KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”L” DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE (NHS)* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

ANDINI
E1514401005

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

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa	:	Andini
NIM	:	E1514401005

Disetujui oleh:

Pembimbing

(Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN: 0913068201

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns, MSN)
0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM D III KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

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

Hari/Tanggal	: Kamis, 7 Juni 2018
Pukul	: 13.15 – 14.00
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )
2. Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes ( )
3. Yuliana Tola’ba, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Andini
Tempat/Tanggal Lahir	: maros, 08 juli 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln. Musyawarah No. 150, Mandai

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Darius Paga/Ester Bulawan
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: -
Alamat	: Jln. Musyawarah No. 150, Mandai

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Angkasa	: 2003-2009
SMP Angkasa	: 2009-2012
SMA Angkasa	: 2012-2015
STIK Stella Maris	: 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. "L" DENGAN NON HEMORAGIK STROKE DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".***

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

Dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini penulis telah banyak mendapat 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 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar, yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan, memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama kurang lebih 3 tahun dan juga dalam penyusunan karya tulis ini.
2. dr. Thomas Suharto, MMR selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk karya tulis ilmiah ini.
3. Mery Solon,Ns.,M.kes selaku ketua program D III dan pembimbing Akademik, yang telah memberikan bimbingan selama proses perkuliahan.
4. Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis yang telah meluangkan waktu dan

memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.

5. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Ny.“L” dan Keluarga, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
7. Kedua orang tua, adik, kakak dan semua keluarga yang memberi dukungan, bantuan, doa dan kasih sayang selama penyusunan karya tulis ini.
8. Buat teman-teman mahasiswa/i program D III keperawatan angkatan 2015 STIK Stella Maris Makassar dan buat sahabat-sahabat penulis yang selalu mendukung dan mendoakan penulis dalam menyusun KTI ini.
9. Dan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penulisan karya tulis ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha meningkatan 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, 20 April 2018

Andini

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman judul..... i
Halaman persetujuan..... ii
Halaman pengesahan..... iii
Riwayat hidup..... iv
Kata pengantar..... v
Daftar isi vii
Daftar gambar..... ix
Daftar tabel..... x
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar belakang..... 1
B. Tujuan penulisan..... 3
C. Manfaat penulisan..... 4
D. Metode penulisan..... 4
E. Sistematika penulisan..... 6
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 7
A. Konsep dasar medis..... 7
1. Pengertian..... 7
2. Anatomi dan fisiologi..... 8
3. Klasifikasi..... . 16
4. Etiologi..... 17
5. Patofisiologi..... 18
6. Manifestasi klinik..... 19
7. Tes diagnostik..... 21
8. Penatalaksanaan medik..... 22
9. Komplikasi..... 22
B. Konsep dasar keperawatan..... 24
1. Pengkajian..... 24

2. Diagnosis keperawatan..... 26
3. Intervensi keperawatan..... 26
4. Discharge planning..... 34
C. Patoflowdiagram..... 35
BAB III TINJAUAN KASUS..... 37
A. Pengamatan kasus..... 37
B. Pengkajian..... 38
C. Analisis data..... 57
D. Diagnosis keperawatan..... 60
E. Intervensi keperawatan..... 61
F. Implementasi keperawatan..... 65
G. Evaluasi keperawatan..... 79
H. Daftar obat..... 83
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 89
A. Pengkajian..... 89
B. Diagnosis keperawatan..... 90
C. Intervensi keperawatan..... 92
D. Implementasi keperawatan..... 93
E. Evaluasi keperawatan..... 93
BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... 95
A. Kesimpulan..... 95
B. Saran..... 96
DAFTAR PUSTAKA..... 97

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi otak 8
Gambar 2.1 Genogram 42

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan darah rutin 39
Tabel 3.2 Pemeriksaan elektrolit..... 39
Tabel 3.3 Analisa data 57
Tabel 3.4 Diagnosa keperawatan..... 60
Tabel 3.5 Rencana keperawatan..... 61
Tabel 3.6 Implementasi keperawatan..... 65
Tabel 3.6 Evaluasi keperawatan..... 79

Lebih dari 17,2 juta jiwa di dunia meninggal akibat penyakit hati dan stroke penyebab kematian tertinggi di dunia, (WHO, 2013).

Data nasional yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang menyebutkan bahwa stroke menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian di rumah sakit pada kelompok umur 55-65 tahun, stroke merupakan penyebab kematian tertinggi baik di perkotaan maupun pedesaan di Indonesia. Hal ini terkait erat dengan gaya hidup, pola makan, dan kebiasaan berolahraga. Menteri kesehatan mengutip hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 yang di publikasikan pada desember 2014, prevalensi stroke di Indonesia 8,3% per 10.000 penduduk pada kelompok umur 45-54 tahun, (DEPKES RI, 2015).

Data dari MRO RS. Stella Maris Makassar didapatkan kasus penderita stroke pada tahun 2016 berjumlah 134 orang dengan rincian laki-laki berjumlah 60 orang dan perempuan 74 orang dan didapatkan pula jumlah pasien yang meninggal akibat penyakit stroke sebanyak 27 orang baik itu hemoragik stroke maupun non hemoragik stroke. Sedangkan pada tahun 2017 berjumlah 138 orang dengan rincian laki-laki berjumlah 58 orang dan perempuan 80 orang dan didapatkan pula jumlah pasien yang meninggal akibat penyakit stroke sebanyak 19 orang.

Semakin meningkatnya angka penyakit stroke dipengaruhi oleh faktor risiko yang bersifat genetik dan bahkan tidak mungkin untuk diubah (misalnya: umur, jenis kelamin). Faktor risiko lainnya dipengaruhi oleh lingkungan dan mudah dicegah (misalnya merokok) dan adapula faktor risiko yang merupakan kombinasi antara lingkungan dan familial (misalnya : hipertensi). Berdasarkan data-data yang didapat, angka kejadian penyakit stroke cukup tinggi dan pemulihannya membutuhkan waktu

yang lama, sehingga perawat juga harus memiliki kemampuan dalam bidang pengetahuan dan keterampilan dalam menjalankan tugas dan kewajibannya sebagai pemberi asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi dan salah satunya adalah pada pasien stroke. Dari uraian tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil masalah *Non Hemoragik Stroke* sebagai asuhan keperawatan yang dilakukan di ruang perawatan Bernadeth III, Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

A. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Untuk mengetahui tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit *Non Hemoragic Stroke*.

2. Tujuan Khusus

   a. Memperoleh pengetahuan dalam melakukan pengkajian pada pasien *Non Hemoragic Stroke*.

   b. Memperoleh pengetahuan dalam merumuskan diagnosa pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*.

   c. Memperoleh pengetahuan dalam menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*

   d. Memperoleh pengetahuan dalam melaksanakan implementasi pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*.

   e. Memperoleh pengetahuan dalam melakukan evaluasi pada pasien dengan *Non Hmeoragic Stroke*.

   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*.

B. Manfaat Penulisan

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

1. Pasien dan keluarga

   Dapat menambah pengetahuan pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah yang dihadapi sehubungan dengan penyakit *Non Hemoragik stroke*.

2. Instansi rumah sakit & perawat

   Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.* Dan dapat dijadikan sebagai pedoman dalam mengajarkan cara merawat pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif.

3. Penulis

   Dapat menambah pengetahuan dan pegalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan.

C. Metode Penulisan

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

1. Studi kepustakaan

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

2. Studi Kasus

   Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan komprehensif (menyeluruh) yang 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 pasien, 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.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana disetiap bab disesuaikan dengan sub bab antara lain :

a. Bab I : Pendahuluan

Dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang , tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

b. Bab II : Tinjauan teoriritis

   Menguraikan tentang konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu, konsep dasar medik, yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, dagnosa keperawatan, penatalaksaan tindan keperawatan dan evaluasi.

c. Bab III : Tinjauan kasus ini, meliputi pengamatan kasus pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

d. Bab IV : Pembahasan kasus

   Merupakan laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek.

e. Bab V Penutup :

   Terdiri dari kesimpulan dan saran

BAB I
PENDAHULUAN

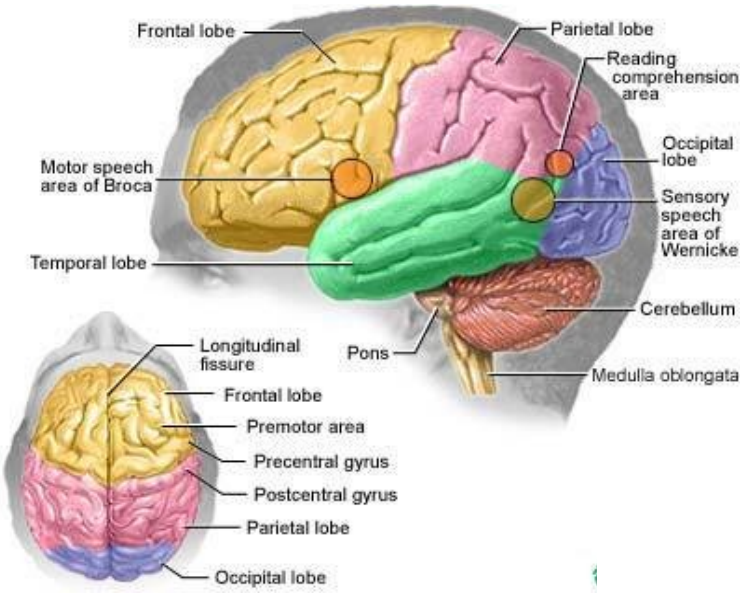
A. Latar Belakang

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

World Stroke Organization (WSO, 2009) menyebutkan bahwa stroke merupakan penyebab utama hilangnya hari kerja dan kualitas hidup yang buruk. Kecacatan akibat stroke tidak hanya berdampak bagi para penyandangnya, namun juga bagi para anggota keluarganya. Stroke merupakan penyakit mematikan nomor 3 di dunia setelah jantung dan kanker, penyebab cacat nomor satu serta menjadi masalah kesehatan yang mendunia dan semakin penting.

Secara global setiap tahun stroke membunuh lebih dari 160.000 penduduk Amerika. Sebanyak 75% pasien stroke di Amerika menderita kelumpuhan dan mengakibatkan kehilangan pekerjaannya. Di Eropa ditemukan kasus stroke sekitar 650.000 kasus setiap tahunnya. Di Inggris, stroke menduduki peringkat ke-3 sebagai pembunuh setelah penyakit jantung dan kanker.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Sumber :

https://www.google.co.id/anatomi+fisiologi+otak.com

A. Sistem Saraf Pusat

a. Otak

Otak dibagi menjadi 3 bagian besar yaitu : cerebrum, batang otak dan cerebelum. Semua berada dalam satu bagian struktur tulang yang disebut tengkorak yang juga melindungi otak dari cedera. Empat tulang yang berhubungan membentuk tulang tengkorak, tulang frontal, parietal, temporal dan oksipitalis. Pada dasar tengkorak terdiri dari tiga bagian fossa-fossa. Bagian fossa anterior berisi lobus frontal serebral bagian hemisfer, bagian tengah fossa berisi lobus parietal, temporal, dan oksipitalis dan bagian fossa posterior berisi batang otak dan medulla spinalis.

a) Meningen (selaput otak)

Bagian bawah tengkorak dan medula spinalis ditutupi oleh tiga meningen. Komposisi meningen

berupa jaringan serabut penghubung yang melindungi, mendukung dan memelihara otak. Meningen terdiri dari Dura meter, Arakhnoid dan Pia meter.

(1) Dura meter merupakan lapisan paling luar yang menutupi otak dan medula spinalis. Durameter merupakan serabut berwarna abu-abu yang bersifat tebal dan tidak elastis.

(2) Arakhnoid merupakan membran bagian tengah yang menyerupai sarang laba-laba yang bersifat tipis dan lembut. Membran ini berwarna putih karena tidak dialiri darah. Pada dinding arakhnoid terdapat pleksus khoroid yang memproduksi cairan cerebrospinal (CSS). Villi mengabsorbsi CSS pada saat darah masuk kedalam sistem (akibat trauma, pecahnya aneurisma dan Stroke) dan akan mengakibatkan sumbatan.

(3) Piameter merupakan membran yang paling dalam berupa dinding yang tipis, transparan yang menutupi otak dan meluas kesetiap lapisan dibawah otak.

b) Cerebrum (otak besar)

(1) Cerebrum terdiri dari dua hemisfer yaitu:

(a) Hemisfer kiri berfungsi untuk kemampuan bicara, bahasa, aritmatika dan fungsi analisis.

(b) Hemisfer kanan berfungsi untuk kemampuan geometrik, penglihatan, membuat pola dan fungsi musikal.

(2) Cerebrum juga memiliki empat lobus yaitu :

(a) Lobus Frontalis yang berfungsi untuk mengontrol perilaku individu, membuat keputusan, kepribadian dan menahan diri.

(b) Lobus Parientalis merupakan lobus sensori yang berfungsi untuk menginterpretasikan sensasi.

Sensasi rasa yang tidak mempengaruhi adalah bau. Lobus parientalis juga mengatur individu mampu mempengaruhi posisi dan letak bagian tubuh.

(c) Lobus Temporalis berfungsi untuk menginterpretasikan sensasi kecap bau dan pendengaran.

(d) Lobus Oksipitalis terletak pada lobus posterior hemifer serebri yang bertanggungjawab menginterpretasikan penglihatan.

c) Brainstem (batang otak)

Batang otak terletak pada fossa anterior yang terdiri dari otak tengah (diansefalon), mesenfalon, pons dan medula oblongata. Mesenfalon menghubungkan pons dan serebelum dengan hemifer serebrum. Bagian ini berisi jalur sensorik dan motorik dan sebagai pusat refleks pendengaran dan penglihatan.

(1) Diansefalon merupakan fossa bagian tengah otak yang terdiri atas talamus, hipotalamus dan kelenjar hipofisis.

(a) Talamus berada pada salah satu sisi sepertiga ventrikel dan aktifitas primernya

sebagai pusat penyambung sensasi bau yang diterima. Semua inpuls memori, sensasi dan nyeri melalui bagian ini.

(b) Hipotalamus terletak pada anterior dan inferior talamus. Hipotalamus berfungsi untuk mengontrol dan mengatur sistem saraf autonom. Hipotalamus juga bekerja sama dengan hipofisis untuk mempertahankan keseimbangan cairan, mempertahankan pengaturan suhu tubuh melalui peningkatan vasokontriksi atau vasodilatasi dan mempengaruhi sekresi hormonal dengan kelenjar hipofisis. Hipotalamus juga sebagai pusat lapar, mengontrol berat badan, pengatur tidur, tekanan darah, perilaku agresif, seksual dan pusat respon emosional.

(c) Kelenjar hipofisis dengan hormon-hormonnya dapat mengontrol fungsi ginjal, prankreas, organ-organ reproduksi, tiroid, organ-organ produksi, tiroid, korteks adrenal dan organ-organ lainnya. Hipofisis lobus anterior memproduksi hormon pertumbuhan, hormon adrenokortikotropik (ACTH), prolaktin, hormon perangsang tiroid (TSH) ,hormon folike (FSH) dan luteinising hormon (LH). Lobus posterior berisi hormon anti diuretik (ADH) yang mengatur sekresi dan retensi cairan pada ginjal.

(2) Mesenfalon

Bagian teratas dari batang otak yang menghubungkan otak besar dan otak kecil. Otak tengah berfungsi dalam mengontrol respon penglihatan, gerakan mata, pembesaran pupil mata dan mengatur gerakan tubuh dan pendengaran.

(3) Pons terletak di depan serebelum antara otak tengah dan medula dan merupakan jembatan antara dua bagian serebelum, dan juga antara medula dan serebrum. Pons berisi jaras sensorik dan motorik. Pons juga berisi pusat-pusat terpenting dalam mengontrol jantung, regulasi pernapasan, tekanan darah, rasa raba, rasa nyeri dan rasa suhu.

(4) Medulla oblongata merupakan serabut-serabut saraf motorik dari otak ke medulla spinalis dan serabut-serabut sensorik dari medula spinalis ke otak.

d) Cerebelum (otak kecil)

Cerebellum terletak di dalam fosa krani posterior dan ditutupi oleh durameter yang menyerupai atap tenda yaitu tentorium yang memisahkannya dari bagian posterior serebrum. Serebelum terdiri dari bagian tengah (vermis) dan dua hemisfer lateral. cerebellum dihubungkan dengan batang otak oleh tiga berkas serabut yang dinamakan pedunkulus. Pedunkulus serebri superior berhubungan dengan mesenfalon. Pedunkulus serebri media menghubungkan kedua hemisfer otak, sedangkan pedunkulus serebri inferior berisi serabut-serabut

traktus spinoserebralis dorsalis dan berhubungan dengan medula oblongata.

Cerebellum terletak pada fossa posterior dan terpisah dari hemisfer serebral, lipatan durameter, tentorium cerebellum. Serebelum mempunyai dua aksi yaitu merangsang, menghambat dan tanggung jawab yang luas terhadap koordinasi, gerakan-gerakan yang halus, mengontrol gerakan yang benar, keseimbangan, posisi dan mengintegrasikan input sensorik.

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

- Uji saraf kranial

N I	: Sensasi terhadap bau-bauan
N II	: Ketajaman penglihatan
NIII,IV,VI	: Mengangkat kelopak mata ke atas, kontraksi pupil, gerakan bola mata kesegala arah, refleks cahaya serta refleks akomodasi.
N V	:
a. Sensorik	: Sensasi pada wajah
b. Motorik	: Gerakan rahang (menggigit dan mengunyah).

N VII	:
a. Sensorik	: Gerakan otot wajah dan ekspresi wajah.
b. Motorik	: Pengecapan, sekkesi air mata dan ludah.
N VIII	: Keseimbangan dan pendengaran
N IX	: Letak uvula (gerakan simetris palatum mole) dan refeks muntah.
N X	: Menelan, refleks muntah, kontraksi faring, gerakan simetris dari dari suara.
N XI	: Gerakan kepala, leher dan bahu.
N XII	: Gerakan pada lidah.

b. Medulla Spinalis

Medulla spinalis merupakan penghubung otak dan saraf perifer. Medula spinalis tersusun dari 33 segmen yaitu 7 segmen servikal, 12 segmen torakal, 5 segmen lumbal, 5 segmen sakral dan 5 segmen kogsigius. Medulla spinalis mempunyai 31 pasang saraf spinal, 8 servikal, 12 torakal, 5 lumbal 5 sakral dan 1 kogsigius.

c. Varkulasi otak

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

darah ke bagian otak, sirkulasi utama tersebut antara lain:

1) Sirkulasi arteri serebri anterior yang memberikan suplai pada sebagian besar kortekx serebri dan massa putih sub kortikal, gangliabasalis, kapsula interna.
2) Sirkulasi arteri serebri posterior memberikan suplai ke korteks oksipital serebri, lobus temporalis medialis, thalamus, dan bagian rostal dari mesenfalon (otak tengah)
   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 dari aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis eksterna memperdarahai wajah, tiroid, lidah, dan faring. Arteri karotis interna sedikit berdilatas tepat setelah percabangan yang dinamakan sinus karotikus, dimana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespons terhadap perubahan tekanan darah arteri, secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak, arteri karotis interna terbagi menjadi dua yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalamika yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular.

      Arteri serebri media menyuplai darah untuk bagian lobus temporalis, parietalis, dan frontalis korteks

serebri dan membentuk penyebaran pada penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

b) Arteri vetebralis

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

3. Klasifikasi

Stroke terbagi menjadi dua bagian yaitu :

a. Hemoragik Stroke

Merupakan perdarahan otak yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadian saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat.

b. Non Hemoragic Stroke (NHS)

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

4. Etiologi Stroke

a. Faktor yang dapat dikontrol (presipitasi)
   1) Hipertensi
   2) Diabetes melitus
   3) Alkohol
   4) Stress
   5) Penyakit jantung (penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongesif dan hipertrofi ventrikel kiri)

b. Faktor yang tidak dapat dikontrol
   1) Usia
   2) Jenis kelamin
   3) Gen
   4) Ras

Dari ke dua faktor di atas maka akan mengakibatkan :

a. Thrombosis serebral (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak) Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis stroke.
   1) Aterosklerosis
      Berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah serta mengerasnya pembuluh darah. Hiperkoagulasi pada polisitemia.
   2) Peningkatan viskisitas/hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebri kerena darah mengental.
   3) Arteritis (radang pada arteri)

b. Embolisme serebral (bekuan darah/material lain yang dibawah ke otak dari bagian tubuh lain). Embolus menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral.

c. Iskemia serebral (Insufisiensi suplai darah ke otak)

Iskemia serebral terjadi karena kontriksi ateroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

5. Patofisiologi

Infark serebri adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombosis, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, thrombus dapat berasal dari plak aterosklerosis, atau darah dapat beku pada area stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi tubulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah.

Trombus mengakibatkan :

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

Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Okulasi pada pembuluh darah serebri oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi

aneurisma pembuluh darah. Hal ini menyebabkan perdarahan serebri, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur aterosklerosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebri yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit serebrovaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falks serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Pembesaran darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kuadatus, thalamus, dan pons. Jika sirkulasi serebri terhambat, dapat berkembang anoksia serebri dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebri dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya adalah henti jantung.

6. Manifestasi klinik

Tanda dan gejala Stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolataral.

a. Kehilangan motorik
   1) Hemiparesis
      Kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama karena lesi pada hemisfer yang berlawanan.
   2) Hemiplegia
      Paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama.

3) Ataksia

Berjalan tidak mantap, tegak, tidak dapat menyatukan kaki, dan perlu dasar berdiri yang luas.

4) Disartria

Kesulitan dalam membentuk kata

5) Disfagia

Kesulitan dalam menelan

b. Kehilangan komunikasi

1) Disartria

Kesulitan dalam berbicara yaitu : bicara yang sulit dimengerti karena paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.

2) Disfasia/afasia

Bicara defektif atau kehilangan bicara terutama ekspresi (tidak dapat membentuk kata yang dipahami) atau reseptif (tidak mampu memahami kata yang dibicarakan).

3) Apraksia

Ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

4) Gangguan persepsi

(a) Kesemutan pada bagian tubuh dan kesulitan dalam propiosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh).

(b) Penurunan lapang pandang dan penglihatan ganda (diplopia).

(c) Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi yang menyebabkan pasien ini menghadapi masalah frustasi dalam program rehabilitasi mereka.

(d) Disfungsi kandung kemih

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

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Computerizd Tomografi Scaning (CT Scan) : Mengetahui area infark, hemoragic dan membedakan antara hemoragic dan Non hemoragic.
b. Magnetik Resonance Imaging (MRI) : Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragic, dan malformasi arteriovena.
c. Elektro Encephalografi (EEG) : Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
d. Angiografi Serebral : Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
e. Sinar X tengkorak : Mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada thrombosis cerebral.
f. Pungsi Lumbal : Menunjukan adanya tekanan normal, jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukan hemoragic subarachnoid atau perdarahan intrakranial. Kontraindikasi pada peningkatan tekanan intrakranial.
g. Brain Plan untuk mengetahui adanya infark, hemoragic, hematoma dan malformasi dari arteri dan vena.

8. Penatalaksanaan Medik

a. Terapi umum

Tekanan darah harus diturunkan sampai tekanan darah prenobid atau 15-20 % bila tekanan sistole > 180 mmHg dan diastol > 120, MAP 130 mmHg dan volume hematoma bertambah. Bila terdapat gagal jantung, tekanan darah harus diturunkan. Jika didapatkan peningkatan tekanan intrakranial posisi kepala dinaikan pada posisi 30º, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tempat tidur setiap 2 jam, mobilisasai dimulai bertahap bila *hemodynamic* sudah stabil. Pemberian cairan manitol 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan.

b. Terapi khusus

Ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian *antiplatelet* seperti aspirin dan antikoagulan, atau yang dianjurkan dengan trombilitik rt-PA (*recombinant tissue Plasminogen Activator).* Dapat juga diberi agen neuroproteksi, yaitu citicolin atau pirasetam (jika didapatkan afasia).

9. Komplikasi Stroke Secara Umum

a. Peningkatan Tekanan Intrakranial

Tekanan intrakranial merupakan kumpulan sejumlah volume darah intrakranial dan cairan serebrospinal di dalam tengkorak.

b. Herniasi Otak

Apabila jaringan otak bergeser dari daerah tekanan tinggi ke tekanan rendah maka akan terjadi herniasi otak.

c. Gagal Napas

Salah satu gejala dari stroke adalah penurunan kesadaran, yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas karena

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

d. Distrimia Jantung

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

e. Malnutrisi

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implemnentasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol, merokok. Hipertensi atrial sehubungan dengan adanya embolisme.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, tenggorokan, disfagia adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah. Kesulitan menelan, obesitas, dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

c. Pola eliminasi

Perubahan pada pola berkemih seperti inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan) dan bising usus negative (ileusparalitik).

d. Pola aktivitas dan latihan

Merasa kesulitan untuk melkukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplagia), merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat. Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum gangguan penglihatan, dan gangguan kesadaran.

e. Pola tidur dan istirahat

Susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot). Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan teganggan pada otot.

f. Pola persepsi sensorik dan kognitif

Sinkope atau pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat dengan adanya perdarahan intraserebral, subaraknoid, kelemahan, kesemutan (biasanya terjadi selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain).

Status mental atau tingkat kesadaran biasa terjadi koma pada tahap awal hemoragic.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Perasaan putus asa. Emosi yang berlebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesame

Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi. Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungki afasia motoric (kesulitan untuk mengungkapkan kata).

i. Pola reproduksi dan seksusalitas

Tidak adanya gairah seksual. Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

j. Mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Perasaan tidak berdaya, putus asa. Emosi yang berlebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. Diagnosa keperawatan

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

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul (NANDA).

a. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan faktor risiko gangguan suplai darah ke otak.
b. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, kurusakan persepsi atau tingkat kesadaran.
c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot.
d. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan pada pusat sensori, transmisi, integrasi stress psikologis (penyempitan lapang pandang).
e. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskular, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh, gangguan fungsi kognitif.

3. Intervensi dan rasional

a. Risiko ketidakefktifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan faktor risiko hipertensi

   Tujuan : mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif dan motorik/sensorik

   Kriteria evaluasi :

   1) Mempertahankan tingkat kesadaran biasanya atau membaik

2) Mendemonstrasikan tanda vital stabil dan tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK

Intervensi :

1) Kaji dan monitor tanda-tanda vital

R/ : Hipertensi akut, berat atau kronis memicu spasme serebrovaskular dan stroke. Tekanan darah rendah atau hipotensi berat menyebabkan perfusi otak tidak adekuat, dengan perubahan kesadaran/status mental yang merugikan.

2) Kaji tingkat kesadaran dan orientasi

R/ : Penurunan kesadaran dapat mempengaruhi keadaan pasien

3) Kaji penglihatan kabur, ketajaman penglihatan, dan sakit kepala

R/ : Gangguan penglihatan spesifik mencerminkan daerah otak yang tertekan, mengindikasi keamanan yang harus mendapat perhatian dan mempengaruhi intervensi yang akan dilakukan.

4) Ukur bentuk, kesimetrisan dan reaksi pupil

R/ : Reaksi pupil diatur oleh saraf kranial oculomotor (III) dan berguna dalam menentukan apakah batang otak tersebut masih baik. Ukuran dan kesamaan pupil ditentukan oleh keseimbangan anatara persyarafan simpatis dan parasimpatis yang mempersyarafinya.

5) Pantau peningkatan tekanan intrakranial

R/ : Adanya peningkatan pada tekanan intrakranial dapat mempengaruhi tingkat kesadaran pasien.

6) Tinggikan posisi kepala tempat tidur 15-45 derajat

R/ : Berbagai penelitian menunjukkan respon perfusi yang berbeda terhadap posisi kepala tempat tidur, namun menunjukkan bahwa perfusi serebral

berkurang jika kepala tempat tidur ditinggikan lebih dari 30 derajat.

7) Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman

R/ : Aktivitas/stimulasi yang kontineu dapat meningkatkan TIK. Istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk pencegah terhadap perdarahan dalam kasus stroke, hemoragic/perdarahan lainnya.

8) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat diuretik (manitol)

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

b. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler atau perseptual.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 2-3 hari diharapkan pasien mampu menunjukkan status menelan yang dibuktikan dengan indikator gangguan ringan sampai tidak ada gangguan dengan kriteria hasil :

a. Mampu mempertahankan makanan di dalam mulut
b. Menoleransi ingesti makanan sampai tersendak atau aspirasi
c. Tidak ada kerusakan otak tengkorak atau otot wajah, menelan, menggerakkan lidah atau refleks muntah.

Intervensi :

1) Bantu pasien dengan mengontrol kepala

R/ : Menetralkan hipertensi, membantu mencegah aspirasi dan meningkatkan kemampuan untuk menelan.

2) Letakkan pasien pada posisi duduk atau tegak selama makan dan sesudah makan.

R/ : Menggunakan gravitasi untuk memudahkan proses menelan dan menurunkan risiko terjadinya aspirasi.

3) Letakkan makanan pada daerah mulut yang tidak terganggu.

   R/ : Memberikan stimulasi sensori yang dapat mencetuskan usaha utnuk menelan dan meningkatkan pemasukan.

4) Sentuh bagian pipi dalam dengan spatel lidah atau tempatkan es untuk mengetahui adanya kelamahan lidah.

   R/ : Dapat meningkatkan dan kontrol lidah (penting untuk menelan) dan menghambat jatuhnya lidah.

5) Berikan makanan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang.

   R/ : Pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makanan tanpa adanya distrasi ataupun gangguan dari luar.

6) Anjurkan pasien menggunakan sedotan untuk minum cairan.

   R/ : Menggunakan ototy pasial dan menelan dan menurunkan risiko terjadinya tersendak.

7) Anjurkan orang terdekat untuk membawakan makanan kesukaan pasien.

   R/ : Menstimulasi upaya makan dan meningkatkan kemampuan untuk menelan.

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

   Tujuan : Mempertahankan posisi optimal dari fungsi yang dibuktikan oleh tidak adanya kontraktur, mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot.

Kriteria evaluasi :

1. Kemampuan untuk berjalan, dari satu tempat ke tempat lain, secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
2. Kemampuan untuk mempertahankan keseimbanagan tubuh
3. Rentang gerak sendi aktif dengan gerakan atas inisiatif sendiri
4. Kemampuan tulang utnuk menyokokng tubuh dan memfasilitasi pergerakan

Intervensi :

1) Kaji kemampuan mobilitas pasien dan kaji kekuatan otot
   R/ : Mengidentifikasi kekuatan dan deficit
2) Berikan penguatan positif selama beraktvitas
   R/ : Untuk mendorong kelanjutan upaya dan meningkatkan kemandirian klien
3) Ajarkan dan bantu pasien dalam proses berpindah
   R/ : Meningkatkan kemandirian dan gerakan dengan maksud tertentu
4) Ubah posisi pasien setiap 2 jam sekali
   R/ : Untuk meningkatkan sirkulasi kejaringan, mengurangi iskemik jaringan
5) Ajarkan pasien bagaimana menggunakan postur tubuh yang benar pada saat melakukan aktivitas
   R/ : Untuk mencegah cedera pada klien dan pemberi asuhan
6) Ajarkan pasien latihan ROM aktif dan pasif
   R/ : Untuk memperbaiki tonus dan kekuatan otot, serta meningkatkan stamina dan daya tahan.

d. Gangguan persepsi-sensori berhubungan dengan gangguan pada pusat sensori, transmisi, integrasi, stress psikologis.

Tujuan : Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi perceptual.

Kriteria evaluasi :

1. Dapat berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan
2. Memperlihatkan pengaturan pikiran yang logis
3. Menginterpretasikan gagasan yang dikomunikasikan oleh orang lain secara benar
4. Mengompensasi defisit sensori dengan memaksimalakan indra yang tidak rusak

Intervensi :

1) Evaluasi adanya gangguan penglihatan. Catat adanya penurunan lapang pandang, perubahan ketajaman persepsi, adanya pandangan ganda.

   R/: Munculnya gangguan penglihatan dapat berdampak negatif terhadap kemampuan pasien untuk menerima lingkungan dan mempelajari kembali keterampilan motorik dan meningkatkan risiko terjadinya cedera.

2) Dekati pasien dari daerah penglihatan yang normal. Biarkan lampu menyala, letakkan benda dalam jangkauan lapang penglihatan yang normal.

   R/: Pemberian pengenalan terhadap adanya orang atau benda dapat memebantu masalah persepsi, mecegah pasien dari terkejut.

3) Ciptakan lingkungan yang sederhana, pindahkan perabot yang membahayakan.

   R/: Membatasi jumlah stimulasi penglihatan yang mungkin dapat menimbulkan kebingungan terhadap

interpretasi lingkungan, menurunkan risiko terjadinya kecelakaan.

4) Bicara dengan tenang, perlahan dengan menggunakan kalimat pendek. Pertahankan kontak mata.

   R/: Pasien mungkin mengalami keterbatasan dalam rentang perhatian atau masalah pemahaman. Tindakan ini dapat membantu pasien untuk berkomunikasi.

5) Lakukan validasi terhadap persepsi pasien. Orientasikan kembali pasien secara teratur pada lingkungan, staf dan tindakan yang akan dilakukan.

   R/: Membantu untuk mengidentifikasi ketidakkonsistenan dari persepsi dan intgritas stimulus dan mungkin menurunkan distorsi persepsi realitas.

e. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskular, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh, gangguan fungsi kognitif.

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

   Kriteria evaluasi :

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

Intervensi :

1) Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu

   R/ : Kemampuan klien menggunakan alat bantu akan mempermudah dalam pemenuhan kebutuhan hygiene pasien.

2) Kaji membran mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari.

   R/ : Dapat memberi gambaran untuk intervensi yang dibutuhkan dan tingkat kemampuan pasien dalam perawatan diri (mandi).

3) Bantu pasien dalam perawatan diri (mandi)

   R/ : Mempermudah pasien dalam melakukan perawatan diri (mandi).

4) Ajarkan pasien/keluarga penggunanaan metode alternatif untuk mandi.

   R/ : Meningkatkan pengetahuan pasien/keluarga dalam memandikan pasien yang mengalami kelemahan otot.

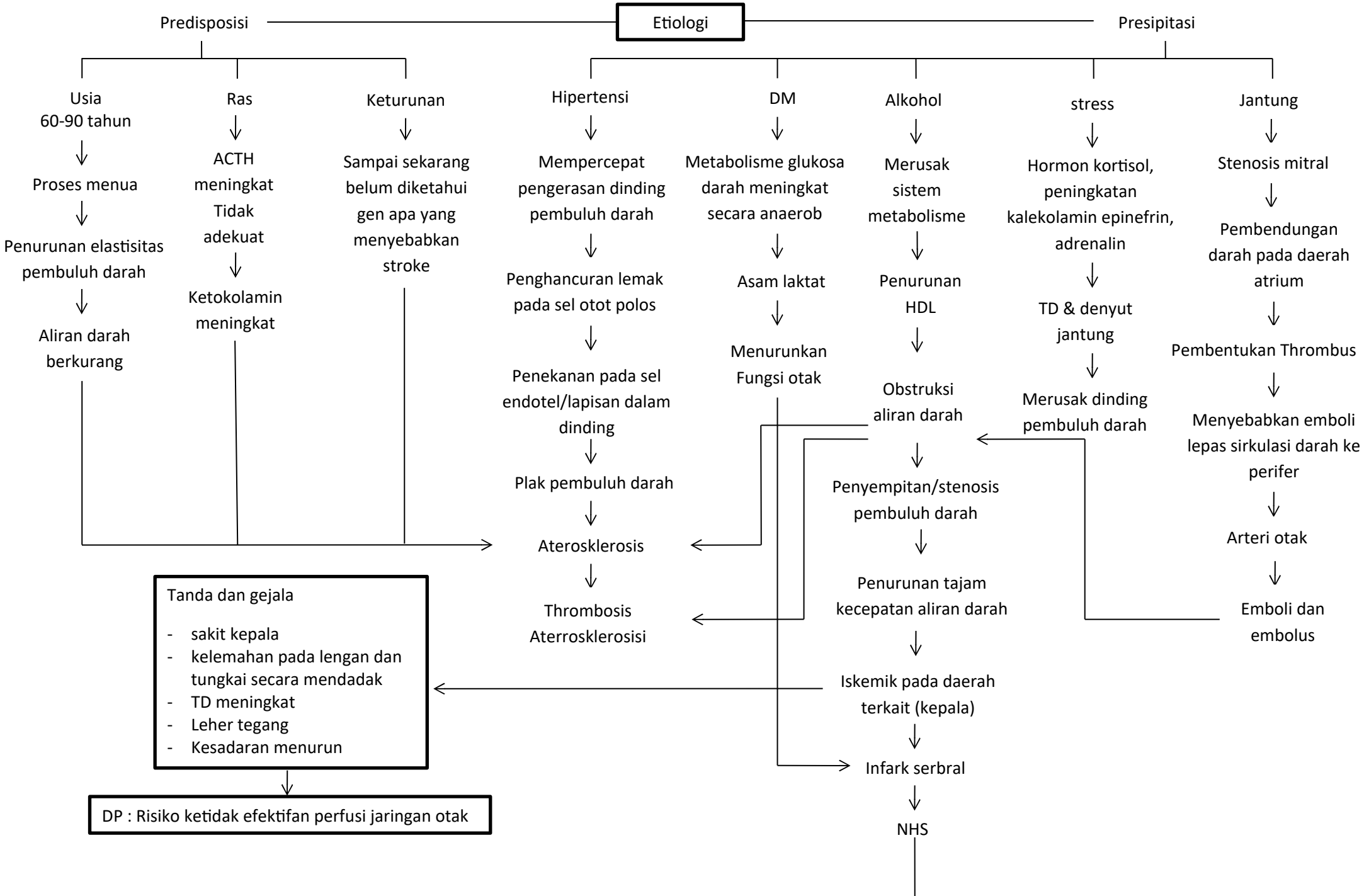
5) Hindari melakukan sesuatu yang dapat dilakukan sendiri oleh pasien tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan.

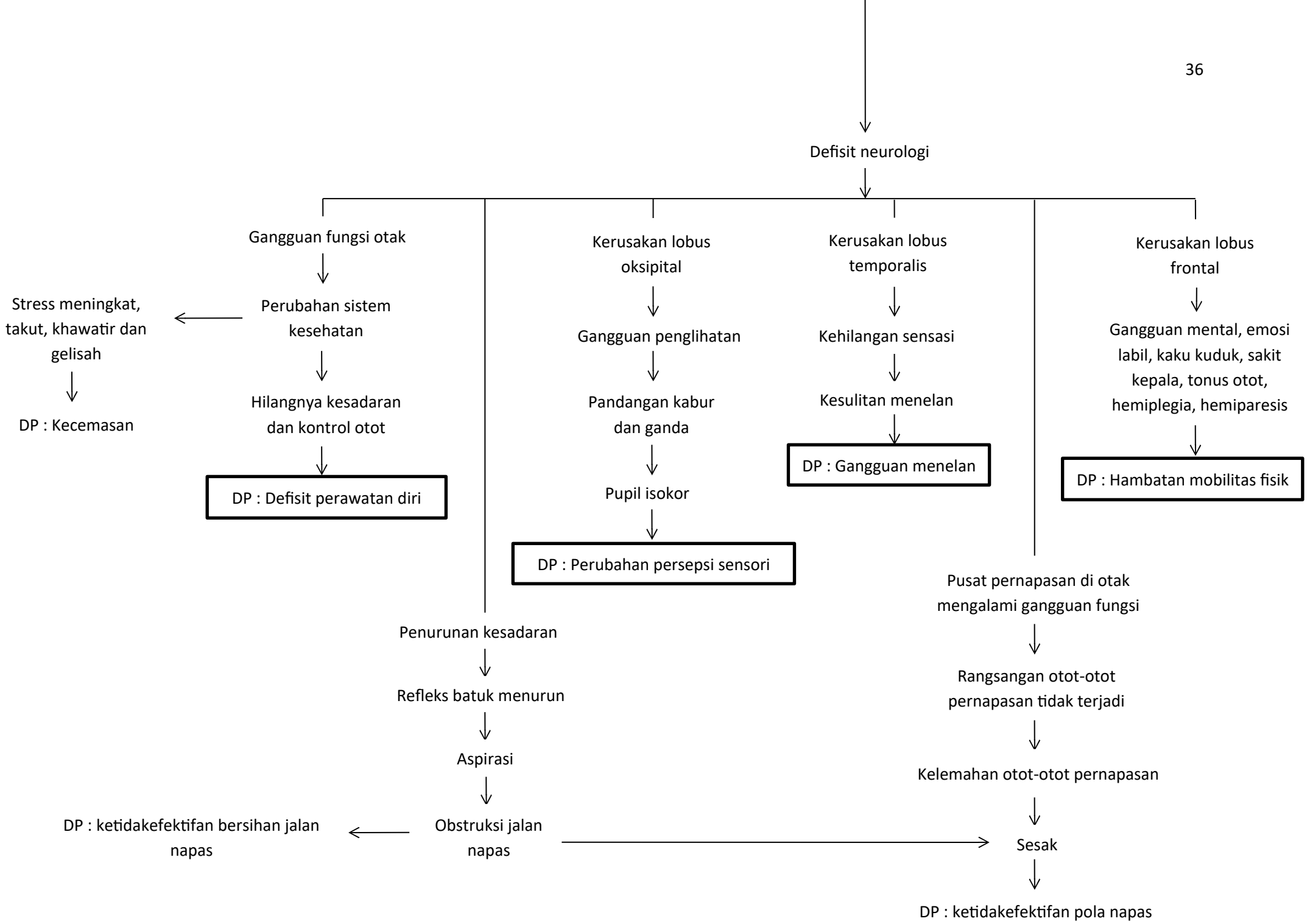
   R/ : Meningkatkan kemampuan aktivitas mandiri pasien, harga diri dan peran diri pasien sehari-hari.

4. Perencanaan pulang *(Discharge Planning)*

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

a. Motivasi klien agar tetap bersemangat dalam latihan fisik ROM pasif/aktif.
b. Perbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur di rumah.
c. Jangan menghentikan atau mengubah dan menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter.
d. Periksa tekanan darah secara teratur.
e. Menjaga pola makan : makanan yang dikonsumsi (mengurangi atau menghindari makanan tinggi lemak, tinggi garam, yang mengandung MSG, alkohol, dan merokok).


Predisposisi
Etiologi
Presipitasi
Usia 60-90 tahun
Proses menua
Penurunan elastisitas pembuluh darah
Aliran darah berkurang
Ras
ACTH meningkat Tidak adekuat
Ketokolamin meningkat
Keturunan
Sampai sekarang belum diketahui gen apa yang menyebabkan stroke
Hipertensi
Mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah
Penghancuran lemak pada sel otot polos
Penekanan pada sel endotel/lapisan dalam dinding
Plak pembuluh darah
DM
Metabolisme glukosa darah meningkat secara anaerob
Asam laktat
Menurunkan Fungsi otak
Alkohol
Merusak sistem metabolisme
Penurunan HDL
stress
Hormon kortisol, peningkatan kalekolamin epinefrin, adrenalin
TD & denyut jantung
Merusak dinding pembuluh darah
Jantung
Stenosis mitral
Pembendungan darah pada daerah atrium
Pembentukan Thrombus
Menyebabkan emboli lepas sirkulasi darah ke perifer
Arteri otak
Emboli dan embolus
Aterosklerosis
Thrombosis Aterrosklerosisi
Obstruksi aliran darah
Penyempitan/stenosis pembuluh darah
Penurunan tajam kecepatan aliran darah
Iskemik pada daerah terkait (kepala)
Infark serbral
NHS
Tanda dan gejala
- sakit kepala
- kelemahan pada lengan dan tungkai secara mendadak
- TD meningkat
- Leher tegang
- Kesadaran menurun
DP : Risiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak


Defisit neurologi
Gangguan fungsi otak
Perubahan sistem kesehatan
Stress meningkat, takut, khawatir dan gelisah
DP : Kecemasan
Hilangnya kesadaran dan kontrol otot
DP : Defisit perawatan diri
Kerusakan lobus oksipital
Gangguan penglihatan
Pandangan kabur dan ganda
Pupil isokor
DP : Perubahan persepsi sensori
Kerusakan lobus temporalis
Kehilangan sensasi
Kesulitan menelan
DP : Gangguan menelan
Kerusakan lobus frontal
Gangguan mental, emosi labil, kaku kuduk, sakit kepala, tonus otot, hemiplegia, hemiparesis
DP : Hambatan mobilitas fisik
Penurunan kesadaran
Refleks batuk menurun
Aspirasi
Obstruksi jalan napas
DP : ketidakefektifan bersihan jalan napas
Pusat pernapasan di otak mengalami gangguan fungsi
Rangsangan otot-otot pernapasan tidak terjadi
Kelemahan otot-otot pernapasan
Sesak
DP : ketidakefektifan pola napas

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Stroke adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan (*Ischemic stroke)* atau perdarahan (*hemoragic stroke*). (Sheria Puspita Arum, 2015)

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang di akibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, biasanya merupakan akumulasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun. Stroke merupakan sindrom klinis yang timbulnya mendadak, progresif cepat, serta berupa defisit neurologis lokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih. Selain itu, juga bisa langsung menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non-traumatik. (Mansjoer, 2000). *Non Hemoragic Stroke* (NHS) adalah kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak mencukupi yang disebabkan oleh penggumpalan darah, sehingga pada akhirnya jaringan sel-sel otak didaerah tersebut mati dan tidak berfungsi lagi. (Smeltzer, 2001).

Berdasarkan definisi di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa stroke adalah gangguan sirkulasi atau gangguan 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.

Setelah dilakukan pengkajian, diagnosa yang dapat diangkat untuk melaksanakan askep selama 3 hari adalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak, hambatan mobilitas fisik dan ketidakpatuhan. Intervensi dilakukan selama 3 hari dengan evaluasi akhir :

Diagnosa I belum dapat teratasi karena pasien masih merasakan sakit kepala dan tegang pada leher. Diagnosa II dapat sedikit teratasi dilihat dari pasien mampu melakukan sedikit pergerakan dengan mengangkat tangan setinggi ± 30º dan mampu menahan sedikit tekanan. Diagnosa III dapat teratasi karena pasien dapat minum obat sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh perawat.

A. Pengkajian

Yang Mengkaji: Andini	NIM: E1514401005

Unit	: Bernadeth III B	Autoanamnese	: ✓
Kamar	: 367²	Alloananmnese	: ✓
Tgl masuk RS	: 18 April 2018		
Tgl pengkajian	: 19 April 2018		

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial	: Ny. L
Umur	: 65 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Janda
Jumlah anak	: 3 (Tiga)
Agama/suku	: Katolik
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat rumah	: Jl. Makmur No. 2 Karuwisi

b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. S
Umur	: 39 Tahun
Alamat	: Jl. Landak Baru no. 52
Hubungan dengan pasien	: Anak

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Hipertensi berat

Saat pengkajian : Non Hemoragick Stroke (NHS)

3. Pemeriksaan laboratorium dan terapi

a. Pemeriksaan laboratorium

1) Darah runtin

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

2) Elektrolit

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan
Natrium	138	136 – 145	mmol/L
Kalium	**4.6 ***	3.4 – 4.5	mmol/L
Chlorida	104	100 -108	mmol/L

b. CT Scan kepala

Pemeriksaan Ct scan kepala axial tanpa kontras : Kontur kepala dan soft tissue normal. Tulang intak, tampak penonjolan pada os. Frontalis bulging ke arah intracranial. Subclavikula cranii tak tampak lesi patologik. Cortical sulci & fissura sylvian normal. Fissura interhemisfer di midline. Lesi hipodens 19,33 HU pada white matter lobus frontalis kiri. Lesi hipodens kecil pada thalamus kanan. Pons dan cerebellum densitas normal. Tak tampak pergeseran garis tengah atau mass effect. Ventrikel dan cysterna normal. CPA, Sela & parasela normal. Sinus paranasalis dan aircells mastoid bersih.

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

c. Terapi medis

1) Citicolin 250mg/12jam/IV
2) Dexamethasone 0,5mg/6jam/IV
3) Micardis 80mg/2x1/oral
4) Methylprednisolon 8jam/IV
5) Condesartan 16mg/1x1/oral
6) Bisoprolol 1x½(5mg)/oral
7) Omeprasole 20mg/12jam/IV
8) Zyfort 3ml/12jam/IV

4. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan : Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, terpasang infus RL 300 cc (20 tetes/menit) pada tangan kanan pasien dan pasien mengalami kelemahan pada tubuh bagian sebelah kiri.

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran:

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 220/140 mmHg

MAP : 166 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,7°C di ☐ Oral ☑ axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 20 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokesa

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 89 x/menit

Irama: ☑ Teratur ☐ Tachikardi ☐ Bradichardi

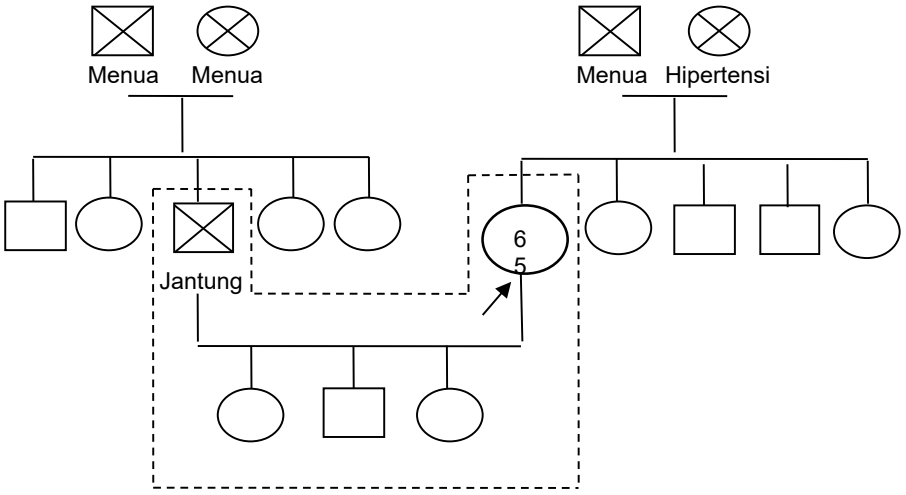
☐ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

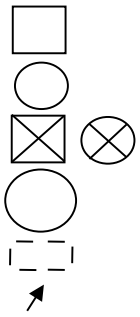
1. Lingkar lengan atas : 32cm
2. Tinggi badan : 160 cm
3. Berat badan : 60 kg
4. IMT : 23 kg/m²

Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram



Keterangan :



: Pria Normal

: Wanita Normal

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

5. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelumnya Ia tidak memperhatikan kesehatannya namun sejak sakit pasien mulai sadar bahwa kesehatan itu sangat penting. Pasien mengatakan Ia menderita hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu dan anak pasien mengatakan pasien mengkonsumsi obat hipertensi

(*micardis)* setiap hari namun tadak rutin/tidak patuh karena pasien lupa minum obat dan terkadang pasien minum obat namun tetap saja memakan makanan yang asin dan makanan yang berbahan daging seperti bakso dan sate. Pasien mengatakan Ia sangat suka makan daging-dagingan dan jarang makan sayur. Pasien mengatakan akhir-akhir ini pasien sering merasa tegang pada leher dan keram pada tangan dan kaki sebelah kirinya.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama : Nyeri kepala disertai dengan kelemahan pada badan sebelah kiri.

b) Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan Ia merasa nyeri kepala disertai dengan tegangnya leher sejak seminggu sebelum masuk rumah sakit. Nyeri kepala tersebut dirasakan semenjak pasien selesai makan bakso. Nyeri kepala kepala disertai tegang pada leher, nyeri dirasakan menetap, dengan istirahat tidak berkurang rasa nyerinya, dan tiba-tiba pasien mengalami lemah pada tubuh sebelah kiri (tidak bisa digerakkan) dan bibir miring ke kiri sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit. Saat ini, pasien masih nyeri kepala, hilang timbul, skala nyeri 4, kelemahan anggota tubuh sebelah kiri dan bibir miring ke kiri. Pemenuhan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Pasien mengatakan sebelumnya (± 1 tahun yang lalu) Ia pernah dirawat dirumah sakit selama 5 hari karena penyakit hipertensinya.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

   Pasien mengatakan ibu pasien dan 2 orang saudaranya juga menderita penyakit hipertensi dan suami pasien meninggal karena penyakit jantung.

5) Pemeriksaan fisik:

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

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

   Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari dengan menu makanan seperti ikan, ayam, sate, bakso, mie yang dihabiskan sebanyak 1 porsi/1 piring dan ditamabah dengan makan tambahan seperti roti, biskuit, dan buah-buahan. Pasien mengatakan sbelum sakit biasanya pasien minum ± 7-8 gelas air putih dan segelas teh dipagi hari. Pasien mengatakan sebelum sakit Ia sangat suka makan makanan yang asin dan daging-dagingan serta pasien jarang makan sayur.

2) Keadaan sejak sakit:

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien makan 3x sehari dengan menu makan yang disediakan oleh rumah sakit dan

dimakan sebanyak 1 porsi. Tidak ada penurunan nafsu makan hanya saja pasien mulai menjaga pola makannya dengan mengurangi asupan garam di dalam makanannya serta mengurangi daging-dagingan. Khusus untuk makanan yang dibawa dari rumah oleh keluarga.

3) Observasi:

Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makannya dan minum 1 gelas air putih (± 220 ml) dan tampak pasien meghabiskan ½ buah pisang.

IMT : 23 (barat badan normal)

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak rambut beruban dan tidak berbau.
b) Hidrasi kulit : Kembali dalam 2 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema/tidak anemik
d) Sclera : Tidak ikterik
e) Hidung : Tampak septum ada di tengah
f) Rongga mulut : Tampak bersih
Gusi : Tidak tampak peradangan
Gigi palsu : Tidak ada
g) Gigi : Tampak bersih dan berlubang
h) Kemampuan mengunyah keras : Pasien tidak mampu mengunyah keras.
i) Lidah : Tampak bersih dan tidak ada sariawan
j) Pharing : Tidak tampak peradangan
k) Kelenjar getah bening : Tidak tampak pembesaran
l) Kelenjar parotis : Tidak tampak pembesaran

m) Abdomen :

- Inspeksi : Simetris antar kiri dan kanan
- Auskultasi : Peristaltik usus 5x/menit
- Palpasi : Tidak ada nyeri dan tidak ada benjolan
- Perkusi : ☐ asites ☐ positif ☐ negatif

n) Kulit

- Edema : ☐ positif ☑ negatif
- Ikterik : ☐ positif ☑ negatif
- Tanda – tanda radang : Tidak ada tanda-tanda peradangan

o) Lesi : Tidak tampak adanya lesi

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien BAB lancar ± 1-2x dalam sehari dan BAK normal 5-6x sehari, urine tidak berbau dan berwarna kuning.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan pasien BAK normal 5-6x sehari, urin tidak berbau dan berwarna kuning.

Pasien juga mengatakan (2 hari yang lalu) pasien belum BAB. Pasien mengatakan Ia risih bila harus BAB dipampers.

3) Observasi :

Tampak pasien kesusahan saat mengeluarkan fesesnya saat diantar ke kamar mandi oleh perawat dan anaknya.

Tampak urine berwarna kuning dan tidak berbau.

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 5x/menit

b) palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong

c) nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif

d) mulut uretra : Tidak dikaji

e) anus:

- peradangan : Tidak ada
- Hemoroid : Tidak ada
- Fistula : Tidak ada

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan bisa berjalan jauh tanpa bantuan orang lain dan bisa melakukan aktivitasnya sebeagai ibu rumah tangga dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan badan sebelah kirinya terasa lemah dan susah untuk digerakkan sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya sendiri dan tidak dapat lagi berjalan normal sehingga pasien harus dibantu oleh orang lain.

3) Observasi :

Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur dan tampak pasien tidak dapat menahan tekanan pada tangan kirinya ketika perawat meminta pasien untuk mengangkat tangannya. Tampak pasien dibantu oleh anaknya dan perawat saat ingin duduk. Tampak saat duduk pasien miring ke kiri.

a) Akitivitas harian :

- Makan : 2
- Mandi : 2

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

- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 2
- Mobilisasi ditempat tidur : 2

b) Postur tubuh : Tidak dikaji kerena pasien tidak dapat berdiri sendiri

c) Gaya jalan : Tidak dikaji kerena pasien tidak dapat berdiri sendiri

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) JVP : 5-2 cmH2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

b) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali dalam 3 detik

c) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi :

  Bentuk thorax : Simetris antar kiri dan kanan

  Sianosis : Tidak ada

  Stridor : Tidak ada

- Palpasi :

  Vocal fremitus : Getaran paru kiri dan kanan sama

- Perkusi : ☑ sonor ☐ redup ☐ pekak.
- Auskultasi :

  Suara napas : Vesikuler

  Suara ucapan : Sama kedua lapang paru

  Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

d) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi :

  Ictus cordis : Teraba pada ICS V mid-clavikularis sinistra

- Perkusi :

  Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

  Batas bawah jantung : ICS V linea mid-clavikularis sinistra

  Batas kanan jantung : ICS II linea mid-sternalis dekstra

  Batas kiri jantung : ICS V linea mid-clavikularis sinistra

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Tunggal pada ICS II linea sternalis dekstra

  Bunyi jantung II P : Tunggal pada ICS III linea sternalis sinistra

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

  Bunyi jantung I M : Tunggal pada ICS V linea midklavikularis sinistra

  Bunyi jantung II irama gallop: Tidak ada

Murmur : Tidak ada

HR : 92x/menit

Bruit : Aorta :

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

e) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif
- Rentang gerak : Terbatas pada kaki dan tangan kiri karena mengalami kelemahan
- Kaku sendi : Tidak ada
- Uji kekuatan otot :

	kanan	kiri
Tangan	5	3
Kaki	5	3

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak namun tidak mampu menahan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya grafitasi namun dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi : Bicep (+,-), Tricep (+,-), Patella (+,-)
- Refleks patologi : Negatif

Babinski Kiri : ☑ positif ☐ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

- Clubbing jari-jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada

Columna vertebralis :

- Inspeksi : Tidak ada kelainan bentuk
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Kaku kuduk : Tidak ada

a) Tekanan darah :

Berbaring : 220/140 mmHg

Duduk : -

Berdiri : -

b) HR : 92x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki masalah dengan pola tidurnya, pasien tidur malam pukul 21.00 – 05.00 dan sering tidur siang ± 2 jam. Pasien menyukai tidur dengan suasana gelap.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak berada dirumah sakit pasien merasa tidurnya terganggu dan pasien sangat susah untuk memulai tidurnya. Pasien juga mengatakan Ia sering terbangun dari tidurnya.

3) Observasi :

Tampak pasien menguap.

Ekspresi wajah mengantuk	:	✓	positif		negatif
Banyak menguap	:	✓	positif		negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:		positif	✓	negative

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit Ia tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun alat bantu penglihatan (kacamata).

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit Ia tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun alat bantu penglihatan (kacamata).

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan dan pasien mampu membaca Id card perawat dengan jarak ± 20 cm.

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

- Cornea : Tampak jernih
- Pupil : Isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan Intra Okuler (TIO) : Sama antar kiri dan kanan

b) Pendengaran :
   - Pina : Simetris antar kiri dan kanan
   - Kanalis : Tidak tapak serumen
   - Membran timpani : Tampak memantulkan cahaya

g. Pola persepsi dan konsep diri
   1) Keadaan sebelum sakit :
      Pasien mengatakan Ia menyukai dan menyayangi semua nggota keluarganya dan pasien merupakan anak pertama dari 7 bersaudara.
   2) Keadaan sejak sakit :
      Pasien mengatakan Ia merasa bosan di rumah sakit dan ingin cepat pulang ke rumah.
   3) Observasi :
      a) Kontak mata : Mata pasien tertuju pada perawat
      b) Rentang perhatian : Perhatian penuh
      c) Suara dan cara bicara : Pasien dapat menjawab dengan baik pertanyaan dari perawat namun kadang kata-kata pasien tidak jelas.
      d) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tidak dapat berdiri sendiri.
   4) Pemeriksaan fisik :
      a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
      b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tidak dapat berdiri sendiri.

c) Kulit : Tidak ada lesi pada kulit pasien.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan Ia mempunyai 3 orang anak dan 1 anak angkat, pasien mengatakan Ia tinggal bersama anak angkatnya dan suami pasien telah meninggal dunia karena penyakit jantung.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan Ia merasa sepi karena ketiga anaknya berada diluar kota dan pasien hanya dijaga oleh anak angkatnya saja.

3) Observasi :

Tampak pasien dijaga oleh anak angkatnya dan tampak pasien dijenguk oleh teman-temannya

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan Ia sudah manopouse sejak ± 10 tahun yang lalu dan pasien mengatakan tidak ada gangguan pada sistem reproduksi dan seksualitasnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada sistem reproduksi dan seksualitasnya.

3) Observasi :

Tidak dikaji karena pasien menolak.

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dikaji karena pasien menolak.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bila Ia memiliki masalah Ia pasti bicarakan bersama keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan Ia sedikit cemas dengan keadaannya sekarang karena Ia tidak dapat lagi melakukan aktivitasnya dengan baik, tetapi pasien merasa lega karena anaknya selalu mendampingi pasien.

3) Observasi : -

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit Ia rajin berdoa dan ke gereja mengikuti ibadah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan walaupun Ia sakit Ia tetap rajin berdoa namun Ia mengatakan Ia tidak lagi dapat ke gereja karena tidak kuat berjalan sendirian sehingga pasien biasanya hanya berdioa di rumah.

3) Observasi :

Tampak pasien berdoa sebelum makan dan tampak pasien menggunakan rosario.

6. Uji Saraf Cranial

A. N I : Mampu menghidu kopi dengan mata tertutup
B. N II : Mampu membaca dengan jarak ± 20 cm
C. N III,IV,VI : Mampu menggerakkan bola mata ke segala arah dan refleks pupil mengecil saat diberi cahaya (penlight)
D. N V :
   - Sensorik : Dapat merasakan sentuhan kapas di dahi
   - Motorik : Penurunan kemampuan mengunyah, teraba otot masester tetapi kontraksinya lemah.
E. N VII :
   - Sensorik : Mampu mengenal rasa manis
   - Motorik : Pasien mampu mengangkat alis dan tersenyum, wajah tertarik ke bagian sisi kiri
F. N VIII :
   - Sensorik : Tidak dikaji karena pasien tidak dapat berdiri
   - Motorik : Mampu mendengarkan gesekan jari tangan perawat

G. N IX : Uvula berada di tengah
H. N X : Kemampuan menalan baik
I. N XI : Mampu mengangkat bahu tetapi lemah pada sisi kiri
J. N XII : Mampu menjulurkan lidah ke depan dan mampu mendorong pipi dengan lidah ke kiri dan kanan namun lemah pada sisi kiri

7. Analisa data

Nama/Umur : Ny.L / 65 th
Unit/Kamar : Bernadeth III B / 362²

Data	Etiologi	Masalah
Data subjektif : - Pasien mengatakan pasien sudah lama menderita penyakit hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu dan anak pasien mengatakan pasien mengkonsumsi obat hipertensi (*micardis)* setiap hari. - Pasien mengatakan akhir-akhir ini pasien sering merasa tegang pada leher dan keram pada tangan dan kaki sebelah kirinya. - Pasien mengatakan la merasa nyeri disertai dengan tegangnya leher sejak seminggu sebelum masuk rumah sakit. - Nyeri kepala kepala disertai tegang pada leher, nyeri dirasakan menetap, dengan istirahat tidak berkurang rasa nyerinya, dan tiba-tiba pasien	Gangguan suplai darah ke otak	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak

mengalami lemah pada tubuh sebelah kiri (tidak bisa digerakkan) dan bibir miring ke kiri. - Saat ini, pasien masih nyeri kepala, hilang timbul, skala nyeri 4, kelemahan anggota tubuh sbelah kiri dan bibir miring ke kiri. Data objektif : - Tampak bibir pasien miring ke kiri - Hasil CT Scan Infark Cerebri Bilateral - Hasil TTV Tekan darah : 220/140 mmHg Nadi : 90x / menit Suhu : 36,8ºC Pernapasan : 20x / menit		
Data subjektif : - Pasien mengatakan la merasa keram pada tangan dan kaki sebelah kirinya. - Pasien mengatakan sejak sakit badan sebelah kirinya terasa lemah dan susah untuk digerakkan sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya sendiri dan tidak dapat lagi berjalan normal sehingga pasien harus dibantu oleh orang lain. Data objektif : - Tampak pasien tidak dapat menahan tekanan pada tangan kirinya ketika perawat meminta pasien untuk mengangkat tangannya. - Tampak pasien dibantu oleh anaknya dan perawat saat ingin duduk. Tampak saat duduk pasien miring ke kiri. - Uji kekuatan otot pasien kanan kiri 5 | 3 --- 5 | 3	Gangguan neuromuskular	Hambatan mobilitas fisik
Data subjektif :	Intensitas	Ketidakpatuhan

- Pasien mengatakan Ia menderita hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu. - Anak pasien mengatakan pasien mengkonsumsi obat hipertensi (*micardis)* setiap hari namun kadang pasien lupa minum obat dan terkadang pasien minum obat namun tetap saja memakan makanan yang asin dan makanan yang berbahan daging seperti ayam, bakso, sate, dll. - Pasien mengatakan Ia sangat suka makan daging-dagingan dan jarang makan sayur. - Pasien mengatakan akhir-akhir ini pasien sering merasa tegang pada leher dan keram pada tangan dan kaki sebelah kirinya. Data objektif : - Tekanan darah : 220/140 mmHg	pengobatan	

B. Diagnosa keperawatan

Nama/Umur : Ny.L / 65 th

Unit/Kamar : Bernadeth III B / 362²

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan suplai darah ke otak
2.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
3.	Ketidakpatuhan berhubungan dengan intensitas pengobatan

D. Rencana Keperawatan

Nama/Umur : Ny.L / 65 th

Unit/Kamar : Bernadeth III B / 362²

No	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana Keperawatan (NIC)
I	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d gangguan suplai darah ke otak Data subjektif : - Pasien mengatakan pasien sudah lama menderita penyakit hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu dan anak pasien mengatakan pasien mengkonsumsi obat hipertensi (*micardis)* setiap hari. - Pasien mengatakan akhir-akhir ini pasien sering merasa tegang pada leher dan keram pada tangan dan kaki sebelah kirinya. - Pasien mengatakan ia merasa nyeri pada kepalanya (skala 4), nyeri dirasakan menetap dan disertai dengan rasa tegang pada leher.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan : Perfusi jaringan serebral 1) Tekanan darah sistolik deviasi berat dari kisaran normal (skala 1) ditingkatkan ke deviasi sedang dari kisaran normal (skala 3) 2) Tekanan darah diastolik deviasi cukup besar dari kisaran normal (skala 2) ditingkatkan ke deviasi ringan dari kisaran normal (skala 4) 3) Sakit kepala deviasi cukup besar dari kisaran normal (skala 2) ditingkatkan ke deviasi ringan dari kisaran normal (skala 4)	Manajemen edema otak (2540) 1) Monitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nialai normal 2) Monitot tanda-tanda vital 3) Rencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat 4) Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30º atau lebih 5) Berikan agen paralisis, sesuai kebutuhan Manajemen neurologi 1) Hindari kegiatan yang bisa meningkatkan TIK 2) Kaji tingkat kesadaran dan orientasi

	- Pasien mengatakan nyeri kepala dan rasa tegang pada leher dirasakan sejak ± 1 minggu yang lalu disertai dengan lemahnya badan sebelah kiri dan bibir miring ke kiri. Data objektif : - Tampak bibir pasien miring ke kiri - Hasil CT Scan Infark Cerebri Bilateral - Hasil TTV Tekan darah : 220/140 mmHg Nadi : 90x / menit Suhu : 36,8ºC Pernapasan : 20x / menit		
II	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular Data subjektif : - Pasien mengatakan ia merasa keram pada tangan dan kaki sebelah kirinya. - Pasien mengatakan sejak sakit badan sebelah kirinya terasa lemah dan susah untuk digerakkan sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya sendiri dan tidak dapat lagi berjalan normal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu melakukan pergerakan dengan krieria hasil : Pergerakan (0208) 1) Gerakan otot dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 2) Gerakan sendi dipertahankan pada skala 3 ditingkankan ke skala 4 3) Bergerak dengan mudah dipertahankan pada skala 3 ditngkatkan ke skala 4	Terapi latihan : pergerakan sendi (0224) 1) Jelaskan pada pasien dan atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi. 2) Monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/ aktivitas. 3) Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif. 4) Dukung latihan ROM aktif, sesuai jadwal yang teratur dan terencana.

	sehingga pasien harus dibantu oleh orang lain. Data objektif : - Tampak pasien tidak dapat menahan tekanan pada tangan kirinya ketika perawat meminta pasien untuk mengangkat tangannya. - Tampak pasien dibantu oleh anaknya dan perawat saat ingin duduk. Tampak saat duduk pasien miring ke kiri. - Uji kekuatan otot pasien Tangan kanan kiri 5 3 Kaki 5 3		5) Lakukan ROM pasif atau ROM dengan bantuan sesuai indikasi. 6) Instruksikan pasien/keluarga cara melakukan latihan ROM pasif, ROM dengan bantuan atau ROM aktif.
III	Ketidakpatuhan b/d Intensitas pengobatan Data subjektif : - Pasien mengatakan ia menderita hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu. - Anak pasien mengatakan pasien mengkonsumsi obat hipertensi (*micardis)* setiap hari namun kadang pasien lupa minum obat dan terkadang pasien minum obat namun tetap saja memakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien dapat melakukan pengobatan yang disarankan dengan krieria hasil : perilaku patuh : pengobatan yang disarankan (1623) 1) Membuat daftar semua obat-obatan dengan dosis dan frekuensi pemberian dipertahankan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan) ditingkatkan ke skala 4 (sering menunjukkan)	Pengajaran : Peresepan obat-obatan (5616) 1) Kenali pengetahuan mengenai obat-obatan 2) Instruksikan pasien mengenai tujuan dan kerja setiap obat 3) Instruksikan pasien mengenai dosis, rute dan durasi setiap obat 4) Berikan pasien informasi tertulis mengenai kerja, tujuan, efek samping, dan lain-lain dari obat-obatan 5) Bantu pasien dalam membuat jadwal pemakaian obat

	makanan yang asin dan makanan yang berbahan daging seperti ayam, bakso, sate, dll. - Pasien mengatakan ia sangat suka makan daging-dagingan dan jarang makan sayur. - Pasien mengatakan akhir-akhir ini pasien sering merasa tegang pada leher dan keram pada tangan dan kaki sebelah kirinya. Data objektif : - Tekanan darah : 220/140 mmHg	2) Memperoleh obat yang dibutuhkan dipertahankan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan) ditingkatkan ke skala 4 (sering menunjukkan) 3) Minum obat sesuai dosis dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) dtingkatkan ke skala 5 (secara konsisten menunjukkan) 4) Memodifikasi dosis sesuai instruksi dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 5 (secara konsisten menunjukkan) 5) Memantau efek samping obat dipertahankan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan) ditingkatkan ke skala 4 (sering menunjukkan) 6) Menyimpan obat dengan tepat dipertahankan pada skala 3 (kadang-kadang menunjukkan) ditingkatkan ke skala 5 (secara konsisten menunjukkan)	6) Peringatkan pasien resiko yang berhubungan dengan pemakaian obat-obatan kadaluarsa 7) Libatkan keluarga/orang terdekat, sesuai kebutuhan

E. Implementasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny.L / 65 th

Unit/Kamar : Bernadeth III B / 362²

Tanggal	DP	Waktu	Tindakan Keperawatan	Perawat
20/04/2018	I	07.00	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah :190/100mmhg Nadi : 82 x/menit Suhu : 36,7ºC Pernapasan : 20 x/menit	Andini
	I	07.15	Memonitor status neurologi (kaji tingkat kesadaran) Hasil : kesadaran compos mentis dan pasien mengatakan badan sebelah kirinya lemah dan lehernya masih terasa tegang	Andini Ningsih
	I	07.30	Memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30º atau lebih Hasil : pasien tampak pada posisi semifowler dan pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	Andini Ningsih
	I,II	08.00	Pemberian obat Micardis 80mg/oral Dexamethasone 0,5mg/IV	Andini Perawat
	III	08.10	Mengenali pengetahuan pasien atau keluarga mengenai obat-obatan Hasil : tampak pasien dan keluarga mengetahui manfaat obat yang dikonsumsi	Andini Ningsih
	III	08.10	Menjelaskan pada pasien mengenai tujuan dan kerja setiap obat Hasil : Pasien mengatakan la mengerti dengan instruksi yang diberikan oleh perawat	Andini Ningsih

	III	08.20	Menjelaskan pada pasien mengenai dosis, rute dan durasi setiap obat Hasil : Pasien mengatakan Ia mengerti dengan instruksi yang diberikan oleh perawat	Andini Ningsih
	II	08.45	Menjelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi Hasil : Tampak pasien mengerti tentang penjelasan dari perawat dan bersedia melakukan ROM	Andini Ningsih
	II	08.40	Membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif Hasil : Tampak pasien nyaman saat diberikan posisi semifowler	Andini
	II	08.50	Memonitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/aktivitas Hasil : tampak pasien tidak dapat mengangkat tangan kirinya terlalu tinggi karena pasien merasa nyeri	Andini Ningsih
	II	09.00	Melakukan ROM pasif atau ROM dengan bantuan sesuai indikasi Hasil : Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat dan tampak pasien tangan dan kaki kiri pasien masih lemah	Andini Ningsih
	II		Menjelaskan kepada pasien / keluarga cara melakukan latihan ROM pasif, ROM dengan bantuan atau ROM aktif Hasil : Anak pasien mengatakan Ia belum mengerti cara melakukan ROM pada pasien	Andini Ningsih

	I	09.50	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 200/120 mmHg Nadi : 80 x/menit Suhu : 36,3ºC Pernapasan : 20 x/menit	Andini Ningsih
	I	10.00	Memberikan agen paralisi Citicolin 250mg/IV	Andini Perawat
	III	10.05	Menjelaskan pasien mengenai tujuan dan kerja setiap obat Hasil : Pasien mengatakan Ia mengerti dengan instruksi yang diberikan oleh perawat	Andini Ningsih
	I	11.00	Menghindari kegiatan yang bisa meningkatkan TIK (seperti mengejan, berkuat dan batuk tidak efektif) Hasil : Tampak pasien baring di atas tempat tidur	Andni Ningsih
	I,II	12.00	Pemberian obat Bisoprolol 2.5mg/oral Methylprednisolon 1vial/IV Omeprazole 20mg/IV	Perawat Andini Ningsih
	III	12.10	Menjelaskan pasien mengenai tujuan dan kerja setiap obat Hasil : Pasien mengatakan Ia mengerti dengan instruksi yang diberikan oleh perawat	Andini Ningsih
	I	12.30	Merencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat pada pasien Hasil : Tampak pasien tidur	Andini Ningsih
	I,II	14.00	Pemberian obat Dexamethasone 0,5mg/IV	Perawat Laura
	I	15.30	Membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif Hasil : Tampak pasien nyaman saat diberikan posisi semifowler	Laura Risa

	II	16.00	Melakukan ROM pada pasif atau ROM dengan bantuan sesuai indikasi Hasil : Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat dan tampak pasien masih sulit untuk menggerakkan tubuh bagian sebelah kirinya.	Laura Risa
	II		Menjelaskan kepada pasien / keluarga cara melakukan latihan ROM pasif, ROM dengan bantuan atau ROM aktif Hasil : Anak pasien mengatakan Ia belum mengerti cara melakukan ROM pada pasien	Laura Risa
	I,II	17.00	Pemberian obat Zyfort 3ml/IV	Laura Risa
	I	17.35	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah :190/110mmhg Nadi : 83 x/menit Suhu : 36,5ºC Pernapasan : 19 x/menit	Laura Risa
	I,II	18.00	Pemberian obat Micardis 80mg/oral Condesartan 16mg/oral	Laura Risa Perawat
	I	19.00	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah :170/100mmhg Nadi : 80 x/menit Suhu : 36ºC Pernapasan : 20 x/menit	Laura Risa
	I,II	20.00	Pemberian obat Dexamethasone 0,5mg/IV	Perawat
	I	21.00	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah :160/100mmhg Nadi : 82 x/menit Suhu : 36,3ºC Pernapasan : 20 x/menit	Laura Risa

	I,II	22.00	Memberikan agen paralisis Citicolin 250mg/IV	Perawat
21/04/2018	I,II	04.00	Pemberian obat Dexamethasone 0,5mg/IV	Perawat
	I,II	05.00	Pemberian obat Zyfort 3ml/IV	Perawat
	I	05.10	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah :170/100mmhg Nadi : 84 x/menit Suhu : 36,5ºC Pernapasan : 20 x/menit	Perawat
	I	07.00	Mengevaluasi tanda-tanda vital Hasil : Pasien mengatakan Ia masih merasa sakit kepala dan tegang pada leher Tekanan darah : 160/100mmhg Nadi : 82 x/menit Suhu : 36,7ºC Pernapasan : 20 x/menit	Andini
	II	07.10	Mengevaluasi ROM Hasil : Pasien mengatakan Ia masih merasa lemah pada tubuh bagian kirinya dan tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kirinya	Andini
	III	07.25	Memonitor status neurologi (kaji tingkat kesadaran) Hasil : Kesadaran compos mentis dan pasien mengatakan badan sebelah kirinya masih lemah dan lehernya masih terasa tegang namun tidak seberat kemarin	Andini
	I	07.35	Memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30º atau lebih Hasil : pasien tampak pada posisi semifowler dan pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	Andini

	III	07.45	Mengevaluasi pengetahuan pasien atau keluarga mengenai obat-obatan Hasil : Pasien dan keluarga mengatakan kurang mengetahui manfaat obat yang dikonsumsi dan tampak pasien mulai minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh perawat	Andini
	I,II	08.00	Pemberian obat Micardis 80mg/oral Dexamethasone 0,5mg/IV	Andini Risa Perawat
	III	08.10	Menjelaskan pasien mengenai tujuan dan kerja setiap obat Hasil : Pasien mengatakan Ia mengerti dengan instruksi yang diberikan oleh perawat	Andini
	II	08.30	Mendukung ROM aktif, sesuai jadwal yang teratur dan terencana Hasil : tampak perawat melakukan ROM pada pagi dan sore hari.	Andini Risa
	II	08.50	Membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif Hasil : Tampak pasien nyaman saat diberikan posisi semifowler	Andini Risa
	II	09.00	Melakukan ROM pasif atau ROM dengan bantuan sesuai indikasi Hasil : Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat dan pasien mengatakan Ia masih merasa lemah pada tangan dan kaki kirinya	Andini Risa
	I	09.55	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 180/110 mmHg Nadi : 81 x/menit	Andini Risa

			Suhu : 36ºC Pernapasan : 20 x/menit	
	I,II	10.00	Memberikan agen paralisis Citicolin 250mg/IV	Andini Perawat
	I,II	12.00	Pemberian obat Bisoprolol 2.5mg/oral Methylprednisolon 1vial/IV Omeprazole 20mg/IV	Andini Perawat
	I	12.15	Merencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat pada pasien Hasil : Tampak pasien tidur	Andini Risa
	I,II	14.00	Pemberian obat Hasil : Dexamethasone 0,5mg/IV	Andini Perawat
	III	14.10	Mengenali pengetahuan pasien atau keluarga mengenai obat-obatan Hasil : tampak pasien dan keluarga mengetahui manfaat obat yang dikonsumsi	Andini Risa
	II	15.45	Membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif Hasil : Tampak pasien nyaman saat diberikan posisi semifowler	Laura Marsel
	I	15.50	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 170/100 mmHg Nadi : 81 x/menit Suhu : 36ºC Pernapasan : 20 x/menit	Laura Marsel
	II	16.00	Melakukan ROM pada pasif atau ROM dengan bantuan sesuai indikasi Hasil : Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat dan tampak pasien masih sulit untuk menggerakkan tubuh bagian	Laura Marsel

			sebelah kirinya.	
	II		Menjelaskan kepada pasien / keluarga cara melakukan latihan ROM pasif, ROM dengan bantuan atau ROM aktif Hasil : Anak pasien mengatakan Ia belum mengerti cara melakukan ROM pada pasien	Laura Marsel
	I, II	17.00	Pemberian obat Zyfort 3ml/IV	Laura Perawat
	I	17.50	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 170/100mmhg Nadi : 80 x/menit Suhu : 36ºC Pernapasan : 20 x/menit	Laura Marsel
	I,II	18.00	Pemberian obat Micardis 80mg/oral Condesartan 16mg/oral	Laura Marsel Perawat
	I,II	20.00	Pemberian obat Hasil : Dexamethasone 0,5mg/IV	Laura Perawat
	I	21.00	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 160/100mmhg Nadi : 82 x/menit Suhu : 36,3ºC Pernapasan : 20 x/menit	Laura Marsel
	I,II	22.00	Memberikan agen paralisis Citicolin 250mg/IV	Ningsih Perawat
22/04/2018	I,II	04.00	Pemberian obat Dexamethasone 0,5mg/IV	Ningsih Perawat
	I,II	05.00	Pemberian obat Zyfort 3ml/IV	Ningsih Perawat
	I	05.10	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 170/100mmhg	Ningsih Perawat

			Nadi : 84 x/menit Suhu : 36,5ºC Pernapasan : 20 x/menit	
	I	07.00	Mengevaluasi tanda-tanda vital Hasil : Pasien mengatakan Ia masih merasa sakit kepala dan tegang pada leher Tekanan darah : 190/100mmhg Nadi : 82 x/menit Suhu : 36,5ºC Pernapasan : 21 x/menit	Andini
	I	07.05	Mengevaluasi ROM Hasil : Pasien mengatakan Ia masih merasa lemah pada tubuh bagian sebelah kirinya, pasien mengatakan Ia mampu mengangkat tangan kirinya 30º dan mampu menahan sedikit tekanan. Tampak pasien mengalami mampu mengangkat tangan kirinya 30º dan mampu menahan sedikit tekanan	Andini
	I	07.20	Memonitor status neurologi Hasil : kesadaran compos mentis dan pasien mengatakan badan sebelah kirinya lemah dan lehernya masih terasa tegang	Andini
	I	07.40	Memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30º atau lebihHasil : pasien tampak pada posisi semifowler dan pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	Andini Laura
	III	07.50	Mengevaluasi pengetahuan pasien atau keluarga mengenai obat-obatan Hasil : Pasien dan keluarga mengatakan Ia mengetahui manfaat obat yang dikonsumsi dan tampak pasien mulai minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal yang diberikan	Andini Laura

			oleh perawat	
	I,II	08.00	Pemberian obat Micardis 80mg/oral Dexamethasone 0,5mg/6 jam/IV	Andini Laura Perawat
	III	08.10	Menjelaskan pasien mengenai tujuan dan kerja setiap obat Hasil : Pasien mengatakan Ia mengerti dengan instruksi yang diberikan oleh perawat	Andini Laura
	III	08.20	Menjelaskan pada pasien mengenai dosis, rute dan durasi setiap obat Hasil : Pasien mengatakan Ia mengerti dengan instruksi yang diberikan oleh perawat	Andini Laura
	III	08.30	Mengenali pengetahuan pasien atau keluarga mengenai obat-obatan Hasil : Pasien dan keluarga mengatakan Ia sedikit mengerti manfaat obat yang diberikan dan Tampak pasien minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh perawat	Andini Laura
	III	08.40	Memberikan pasien/keluarga informasi secara tertulis mengenai kerja, tujuan, efek samping, dan lain-lain dari obat-obatan Hasil : pasien mengatakan mengerti dengan informasi yang diberikan	Andini Laura
	II	09.00	Menjelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi Hasil : Tampak pasien mengerti tentang penjelasan dari perawat dan bersedia melakukan ROM	Andini Laura
	II	09.10	Membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk	Andini Laura

			pergerakan sendi pasif maupun aktif Hasil : Tampak pasien nyaman saat diberikan posisi semifowler	
	II	09.20	Melakukan ROM pada pasif atau ROM dengan bantuan sesuai indikasi Hasil : Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat dan pasien mengatakan Ia masih merasa lemah pada tangan dan kaki kirinya	Andini Laura
	II		Menjelaskan kepada pasien / keluarga cara melakukan latihan ROM pasif, ROM dengan bantuan atau ROM aktif Hasil : Anak pasien mengatakan Ia mengerti cara melakukan ROM pada pasien dan mampu mengikuti perawat melakukan ROM pada pasien.	Andini Laura
	I	09.45	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 160/100 mmHg Nadi : 81 x/menit Suhu : 36ºC Pernapasan : 20 x/menit	Andini Laura
	I,II	10.00	Memberikan agen paralisis Citicolin 250mg/IV	Andini Perawat
	I	11.00	Menghindari kegiatan yang bisa meningkatkan TIK (seperti mengejan, berkuat dan batuk tidak efektif) Hasil : Tampak pasien baring di atas tempat tidur	Andini Laura
	I,II	12.00	Pemberian obat Bisoprolol 2.5mg/oral Methylprednisolon 1vial/IV Omeprazole 20mg/IV	Andini Laura Perawat
	III		Menjelaskan pasien mengenai tujuan dan kerja setiap obat	Andini Laura

			Hasil : Pasien mengatakan Ia mengerti dengan instruksi yang diberikan oleh perawat dan mau minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh perawat	
	I	12.10	Merencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat pada pasien Hasil : tampak pasien tidur	Andini Laura
	I,II	13.50	Pemberian obat Dexamethasone 0,5mg/IV	Andini Perawat
	III	14.00	Memperingatkan pasien resiko yang berhubungan dengan pemakaian obat-obatan kadaluarsa Hasil : anak pasien mengatakan sebelum pasien minum obat pasien memperhatikan tanggal kadaluarsa dari obat dan anak pasien mengatakan Ia tidak pernah menyimpan obat dalam waktu yang lama	Andini Laura
	I	14.10	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 190/120mmhg Nadi : 82 x/menit Suhu : 37ºC Pernapasan : 20 x/menit	Risa Aurel
	II	15.30	Membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif Hasil : Tampak pasien nyaman saat diberikan posisi semifowler	Risa Ningsih
	II	15.40	Melakukan ROM pada pasif atau ROM dengan bantuan sesuai indikasi Hasil : Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat dan tampak tubuh sebelah kiri pasien masih lemah.	Risa Ningsih

	III		Menjelaskan kepada pasien / keluarga cara melakukan latihan ROM pasif, ROM dengan bantuan atau ROM aktif Hasil : Anak pasien mengatakan Ia mengerti dan mampu melakukan ROM pada pasien	Risa Ningsih
	I	16.00	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 180/100mmhg Nadi : 83 x/menit Suhu : 36,5ºC Pernapasan : 19 x/menit	Ningsih
	I, II	17.00	Pemberian obat Zyfort 3ml/IV	Ningsih perawat
	I, II	18.00	Pemberian obat Micardis 80mg/oral Condesartan 16mg/oral	Ningsih Perawat
	I	19.00	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 170/100mmhg Nadi : 80 x/menit Suhu : 36ºC Pernapasan : 20 x/menit	Risa Ningsih
	I, II	20.00	Pemberian obat Dexamethasone 0,5mg/IV	Perawat Ningsih
	I	21.00	Monitor tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah : 200/100mmhg Nadi : 82 x/menit Suhu : 36,3ºC Pernapasan : 21 x/menit	Risa Ningsihl
	I, II	22.00	Memberikan agen paralisis Citicolin 250mg/IV	Perawat Marsel
	I	04.00	Pemberian obat Dexamethasone 0,5mg/IV	Perawat Marsel
	I, II	05.00	Pemberian obat Zyfort 3ml/IV	Perawat Marsel

	I	07.30	Mengevaluasi tanda-tanda vital Hasil : Pasien mengatakan la masih merasa sakit kepala dan tegang pada leher Tekanan darah : 180/110mmhg Nadi : 82 x/menit Suhu : 36,7ºC Pernapasan : 20 x/menit	Andini
	II	07.40	Mengevaluasi ROM Hasil : Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat dan tampak pasien mampu melakukan sedikit pergerakan	Andini
	III	08.00	Mengevaluasi pengetahuan pasien atau keluarga mengenai obat-obatan Hasil : tampak pasien dan keluarga mengetahui manfaat obat yang dikonsumsi dan anak pasien mengatakan pasien mulai minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh perawat	Andini

E. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny.L / 65 th

Unit/Kamar : Bernadeth III B / 362²

Tanggal	DP	Evaluasi Proses	Paraf
21/04/2018	I	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d gangguan suplai darah ke otak S : Pasien mengatakan Ia masih merasa sakit kepala dan tegang pada leher O : Tekanan darah 160/100 mmHg A : Perfusi jaringan serebral cukup terganggu P : Lanjutkan intervensi	Andini
	II	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular S : Pasien mengatakan Ia masih merasa lemah pada bagian tubuh sebelah kirinya O : tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kirinya A : Pergerakan pasien cukup terganggu P : Lanjutkan intervensi	Andini
	III	Ketidakpatuhan b/d Intensitas pengobatan S : Pasien dan keluarga mengatakan kurang mengethaui manfaat obat yang dikonsumsi O : Tampak pasien mulai minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal yang diberikan	Andini

		A : Perilaku patuh : pengobatan yang disarankan cukup terganggu P : Lanjutkan intervensi	
22/04/2018	I	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d gangguan suplai darah ke otak S : Pasien mengatakan Ia masih merasa sakit kepala dan tegang pada leher O : Tekanan darah 190/100 mmHg A : Perfusi jaringan serebral cukup terganggu P : Lanjutkan intervensi	Andini
	II	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular S : Pasien mengatakan Ia masih merasa lemah pada bagian tubuh sebelah kirinya O : Tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh bagian kirinya A : Pergerakan pasien cukup terganggu P : Lanjutkan intervensi	Andini
	III	Ketidakpatuhan b/d Intensitas pengobatan S : Pasien dan keluarga mengatakan sedikit mengerti tentang manfaat obat yang diberikan O : Tampak pasien minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh perawat A : Perilaku patuh : pengobatan yang disarankan mulai teratasi	Andini

		P : Lanjutkan intervensi	
23/04/2018	I	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d gangguan suplai darah ke otak S : Pasien mengatakan Ia masih merasa sakit kepala dan tegang pada leher O : Tekanan darah 180/110 mmHg A : Perfusi jaringan serebral cukup terganggu P : Lanjutkan intervensi	Andini
	II	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular S : Pasien mengatakan Ia masih merasa lemah pada bagian tubuh sebelah kirinya. Pasien mengatakan Ia mampu mengangkat tangan sebelah kirinya O : Tampak pasien mampu mengangkat tangan sebelah kirinya setinggi ± 30º dan mampu menahan sedikit tekanan A : Pergerakan pasien sedikit teratasi P : Lanjutkan intervensi	Andini
	III	Ketidakpatuhan b/d Intensitas pengobatan S : Pasien dan keluarga mengatakan Ia menegetahui manfaat obat yang dikonsumsi O : Tampak pasien minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh perawat	Andini

		A : Perilaku patuh : pengobatan yang disarankan dapat teratasi P : Lanjutkan intervensi	

DAFTAR OBAT

1. Nama obat : Citicolin
   a. Klasifikasi/golongan : Neurotonik
   b. Dosis umum :
      1) Akut : 250-500mg 1-2x/hari/IV
      2) Kronik : 100-300mg 1-2x/hari/IM
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 250mg/12 jam/IV
   d. Cara pemberian obat : Injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Mengatasi kerusakan pada jaringan otak akibat penyakit atau trauma
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan kepada pasien karena pasien mengalami kerusakan fungsi otak
   g. Kontraindikasi : Penderita yang hipertensiv pada citicoline dan komponen obat ini
   h. Efek samping : Insomnia, sakit kepala, tekanan darah rendah (Hipotensi), tekanan darah tinggi (Hipertensi), penglihatan terganggu, sakit pada bagian dada.

2. Nama Obat : Dexamethsone
   a. Klasifikasi/golongan : Kortikosteroid
   b. Dosis umum : 0,75-9 mg per hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 0,5mg/6 jam/ IV
   d. Cara pemberian obat : Injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Mengobati kondisi seperti arthritis, gangguan darah/hormon/sistem kekebalan tubuh, reaksi alergi, masalah kulit dan mata tertentu, masalah pernapasan, gangguan

usus tertentu, mengurangi respon defensif alami tubuh dan mengurangi gejala seperti pembengkakan dan reaksi alergi.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan kepada pasien karena pasien alergi
g. Kontraindikasi : Tidak dianjurkan pada penderita dengan beberapa kondisi seperti, Tuberkulosis paru aktif (TBC), herpes mata (herpes occular), tukak lambung (ulkus peptikum), ibu hamil maupun ibu yang sedang berencana untuk hamil.
h. Efek samping : Perubahan penglihatan, pembengkakan, kenaikan berat badan yang cepat, merasa sesak napas

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

4. Nama Obat : Micardis
   a. Klasifikasi/golongan : Antihipertensi
   b. Dosis umum : 20-80 mg sekali minum perhari.
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 80mg/2x1/oral
   d. Cara pemberian obat : Obat oral
   e. Mekanisme kerja obat : Menurunkan tekanan darah

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pasien mengalami hipertensi
g. Kontraindikasi : alergi atau Hipersensitif terhadap zat aktif atau ke salah satu eksipien yang tercantum dalam komposisi obat, hamil trimester 2 dan 3, gangguan obstruktif bilier, kerusakan hati yang parah, intoleransi fruktosa herediter.
h. Efek samping : Rasa nyeri dan penghambatan pada sinus, sakit pinggang, diare, sakit tenggorokan, gejala seperti flu, meliputi demam dan pegal-pegal, rasa sakit pada perut dan otot, sakit kepala, mual, pusing dan ering merasa lelah

5. Nama Obat : Methylprednisolon
   a. Klasifikasi/golongan : Kortikosteroid
   b. Dosis umum : 2-60 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 8 jam/IV
   d. Cara pemberian obat : Injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Meredakan inflamasi dan gejala alergi
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan kepada pasien karena pasien mengalami alergi
   g. Kontraindikasi : Infeksi jamur sistemik dan hipersensitivitas terhadap bahan obat, bayi prematur, pemberian jangka panjang pada penderita ulkus duodenum dan peptikum, osteoporosis berat, riwayat penyakit jiwa, herpes, dan pasien yang sedang diimunisasi.
   h. Efek samping : Pembengkakan di tangan, tungkai, dan kaki, kecemasan, sulit tidur, mual, muntah, nyeri ulu hati, sakit perut, gangguan pencernaan, lemas dan lelah.

6. Nama Obat : Bisoprolol
   a. Klasifikasi/golongan : Penghambat beta
   b. Dosis umum : 1,25-10 mg, maksimum hingga 20 mg per hari jika diperlukan.
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1x½ tab (5mg)/oral
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja obat : Mengobati hipertensi, angina, aritmia, dan gagal jantung
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pasien mengalami hipertensi
   g. Kontraindikasi : Penderita asma atau gangguan pernapasan, bradikardia, diabetes, tekanan darah rendah, gangguan hati, gangguan ginjal, pheochromocytoma, *myasthenia gravis,* psoriasis, dan penyakit arteri perifer.
   h. Efek samping : Pusing, gangguan tidur, bradikardia. Diare, infeksi saluran pernapasan, sesak napas, jari tangan dan kaki terasa dingin.

7. Nama Obat : Condesartan
   a. Klasifikasi/golongan : Penghambat reseptor angiotensin II (ARB)
   b. Dosis umum : 8-32 mg per hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 16mg/1x1/oral
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja obat : Menurunkan tekanan darah
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pasien mengalami hipertensi

g. Kontraindikasi : Jumlah kalium dalam darah tinggi (Hiperkalemia), stenosis arteri ginjal, tekanan darah yang tidak normal, masalah pada hati, kerusakan ginjal sedang, masalah ginjal yang menyebabkan jumlah urin menurun, azetomia, kehamilan dan penurunan volume darah.
h. Efek samping : Bengkak pada kedua tungkai, pusing, peningkatan lemak trigliserida dalam darah, hiperurisemia (peningkatan asam urat), lemas, sakit maag, diare, mual, nyeri sendi, sakit punggung.

8. Nama Obat : Omeprazole
   a. Klasifikasi/golongan : Penghambat pompa proton
   b. Dosis umum :
      1) Gangguan pencernaan/nyeri ulu hati 20mg
      2) Tukak lambung 40mg
      3) Tukak usus halus 20mg
      4) Penyakit asam lambung (GERD) 10-40mg
      5) Infeksi H. Pylori 20-40mg
      6) Sindrom Zollinger Ellison 60-120mg
      7) Esofagus atau radang kerongkongan 20mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 20mg/12jam/IV
   d. Cara pemberian obat : Injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Mengurangi produksi asam lambung, mencegah dan mengobati gangguan pencernaan atau nyeri ulu hati, tukak lambung, sindrom Zollinger-Ellison, GERD, dan infeksi. Mengurangi produksi asam lambung selama operasi.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pasien mengalami nyeri ulu hati.
   g. Kontraindikasi : Penderita yang hipersensitif terhadap komponen omeprazole.

h. Efek samping : Sakit kepala, sakit perut, mual, muntah, diare, kembung dan demam.

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Ny. L umur 65 tahun masuk rumah sakit pada tanggal 18 April 2018 dengan diagnosa Hipertensi Berat. Pasien masuk dengan keluhan sakit kepala dan tegang pada leher yang disertai dengan lemahnya badan sebelah kirinya. Pada tanggal 19 april 2018 dilakukan pemeriksaan CT Scan pada pasien dan dari hasil CT Scan didapatkan hasil bahwa pasien mengalami penyakit *Non Hemoragic Stroke* dengan kesan *Infark Cerebri Bilateral*.

Pada saat pengkajian penulis mendapatkan pasien dalam keadaan berbaring lemah ditempat tidur dengan kesadaran Compos mentis, kelemahan pada ekstremitas kiri, sakit kepala dan rasa tegang pada leher. Pasien mengatakan badan sebelah kirinya terasa lemah, tangan dan kaki kirinya sulit digerakkan dan pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Hasil pemeriksaan TTV pada saat pengkajian, tekanan darah : 220/140 mmHg, nadi : 89x/menit, suhu : 36.7ºC, pernapasan : 20x/menit dan pasien diinfus pada tangan kanan dengan cairan infus RL 300cc (20 tetes/menit). Pada saat pengkajian anak pasien juga mengatakan pasien mengkonsumsi obat hipertensi (*micardis)* setiap hari namun tadak rutin/tidak patuh karena pasien lupa minum obat dan terkadang pasien minum obat namun tetap saja memakan makanan yang asin dan makanan yang berbahan daging seperti bakso dan sate.

secara mandiri. Dari hasil pemeriksaan fisik didapat kekuatan otot :

Kanan	kiri
5	3
5	3

dan hasil pemeriksaan TTV pada saat pengkajian didapatkan tekanan darah pasien 220/140 mmHg, nadi 89x/menit, suhu 36.7ºC, pernapasan 20x/menit dan pasien diinfus pada tangan kanan dengan cairan infus RL 300 cc (20 tetes/menit).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi dapat mengakibatkan stroke karena adanya aterosklerosis. Aterosklerosis adalah penyempitan dan penebalan arteri karena penumpukan plak pada dinding pembuluh darah. Penumpukan plak tersebut terjadi saat lapisan sel pada dinding dalam arteri *(endothelium)* yang menjaga kelancaran aliran darah mengalami kerusakan. Plak yang menyebabkan aterosklerosis terdiri dari kolesterol, zat lemak, kalsium, dan fibrin (zat dalam darah). Plak dapat terbawa aliran darah hingga menyebabkan penyumbatan, atau membentuk bekuan darah pada permukaan plak. Hal tersebut menyebabkan peredaran darah dan oksigen dari arteri ke organ tubuh terhambat. Yang terjadi pada Ny. L adalah *Infark Cerebri Bilateral* dimana penyumbatan aliran darah terjadi pada 2 area pembuluh darah yang menuju otak. Pada kasus ini Ny. L mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri, sakit kepala dan rasa tegang pada leher. Pasien mengatakan badan sebelah kirinya terasa lemah, tangan dan kaki kirinya sulit digerakkan dan pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri. Dari tanda dan gejala tersebut dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami gangguan pada lobus frontal yang berfungsi dalam koordinasi dan pengendalian gerak otot (motorik) dan berpikir, belajar, memori,

pandangan ke depan, analisis logis, kreativitas, dan beberapa emosi bergantung kepada kegiatan saraf di lobus frontalis. Data yang mendukung pasien mengalami penyakit *Non Hemoragic Stroke* yaitu : adanya hasil pemeriksaan CT Scan yang menunjukkan kesan *Infark Cerebri Bilateral*.

Tes diagnostik antara teori dan praktik sama walaupun pada praktek tidak semuanya dilakukan. Hal ini mungkin terjadi karena fasilitas Rumah Sakit serta keadaan pasien itu sendiri. Berdasarkan teori tes diagnostik yang dilakukan meliputi : *Computerizd Tomografi Scaning* (CT.Scan), *Magnetik Resonance Imaging* (MRI), *Elektro Encephalografi* (EEG), *Angiografi Serebral*, Sinar X tengkorak, Pungsi Lumbal dan Brain Plan. Sedangkan tes diagnostik yang dilakukan pada pasien adalah CT.Scan yang hasilnya : *Infark cerebri bilateral*.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori terdapat 5 diagnosa keperawatan sedangkan berdasarkan pengkajian yang didapat pada Ny.“L” ditemukan 3 diagnosa keperawatan. Dari ketiga diagnosa yang didapat pada pasien terdapat diagnosa yang tidak terdapat pada teori yaitu ketidakpatuhan yang berhubungan dengan intensitas pengobatan. Hal ini karena kebiasaan pasien yang tidak patuh minum obat dan tidak menghindari makanan yang dapat meningkatkan tekanan darahnya yang ditandai dengan : pasien mengatakan pasien mengkonsumsi obat hipertensi (*micardis)* setiap hari namun tadak rutin/tidak patuh karena pasien lupa minum obat dan terkadang pasien minum obat namun tetap saja memakan makanan yang asin dan makanan yang berbahan daging seperti bakso dan sate. Pasien mengatakan Ia sangat suka makan daging-dagingan dan jarang makan sayur.

Diagnosa berdasarkan teori meliputi : Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan suplai darah ke otak diagnosa ini terdapat pada pasien yang merupakan diagnosa I, hal ini ditandai dengan adanya keluhan dari pasien yaitu : Pasien mengatakan Ia merasa nyeri disertai dengan tegangnya leher sejak seminggu sebelum masuk rumah sakit. Nyeri kepala tersebut dirasakan semenjak pasien selesai makan bakso. Nyeri kepala kepala disertai tegang pada leher, nyeri dirasakan menetap, dengan istirahat tidak berkurang rasa nyerinya (skala nyeri 4).

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi neuromuskuler, hambatan mobilitas fisik diagnosa ini terdapat pada pasien yang merupakan diagnosa ke II, hal ini ditandai dengan adanya keluhan dari pasien yaitu : Pasien mengatakan Ia merasa keram pada tangan dan kaki kirinya dan badan sebelah kirinya terasa lemah dan susah untuk digerakkan sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya sendiri dan tidak dapat lagi berjalan normal sehingga pasien harus dibantu oleh orang lain.

Gangguan persepsi-sensori berhubungan dengan gangguan pada pusat sensori, transmisi, integrasi, stress psikologis (penyempitan lapang pandang). Diagnosa ini tidak terdapat pada pasien karena rentang perhatian pasien penuh dan tidak ada hambatan dalam berkomunikasi.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, diagnosa ini tidak terdapat pada pasien karena meskipun pasien tidak dapat melakukan perawatan pada dirinya tetapi anak pasien selalu membersihkan, memandikan pasien dan menjaga kebersihan tubuh pasien dan tampak tubuh pasien bersih dan tidak ada masalah pada perawatan diri pasien.

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

Semua diagnosa ini mengacu pada diagnosa NANDA.

C. Intervensi

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

Pada diagnosa I yaitu : ketidakefktifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan suplai darah ke otak. Terdapat 7 intervensi yaitu : monitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nialai normal, monitor tanda-tanda vital, rencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat, posisikan tinggi kepala tempat tidur 30º atau lebih, berikan agen paralisis, sesuai kebutuha, hindari kegiatan yang bisa meningkatkan TIK dan kaji tingkat kesadaran dan orientasi.

Pada diagnosa II yaitu : Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular. Terdapat 6 intervensi yaitu : jelaskan pada pasien dan atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi, monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/ aktivitas, bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif, dukung latihan ROM aktif, sesuai jadwal yang teratur dan terencana, lakukan ROM pasif atau ROM dengan bantuan sesuai indikasi, instruksikan pasien/keluarga cara melakukan latihan ROM pasif, ROM dengan bantuan atau ROM aktif.

Pada diagnosa III yaitu : Ketidakpatuhan b/d Intensitas pengobatan. Terdapat 8 intervensi yaitu : kenali pengetahuan mengenai obat-obatan, instruksikan pasien mengenai tujuan dan kerja setiap obat , instruksikan pasien mengenai dosis, rute dan durasi setiap obat, instruksikan pasien mengenai kemungkinan efek samping setiap obat, berikan pasien informasi tertulis mengenai kerja, tujuan, efek samping, dan lain-lain dari obat-obatan, bantu pasien dalam membuat jadwal pemakaian obat, peringatkan pasien resiko yang berhubungan dengan pemakaian obat-obatan kadaluarsa, libatkan keluarga/orang terdekat, sesuai kebutuhan.

D. Implementasi

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

E. Evaluasi

Evaluasi ini penulis lakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 21 April 2018 sampai tanggal 23 April 2018. Dalam melakukan evaluasi ini penulis menemukan hal-hal sebagai berikut : Pada diagnosa I yaitu : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan suplai darah ke otak belum teratasi, hal ini ditandai dengan : Pasien masih merasa sakit kepala dan tegang pada leher dan didukung dengan tekanan darah pasien yang masih tinggi (180/110 mmHg).

Pada diagnosa II yaitu : Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular belum teratasi, hal ini ditandai dengan : Tubuh bagian kiri pasien masih lemah namun pasien mampu mengangkat tangan dan mampu menahan sedikit tekanan, Pasien tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri dan aktifitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat. Adapun data yang ditemukan oleh penulis sendiri yaitu : Pasien belum mampu untuk berdiri, keluarga dan perawat membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Pada diagnosa III yaitu : Ketidakpatuhan b/d Intensitas pengobatan dapat teratasi, hal ini ditandai dengan pada saat di rumah sakit pasien minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal dan menghindari makanan yang dapat meningkatkan tekanan darahnya.

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang didapatkan pada pasien, dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada Ny.”L” 65 tahun yang dilakukan selama 3 hari pada tanggal 20 April 2013 - 23 April 2013 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Kenyataannya sebagaian besar sesuai dengan teori dan masih ada juga terdapat kesengajangan/ketidaksesuain yang penulis dapatkan melalui pendekatan proses keperawatan yaitu pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanan keperawatan, implementasi dan evalusi sebagai berikut.

A. Pengkajian

Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 18 April 2018 dengan keluhan nyeri kepala dan tegang pada leher setelah pasien memakan makanan asin dan daging-dagingan. Pada saat pengkajian pasien mengatakan Ia menderita hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu dan anak pasien mengatakan pasien minum obat hipertensi *(micardis)* setiap hari namun pasien jarang meminum obatnya dan terkadang pasien minum obat tetapi tetap saja mengkonsumsi makanan yang asin dan daging-dagingan. Selain itu juga didukung oleh faktor genetik dari ibu pasien yang juga mengalami penyakit Hipertensi. Pada saat pengkajian penulis mendapatkan pasien dalam keadaan berbaring lemah ditempat tidur dengan kesadaran Compos mentis, kelemahan pada ekstremitas kiri, sakit kepala dan rasa tegang pada leher. Pasien mengatakan badan sebelah kirinya terasa lemah, tangan dan kaki kirinya sulit digerakkan dan pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian yang terdapat pada teori maupun pengalaman nyata pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* penulis dapat menarik kesimpulan bahwa :

1. Pada Ny. “L” dengan *Non Hemoragik Stroke* didapatkan faktor terjadinya stroke yaitu usia 65 tahun, dan hipertensi yang dimana pada saat pasien masuk rumah sakit tekanan darah pasien 220/120 mmHg dan dari hasil pengkajian pada Ny. “L” didapatkan pasien mengalami kelemahan pada tubuh bagian kirinya, uji kekuatan otot kanan : 5 dan kiri : 3, dan tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.
2. Berdasarkan data pada pengkajian, diagnosa yang ditemukan pada Ny.”L” yaitu :
   a. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan suplai darah ke otak
   b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
   c. Ketidakpatuhan berhubungan dengan intensitas pengobatan
3. Setelah penulis menemukan masalah pasien, penulis melakukan rencana keperawatan sesuai dengan masalah yang dialami oleh pasien. Rencana keperawatan yang penulis susun disesuaikan dengan NIC.
4. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Ny. “L” diperoleh hasil evaluasi: dari 3 diagnosa keperawatan yang dilaksanakan, 2 masalah yang belum dapat teratasi yaitu, ketidak efektifan perfusi jaringan otak dan hambatan mobilitas fisik karena

memerlukan perawatan jangka panjang dan 1 masalah yang sudah teratasi yaitu, ketidakpatuhan

A. Saran

1. Bagi Perawat dan Rumah Sakit

   Harus mempunyai ilmu pengetahuan dan keterampilan Dalam memberi asuhan keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke*, sesuai dengan standar profesi agar dapat melaksanakan tugas sesuai dengan tuntutan profesinya.

2. Bagi Mahasiswa/i

   Dalam memberikan asuhan keperawatan mahasiswa(i) harus bersungguh-sungguh dalam menerapkan teori dan keterampilan yang didapat di perkuliahan ke ruang perawatan, sehingga antara teori yang diperoleh dalam perkuliahan dengan praktek yang nyata pada pasien yang dihadapi di Rumah Sakit saling berkesinambungan dan berkaitan.

3. Bagi keluarga dan pasien

   a) Mengurangi makanan yang banyak mengandung kolesterol dan tinggi garam serta meningkatkan pola hidup yang lebih sehat seperti berolahraga secara teratur, istirahat cukup, makan makanan sehat dan seimbang.

   b) Rutin mengontrol kesehatan di pusat pelayanan terdekat.

DAFTAR PUSTAKA

Fransisca B, Batticaca. (2009). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan. Jakarta : Salemba Medika.

Hernanta I. (2013). Ilmu Kedokteran Lengkap tentang Neurosains. Banguntapan Jogjakarta : D-Medika

https://www.google.co.id/search?q=anatomi+otak+pdf&sa=X&tbm=isch&tbo=u&source=univ&ved=0ahUKEwjpudeBmoTbAhXFVZQKHZQ6BpEQsAQIUA&biw=1366&bih=588#imgdii=yh2CniWiHKFwgM:&imgrc=AbWr9oPrtvOeWM. Diakses pada tanggal 13 Mei 2018

https://mediskus.com/micardis. Diakses pada tanggal 29 Mei 2018 pukul 20.35

https://mediskus.com/citicolin, diakses pada tanggal 29 Mei 2018 pukul 21.03

https://mediskus.com/dexamethasone, diakses pada tanggal 29 Mei 2018 pukul 21.28

https://mediskus.com/candesartan. diakses pada tanggal 29 Mei 2018 pukul 21.50

https://mediskus.com/obat/omeprazole diakses pada tanggal 30 Mei 2018 pukul 08.40

http://www.dexa-medica.com/our-product/searchs/Methylprednisolone%20 diakses pada tanggal 30 Mei 2018 pukul 09.10

https://www.alodokter.com/aterosklerosis. Diakses pada tanggal 31 Mei 2018 pukul 11.00

http://hisham.id/2015/06/jelaskan-bagian-bagian-lobus-otak-dan-fungsinya.html. Diakses pada tanggal 31 Mei 2018 pukul 11.30

Irfan Muh. (2010). Fisioterapi Bagi Insan Stroke. Yogyakarta : Graha Ilmu

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

Pusatsukses, The Royal Collage (2015) Anatomi Otak Dan Fungsi Otak Manusia.http://www.gelombangotak.co.id/anatomi-otak-fungsi-otak-manusia diakes tanggal 21 Mei 2018

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Andini

Nim : E1514401005

Kelas : DIII Keperawatan

Kasus : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "L" DENGAN NON HEMORAGIC STROKE DIRUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Pembimbing: Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.	14 Mei 2018	BAB III	Perbaiki pengkajian dan ketik BAB III	
2.	17 Mei 2018	BAB I	- Latar belakang bait 2 dan 3 digabung - Tambahkan kalimat/alasan sampai mengangkat stroke sebagai kasus - Manfaat untuk Rumah Sakit dan perawat digabung	
		BAB II	- Perbaiki/ubah pengertian - Tambahkan tanda dan gejala umum stroke	

		BAB III	- Rata kiri kanan - Perbaiki pengetikan - Perbaiki genogram - Perbaiki implementasi dan evaluasi	
3.	19 Mei 2018	BAB I BAB II	- Perbaiki pengetikan - Ketikan rata kiri kanan - Perbaiki pengetikan - Ketikan rata kiri kanan - Non Hemoragik - Stroke ditulis miring - Perbaiki klasifikasi	
4.	22 Mei 2018	BAB I BAB II BAB III BAB IV	- Ketikan diedit lagi - ACC - Perbaiki spasi pengetikan - Ketikan rata kiri kanan - Bait 2 dan 3 pada pengamatan kasus digabung - Perhatikan spasi - Ketikan rata kiri kanan - Penulisan dalam kolom diperbaiki font 11, spasi 1 Tambahkan patofis	
5.	24 Mei 2018	BAB III	- Tambahkan intervensi pada pengamatan kasus - Penulisan obat	

			- Rata kiri kanan - Perbaiki penulisan dalam kolom/tabel - Perbaiki evaluasi	
		BAB V	- Kesimpulan 1 dan 2 dihapus - Saran bagi masyarakat dihapus - Perhatikan spasi pengetikan	
6.	28 Mei 2018	BAB III	Tambahkan daftar obat	
		BAB IV	- Tambahkan Patofis - Perhatikan penulisan dan spasi	
		BAB V	Kesimpulan 1 dihapus Tambahkan keterangan pada kesimpulan no. 4	
7.	30 Mei 2018	BAB II	Perbaiki patoflo	
		BAB IV	- Perbaiki pengkajian - Lengkapi patofis pada pengkajian	