KARYA TULIS ILMIAH

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

DISUSUN OLEH:

INDAYANTI RANNU
E1514401026

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY."M" DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* DI RUANG PERAWATAN ICU/HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan
di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Indayanti Rannu

NIM : E1514401026

Disetujui Oleh:

Pembimbing

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

NIDN. 0913098201

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)

NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

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

Hari/Tanggal	: Selasa, 12-06-2018
Pukul	: 12.30-13.15 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes (.....)
2. Yunita Gabriela Madu S.Kep,Ns (.....)
3. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Indayanti Rannu
Tempat/Tanggal Lahir	: Toraja, 25 Februari 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen protestan
Alamat	: Jl. Maipa No.19

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Andarias Pori/ Yulianti Paembonan
Agama	: Kristen protestan
Pekerjaan	: Pensiun/IRT
Alamat	: Rantepao

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 018 Rambu saratu’	: Tahun 2003-2009
SMPN 1 Sesean	: Tahun 2009-2012
SMAN 1 Sesean	: Tahun 2012-2015
STIK Stella Maris	: Tahun 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul *"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "M" DENGAN NON HEMORAGIC STROKE (NHS) DI RUANG ICU/HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".*

Adapun maksud dan tujuan dari penyusun karya tulis ilmiah ini yaitu sebagian salah satu syarat untuk menyelesaikan program studi DIII Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini penulis telah mendapat banyak bimbingan dari berbagai pihak sehingga segala macam bentuk rintangan dan kesulitan yang ditemukan dapat diatasi dan dilalui dengan baik. Oleh karena itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar. Terima kasih atas bimbingan, petunjuk, ilmu yang diberikan kepada saya selama menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku ketua program studi DIII Keperawatan dan Pembimbing Akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
4. Fransiska Anita.Ns.M.Kep,Sp.KMB selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Dosen dan staf, kepala bagian RS, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
6. Dr. Thomas Soharto.M.Kes selaku Direktur RS Stella Maris Makassar yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan pengambilan kasus Karya Ilmiah.

7. Teristimewa kedua orang tua saya, Bapak Andarias Pori dan Yulianti Paembonan serta kakak, adik dan semua keluarga yang selalu mendukung saya hingga detik ini.
8. Ny “M” dan keluarganya, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
9. Teman-teman mahasiswa/i program DIII Keperawatan angkatan 2015 STIK Stella Maris Makassar.
10. Kepada teman terdekat Yogianto yang selalu memberi semangat
11. Kepada Teman-teman asrama khusunya kamar 4
12. Kepada semua pihak yang membantu dalam proses penulisan karya tulis ini.

Akhir kata harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha meningkatkan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi.

Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun, sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, Mei 2018

Indayanti Rannu

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Fisiologi Peredaran Darah Otak…… 11

Gambar 3.1 Genogram…… 37

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium..... 52

Tabel 3.2 Analisa Data..... 54

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan..... 58

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan..... 60

Tabel 3.5 Pelaksanaan Keperawatan..... 63

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan..... 86

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

LEMBAR PERSETUJUAN..... i

LEMBAR PENGESAHAN..... ii

DAFTAR RIWAYAT HIDUP..... iii

KATA PENGANTAR..... iv

DAFTAR ISI..... ix

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang..... 1

B.Tujuan Penulisan..... 4

C. Manfaat Penulisan..... 4

D. Metode Penulisan..... 5

E. Sistematika Penulisan..... 6

BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 7

A.Konsep Dasar Medis..... 7

1.Pengertian..... 7

2. Anatomi Fisiologi..... 8

3. Klasifikasi..... 13

4. Etiologi..... 13

5. Patofisiologi..... 16

6. Manifestasi Klinis..... 17

7. Tes Diagnostik..... 19

8. Penatalaksanaan Medis..... 20

9. Komplikasi..... 20

B. Konsep Dasar Keperawatan..... 21
1. Pengkajian..... 21
2. Diagnosa Keperawatan..... 23
3. Intervensi..... 23
4. Discharge Planning..... 29
C. Patoflowdiagram..... 30
BAB III TINJAUAN KASUS..... 33
A. Pengkajian..... 34
B. Analisa Data..... 54
C. Diagnosa Keperawatan..... 58
D. Perencanaan Keperawatan..... 59
E. Implementasi Keperawatan..... 62
F. Evaluasi..... 85
G. Daftar Obat..... 89
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 94
A. Pengkajian..... 94
B. Diagnosa Keperawatan..... 96
C. Perencanaan Keperawatan..... 97
D. Implementasi..... 98
E. Evaluasi..... 98
BABV PENUTUP..... 100
A. Simpulan..... 100
B. Saran..... 101
DAFTAR PUSTAKA

tinggi yaitu sekitar (8,2%) sedangkan pada daerah pedesaan sekitar (5,7%). Stroke termasuk dalam 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia pada tahun 2014, prevalensi kasus stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mill dan yang terdiagnosis memiliki gejala stroke sebesar 12,1 per mil. Prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Selatan (17,9%), penyakit stroke terdapat 31,4% kematian di Sulawesi Selatan. Berdasarkan data Kemenkes prevalensi penyakit stroke di kota Makassar sebesar 2,9%, terdapat 151 jiwa kematian akibat stroke di Makassar. Tercatat 50 juta orang mengalami kecacatan akibat stroke pada tahun 2015, yaitu sebesar 3,5% dari seluruh penderita cacat. (Kemenkes, 2015).

Data dari MRO RS. Stella Maris Makassar didapatkan kasus penderita stroke pada tahun 2015 berjumlah 250 orang yaitu dengan angka kecatatan berjumlah 216 orang dan angka kematian berjumlah 34 orang. Pada tahun 2016 berjumlah 161 orang dengan angka kecacatan berjumlah 134 orang dan jumlah angka kematian berjumlah 27 orang. Sedangkan pada tahun 2017 berjumlah 157 orang dengan jumlah angka kecacatan 138 orang dan jumlah angka kematian 19 orang. Berdasarkan data di atas walaupun menunjukkan penurunan namun tetap menjadi perhatian perawat dalam merawat pasien stroke terutama pada fase akut.

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.(Smeltzer, 2015).

Berdasarkan uraian diatas maka penyakit stroke merupakan kasus yang perlu mendapat perhatian khusus karena angka kecacatan, angka kematian serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan cukup tinggi. Dalam mengatasi berbagai permasalahan yang timbul pada pasien stroke, peran perawat sangat penting. Sebagai perawat pelaksana, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif. Peningkatan jumlah penderita, angka kecacatan yang tinggi, serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan juga cukup tinggi, hal ini menjadi masalah untuk kita semua terutama bagi dunia keperawatan, karena stroke masih menjadi masalah kesehatan yang perlu menjadi perhatian khusus, sehingga masalah kesehatan ini harus segera ditangani dengan serius. Berdasarkan data tersebut maka penulis tertarik untuk mengangkat diagnosa yang berjudul “ Asuhan Keperawatan dengan gangguan sistem saraf “Non Hemoragic Stroke” di ruang ICU/HCU, Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan harapan mampu menerapakan asuhan keperawatan yang efektif dan berkualitas.

B. Tujuan 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 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 didapat selama pendidikan khususnya merawat pasien *Non Hemoragic Stroke.*

D. Metode Penulisan

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

1. Studi kepustakaan

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

2. Studi Kasus

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

a. Observasi

Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

b. Wawancara

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

c. Pemeriksaan fisik

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

d. Diskusi

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

e. Dokumentasi

Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk hasil tes diagnostik

E. Sistematika Penulisan

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

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

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban manusia sudah semakin berkembang pesat disegala bidang kehidupan. Ilmu pengetahuan dan teknologi dewasa ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan masyarakat moderen. Kesibukan yang luar biasa terutama di kota besar membuat manusia terkadang lalai terhadap kesehatan tubuhnya. Pola makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja berlebihan serta konsumsi makanan cepat saji sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menimbulkan berbagai macam penyakit pembuluh darah dan penyakit non infeksi salah satunya adalah penyakit yang menyerang pembuluh darah otak yaitu stroke. (Basri, 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 (Pinzon, 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 yaitu sebesar (43,1%) pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2%. Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin laki-laki lebih tinggi yaitu sebesar (7,1%) dibandingkan dengan perempuan yaitu sebesar (6,8%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih

1. Anatomi Fisiologi
   a. Anatomi
      1) Sistem saraf pusat

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

         a. Otak besar (cerebrum)

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

            Pada otak besar terdapat beberapa lobus yaitu :

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

dan di atas fisura- fisura parietoksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.

b. Batang Otak

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

(1) Diensefalon, bagian otak paling atas terdapat di antara serebellum dan mesenfalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap ke samping. Fungsi dari dien sefalon yaitu vasoktriktor, respiratori, mengontrol kegiatan reflex, dan membantu kerja jantung.

(2) Mesenfalon, atap dari mesenfalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua di sebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.

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

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

c. Otak Kecil

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

d. Sistem limbik

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

2) Sistem saraf tepi/ perifer

a) Saraf somatik

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

b) Sistem saraf otonom

(1) Sistem saraf simpatis

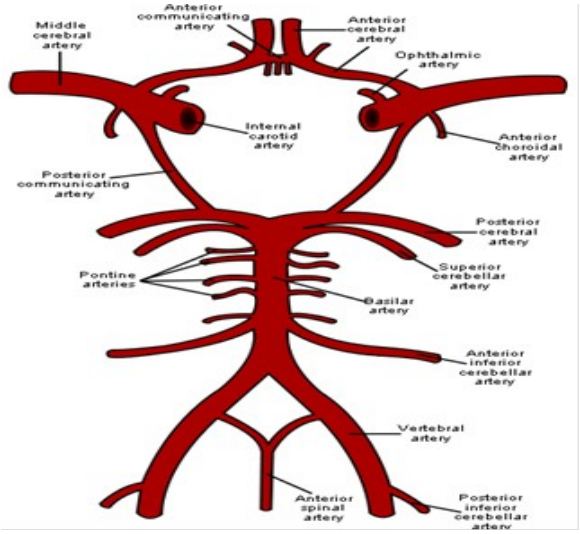
Fungsi dari sistem ini adalah : siap siaga untuk membantu proses kedaruratan, keadaan stres baik yang disebabkan oleh fisik maupun emosional yang dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada implus simpatis, sebagai akibatnya yaitu: Bronkiolus berdilatasi untuk pertukaran gas, kontraksi jantung yang kuat dan cepat, dilatasi arteri menuju jantung dan otot volunter yang membawah lebih

banyak darah. Kontraksi pembuluh darah perifer yang membuat kulit pada kaki dingin, dilatasi pada pupil, hati mengeluarkan glukosa untuk energi cepat, peristaltik makin lambat, rambut berdiri dan peningkatan keringat.

(2) Sistem saraf parasimpatis

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

b. Fisiologi peredaran darah otak



Sistem saraf pusat sangat bergantung pada aliran darah yang memadai untuk nutrisi dan pembuangan sisa-sisa makanan serta metabolisme. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjalin suplai darah yang kuat untuk sel.

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

a) Arteri karotis interna

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

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

b) Arteri vertebralis

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

2. Klasifikasi

a. *Stroke iskemik* atau penyumbatan

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

b. *Stroke hemoragic* atau pendarahan

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

3. Etiologi

Penyabab *Non Hemoragic Stroke* antara lain :

a. Faktor predisposisi
    1) Usia

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

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

       Jika salah satu dari keluarga pasien menderita stroke, maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke.
b. Faktor presipitasi
    1) Hipertensi

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

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

3) Diabetes melitus

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

4) Obesitas

Stroke terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL yang (*Low-Density Lipoprotein*) lebih tinggi dibandingkan kadar HDL (*High-Density Lipoprotein*)

5) Merokok

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

c. Dari kedua faktor di atas maka akan mengakibatkan :

1) Trombosis Serebral

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

a) Aterosklerosis

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

b) Hiperkoagulasi

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

2) Embolisme Serebral

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

3) Iskemia Serebral

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

4) Thromboemboli

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

4. Patofisiologi

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

dan akan mengakibatkan infark jaringan otak karena kurangnya nutrisi dan oksigen. Kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan edema berdasarkan perluasan yang mengalami infark yang luas sehingga menyebabkan herniasi otak. Ketika terjadi infark maka mekanisme kompensasi terjadi peningkatan TD untuk meningkatkan perfusi otak pada area iskemik, TD tidak akan terkontrol maka terjadi perdarahan, akibat dari perdarahan tersebut akan menekan batang otak dan parenkim otak sehingga akan menyebabkan terjadinya peningkatan TIK dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak.

5. Manifestasi klinis

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

a. Sementara timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Hal ini disebut Transient ischemic attack (TIA). Serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, memperberat atau malah menetap.
b. Sementara, namun lebih dari 24 jam. Gejala timbul lebih dari 24 jam dan ini disebut reversible ischemik neurologik defisit (RIND).
c. Gejala makin lama makin berat (progresif), Hal ini disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat yang disebut progressing stroke atau stroke involution.
d. Sudah menetap atau permanen

Tanda dan gejala stroke yang lain :

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

    Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi.
    1) Disartia (kesulitan bicara)

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

    Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensori, stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, kehilangan sensori.
e. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

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

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

6. Tes Diagnostik

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

a. Angiografi serebri

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

b. Lumbal fungsi

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

c. CT Scan

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

d. Magnetik Imaging Resonance (MRI)

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

e. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

f. EEG

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

g. Pemeriksaan darah rutin dan kimia darah.

7. Penatalaksanaan Medis

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

a. Naikkan posisi kepala dan badan bagian atas setinggi 20-30^{o}
b. Hindarkan pemberian cairan intravena yang berisi glukosa atau cairan hipotonik.
c. Pengobatan konservatif :
   1) Terapi Trombotik
      Cara kerja: mengencerkan bekuan darah yang menghambat aliran darah.
   2) Antikoagulan: Heparin
      Untuk mencegah terjadinya bekuan darah embolisasi thrombus.
   3) Antihipertensi: Catropil, antagonis kalsium.
   4)

8. Komplikasi

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

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

c. Pneumonia

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

d. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

e. Depresi dan kecemasan

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

f. Peningkatan TIK

Tekanan intrakranial merupakan kumpulan sejumlah volume darah intrakranial dan cairan *serebrospinal* didalam tengkorak.

A. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

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

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

b. Pola nutrisi metabolik

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

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

c. Pola eliminasi

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

d. Pola aktivitas dan latihan

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

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

e. Pola tidur dan istirahat

DS: Susah untuk beristirahat

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

f. Pola persepsi kognitif

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

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

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS: Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

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

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

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

DS: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DO: Ketidak adanya gairah seksual

DS: Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual

j. Pola mekanisme stres dan koping

DS: Perasaan tidak berdaya

DO: Emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. Diagnosa keperawatan

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

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

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

d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia

e. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran.

3. Intervensi dan Rasional

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

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

Intervensi:

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

b. Hambatan mobilitas fisik berubungan dengan gangguan neuromuskuler

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

Intervensi:

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

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

8) Latih keluarga untuk melakukan ROM aktif/ pasif

R/ Untuk mencegah adanya kontraktur.

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

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

Intervensi:

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

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

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

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

3) Pantau tingkat kekuatan dan toleransi terhadap aktifitas

R/ Membantu dalam melakukan tindakan yang tepat bagi pasien.

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

R/ Pasien akan dapat melihat untuk memakan makanannya.

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

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

6) Konsultasi ke dokter terapi okupasi

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

   Tujuan: Mengindikasikan pemahaman tentang masalah komunikasi.

   Intervensi:

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

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

   2) Perhatikan kesalahan dalam komunikasi dan berikan umpan balik.

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

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

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

4) Berikan metode komunikasi alternatif, seperti menulis di papan tulis, gambar. Berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan).
   R/ Memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan atau defisit yang mendasarinya.
5) Anjurkan pengunjung atau orang terdekat mempertahakan usahanya untuk berkomunikasi dengan pasien, seperti membaca surat, diskusi tantang hal-hal yang terjadi pada keluarga.
   R/ Isolasi sosial pasien dan meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.
6) Konsultasi / rujuk kepada ahli terapi wicara
   R/ Pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensori, motorik dan kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kekurangan atau kebutuhan terapi.

e. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neorumuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran.
   Tujuan: Untuk mempertahankan berat badan yang di inginkan
   Intervensi:
   1) Kaji kemampuan menelan
      R/ mengetahui adanya kelemahan nervus vagus sehingga menggangu fungsi menelan
   2) Berikan makanan lunak dalam versi kecil sering dalam keadaan hangat
      R/ mempermudah proses pencernaan dan merangsang nafsu makan
   3) Monitor dan mencatat porsi makanan yang dihabiskan pasien
      R/ mengetahui intake nutrisi apakah adekuat atau tidak
   4) Anjurkan keluarga memberi makan yang tinggi serat

R/ makanan tinggi serat akan memperlancar proses penyerapan sehingga tidak terjadi konstipasi

5) Kolaborasi dengan bagian gizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

R/ mempercepat proses penyembuhan

6) Kolaborasi, lakukan latihan menelan dengan bantuan fisioterapi

R/ Meningkatkan kemampuan menelan pasien secara bertahap.

4. Discharge planning

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

a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diit rendah garam dan mengurangi makanan yang manis-manis.
c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
d. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
e. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.
f. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan
g. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian Stroke

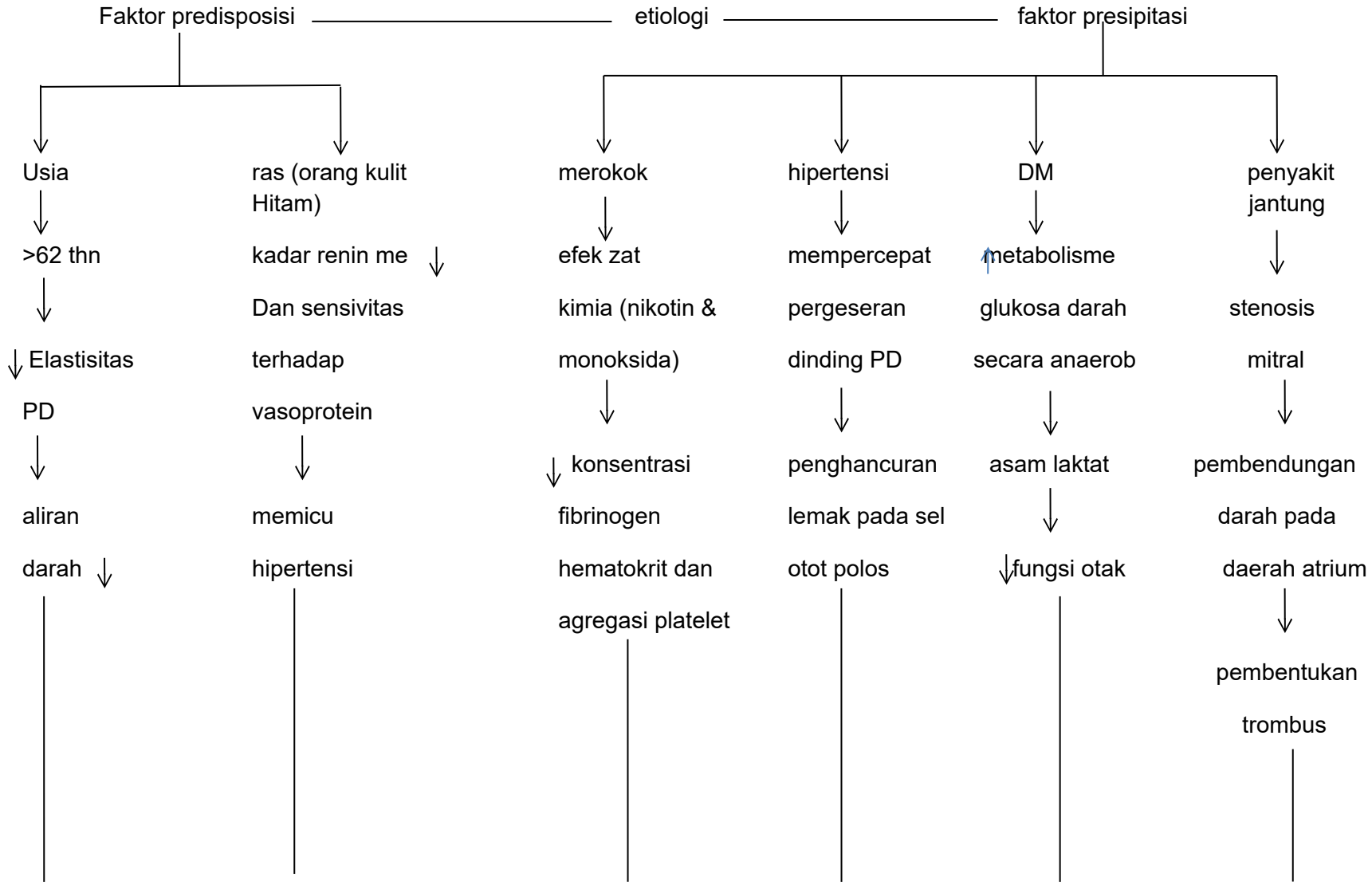
Stroke atau *cerebro vascular Accident (CVA),* merupakan gangguan sistem saraf pusat yang paling sering ditemukan dan merupakan penyebab utama gangguan aktivitas fugsional pada orang dewasa. Masalah-masalah yang ditimbulkan oleh stroke bagi kehidupan manusia pun sangat kompleks. Adanya gangguan-gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan sensasi dan gangguan refleks gerak akan menurunkan kemampuan aktivitas fungsional individu sehari-hari. (Brunner, 2013).

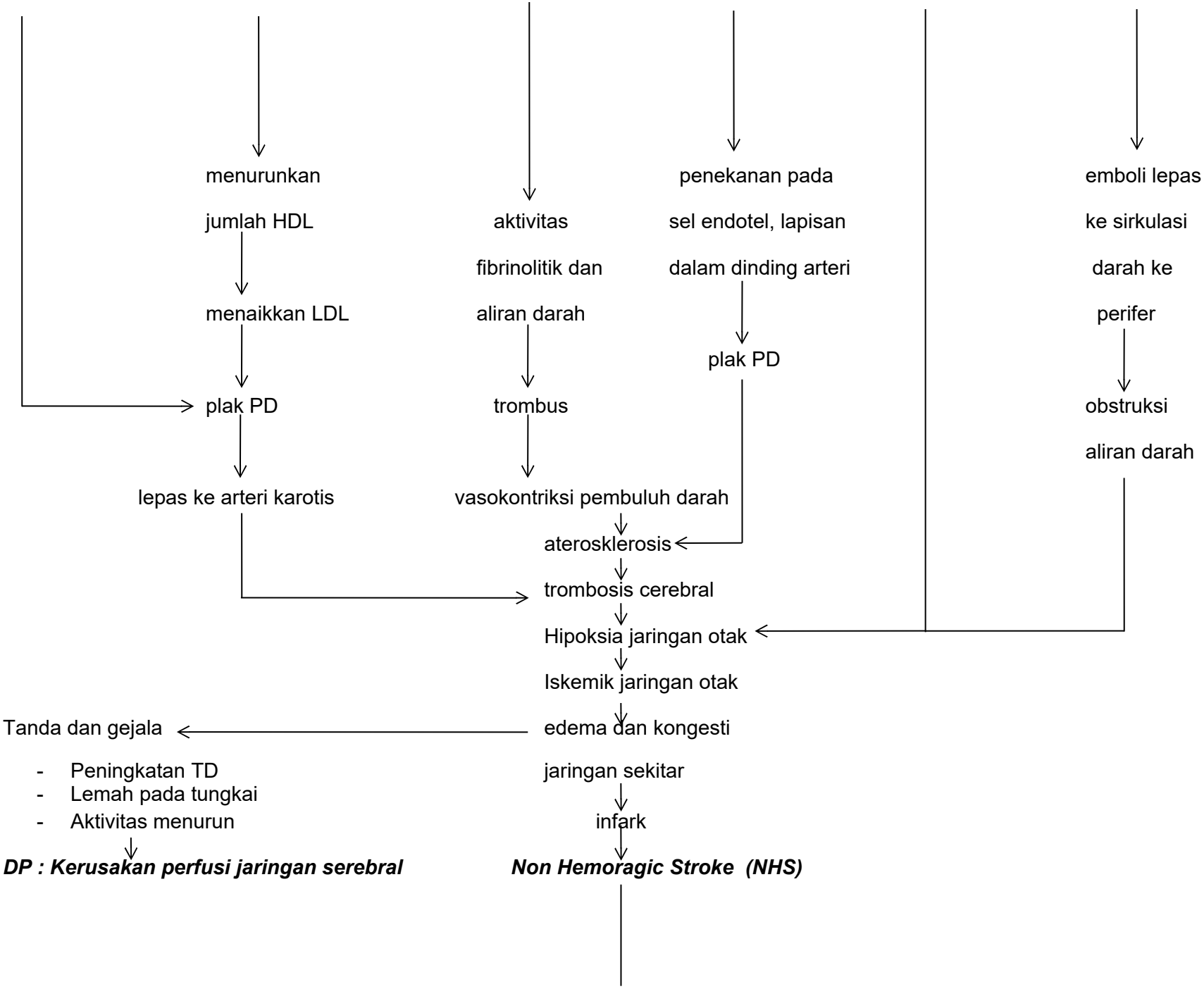
Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik secara cepat dalam beberapa jam dengan gejala atau tanda-tanda sesuai dengan daerah yang terganggu. (Iyan, 2013)

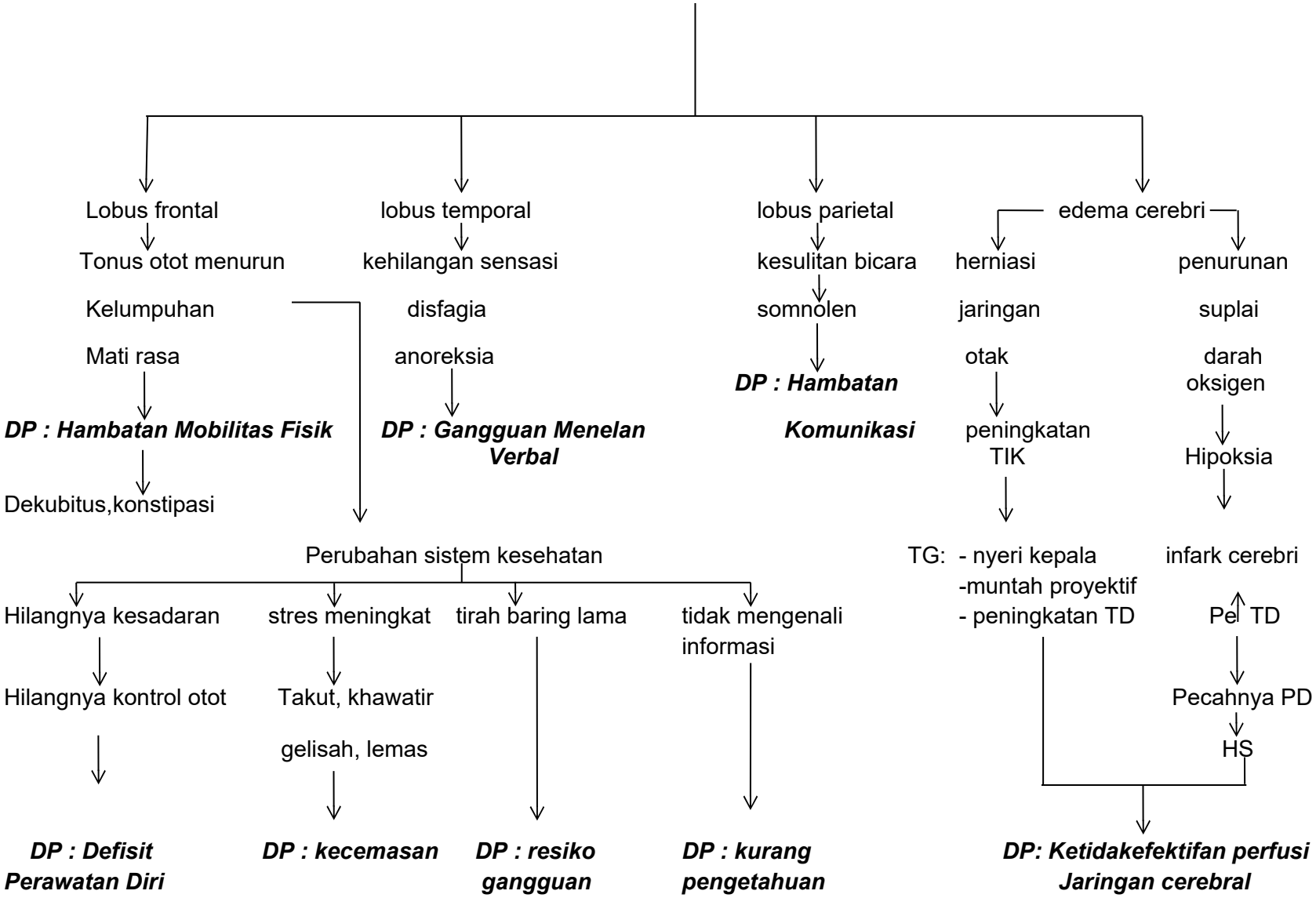
Stroke adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat akibat adanya sumbatan *(ischemic stroke)* atau pendarahan *(haemorrhagic stroke)* (Arum, 2015)

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

C. PATOFLOWDIAGRAM




menurunkan
jumlah HDL
menaikkan LDL
plak PD
lepas ke arteri karotis
aktivitas
fibrinolitik dan
aliran darah
trombus
vasokontriksi pembuluh darah
penekanan pada
sel endotel, lapisan
dalam dinding arteri
plak PD
emboli lepas
ke sirkulasi
darah ke
perifer
obstruksi
aliran darah
aterosklerosis
trombosis cerebral
Hipoksia jaringan otak
Iskemik jaringan otak
edema dan kongesti
jaringan sekitar
infark
Non Hemoragic Stroke (NHS)
Tanda dan gejala
- Peningkatan TD
- Lemah pada tungkai
- Aktivitas menurun
DP : Kerusakan perfusi jaringan serebral


Lobus frontal
Tonus otot menurun
Kelumpuhan
Mati rasa
DP : Hambatan Mobilitas Fisik
Dekubitus,konstipasi
lobus temporal
kehilangan sensasi
disfagia
anoreksia
DP : Gangguan Menelan Verbal
lobus parietal
kesulitan bicara
somnolen
DP : Hambatan Komunikasi
edema cerebri
herniasi
jaringan otak
peningkatan TIK
penurunan suplai darah oksigen
Hipoksia
infark cerebri
Perubahan sistem kesehatan
Hilangnya kesadaran
Hilangnya kontrol otot
DP : Defisit Perawatan Diri
stres meningkat
Takut, khawatir
gelisah, lemas
DP : kecemasan
tirah baring lama
DP : resiko gangguan
tidak mengenali informasi
DP : kurang pengetahuan
TG: - nyeri kepala
-muntah proyektif
- peningkatan TD
Pe TD
Pecahnya PD
HS
DP: Ketidakefektifan perfusi Jaringan cerebral

A. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Indayanti rannu NIM :E1514401026

Unit :ICU
Kamar :HCU
Tgl. Masuk RS : 29 Maret 2018
Tgl. Pengkajian : 05 April 2018

Alloanamnese : -
Autoanamnese : √

I. Identitas

a. Pasien

Nama initial	:	Ny.“M”
Umur	:	62 Tahun
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Status Perkawinan	:	Kawin
Jumlah Anak	:	4
Agama/Suku	:	Kristen Protestan / Mamasa
Warga Negara	:	Indonesia
Bahasa yang digunakan	:	Indonesia
Pendidikan	:	SMP
Pekerjaan	:	IRT
Alamat Rumah	:	Jl. Sukaria II No 22

b. Penanggung Jawab

Nama	:	Tn.“E”
Umur	:	43 Tahun
Alamat	:	Jl. Sukaria II No 22
Hubungan dengan pasien	:	Anak

II. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : *Non Hemoragic Stroke* + Diabetes Melitus

Saat Pengkajian : *Non Hemoragic Stroke*

III. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

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

Alasan: Tampak keadaan umum pasien lemah, tampak terpasang O2 nasal kanul 3 liter/mnt, tampak pasien terpasang NGT, tampak pasien terpasang infus Rl 500 ml (28 tetes/menit), tampak pasien terpasang kateter

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Somnolens

Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 4

b) Respon bicara : 4

c) Respon membuka mata : 2

\+

Jumlah : 10

Kesimpulan : Pasien tidak coma

2)Tekanan darah : 160 /90 mmHg

MAP : 113 mmHg

Kesimpulan : Perfusi Ginjal Memadai

3)Suhu: 38 °C di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4)Pernapasan : 22 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5)Nadi : 100 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Tachicardi ☐ Bradichardi

Jenis : ☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1)Lingkar lengan atas : 29 cm

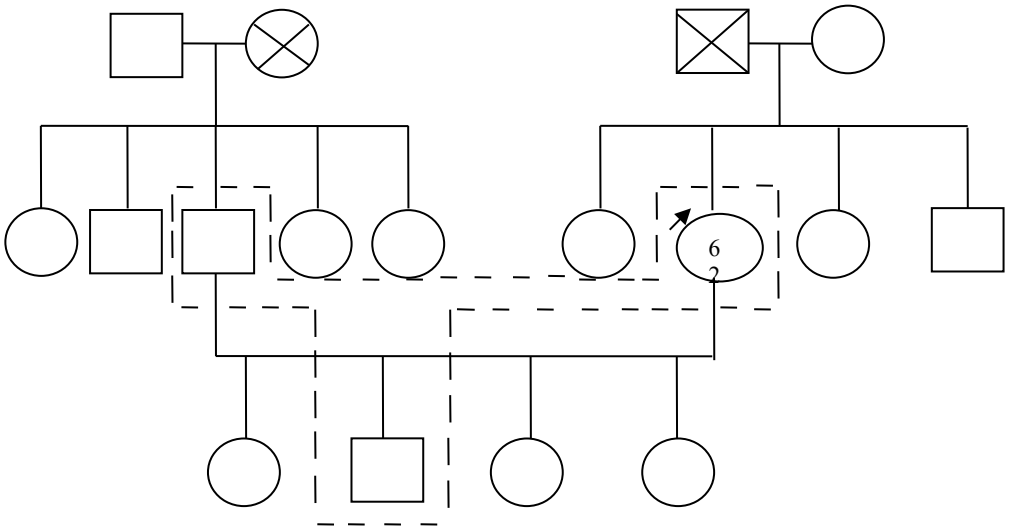
2)Tinggi badan : 150 cm

3)Berat badan : 65 kg

4)IMT (Indeks Massa Tubuh) : 28,8kg/m^2

Kesimpulan : Berat badan berlebih

d. Genogram



Keterangan :

: Pria

: Wanita

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

IV. Pengkajian Pola Kesehatan

A. Pola Presepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting, Keluarga pasien mengatakan pasien jarang berolahraga dan suka mengkonsumsi makanan yang manis seperti teh hangat manis dan kue basah, Keluarga pasien mengatakan pasien sering check-Up ke dokter untuk memeriksa gula

darah, Keluarga pasien mengatakan pasien tidak minum obat DM, dan pasien hanya dianjurkan oleh dokter untuk menjaga pola makan.

2. Riwayat penyakit saat ini :

a. Keluhan Utama :

Lemah badan sebelah kanan

b. Riwayat keluhan utama :

Lemah badan sebelah kanan dialami sejak 5 hari yang lalu karena pasien jatuh dari tempat tidur. Kemudian, keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris Makassar pada tanggal 29-03-2018. Pasien dirawat di ruang BIIIA selama 2 hari dengan keluhan lemah badan sebelah kanan disertai dengan nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan apabila sendi digerakkan, nyeri skala 5. Lalu pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran, kemudian, pasien dipindahkan ke ruang ICU. Pada saat pengkajian tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur dan pasien masih mengalami penurunan kesadaran, kesan hemiparese dextra.

c. Riwayat Penyakit yang pernah dialami:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien memiliki riwayat DM sejak 5 tahun yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami operasi katarak sejak 1 tahun yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien sering Check-Up ke Dokter.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Keluarga pasien mengatakan keluarga memiliki riwayat penyakit hipertensi.

e. Pemeriksaan Fisik :

a) Kebersihan rambut : Tampak rambut berminyak dan beruban.

b) Kulit kepala : Tampak kulit kepala kotor dan berketombe.

c) Kebersihan kulit : Tampak kulit kering dan bersisik

d) Hygiene rongga mulut : Mulut kotor, mukosa bibir tampak kering.

e) Kebersihan genetalia : Alat kelamin luar tampak bersih

f) Kebersihan anus : Tampak bersih

B. Pola Nutrisi dan Metabolik

1. Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari, makanan seperti nasi merah, sayur, ikan namun, pasien juga sering mengkonsumsi teh manis setiap pagi hari, dan kue basah 3-4x seminggu. Keluarga pasien mengatakan pasien dibatasi mengkonsumsi nasi putih karena penyakit DM, keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien minum air putih dalam sehari sekitar 6-7 gelas / hari.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya makan melalui NGT 3x1 (± 600 cc / hari) dengan diet rendah kalori dan minum air putih + susu 5x1 (± 650 cc / hari) dengan menggunakan NGT, Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus.

3. Observasi

   Tampak pasien makan bubur cair melalui NGT 3x1 (± 600 cc / hari). Tampak pasien minum air putih + susu melalui NGT 5x1 (±650cc / hari). Tampak glukosa darah pasien

belum stabil: GDS jam 08.00=89, jam 12.00=137, jam 19.00=211, jam 22.00=155.

4. Pemeriksaan Fisik :
   1. Keadaan rambut : Tampak rambut beruban, berminyak.
   2. Hidrasi kulit : Hidrasi kulit kembali >3 detik.
   3. Palpebra, conjungtiva : Tidak edema, Tampak anemis
   4. Sclera : Tidak ikterik.
   5. Hidung : Tampak bersih, Septum terletak ditengah.
   6. Rongga mulut : Tampak kotor Gusi : Tampak tidak ada lesi
   7. Gigi :Tampak karang gigi dan gigi berwarna kuning
      Gigi palsu : Tampak tidak ada
   8. Kemampuan mengunyah keras : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu mengunyah.
   9. Lidah : Tampak kotor.
   10. Pharing : Tidak ada peradangan.
   11. Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran / massa.
   12. Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran / massa
   13. Abdomen :
       a. Inspeksi : Bentuk simetris, perut tampak datar, tampak tidak ada bayangan vena.
       b. Auskultasi : Peristaltic usus 8 x/menit
       c. Palpasi : Tidak ada massa / benjolan, turgor kulit perut >3 detik.
       d. Perkusi : Tympani
   14. Kulit
       a. Edema ☐ Positif ☑ Negatif
       b. Icterik : ☐ Positif ☑ Negatif
       c. Tanda-tanda radang : Tidak ada
   15. Lesi : Tampak tidak ada lesi.

C. Pola Eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari, frekuensi padat, berwarna coklat, dan urine berwarna kuning, ± 6-10x / hari, keluarga pasien mengatakan pasien sering berkemih pada malam hari (frekuensi tidak dapat dihitung berapa kali).

2. Keadaan sejak sakit:

   Keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari, frekuensi lunak, dan berwarna kuning kecoklatan, pasien BAB menggunakan pampers sedangkan BAK pasien menggunakan kateter, keluarga mengatakan pasien menggunakan kateter karena sejak awal pasien masuk di ruang ICU dengan kondisi kesadaran menurun.

3. Observasi

   Tampak pasien menggunakan kateter, urine (± 300 cc / 8 jam).

   CM / 8 Jam: AP = 150 cc
   Susu = 200 cc
   Infus = 500 cc

   CK / 8 Jam: Urine =300 cc

   CM – (CK + IWL)
   850 – (300 + 975)
   850 – (1275)= - 425 cc

4. Pemeriksaan Fisik:

   a) Peristaltik usus : 8 x/mnt
   b) Palpasi kandung kemih : [ ] Penuh [√] Kosong
   c) Nyeri ketuk ginjal : [ ] Positif [√] Negatif
   d) Mulut uretra : Tampak bersih
   e) Anus : Tampak bersih
      (a) Peradangan : Tampak tidak ada peradangan

(b) Hemoroid : Tampak tidak ada hemoroid

(c) Fistula : Tidak dikaji

D. Pola Aktivitas dan Latihan

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering melakukan aktivitas di rumah seperti memasak, mencuci piring / pakaian serta menjaga cucunya di rumah, keluarga pasien mengatakan pasien sering mengikuti ibadah rumah tangga.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada sebelah kanan sejak 5 hari yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan, Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak 2 hari yang lalu, s semua aktivitas pasien seperti mandi, makan dan memakai baju dilakukan ditempat tidur dengan bantuan perawat dan keluarga.

3.Observasi :

Pasien tampak bedrest.

a) Aktivitas harian :

- Makan : 4
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 4
- Buang air kecil : 4
- Mobilisasi di tempat tidur : 2

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

b) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien bedrest

c) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien bedrest

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f)Tracheostomi : Tidak ada

4. Pemeriksaan fisik :

a) Tekanan darah

Berbaring : 160 / 90 mmHg

Duduk : - mmHg

Berdiri : - mmHg

Kesimpulan : Hipotensi Ortostatik [-] Positif [-] Negatif

b) HR :100 x / menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tampak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5 -2 cmH_2O.

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali >3 detik.

f) Thorax dan pernapasan

Inspeksi :

Bentuk thorax : simetris

Retraksi interkostal : Tampak tidak ada.

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak terdengar

Palpasi :

Vocal premitus : Tidak dikaji karena pasien somnolens

Krepitasi : Tidak ada

Perkusi :

[√] Sonor [ ] Redup [ ] Pekak

Lokasi : Seluruh lapang paru bagian atas

Auskultasi :

Suara napas : Vesicular

Suara ucapan : Tidak dikaji karena pasien somnolens

Suara tambahan : Tampak tidak ada suara tambahan

Jantung

Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS V linea mid clavicularis sinitra.

Perkusi :

Batas atas jantung :ICS II linea mid sternalis sinistra

Batas bawah jantung :ICS V linea midklavikularis sinistra.

Batas kanan jantung : ICS III linea sternalis dextra

Batas kiri jantung :ICS V linea midklavikularis sinistra

Auskultasi :

Bunyi jantung IIA :Tunggal, ICS II linea sternalis dextra.

Bunyi jantung IIP :Tunggal, ICS II linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung IT :Tunggal, ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IM :Tunggal, ICS V linea midclavikularis sinistra.

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar.

Murmur : Tidak terdengar.

Bruit : Aorta : Tidak terdengar

A.Renalis : Tidak terdengar

A.Femoralis : Tidak terdengar

g) Lengan dan Tungkai :

Atrofi otot : [ ] Positif [√] Negatif

Rentang gerak: Pasien dapat menggerakkan lengan dan tungkai sebelah kiri.

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan.

Fraktur: Tidak ada

Parese: tangan kanan dan kaki kanan

Uji kekuatan otot :

	kanan	kiri
Tangan	parese	5
Kaki	parese	5

Keterangan : Kesan hemiparese dextra

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan.

Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh.

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Refleks fisiologi : Tidak dikaji

Refleks patologi : Tidak dikaji

Babinsky Kiri : [√] Positif [ ] Negatif

Kanan : [ ] Positif [√] Negatif

Clubing jari-jari : Tidak tampak

Varises tungkai : Tidak tampak

h) Columna vertebralis :

[-] [-] [-]

Inspeksi : Lordosis Kiposis Skoliosis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada

E. Pola Tidur dan Istirahat

1.Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidur pada malam hari sekitar 7-8 jam, keluarga pasien mengatakan sebelum tidur pasien nonton TV, Keluarga pasien mengatakan pasien tidur siang sekitar 1-2 jam, Keluarga pasien mengatakan di rumah menggunakan kipas angin.

2. Sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya tertidur terus dan tidak bisa diajak berkomunikasi.

3.Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk	:	√ Positif		Negatif
Banyak menguap	:		√	Negatif
Palpebra inferior berwarna gelap			√	Negatif

F. Pola Persepsi Kognitif

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien menggunakan kacamata karena penglihatannya kabur, keluarga pasien mengatakan pasien masih memiliki daya ingat yang baik dan mudah dalam mempelajari sesuatu.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien mampu membuka matanya namun pasien tidak mampu berbicara.

3. Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan kacamata, tampak pasien menggunakan NGT, tampak pasien membuka mata apabila diberi respon nyeri.

4. Pemeriksaan fisik :

1). Penglihatan

a. Cornea : Tampak Jernih
b. Pupil : Tampak isokor
c. Lensa mata : Tampak jernih
d. Tekanan intra okuler (TIO) : Tekanan intra okuler mata kiri dan kanan sama

2). Pendengaran

Pina : Simetris antara kiri dan kanan
Kanalis : Bersih, tidak tampak serumen
Membran timpani : Tampak utuh

3). Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :
Lengan dan tungkai bagian kanan sulit digerakkan

G. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah pribadi yang baik dan ramah dengan orang-orang dilingkungan sekitarnya, keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang IRT dan berperan aktif dalam kegiatan – kegiatan di gereja dan masyarakat, keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah putus asa dengan penyakit yang pernah dialami.

2. Keadaan sejak sakit :

Tidak dikaji karena pasien somnolens

3. Observasi :

a) Kontak mata : Tampak mata pasien tidak tertuju pada perawat

b) Rentang perhatian : Perhatian kurang, pasien mudah tidur saat diajak bicara

c) Suara dan cara bicara : Tidak dikaji karena pasien somnolens.

d) Postur tubuh : Tidak di kaji, tampak pasien bedrest

4. Pemeriksaan Fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

b) Bentuk / postur tubuh : Tampak normal

c) Kulit : kering dan bersisik.

H. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tinggal bersama dengan anak dan cucunya, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki hubungan yang baik dengan orang dilingkungan sekitarnya.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat berinteraksi dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya karena kondisi fisik pasian lemah, keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah dalam keluarga dan keluarga pasien mengatakan bahwa mereka sangat berharap semoga pasien cepat sembuh dari penyakitnya dan berkumpul kembali bersama keluarga.

3. Observasi :

   Tampak pasien dijenguk oleh keluarga dan teman-temannya apabila jam besuk.

I. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga pasien mengatakan pasien berumur 62 tahun dan memiliki 4 orang anak, keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dalam gangguan reproduksi, pasien sudah menopause.

2. Keaadan sejak sakit:

   Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa membersihkan alat reproduksinya tanpa bantuan perawat.

3.Observasi:

   Tampak tidak ada kelainan.

4.Pemeriksaan fisik :

   Tidak dikaji karena tidak ada masalah yang ditemukan seperti Bartholinitis (penyakit kelamin).

J. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

1. Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga pasien mengatakan pasien kadang–kadang marah jika ada keluarga yang membuat kesalahan, keluarga pasien mengatakan jika ada masalah yang tidak bisa ia selesaikan maka pasien meminta bantuan kepada suami atau saudara kandungnya.

2. Keadaan sejak sakit :

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

3.Observasi :

   Tampak pasien bedrest dengan kelemahan tubuh bagian sebelah kanan, tampak pasien gelisah dan meringis kesakitan.

K. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga pasien mengatakan pasien beragama kristen protestan, keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien rajin mengikuti kegiatan di gereja dan beribadah.

2.Keadaan sejak sakit :

   Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa mengikuti kegiatan-kegiatan di rumah atau di gereja.

3.Observasi :

   Tampak pasien selalu didoakan oleh keluarga.

V. UJI SARAF KRANIAL

a. N I: Tidak dikaji karena pasien somnolens

b. N II : Tidak dikaji karena pasien somnolens

c. N III, IV, VI :Tidak dikaji,refleks pupil terhadap cahaya +/+

d. N V :

Sensorik : Tidak dikaji karena pasien somnolens

Motorik : Tidak dikaji karena pasien somnolens

e.N VII :

Sensorik : Tidak dikaji karena pasien somnolens

Motorik :Tampak wajah pasien simetris jika meringis apabila diberi rangsangan nyeri

f. N VIII :

Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien mengalami lemah badan sebelah kanan.

Akustikus :Tampak pasien mampu mendengar pada kedua telinga namun, tidak dapat dikaji lebih lanjut untuk memastikan keseimbangan pendengaran kedua telinga karena pasien somnolens.

g.N IX :Tampak tidak ada peradangan, Tampak pasien menggunakan NGT.

h.N X :Tampak pasien mampu menggerakkan kepala kekiri dan kekanan

i.N XI : Tidak dikaji karena pasien somnolens

j.N XII : Tidak dikaji karena pasien somnolen

VI. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Hasil CT- Scan : INFARKS CEREBRI DEXTRA

PROSES ATROFI CEREBRI.

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Nama : Ny “M”

Umur : 62 Tahun

Tipe/sampel : Blood

Pemeriksaan	Hasil	Flags	satuan	Nilai Normal
RBC	3.8	-	10^6/uL	[4.7 --- 10.8]
HGB	10.7	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	30.40	-	%	[42 --- 52]
PDW	13.2	+	fL	[9 --- 13]
P-LCR	29.5	+	%	[15 --- 25]
NEUT%	91.6	+	%	[40 --- 74]
LYM%	5.4	-	%	[19 --- 48]
MXD%	3.0	-	%	[4 --- 18]
NEUT#	9.0	+	10^3/uL	[1.5 --- 7]
LTM#	0.5	-	10^3/uL	[1 --- 3.7]

VII. THERAPI

Infus RL 500 CC/8 Jam (20 tetes/menit)

Novorapid 8 unit / 8 jam / subcutan

Lantus 12 unit / 24 jam / subcutan

Mecobalamin 1 tab / 12 jam / oral

Ceftriaxone 1 gr / 12 jam / IV

Omeprazole 1 tab / 24 jam / oral

Ondansentron 1 tab / 12 jam /oral

Zyfort 1 amp / 24 jam / IV (drips)

Neurodex 1 tab / 24 jam / oral.

Paracetamol 1 tab / 12 jam /oral.

ANALISA DATA

Nama / Umur : Ny “M”/62 Tahun

Unit / Ruangan : ICU/HCU

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada bagian badan sebelah kanan dan susah digerakkan - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak 2 hari yang lalu. DO : - Tampak kesadaran pasien somnolens - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak badan sebelah kanan pasien sulit digerakkan - GCS: 10 - Hasil CT-Scan : INFARKS CEREBRI DEXTRA PROSES ATROFI	Gangguan aliran arteri atau vena	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

	CEREBRI - Hasil TTV : TD : 160/90 mmHg N : 100 x/menit S : 38^0C P : 22 x/menit		
2	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengkonsumsi makanan yang manis seperti teh hangat manis dan kue basah. - Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus. DO : - Tampak pasien gelisah dan meringis kesakitan - Tampak IMT 28,8 kg/m2 - Tampak gula darah pasien belum stabil GDS jam 08.00=89, GDS jam 12.00=137, GDS jam 19.00=211 dan GDS jam 22.00=155. - Tampak mukosa bibir pasien kering - Tampak kulit pasien kering dan bersisik - CRT > 3 detik - Tampak pasien minum air putih+susu melalui	Faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manejemen DM	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

	NGT 5x1 (±650cc/hari) - Tampak balance cairan: CM / 8 Jam: AP=150cc Susu=200cc Infus=500cc CK / 8 Jam: Urine=300cc CM-(CK+IWL) 850-(300+975) 850-(1275)=-425cc		
3.	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami lemah badan sebelah kanan - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu melakukan aktifitas DO : - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak kaki kanan dan tangan kanan pasien sulit digerakkan - Tampak kebutuhan pasien dibantu total oleh alat, perawat dan keluarga - Uji kekuatan otot : Kesan : Hemiparese Dextra	Gangguan Neuromuskular	Hambatan mobilitas fisik

	- Aktifitas harian : Makan : 4 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 BAK : 4 BAB : 4 Mobilisasi ditempat tidur : 2 - Tampak hemiparese dextra - Hasil CT-Scan Infarks Cerebri Dextra Proses Atrofi Cerebri - Tampak pemeriksaan fisik: Kebersihan rambut tampak berminyak dan beruban, Tampak kulit kepala kotor dan berketombe, Tampak kulit kering dan bersisik, Tampak mulut kotor dan mukosa bibir kering.		

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/ Umur :Ny “M”/ 62 Tahun

Unit/ Kamar :HCU

NO. DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN
I	Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri atau vena
II	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manejemen DM
III	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

IMPLEMENTASI

Nama / Umur : Ny “M” / 62 Tahun

Unit / Ruangan : ICU / HCU

Hari / Tgl	Jam	No DX	Implementasi	Perawat
Jumat 06/04/2018	06.00	II	Mengganti cairan H/: RL 500 cc (20 tetes/ menit)	Perawat
		II	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: GDS = 158	Perawat
	07.00	I, II	Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat dan insulin H/: - Novorapid 8 unit/ 8 jam/ Sc - Omeprazole 1 tab/ 24 jam/ oral - Mecobalamin 1 tab/ 12 jam/ oral - Ondansentron 1 tab/ 12 jam/ oral - PCT 1 tab/ 12 jam/ oral	Perawat
		I	Mengkaji tingkat kesadaran pasien H/ : - Tampak KU pasien lemah - Tampak pasien mudah tertidur saat diajak bicara - GCS 10 (somnolens) - Tampak badan sebelah kanan pasien sulit digerakkan - Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kanan pasien masih sulit digerakkan	Indayanti
		I	Meninggikan posisi kepala 15- 30 derajat H/: Tampak pasien berbaring di atas	Indayanti

			tempat tidur dengan posisi semi fowler	
		II	Memonitor status cairan (input) H/: BB= 200 cc AP= 75 cc	Indayanti
	08.00	I	Memonitor TTV H/: TD : 150/90 mmHg N : 100x/ menit S : 37,8^{0}C P : 20x/ menit	Indayanti
	08.15	I	Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat H/: Ceftriaxone 1 gr/ 12 jam/ IV	Indayanti
		III	Memonitor kebutuhan pasien terkait dengan alat dan kebersihan diri, alat bantu dan berpakaian H/: - Tampak pasien dimandikan oleh perawat - Tampak pasien dilakukan oral hygine	Indayanti
		III	Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri H/: Tampak semua aktivits pasien dibantu oleh perawat	Indayanti
	09.00	III	Memberikan pasien latihan ROM pasif H/: Tampak tangan dan kaki kanan pasien sulit digerakkan	Indayanti
		III	Mengajarkan kepada keluarga untuk memberikan ROM aktif dan pasif kepada pasien H/: Tampak keluarga pasien mengerti dengan apa yang telah dijelaskan oleh perawat	Indayanti Mulya

		III	Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien H/: Tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga	Indayanti
		III	Mengkaji kekuatan otot H/:Tampak pasien mengalami kelemahan badan pada sisi kanan	Indayanti
		III	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Perawat, Indayanti, Glory
	10.00	I	Mengobservasi TTV H/: TD: 140/80 mmHg N : 98x/ menit S : 37,6^{0}C P : 22x/ menit	Indayanti
		III	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi terlentang	Perawat Indayanti Mulya
		II	Memonitor status cairan (input) H/: Susu= 200 CC AP= 75 CC	Indayanti
		I	Mengukur bentuk kesimetrisan pupil H/: Tampak kedua pupil simetris	Indayanti
	12.00	I	Memonitor TTV H/: TD: 140/100 mmHg N : 98x/ menit S : 37,6^{0}C P : 22x/ menit Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	Indayanti

		III	H/: tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	Indayanti Glory
			Memonitor kadar glukosa darah	Mulya
			H/: GDS= 205	
		II	Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian insulin	Indayanti
		II	H/: Novorapid 8 unit/ Sc	Perawat
			Memonitor status cairan (input)	Indayanti
			H/: BB= 200 CC	
		II	AP= 75 CC	Indayanti
			Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, polidipsi,	
		II	polifagia,kelemahan, malaise	Indayanti
			H/: - Tampak pasien menggunakan kateter	
			- Tampak KU pasien lemah	
			- Tampak mukosa bibir kering	
			- Tampak wajah pasien meringis apabila sendi digerakkan pada sisi sebelah kanan	
			Menginstruksikan keluarga mengenai pencegahan tanda-tanda hiperglikemi	
		II	H/: Tampak keluarga pasien mengerti dengan apa yang telah dijelaskan oleh perawat.	Indayanti Glory
			Memonitor TTV	
			H/: TD: 140/80 mmHg	
	14.00	I	N : 112x/ menit	Gregorius
			S : 37,5^{0}C	
			P : 22x/ menit	
			Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	
			H/: Tampak pasien berbaring dengan	

		III	posisi miring kanan	Perawat
			Mengganti cairan infus	Gregorius
			H/ RL 500 CC/ menit	Winda
			Memonitor cairan output	
		I	H/: Urine 200 CC	Gregorius
			Memonitor TTV	
	16.00	II	H/:TD : 140/90 mmHg	Gregorius
			N : 90x/ menit	
		I	S : 37,5^{0}C	Gregorius
			P : 22X/ menit	
			Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	
			H/: Tampak pasien berbaring dengan	
		III	posisi miring kiri	Perawat
			Memonitor status cairan (input)	Gregorius
			H/: Susu = 200 CC	Sisil
			AP = 75 CC	
		II	Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat	Winda
			H/: Zyfort 1 amp/ drips	
	18.00	I	PCT 1 tab/ oral	Winda
			Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	
			H/: Tampak pasien berbaring dengan	
	19.10	III	posisi miring kanan	Perawat
			Memonitor TTV	Sisil
			H/: TD : 150/90 mmHg	Winda
			N : 105x/ menit	
		I	S : 37,4^{0}C	Sisil
			P : 22x/ menit	
			Memonitor kadar glukokosa darah sesuai indikasi	
			H/: GDS = 219	
			Mengkolaborasikan dengan dokter	

		II	dalam pemberian insulin H/: Novorapid 8 unit/ IM Memonitor status cairan (input)	Gregorius
		II	H/: BB = 200 CC AP = 75 CC Mengkolaborasikan dengan dokter	Gregorius
		II	dalam pemberian obat H/: - Mecobalamin 1 tab/ oral - Ondansentron 1 tab/ oral	Sisil
		I	- Neorodex 1 tab/ oral Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat H/: Ceftriaxone 1 gr/ IV	Sisil
	20.00	I	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Winda
		III	Memonitor status cairan (output) H/: Urine = 200 CC Memonitor TTV H/: TD : 150/90 mmHg	Gregorius Winda Sisil
		II	N : 102x/ menit S : 37,5^{0}C	Gregorius
	22.00	I	P : 20X/ menit Mengganti cairan infus H/ RL 500 CC (20 tetes/ menit) Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi	Marisa
		II	H/: GDS = 137 Mengkolaborasikan dengan dokter	Marisa
		II	dalam pemberian insulin H/: Lantus 12 Unit/ Sc Mengubah posisi tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan	Perawat

		II	posisi miring kiri Memonitor TTV H/: TD : 160/80 mmHg	Marisa
	24.00	III	N : 104x/ menit	Perawat
			S : 37,4ºC	Marisa
			P : 22x/ menit	Stelien
		I	Mengubah posisi pasien 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan Memonitor TTV H/: TD : 160/90 mmHg	Marisa
Sabtu, 07/04/2018	02.00	III	N : 104x/ menit	Marisa
			S : 37,5^{0}C	stelien
			P : 24x/ menit	Desi
		I	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri Memonitor TTV	Stelien
	04.00	III	H/: TD : 160/100 mmHg	Marisa
			N : 105x/ menit	stelien
			S : 37,5ºC	Desi
			P : 24x/ menit	
		I	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan Memonitor status cairan (output)	Marisa
	06.00	II	H/: Urine = 220 CC Memonitor TTV	Marisa stelien
			H/: TD : 170/100 mmHg	Desi
			N : 103x/ menit	
		II	S : 38ºC	Desi

			P : 24x/ menit	
		I	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	Desi
			H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	
			Mengganti cairan infus	
		III	H/: RL 500 CC (20 tts/ menit)	Marisa
			Memonitor status cairan (output/ 24 jam)	stelien Desi
			H/: CM = 2,275 CC	
		II	CK = 670 CC	Stelien
			IWL = BB x 15	
		II	= 65 x 15	Perawat
			CM – (CK + IWL)	
			2,275 – (670 + 975)	
			2,275 – 1645 = 630 CC	
			Memonitor kadar glukosa darah	
			H/: GDS = 156	
			Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat dan insulin	
			H/: - Novorapid 8 unit/ Sc	
	07.00	II	- Omeprazole 1 tab/ oral	Desi
			- Mecobalamin 1 tab/ oral	
		I, II	- Ondansentron 1 tab/ oral	Desi
			- Paracetamol 1 tab/ oral	Perawat
			Memonitor status cairan (input)	
			H/: BB = 200 CC	
			AP = 75 CC	
			Mengkaji tingkat kesadaran	
			H/: - Tampak KU pasien lemah	
		II	- Tampak pasien mudah tertidur saat diajak bicara	Indayanti
			- GCS 10	
			- Tampak badan sebelah kanan	

		I	sulit digerakkan - Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kanan pasien masih sulit digerakkan	Indayanti
		I	Meninggikan posisi kepala 15 – 30 derajat H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler	Indayanti
		I	Memonitor TTV H/: TD : 160/80 mmHg N : 109x/ menit S : 38^{0}C P : 20x/ menit	Indayanti
	08.00	I	Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat H/: Ceftriaxone 1 gr/ IV	Indayanti
		I	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	Indayanti
		III	Memonitor kebutuhan pasien terkait dengan alat dan kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian H/: - Tampak pasian dimandikan oleh perawat	Indayanti
		III	- Tampak pasien dilakukan oral hygine	Perawat
			Memonitor kemempuan secara mandiri H/: - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga - Tampak KU pasien lemah	Indayanti

		III	Memberikan pasien ROM pasif H/: Tampak tangan dan kaki kanan pasien masih sulit digerakkan Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien H/:Tampak kebutuhan pasien dibantu	Indayanti
	09.00	III	oleh perawat dan keluarga Memonitor TTV	Glory Indayanti
		III	H/: TD : 140/80 mmHg N : 98x/ menit S : 37,5 ^{0}C P : 22x/ menit	Indayanti
	10.00	I	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan Memonitor status cairan (input) H/: Susu = 220 CC AP = 75 CC	Indayanti
		III	Mengukur bentuk kesimetrisan reaksi pupil H/: Tampak kedua pupil simetris	Indayanti Glory
		II	Memonitor TTV H/: TD : 150/70 mmHg N : 95x/ menit	Indayanti
		I	S : 37,4^{0}C P : 20x/ menit	Indayanti
	12.00	I	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: GDS = 165 Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian insulin H/: Novorapid 8 Unit/ Sc	Indayanti
		II	Memonitor status cairan (input)	Perawat

			H/: BB = 200 CC AP = 75 CC	Indayanti
		II	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	Glory Indayanti
		II	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, malaise.	Gregorius
		II	H/: - Tampak pasien menggunakan kateter - Tampak KU pasien lemah - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien mengalami kelemahan badan sebelah kanan	Indayanti Gregorius
			Memonitor TTV H/: TD : 150/90 mmHg N : 90x/ menit S : 37,5^{0}C P : 22x/ menit	
			Mengganti cairan infus	
	14.00	I	H/ RL 500 CC(20 tts/menit)	Romana
		II	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Gregorius
			Memonitor TTV H/: TD : 140/90 mmHg	
	16.00	III	N : 90x/ menit S : 37,5^{0}C P : 22x/ menit	Silvi Rosa
			Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat	

		I	H/: - Zyfort 1 amp/ drips - PCT 1 tab/ oral	Marisa
			Memonitor status cairan (input) H/: Susu = 220 CC AP = 75 CC	
		I	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	Stellien
			Memonitor TTV	
	18.00	II	H/: TD : 140/90 mmHg N : 92x/ menit S : 37,3^{0}C	Gregorius
		III	P : 24x/ menit	Stelien
			Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi	Marisa
	19.00	I	H/: GDS = 191 Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian insulin H/: Novorapid 8 unit/ IM Memonitor status cairan (input)	Romana
		II	H/: BB = 200 CC AP = 75 CC Mengkolaborasikan dengan dokter	Gregorius
		II	dalam pemberian obat H/: - Mecobalamin 1 tab/ oral - Ondansentron 1 tab/ oral	Stelien
		II	- Neurodex 1 tab/ oral Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat	Marisa Romana
		I	H/: Ceftriaxone 1 gr/ IV Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	Romana

			Memonitor status cairan (output)	
	20.00	I	H/: Urine = 200 CC	Romana
			Memonitor TTV	
			H/: TD : 140/90 mmHg	
		III	N : 102x/ menit	Stelien
			S : 37^0C	
			P : 20x/ menit	
			Mengganti cairan infus	
	20.15	II	H/ RL 500 CC (20 tetes/menit)	Stelien
			Mengubah posisi pasien tiap 2 jam	
	22.00	I	sekali	Gregorius
			H/: Tampak pasien berbaring dengan	
			posisi miring kanan	
			Memonitor kadar glukosa darah,	
			sesuai indikasi	
		II	H/: GDS = 154	Gregorius
			Mengkolaborasikan dengan dokter	
		III	dalam pemberian insulin	Romana
			H/: Lantus 12 Unit/ Sc	Stelien
			Memonitor TTV	Marisa
			H/: TD : 160/90 mmHg	Gregorius
		II	N : 100x/ menit	Winda
			S : 37^0C	
			P : 22x/ menit	
		II	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam	Romana
			sekali	
			H/: Tampak pasien berbaring dengan	
	24.00	I	posisi miring kiri	Sisil
			Memonitor TTV	
			H/: TD : 160/90 mmHg	
			N : 100x/ menit	
			S : 37^0C	
		III	P : 22x/ menit	Perawat
			Mengubah posisi pasien tiap 2 jam	

			sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Winda Sisil
Minggu, 08/04/2018	02.05	I	Memonitor TTV H/: TD : 160/90 mmHg N : 92x/ menit S : 37,2^{0}C P : 20x/ menit	Winda
		III	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	Perawat
	04.00	I	Mengobservasi TTV H/: TD : 170/90 mmHg N : 90x/ menit S : 37^{0}C P : 18x/ menit	Sisil
		III	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Winda Sisil
	06.00	I	Mengganti cairan infus H/: RL 500 CC (20 tetes/ menit) Memonitor status cairan (output) H/: Urine = 250 CC	Winda
		III	Memonitor status cairan (intake dan output) H/: CM = 2275 CC CK = 650 CC IWL = BB x 15	Winda Sisil
		II	65 x 15 = 975 CM – (CK + IWL)	Winda
		II	2275 – (650 + 975)	Winda

			2275 – 1645 = 630 CC	
		II	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: GDS = 172 Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian insulin dan obat H/: - Novorapid 8 Unit/ Sc - Omeprazole 1 tab/ oral - Mecobalamin 1 tab/ oral - Ondansentron 1 tab/ oral	Perawat
		II	- PCT 1 tab/ oral Memonitor status cairan (input) H/: BB = 200 CC	Perawat
	07.00	I,II	AP = 75 CC Mengkaji tingkat kesadaran H/: - Tampak KU pasien masih lemah - Tampak pasien masih mudah tertidur saat diajak bicara - GCS 10	Sisil Winda
		II	- Tampak badan sebelah kanan masih sulit digerakkan - Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kanan pasie	Perawat
		I	masih sulit digerakkan Meninggikan posisi kepala pasien 15-30 derajat H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler Memonitor TTV H/: TD : 150/90mmHg N : 94x/ menit S : 36,5^{0}C P : 20x/ menit Mengkolaborasikan dengan dokter	Indayanti

		III	dalam pemberian obat H/: Ceftriaxone 1 gr/ IV Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	Indayanti
	08.10	I	H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri Memonitor kebutuhan pasien terkait dengan alat dan kebersihan diri, alat bantu untuk kerapihan	Indayanti
		I	H/: - Tampak pasien dimandikan oleh perawat	Gregorius
		III	- Tampak pasien dilakukan oral hygine Memonitor kemampuan pasien secara mandiri	Gregorius
		III	H/: - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga - Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga Memberikan pasien latihan fisik ROM secara pasif	Perawat Indayanti
		III	H/: - Tampak tangan dan kaki kanan masih pasien masih sulit digerakkan - Keluarga pasien mengatakan tangan dan kakai kanan pasien masih sulit digerakkan Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien	Indayanti
	09.15	III	H/: Tampak pasien dubantu dalam memenuhi kebutuhan mobilisasi	Fisioterapi Indayanti

			Memonitor TTV H/: TD : 140/70 mmHg N : 88x/ menit S : 36,5^{0}C P : 20x/ menit	
		III	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Indayanti
	10.00	I	Memonitor status cairan (input) H/: Susu =200 CC AP = 75 CC	Indayanti
		III	Mengukur bentuk kesimetrisan reaksi pupil H/: Tampak kedua pupil simetris Memonitor TTV	Indayanti
		II	H/: TD : 140/90 mmHg N : 83x/ menit S : 36,3^{0}C P : 20x/ menit	Gregorius Indayanti
		I	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: GDS = 137	Indayanti
	12.00	I	Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian insulin H/: Novorapid 8 Unit/ Sc	Indayanti
		II	Memonitor status cairan (input) H/: BB = 230 CC AP = 75 CC Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Indayanti
			Memonitor tanda-tanda hiperglikemi:	

		II	poliuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, malaise	Indayanti
			H/: - Tampak pasien menggunakan	
		II	kateter	Indayanti
			- Tampak KU pasien sudah mulai membaik	
		III	- Tampak mukosa bibir kering	Indayanti
			- Keluarga pasien mengatakan pasien masih sulit menggerakkan tangan dan	Gregorius
		II	kaki kanannya	Indayanti
			Memonitor TTV	
			H/: TD : 140/80 mmHg	
			N : 88x/ menit	
			S : 36,5^{0}C	
			P : 24x/ menit	
			Mengganti cairan infus	
			H/ RL 500 CC/menit (20 tetes/menit)	
			Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	
			H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	
	14.00	I	Memonitor status cairan (output)	Indayanti
			H/: Urine = 250 CC	
			Memonitor TTV	
			H/: TD : 150/80 mmHg	
			N : 87x/ menit	
		II	S : 37,5^{0}C	Perawat
			P : 22x/ menit	
		III	Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat	Perawat
			H/: - Zyfort 1 amp/ drips	
			- PCT 1 tab/ oral	

	16.00	II	Memonitor status cairan (input) H/: Susu = 200 CC	Perawat
		I	AP = 75 CC	Perawat
			Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	
		I	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Perawat
		II	Memonitor TTV H/: TD : 160/90 mmHg N : 94x/ menit	Perawat
	18.00	III	S : 37^{o}C P : 24x/ menit Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi	Perawat
		III	H/: GDS = 211 Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian insulin H/: Novorapid 8 Unit/ Sc	Perawat
	19.00	I	Memonitor status cairan (input) H/: BB = 200 CC AP = 75 CC Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat	Perawat
		II	H/: Ceftriaxone 1 gr/ IV Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	Perawat
		II	H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri Memonitor status cairan (output)	Perawat

		II	H/: Urine = 250 CC CL = 400 CC Memonitor TTV	Perawat
	20.00	I	H/: TD : 160/90 mmHg N : 94x/ menit S : 37,5ºC	Perawat
		III	P : 18x/ menit Mengganti cairan infus H/ RL 500 CC (20 tetes/menit)	Perawat
		II	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	Perawat
	22.00	I	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: GDS = 155 Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian insulin	Perawat
		II	H/: Lantus 12 Unit/ Sc Memonitor TTV	Perawat
		III	H/: TD : 170/90 mmHg N : 96x/ menit S : 37,4ºC P : 22x/ menit	Perawat
		II	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Perawat
		II	Memonitor TTV H/: TD : 170/90 mmHg N : 92x/ menit S : 37,6ºC P : 20x/ menit Mengubah posisi pasien tiap 2 jam	Perawat
	24.00	I		

			sekali	
		III	H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	Perawat
			Memonitor TTV	
			H/: TD : 170/90 mmHg	
			N : 90x/ menit	
Senin, 09/04/2018	02.15	I	S : 37,5ºC	Perawat
			P : 20x/ menit	
			Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	
		III	H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Perawat
			Memonitor TTV	
			H/: TD : 170/80 mmHg	
			N : 87x/ menit	
	04.00	I	S : 37,2ºC	Perawat
			P : 20x/ menit	
			Mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali	
		III	H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri	Perawat
			Mengganti cairan infus	
			H/: RL 500 CC (20 tetes/menit)	
			Memonitor status cairan (output)	
	06.00	I	H/: Urine = 300 CC	Perawat
			Memonitor status cairan (input dan output/ 24 jam)	
			H/: CM = 2275 CC	
			CK = 1200 CC	
		III	IWL = BB x 15	Perawat
			=65 x 15	
			CM – (CK + IWL)	
			2275 – (1200 + 975)	

		II	2275 – 2175 = 100 CC Memonitor kadar glukosa darah	Perawat
		II	H/: GDS = 148 Mengkolaborasikan dengan dokter	Perawat
		II	dalam pemberian insulin H/: Novorapid 8 Unit/ Sc Mengkaji tingkat kesadaran	Perawat
	07.00	II	H/: - Tampak KU pasien sudah mulai membaik - Tampak perhatian pasien berkurang saat diajak bicara - GCS 11 (apatis) - Tampak pasien masih mengalami lemah badan sebelah kanan	Perawat
		II	- Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kanan pasien belum bisa digerakkan	Perawat
		I	Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien H/:- Keluarga pasien mengatakan kebutuhan pasien di atas tempat tidur dibantu oleh perawat dan keluarga - Tampak pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanannya.	Indayanti
		III		Indayanti

EVALUASI

Nama / Umur : Ny “M”/ 62 Tahun

Ruang/ Unit : ICU/ HCU

Hari/ tgl	Evaluasi	Perawat
Sabtu, 07/04/2018	I. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran darah arteri atau vena S :Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kanan pasien masih sulit digerakkan O : -Tampak keadaan umum pasien lemah -Tampak pasien mudah tertidur saat diajak bicara -GCS 10 (somnolens) -Tampak badan sebelah kanan sulit digerakkan -Observasi TTV TD : 170/100 mmHg N : 103x/ menit S : 38^{o}C P : 22x/ menit A : Perfusi jaringan serebral belum efektif P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 II. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen DM S : - O : -Tampak pasien menggunakan kateter -Tampak mukosa bibir kering -Tampak pasien mengalami kelemahan badan sebelah kanan -Tampak KU pasien lemah	Indayanti

	-GDS = 156 A : Glukosa darah belum normal P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 III. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neoromuskuler S :Keluarga pasien mengatakan semua kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga O :-Tampak keadaan umum pasien lemah -Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga -Tampak tangan dan kaki kanan pasien masih sulit digerakkan A : Mobilitas fisik masih terhambat P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,5,6,7	Indayanti
Minggu, 08/04/2018	I. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran darah arteri atau vena S : Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kanan pasien masih sulit digerakkan O : - Tampak KU pasien lemah - Tampak pasien mudah tertidur saat diajak bicara (GCS = 10) - Tampak pasien dibantu dalam memenuhu kabutuhan mobilitas - Observasi TTV TD : 170/90 mmHg N : 90x/ menit S : 37^{o}C P : 18x/ menit A : Perfusi jaringan serebral belum efektif P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 II. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah	

	dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manejemen DM S : - O :-Tampak pasien menggunakan kateter -Tampak mukosa bibir kering -Tampak pasien mengalami kelemahan badan sebelah kanan -Tampak KU pasien lemah -GDS = 172 A : Glukosa darah belum stabil P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 III. Hambatan moilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler S :Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga O : - Tampak KU pasien lemah -Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga -Tampak pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki kanannya A : Mobilitas fisik masih terhambat P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,5,6,7 I. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran darah arteri atau vena S : Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kanan pasien belum bisa digerakkan P : - Tampak KU pasien sudah mulai membaik - Tampak perhatian pasien berkurang saat diajak bicara - GCS = 11 (apatis) - Tampak pasien masih mangalami lemah	Indayanti
Senin, 09/04/2018		

	badan sebelah kanan - Observasi TTV TD : 170/80 mmHg N : 87x/ menit S : 37,2°C P : 20x/ menit A : Perfusi jaringan serebral belum efektif P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 II. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manejemen DM S : Keluarga pasien mengatakan pasien masih lemas dan sulit menggerakkan tangan dan kaki kanannya O :- Tampak pasien menggunakan kateter - Tampak mukosa bibir karing - GDS = 148 A : Glukosa darah belum stabil P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 III. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler S :Keluarga pasien mengatakan semua kebutuhan pasien ditempat tidur dibantu oleh perawat dan keluarga O :Tampak pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanannya. A :Mobilitas fisik masih terhambat P :Lanjutkan intervensi 1,2,3,5,6,7	

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : Novorapid
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Antidiabetika Parenteral
   b. Dosis Umum : 24 Unit/kg/BB/hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 8 Unit/ 8 jam
   d. Cara pemberian obat : Subcutan
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Merupakan insulin reaksi cepat yang akan langsung bekerja 5-15 menit setelah masuk kedalam tubuh penderita. Tingkat reaksi maksimal selama 30-90 menit dan pengaruhnya akan segera menghilang 3-5 jam kemudian.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
   Pasien mengalami hiperglikemia
   g. Kontraindikasi : Hipoglikemia
   h. Efek samping obat : Hipoglikemia dan edema.

2. Nama obat : Lantus
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Antidiabetika parenteral
   b. Dosis umum : 10 Unit/ Hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 12 Unit/ 24 jam
   d. Cara pemberian obat : Subcutan
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Merupakan insulin yang bekerja jangka panjang yaitu 24 jam.
      Berfungsi untuk mengontrol tingkat gula darah dalam sehari
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
      Pasien mengalami hiperglikemia.
   g. Kontraindikasi : Hipersensi.

3. Nama obat : Ceftriaxone

a. Klasifikasi atau golongan obat : Antibiotik
b. Dosis umum : 1 gr
c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr/12 jam/IV
d. Cara pemberian obat : Intravena (IV)
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ceftriaxone adalah golongan cefalosforin dengan septrum luas, yang membunuh bakteri dengan menghambat sintesis dinding sel bakteri. Ceftriaxone sangat stabil terhadap B-laktamase terutama yang dihasilkan organisme gram negative. Ceftriaxone juga aktif terhadap bakteri gram positif, seperti streptococcus pneumonia, streptococcus pyogenes.
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
   Untuk mencegah terjadinya pneumonia yang disebabkan oleh bakteri.
g. Kontra indikasi :
   a) Hipersensitif terhadap sefalosforin
   b) Hipersensitif terhadap pnicilin atau antibiotika B-Lactam.
h. Efek samping obat : Gangguan lambung – usus, hematologikal, reaksi kulit, gangguan koagulasi, flebitis (pada injeksi intravena), sakit kepala, pusing.

4. Nama obat : Zyfort 1 amp/ 12 jam drips
   a. Klasifikasi atau golongan obat : Vitamin
   b. Dosis umum : 3 ml/24 jam
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp/24 jam/ drips
   d. Cara pemberian obat : drips
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Profilaksis dan penyembuhan kekurangan Vit-B1, Vit-B1, Vit-B6, Vit-B12.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pasien mengalami penurunan fungsi kerja otak
   g. Kontraindikasi : Gastritis atrofi, jumlah kalium rendah dalam darah.
   h. Efek samping : Gemetaran, sulit bernafas.
5. Nama obat : Ondansentron

a. Klasifikasi/ golongan obat : Antiemetik
b. Dosis umum : 500 mg-1 gr
c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg/ 12 jam/ oral
d. Cara pemberian obat : Oral
e. Makanisme kerja dan fungsi obat : Ondansentron bekerja sebagai antagois selektif dan bersifat kompetitif pada reseptor 5HT3, dengan cara menghambat aktivitas aferen-aferan vagai sehingga menekan terjadi refleksi muntah.
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :untuk menangani mual muntah pasien.
g. Kontaindikasi : Narfos jangan diberikan penderita yang hipersensitif atau alergi terhadap Ondansentron.
h. Efek samping : Sakit kepala, sensasi kemerahan atau hangat pada kepala dan epigastrum.

6. Nama obat : Paracetamol
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Analgetik honopoid, antipiretik
   b. Dosis umum : 500 – 1000 mg
   c. Dosis pasien yang bersangkutan : 1 tab/ 12 jam/ oral
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat sintesis prostaglandin yang berperan sebagai mediator nyeri dan demam.
   f. Alasan pemberian pada pasien yang bersangkutan : Pasien demam
   g. Kontraindikasi :
      1) Hipersensitivitas sebelumnya
      2) Produk yang mengandung alcohol, aspartan
      3) Hipersensitivitas, penderita sakit ginjal dan hati.
   h. Efek samping obat : Kerusakan hati, GI : Nekrosis hepatic (overdosis), Ruam, Utikardia.

7. Nama obat : Mecobalamin

a. Klasifikasi/ golongan obat : Vitamin
b. Dosis umum : 500 mg
c. Dosis pasien yang bersangkutan : 500 mg/12 jam/ oral
d. Cara pemberian obat : Oral
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Untuk mengobati anemia megoblastik dan mengobati neuropati perifer.
f. Alasan pemberian pada pasien yang bersangkutan : Pasien mengalami hematemesis dan hiperglikemia
g. Kontraindikasi : Penderita hipertensi, penderita gangguan saluran pernapasan.
h. Efek samping obat : ruam kulit, mual muntah, penurunan nafsu makan, demam, sakit kepala.

8. Nama obat : Neurodex
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Vitamin
   b. Dosis umum : 100-200 mg
   c. Dosis pasien yang bersangkutan : 200 mg/24 jam/ oral
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : berperan dalam sintesa asam nukleat dan berpengaruh pada pematangan sel dan memelihara integritas jaringan syaraf.
   f. Alasan pemberian pada pasien yang bersangkutan : untuk pengobatan kekurangan vitamin B1,B6, B12.
   g. Kontraindikasi : Hipersensitif terhadap komponen obat ini
   h. Efek samping obat : Pemakaian dengan dosis besardalam jangka waktu yang lama dapat mengakibatkan sindrom neuropati.

9. Nama obat : Omeprazole

a. Klasifikasi/ golongan obat : *pronton pump inhibitor* (PPI)
b. Dosis umum : 20-40 mg
c. Dosis pasien yang bersangkutan : 20 mg/24 jam/ oral
d. Cara pemberian obat : Oral
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menekan sekresi asam lambung melalui penghambatan terhadap pelepasan H+ dan pembentukan gabungan HCL sehingga produksi asam lambung menjadi berkurang.
f. Alasan pemberian pada pasien yang bersangkutan :
   Pasien mengalami peningkatan CL.
g. Kontraindikasi : tidak boleh digunakan bagi pasien yang mempunyai riwayat hipersensitif terhadap komponen omeprazole atau makanan tertentu.
h. Efek samping obat : sakit kepala, sakit perut, mual, diare, muntah, kembung.

BAB III
TINJAUAN KASUS

Ny “M” berumur 62 tahun masuk rumah sakit Stella Maris pada tanggal 29 Maret 2018 dengan diagnosa medik *Non Hemoragic Stroke*, keluarga pasien mengatakan pasien mengalami lemah badan sebelah kanan sejak 5 hari yang lalu karena pasien jatuh dari tempat tidur. Pasien dirawat di ruang BIIIA selama 2 hari dengan keluhan lemah badan sebelah kanan disertai dengan nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan apabila sendi digerakkan, nyeri skala 5. Lalu pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran, kemudian, pasien dipindahkan ke ruang ICU.

Pada saat pengkajian tanggal 05 April 2018, keadaan umum pasien tampak sakit berat, tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur dan pasien masih mengalami penurunan kesadaran, kesan hemiparese dextra. Hasil observasi TD:160/90 mmHg, N:100x/menit, P:22x/menit, S:38^{0}C. Hasil CT-Scan menunjukkan adanya Infarks Cerebri Dextra dan Proses Atrofi Cerebri. Hasil pemeriksaan laboratorium RBC 3,8 10^3/Ul, HGB 10,7 g/dL, HCT 30,40%, PDW 13,2fl, P-LCR 29,5%, NEUT% 91,6%, LYM% 5,4%, MXD% 3,0%, NEUT#9,0 10^3/uL, LTM# 0,5uL.

Saat ini pasien mendapatkan terapi obat (Novorapid 8 unit/8 jam/IM, Lantus 12 unit/24 jam/IM, Omeprazole 1 tab/24 jam/oral, Ondansentron 1 tab/12 jam/oral, Ceftriaxone 1gr/12 jam/IV, Zyfort 1 amp/24 jam/IV, Neurodex 1 tab/24 jam/oral, Mecobalamin 1 tab/12 jam/oral, Paracetamol 1 tab/12 jam/ oral).

Dari hasil analisa data, diperoleh tiga diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena, Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, Hambatan mobilitas fisik b/b gangguan neuromuskular.

BAB III
TINJAUAN KASUS

Ny “M” berumur 62 tahun masuk rumah sakit Stella Maris pada tanggal 29 Maret 2018 dengan diagnosa medik *Non Hemoragic Stroke*, keluarga pasien mengatakan pasien mengalami lemah badan sebelah kanan sejak 5 hari yang lalu karena pasien jatuh dari tempat tidur. Pasien dirawat di ruang BIIIA selama 2 hari dengan keluhan lemah badan sebelah kanan disertai dengan nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan apabila sendi digerakkan, nyeri skala 5. Lalu pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran, kemudian, pasien dipindahkan ke ruang ICU pada tanggal 2 April 2018.

Pada saat pengkajian tanggal 05 April 2018, keadaan umum pasien tampak sakit berat, tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur dan pasien masih mengalami penurunan kesadaran, kesan hemiparese dextra. Hasil observasi TD:160/90 mmHg, N:100x/menit, P:22x/menit, S:38^{0}C. Hasil CT-Scan menunjukkan adanya Infarks Cerebri Dextra dan Proses Atrofi Cerebri. Hasil pemeriksaan laboratorium RBC 3,8 10^3/Ul, HGB 10,7 g/dL, HCT 30,40%, PDW 13,2fl, P-LCR 29,5%, NEUT% 91,6%, LYM% 5,4%, MXD% 3,0%, NEUT#9,0 10^3/uL, LTM# 0,5uL.

Saat ini pasien mendapatkan terapi obat (Novorapid 8 unit/8 jam/subcutan, Lantus 12 unit/24 jam/subcutan, Omeprazole 1 tab/24 jam/oral, Ondansentron 1 tab/12 jam/oral, Ceftriaxone 1gr/12 jam/IV, Zyfort 1 amp/24 jam/IV, Neurodex 1 tab/24 jam/oral, Mecobalamin 1 tab/12 jam/oral, Paracetamol 1 tab/12 jam/ oral).

Dari hasil analisa data, diperoleh tiga diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena, Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular.

Cerebri. Terapi Novorapid 8 unit/8 jam/Sc, Lantus 12 unit/24 jam/Sc, Omeprazole 1 tab/24 jam/oral, Ondansentron 1 tab/12 jam/oral, Ceftriaxone 1gr/12 jam/IV, Zyfort 1 amp/24 jam/IV, Neurodex 1 tab/24 jam/oral, Mecobalamin 1 tab/12 jam/oral, Paracetamol 1 tab/12 jam/ oral. Sehingga diagnosa medik adalah *Non Hemoragic Stroke*. Pasien mempunyai riwayat DM sejak 5 tahun yang lalu.

Salah satu tanda dan gejala Ny “M” yaitu kelemahan salah satu sisi tubuh yaitu *hemiparese dextra*. *Hemiparese dextra* terjadi karena adanya kerusakan sel-sel otak yang dapat menyebabkan gangguan fungsi motorik. Pada pasien terjadi pada otak kiri. Sesuai dengan pengaturan fungsi motorik oleh otak bawah hemisfer kiri bertanggung jawab terhadap pengaturan motorik tubuh sebelah kanan. Adanya kerusakan pada hemisfer kiri dapat menyebabkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas.

Tanda dan gejala lain yang muncul pada Ny “M” adalah penurunan kesadaran karena adanya infark cerebri yang menyebabkan herniasi jaringan otak dan terjadi penurunan suplai darah oksigen dan mengakibatkan hipoksia jaringan sehingga terjadi penurunan kesadaran.

Pada kasus, faktor yang dapat menyebabkan Ny “M” mengalami stroke yaitu pada faktor presipitasi yaitu Diabetes Melitus. Diabetes Melitus dapat mengakibatkan stroke karena adanya kolesrerol LDL (kolesterol jahat) menjadi lebih mudah menumpuk di dinding pembuluh darah dan dapat mengakibatkan penumpukan lemak dan gangguan kelenturan dinding pembuluh darah (atherosklerosis), karena sumbatan atherosklerosis pada pembuluh darah maka dapat menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen dan mengakibatkan otak mengalami kerusakan dan mengakibatkan stroke.

B.Diagnosa keperawatan

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

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran darah arteri atau vena, penulis mengangkat diagnosa ini sebagai priorotas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum lemah, lemah pada bagian tubuh sebelah kanan, CT-Scan menunjukkan adanya Infarks Cerebri Dextra, Proses Atrofi Cerebri.
2. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manejemen DM, penulis mengangkat diagnosa ini karena didukung oleh data kadar glukosa darah pasien tidak normal dan stabil GDS jam 08.00=89, GDS jam 12.00=137, GDS jam 19.00=211 dan GDS jam 22.00=155.
3. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular, penulis mengangkat diagnosa karena didukung oleh data, pasien tampak berbaring lemah ditempat tidur, lemah pada bagian tubuh sebelah kanan, pasien tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan perawat dan keluarga.

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

a. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena hampir semua intervensinya sudah ada terdapat dalam intervensi hambatan mobilitas fisik yang dapat mengatasi masalah defisit perawatan diri.
b. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler, alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak bisa dikaji karena mengalami penurunan kesadaran(somnolens)

c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan efek dari kerusakan pada bicara pada hemisfer otak, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak bisa dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran (somnolens).

C.Perencanaan keperawatan

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

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan alirah arteri atau vena. Dengan kriteria hasil: Tidak ada penurunan tingkat kesadaran, Tekanan darah dapat stabil. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: Monitor TTV, Kaji tingkat kesadaran, Ukur bentuk kesimetrisan reaksi pupil, Tinggikan posisi kepala 15-30 derajat, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.
2. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manejemen DM. Dengan kriteria hasil: Glukosa darah normal dan stabil. Pada diagnosa ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, Monitor status cairan (input dan output), kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin, Monitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, malaise, Berikan cairan isotonik (RL), Instruksikan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemi.
3. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular. Dengan kriteria hasil: Pasien mampu melakukan sedikit pergerakan otot, Pasien

mampu melakukan sedikit pergerakan sendi. Pada diagnosa ini penulis membuat 7 intervensi yaitu: Kaji kemampuan mobilisasi pasien, Kaji kekuatan otot, Berikan pasien latihan fisik ROM pasif dan aktif, Ajarkan kepada keluarga untuk memberikan latihan ROM aktif dan pasif kepada pasien, Ubah posisi pasien tiap 2 jam sekali jika memungkinkan, Bantuan perawatan diri: Monitor kebutuhan pasien, terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian dan makan, Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri.

D. Pelaksanaan keperawatan

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

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 06-08 April 2018 pada pasien Ny "M" merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena. Dengan kriteria hasil: Tidak ada penurunan tingkat kesadaran, Tekanan darah dapat stabil. Sampai pada hari ketiga perawatan sedikit teratasi, karena kesadaran pasien sudah mulai membaik, GCS 11(apatis) Namun tekanan darah belum stabil.
2. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manejemen DM . Dengan kriteria hasil:

Glukosa darah normal dan stabil. Sampai hari ketiga belum teratasi dimana glukosa darah belum stabil, GDS : 148.

3. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler. Dengan kriteria hasil: Pasien mampu melakukan sedikit pergerakan otot dan sendi. Sampai pada hari ketiga perawatan mobilisasi masih terhambat, dimana pasien masih sulit menggerakkan ekstremitas bagian kanannya, yaitu : aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga.

perawatan pasien stroke membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat setempat.

A. Saran

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

1. Bagi institusi rumah sakit

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

   a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat dan perawat itu sendiri.
   b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subyektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat dan merasa tidak terabaikan.

2. Bagi mahasiswa (i)

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

3. Bagi pasien atau keluarga

   Untuk mencegah terjadinya gejala stroke yang berulang, dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat, bugar dan menjaga daya tahan tubuh dengan

istirahat yang cukup, batasi mengonsumsimakanan yang manis-manis. Disarankan kepada keluarga untuk selalu melakukan latihan ROM di rumah baik secara aktif atau pasif dan bekerjasama dengan ahli fisiotherapi dalam memberikan latihan fisik, menilai rentang sendi dan menganjurkan kepada keluarga agar membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

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

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

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

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

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

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

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

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

MRO RS. Stella Maris. (2017). *Statistik Stroke*. Makassar RS. Stella Maris. Tidak dipublikasikan.

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

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

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

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

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

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

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

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

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2015). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI tahun* 2015. Diakses : 12 Mei 2018, dari http://www.depkes.go.id/resources/download/general/hasil%20Riskesdas%202015.pdf.

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/HCU. Dari pengamatan dan pelayanan praktek keperawatan yang penulis lakukan selama 4 hari yaitu dari tanggal dari tanggal 05 April sampai 08 April 2018. Kenyataannya sebagian besar sesuai dengan teori dan masih ada juga terdapat kesenjangan atau ketidaksesuaian yang penulis dapatkan melalui pendekatan proses keperawatan yaitu pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi sebagai berikut.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu berdasarkan hasil CT-Scan kepala. Ny “M” dirawat di ruang ICU dengan keluhan lemah badan sebelah kanan. Hasil pengkajian ditemukan data yaitu kelemahan pada salah satu tubuh yaitu sebelah kanan, kesadaran menurun, peningkatan kadar glukosa dalam darah. Dari data yang diperoleh melalui observasi TTV keadaan umum pasien tampak sakit berat, GCS 10, TD : 160/90 mmHg, N : 100x/menit kuat dan teratur, S : 38^{o}C, P : 20x/menit irama teratur. Hasil laboratorium RBC 3,8 10^3/Ul, HGB 10,7 g/dL, HCT 30,40%, PDW 13,2fl, P-LCR 29,5%, NEUT% 91,6%, LYM% 5,4%, MXD% 3,0%, NEUT#9,0 10^3/uL, LTM# 0,5uL. Hasil CT-Scan kepala Infarks Cerebri Dextra , Proses Atrofi

BAB V
PENUTUP

A. Simpulan

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

1. Dari hasil pengkajian yang telah di dapatkan pada Ny “M” faktor terjadinya stroke yaitu keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat Diabetes Melitus, dan pola hidup yang kurang sehat karena sering mengkonsumsi makanan yang manis-manis, observasi TTV keadaan umum pasian tampak lemah, kesadaran somnolens (GCS 10), TD: 160/90 mmHg, N: 100x/menit, S: 38^0C, P: 22x/menit.
2. Diagnosa keperawatan *Non Hemoragic Stroke* yang ditemukan pada Ny “M” yaitu : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri atau vena, Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromeskular.
3. Dari intervensi yang telah penulis susunkan, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis ; meliputi tindakan keperawatan, tindakan observati, tindakan kolaborasi dan penyuluhan. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan dan sarana yang ada di Rumah Sakit. Setelah perawatan selama tiga hari, dari hasil evaluasi tidak ada diagnosa yang teratasi, karena perawatan pasien stroke membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat setempat.

DAFTAR PUSTAKA

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

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

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

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

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

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

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

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

MRO RS. Stella Maris. (2017). *Statistik Stroke*. Makassar RS. Stella Maris. Tidak dipublikasikan.

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

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

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

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

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

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

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

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

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2015). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI tahun* 2015. Diakses : 12 Mei 2018, dari http://www.depkes.go.id/resources/download/general/hasil%20Riskesdas%202015.pdf.