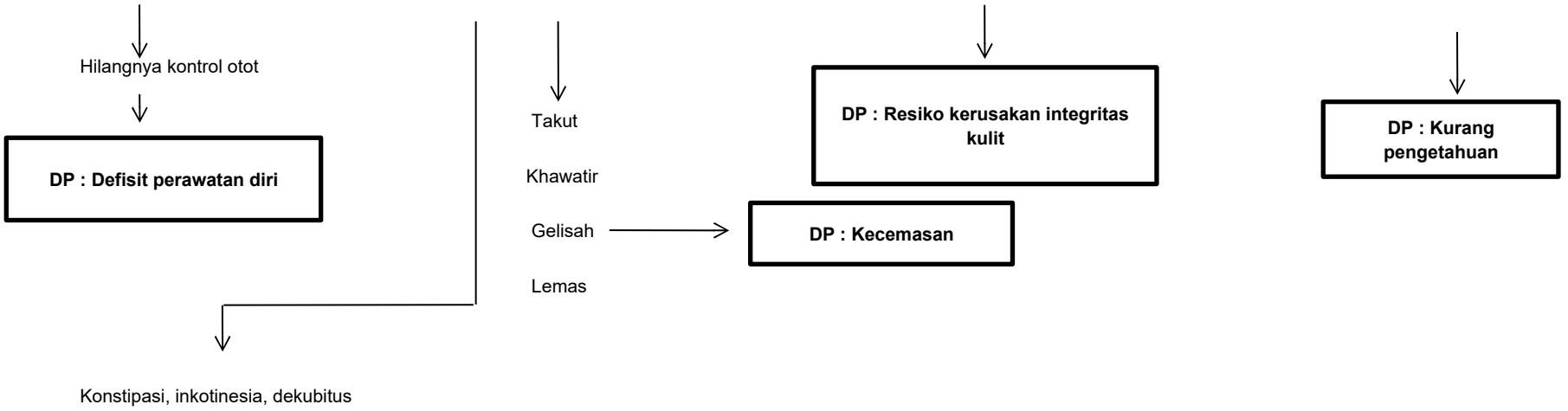
(Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, 2013).

C. PATOFLOWDIAGRAM



Gambar 2.3 Patoflowdiagram *Non Hemoragic Stroke*


Thrombosis aterosklorosis
Pembuluh darah oklusi
Hipoksia jaringan otak
Iskemik jaringan otak
arteri otak
emboli dan embolus
Obstruksi aliran darah
Tanda dan Gejala
Nyeri kepala
Kesadaran
TD
Tegang di leher
Akitivitas
DP : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
Edema dan kongesti disekitar jaringan otak
Infark
Nekrosis
Non Hemoragic Stroke
Lobus frontal
Sakit kepala
Tonus otot
Kelumpuhan
Mati rasa
Lobus temporal
Kehilangan sensasi
Disfagia
Mual, muntah
anoreksia
DP : Gangguan Menelan
Lobus parietal
Afasia, agrafia, distrasia
Agnosia
Kesulitan bicara
Apatis, koma
Lobus oksipital
Pandangan kabur
Pandangan ganda
Pupil anisokor
DP: Hambatan mobilitas fisik
Perubahan sistem kesehatan
Pneumonia aspirasi
DP : Hambatan komunikasi verbal
DP : Perubahan persepsi
Hilang kesadaran
Konsentrasi stres
DP : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
Tirah baring lama
Tidak mengenal informasi


Hilangnya kontrol otot
DP : Defisit perawatan diri
Takut
Khawatir
Gelisah
Lemas
DP : Kecemasan
DP : Resiko kerusakan integritas kulit
DP : Kurang pengetahuan
Konstipasi, inkotinesia, dekubitus

BAB III
PENGAMATAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien dengan inisial Ny.”M” berumur 82 tahun, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 04 April 2018 dengan penyakit *Non Hemoragic Stroke*, pasien masuk dengan kejang dan kesadaran menurun disertai dengan kelemahan sisi tubuh sebelah kanan dan batuk berlendir. Sebelum masuk rumah sakit pasien pasien sudah lama memiliki riwayat penyakit hipertensi lama, karena obat hipertensi yang di konsumsi habis tekanan darah pasien menjadi tinggi. Awalnya pasien hanya duduk-duduk di teras di panti jompo tiba-tiba mengalami kejang disertai penurunan kesadaran, sehingga wali di panti jompo memutuskan untuk membawanya ke rumah sakit.

Pada saat pengkajian pasien mengalami penurunan kesadaran dan kelemahan sisi tubuh bagian kanan, batuk berlendir, tampak pasien terpasang NGT dan kateter, tekanan darah 220/110mmHg, suhu 36,4°C, nadi 108x/menit dan pernapasan 16x/menit, dan terpasang infus RL 500cc dengan jumlah tetesan 18x/menit. Hasil pemeriksaan CT-Scan kepala kesan Lanucar Infark Cerebri Dextra dan hasil foto Thorax kesan Pneumonia Dextra, WBC 14.4, auskultasi terdengar ronchi. Terapi obat yang diberikan yaitu: Aspilet, Revolan, N. Ace (*Acetylcysteme)*, Flexitide, Omeprazole, Moxifloxaline. Dari data-data di atas penulis mengangkat diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena, ketidakefetifan bersihan jalan nafas b/d. mukus berlebihan, hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular.

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Gregorius Ronaldo NIM:E.1514401024

Unit	: ICU-ICCU	Autoanamnese	:
Kamar	: HCU Bed 1	Alloananmnese	: ✓
Tgl masuk RS	: 4 April 2018		
Tgl pengkajian	: 5 April 2018		

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial	: Ny.”M”
Umur	: 82 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Berpisah
Jumlah anak	: Tidak mempunyai anak
Agama/suku	: Kristen Protestan
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Tidak ada
Alamat rumah	: Jl. Sungai Saddang Lr. 2 No 22

b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. “B”
Umur	: 52 tahun
Alamat	: Jl. Sungai Saddang Lr. 2 No 22
Hubungan dengan pasien	: Wali Pasien

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Kejang + Penurunan kesadaran + Hemiparese

Saat pengkajian : *Non Hemoragic Stroke*

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan : Tampak pasien sakit berat karena keadaan umum lemah terpasang NGT, kateter, O^2 nasal kanul 3 liter/menit SPO2 99%, kelemahan pada sisi tubuh bagian kanan GCS 7, di tangan kiri terpasang infus RL 500 cc dengan jumlah tetesan 18x/menit, tampak pasien hanya bisa berbaring ditempat tidur dan seluruh kebutuhan dibantu oleh perawat.

Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif): Sopor

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 4

b) Respon bicara : 1

c) Respon membuka mata: 2

Jumlah 7

Kesimpulan: Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 220/110 mmHg

MAP: 293 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,4 °C ☐ Oral ☑ axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan :16 x/menit

5) Irama ☐ teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea ☐ Kusmaul

☐ Cheynes-stokes

Jenis ☑ dada ☐ Perut

6) Nadi : 108 x/menit

Irama ☑ teratur ☐ tachikardi ☐ Bradichardi

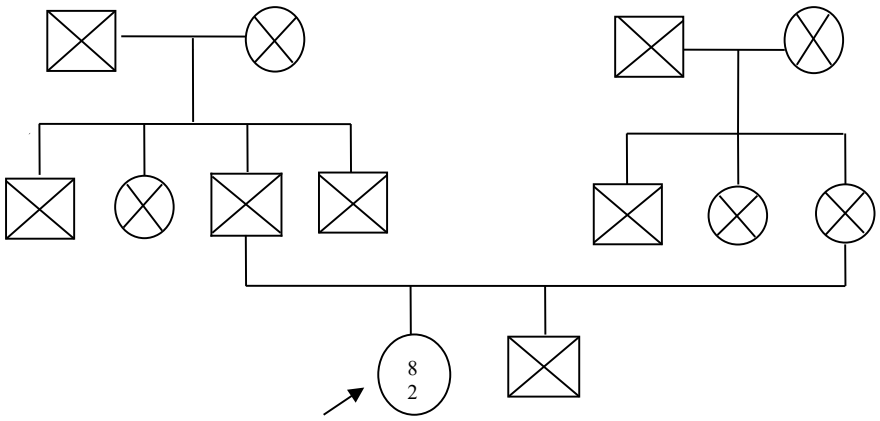
☑ kuat ☐ lemah

b. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 18 cm
2. Tinggi badan : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
3. Berat badan : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
4. IMT : Tidak dapat disimpulkan

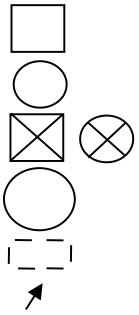
Kesimpulan : Tidak dapat disimpulkan

a. Genogram



Gambar 3.4 Genogram pasien

Keterangan :



: Pria

: Wanita

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan kesehatan itu penting. Sehat itu ketika kita dapat melakukan aktivitas seperti biasa. Keluarga mengatakan pasien seorang lansia yang seluruh kebutuhannya di bantu oleh perawat di panti jompo. Keluarga mengatakan biasa berbaring di tempat tidur, kadang pasien suka duduk di teras depan panti jompo sambil bercerita dengan temannya, keluarga mengatakan pasien sangat suka makan abon dan ikan kuah, keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi jadi, pasien sering mengkonsumsi obat penurun tekanan darah, namun obat penurun tekanan darah habis jadi pasien tidak pernah lagi mengkonsumsinya dan pergi ke puskesmas atau ke rumah sakit untuk mengambil obat.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama : Kesadaran menurun

b) Riwayat keluhan utama:

Awalnya saat duduk-duduk di teras pasien mengeluh keram pada tangan dan kaki sebelah kanan dan sakit kepala lalu perawat di panti jompo membawanya ke tempat tidur untuk istirahat, sekitar 10 menit pasien tiba-tiba kejang 3 jam di panti jompo dan kesadaran menurun, karena panik pasien tidak berhenti kejang ibu wali di panti jompo langsung membawanya di RS Stella Maris. Saat tiba di IGD pasien masih kejang dan kesadaran menurun, setelah itu pasien dipindahkan ke ICU, saat di ICU pasien sudah tidak kejang namun kesadaran menurun, batuk berlendir berwarna hijau keputihan, dan tampak pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur, dan kelemahan pada sisi bagian tubuh sebelah kanan

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

   Keluarga mengatakan pasien pernah dirawat di RS Stella Maris 8 bulan yang lalu dengan stroke dan keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi lama.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

   Keluarga mengatakan tidak mengetahui riwayat kesehatan keluarga karena pasien tinggal di panti jompo dan sudah lama pisah dengan suaminya.

5) Pemeriksaan fisik:

   a) Kebersihan rambut : Tampak beruban dan berminyak
   b) Kulit kepala : Tampak tidak ada lesi
   c) Kebersihan kulit : Tampak kurang besih
   d) Higiene rongga mulut : Kotor, dan berbau
   e) Kebersihan genitalia : Tampak lembab dan berbau
   f) Kebersihan anus : Tampak lembab dan berbau

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien makan teratur pasien makan 3x sehari dengan menu bubur, abon dan ikan. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat suka makan abon, keluarga pasien mengatakan pasien biasa minum 5 gelas perhari, nafsu makan pasien baik, namun keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir.

2) Keadaan sejak sakit:

Sejak sakit tampak pasien hanya makan melalui selang NGT dengan frekuensi 3x sehari dengan jenis makanan yang dihaluskan dengan jumlah 600cc dan air putih 250cc/hari. Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan NGT karena penurunan kesadaran.

3) Observasi:

Tampak pasien makan lewat selang NGT dengan frekuensi 5x sehari dengan menu bubur saring 3x atau ± 600 cc, susu 2x sehari atau ± 400 cc dan air putih 5x sehari/ atau 250cc dalam 24 jam. Jadi total intake oral pasien yaitu ± 1250 cc / 24 jam.

Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak beruban dan berminyak
b) Hidrasi kulit : Tampak kembali dalam <3 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema/ tidak anemic.
d) Sclera : Tampak tidak ikterik.

e) Hidung : Tampak kotor, tampak septum berada di tengah, simetris, tidak ada radang/ polip.

f) Rongga mulut : Berbau, tidak ada radang.

Gusi : Tampak tidak ada peradangan.

g) Gigi : Tampak gigi banyak yang tanggal

Gigi palsu : Tidak ada

h) Kemampuan mengunyah keras: Tidak dikaji, pasien terpasang selang NGT

i) Lidah : Tampak kotor

j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan.

k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran.

l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran.

m) Abdomen:

a. Inspeksi : Tampak perut kembung

b. Auskultasi : Peristaltik usus 9x/menit.

c. Palpasi : Tidak teraba benjolan

d. Perkusi : Terdengar tympani

n) Kulit

a. Edema : ☐ positif ☑ negatif

b. Ikterik : ☐ positif ☑ negatif

c. Tanda – tanda radang : Tidak ada.

d. Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Sebelum sakit keluarga mengatakan pasien sudah menggunakan pampers, keluarga pasien mengatakan pasien biasa BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan sedangkan BAK juga lancar, keluarga pasien mengatakan tidak tahu berapa kali pasien BAK namun pampers pasien biasanya 3x sehari diganti warnanya kuning dan berbau. Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Sejak sakit keluarga mengatakan pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning coklat, keluarga pasien mengatakan pasien BAB menggunakan pampers sedangkan BAK menggunakan kateter. Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kateter sejak di rawat di ICU-ICCU RS Stella Maris karena kesadaran menurun.

Observasi:

Tampak pasien menggunakan pampers dan kateter dan tampak urine berwarna kuning dengan jumlah 1100cc/12 jam

3) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 9 x/menit.
b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong
c) nyeri ketuk ginjal : ☐ positif ☑ negatif
d) mulut uretra : Tampak kemerahan
e) anus:
(1) peradangan : Tidak ada peradangan

(2) Hemoroid : Tidak ada

(3) Fistula : Tidak ada

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Sebelum sakit keluarga mengatakan pasien jarang melakukan aktivitas, pasien hanya duduk di kursi, dan istirahat di tempat tidur aktivitas dibantu perawat dan wali di panti jompo, keluarga pasien mengatakan pasien kadang bercerita dengan temannya dan menonton tv di waktu luangnya. Keluarga mengatakan pasien jarang berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit :

Sejak sakit keluarga mengatakan pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya karena kesadaran menurun, kebutuhan dibantu penuh oleh perawat seperti mandi, makan, berpakaian dll. Tampak pasien kelemahan pada sisi tubuh bagian kanan, semua aktivitas seperti mandi, makan berpakaian dilakukan di tempat tidur dan dibantu oleh perawat dan keluarga.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan semua aktivitas pasien seperti mandi, makan, berpakaian dibantu oleh perawat. Tampak terpasang NGT, kateter, O^2 nasal kanul 3 liter/menit dan pampers, tampak kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan

Akitivitas harian :

1) Makan : 3
2) Mandi : 2
3) Pakaian : 2

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

4) Kerapihan : 2
5) Buang air besar : 3
6) Buang air kecil : 3
7) Mobilisasi di tempat tidur: 2

a) Postur tubuh : Tidak dapat dikaji karena pasien tidak dapat berdiri karena penurunan kesadaran

b) Gaya jalan : Tidak dapat dikaji karena pasien tidak dapat berdiri karena penurunan kesadaran

c) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada.

d) Fiksasi : Tidak ada.

e) Tracheostomi : Tidak ada.

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 220/110 mmHg

Duduk : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Berdiri : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Kesimpulan : Tidak dapat disimpulkan

HR : 108x/menit

b) Kulit

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

c) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.

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

e) Thorax dan pernapasan :

1) Inspeksi :
   a) Bentuk thorax : Tampak tidak simetris kiri dan kanan
   b) Retraksi intercostal : Tampak adanya retraksi intercostal
   c) Sianosis : Tidak ada.
   d) Stridor : Tidak terdengar.
2) Palpasi :
   a). Vocal fremitus : Tidak dikaji, pasien mengalami penurunan kesadaran.
3) Perkusi : [✓] sonor [ ] redup [ ] pekak
4) Auskultasi :
   a) Suara napas : Terdengar vesicular
   b) Suara ucapan : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
   c) Suara tambahan : Terdengar ronchi

f) Jantung
   1) Inspeksi :
      Ictus cordis : Tidak tampak
   2) Palpasi :
      Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 midklavikularis sinistra
   3) Perkusi :
      Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra
      Batas bawah jantung : ICS 5 midclavicularis sinistra
      Batas kanan jantung : ICS 3 linea mid-sternalisdextra.
      Batas kiri jantung : ICS 5 linea axilaris anterior sinistra

4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis kanan.

Bunyi jantung II P : Tunggal, di ICS 3 linea sternalis kiri.

Bunyi jantung I T : Tunggal, di ICS 4 linea sternalis kiri.

Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS 5 linea midclavicularis.

Bunyi jantung II : Tidak terdengar

irama gallop

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta :

A. Renalis : Tidak terdengar.

A. Femoralis : Tidak terdenngar.

5) Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot ☑ : ☐ itif negatif

2) Rentang gerak :

Kaku sendi : Tampak tidak ada

Nyeri sendi : Tampak tidak ada

Fraktur : Tampak tidak ada

Parese : Tangan dan kaki sebelah kanan

Paralisis : Tampak tidak ada

3) Uji kekuatan otot :

Tangan	0	4
Kaki	0	4

Kesan : Tampak hemiparese dextra

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang di banding sisi yang lain

Nilai 3: Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada otot, tidak mampu bergerak

4) Refleks fisiologi : Tampak adanya gerak biceps, triceps, patella

5) Refleks patologi :

Babinski, kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

6) Clubbing jari-jari : Tampak tidak ada

7) Varises tungkai : Tampak tidak ada

6) Columna vertebralis :

1) Inspeksi : Tidak dikaji pasien tidak dapat berdiri

2) Palpasi : Tidak teraba nyeri tekan

Kaku kuduk : Tampak tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit pasien hanya tidur 7 jam, pasien biasa tidur di jam 10.00 malam dan bangun di jam 05.00 pagi, keluarga mengatakan pasien jarang tidur siang, keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur, dan tidak ada aktivitas yang dilakukan pasien sebelum tidur.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien lebih banyak tidur karena penurunan kesadaran

Observasi :

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

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien sedikit pikun, keluarga mengatakan tidak ada masalah pada panca indera yang lain seperti penglihatan, penciuman dan perabaan.

Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien jarang membuka matanya, rentan perhatian tidak ada, dan pasien tidak dapat berbicara.

Observasi :

Tampak pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur.

2) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

(1) Cornea : Tampak bersih

(2) Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan.

(3) Lensa mata : Tampak anemis

(4) Tekanan Intra Okuler (TIO) : Tampak sama antara kiri dan kanan.

b) pendengaran :

(1) Pina : Simetris antar kiri dan kanan.
(2) Kanalis : Bersih, tidak tampak serumen.
(3) Membran timpani : Tampak utuh dan dapat memantulkan cahaya

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien seorang lansia yang tidak dapat melakukan aktivitasanya tanpa bantuan perawat di panti jompo maupun wali, keluarga mengatakan pasien sosok yang baik, cerewet dan sering menasehati teman-temannya.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat berbuat apa-apa ia hanya bisa berbaring ditempat tidur, keluarga juga megatakan merasa sangat cemas dengan keadaan pasien sekarang. Keluarga berharap pasien bisa cepat sembuh.

Observasi :

Tampak keluarga merasa cemas

a) Kontak mata : Tampak kontak tidak tertuju ke perawat
b) Rentang perhatian : Tampak perhatian pasien kurang
c) Suara dan cara bicara : Tampak pasien tidak dapat berbicara karena penurunan kesadaran

d) Postur tubuh : Tampak tidak dapat dikaji karena pasien tidak mampu berdiri.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien orangnya sangat cerewet dan sering bercerita dengan teman-temannya di panti jompo.

Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat berkomunikasi dengan kerabatnya karena keadaannya yang lemah dan penurunan kesadaran.

2) Observasi :

Tampak pasien ada keluarga pasien yang datang pada saat pengkajian.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien sudah lama menopause, keluarga mengatakan pasien tidak memiliki anak.

2) Keadaan sejak sakit :

Tampak tidak ada masalah pada sistem reproduksi pasien. Keluarga mengatakan pasien tidak dapat membersihkan alat kelaminnya tanpa bantuan perawat.

Observasi : Tampak tidak ada kelainan

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien sering marah-marah dengan temannya di panti jompo saat temannya tidak mau mengikuti nasehatnya, keluarga mengatakan jika ada masalah yang tidak dapat diselesaikan pasien meminta bantuan kepada perawat maupun wali dipanti jompo

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat mengungkapkan perasaannya karena tidak dapat berbicara karena kesadarannya menurun.

Observasi :

Tampak pasien hanya bisa berbaring lemah di tempat tidur dengan kelemahan sisi tubuh sebelah kanan

o) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien beragama prostestan, keluarga mengatakan pasien sering berdoa maupun beribadah baik dipanti jompo maupun di gereja.

Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat berdoa maupun beribadah karena keadaannya yang lemah dan penurunan kesadaran

Observasi :

Tampak tidak ada perlengkapan doa di samping pasien

5. UJI SARAF CRANIAL

a. N I Olafactorius : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
b. N II Optikus : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
c. N III Oculomotorius : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
d. N IV Trochlearis : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
e. N VI Abduscens : Pupil mengecil saat berikan cahaya.
f. N V Trigeminus : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
g. N VII Fascialis : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
h. N VIII Vestibulo-Acustikus : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
i. N IX Glossopharyngeus : Tampak ulvula berada ditengah
j. N X Vagus : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
k. N XI Accessorius : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
l. NXII Hypoglossus : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah : Pemeriksaan Darah Lengkap

Tanggal 05 April 2018

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	14.4	+	10^3/Ul	4.8 – 10.8
RBC	4.3	-	10^6/uL	4.7 – 6.1
HGB	13.5	-	g/dL	14 – 18
HCT	38.10	-	%	42 - 52
MCV	88.0		fL	80 - 99
MCH	31.2	+	Pg	27 – 31
MCHC	35		g/dL	33 – 37
PLT	205		10^3/uL	150 – 450
RDW-CV	13.3		%	11.5 – 14.5
PDW	10.9		fL	9 – 13
MPV	9.3		fL	7.2 – 11.1
P-LCR	20.5		%	15 – 25
NEUT%	79.3	+	%	40 -74

LYM %	13.5	-	%	19 – 48
MXD%	7.2		%	4 – 18
NEUT#	11.5	+	10^3/uL	1.5 - 7
LYM#	1.9		10^3/uL	1 – 3.7
MXD#	1.0		10^3/uL	0 – 1.2

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

b. Pemeriksaan CT SCAN Kepala 05 April 2018
   KESAN :
   LACUNAR INFARK CEREBRI DEXTRA
   PROSES ATROFI CEREBRI
   HIDROCEPHALUS EC VACUO

c. Pemeriksaan Foto Thorax PA 06 April 2018
   KESAN :
   Pneumonia dextra
   Elongasi dan diltasi aorta
   Atheresclorosis aorta

7. Terapi

a. RL 500cc 18tts/menit
b. Aspilet 80mg/24jam/NGT
c. Revolan 3gr/12 jam/IV
d. Flixotide 1 tube 0,5mg/12am/Inhalasi
e. N-Ace 1 tube 100mg/12jam/Inhalasi
f. Omeprazole 200mg/12 jam/bolus IV

g. Moxifloxacin 400mg/250ml /24 jam/IV

C. ANALISIS DATA

Nama inisial : NY.“M”/82tahun

Ruang/Kamar : ICU-ICCU/HCU Bed 1

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	Data Subyektif : -Keluarga pasien mengatakan pasien tiba tidak sadar -Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi -Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di RS Stella Maris 8 bulan yang lalu karena stroke -Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh keram pada tangan dan kaki sebelah kanan Data Objektif : -Tampak pasien KU lemah -Tampak pasien kelemahan pada sisi tubuh bagian kanan -Tingkat kesadaran kualitatif :	Gangguan Aliran Arteri atau Vena	Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral

	Sopor -Tampak pasien GCS 7 M : 4 V : 1 E : 2 -Hasil CT SCAN : KESAN LACUNAR INFARK CEREBRI DEXTRA PROSES ATROFI CEREBRI Uji kekuatan Otot Tangan 0 | 4 Kaki 0 | 4 Kanan Kiri Data Subyektif : - Data Objektif : -Tampak pasien batuk berlendir -Tampak lendirberwarna hijau keputihan -Suara tambahan terdengar ronchi -Tampak adanya retraksi intercostal -Tampak hasil foto thorax ap KESAN Pneumonia dextra -Hasil pemeriksaan darah WBC 14,4 NEUT% 79.3	Mukus berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

	NEUT# 11.5 Data Subyektif : -Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat melalukan aktivitasnya -Keluarga pasien mengatakan pasien hanya bisa berbaring ditempat tidur semua aktivitas di bantu oleh perawat Data Objektif : -Tampak pasien kelemahan pada sisi tubuh bagian kanan -Tampak aktivitas di bantu oleh perawat -Aktivitas Daily : Makan : 2 Pakaian : 2 Kerapian : 2 BAB : 2 BAK : 2 -Uji kekuatan Otot Tangan 0 | 4 Kaki 0 | 0 Kanan Kiri	Gangguan neuromuskular	Hambatan mobilitas fisik

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama inisial : NY.“M”/82tahun

Ruang/Kamar : ICU-ICCU/HCU Bed 1

NO	DIAGNOSA KEPEARAWATAN
I	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena
II	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan
III	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular

E. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/umur : NY.”M”/82 tahun

Ruangan/kamar : ICU-ICCU/HCU Bed 1

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	NOC (Hasil Yang Diharapkan)	NIC (Rencana Tindakan meliputi : tindakan mandiri, observasi, penyuluhan, dan kolaborasi)
06 April 2018 I	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena Data Subyektif : -Keluarga pasien mengatakan pasien tiba tidak sadar -Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan kurang lebih 3x24 jam menunjukkan perfusi jaringan serebral dengan kriteria hasil : 1. Adanya kenaikan tingkat kesadaran dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) 2. Tekanan darah sistolik	Monitor Neurologi 1. Pantau tanda vital : suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan 2. Kaji tingkat kesadaran pasien dan orientasi pasien 3. Posisikan kepala 15-30 derajat 4. Monitor kekuatan

	-Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di RS Stella Maris 8 bulan yang lalu karena stroke -Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh lemah pada tangan dan kaki sebelah kanan Data Objektif : -Tampak pasien KU lemah -Tampak pasien tidak dapat mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan. -Tingkat kesadaran kualitatif : Sopor -Tampak pasien GCS 7	dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) 3. Tekanan darah diastolik dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 4 (ringan)	pegangan 5. Berikan obat-obatan untuk meningkatkan volume intavaskuler sesuai program

	-Hasil CT SCAN : KESAN LACUNAR INFARK CEREBRI DEXTRA Uji kekuatan Otot Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan Kiri		

Nama/umur : NY.”M”/82 tahun

Ruangan/kamar : ICU-ICCU/HCU Bed 1

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	NOC (Hasil Yang Diharapkan)	NIC (Rencana Tindakan meliputi : tindakan mandiri, observasi, penyuluhan, dan kolaborasi)
06 April 2018 II	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan Data Subyektif : - Data Objektif : -Tampak pasien batuk berlendir -Tampak lendir berwarna hijau keputihan -Suara tambahan terdengar ronchi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien menujukkan pembersihan jalan nafas yang efektif dengan kriteria hasil: 1. Pada pemeriksaan auskultasi, memiliki suara nafas yang jernih dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang)	Manajemen Jalan Nafas (3140) 1. Monitor status pernafasan sebagaimana mestinya 2. Posisikan untuk meringankan sesak 3. Kelola pengobatan aerosol sebagaimana mestinya 4. Auskultasi suara nafas 5. Lakukan suksion atau

	-Tampak bentuk thorax tidak simetris antara kiri dan kanan -Tampak adanya retraksi intercostal -Tampak hasil foto thorax KESAN Pneumonia dextra -Hasil pemeriksaan darah WBC 14,4 NEUT% 79.3 NEUT# 11,5	2. Sekret berkurang dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (ringan)	penghisapan lendir 6. Informasikan keluarga teknik relaksasi sebagaimana mestinya Fisioterapi dada 1. Tepuk dada dengan teratur dan cepat menggunakan telapak tangan yang dikuncupkan yang area ditentukan selama 3-5 menit.

Nama/umur : NY.”M”/82 tahun

Ruangan/kamar : ICU-ICCU/HCU Bed 1

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	NOC (Hasil Yang Diharapkan)	NIC (Rencana Tindakan meliputi : tindakan mandiri, observasi, penyuluhan, dan kolaborasi)
06 April 2018 III	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular Data Subyektif : -Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat melalukan aktivitasnya -Keluarga pasien mengatakan pasien hanya bisa berbaring	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien memperlihatkan mobilisasi di tempat tidur dengan kriteria hasil : 1. Adanya sedikit pergerakan otot dipertahankan pada skala 1 (berat) tingkatkan ke skala 2 (cukup berat) 2. Adanya sedikit pergerakan	Perawatan Tirah Baring 1. Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Pengaturan Posisi 1. Tempatkan pasien diatas tempat tidur yang bersih dan nyaman

	ditempat tidur semua aktivitas dibantu perawat Data Objektif : -Tampak pasien kelemahan pada sisi tubuh bagian kanan -Tampak aktivitas di bantu oleh perawat -Aktivitas Daily : Makan : 2 Pakaian : 2 Kerapian : 2 BAB : 2 BAK : 2	sendi dipertahankan pada skala 1 (berat) tingkatkan ke skala 2 (cukup berat)	2. Posisikan kepala dan leher dengan lurus 3. Lakukan ROM pasif pada ekstermitas yang terganggu Bantuan perawatan diri 1. Berikan pasien kebersihan pribadi (memandikan, oral hygiene)

	-Uji kekuatan Otot Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan Kiri		

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama inisial : NY “M”/82 thn

Ruangan/kamar : ICU-ICCU/HCU Bed 1

Hari/ tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Nama perawat
Jumat, 06 April 2018	III	07:20	Memberikan pasien kebersihan pribadi (memandikan, oral hygiene) Hasil -Tampak pasien bersih -Tampak mulut pasien bersih dan tidak berbau	Grego dan Perawat Uni
			Memberikan pasien tempat tidur yang bersih dan nyaman Hasil : -Tampak lingkungan bersih -Tampak pasien nyaman	Grego
			Melakukan latihan ROM pasif Hasil : -Tampak pasien tenang saat dilakukan ROM -Tampak tangan dan kaki kanan pasien masih lemah -Tampak semua aktivitas pasien masih dibantu penuh Oleh perawat	Grego
			Mengobservasi TTV Hasil : TD: 170/110mmHg S : 36,4°C	Grego

			N : 80x/menit P : 17x/menit	
	III		Membalikan pasien paling tidak tiap 2 jam Hasil : -Tampak pasien nyaman -Tampak pasien dimiringkan ke kanan	Grego Dan perawat Uni
	I,II,III	08:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: Omeprazole 200mg/IV	Perawat uni
	I	09:20	Mengkaji tingkat kesadaaran pasien Hasil : -Tingkat kesadaran sopor (kualitatif) GCS 7 M : 4 V : 1 E : 2	Grego dan Muly
	I,II		Memberikan pasien posisi kepala 15-30 derajat Hasil : -Tampak pasien nyaman dengan posisi 30 derajat -Tampak pasien nyaman	Mari
			Memonitori kekuatan pegangan pasien Hasil : -Uji kekuatan otot	Mari dan stellin

			Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan kiri	
	II	09:43	Memonitori status pernapasan Hasil : -P: 17x/menit -Tampak pasien tidak sesak -Tampak pernafasan pelan dan tidak dangakal	Mari
			Mengobservasi TTV TD : 180/80mmHg S : 36°C N : 77x/menit P : 16x/menit	Mari
	I,II,III	10:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: -Revolan 1amp/IV	Mari
	II		Mengauskultasi suara nafas Hasil : -Suara nafas tambahan terdengan ronchi	Mari Dan stellin
			Menepuk dada dengan teratur dan cepat dengan telapak tangan Hasil : -Tampak pasien tenang saat dilakukan tindakan	Mari
			Melakukan suction atau pengisapan lendir	Mari Dan

			Hasil : -Tampak banyak lendir yang keluar -Tampak lendir berwarna hijau keputihan	perawat Uni
	III	11:00	Melalukan ROM pasif pada pasien Hasil : -Tampak pasien tenang saat dilakukan ROM	Stellin
		12:00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 170/70mmHg S : 36,4°C N : 70x/menit P : 19x/menit Membalikkan pasien paling tidak setiap 2 jam Hasil : -Tampak pasien nyaman -Tampak pasien dimiringkan ke kiri	Mari
	I,II,III		Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: -Aspilet 80mg/NGT -Flixotide 1 tube0,5mg/Inhalasi -N-Ace 1 tube/inhalasi	Mari
	I,II,III	14:00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/80 mmHg N : 75x/menit	Romana

			S : 36ºC P : 16x/menit	
	I	14:10	Memberikan pasien posisi kepala 15-30 derajat Hasil : -Tampak pasien nyaman dengan posisi 30 derajat	Romana dan glory
			Memonitori kekuatan pegangan Hasil : Uji kekuatan Otot Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan Kiri -Tampak tangan dan kaki kanan pasien masih lemah	Romana
	I,II,III	16:00	Mengobervasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg S :36ºc N : 79x/menit P : 16x/menit	Glory
	III	17:10	Membalikan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam Hasil : -Tampak pasien dimiringkan ke kanan	Romana dan perawat Fatma
	I,II,III	19:00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 140/100mmHg S : 36,2ºC	Romana

			N : 74x/menit P : 16x/menit	
	I,II,III	20:10	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/90mmHg S : 36ºC N : 75x/menit P : 17x/menit	Romana
			Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: Omeprazole 200mg/IV	Romana
	III		Membalikan pasien paling tidak setiap 2 jam Hasil -Tampak pasien nyaman -Tampak pasien dimiringkan ke kiri	Romana
	I,II,III	22:10	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/70mmHg S : 36,4ºC N : 87x/menit P : 14x/menit	Grego
			Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: -Revolan 1amp/IV	Grego
	I,II,III	23:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil:	Grego

			Moxifloxacin 400mg/250ml / IV	
	I,II,III	00:00	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 160/70mmHg S : 36,4ºC N : 81x/menit P : 14x/menit	Grego
			Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: - Flixotide1 tube 0,5mg/Inhalasi - N-Ace 1 tube/inhalasi	Grego
		02:00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/90mmHg S : 36ºC N : 80x/menit P : 16x/menit	Grego
		04:00	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 160/90mmHg S : 36ºC N : 85x/menit P : 17x/menit	Muly
		06:00	Mengobservasi TTV TD : 150/100mmHg N : 83x/menit S : 36,3ºC P : 20x/menit	Muly
Sabtu, 07 April 2018	III	07:20	Memberikan pasien kebersihan pribadi	Mari, Perawat

			Hasil: -Tampak pasien bersih -Tampak mulut pasien bersih, tidak berbau Memberikan pasien tempat tidur yang bersih dan nyaman Hasil : -Tampak lingkungan bersih -Tampak pasien nyaman	Uni
	I	08:00	Mengkaji tingkat kesadaran Hasil : -Tampak keadaan umum pasien lemah -Tampak kesadaran (kualitatif) sopor -GCS : 7 M : 4 V : 1 E : 2	Mari
			Memposisikan kepala 15-30 derajat Hasil : -Tampak pasien nyaman dengan posisi 30 derajat Memposisikan kepala dan leher pasien lurus Hasil : -Tampak kepala dan leher pasien lurus	Winda
	III	07:31	Melakukan ROM pasif pada ekstermintas yang terganggu	Mari

			Hasil : -Tampak tangan dan kaki kanan pasien masih lemah -Tampak pasien di bantu penuh oleh perawat Uji kekuatan otot : Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan Kiri	
	II	07:34	Memonitori status pernafasan Hasil : -P : 18x/menit -Tampak pasien bernafasan pelan dan tidak dangkal -Tampak pasien tidak sesak	Mari
			Mengauskultasi suara nafas : Hasil : -Suara nafas tambahan terdengar ronchi	Mari
			Menepuk dada dengan teratur dan cepat dengan telapak tangan Hasil : -Tampak pasien tenang saat dilakukan tindakan	Mari dan perawat Uni
			Melakukan suction atau penghisapan lendir Hasil: -Tampak banyak lendir yang keluar	Perawat Uni

			-Tampak lendir berwarna hijau keputihan	
	I,II,III	08:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: Omeprazole 200mg/IV	Mari
	III		Memberikan pasien kebersihan pribadi (memandikan dan oral hygiene) Hasil: -Tampak pasien besih -Tampak mulut pasien bersih dan tidak berbau Memberikan tempat tidur teraupetik Hasil : -Tampak lingkungan bersih dan nyaman	Mari dan stellin
	I,II,III	08:20	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 140/90mmHg S : 36ºC N : 69x/menit P : 15x/menit	Mari
	III		Membalikan pasien paling tidak setiap 2 jam Hasil : -Tampak pasien nyaman -Tampak pasien dimiringkan kiri	Mari
	I,II,III	10:00	Memberikan obat sesuai	Stellin

			dengan instruksi dokter Hasil: -Revolan 1amp/IV	
			Mengobservasi TTV Hasil : TD : 130/80mmHg S : 36^{o}C N : 71x/menit P : 14x/menit	Stellin
	II		Memonitori pernafasan pasien Hasil : -P : 17x/menit -Tampak pasien tidak sesak -Tampak pasien bernafas pelan dan tidak dangkal -Tampak pasien batuk	Stellin
			Mengauskultasi suara nafas Hasil : -Suara nafas tambahan terdengan ronchi	Stellin
			Menepuk dada dengan teratur dan cepat dengan telapak tangan Hasil: -Tampak pasien tenang saat dilakukan tindakan	Mari dan perawat Uni
			Melakukan suksion atau penghisapan lendir Hasil : -Tampak banyak lendir yang keluar	Perawat Fery

			-Tampak lendir berwarna hijau keputihan	
	I,II,III	12:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: - Aspilet 80mg/NGT - Flixotide1 tube 0,5mg/Inhalasi - N-Ace 1 tube/inhalasi	
			Mengobservasi TTV Hasil: TD : 130/80mmHg S : 36^{o}C N : 89x/menit P : 17x/menit	Perawat Uni
	III		Membalikkan pasien paling tidak setiap 2 jam Hasil: -Tampak pasien nyaman -Tampak pasien dimiringkan ke kanan	Mari dan stellin
	I,II,III	14:00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/70mmHg S : 36,5^{o}C N : 68x/menit P : 15x/menit	Glory
	I	14:13	Memposiskan kepala 15-30 derajat Hasil : -Tampak pasien nyaman -Tampak pasien nyaman	Romana

			dengan posisi 30 derajat	
	III		Memposisikan kepala dan leher pasien lurus Hasil : -Tampak kepala dan leher pasien lurus	Glory
	I,II,III	16:00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 177/79mmHg S : 36,5ºC N : 79x/menit P : 22x/menit	Grego
	III		Membalikan pasien paling tidak setiap 2 jam Hasil: -Tampak pasien nyaman -Tampak pasien dimiringkan ke kiri	Grego dan perawat Virga
	I,II,III	19:00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 177/72mmHg S : 36,8ºC N : 72x/menit P : 16x/menit	Grego
	I,II,III	20:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: Omeprazole 200mg/IV	Grego
	I,II,III	21:00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/90mmHg	Grego

			S : 36ºC N : 75x/menit P : 20x/menit	
	I,II,III	22:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: -Revolan 1amp/IV	Grego
	III		Membalikan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam Hasil : -Tampak pasien dimirngkan ke kanan	Winda dan perawat Yoya
			Memposisikan kepala dan leher lurus Hasil: Tampak kepala dan leher pasien lurus	Sisil
			Tampak kepala dan leher pasien lurus	
	I,II,III	23:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: Moxifloxacin 400mg/250ml / IV	Sisil
		00:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: - Flixotide1 tube 0,5mg/Inhalasi - N-Ace 1 tube/inhalasi	Sisil
			Mengobservasi TTV TD : 160/90mmHg	Sisil

			S : 36,4ºC N : 81x/menit P : 19x/menit	
		02:00	Mengobservasi TTV TD : 160/100mmHg S : 36,2ºC N : 80x/menit P : 19x/menit	Sisil
		04:00	Mengobservasi TTV TD : 150/100mmHg S : 36,2ºC N : 73x/menit P : 19x/menit	Winda
		06:00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 140/90mmHg S : 36ºC N : 69x/menit P : 15x/menit	Winda
Minggu, 08 April 2018	III	07:00	Memberikan pasien kebersihan pribadi (memandikan dan oral hygiene) Hasil : -Tampak pasien bersih -Tampak mulut dan gigi pasien bersih dan tidak berbau Memberikan pasien tempat tidur yang bersih dan nyaman Hasil : -Tampak lingkungan bersih -Tampak pasien nyaman	Grego

	I	07:12	Mengkaji tingkat kesadaran Hasil : -Tampak keadaan umum pasien lemah -Tampak kesadaran (kualitatif) sopor -GCS 8 M : 4 V : 1 E : 3	Grego
			Memberikan posisi kepala 15-30 derajat Hasil: -Tampak pasien nyaman dengan posisi 30 derajat	Grego dan perawat Fatma
			Memonitori kekuatan pegangan Hasil : Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan Kiri	Grego
	III	07:20	Melakukan ROM pasif Hasil : -Tampak tangan dan kaki tangan pasien masih lemah -Tampak aktivitas pasien di bantu oleh perawat	Grego
	II	07:25	Memonitori status pernafasan Hasil : -P : 17x/menit -Tampak pasien tidak sesak -Tampak pasien bernafas	Grego

			pelan dan tidak dangkal -Tampak pasien masih batuk	
			Mengauskultasi suara nafas Hasil : -Suara nafas tambahan terdengar ronchi	Grego
			Menepuk dada dengan teratur dan cepat dengan telapak tangan Hasil : -Tampak pasien tenang saat dilakukan tindakan	Grego
			Melakukan pengisapan lendir atau suction Hasil : -Tampak masih banyak lendir keluar -Tampak lendir berwarna hijau keputihan	Grego
	I,II,III	08:00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 162/75mmHg S : 36,5^{o}C N : 68x/menit P : 14x/menit	Grego
	I,II,III	08:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: Omeprazole 200mg/IV	Grego
	I		Memonitori kekuatan pegangan pasien	Grego

			Hasil : Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan Kiri	
	III		Membalikkan pasien paling tidak setiap 2 jam Hasil : -Tampak pasien dimiringkan ke kanan -Tampak pasien nyaman	Grego dan Perawat Amir
	I,II,III	10:00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: -Revolan 1amp/IV	Amir
			Mengobservasi TTV Hasil : TD : 172/73mmHg S : 36,3°C N : 73x/menit P : 14x/menit	Grego
	I,II,III	12:00	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 172/62mmHg S : 36°C N : 68x/menit P : 14x/menit	Grego
			Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: - Aspilet 80mg/NGT - Flixotide1 tube 0,5mg/Inhalasi	Grego

			- N-Ace 1 tube/inhalasi	
	I,II,III	14:00	Mengobervasi TTV Hasil : TD : 176/63mmHg S : 36ºC N : 69x/menit P : 16x/menit	Grego
	II		Memonitori status pernafasan Hasil : -P : 20x/menit -Tampak pasien tidak sesak -Tampak pasien bernafas pelan dan tidak dangkal	Grego
			Mengauskultasi suara nafas Hasil : -Suara nafas tambahan terdengar ronchi	Grego
			Menepuk dada dengan teratur dan cepat dengan telapak tangan Hasil : -Tampak pasien nyaman saat dilakukan tindakan	Grego
			Melakukan suksion atau penghisapan lendir Hasil : -Tampak banyak lendir yang keluar -Tampak lendir berwarna hijau keputihan	Grego
	I		Memberikan pasien posisi	Perawat

			kepala 15-30 derajat Hasil: -Tampak pasien nyaman dengan posisi 30 derajat -Tampak pasien nyaman	Cika
	I,II,III	16:00	Mengobervasi TTV Hasil : TD : 177/72mmHg S : 36,8^{o}C N : 67x/menit P : 16x/menit	Perawat Cika
	II		Mengasukultasi suara nafas Hasil : -Suara nafas tambahan terdengar ronchi -Tampak pasien batuk	Perawat Cika
			Melakukan suction atau penghisapan lendir Hasil : -Tampak banyak lendir yang keluar -Tampak lendir berwarna hijau keputihan	Perawat Cika
	I,II,III	18:00	Mengobervasi TTV Hasil : TD : 177/70mmHg S : 36,2^{o}C N : 68x/menit P : 17x/menit	Perawat Virga
	I,II,III	20:00	Mengobervasi TTV Hasil :	Perawat Cika

			TD : 170/71mmHg S : 36°C N : 69x/menit P : 15x/menit	
			Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: Omeprazole 200mg/IV	Cika
	I,II,III	22:00	Mengobervasi TTV Hasil : TD : 169/74mmHg S : 36°C N : 73x/menit P : 16x/menit	Perawat Ratna
			Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: -Revolan 1amp/IV	Ratna
	III		Membalikan pasien yan tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam Hasil : -Tampak pasien nyaman -Tampak pasien dimiringkan ke kanan	Perawat Ratna dan Wani
			Memposisikan kepala dan leher pasien lurus Hasil: -Tampak kepala dan leher pasien lurus	Perawat Ratna
	I,II,III	23:00	Memberikan obat sesuai	Ratna

			dengan instruksi dokter Hasil: Moxifloxacin 400mg/250ml / IV	
	I,II,III	00:00	Mengobervasi TTV Hasil : TD : 165/70mmHg S : 36,2^{o}C N : 70x/menit P : 15x/menit	Perawat Ratna
			Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil: -Flixotide1 tube 0,5mg/Inhalasi - N-Ace 1 tube/inhalasi	Ratna
		02:00	Mengobervasi TTV Hasil : TD : 164/71mmHg S : 36^{o}C N : 69x/menit P : 15x/menit	Perawat Wani
		04:00	Mengobervasi TTV Hasil : TD : 165/71mmHg S : 36^{o}C N : 70x/menit P : 16x/menit	Perawat wani
		06:00	Mengobervasi TTV Hasil : TD : 160/72mmHg S : 36^{o}C N : 76x/menit	Perawat Ratna

			P : 15x/menit	
Senin, 09 April 2018	III	07:40	Memberikan pasien kebersihan pribadi (memandikan dan oral hygiene) Hasil: -Tampak pasien bersih -Tampak mulut dan gigi pasien bersih dan tidak berbau Memberikan pasien tempat tidur yang bersih dan nyaman Hasil : -Tampak lingkungan bersih -Tampak pasien nyaman	Perawat Fatma dan Donata
			Melakukan ROM pasif Hasil : -Tampak pasien tangan dan kaki kanan pasien lemah Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan Kiri -Tampak semua aktivitas di bantu oleh perawat	Donata
	I		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam Hasil : -Tampak pasien dimiringkan ke kanan	Donata
	I		Mengkaji tingkat kesadaran pasien Hasil :	Donata

	II		-Tampak keadaan umum pasien lemah -Tampak kesadaran (kualitatif) somnolens -GCS 9 M : 4 V : 2 E : 3 Memberikan pasien posisi kepala 15-30 derajat Hasil : -Tampak pasien nyaman dengan posisi 30 derajat -Tampak pasien nyaman Memonitori status pernafasan Hasil : -P : 21x/menit -Tampak pasien tidak sesak -Tampak pasien bernafas pelan dan tidak dangkal -Tampak pasien masih batuk Mengauskultasi suara nafas Hasil : -Suara nafas tambahan tedengar ronchi -Tampak pasien sudah tidak batuk Menepuk dada dengan teratur dan cepat Hasil: -Tampak pasien tenang saat	Donata Donata Donata Donata

			dilakukan tindakan Melakukan suction atau penghisapan lendir Hasil: -Tampak masih banyak lendir yang keluar -Tampak lendir berwarna hijau keputihan	Donata

G. EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA INISIAL : NY “M”/82tahun

RUANG : ICU-ICCU/HCU Bed 1

HARI/TANGGAL	DP	EVALUASI KEPERAWATAN
Sabtu, 07 April 2018	I	S : - O : -Tampak keadaan umum pasien masih lemah - TD : 150/100mmHg -Kesadaran (kualitatif) sopor GCS 7 M : 4 V : 1 E : 2 -Uji kekuatan otot Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan kiri A : Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi P : Lanjutkan intervensi ➢ Monitor Neurologi 1. Pantau tanda vital : suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan 2. Kaji tingkat kesadaran pasien dan orientasi pasien 3. Posisikan kepala 15-30 derajat 4. Monitor kekuatan pegangan 5. Berikan obat-obatan untuk meningkatkan volume intavaskuler sesuai program

	II	S : - O : -Suara tambahan masih terdengar ronchi -Tampak masih banyak lendir yang keluar -Tampak lendir berwarna hijau keputihan -P : 18x/menit A : Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi ➢ Manajemen Jalan Nafas ➢ Monitor status pernafasan sebagaimana mestinya ➢ Posisikan untuk meringankan sesak ➢ Kelola pengobatan aerosol sebagaimana mestinya ➢ Auskultasi suara nafas ➢ Lakukan suksion atau penghisapan lendir ➢ Informasikan keluarga teknik relaksasi sebagaimana mestinya ➢ Fisioterapi dada ➢ Tepuk dada dengan teratur dan cepat menggunakan telapak tangan yang dikuncupkan yang area ditentukan selama 3-5 menit.
	III	S : - O : -Tampak tangan dan kaki kanan pasien pasien lemah -Tampak aktivitas pasien di bantu oleh perawat

		-Uji kekuatan otot Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan kiri A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum - teratasi P : Lanjutkan Intervensi ➢ Perawatan Tirah Baring 1. Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik ➢ Pengaturan Posisi 1. Tempatkan pasien diatas tempat tidur yang bersih dan nyaman 2. Posisikan kepala dan leher dengan lurus 3. Lakukan ROM pasif pada ekstermitas yang terganggu ➢ Bantuan perawatan diri 1. Berikan pasien kebersihan pribadi (memandikan, oral hygiene)

NAMA INISIAL : NY “M”/82tahun

RUANG : ICU-ICCU/HCU Bed 1

HARI/TANGGAL	DP	EVALUASI KEPERAWATAN
Minggu, 08 April 2018	I	S : - O : -Tampak keadaan umum pasien masih lemah - TD : 140/90mmHg -Kesadaran (kualitatif) sopor GCS 8 M : 4 V : 1 E : 3 -Uji kekuatan otot Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan kiri A : Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi P : Lanjutkan intervensi ➢ Monitor Neurologi 6. Pantau tanda vital : suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan 7. Kaji tingkat kesadaran pasien dan orientasi pasien 8. Posisikan kepala 15-30 derajat 9. Monitor kekuatan pegangan 10. Berikan obat-obatan untuk meningkatkan volume intavaskuler sesuai program

	II	S : - O : -Suara tambahan masih terdengar ronchi -Tampak masih banyak lendir yang keluar -Tampak lendir berwarna hijau keputihan -P : 17x/menit A : Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi ➢ Manajemen Jalan Nafas 1. Monitor status pernafasan sebagaimana mestinya 1. Posisikan untuk meringankan sesak 2. Kelola pengobatan aerosol sebagaimana mestinya 3. Auskultasi suara nafas 4. Lakukan suksion atau penghisapan lender 5. Informasikan keluarga teknik relaksasi sebagaimana mestinya ➢ Fisioterapi dada 6. Tepuk dada dengan teratur dan cepat menggunakan telapak tangan yang dikuncupkan yang area ditentukan selama 3-5 menit.
	III	S : - O : -Tampak tangan dan kaki kanan pasien pasien lemah -Tampak aktivitas pasien di bantu oleh perawat

		-Uji kekuatan otot Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan kiri A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum - teratasi P : Lanjutkan Intervensi ➢ Perawatan Tirah Baring 1. Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik ➢ Pengaturan Posisi 2. Tempatkan pasien diatas tempat tidur yang bersih dan nyaman 3. Posisikan kepala dan leher dengan lurus 4. Lakukan ROM pasif pada ekstermitas yang terganggu ➢ Bantuan perawatan diri 5. Berikan pasien kebersihan pribadi (memandikan, oral hygiene)

NAMA INISIAL : NY “M”/82tahun

RUANG : ICU-ICCU/HCU Bed 1

HARI/TANGGAL	DP	EVALUASI KEPERAWATAN
Senin, 09 April 2018	I	S : - O : -Tampak keadaan umum pasien masih lemah - TD : 160/72mmHg -Kesadaran (kualitatif) sopor GCS 9 M : 4 V : 2 E : 3 -Uji kekuatan otot Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan kiri A : Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi P : Lanjutkan intervensi ➢ Monitor Neurologi 1. Pantau tanda vital : suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan 2. Kaji tingkat kesadaran pasien dan orientasi pasien 3. Posisikan kepala 15-30 derajat 4. Monitor kekuatan pegangan 5. Berikan obat-obatan untuk meningkatkan volume intavaskuler sesuai program
	II	S : -

		O : -Suara tambahan masih terdengar ronchi -Tampak masih banyak lendir yang keluar -Tampak lendir berwarna hijau keputihan -P : 21x/menit A : Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi ➢ Manajemen Jalan Nafas 1. Monitor status pernafasan sebagaimana mestinya 2. Posisikan untuk meringankan sesak 3. Kelola pengobatan aerosol sebagaimana mestinya 4. Auskultasi suara nafas 5. Lakukan suksion atau penghisapan lender 6. Informasikan keluarga teknik relaksasi sebagaimana mestinya ➢ Fisioterapi dada 1. Tepuk dada dengan teratur dan cepat menggunakan telapak tangan yang dikuncupkan yang area ditentukan selama 3-5 menit.
	III	S : - O : -Tampak tangan dan kaki kanan pasien pasien lemah -Tampak aktivitas pasien di bantu oleh perawat

		-Uji kekuatan otot Tangan 0 4 Kaki 0 4 Kanan kiri A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum - teratasi P : Lanjutkan Intervensi ➢ Perawatan Tirah Baring 1. Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik ➢ Pengaturan Posisi 1. Tempatkan pasien diatas tempat tidur yang bersih dan nyaman 2. Posisikan kepala dan leher dengan lurus 3. Lakukan ROM pasif pada ekstermitas yang terganggu ➢ Bantuan perawatan diri 1. Berikan pasien kebersihan pribadi (memandikan, oral hygiene)

H. DAFTAR NAMA OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. **Nama obat : Aspilet**
   a. Klasifikasi obat : antitrombotik
   b. Dosis umum : 80mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : diberikan 1 kali sehari
   d. Cara pemberian obat : melalui NGT
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Obat Thrombo Aspilet atau Aspilet adalah obat untuk mengatasi trombosis atau antitrombotik. Obat ini dapat digunakan untuk pencegahan terhadap terjadinya serangan jantung, pengobatan gejala pada saat serangan jantung, dan sebagai pengobatan tambahan pada saat pasca stroke.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami penyumbatan di pembuluh darah di otak
   g. Kontra indikasi : jangan berikan pada hipersensitif atau alergi aspilet
   h. Efek samping obat : Perasaan tidak nyaman pada lambung dan sekitar ulu hati, Perasaan mual dan muntah.

2. **Nama obat : Revolan**
   a. Klasifikasi obat : Nootropics dan neurotonics
   b. Dosis umum : 2,4gr/hari
   c. Dosis umum untuk pasien : 3gr /12jam/IV
   d. Cara pemberian obat : intra vena (IV)
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : telecephalic yang lebih tinggi pada otak, melibatkan proses kognitif. Misalnya yang berhubungan dengan pembelajaran , memori/daya ingat, pokiran dan kesadaran, baik dalam situasi normal ataupun tidak normal tanpa bersifat sebagai sedatif atau psikostimulan.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami penurunan kesadaran, dan mengalami gangguan kognitif.
g. Kontraindikasi : jangan diberikan pada pasien gangguan ginjal
h. Efek samping obat : gelisah, iritabilitas, insomnia, ansietas, tremor, agitasi, vertigo, sakit kepala.

3. Nama obat : Omeprazole

a. Klasifikassi obat : penghambat pompa proton/antisekresi
b. Dosis umum : 20mg
c. Dosi untuk pasien : 200mg/IV
d. Cara pemberian obat : Intra Vena
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : penghambat sekresi asam lambung ini diperlukan untuk menurunkan radang yang terjadi pada lambung dan memberikan kesempatan untuk proses penyembuhan pada ulkus yang terjadi di lambung.
f. Alasan pemberian obat : karena pasien diberikan obat aspilet yang dapat menyebabkan peradangan pada lambung sehingga diberikan omeprazole untuk mengatasi peradangan yang terjadi di lambung.
g. Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap obat ini
h. Efek samping obat : mual, diare, sakit kepala, nyeri perut, sering buang angin.

4. Nama obat : Flixotide

a. Klassifikasi obat : kortikosteroid
b. Dosis umum : 0.5mg/2ml
c. Dosis untuk pasien : 0,5mg
d. Cara pemberian obat : inhalasi
e. Mekanisme kerja obat : flixotide mengandung fluticasone propionate yaang merupakan obat yang digunakan untuk

membantu pencegahan asma berat pada dewasa maupun remaja. Flexotide juga digunakan untuk membantu pengobatan eksaserbasi akut pada asma (gejala sesak nafas, batuk, bising mengi, atau dada terasa tegang)

f. Kontraindikasi : hipersensitif
g. Efek samping obat : demam, flu, mual muntah.

5. Nama obat : Acetylcysteine (N-ACE)

a. Klasifikasi obat : Mukolitik
b. Dosis umum : 100-200mg
c. Dosis untuk pasien : 100mg
d. Cara pemberian obat : Inhalasi
e. Mekanisme pemberian obat : sebagai agen mulkolitik Acetylsteine bekerja dengan cara memecah serat asam mukopolisakarida yang membuat dahak lebih encer dan mengurangi adhesi lendir pada tenggorokan sehingga mempermudah pengeluaran lendir pada saat batuk
f. Kontraindikasi : riwayat alergi/hipersensitivitas.
g. Efek samping obat : mual, muntah.

6. Nama obat : Moxifloxacin

a. Klasifikasi obat : Antibiotik
b. Dosis umum : 400mg/250ml
c. Dosis untuk pasien : 400mg/250ml
d. Cara pemberian obat : IV
e. Mekanisme kerja obat : digunakan untuk mengobati mengobati infeksi bakteri. Antibiotik ini tidak akan bekerja untuk infeksi virus (seperti pilek, flu) penggunaan antibiotik yang tidak perlu atau berlebihan dapat menyebabkan efektivitasnya menurun
f. Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap komponen obat maupun antibiotik kuinolon lainnya.

g. Efek samping obat : gatal-gatal, mata nyeri, mata berair.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Dalam membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien Ny “M” dengan masalah “*Non Hemoragic Stroke”*di ruang lahan praktek RS Stella Maris Makassar khususnya di ruang ICU-ICCU. Dari pengamatan dan pelayanan praktek keperawatan yang penulis lakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 5 April sampai 8 April 2018. Kenyataannya sebagaian besar sesuai dengan teori tetapi 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

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung kepada wali dan keluarga pasien, pasien tidak dapat dikaji karena penurunan kesadaran. Hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung hasil CT-Scan kepala. Dari pengkajian yang dilakukan pada Ny.”M” diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit pada tanggal 04 April 2018 jam 21:45 dengan diagnosa medik kesadaran menurun. Saat pengkajian dilakukan pada tanggal 05 April 2018 jam 07:20 pasien Ny.”M” berumur 82 tahun dengan diagnosa *Non Hemoragic Stroke* ditemukan hasil pengamatan kelemahan pada sisi tubuh bagian sebelah kanan, kesadaran menurun dan batuk berlendir, keluarga mengatakan pasien dibawah ke RS karena pasien tiba-tiba kejang selama 3 jam dan kemuadian mengalami penurunan kesadaran. Setelah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala pada tanggal 05 April 2018 diperoleh hasil CT-Scan kepala Lanucar Infrak Serebri Dextra, dan pemeriksaan laboratorium WBC 14.4, NEUT%

97.3 NEUT# 11.5 dan mengalami penurunan HCT 38.10 dan LYM% 13.5 keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi lama. Dari data yang diperoleh melalui observasi TTV kesadaran umum pasien tampak sakit berat, kesadaran sopor (GCS 7), TD : 220/110mmHg, nadi 108x/menit kuat dan teratur pernafasan 16x/menit irama terartur.

Tanda dan gejala pada teori tidak semua didapatkan pada pasien, seperti mulut miring, salah satu tanda dan gejala Ny.”M” yaitu kelemahan pada salah satu sisi sebelah kanan atau hemiparese dextra. Hemiparese ini terjadi terjadi karena adanya kerusakan pada sel-sel otak yang dapat menyebabkan gangguan fungsi motorik. Pada pasien terjadi pada bagian otak sebelah kanan. Adanya kerusakan pada hemisfer kanan dapat menyebabkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas. Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko stroke yang dapat mengakibatkan stroke antara lain : yang tidak dapat diubah (predisposisi), yaitu : usia, jenis kelamin, , sedangkan yang dapat diubah yaitu (presipitasi), yaitu hipertensi, DM, penyakit jantung dan merokok, dan stress.

Pada kasus, faktor yang menjadi penyebab Ny.“M” mengalami stroke yaitu hipetensi. Hipertensi atau tekanan darah tinggi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang, dengan pengurangan aliran darah ke otak, maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati. Dengan demikian klasifikasi stroke pada Ny “M” yaitu *Non Hemoragik Stroke*, hal ini juga didukung karena adanya riwayat penyakit stroke sebelumnya. Dan yang ada di teori seperti mulut miring, faktor presipitasi seperti DM, stress dan penyakit jantung tidak ditemukan pada pasien.

B. Diagnosa keperawatan

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

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena, penulis mengangkat diagnosa ini dari pasien yaitu keadaan umum lemah, tampak pasien kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan, TD 220/110mmHg, hasil CT-Scan kepala menunjukkan adanya infark serebri dibagian kanan.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan, penulis mengangkat diagnosa ini didukung oleh data tampak pasien batuk berlendir hasil pemeriksaan darah WBC 14.4, NEUT% 79.3, NEUT# 11.5 dan pemeriksaan foto thorax menunjukkan pneumonia dextra.
3. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular, penulis mengangkat diagnosa ini karena didukung oleh data, tampak pasien kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan, tampak aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori yang tidak diangkat:

a. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, alasan penulis tidak mengangkat dignosa ini karena hampir semua pasien yang mengalami penurunan kesadaran mengalami defisit perawatan diri selain itu di diagnosa hambatan mobilitas fisik sudah ada intervensi bantuan perawatan diri untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri.
b. Gangguan menelan b/d kerusakan neuromuskular, alasan penulis tidak dapat mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak dapat di kaji kemampuan menelannya karena mengalami

penurunan kesadaranselain itu pasien sudah terpasang NGT dan pemenuhan nutrisinya sudah terpenuhi karena pasien di ICU jam makan sudah ditentukan oleh pihakrumah sakit.

c. Gangguan komunikasi verbal b/d efek dari kerusakan pada bicara pada hemisfer otak, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak dapat dikaji kemampuan dalam berbicara karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

C. Perencanaan keperawatan

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

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena. Dalam tinjauan teoritis terdapat 5 intervensi yaitu : pantau TTV, kaji tingkat kesadaran pasien dan orientasi pasien, monitor kekuatan pegangan, posisikan kepala 15-30 derajat dan kolaborasi obat-obatan untuk meningkatkan volume intravaskuler sesuai program.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan. Dalam tinjauan teoritis terdapat 7 intervensi yaitu ; monitor status pernafasan, posisikan untuk mengurangi sesak, kelola pengobatan aerosol sebagaimana mestinya, auskultasi suara nafas, tepuk dada dengan teratur dan cepat dengan telapak tangan yang di kuncupkan, lakukan suksion atau penghisapan lendir, informasikan keluarga teknik relaksasi sebagaimana mestinya

3. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular. Dalam tinjauan teoritis terdapat 6 intervensi yaitu : tempatkan matras atau kasur teraupetik dengan cara yang tepat, balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik, posisikan kepala dan leher lurus, lakukan ROM pasif pada ekstermintas yang terganggu, berikan kebersihan pribadi (memandikan, oral hygiene).

D. Pelaksanaan keperawatan

Pada implementasi keperawatan dilakukan pada Ny “M” penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis menemukan hambatan dalam pelaksanaan yaitu tidak ada keluarga/wali pasien saat dilakukan implementasi keperawatan, sehingga penulis kekurangan data subyektif. Namun, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan pasien, perawat ruangan dan juga didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 06-09 April 2018 pada pasien Ny “M” merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam evaluasi ini dilakukan selama 3x24 jam :

1. ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena. sampai hari ketiga perawatan masalah teratasi sebagian karena pasien menunjukkan kenaikan tingkat kesadaran (kualitatif) GCS 7 (sopor) menjadi GCS 9 (somnolens).

2. ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan. Sampai hari ketiga perawatan pasien masih batuk berlendir, dan auskultasi masih terdengar ronchi.
3. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular. Sampai hari ketiga perawatan masih belum teratasi dengan dibuktikan pasien masih kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan, uji kekuatan otot bagian kanan 0 dan kiri 4, aktivitas masih dibantu penuh oleh perawat.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny “M” dengan asuhan keperawatan *Non Hemoragic Stroke* di ruang perawatan *ICU-ICCU* Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis tertarik menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Pada Ny “M” dengan *Non Hemoragic Stroke* didadapatkan faktor terjadinya stroke usia 82 tahun, dan hipertensi yang dimana pada saat pasien masuk rumah sakit TD: 220/110mmHg. Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny “M” didapatkan pasien kelemahan pada sisi tubuh bagian kanan, tampak pasien lemah, kekuatan otot kanan: 0 kiri: 4, tampak pasien batuk berlendir, pernafasan 16x/menit tampak terpasang O^2 nasal kanul
2. Berdasarkan data pada saat pengkajian Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny “M” yaitu :
   a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena
   b. Ketidkefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan
   c. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler
3. Rencana keperawatan yang penulis susun disesuaikan dengan NIC:
   a. Ketidakefetifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena intervensi : Pantau tanda vital : suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan, kaji tingkat kesadaran pasien dan orientasi pasien, posisikan kepala 15-30 derajat, monitor kekuatan pegangan, berikan obat-obatan untuk meningkatkan volume intavaskuler sesuai program.

b. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan intervensi: Monitor status pernafasan sebagaimana mestinya, posisikan untuk meringankan sesak, kelola pengobatan aerosol sebagaimana mestinya, auskultasi suara nafas, tepuk dada dengan teratur dan cepat dengan telapak tangan yang di kuncupkan, lakukan suksion atau penghisapan lendir, informasikan keluarga teknik relaksasi sebagaimana mestinya.
c. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromukuler intervensi : Tempatkan matras atau yang bersih dan nyaman dengan cara yang tepat, balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik, pengaturan Posisi, posisikan kepala dan leher dengan lurus, lakukan ROM pasif pada ekstermitas yang terganggu, berikan pasien kebersihan pribadi (memandikan, oral hygiene).

4. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada pasien Ny “M” di peroleh hasil evaluasi dari masalah keperawatan yaitu :
   a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran vena atau arteri teratasi sebagian karena adanya peningkatan tingkat kesadaran (kualitatif) dari GCS 7 (sopor) ke GCS 9 (somnolens). Pasien stroke membutuhan perawatan yang lama, namun intervensi tetap di lanjutkan oleh perawat setempat
   b. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan belum teratasi karena pasien masih batuk berlendir dan auskultasi masih terdengar ronchi.
   c. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler masalah belum teratasi karena uji kekuatan otot pasien tidak mengalami perubahan dari hari pertama kekuatan otot kanan: 0 kiri:4

B. Saran

Mengacu pada manfaat penulisan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menyampaikan saran sebagai pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan kemajuan untuk rumah sakit, perawat, mahasiswa, pasien/keluarga dan pendidikan.

1. Perawat

   Mempertahankan asuhan keperawatan yang bermutu dan diharapkan selalu mengembangkan pengetahuan dengan mengikuti seminar, workshop, pelatihan tentang stroke sehingga keterampilan memberikan asuhan keperawatan yang baik khususnya perawatan pasien *Non Hemoragic Stroke*

2. Rumah Sakit

   Pihak RS diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan mutu pelayanan kearah pelayanan komperhensif dengan menyediakan media seperti penyuluhan mengenai penatalaksanaan dan perawatan penyakit *Non Hemoragic Stroke.*

3. Institusi

   Meningkatkan mutu pendidikan dalam rangka membina dan mengembangkan sumber daya peserta didik khususnya dalam penyusunan dalam memberikan mata kuliah khusus dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Sebaiknya kampus memperbanyak persediaan buku-buku perpustakaan yang terupadate yang membahas tentang *Non Hemoragic Stroke*.

4. Pasien/keluarga

   Penyakit *Non Hemoragic Stroke* dapat kambuh sewaktu-waktu. Hal ini dapat terjadi jika pasien tidak menghindari faktor-faktor resiko. Untuk itu dianjurkan kepada keluarga untuk mengawasi pola hidup dan pola makan pasien agar tidak terjadi serangan stroke dan memperhatikan obat pasien dan memastikan pasien meminum obat.

5. Mahasiswa

   Dalam penalaksaan praktik keperawatan hendaknya mengacu pada pelayanan yang kompherensif yang mencakup bio, psiko, sosial, spiritual.

DAFTAR PUSTAKA

Abd. Razak, dkk. (2014) **Anatomi Umum**. Makassar: Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

AktivasiOtak.com (2016) **Anatomi Fungsi Otak** http://www.aktivasiotak.com/anatomi-fungsi-otak-manusia/ di akses 1 Mei 2018

Depkes (2017) **Prensetasi Penyakit di Indonesia** www.depkes.go.id/pdf/ di akses 1 Mei 2018

Frans Azka Collection (2015) **Sirkulasi darah ke otak** http://www.azkacollection.net/sirkulasi-darah-ke-otak/ di akses 1 Mei 2018

Fransisca B, Batticaca, Muhammad Basri, Junaidi (2015). **Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan**. Jakarta: Salemba Medika.

Farmasiana (2015) **Acetylsteine Ace** http://www.farmasiana.com/acetylsteine-ace/n-ace/ di akses 1 Mei 2018

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

Lisa86. (2016) **Asuhan Keperawatan dengan *Non Hemoragic Stroke***. http://www.wordpress.com Diakses 21 April 2018

Medikus (2014) **Obat Aspilet** http://www.medikus.com/aspilet/ di akses 1 Mei 2018

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

Obat Info (2014) **Info Obat** http://www.obatinfo.com di akses 1 Mei 2018

Parida Harum, Rahayu Lulis (2017) **Hubungan karakteristik dan dukungan keluarga lansia dengan kejadia stroke pada lansia hipertenis di RS Haji Adam**

http://www.jurmatikvol3strokepadalansia.com di akses 20 April 2018

Priscilla Lemmone, Karen M. Burke, Geren Bauldoff. (2017). **Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Neurologi**. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Pusatsukses, The Royal Collage (2015) **Anatomi Otak Dan Fungsi Otak Manusia.** http://www.gelombangotak.co.id/anatomi-otak-fungsi-otak-manusia diakes tanggal 20 April 2018

Sheria Puspita Arum. (2015). **Stroke Kenali, Cegah, Dan Obati**. Yogyakarta: Notebook.

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

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

Wahyuna, Muhammad Saefulloh (2015) **Analisis Faktor yang berhubungan dengan Stroke di RSUD INDRAMAYU.**

http://www.jurnalfaktor-faktorpenyebabstroke.com di akses 20 April 2018

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Gregorius Ronaldo

NIM : E1514401024

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny.”M” dengan *Non Hemoragic Stroke* di Ruang Perawatan *ICU-ICCU* Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Mery Solon,Ns.,M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	Kamis, 05 April 2018	Pengambilan judul kasus		
2	Selasa, 10 April 2018	BAB III Pengkajian	Pola Gordon Analisa data Intervensi Implementasi Evaluasi	
3	Jumat, 20 April 2018	BAB III Pengkajian	Pengetikan Pola gordon Intervesi Implementasi	
4	Senin, 23 April 2018	BAB I BAB II	Pengetikan Latar belakang Tujuan Manfaat Sistematika penulisan	
5	Sabtu, 05 Mei 2018	BAB I BAB II BAB III	Pengetikan Latar Belakang Pola Gordon	

			Intervensi Implementasi	
6	Sabtu, 12 Mei 2018	BAB IV BAB V	Kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang di dapatkan dan perbaiki saran	
7	Senin, 21 Mei 2018	BAB I BAB II BAB III BAB IV BAB V	Pengetikan Latar belakang	
8	Rabu 31 Mei 2018	BAB I BAB II BAB III BAB IV BAB V	Pengetikan Perbaikan patoflowdiagram	