KARYA TULIS ILMIAH

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

DISUSUN OLEH:

STELLIEN MARLINAY VENTURA
E1514401046

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : STELLIEN MARLINAY VENTURA

NIM : E1514401046

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)
NIDN. 0913098201

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

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

Hari/Tanggal	: Selasa, 12 Juni 2018
Pukul	: 14.45 – 15.30
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB (.....)
2. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes (.....)
3. Debby Lempang, S.Kep.,Ns (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Stellien Marlinay Ventura
Tempat/Tanggal Lahir	:Ujung Pandang, 3 Januari 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Gassing Dg Tiro

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Bonefasius Tura/Aurelia Suen
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Karyawan Swasta/IRT
Alamat	: Jl. Gassing Dg Tiro

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDK Santo Yakobus	: 2003 - 2009
SMP PGRI Gowa	: 2010 - 2012
SMAN 3 Sungguminasa	: 2013 - 2015
STIK Stella Maris	: 2015 - 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan Rahmat dan Berkat serta penyertaan- Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini dengan judul "*Asuhan Keperawatan Pada Ny. "W" dengan Hemoragik Stroke Di Ruang Perawatan ICU/HCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar* ".

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada :

1. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan serta telah membimbing, mendidik, dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi D.III Keperawatan dan Pembimbing Akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
4. Fransiska Anita.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.

6. Dr. Thomas Soharto, M.Kes, Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.
7. Kepala ruangan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar beserta seluruh staf atas pengertian dan kerja sama yang baik selama penulis melaksanakan praktek (pengambilan kasus).
8. Kepada Ny. W dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
9. Teristimewa untuk kedua orangtuaku tercinta Bonefasius Tura dan Aurelia Suen, serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Kepada seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Program DIII keperawatan angkatan 2015 – 2018.
11. Kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penulisan karya tulis ini.

Akhir kata harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini

Makassar, Mei 2018

Stellien Marlinay Ventura

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium.....61

Tabel 3.2 Analisa Data.....63

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan.....69

Tabel 3.4 Intervensi.....70

Tabel 3.5 Implementasi.....74

Tabel 3.6 Evaluasi.....106

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Fisiologi Peredaran Darah Otak.....17

Gambar 3.1 Genogram.....46

DAFTAR ISI

Hal

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI ix
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 4
C. Manfaat Penulisan 5
D. Metode Penulisan 6
E. Sistematika Penulisan..... 7
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 8
A. Konsep Dasar Medis 8
1. Pengertian Stroke 8
2. Anatomi Fisiolologi..... 8
3. Klasifikasi Stroke Hemoragik 17
4. Etiologi Stroke 19
5. Patofisiologi 19
6. Manifestasi Klinik..... 23
7. Pemeriksan Penunjang 24
8. Penatalaksanaan Medik..... 25
9. Komplikasi 26
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 27

1. Pengkajian 27
2. Diagnosa Keperawatan..... 29
3. Intervensi dan Rasional 30
4. Discharge Planning..... 40

C. Patoflowdiagram ……..... 41

BAB III PENGAMATAN KASUS 43
A. Pengkajian..... 44
B. Analisa Data 63
C. Diagnosa Keperawatan 69
D. Rencana Keperawatan..... 70
E. Implementasi Keperawatan..... 74
F. Evaluasi..... 106
G. Daftar Obat..... 115

BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 118
A. Pengkajian 118
B. Diagnosa Keperawatan 120
C. intervensi Keperawatan 122
D. Implementasi Keperawatan 123
E. Evaluasi..... 125

BAB V PENUTUP…..... 127
A. Kesimpulan 127
B. Saran 128

DAFTAR PUSTAKA 130

BAB 1
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Terwujudnya keadaan sehat adalah dambaan semua orang. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan meliputi pencegahan, penyembuhan dan pemulihan penyakit yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pada zaman sekarang ini ilmu pengetahuan dan teknologi semakin berkembang, demikian juga dengan tingkat kemakmuran masyarakat dan gaya hidup masyarakat yang sudah mulai berubah terutama di kota-kota besar. (Swedinar, 2015)

Perubahan gaya hidup masyarakat terjadi karena meningkatnya kemakmuran dan kesejahteraan yang berdampak pada berubahnya pola hidup, pola makan dan gaya hidup. Pengaruh pola makan disebabkan oleh karena pengaruh globalisasi dimana pola makan budaya barat yang kini banyak diminati oleh masyarakat dengan tinggi lemak, tinggi karbohidrat dan rendah serat. Pola makan dengan gaya hidup seperti inilah yang beresiko menyebabkan tingginya angka penyakit non infeksi pembuluh darah seperti penyakit *Jantung Koroner* (PJK), *Hipertensi* dan *stroke*. Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang akibat penyumbatan (Stroke Iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (Stroke Hemoragik). Tanpa darah, otak tidak akan mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi, sehingga sel-sel pada sebagian area otak akan mati. Kondisi menyebabkan bagian tubuh yang rusak tidak dapat berfungsi dengan baik.

Stroke semakin meningkat disebabkan oleh perilaku hidup yang tidak sehat seperti: kebiasaan merokok, kebiasaan minum-minuman keras seperti alkohol, adanya kebiasaan pola makan yang semakin instan, kurangnya berolahraga, serta mengonsumsi makanan yang mengandung banyak lemak dan rendah serat.

Beberapa dampak seseorang yang mengalami stroke: Kelumpuhan, Perubahan mental, Gangguan komunikasi, Gangguan emosional, Kehilangan indra rasa.

Angka kejadian stroke Menurut WHO Stroke diperkirakan menyebabkan 5,7 juta kematian pada tahun 2015 dan 87% dari kematian ini terdapat di negara-negara dengan penghasilan rendah dan menengah (2,3). Jumlah penderita stroke mencapai 8,3 per 100 populasi di Indonesia dengan populasi sekitar 211 juta jiwa, berarti terdapat sekitar 1,7 juta penderita stroke di Indonesia (Depkes, 2015). Di Indonesia stroke juga merupakan penyebab kematian nomor tiga terbanyak setelah penyakit jantung dan kanker dan sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal karena penyakit stroke. Berdasarkan data Riset kesehatan dasar tahun 2015 prevalensi stroke tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%) dan 31,4% kematian. Berdasarkan data kemenkes prevalensi penyakit stroke di kota Makassar terdapat 2,9%. Terdapat 151 jiwa kematian akibat penyakit stroke di Makassar. Penyakit stroke ini adalah penyebab utama kecacatan yang terjadi pada usia dewasa saat ini. Tercatat 50 juta orang mengalami kecacatan akibat stroke pada tahun 2015, yaitu sebesar 3,5% dari seluruh penderita cacat. Jumlah ini diproyeksikan akan terus mengalami peningkatan hingga tahun 2020 nanti, dimana diperkirakan 61 juta orang akan mengalami kecacatan akibat stroke.

Menurut WHO, 15 juta orang di dunia mengalami *stroke* setiap tahunnya. 15 juta orang penderita stroke, 5 juta orang meninggal dan

5 juta orang lagi mengalami kecacatan permanen dan menjadi beban bagi keluarganya (Brunner & Suddarth, 2015).

Berdasarkan data MRO RS. Stella Maris Makassar tahun 2016 diperoleh jumlah penderita stroke sebanyak 134 jiwa (0,76%) yang terdiri dari laki-laki 60 jiwa (44,77%) dan perempuan 74 jiwa (55,22%) dari 17.473 pasien. Berdasarkan rentang usia jumlah penderita stroke yang berusia 25 - ≤ 44 ada 4 jiwa, usia 45 - ≤ 64 ada 59 jiwa dan usia ≥ 65 sebanyak 71 jiwa. Dari jumlah penderita stroke tersebut, terdapat 27 jiwa yang telah meninggal dunia baik Hemoragik stroke maupun Non hemoragik stroke.

Berdasarkan data tahun 2017 diperoleh jumlah penderita stroke sebanyak 80 jiwa yang terdiri dari laki-laki 39 jiwa (48,75%) dan perempuan 41 jiwa (51,25%) dari 4.699 pasien. Berdasarkan rentang usia jumlah penderita stroke yang berusia 15 - ≤ 24 ada 1 jiwa, usia 25 - ≤ 44 ada 10 jiwa, usia 45 - ≤ 64 ada 34 jiwa dan usia ≥ 65 ada 35 jiwa. Dari jumlah penderita stroke yang tersebut, terdapat 28 jiwa yang telah meninggal dunia baik Hemoragik stroke maupun Non hemoragik stroke.

Mengingat stroke adalah penyebab kematian no. 3 dan kecacatan no. 1 di dunia, maka jauh lebih baik mencegah daripada mengobati.

Berdasarkan data MRO RS. Stella Maris pada tahun 2016-2017 terjadi penurunan penderita stroke sehingga Upaya perawat mencegah kematian dan kecacatan akibat stroke yaitu pertama dengan perawat memberi pendidikan kesehatan tentang stroke kepada masyarakat (promotif), mengobati penyakit stroke (kuratif), dan memberi terapi pada pasien pasca stroke (rehabilitatif), maka sangat penting juga membimbing, mengarahkan dan mengajak masyarakat untuk mengenali kapan stroke terjadi.

Berdasarkan anagka-angka menunjukkan bahwa angka morbiditas dan mortalitas stroke cukup tinggi dan pemulihannya membutuhkan waktu yang lama, sehingga perawat juga harus memiliki kemapuan 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 maka penulis tertarik untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem neuro: dengan hemoragik stroke (HS) di ruang perawatan ICU di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah:

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengetahuan dan pengelaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di RS pada pasien dengan *Hemoragik Stroke.*

2. Tujuan Khusus
   a. Melaksanakan pengkajian pada pasien *Hemoragik Stroke.*
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Hemoragik Stroke.*
   c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan *Hemoragik Stroke.*
   d. Melaksanakan implementasi pada pasien dengan *Hemoragik Stroke.*
   e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan *Hemoragik Stroke.*
   f. Pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hemoragik Stroke.*

C. Manfaat Penulisan

Dalam menulis karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi:

1. Instansi Rumah Sakit

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

2. Pendidikan

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

3. Pasien/Keluarga

   Dapat memperoleh pengalaman dan pengetahuan untuk dijadikan sebagai pedoman dalam mengajarkan cara merawat pasien dengan *Hemoragik Stroke*.

4. Bagi Penulis

   a. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Diploma DIII Keperawatan.

   b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang didapat selama pendidikan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hemoragik Stroke*.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus, yaitu:

1. Study Kepustakaan

   Dalam hal ini mempelajari literatur yang berkaitan dan relevan dengan isi karya tulis ini, baik dari buku maupun jurnal.

2. Study Kasus

   Study kasus ini menggunakan pendekatan proses yang komprehensif, meliputi pengkajian data, merumuskan penetapan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan serta evaluasi keperawatan yang dilakukan. Teknik yang dilakukan dalam pengumpulan data dalam pengkajian penulis melakukan:

   a. Wawancara

      Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, keluarga pasien serta berbagai pihak lainnya yang terkait dengan perawatan pasien.

   b. Observasi

      Mengadakan pengamatan langsung pada pasien mengenai pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan.

   c. Pemeriksaan fisik

      Melakukan pemeriksaan fisik pada pasien melalui inspeksi, palapsi, perkusi dan auskultasi.

   d. Diskusi

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

e. Dokumentasi

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil tes diagnostik.

E. Sistem Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari 5 BAB. BAB 1 Pendahuluan, diuraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaar penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan teoritis, diuraikan tentang teori yang meripakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medik yang meliputi defenisi, anatomi fisiologi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi dan pencegahan. Sedamgkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *discharge planning* dan patoflowdiagram. BAB III Pengamatan kasus, menguraikan tentang pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi, evaluasi serta daftar obat pasien. BAB IV Pembahasan kasus, membahas antara kesenjangan teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. BAB V simpulan dan saran, yang merupakan akhir karya tulis yang terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Stroke atau *cerebro vaskuler accident* (CVA) adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan *(iskemik stroke)* atau pendarahan *(hemoragik stroke)* (Arum, 2015)

Stroke adalah kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, biasanya merupakan akumulasi penyakit *cerebrovaskuler* selama beberapa tahun yang timbulnya secara mendadak, progresif cepat serta berupa defisit neurologis fokal atau global yang berlangsung sampai 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Clevo & Margareth, 2012)

Dari beberapa defenisi di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa, stroke merupakan gangguan sirkulasi atau peredaran darah otak yang terjadi secara mendadak yang disertai dengan perdarahan ataupun tidak yang dapat menyebabkan kecacatan atau kematian.

2. Anatomi Fisiologi

Otak di bagi menjadi 3 bagian besar yaitu: serebrum, brainstem dan serebelum. Semua berada salam satu bagian strukutur tulang yang disebut tengkorak yang juga melindungi otak dari cedera, empat tulang yang berhubungan membentuk tulang tengkorak,

tulang frontal, temporal dan oksipatalis. 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 fossa posterior berisi batang otak dan medulla spinalis.

a. Meningen

Bagian bawah tengkorak dan medulla 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 liat, 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 darah 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 ke setiap lapisan bawah otak.

b. Serebrum (otak besar)

Serebrum merupakan bagian otak yang paling besar dan paling menonjol, disini terletak pusat-pusat saraf yang mengatur semua kegiatan sensorik dan motorik juga mengatur

proses penalaran, ingatan dan intelegensi, hemisfer serebri kanan mengatur bagian tubuh sebelah kiri dan hemsifer serebri kiri mengatur bagian tubuh kanan, konsep fungsional ini disebut pengendalian kontrelateral, serebrum terdiri atas empat lobus, yaitu:

1) Lobus Frontal (lobus terbesar)

   Terletak pada fosa anterior, area ini mengontrol perilaku individu, membuat keputusan, kepribadian dan menahan diri.

2) Lobus Parietal (lobus sensorik)

   Area ini menginterperesentasikan sensasi. Sensasi rasa yang tidak berpengaruh adalah bau. Lobus parietal mengatur individu mampu mengetahui posisi dan letak bagian tubuhnya. Kerusakan pada daerah ini menyebabkan sindrom hemineglect.

3) Lobus Temporal

   Berfungsi mengintergrasikan sensasi pengecap, bau dan pendengaran. Ingatan jangka pendek sangat berhubungan dengan daerah ini.

4) Lobus Oksipital

   Terletak pada lobus posterior hemisfer serebri. Bagian ini bertanggung jawab menginterprestasikan penglihatan.

c. Brainstem (batang otak)

   Batang otak terletak pada fossa anterior. Bagian-bagian batang otak ini terdiri atas 3 bagian, yaitu:

1) Mesensefalon (otak tengah)

   Mesensefalon menghubungkan pons dan serebelum dengan hemisfer serebrum. Bagian ini berisi jalur sensorik dan motorik dan sebagian pusat refleks pendengaran dan penglihatan.

2) Pons

Pons terletak di depan serebelum antara otak tengah dan medula dan merupakan jembatan antara 2 bagian serebelum, dan juga antara medulla dan serebrum. Pons berisi jarak sensorik dan motorik.

3) Medula Oblongata

Medula oblongata meneruskan serabut-serabut motorik dari otak ke medulla spinalis dan serabut-serabut sensorik dari medulla spinalis ke otak. Serabut-serabut terus menyilang pada daerah ini. Pons juga berisi pusat-pusat terpenting dalam mengontrol jantung, pernapasan dan tekanan darah dan sebagai asal usul saraf otak kelima sampai kedelapan.

d. Diensefalon

Fossa bagian tengah atau diensenfalon berisi talamus, hipotalamus dan kelenjar hipofisis.

1) Talamus

Berada pada salah satu sisi pada sepertiga ventrikel dan aktivitas primernya sebagai pusat penyambung sensasi bau yang diterima. Semua impuls memori, sensasi dan nyeri melalui bagian ini.

2) Hipotalamus

Terletak pada anterior dan inferior talamus. Berfungsi mengontrol dan mengatur sistem saraf autonom. Hipotalamus juga bekerjasama 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 dan mengontrol berat badan. Sebagai pengatur tidur, tekanan darah, perilaku agresif dan seksual dan pusat respon emosional (misalanya rasa malu, marah, depresi, panik dan takut).

3) Kelenjar hipofisis

Dianggap sebagai master kelenjar karena sejumlah hormon-hormonnya hipofisis dapat mengontrol fungsi ginjal, pankreas, organ-organ reproduksi, tiroid, korteks adrenal dan organ-organ lain. Hipofisis merupakan tiga otak yang tiga kali lebih sering timbul tumor pada orang dewasa, biasanya terdeteksi dengan tanda dan gejala fisik yang dapat menyebar ke hipofisis. Hipofisis lobus anterior memproduksi hormon pertumbuhan, hormon adrenokortikotoprik (ACTH), prolaktin, hormon perangsang tiroid (TSH), hormon folikel (FSH) dan *luteiniing hormon* (LH). Yang mengatur sekresi dan retensi cairan pada ginjal. Dua sindrom sering muncul dihubungkan dengan abnormalitas ADH adalah diabetes insipidus (DI) dan sindrom ketidaktepatan ADH (SIADH). Serabut-serabut saraf dari semua bagian korteks berkumpul dalam setiap hemisfer dan keluarga dalam bentuk bundel yang padat yang disebut kapsul internal.

e. Serebelum (otak kecil)

Serebelum terletak pada fosa posterior dan terpisah dari hemisfer serebral, kelipatan durameter, tentorium serebelum. Serebelum mempunyai dua aksi yaitu merangsang dan menghambat dan bertanggungjawab yang luas terhadap koordinasi dan gerakan halus.

Susunan saraf terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak melewati lubang yang tedapat pada tulang tengkorak berhubungan erat dengan otot panca indra telinga, hidung, lidah dan kulit (Arif Muttaqin, 2012).

f. Medulla spinalis dan batang otak membantu struktur kontinu yang keluar dari hemisfer serebral dan memberikan tugas sebagai penghubungan otak dan saraf perifer, seperti kulit dan otak, panjangnya rata-rata 45 cm dan menipis pada jari-jari. Medulla spinalis ini memanjang dari foramen di dasar tengkorak bagian atas lumbar kedua tulang belakang, yang berakhir di dalam berkas serabut yang disebut konus medularis. Seterusnya di bawah ruang lumbar kedua adalah akan saraf, yang memanjang melalui konus, dan disebut kauda equina, akan saraf ini menyerupai ekor kuda.

g. Sistem saraf tepi/ perifer

   1) Saraf somatif

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

   2) Sistem saraf otonom

      Fungsi unik sistem saraf otonom bagian simpatif adalah sistem ini siap siaga untuk membantu proses kedaruratan. Di bawa kedalam stress baik yang disebabkan oleh fisik maupun emosional dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada impuls simpatis. Tubuh mempersiapkan untuk respon “fight ortliht” jika ada ancaman. Sebagai akibatnya, bronkiolus berdiri untuk pertukaran gas yang mudah, kontraksi jantung yang kuat dan cepat, dilatasi arteri menuju

jantung dan otot-otot volunteer yang membawa lebih banyak darah ke jantung. Kontriksi pembuluh darah perifer yang membuat kulit pada kaki dingin *(shunting)* darah ke organ esensial yang aktif, dilatasi pupil, hati mengeluarkan glukosa untuk energi cepat, peristaltik makin lambat, rambut berdiri, dan peningkatan keringat pelepasan simpatif yang meningkatkan cepat sama seperti tubuh diberikan suntikan adrenalin.

3) Sistem saraf parasimpatis

Fungsi sistem saraf parasimpatis sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam kondisi tanpa stress, impuls dan serabut-serabut parasimpatik (kolenergik) yang menonjol.

Tabel saraf kranial

Saraf kranial	Komponen	Fungsi
Olfaktorius (I)	Sensori	Sensi bau dan penciuman
Optikus (II)	Sensori	Ketajaman penglihatan
Okulomotorius (III)	Motorik	Pergerakan mata, mengangkat kelopak mata
Troklearis (IV)	Motorik	Perubahan kontriksi pupil
Trigeminus (V)	Motorik	Kemampuan menggigit
	Sensori	Permukaan kulit wajah bagian dahi, pipi dan rahang bawah dengan goresan kapas Mata tertutup
Anducens (VI)	Motorik	Pergerakan bola mata ke segala arah
Facialis (VII)	Motorik	Kemampuan mengangkat alis, mengerutkan dahi, tersenyum, meringis
	Sensori	Rasa pengecapan pada permukaan lidah yang dijulurkan
Vestibulocochlear-acusticus (VIII)	Sensori	Keseimbangan dan pendengaran
Glosopharingeal (IX)	Motorik Sensori	Letak uvula berada di tengah atau deviasi
Vagus (X)	Motorik	Kemampuan menelan
Accessorius (XI)	Motorik	Mengangkat bahu kiri dan kanan
Hypoglosus (XII)	Motorik	Pergerakan lidah ke segala arah

h. Sistem peredaran darah otak

Sistem saraf pusat sangat bergantung pada aliran darah yang memadai untuk nutrisi dan pembangunan sisa-sisa makanan serta metabolisme. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang dan berhubungan erat dengan satu dengan yang lain sehingga dapat menjamin suplai darah yang kuat untuk sel. Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vartebralis dan arteri karotis. Kedua sistem ini merupakan sistem arteri terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh anastomosis yang membentuk sirkulasi arteririosis wilisi (Muttaqin 2008)

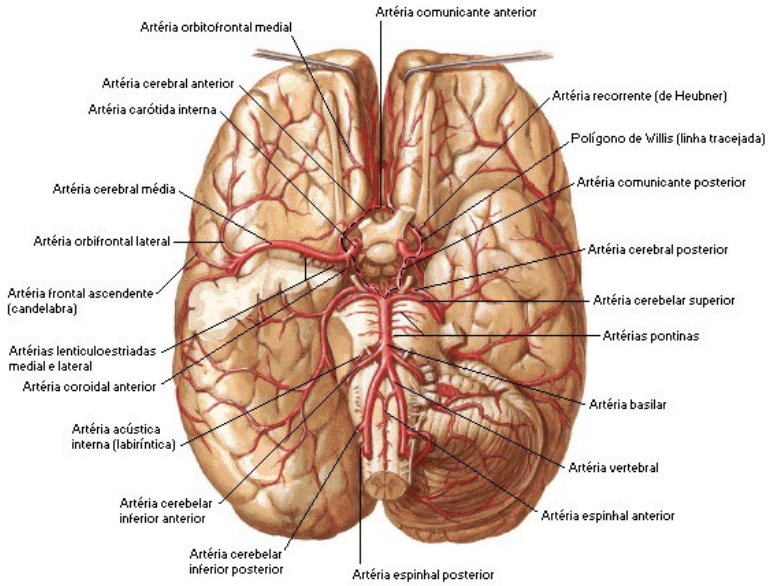
1) Suplai arteri karotis

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis, komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunikasi kiri bercabang dari aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis interna sedikit berdialitas tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinuskarotikus, dimana terdapat pada ujung-ujung saraf khusus yang berespon terhadap perubahan tekanan darah arteri yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis interna terbagi menjadi 2 yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan bagian sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan monocular. Arteri serebri menyuplai darah untuk bagian lobus temporalis, parietalis, dan frontalis korteks serebri dan membentuk penyebaran dan penyebaran

pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemiserfium serebri dominan bahasa.

2) Suplai arteri veterbralis

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 membetuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang –cabang dari sistem vetebrobasilaris memperdarahi medulla oblongata, pons serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon.



Sumber: Ensiklopedia, (Ramadi Raurel, 2012)

3. Klasifikasi Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik atau perdarahan

Sekitar 70% stroke hemoragik di sebabkan oleh pecahnya pembuluh darah ke otak oleh karena tekanan darah tinggi atau hipertensi. Sisanya biasanya disebabkan oleh rupture atau

pecahnya aneurisma. Yaitu pembuluh darah yang bertekstur tipis dan mengembang, atau bisa juga karena rupture pada arterovenomalvormation (AVM), yaitu suatu bentuk yang tidak sempurna dari pembuluh darah arteri dan vena. Kedua jenis penyebab stroke hemoragik, yaitu aneurisma dan AVM merupakan kelainan anatomis pembuluh darah yang terbawa sejak lahir terbagi atas:

a. Perdarahan Subaraknoid

   Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurismaberry. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarga ke ruang subaraknoid menyebabkan tekanan intrakranial meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan vasopasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran), maupun fokal (hemiparese, afasia dan lainnya).

b. Perdarahan intrakranial

   Perdarahan intrakranial adalah perdarahan di dalam tulang temgkorak. Perdarahan bisa terjadi di dalam otak atau di sekeliling otak: perdarahan yang terjadi di dalam otak di sebut perdarahan intraserebral, perdarahan di antara otak dan rongga subaraknoid disebut perdarahan subaraknoid, perdarahan di antara lapisan selaput otak (meningen) disebut perdarahan subdural, perdarahan diantara tulang tengkorak dan selaput otak disebut perdarahan epidural. Setiap perdarahan akan menimbulkan kerusakan pada sel-sel otak. Ruang di dalam tulang tengkorak sangat terbatas, sehingga

perdarahan dengan cepat akan menyebabkan bertambahnya tekanan dan hal ini sangat berbahaya.

c. Perdarahan intraventrikel

Perdarahan intraventrikel merupakan kejadian akut yang dapat timbul spontan terutama akibat hipertensi dan aneurisma yang pecah atau oleh karena cedera kepala akibat trauma. Pada keadaan akut tindakan yang dilakukan dapat berupa pemberian obat-obatan ataupun tindakan pembedahan (Muliyatsi dan Ahmad, 2015).

4. Etiologi Stroke
   a. Faktor yang dapat dikontrol (presipitasi)
      1) Hipertensi
      2) Stress
      3) Diabetes melitus
      4) Perokok
      5) AVM (Arterovenomalvormation)
      6) Aneurisma
   b. Faktor yang tidak dapat dikontrol
      1) Usia
      2) Jenis kelamin
      3) Gen
      4) Ras
5. Patofisiologi
   a. Perdarahan intraserebral

      Pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk kedalam jaringan otak, membentuk massa atau hematom yang menekan jaringan otak dan menimbulkan udema di sekitar otak. Peningkatan TIK yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang

mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral sering di jumpai di daerah putamen, talamus, sub kortikal, nukleus kaudatus, pon, dan serebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid.

b. Perdarahan subaraknoid

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM. Aneurisma paling sering didapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi willisi. AVM dapat di jumpai pada jaringan otak di permukakan piameter dan ventrikel otak, atau didalam ventrikel otak dan ruang subaraknoid. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula di jumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan peredaran subhioaloid pada arteri dan penurunan kasadaran. Perdarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral vasospasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vasospasme di duga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan di lepaskan ke dalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh arteri di ruang subaraknoid. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia dll). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O_2 dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam sel saraf

hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak puya cadangan O_2 jadi kerusakan kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20mg% karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25% dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70% akan terjadi gejala disfungsi serebral. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O_2 melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak.

c. Perdarahan Intraventrikel

Pengertian IVH secara singkat dapat diartikan sebagai perdarahan intraserebral non traumatik yang terbatas pada sistem ventrikel atau yang timbul di dalam atau pada sisi dari ventrikel. Dari pengertian ini dapat ditarik kesimpulan bahwa kejadian IVH yang menimbulkan serangan stroke merupakan salah satu dari jenis stroke (CVA) hemoragik yang berasal dari intra cranial atau sumber permasalahannya adalah peredaran vaskuler otak.

Kejadian IVH memang sangat jarang. Hal ini menjadi alasan atas pemahaman yang buruk terhadap gejala klinis, etiologi, dan prognosis jangka pendek maupun panjang pada pasien IVH. Sepertiga pasien IVH tidak bertahan pada perawatan di rumah sakit (39%). Angka kejadian IVH di antara seluruh pasien dengan perdarahan intrakranial adalah 3,1% dengan prognosis yang dilaporkan lebih baik dari prognosis pasien perdarahan intraventrikel sekunder. IVH menginduksi morbiditas, termasuk perkembangan hidrosefalus dan menurunnya kesadaran.

Dilaporkan terdapat banyak faktor yang berhubungan dengan PIVH, namun hipertensi merupakan faktor yang paling sering ditemukan.

Sanders telah menunjukkan bahwa perdarahan intraventrikuler dapat terjadi dalam setiap rentang usia, namun dengan puncak antara usia 40-60 tahun, dengan rasio angka kejadian pada pria dan wanita=1,4:1. Gambaran klinik pada kasus PIVH yang ringan bervariasi dan mungkin berkaitan dengan banyaknya perdarahan.

Edema otak barangkali merupakan sebab yang paling lazim dari peningkatan tekanan intrakranial dan memiliki banyak penyebab antara lain peningkatan cairan intrasel, hipoksia, ketidak seimbangan cairan dan elektrolit, iskemia serebral, meningitis, dan tentu saja cedera. Tekanan intrakranial pada umumnya bertambah secara berangsur-angsur. Peningkatan tekanan intrakranial sampai 33 mmHg mengurangi aliran darah otak secara bermakna. Iskemia yang timbul merangsang pusat motor, dan tekanan darah sistemik meningkat, Rangsangan pada pusat inhibisi jantung mengakibatkan bradikardi dan pernapasan menjadi lambat. Mekanisme kompensasi ini, dikenal sebagai refleks Cushing, membantu mempertahankan aliran darah otak. Akan tetapi, menurunnya pernapasan mengakibatkan retensi CO_2 dan mengakibatkan vasodilatasi otak yang membantu menaikkan tekananan intrakranial. Edema menyebabkan peningkatan tekanan pada jaringan dan akhirnya meningkatkan TIK, yang pada gilirannya akan menurunkan aliran darah otak(ADO), iskemia, hipoksia, asidosis (penurunan pH dan penigkatan PCO_2), dan kerusakan SDO lebih lanjut. Siklus ini

akan terus berlanjut sehingga terjadi kematian sel dan edema bertambah secara progresif kecuali bila dilakukan intervensi.

6. Manifestasi Klinik

Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (*trombosis, emboli*, perdarahan dan *spasme vaskuler*) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). *Aterosklerosis* sering kali merupakan faktor penting untuk otak, *trombus* dapat bersaal dari plak *aterosklerosis* manifestasi klinik

Tanda dan gejala stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi *kolataral*. Pada hemoragik stroke tanda dan gejala dapat berupa mual/muntah dan kejang.

a. Defisit lapang penglihatan
   1) Homonimus hemianopsia (kehilangan stengah lapang penglihatan). Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.
   2) Kehilangan penglihatan perifer
      Kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek, atau batas objek.
   3) Diplopia
      Pengliahatan ganda.

b. Defisit motorik
   1) Hemiparesis
      Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama.
      Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawan).

2) Ataksia

Berjalan tidak menetap, tegak, tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

3) Disartria

Kesulitan dalam membentuk kata

4) Disfagia

Kesulitan dalam menelan.

c. Defisit verbal

1) Afasia ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang dapat di pahami, mungkin mampu bicara dalam respon kata tunggal.

2) Afasia reseptif

Tidak mampu memahami kata yang di bicarakan, mampu bicara tapi tidak masuk akal.

3) Afasia global

Kombinasi baik afasia eksresif dan afasia reseptif.

d. Defisit kognitif

Penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, dan perubahan penilaian.

e. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah serta perasaan isolasi (Tutu April Ariani, 2012).

7. Pemeriksaan Penunjang

a. CT Scan bagian kepala

Pada stroke non hemoragik terlihat adanya infark, sedangkan pada stroke hemoragik terlihat perdarahan.

b. Pemeriksaan darah

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

8. Penatalaksanaan Medik

a. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

Dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.

b. Pengobatan

1) Anti koagulan: heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut, contoh obat warfarin.
2) Obat anti trombotik: pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik/emboilik, contoh obat alteplase.
3) Diuretika: untuk menurunkan edema serebral, Pemberian cairan manitol 1500-2000 ml elektrolit sesuai kebutuhan.
4) Neuroproktekto dapat diberikan kecuali yang bersifat vasodilator, contoh obat citicoline.
5) Pada perdarahan subraknoid, dapat digunakan antagonis kalsium (nimodipin) atau tindakan bedah (ligasi, embolisasi, ekstirpasi maupun gamma knife) jika penyebabnya adalah aneurisme atau malvormasi arteri-vena (arteriovenous malformation, AVM).

c. Pembedahan:

Tindakan bedah mempertimbangkan usai dan letak perdarahan, yaitu pada pasien yang kondisinya kian memburuk dengan perdarahan cerebellum berdiameter > 3 cm^3, hidrocephalus akut akibat perdarahan intraventrikel atau cerebellum dilakukan VP-shunting, dan perdarahan lobar > 60

ml dengan tanda peningkatan intrakranial akut dan ancaman herniasi.

9. Komplikasi
    a. Peningkatan tekanan intrakranial

       Tekanan intrakranial merupakan kumpulan sejumlah volume darah intrakranial dan cairan serebrospinal di dalam tengkorak.
    b. Hermiasi 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, hemoragik pada area medulla oblongata.
    d. Iskemik cerebri

       Stroke yang paling sering terjadi (85%), yang disebabkan karena adanya gangguan aliran darah yang disebabkan karena sumbatan pembuluh darah otak yang mengakibatkan adanya hipoperfusi jaringan otak yang signifikan.
    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, pencernaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian
   a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
      1) Data subjektif

         Adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.

      2) Data objektif

         Hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme.

   b. Pola nutrisi dan metabolik
      1) Data subjektif

         Nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan penigkatan lemak dalam darah.

      2) Data objektif

         Kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

   c. Pola eliminasi
      1) Data subjektif

         Perubahan pada saat berkemih seperti inkontinensia urine, anuria.

      2) Data objektif

         Distensi abdomen, distensi kandung kemih dan bising usus negatif (ileusparalitik).

d. Pola aktivitas dan latihan
   1) Data subjektif
      Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.
   2) Data objektif
      Gangguan tonus otot (hemiplegia), terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan dan gangguan kesadaran.
e. Pola tidur dan istirahat
   1) Data subjektif
      Susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).
   2) Data objektif
      Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot.
f. Pola persepsi sensorik dan kognitif
   1) Data subjektif
      Pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat karena adanya perdarahan intraserebral, subraknoid, kelemahan, kesemutan biasanya terjadi selama serangan TIA yang di temukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain.
   2) Data objektif
      Status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik.
g. Pola persepsi dan konsep diri
   1) Data subjektif
      Perasaan putus asa
   2) Data objektif
      Emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama
   1) Data subjektif
      Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain.
   2) Data objektif
      Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata).

i. Pola reproduksi dan seksualitas
   1) Data subjektif
      Tidak ada gairah seksual
   2) Data objektif
      Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres
   1) Data subjektif
      Perasaan tidak berdaya dan putus asa.
   2) Data objektif
      Emosi yang lebih dan kesiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

k. Pola sistem nilai kepercayaan
   Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekpresikan diri.

2. Diagnosa Keperawatan

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

   Diagnosa keperawatan yang lazim muncul (Nanda)

   a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan gangguan aliran arteri atau vena.
   b. Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

c. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan pada pusat sensori, transmisi, integrasi, stress psikologis (penyempitan lapang pandang).
d. Gangguan proses pikir berhubungan dengan kerusakan kognitif.
e. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskular, ketidakmampuan merasakan tubuh, gangguan fungsi kognitif.
f. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular.
g. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan umum.

3. Intervensi dan Rasional

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

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

Kriteria evaluasi:

- Mempertahankan tingkat kesadaran membaik, fungsi sensorik, fungsi motorik dan kognitif.
- Mendemonstrasikan tanda vital stabil dan tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK.

Intervensi:

1) Pantau tanda dan gejala perubahan jaringan perfusi serebral serta potensial terjadinya peningkatan TIK.

R/ Mempengaruhi penerapan intervensi kerusakan atau kemunduran tanda dan gejala neurologis membutuhkan perawatan yang intensif untuk melaksanakan pemantauan. terhadap peningkatan TIK.

2) Pantau tanda-tanda vital.

   R/ Perubahan tanda-tanda vital seperti adanya hipertensi/hipotensi, mengindikasikan perbaikan/perusakan perfusi jaringan serebral.

3) Pantau tingkat kesadaran pasien.

   R/ Perubahan tingkat kesadaran dapat menjadi faktor pencetus, serta mengidentifikasi perubahan TIK dan kerusakan otak.

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

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

5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antihipertensi (amlodipin) dan obat diuretik (manitol), neuroprotektor.

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

6) Kolaborasi persiapan operasi (jika diindikasikan cepat melakukan operasi).

7) Memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan stroke berulang.

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

   Tujuan: Mempertahankan posisi optimal dan fungsi yang dibuktikan oleh ketidakadanya kontraktur, mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot fungsi bagian tubuh yang terkena atau kompensasi

Kriteria evaluasi:

- Kemampuan untuk berjalan dari satu tempat ke tempat lain secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.
- Kemampuan untuk mempertahankan keseimbangan tubuh.
- Rentang pergerakan sendi aktif dengan gerakan atas inisiatif sendiri.
- Kemampuan tulang untuk menyokong tubuh dan memfasilitasi gerakan

Intervensi:

1) Kaji kemampuan imobilisasi pasien dengan menggunakan skala ketergantungan (0-4) dan skala kekuatan otot (0-5).
   R/ Mengidentifikasi perubahan tingkat mobilisasi pasien setiap hari dan menentukan perkembangan kekuatan otot sehingga dapat diprioritaskan tindakan yang diberikan.
2) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) dan jika mungkin bisa dilakukan sesering mungkin.
   R/ Menurunkan resiko terjadinya trauma atau iskemia jaringan dan dekubitus.
3) Ajarkan dalam latihan ROM aktif dan pasif untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot .
   R/ Meminimalkan atriofi otot, meningkatkan sirkulasi dan mencegah kontraktur.
4) Berikan penguatan positif selama aktivitas (beri pujian).
   R/ Beri pujian selama aktivitas dapat membuat pasien tenang dan merasa puas.
5) Anjurkan pasien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak lemah untuk

menyokong atau menggerakkan daerah tubuh yang mengalami kelemahan.

R/ Dapat respon yang baik jika daerah yang lemah tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan latihan aktif untuk menyatukan kembali sebagian tubuh.

6) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam pemberian ambulasi dan latihan.

R/ Program yang khusus dapat mengembangkan keseimbangan koordiansi dan kekuatan otot.

7) Ajarkan ROM aktif/pasif kepada keluarga pasien.

c. Gangguan persepsi sensorik berhubungan dengan gangguan pada pusat sensori, transmisi, integrasi, stress psikologis (penyempitan lapang pandang).

Tujuan: memulai atau mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi perceptual.

Kriteria evaluasi:

- Dapat berinteraksi denga orang lain dan lingkungan
- Memperlihatkan pengaturan pikiran yang logis
- Menginterprestasikan gagasan yang dikomunikasikan oleh orang lain secara benar
- Mengompensasi defisit sensori dengan memaksimalkan indra yang tidak rusak

Intervensi:

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

R/ Munculnya gangguan penglihatan dapat berdampak negatif terhadap kemampuan pasien untuk menerima

lingkungan dan mempelajari kembali keterampilan motorik dan meningkatkan resiko terjadinya cedera.

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

   R/ Pembiaran pengenalan terhadap adanya orang atau benda dapat membantu masalah persepsi dan mencegah pasien dari rasa terkejut.

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

   R/ Membatasi jumlah stimulasi penglihatan yang mungkin dapat menimbulkan kebingungan terhadap interpretasi lingkungan dan menurunkan resiko terjadinya kecelakaan.

4) Bicara dengan tenang dengan menggunakan kalimat yang 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 pasien mengidentifikasi ketidakonsistenan dari persepsi dan integrasi, stimulus dan mungkin menurunkan distorsi persepsi realitas.

6) Instruksikan pasien atau keluarga untuk memeriksa kulit setiap hari terhadap kerusakan integritas kulit.

d. Gangguan proses pikir berhubungan dengan kerusakan fungsi kognitif

Tujuan: Mempertahankan/melakukan kembali orientasi mental dan realitas biasanya, mengenali perubahan berfikir/perilaku dan berpartisipasi penyerapan kognitif

Kriteria evaluasi:

- Pasien akan secara cepat mengingat informasi yang baru saat ini dan lampau.
- Secara benar mengidentifikasi orang dan yang di kenalinya.
- Menunjukkan proses pikir yang logis terorganisasi.
- Dapat membandingkan dan membedakan dua benda.
- Melakukan pengurangan serial dari 100 masing-masing dikurangi 7 atau 3.
- Mengeja terbalik kata sederhana.
- Berespon dengan tepat terhadap isyarat komunikasi dan lingkungan

Intervensi:

1) Kaji rentang perhatian, kebingungan dan kaji tingkat ansietas pasien.

   R/ Rentang perhatian/kemampuan untuk berkonsentrasi mungkin memendek secara tajam yang merupakan potensi terhadap terjadinya ansietas yang mempengaruhi proses pikir pasien.

2) Usahakan tidak menghadirkan realitas secara konsisten dengan jelas, hindarkan pikiran-pikiran tidak masuk akal.

   R/ Orientasi realistis yang berstruktur dapat menurunkan reaksi perlawanan dari pasien itu sendiri.

3) Pertahankan bantuan yang konsisten dari staf.

   R/ Memberikan pasien perasaan yang stabil dan mampu mengontrol situasi.

4) Dengarkan dengan penuh perhatian yang semua diungkapkan pasien.

   R/ Perhatian dan dukungan yang diberikan kepada individu atau meningkatkan harga diri.

5) Anjurkan pada orang yang terdekat untuk memberikan berita baru/keadaan keluarga.

   R/ Meningkatkan terpeliharanya kontak dengan keadaan yang biasa terjadi yang akan meningkatkan orientasi realitas berpikir normal.

6) Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang pasien dengan gangguan kognitif.

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromukular

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

Kriteria evaluasi:

- Pasien menerima bantuan atau perawatan total dari pemberi asuhan jika diperlukan.
- Menungkapkan secara verbal tentang kepuasan kebersihan tubuh.
- Mampu mempertahankan mobilisasi yang diperlukan.

Intervensi:

1) Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu.

   R/ Kemampuan pasien untuk menggunakan alat bantu akan mempermudah 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/ Mempermudahkan pasien dalam perawatan diri (mandi).

4) Ajarkan pasien/keluarga menggunkan metode alternative untuk mandi.

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

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

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

f. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular atau perceptual

Tujuan: Mempertahankan berat badan yang diinginkan

Kriteria evaluasi:

- Kemampuan untuk mengosongkan rongga mulut.
- Menoleransi ingesti makanan tanpa tersendak atau aspirasi.
- Tidak ada kerusakan otot tengkorak atau otot wajah, menelan, menggerakkan lidah atau refleks muntah

Intervensi:

1) Bantu pasien dengan mengontrol kepala.

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

2) Letakkan pasien pada posisi duduk atau tegak selama dan setelah 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 untuk menelan dan meningkatkan masukan.
4) Sentuh bagian pipi dalam dengan spatel lidah atau tempatkan es untuk mengetahui adanya kelemahan otot.
   R/ Dapat meningkatkan dan kontrol lidah (penting untuk menelan) dan menghambat jatuhnya lidah.
5) Berikan makanan dengan perlahan pada lingkungan yang nyaman.
   R/ Pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makanan tanpa adana gangguan dari luar.
6) Anjurkan pasien menggunakan sedotan untuk minum cairan.
   R/ Menguatkan otot menelan dan menurunkan resiko terjadinya aspirasi.
7) Anjurkan orang terdekat untuk membawa makanan kesukaan pasien.
   R/ Menstimulasi upaya makan dan meningkatkan menelan.

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

   Tujuan: mengindikasikan pemahaman tentang masalah komunikasi

   Kriteria evaluasi:

   - Penerimaan, interpretasi, ekspresi pesan lisan, tulisan dan non verbal.
   - Ekpresi pesan verbal dan non verbal yang bermakna.
   - Penerimaan dan interpretasi pesan verbal dan non verbal.

- Kemampuan untuk memperoleh, mengatur dan menggunakan informasi.

Intervensi:

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

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

2) Perhatikan kesalahan dalam komunikasi dan berikan umpan balik.

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

3) Mintalah pasien menyebutkan kata sederhana atau mengucapkan suara sederhana seperti “PUS”.

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

4) Berikan metode komunikasi alternatif seperti menulis di papan tulis, gambar dan berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan).

5) Anjurkan pengunjung atau orang terdekat mempertahankan usahanya untuk berkomunikasi dengan pasien seperti

membaca surat, diskusi tentang hal-hal yang terjadi dalam keluarga.

R/ Isolasi pasien dan meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.

6) Konsultasi/rujuk kepada ahli terapi bicara

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

4. Perencanaan Pulang (Dicharge Planning)

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

a. Menganjurkan kepada pasien/keluarga tentang diit:
   1) Diit rendah garam.
   2) Diit rendah gula.
   3) Diit rendah kolestrol.
b. Jangan menghentikan atau mengubah atau menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter.
c. Minta bantuan petugas kesehatan atau fisioterapi untuk memulihkan kondisi tubuh yang lemah atau lumpuh.
d. Perbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur di rumah (ROM) aktif/pasif.
e. Motivasi pasien agar tetap bersemangat dalam melakukan latihan fisik.
f. Periksa tekanan darah secara teratur.
g. Motivasi keluarga untuk tetap mempertahankan kebersihan mulut dengan cara membersihkan mulut pasien minimal 2x sehari untuk meminimalkan terjadinya pneumonia pada pasien stroke.

(Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah, 2012)

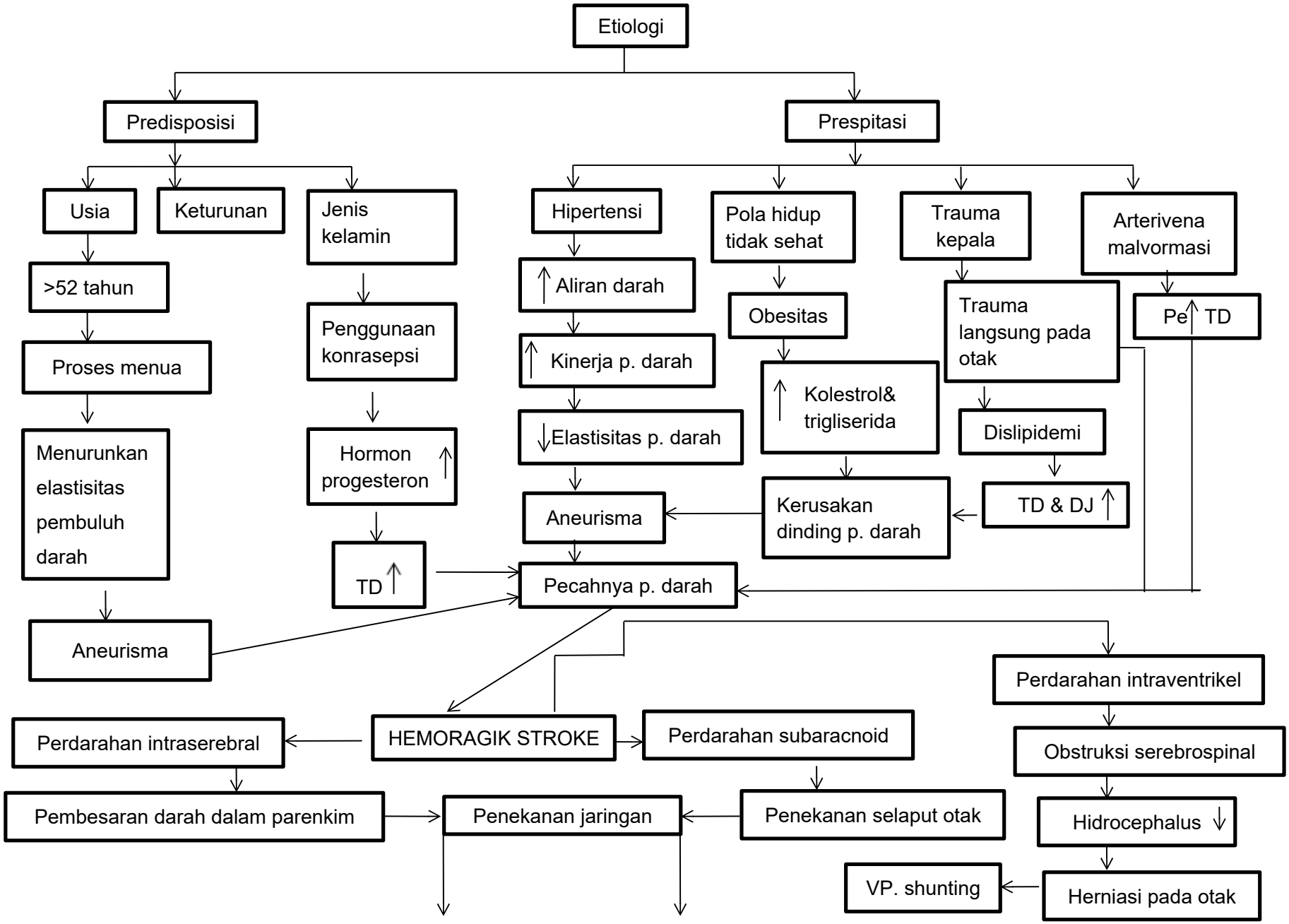
BAB III
TINJAUAN KASUS

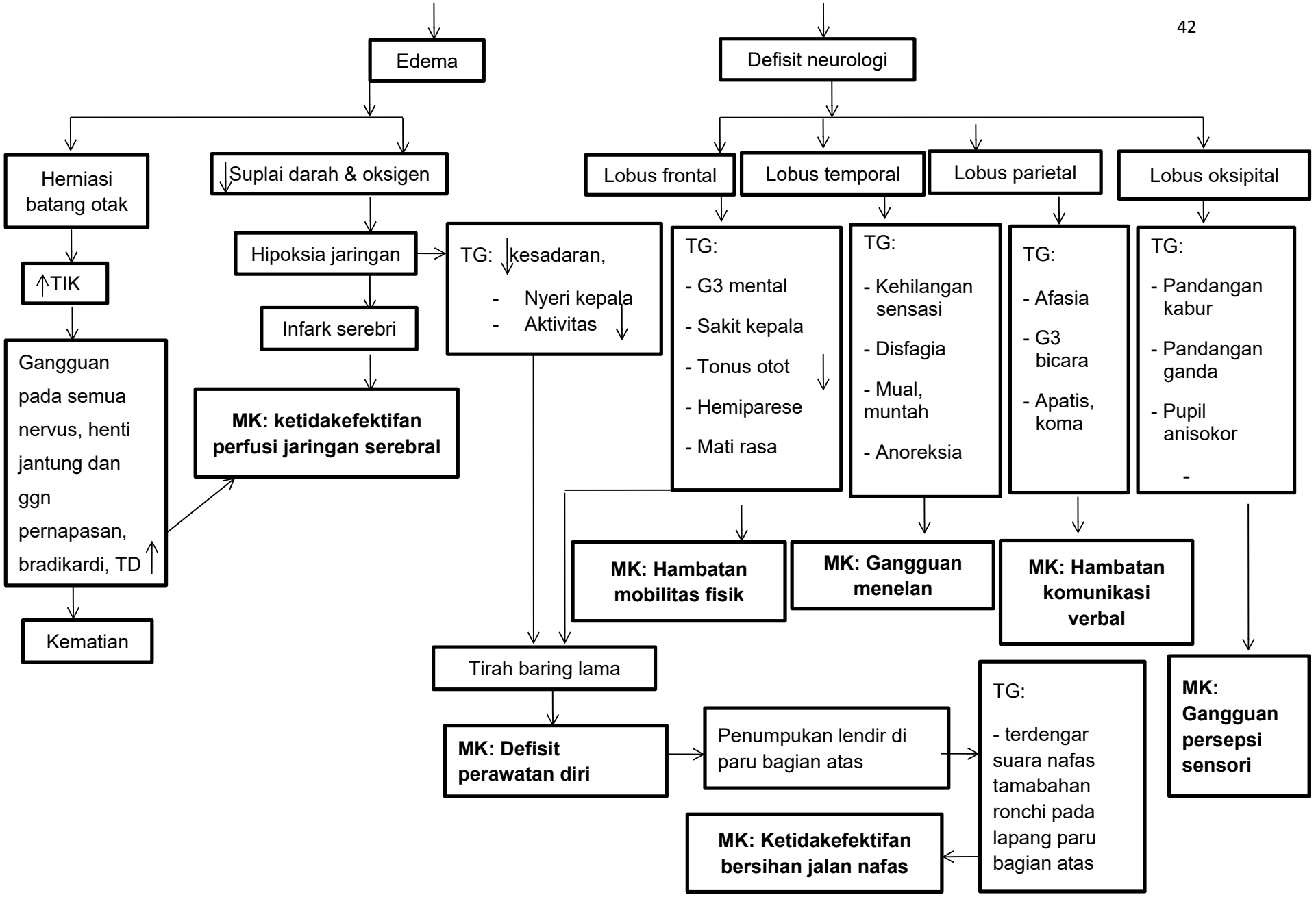
Ny. W berumur 78 tahun masuk rumah sakit Stella Maris pada tanggal 15 April 2018 dengan diagnosa medik Stroke Hemoragik hari ke 4

Pada saat pengkajian (18 April 2018), Keadaan umum pasien tampak sakit berat, tampak pasien terbaring di atas tempat tidur, GCS: M: 4, V: 4, E: 2. Keluhan utama pasien adalah penurunan kesadaran. Hasil observasi TD: 160/80 mmHg, N: 118 x/menit, P: 29 x/menit, S: 37^0 C. Hasil CT Scan menunjukkan adanya Hematom dan edema perifokal, hemisfer cerebri kanan, Hematom intra ventrikel sistem, Infark kecil cerebri kiri dan Atrofi serebri. Pasien mendapatkan terapi Manitol 100cc/6 jam/IV, Manitol 100 cc/6 jam/IV, Asam Tranexamat 500 mg/6 jam/IV , Patropil 12 mg/24 jam/IV.

Dari hasil analisa data, diperoleh empat diagnosa keperawatan, yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena, hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular, ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan, resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah.

C. Patoflodiagram




Edema
Herniasi batang otak
↑TIK
Gangguan pada semua nervus, henti jantung dan ggn pernapasan, bradikardi, TD ↑
Kematian
↓Suplai darah & oksigen
Hipoksia jaringan
Infark serebri
MK: ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
TG: ↓kesadaran,
- Nyeri kepala
- Aktivitas ↓
Tirah baring lama
MK: Defisit perawatan diri
Penumpukan lendir di paru bagian atas
TG:
- terdengar suara nafas tamabahan ronchi pada lapang paru bagian atas
MK: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
Defisit neurologi
Lobus frontal
Lobus temporal
Lobus parietal
Lobus oksipital
TG:
- G3 mental
- Sakit kepala
- Tonus otot ↓
- Hemiparese
- Mati rasa
TG:
- Kehilangan sensasi
- Disfagia
- Mual, muntah
- Anoreksia
TG:
- Afasia
- G3 bicara
- Apatis, koma
TG:
- Pandangan kabur
- Pandangan ganda
- Pupil anisokor
-
MK: Hambatan mobilitas fisik
MK: Gangguan menelan
MK: Hambatan komunikasi verbal
MK: Gangguan persepsi sensori

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Stellien Marlinay V. NIM: E1514401046

Unit : ICU/HCU Autoanamnese :

Kamar : VIP 3 Alloananmnese : ✓

Tgl masuk RS : 15 April 2018

Tgl pengkajian: 18 April 2018

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial : Ny. “W”

Umur : 78 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Status perkawinan : Menikah

Jumlah anak : 6

Agama/suku : Budha

Warga Negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Indonesia

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Alamat rumah : Jl. Sungai Limboto Lrg. 3A/No.1

b. Penanggung jawab

Nama : Ny. R

Umur : 50 Tahun

Alamat : Jl. Pengayoman Mawar A18

Hubungan dengan pasien : Anak

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Hemiparese sinistra sup NHS+DM Tipe II

Saat pengkajian : Stroke Hemoragik Hari Ke 4

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan : Pasien tampak terbaring di atas tempat tidur. Pasien tampak terpasang NGT, kateter, O_2 nasal kanul 3 liter dan infus RL 500 cc 20 tetes/menit di tangan bagian kanan.

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Somnolen

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 4

b) Respon bicara : 4

c) Respon membuka mata : 2

Jumlah : 10

Kesimpulan: pasien coma

2) Tekanan darah : 160/80 mmHg

MAP : 106,6 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 37 °C di [ ] Oral [√] axilla [ ] Rectal

4) Pernapasan : 29 x/menit

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

Jenis : [ ] dada [ ] Perut

5) Nadi : 118 x/menit

Irama: [ ] Teratur [ ] Tachikardi [ ] Bradichardi

[√] Kuat [ ] Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 26 cm

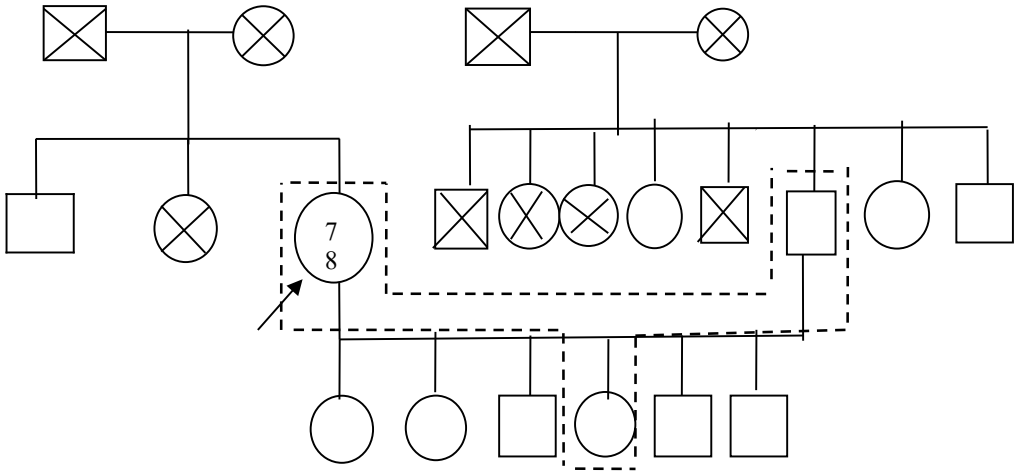
2) Tinggi badan : 150 cm

3) Berat badan : 50 kg

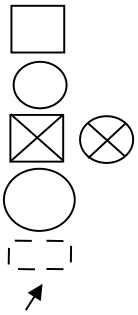
4) IMT : 22,2 kg/m²

Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram



Keterangan :



: Pria Normal

: Wanita Normal

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga. Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengkonsumsi makanan dan minuman yang manis seperti teh dan kue yang manis-manis setiap sore hari. Keluarga pasien mengatakan

bahwa pasien mengkonsumsi obat DM yaitu Amaryl 2 mg dan pasien selalu check up ke dokter.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama :

Penurunan kesadaran

b) Riwayat keluhan utama:

Kesadaran menurun dialami sejak pukul 11:05 sebelum masuk rumah sakit.

Keluarga pasien mengatakan awalnya pasien duduk di kursi goyang pukul 11.00 sambil makan roti, lalu tiba-tiba jatuh tergelincir di kursinya dan pasien tidak sadarkan diri, lalu anak pasiennya memberinya air gula,madu dan susu karna dipikir gula darahnya rendah, lalu anaknya memanggil perawat dari RS. Stella Maris untuk membawa glukosa, lalu dites memakai alat GDS dan hasilnya 165, lalu keluarga pasien memutuskan untuk membawa ke RS. Stella Maris. Saat di IGD pasien masih dalam kesadaran menurun lalu pasien di pindahkan ke ruangan ICU. Saat pengkajian tampak pasien terbaring di atas tempat tidur.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah dirawat di RS. Stella Maris ± 2 tahun yang lalu dengan penyakit DM tipe 2. Pasien sudah ± 10 tahun yang lalu mempunyai riwayat penyakit DM dan ± 25 tahun yang lalu pasien mempunyai riwayat penyakit Hipertensi.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan pasien.

5) Pemeriksaan fisik:

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

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x sehari. Pada jam 06.00 pagi pasien makan bubur kuiqers, jam 08.00 makan pagi dengan menu nasi,ikan,sayur. Jam 09.00 pasien minum susu protein, jam 11.30 pasien makan siang dengan menu nasi,ikan,sayur. Jam 15.00 pasien makan bubur kuiqers, jam 16.30 makan malan dengan menu yang sama. Sebelum tidur jam 20.00 makan bubur kuiqers. Nafsu makan pasien baik dan tidak ada penurunan berat badan. BB pasien 50 kg.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya makan melalui NGT dengan frekuensi bubur saring 3x250 cc, susu 2x150 cc dan air putih 5x50 cc. Tampak gula darah pasien belum stabil GDS jam 07:00=217, GDS jam 12:00=173, GDS jam 19:00=311, GDS jam 22:00=175. Tampak mukosa bibir pasien kering.

3) Observasi:

Tampak pasien makan dan minum melalui NGT 5x/24 jam dengan bubur saring, susu dan air putih 1.340/24 jam.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : tampak berantakan, tipis, berminyak dan berwarna putih

b) Hidrasi kulit : kembali dalam 3 detik

c) Palpebra/conjungtiva : tidak tampak anemik

d) Sclera : tidak tampak ikterik

e) Hidung : tampak septum berada di tengah

f) Rongga mulut : tampak kotor dan berbau

Gusi : tidak ada peradangan

Gigi palsu : tidak ada gigi palsu

g) Gigi : tampak banyak gigi ompong

h) Kemampuan mengunyah keras: tidak dikaji karena pasien menggunakan NGT

i) Lidah : tampak kotor dan berwarna putih

j) Pharing : tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening: tidak ada pembasaran

l) Kelenjar parotis : tidak ada pembesaran

m) Abdomen :

- Inspeksi : tampak simetris
- Auskultasi : 16x/menit
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : suara Thympani

n) Kulit

- Edema : ☐ positif ☑ negatif
- Ikterik : ☐ positif ☑ negatif
- Tanda – tanda radang : tampak tidak ada radang

o) Lesi : tidak ada

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan BAB lancar dengan frekuensi 1x sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning keckolatan sedangkan BAK juga lancar dengan frekuensi

5-7 kali sehari berwarna kuning dan berbau amoniak. Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan seja masuk rumah sakit pasien tidak BAB ± 4 hari sedangkan BAK menggunakan kateter. Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kateter sejak awal masuk pasien di rawat di ruang ICU RS. Stella Maris dengan kondisi kesadaran menurun. Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan pampers.

3) Observasi:

Tampak pasien menggunakan pampers dan kateter. Tampak pasien gelisah. Bubur saring ± 650 cc/24 jam, susu ± 400 cc/24 jam, air putih ± 250 cc/24 jam, urine 800 cc. Tampak balance cairan pasien:

CM : 1150 cc

CK : 800 cc

CM – (CK + IWL)

1150 – (800 + 750)

1150 – 1550 = - 400 cc

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 11x/menit

b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.

c) nyeri ketuk ginjal : ☐ positif ☑ Negatif.

d) mulut uretra : tidak dikaji

e) anus :

- peradangan : tidak dikaji
- Hemoroid : tidak dikaji
- Fistula : tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan aktivitas sehari-hari pasien membersihkan rumah dan mengurus suami serta cucu-cucunya. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga karena pasien sibuk mengurus suami dan cucunya. Pasien juga sering menonton TV untuk mengisi waktu luangnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya. Keluarga pasien mengatakan pasien mampu menggerakkan tangan dan kakinya pada bagian sebelah kanan namun pada sisi tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan. Keluarga pasien mengatakan seluruh aktivitasnya dibantu perawat dan keluarga seperti mandi, makan dan memakai baju.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur. Tampak seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga. Tampak terpasang NGT, kateter dan pampers. Tampak pasien tidak dapat menggerakan tubuh sebelah kiri. Tampak pasien ketergantungan penuh.

a) Akitivitas harian :

- Makan : 3
- 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 : 3
- Mobilisasi ditempat tidur: 2

b) Postur tubuh : tidak dikaji

c) Gaya jalan : tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada anggota gerak yang cacat

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomi : tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah :

Berbaring : 160/80 mmHg

Duduk : -

Berdiri : -

Kesimpulan :Hipotensi ortostatik : [ ] positif [√] negatif

b) Perfusi perifer pembuluh kuku : kembali dalam 3 detik

c) Kulit :

Keringat dingin : tidak keringat dingin

Basah : tidak basah

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam 3 detik

f) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi

Bentuk thorax : simetris kiri dan kanan

Retraksi interkostal : tidak ada

Sianosis : tidak ada

Stridor : tidak ada

- Palpasi

Vocal fremitus : tidak dikaji

Krepitasi : tidak ada

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

Lokasi : Batas paru hepar teraba pada ICS IV linea sternalis sinistra

- Auskultasi :

Suara napas : terdengar vesikular

Suara ucapan : tidak dikaji karena pasien somnolen

Suara tambahan : terdengar ronchi terdengar pada lapang paru bagian atas

g) Jantung

- Inspeksi :

Ictus cordis : tidak tampak

- Palpasi :

Ictus cordis : teraba ICS V mid clavicularis

- Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS IV mid clavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS III linea mid sternalis dextra

Batas kiri jantung : linea mid clavicularis sinistra

- Auskultasi

Bunyi jantung II A : ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : ICS II linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : ICS V linea midclavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : tidak ada

Murmur : tidak ada

Bruit :Aorta : tidak terdengar

A. Renalis : tidak terdengar

A. Femoralis : tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : positif [√] negatif [ ]
- Rentang gerak : terbatas pada tangan dan kaki kiri karena mengalami kelemahan

Kaku sendi : tidak terdapat kaku sendi

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : ekstremitas kiri

Paralisis : tidak ada

- Uji kekuatan otot: tidak dikaji karena tangan dan kaki kanan pasien di ikat

Kesan : Hemiparese sinistra

Keterangan :

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi : Biceps kanan (+) kiri (-), Triceps (+) kiri (-), Patella (-)
- Refleks patologi : Negatif

  Babinski, kiri : [ ] positif [√] negatif

  Kanan : [ ] positif [√] negatif
- Clubing jari-jari : tidak terdapat clubing jari-jari
- Varises tungkai : tidak tampak varises tungkai

i) Columna vertebralis :

- Inspeksi : [ ] lordosis [ ] kiposis [ ] skoliosis
- Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan
- Kaku kuduk : tampak tidak ada kaku kuduk

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidur siang selama ± 4 jam. Keluarga pasien mengatakan tidur jam 9 malam dan bangun jam 7 pagi. Keluarga pasien mengatakan sebelum tidur malam jam 20.00 pasien makan bubur kuiqers.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan selama sakit tidur siang selama ± 3 jam. Keluarga pasien mengatakan semenjak masuk rumah

sakit pasien tidak tidur malam, pasien di berikan obal Alprazolam ¼ tablet karena pasien cenderung gelisah.

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah dan mata tertutup

Ekspresi wajah mengantuk : [√] positif [ ] negatif

Banyak menguap : [√] positif [ ] negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : [ ] positif [√] negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, pendengaran, pengecapan, penciuman dan perabaan. Keluarga pasien mengatakan tidak pernah terganggu konsentrasinya.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu membuka mata dan pasien mampu bersuara tapi tidak jelas artinya.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur dan tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran. Tampak mata pasie tertutup.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan :

- Cornea : tampak bersih
- Visus : tampak isokor
- Pupil : tampak bersih
- Lensa mata : tampak bersih
- Tekanan Intra Okuler (TIO) : tidak dikaji

b) Pendengaran :

- Pina : simetris kiri dan kanan

- Kanalis : tampak ada serumen
- Membran timpani : tampak utuh dan memantulkan cahaya

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah IRT dan pasien sudah bertanggung jawab atas keluarganya terutama dalam mendampingi suami dan menjaga cucunya. Pasien adalah istri atau ibu yang tidak mudah putus asa, sehingga pasien mampu menjalani peran yang baik dan keluarga maupun masyarakat.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat berbuat apa-apa, ia hanya terbaring lemah di tempat tidur. Keluarga juga mengatakan merasa cemas dengan keadaan pasien yang sekarang, keluarga berharap pasien bisa cepat sembuh dengan tujuan bisa berkumpul bersama keluarga.

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah dan tampak keluarga merasa cemas

a) Kontak mata : tidak dikaji karena mata pasien tetutup

b) Rentang perhatian : tidak dikaji

c) Suara dan cara bicara : tampak bersuara tapi tidak jelas artinya

d) Postur tubuh : tidak dikaji tampak pasien bedres

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh : tidak dikaji

c) Kulit : tampak kering dan bersisik

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama suami, anak serta cucunya dan peran pasien dalam keluarga sebagai istri atau ibu untuk suami dan anaknya dan sebagai nenek untuk cucunya. Keluarga mengatakan pasien diterima baik dikeluarganya dan tetangga rumahnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien hampir setiap hari selalu ditemani oleh keluarganya.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dengan kesadaran menurun dan tampak keluaraga menjenguk pasien serta mengajak pasien berbicara walaupun pasien tidak bersuara tidak jelas.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah berusia 78 tahun dan mempunyai 6 orang anak. Keluarga juga mengatakan tidak ada perubahan atau permasalahan dalam sistem reproduksi pasien. Pasien tidak ingin mempunyai anak lagi karena pasien sudah menopause.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengalami masalah reproduksi.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak memiliki masalah reproduksi

j. Pola mekanisme koping dan tpleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan yang sering membuat pasien marah jika perkataannya tidak didengarkan. Keluarga pasien juga mengatakan jika pasien seperti itu maka keluarga langsung mendengarkan perkataan pasien.

2) Keadaan sejak sakit :

Tampak pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur saja dan tidak bisa menyampaikan perasaannya.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemas di atas tempat tidur.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien menganut agama budha dan pasien selalu pergi beribadah.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak beribadah karena sakit namun pasien selalu didoakan keluarganya.

3) Observasi :

Pasien tampak selalu didoakan keluarga

5. Uji Saraf Kranial

a. N I : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

b. N II : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

c. N III, IV, VI : Tidak dikaji, refleks pupil terhadap cahaya kiri dan kanan positif (isokor).

d. N V :

Sensorik : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Motorik : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

e. N VII :

Sensorik : Tidak dikaji karena pasie mengalami penurunan kesadaran

Motorik : Tampak bibir pasien miring kanan

f. N VIII :

Vestibularis: Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Akustikus : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

g. N IX dan X : Tidak dikaji karena pasien terpasang NGT

h. N XI : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

i. N XII : Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

6. Data Penunjang

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	15.4	+	10^3/uL	[4.8-10.8]
RBC	4.4	-	10^6/uL	[4.7-6.1]
HGB	14.0		g/dL	[14-18]
HCT	38.40	-	%	[42-52]
MCV	87.9		fL	[80-99]
MCH	32.0	+	pg	[27-31]
MCHC	37		g/dL	[33-37]
PLT	221		10^3/uL	[150-450]
RDW-CV	12.6		%	[11.5-14.5]
PDW	11.7		fL	[9-13]
MPV	9.0		fL	[7.2-11.1]
P-LCR	19.3		%	[15-25]
NEUT%	93.5	+	%	[40-74]
LYM%	5.2	-	%	[19-48]
MXD%	13	-	%	[4-18]
NEUT#	14.4	+	10^3/uL	[1.5-7]
LYM #	0.8	-	10^3/uL	[1-3.7]
MXD#	0.2		10^3/uL	[0-1.2]

Pemeriksaan CT SCAN

Kesan:

Hematom dan edema perifokal hemisfer cerebri kanan

Hematom intra ventrikel sistem

Infark kecil cerebri kiri

Atrofi serebri

7. Terapi

a. Keterolac 30 mg/8 jam/IV
b. Novorapid 8 unit/SC
c. Alprazolam 0.5 mg/24 jam/oral
d. Omeprazole 1 FLC/12 jam/IV
e. Manitol 100 cc/6 jam/IV
f. Lantus 10 unit/SC
g. Asam Tranexamat 500 mg/6 jam/IV
h. Pratropil 12 mg/24 jam/IV
i. Ceftriaxone 1 gr/12 jam/IV
j. RL 500 cc 20 tetes/menit

B. ANALISA DATA

Nama / umur : Ny W / 78 tahun

Ruang / kamar: ICU/HCU Vip 3

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien pasien tiba-tiba jatuh tergelincir di kursinya dan pasien tidak sadarkan diri - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya Data Objektif: - KU pasien tampak sakit berat - Terdengar suara napas tambahan Ronchi terdengar pada lapang paru bagian atas - Frekuensi pernafasan 29x/menit - Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur - Hasil lab WBC 15.4 - Tampak pasien gelisah	Mukus berlebihan	Ketidakefektifan berihan jalan nafas

2.	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba jatuh tergelincir di kursinya dan pasien tidak sadarkan diri - Keluarga pasien mengatakan ± 25 tahun yang lalu pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi Data Objektif: - Tampak KU lemah - Tampak pasien tidak mampu menggerakkan tubuhnya sebelah kiri - Tingkat kesadaran somnolen - Tampak GCS pasien 10 - Tampak pasien gelisah - Hasil CT Scan: Kesan: Hematom dan edema perifokal hemisfer cerebri kanan Hematom intraventrikel sistem Infark kecil serebri kiri Atrofi cerebri - Uji kekuatan otot Kesan: Hemiparese Sinistra	Gangguan aliran arteri atau vena	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

	- Hasil TTV: TD : 160/80 mmHg N : 118X/menit S : 37^0 C P : 29x/menit		
3.	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengkonsumsi makanan dan minuman yang manis seperti teh dan kue yang manis-manis setiap sore hari - Keluarga pasien mengatakan pasien ± 10 tahun yang lalu mempunyai riwayat penyakit DM Data Objektif: - Tampak pasien gelisah - Tampak IMT 22,2 kg/m^2 - Tampak gula darah pasien belum stabil jam 07:00=217, jam 12:00=173, jam 19:00=311, jam 22:00=175		Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

	- Tampak mukosa bibir pasien kering - Tampak kulit pasien kering dan bersisik - Tampak pasien minum air putih+susu melalui NGT 5x1 (± 650cc/hari) - Tampak balance cairan: - 400 cc		

4.	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya - Keluarga pasien mengatakan mampu menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kanan namun pada sisi tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan - Keluarga pasien mengatakan sejak masuk RS pasien tidak BAB ± 4 hari - Keluarga pasien mengatakan seluruh aktivitas di bantu perawat dan keluarga Data Objektif: - Tampak pasien tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kiri - Tampak seluruh aktivitas pasien di bantu oleh perawat dan keluarga	Gangguan neuromuskular	Hambatan mobilitas fisik

	- Aktivitas harian: Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 Buang air besar : 2 Buang air kecil : 3 Mobilisasi ditempat tidur : 2 - Uji kekuatan otot Kesan: Hemiparese Sinistra - Terdengar peristaltik usus 4x/menit - Tampak pasien ketergantungan penuh - Tampak terpasang NGT,kateter dan pampers		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny W / 78 tahun

Ruang / kamar : ICU/HCU Vip 3

No	Dianosa Keperawatan
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan
2.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena
3.	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
4.	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. W / 78 tahun

Ruang / kamar : ICU/HCU Vip 3

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil (NOC)	Rencana tindakan (NIC)
18/04/2018	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas dapat teratasi dengan kriteria hasil: a. Status pernafasan:kepatenan jalan nafas – Frekuensi pernafasan normal – Kemampuan untuk mengeluarkan sekret sendiri – Suara nafas tambahan berkurang	1. Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan dengan tepat 2. Tentukan perlunya suksion mulut atau trakhea 3. Auskultasi suara nafas sebelum dan setelah tindakan suksion 4. Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya tindakan suksion 5. Monitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya

			1. Pemberian obat sesuai kebutuhan yaitu ceftriaxone 1 gr/12 jam/IV
	Ketidaefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral dapat memadai dengan kriteria hasil: a. Perfusi jaringan serebral – Tekanan intrakranial dapat teratasi – Kegelisahan berkurang – Penurunan tingkat kesadaran dapat meningkat ke compos mentis	1. Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30^0 atau lebih 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Monitor tingkat kesadaran 4. Monitor karakteristik bicara: kelancaran, adanya apasia, atau kesulitan menemukan kata 5. Monitor status neurologis 6. Tentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protoko yaitu: – Keterolac 30 mg/8 jam/IV – Novorapid 8 unit/SC – Alprazolam 0.5 mg/24 jam/oral – Omeprazole 1 FLC/12 jam/IV – Manitol 100 cc/6 jam/IV

			– Lantus 10 unit/SC – Asam tranexamat 500 mg/6 jam/IV – Patropil 12 mg/24 jam/IV
	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah dalam rentang normal dengan kriteria hasil: a. Glukosa darah normal dan stabil	1. Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi. 2. Monitor status cairan (input dan output) 3. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, malaise 5. Berikan cairan isotonik (RL) 6. Instruksikan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemi

	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat melakukan sedikit pergerakan dengan kriteria hasil: a. Pergerakan – Gerakan otot dapat ditingkatkan – Gerakan sendi mampu dilakukan sendiri	1. Tentukan batas pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi 2. Jelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi 3. Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif 4. Lakukan latihan ROM pasif atau dengan bantuan, sesuai indikasi 5. Monitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan 6. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri 7. Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik

E. IMPLEMENTASI

Nama / umur : Ny. W / 78 Tahun

Ruang / kamar: ICU / HCU Vip 3

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Nama Perawat
19/04/2018	I,II,III	07:00	menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: – Omeprazole 1 FLC/12 jam/IV – Novorapid 8 unit/SC – Ceftriaxone 1g/12 jam/IV	Stellien Pak Konstan
	III		Memonitor status cairan input Hasil: BB 250 cc Ap 75 cc	Stellien
	II		Memonitor tingkat kesadaran Hasil: Respon motorik : 4 Respon bicara : 4 Respon membuka mata: 2 10 Kesadaran somnolen	Stellien
	I,II		Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 150/90 mmHg N : 90x/menit S : 37^0 C P : 19x/menit	Stellien
	III	08:00	Mengganti cairan infus Hasil: RL 500 cc (20 TPM)	Stellien

	IV		Melakukan latihan ROM pasif Hasil: Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat	Stellien
	I	09:00	Memonitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya Hasil: P: 20x/menit, tampak terpasang O_2 3 liter	Stellien
	IV		Memonitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan Hasil: Tampak pasien di mandikan oleh perawat	Stellien Pak Konstan
	II		Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: Keterolac 30 mg/8 jam/IV	Kak Hendrik
	II		Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30^0 atau lebih Hasil: Tampak pasien merasa nyaman dan tampak pasien merasa gelisah	Stellien
	IV		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kanan	Stellien Kak Hendrik
	I		Memonitor karakteristik bicara: kelancaran, adanya apasia, atau kesulitan menemukan kata Hasil: Tampak pasien bicara tapi	Stellien

			tidak jelas	
	I,II	10:00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 170/90 mmHg N : 85x/menit S : 36^0 C P : 16x/menit	Stellien
	III		Memonitor status cairan input Hasil: susu 150 cc Ap 75 cc	Stellien
	III		Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri Hasil: – Tampak pasien tidak bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri – Keluarga pasien mengatakan pasien dibantu dalam melakukan aktivitas	Stellien
	IV	11:00	Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kanan	Kak Hendrik
	IV		Menjelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi Hasil: Tampak keluarga pasien memahami apa yang dijelaskan perawat	Stellien Mulya
	I,II	12:00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil:	Stellien

			TD : 160/90 mmHg N : 103x/menit S : 36^0 C P : 22x/menit	
	II		Menentukan obat apa yang di perlukan, dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: – Manitol 100 cc/6 jam/IV (6 TPM) – As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV	Kak Hendrik
	III		Memonitor kadar glukosa darah Hasil: GDS=173	Stellien
	III		Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin Hasil: Novorapid 8 unit/SC	Stellien
	III		Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, poldipsi, polifagia, kelemahan, malaise Hasil: - Tampak pasien menggunakan kateter - Tampak KU pasien lemah - Tampak mukosa bibir kering - Tampak wajah pasien meringis apabila sendi digerakkan pada sisi sebelah kiri	Stellien
	III		Menginstruksikan keluarga mengenai pencegahan tanda-tanda hiperglikemi	Mulya

			Hasil: Tampak keluarga pasien mengerti dengan apa yang telah dijelaskan oleh perawat	
	III		Memonitor status cairan input Hasil: BB 250 cc Ap 75 cc	Stellien
	III	13:00	Memonitor status cairan output Hasil: Kateter 800 cc	Stellien
	I		Memonitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagimana mestinya Hasil: P: 24x/menit dan tampak terpasang O_2 3 liter	Stellien
	IV		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kiri	Stellien Mulya
	I,II	14:00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 150/80 mmHg N : 104x/menit S : 36,5^0 C P : 21x/menit	Gregorius
	I		Memonitor neurologis Hasil: Respon motorik : 4 Respon verbal : 4 Respon membuka mata : 2 10 Kesadaran somnolen	Gregorius Kak Erna
	IV	15:00	Membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun	Mari Marisa

			aktif Hasil: Tampak pasien dengan miring kiri	
	I		Memonitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya Hasil: P: 22x/menit, tampak terpasang O_2 3 liter	Gregorius
	IV		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kiri	Gregorius Mari Marisa
	III	16:00	Mengganti cairan infus Hasil: RL 500 cc (20 TPM)	Mari Marisa
	I		Monitor karakteristik bicara: kelancaran, adanya apasia, atau kesulitan menunjukkan kata Hasil: Tampak pasien bicara tapi tidak jelas	Mari Marisa
	III		Memonitor status cairan input Hasil: Susu 150 cc Ap 75 cc	Mari Marisa
	II	17:00	Menentukan obat apa yang diperlukan, dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: Keterolac 30mg/8 jam/IV	Kak Erna
	IV		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien posisi terlentang	Gregorius Mari Marisa

	II	18:00	Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: – Manitol 100 cc/6 jam/IV (6 TPM) – As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV – Patopril 12 mg/24 jam/IV	Gregorius Kak Erna
	I		Memonitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya Hasil: P: 23x/menit, tampak terpasang O_2 3 liter	Mari Marisa
	III		Memonitor status cairan output Hasil: Kateter 600 cc	Mari Marisa
	I,II	19:00	Menentukan obat apa yang diperlukan, dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: – Alprazolam o.5 mg/24 jam/oral – Ceftriaxone 1 g/12 jam/IV	Gregorius Kak Erna
	III		Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil: GDS = 317	Mari Marisa
	III		Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin Hasil: Novorapid 8 unit/SC	Mari Marisa
	III		Memonitor status cairan input Hasil: BB 250 cc Ap 75 cc	Mari Marisa

	IV			Gregorius
			Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	
			Hasil: Tampak pasien posisi	
	IV	21:00	terlentang	Kak Erna
			Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Gregorius
			Hasil: Tampak pasien miring	
	III	22:00	kanan	
			Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi	
	III		Hasil: GDS = 173	
			Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin	Kak Linda
	I,II		Hasil: Lantus 10 unit/SC	
			Memonitor tanda-tanda vital	
			Hasil:	
			TD : 140/80 mmHg	Kak Linda
			N : 82x/menit	
			S : 37^0 C	
	IV		P : 22x/menit	Indayanti
			Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	
			Hasil: Tampak pasien miring	
	I,II	23:00	kanan	Indayanti
			Memonitor tanda-tanda vital	
			Hasil:	

	III	24:00	TD : 130/70 mmHg N : 86x/menit S : 37,5^0 C P : 24x/menit Mengganti cairan infus Hasil: RL 500 cc (20TPM)	Indayanti
	II		Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: – Manitol 100 cc/6 jam/IV (6 TPM) – As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV	Indayanti Kak Linda
	III		Memonitor status cairan output Hasil: Kateter 800 cc	
	II		Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: Keterolac 30 mg/8 jam/IV	Indayanti Kak Linda
	I,II	01:00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 130/70 mmHg N : 90x/menit S : 37,5^0 C P : 23x/menit	
	IV	02:00	Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kiri	Indayanti
	I,II		Memonitor tanda-tanda vital	Indayanti

	I,II	04:00	Hasil: TD : 130/70 mmHg N : 94x/menit S : 37,2^0 C P : 21x/menit Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 140/80 mmHg N : 85x/menit S : 36^0 C P : 21x/menit	Indayanti Indayanti
	II	06:00	Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: – Manitol 100 cc/6 jam/IV (6 TPM) – As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV	Kak Linda
	IV		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kiri	Indayanti
	III		Memonitor status cairan output Hasil: Kateter 400 cc	Indayanti
	III		Memonitor intake dan output Hasil: CM: 2570 cc CK: 2600 cc CM-(CK+IWL) 2570-(2600+750) 2570-3350 = - 780 cc	Indayanti

20/04/208	III	07:00	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi	Romana
	III		Hasil: GDS = 287 Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin	Kak Diana
	I,II		Hasil: Novorapid 8 unit/SC menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol	Kak Diana
	III		Hasil: – Omeprazole 1 FLC/12 jam/IV – Ceftriaxone 1 gr/12 jam/IV	
	I		Memonitor status cairan input Hasil: BB 250 cc Ap 75 cc	Romana
	I,II		Memonitor neurologis Hasil: Respon motorik : 4 Respon verbal : 4 Respon membuka mata : 2 10 Kesadaran somnolen	Romana
	IV	08:00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 160/90 mmHg N : 107x/menit S : 37,2^0 C P : 26x/menit	Romana
			Memonitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian,	Kak Diana

	III I I I I IV IV	09:00	berdandan, eliminasi dan makan Hasil: Tampak pasien di mandikan oleh perawat Mengganti cairan infus Hasil: RL 500 cc (20TPM) Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya tindakan suksion Hasil: Tampak keluarga pasien mengerti yang dijelaskan oleh perawat Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah tindakan suksion Hasil: Terdengar suara nafas tambahan Ronchi terdengar pada lapang paru bagian atas Menentukan perlunya suksion mulut atau trakhea Hasil: Tampak pasien di suksion oleh perawat Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah tindakan suksion Hasil: Terdengar Ronchi pada lapang paru bagian atas Melakukan latihan ROM pasif Hasil: Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat Menentukan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi Hasil: Tampak tangan kiri pasien belum bisa di gerakkan	Romana Romana Romana Romana Kak Diana Romana Romana Romana

	IV		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kanan	Romana Pak Konstan
	II		Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol	Kak Diana
	I,II	10:00	Hasil: Keterolac 30 mg/8 jam/IV Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 160/70 mmHg N : 103x/menit S : 37^0 C P : 18x/menit	Romana
	III		Memonitor status cairan input Hasil: Susu 150 cc Ap 75 cc	Romana
	I		Memonitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya Hasil: P: 20x/menit, tampak terpasang O_2 3 liter	Romana
	IV		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kanan	Gregorius
	IV		Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri Hasil:	Romana

	I I,II II III III III	12:00	– Tampak pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya secara mendiri – Keluarga pasien mengatakan pasien di bantu dan melakukan aktivitasnya Memonitor karakteristik bicara: kelancaran, adanya apasia, atau kesulitan menemukan kata Hasil: Tampak pasien bicara tapi tidak jelas katanya Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 170/70 mmHg N : 112x/menit S : 37^0 C P : 22x/menit Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: – Manitol 100 cc/6 jam/IV (6 TPM) – As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil: GDS = 156 Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin Hasil: Novorapid 8 unit/SC Memonitor tanda dan gejala	Romana Romana Kak Diana Gregorius Gregorius Romana Romana

	III III IV IV IV I,II	13:00 14:00	hiperglikemi: poliuria, poldipsi, polifagia, kelemahan, malaise Hasil: - Tampak pasien menggunakan kateter - Tampak KU pasien lemah - Tampak mukosa bibir kering Monitor status cairan input Hasil: BB 250 cc Ap 75 cc Memonitor status cairan output Hasil: Kateter 800 cc Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kiri Melakukan latihan ROM pasif Hasil: Tampak perawat melatih ROM kepada pasien Menentukan pergerkan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi Hasil: – Tampak tangan kiri pasien belum bisa di gerakkan – Tampak pasien gelisah saat dilakukan ROM Memonitor tanda-tanda viital Hasil: TD : 160/70 mmHg N : 117x/menit S : 37,2^0 C P : 19x/menit	Romana Romana Romana Romana Romana Mari Marisa Kak Erna

	I		Memonitor tingkat kesadaran pasien Hasil: Respon motorik : 4 Respon verbal : 4 Respon membuka mata : 2 10	Mari Marisa
	IV	15:00	Kesdaran somnolen Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Mari Marisa
	I		Hasil: Tampak pasien miring kiri Memonitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya	Mari Marisa
	I,II	16:00	Hasil: P: 21x/menit dan tampak terapsang O_2 3 liter Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 150/70 mmHg N : 108x/menit S : 37^0 C P : 23x/menit	Mari Marisa
	I		Memonitor karakteristik biacara: kelancaran, adanya apasia,atau kesulitan menemukan kata Hasil:Tampak pasien bicara tapi tidak jelas	Mari Marisa Indayanti Mari Marisa
	III		Memonitor status cairan input Hasil: Susu 150 cc Ap 75 cc	Kak Erna Indayanti

	III I IV I,II II III III	17:00 <

	III		Hasil: GDS = 215 Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin	Winda
	I,II		Hasil: Novorapid 8 unit/SC Menetukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol	Kak Erna
	III		Hasil: – Alprazolam 0.5 mg/24 jam/IV – Ceftriaxone 1 g/12 jam/IV Memonitor status cairan input	Winda
	IV		Hasil: BB 250 CC Ap 75 cc Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Kak Erna
	IV	20:00	Hasil: Tampak pasien dengan posisi terlentang Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri	Mari Marisa
	I		Hasil: Tampak pasien tidak bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri Memonitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya	Mari Marisa
	I,II	21:00	Hasil: P: 25x/menit dan terpasang O_2 3 liter Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 160/60 mmHg N : 100x/menit	Stellien

			S : 36,2^0 C	
	IV		P : 22x/menit	
			Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Stellien
			Hasil: Tampak pasien miring	
	III	22:00	kanan	
			Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi	Kak Linda
	III		Hasil: GDS = 107	
			Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin	Stellien
	I,II	23:02	Hasil: Lantus 10 unit/SC	
			Memonitor tanda-tanda vital	Stellien
			Hasil:	
			TD : 180/80 mmHg	
			N : 95x/menit	
			S : 36^0 C	
	IV		P : 22x/menit	
			Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Kak Linda Mulya
			Hasil: Tampak pasien miring	
	III	24:00	kanan	
			Mengganti cairan infus	Stellien
	II		Hasil: RL 500 cc (20TPM)	
			Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep/atau protokol	Stellien
			Hasil:	
			– Manitol 100 cc/6 jam/IV (6 TPM)	Stellien

	III	01:00	– As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV	
	I,II	02:00	Memonitor status cairan output Hasil: Kateter urin 800 cc	Stellien
	IV	04:00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 170/80 mmHg N : 99x/menit S : 36,2^0 C P : 24x/menit Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Stellien
	I,II		Hasil: Tampak pasien miring kiri Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 160/80 mmHg N : 102x/menit S : 37,1^0 C	Stellien
	IV		P : 24x/menit Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Stellien
	I,II	06:00	Hasil: Tampak pasien miring kanan Monitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 170/80 mmHg N : 116x/menit S : 37,3^0 C P : 20x/menit	Kak Linda

	IV II III III		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kiri Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: – Manitol 100 cc/6 jam/IV (6 TPM) – As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV Memonitor status cairan output Hasil: Kateter 400 cc Memonitor intake dan output Hasil: CM : 2750 cc CK : 2600 cc CM – (CK + IWL) 2750 – (2600 + 750)	Stellien Kak Linda Stellien Stellien
21/04/2018	III III I,II	07:00	2750 – 3350 = - 600 cc Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil: GDS = 222 Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin Hasil: Novorapid 8 unit/SC Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil:	Romana Pak Konstan Pak Konstan

	III I I,II IV IV I III	08:00	– Omeprazole 1 FLC/12 jam/IV – Ceftriaxone 1 gr/12 jam/IV Memonitor status cairan input Hasil: BB 250 cc Ap 75 cc Memonitor nurologis Hasil: Respon motorik : 4 Respon verbal : 4 Respon membuka mata : 2 10 Kesadaran somnolen Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD :180/100 mmHg N : 112x/menit S : 37,2^0 C P : 24x/menit Memonitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan Hasil: Tampak pasien di mandikan oleh perawat Melakukan latihan ROM pasif Hasil: Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah tindakan suksion Hasil: Terdengar Ronchi pada lapang paru bagian atas Mengganti cairan infus	Romana Kak Junita Sisilia Sisilia Kak Junita Sisilia Romana Romana Sisilia

	I I I IV I I,II III	09:00 <

	IV	11:00	Hasil: Susu 150 cc Ap 75 cc Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Sisilia
	IV		Hasil: Tampak pasien dengan miring kanan Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri	Sisilia
	IV		Hasil: Tampak pasien tidak bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri Melakukan latihan ROM pasif	Sisilia
	IV		Hasil: Tampak pasien dilatih ROM oleh perawat Menentukan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi	Sisilia
	I,II	12:00	Hasil: – Tampak tangan kiri pasien belum bisa di gerakkan – Tampak pasien gelisah saat dilakukan ROM Memonitor tanda-tanda vital	Sisilia
	III		Hasil: TD : 150/90 mmHg N : 98x/menit S : 37,5^0 C P : 24x/menit Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi	Kak Junita
	III		Hasil: GDS: 170 Mengkolaborasi dengan dokter	Sisilia

			dalam pemberian insulin	
	II		Hasil: Novorapid 8 unit/SC	Kak JUnita
			Menetukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: – Manitol 100 cc/6 jam/IV (6 TPM) – As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV	
	III		Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, poldipsi, polifagia, kelemahan, malaise Hasil: - Tampak pasien menggunakan kateter - Tampak KU pasien lemah - Tampak mukosa bibir kering - Tampak wajah pasien meringis apabila sendi digerakkan pada sisi sebelah kiri	Sisilia
	III	13:01	Memonitor status cairan input Hasil: BB 250 cc Ap 75 cc	Sisilia
	III		Memonitor status cairan output Hasil: Kateter 400 cc	Sisilia
	IV		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik Hasil: Tampak pasien miring kiri	Romana

	I,II	14:00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 140/100 mmHg N : 100x/menit S : 37,5^0 C	Glory
	I		P : 23x/menit Memonitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya Hasil: P: 23x/menit, tampak terpasang O_2 3 liter	Glory
	IV	15:00	Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Glory Gregorius
	I,II	16:00	Hasil: Tampak pasien miring kiri Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 150/90 mmHg N : 101x/menit S : 36^0 C	Stellien
	I		P : 21x/menit Memonitor karakteristik bicara: kelancaran, adanya apasia, atau kesulitan menemukan kata Hasil: Tampak pasien bicara tapi tidak jelas	Stellien
	III		Mengganti cairan infus	Stellien
	III		Hasil: RL 500 cc (20 TPM) Memonitor status cairan input Hasil: Susu 150 cc	Stellien

	IV	17:00	Ap 75 cc	Stellien
			Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	
			Hasil: Tampak pasien posisi terlentang	
	II		Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol	Kak Erna Stellien
	I	18:00	Hasil: Keterolac 30 mg/8 jam/IV	
			Memonitor status neurologis	
			Hasil:	Stellien
			Respon motorik : 4	
			Respon verbal : 4	
			Respon membuka mata : 2	
			10	
			Kesadaran somnolen	
	II		Tampak pasien gelisah	
			Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol	Kak Erna Stellien
			Hasil:	
			– Manitol 100 cc/6 jam/IV (6 TPM)	
			– As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV	
	III	19:00	Memonitor status cairan output	Stellien
	I,II		Hasil: Kateter 600 cc	
			Memonitor tanda-tanda vital	Stellien
			Hasil:	
			TD : 160/80 mmHg	

	III		N : 103x/menit S : 36,3^0 C P : 22x/menit Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi	Kak Erna
	III		Hasil: GDS: 221 Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin	Stellien
	I,II		Hasil: Novorapid 8 unit/SC Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol	Kak Erna
	III		Hasil: – Alprazolam 0,5 mg/24 jam/oral – Omeprazole 1 FLC/12 jam/IV – Ceftriaxone 1 gr/12 jam/IV Memonitor status cairan input	Stellien
	IV		Hasil: BB 250 cc Ap 75 cc Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Stellien Mari Marisa
	I,II	21:00	Hasil: Tampak pasien dengan posisi terlentang Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 150/90 mmHg N : 87x/menit S : 36^0 C P : 23x/menit	Kak Putri

	IV			Kak Putri
			Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	
			Hasil: Tampak pasien miring	
	III	22:00	kanan	Kak Putri
			Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi	
	III		Hasil: GDS: 228	
			Mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin	Kak Putri
	IV	23:00	Hasil: Lantus 10 unit/SC	
			Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Kak Putri
			Hasil: Tampak pasien miring	
	I,II	24:00	kanan	
			Memonitor tanda-tanda vital	
			Hasil:	Kak Putri
			TD : 160/70 mmHg	
			N : 102x/menit	
			S : 36,5^0 C	
	III		P : 21x/menit	Kak Putri
			Mengganti cairan infus	
	II		Hasil: RL 500 cc (20 TPM)	Kak Putri
			Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol	
			Hasil:	
			– Manitol 100 cc/6 jam/IV	

			(6 TPM) – As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV	
	III		Memonitor status cairan output	Kak Putri
	I	01:00	Hasil: Kateter 800 cc	
			Memonitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya	Kak Putri
			Hasil: P: 23x/menit, tampak terpasang O_2 3 liter	
	II		Menetukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol	Kak Putri
	I,II	02:00	Hasil: Keterolac 30 mg/8 jam/IV	Kak Putri
			Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 140/80 mmHg N : 92x/menit S : 37^0 C P : 24x/menit	
	IV		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Kak Putri
			Hasil: Tampak pasien miring kanan	
	I,II	04:00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 130/80 mmHg N : 85x/menit S : $37,1^0$ C P : 23x/menit	Kak Putri

	IV	04:05	Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Kak Putri
	II		Hasil: Tampak pasien miring kanan Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep/atau protokol	Kak Putri
	I,II	06:00	Hasil: Farmadol 1 botol/8 jam/IV Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 150/90 mmHg N : 108x/menit S : 36,2^0 C P : 22x/menit	Kak Putri
	IV		Membalikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik	Kak Putri
	II		Hasil: Tampak pasien miring kiri Menentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol Hasil: – Manitol 100 cc/6 jam/IV (6 TPM) – As. Tranexamat 500 mg/6 jam/IV Memonitor status cairan output Hasil: Kateter 700 cc	Kak Putri
	III			Kak Putri

	III		Memonitor intake dan output Hasil: CM : 2750 cc CK : 2500 cc CM – (CK + IWL) 2750 – (2500 + 750) 2750 – 3250 = - 500 cc	Kak Putri

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. W / 78 tahun

Ruang / kamar : ICU/HCU Vip 3

Tanggal	Dp	Evaluasi Proses	Nama Perawat
19/04/208	I	S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak batuk O: – Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur – Tampak kesadaran pasien somnolen – Terdengar suara nafas tambahan Ronchi pada lapang paru bagian atas – Hasil TTV: TD : 140/80 mmHg N : 85x/menit S : 36^0 C P : 21x/menit – KU lemah – Tampak suksion di mulut – Tampak terpasang O_2 3 liter A: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi P: Lanjurtkan intervensi 1,2,3,4,5,6	Stellien
	II	S: Keluarga pasien mengatakan masih tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki kirinya	

		O: – Tampak pasien bicara tapi tidak jelas katanya – Tampak pasien somnolen Respon motorik : 4 Respon verbal : 4 Respon memnuka mata : 2 10 – KU lemah – Hasil TTV: TD : 140/80 mmHg N : 85x/menit S : 36^0 C P : 21x/menit – Tampak pasien kesulitan menggerakkan ekstremitas kiri – Tampak pasien gelisah A: Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum efektif P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8	
	III	S: - O: – Tampak pasien menggunakan kateter – Tampak mukosa bibir kering – Tampak pasien mengalami kelemahan sebelah kiri – Tampak KU lemah – GDS = 173	

		A: Glukosa darah belum normal P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6	
	IV	S: – Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakaan tubuh sebelah kiri – Keluarga pasien mengatakan seluruh aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga O: – Tampak seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga – Uji kekuatan otot Kesan: Hemiparese Sinistra – Aktivitas harian: Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 Buang air besar : 2 Buang air kecil : 3 Mobilisasi ditempat tidur : 2 – Hasil TTV: TD : 140/80 mmHg N : 85x/menit S : 36^0 C P : 21x/menit – Tampak pasien miring kiri – Tampak pasien belum bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri	

		A: Mobiltas fisik masih terhambat P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7	
20/04/2018	I <

	III	menggerakkan tubuh sebelah kiri – Tampak pasien bicara tidak jelas – Tampak kesadaran pasien somnolen Respon motorik : 4 Respon verbal : 4 Respon membuka mata : 2 10 – Hasil TTV: TD : 170/80 mmHg N : 116x/menit S : 37,3^{0}C P : 20X/menit – Tampak pasien gelisah A: Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum efektif P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8 S: - O: – Tampak mukosa bibir pasien kering – GDS = 107 – Tampak pasien mengalami kelemahan sebelah kiri – Tampak KU lemah – Tampak pasien menggunakan kateter	

		A: Glukosa darah belum normal	

	IV	P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6 S: – Keluarga pasien mengatakan seluruh aktivitas dibantu oleh perawat – Keluarga pasien mengatakan belum bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri O: – Tampak perawat melatih ROM pasien – Tampak pasien tidak bisa melakukan aktivitas sendiri – Tampak seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat – Uji kekuatan otot Kesan: Hemiparese Sinistra – Aktivitas harian Mandi : 3 Makan : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 Buang air besar : 2 Buang air kecil : 3 Mobilisasi ditempat tidur : 2 – Tampak pasien miring kiri – Hasil TTV: TD : 170/80 mmHg N : 116x/menit S : 37,3^0 C P : 20x/menit	
	I	A: Mobilitas fisik masih terhambat P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7	

21/04/2018	I	S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak batuk O: – Tampak pasien miring kiri – Tampak kesadaran pasien somnolen – Terdengar suara nafas sedikit Ronchi pada lapang paru bagian atas – KU lemah – Hasil TTV: TD : 150/90 mmHg N : 108x/menit S : 36,2^0 C P : 22x/menit – Tampak terpasang O_2 3 liter – Tampak pasien di suksion melalui mulut A: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6	Stellien
	II	S: – Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri – Keluarga pasien mengatakan pasien masih gelisah	

		– Keluarga pasien mengatakan pasien bicara tapi tidak jelas	

	III <

		belum bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri – Keluarga pasien mengatakan seluruh aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga O: – Tampak pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri – Tampak seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat – Uji kekuatan otot Kesan: Hemiparese Sinistra – Aktivitas harian: Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 Buang air besar : 2 Buang air kecil : 3 Mobilisasi di tempat tidur : 2 – Tampak pasien miring kiri A: Mobilitas fisik masih terhambat P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7	

G. DAFTAR OBAT

1. Nama Obat : Pratropil
   a. Klasifikasi obat : Antihipertensi
   b. Dosis umum : 12 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : diberikan 1 kali sehari
   d. Cara pemberian obat : intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : untuk kasus tunggal penggunaan bersama dengan ekstra tiroid menyebabkan kebingungan, marah dan gangguan tidur, piracetam harus diberikan secara hati-hati kepada hipotiroidisme atau suplementasi tiroid.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk pengobatan infark serebral.
   g. Kontraindikasi : Piracetam dikontraindikasikan bagi penderita gangguan fungsi ginjal yang parah (nilai bersihan kreatinin <20 ml/menit dan penderita yang sensitive terhadap komponen pratropil.
   h. Efek samping obat : kelelahan, mengantuk, mual, muntah, diare, pusing, sakit kepala dan tremor.
2. Nama Obat : Manitol
   a. Klasifikasi obat : Diuretik osmotik
   b. Dosis umum : 0.25-1.5 g/kg/dosis dalam larutan 20%-50% larutan dalam > 30 menit.
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 100 cc/6 jam/IV
   d. Cara pemberian obat : intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menurunkan tekanan intrakranial yang tingi karena edema serebral, meningkatkan diuresis pada pencegahan dan/atau pengobatan oliguria yang disebabkan gagal ginjal, menurunkan tekanan intraokular,

meningkatkan ekskresi urine senyawa toksik, sebagai larutan irigasi genitouriner pada operasi prostat atau operasi transuretral.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : edema perifokal lobus frontotemporalis kanan dan edema serebri.
g. Kontraindikasi : Gagal ginjal kronik.
h. Efek samping obat : gangguan keseimbangan cairan tubuh dan elektrolit.

3. Nama Obat : Asam tranexamat
   a. Klasifikasi obat : Anti-fibrinolitik
   b. Dosis umum : 1000 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg/6 jam/IV
   d. Cara pemberian obat : intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menghentikan perdarahan.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : PSA
   g. Kontraindikasi : Insufisiensi ginjal, hamil dan menyusui dan pasien mioklonik.
   h. Efek samping obat : Diare, mual dan badan terasa lelah.
4. Nama Obat : Omeprazole
   a. Klasifikasi obat : Analgesik
   b. Dosis umum : Dosis yang dianjurkan refluks esophagus erosive adalah 20 mg sekali sehari 4 minggu. Bagi penderita yang belum sembuh sepenuhnya sesudah tahap awal, penyembuhan biasanya terjadi selama 4-8 minggu.
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 FLC/12 jam/IV
   d. Cara pemberian obat : intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Omeprazole adalah kelas baru senyawa anti-sekresi, suatu benzimidazole tersubstitusi, yang menekan sekresi lambung melalui penghambatan spesifik

terhadap sistem enzim H+/K+ ATPase pada permukaan sekresi sel parietal lambung. Karena sistem enzim ini meruapakan pompa asam (proton) dalam mukosa lambung, omeprazole digambarkan sebagai penghambat pompa asam lambung yang menghambat tahap akhir pembentukan asam lambung.

f. Indikasi : Diindikasikan untuk pengobatan jangka pendek pada tukak usus 12 jari, tukak lambung dari refluks esophagitis erosive-perawatan sindroma zollinger-ellison.
g. Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap Omeprazole
h. Efek samping obat : Mual, sakit kepala, diare, konstipasi, kembung, ruam kulit, urtikaria, pruritis jarang terjadi.

5. Nama Obat : Ceftriaxone
   a. Klasifikasi obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : dewasa dan anak > 12 tahun, dosis lazim 1 x sehari.
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 g/12 jam/IV
   d. Cara pemberian obat : intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ceftriaxone adalah golongan cefalosforin dengan septrum luas, yang membunuh bakteri dengan menghambat sintesis dinding sel bakteri. Ceftriaxone sangat stabil terhadap B – laktamase terutama yang di hasilkan oleh organisme gram negative.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Menderita pneumonia yang disebabkan oleh bakteri.
   g. Kontraindikasi : Hipersensitif terhadap sefalosporin dan Hipersensitif terhadap penicillin atau antibiotika B-Lactam.
   h. Efek samping obat : Gangguan lambung – usus, perubahan hematologika, reaksi kulit, gangguan koagulasi, flebitis (pada injeksi intravena), sakit kepala, pusing.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny “W” dengan gangguan sistem persyarafan “Hemoragik Stroke” di Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung tanggal 18-21 April 2018 dengan menggunakan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung kepada wali dan keluarga pasien, pasien tidak dapat dikaji karena penurunan kesadaran. Hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung hasil CT-Scan kepala. Dari pengkajian yang dilakukan pada Ny “W” di rawat di ruang ICU/HCU dengan keluhan saat masuk kesadaran menurun. Pada Saat pengkajian dilakukan pada tanggal 18 April 2018 jam 16:10 pasien Ny “W” berumur 78 tahun dengan diagnosa Hemoragik Stroke di temukan hasil pengamatan kelemahan pada sisi tubuh bagian sebelah kiri, kesadaran menurun dan terdengar suara tambahan yaitu ronchi di lapang paru bagian atas, dengan TTV TD 160/80 mmHg, nadi 118x/menit kuat, pernafasan 29x/menit irama teratur dan suhu 37^0 C . pemeriksaan Laboratorium WBC 15.4, RBC 4.4, NEUT% 93.5 NEUT# 14.4 dan mengalami penurunan HCT 38.40, LYM% 5.2 LYM# 0.8 dan MXD% 13. Setelah dilakukan pemeriksaan CT Scan kepala pada tanggal 15 April 2018 diperoleh hasil CT Scan kepala Hematom dan edema perifokal hemisfer cerebri kanan, Hematom inta ventrikel sistem, Infark kecil cerebri dan Atrofi cerebri dan. Pasien

mendapatkan terapi keterolac 30 mg/8 jam/IV, novorapid 8 unit/SC, alprazolam 0.5 mg/24 jam/oral, omeprazole 1 FLC/12 jam/IV, farmadol 1 botol/8 jam/IV, manitol 100 cc/6 jam/IV, lantus 10 unit/SC, asam tranexamat 500 mg/6 jam/IV, pratropil 12 mg/24 jam/IV, ceftriaxone 1 gr/12 jam/IV. Dengan diagnosa medik Hemiparese sinistra sup NHS + DM Tipe 2. Dengan riawayat penyakit DM ± 10 tahun yang lalu dan riwayat hipertensi ± 25 tahun yang lalu. tanda dan gejala yang sering timbul pada penderita Hemoragik Stroke menurut Tutu April Ariani (2012) di dalam tinjauan teori adalah penurunan penglihatan, perubahan kemampuan gerak ekstremitas, defisit kognitif, defisit verbal, defisit emosioanal.

Berdasarkan tinjauan teori tersebut tanda dan gejala yang nampak pada pasien Ny “W” adalah pasien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki kirinya (*hemiparese sinistra*). Hemiparese sinistra terjadi karena adanya kerusakan sel-sel otak yang dapat menyebabkan gangguan fungsi motorik. Pada pasien terjadi pada otak kanan. Sesuai dengan pengaturan fungsi motorik oleh otak bawah hemisfer kanan bertanggung jawab terhadap pengaturan motorik tubuh sebelah kiri. Adanya kerusakan pada hemisfer kanan dapat menyebabkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas.

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

Selain itu adaTanda dan gejala lain yang timbul pada pasien Ny “W” adalah terdengar suara nafas tambahan yaitu ronchi di lapang

paru bagian atas. Karena pasien tirah baring lama sehingga terjadi penumpukan sekret di dalam paru-paru.

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

B. Diagnosa keperawatan

Pada kasus Ny “M” penulis hanya mengangkat 4 diagnosa keperawatan yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan, penulis mengangkat diagnosa ini didukung oleh data terdengar suara nafas tambahan Ronchi pada lapang paru bagian atas hasil pemeriksaan darah WBC 15.4.
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena, penulis mengangkat diagnosa ini dari pasien yaitu keadaan umum lemah, tampak pasien tidak dapat mengangkat tangan dan kaki sebelah kiri, TD 160/80 mmHg, hasil CT-Scan kepala menunjukkan adanya Hematom dan edema perifokal hemisfer cerebri kanan, Hematom inta ventrikel sistem, Infark kecil cerebri dan Atrofi cerebri.
3. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, penulis mengangkat diagnosa ini didukung oleh data kadar glukosa darah pasien tidak normal dan stabil GDS jam 07:00=217, GDS jam 12:00=173, GDS jam 19:00=311, GDS jam 22:00=175.

4. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular, penulis mengakat diagnosa ini karena didukung oleh data, tampak pasien tidak dapat mengangkat tangan dan kaki sebelah kiri, tampak aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Diagnosa keperawatan yang ada diteori namun tidak diangkat oleh penulis ada 5 yaitu:

1. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis sudah mengangkat diagnosa hambatan mobilitas fisik pasien, jadi jika kebutuhan mobilitas pasien dibantu oleh perawat otomatis perawatan mandi pasien juga dilakukan.
2. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan pada pusat sensori, transmisi, integrasi, stress psikologis (penyempitan lapang pandang), penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak terjadi gangguan persepsi pada pasien.
3. Gangguan proses pikir berhubungan dengan kerusakan kognitif, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak mengalami masalah memori.
4. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien sejak awal masuk rumah sakit sudah dipasangkan NGT.
5. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan umum, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena keluarga pasien mampu mengajarkan pasien tentang kata sederhana pada pasien.

C. Intervensi Keperawatan

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

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan. Dengan kriteria hasil: frekuensi pernafasan normal, suara nafas ronchi berkurang. sehingga penulis mencari beberapa intervensi yaitu: monitor tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan dengan tepat, tentukan perlunnya suksion mulut atau trakhea, auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah tindakan suksion, informasikan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya tindakan suksion, monitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya, pemberian obat sesuai kebutuhan.
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri atau vena. Dengan kriteria hasil: tidak terjadi peningkatan tekanan intrakranial, kegelisahan berkurang, peningkatan status kesadaran (GCS meningkat ke compos mentis). Dalam perencanaan tinjauan teoritis ada 5 intervensi tetapi ada 8 yang diintervensikan kepada pasien yaitu: Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30^0 atau lebih, Monitor tanda-tanda vital, Monitor tingkat kesadaran, Monitor karakteristik bicara: kelancaran, adanya apasia, atau kesulitan menemukan kata, Monitor status neurologis, Monitor intake dan output, Mengganti cairan infus, Tentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol.

3. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Dengan kriteria hasil: Glukosa darah normal dan stabil. Pada diagnosa ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, Monitor status cairan (input dan output), kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin Monitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, malaise, Berikan cairan isotonik (RL), Instruksikan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemi.
4. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Dengan kriteria hasil: mencegah kekuatan otot dan peningkatan aktivitas fisik jika compos mentis. Dalam tinjauan teoritis terdapat 6 intervensi, tetapi ada 7 intervensi yang diintervensikan yaitu : Tentukan batas pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi, Jelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi, Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif, Lakukan latihan ROM pasif atau dengan bantuan, sesuai indikasi, Monitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan, Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan apa yang telah direncanakan pada intervensi keperawatan. Penulis melakukan kerjasama dengan pasien, keluarga, perawat di ruangan, dokter dan rekan-rekan mahasiswa. Pelaksanaan tindakan pada kasus ini adalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan. Pada diagnosa ini penulis melakukan 6 intervensi

keperawatan dari hari pertama sampai hari ke tiga untuk mengetahui dan memantau ada tidaknya peningkatan kepatenan jalan nafas dari hari ke hari. Adapun implementasi yang dilakukan penulis yaitu: monitor TTV, tentukan perlunnya suksion mulut atau trakhea, auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah tindakan suksion, informasikan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya tindakan suksion, monitor status pernafasan dan oksigenasi, pemberian obat sesuai kebutuhan.

2. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri atau vena. Pada diagnosa ini penulis melakukan 8 intervensi dari hari pertama sampai hari ke tiga pertama mengetahui dan memantau ada tidaknya peningkatan perfusi jaringan serebral dari hari ke hari. Adapun implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu: Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30^0 atau lebih, Monitor tanda-tanda vital, Monitor tingkat kesadaran, Monitor karakteristik bicara: kelancaran, adanya apasia, atau kesulitan menemukan kata, Monitor status neurologis, Monitor intake dan output, Mengganti cairan infus, Tentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut resep dan/atau protokol.
3. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Pada diagnosa ini penulis melakukan 6 intervensi dari hari pertama sampai hari ketiga pertama mengetahui dan memantau kadar glukosa darah belum stabil atau sudah normal. Adapun implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu: Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, Monitor status cairan (input dan output), kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin Monitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, malaise, Berikan cairan isotonik (RL), Instruksikan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemi.

4. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Pada diagnosa ini penulis melakukan 7 intervensi dari hari pertama sampai hari ke tiga pertama mengetahui dan memantau ada tidaknya peningkatan mobilitas dan kekuatan otot dari hari ke hari. Adapun implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu: Tentukan batas pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi, Jelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi, Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif, Lakukan latihan ROM pasif atau dengan bantuan, sesuai indikasi, Monitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan, Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal yang spesifik.

E. Evaluasi Keperawatan

Adapun evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 18 April 2018 – 21 April 2018 pada Ny “W”.

1. ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan. Dengan kriteria hasil: frekuensi pernafasan normal, kemampuan untuk mengeluarkan sekret secara mandiri dan suara nafas tambahan berkurang. Sampai hari ketiga perawatan masalah pasien belum teratasi pernafasan pasien 22x/menit, masih terdengar suara tambahan sedikit ronchi pada lapang paru bagian atas.
2. ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d gangguan aliran arteri atau vena. Dengan kriteria hasil: tidak terjadi peningkatan tekanan intrakranial, kegelisahan berkurang, dan peningkatan status

kesadaran (GCS meningkat ke compos mentis). Sampai hari ketiga perawatan masalah belum teratasi TD pasien masih belum stabil 150/90 mmHg, pasien masih gelisah, dan kesadaran pasien belum meningkat masih somnolen (GCS 10).

3. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Dengan kriteria hasil: Glukosa darah normal dan stabil. Sampai hari ketiga belum teratasi dimana glukosa darah belum stabil, GDS: 228
4. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular. Dengan kriteria hasil: kekuatan otot meningkat dan peningkatan aktivitas fisik (posisi duduk). Sampai hari ketiga perawatan masih belum teratasi dengan dibuktikan pasien masih tidak dapat menggerakan tangan dan kaki sebelah kanan, uji kekuatan otot kesan: Hemiparese Sinistra, aktivitas masih dibantu penuh oleh keluaraga dan perawat.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus di lapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Ny “W” dengan *Hemoragik Stroke* di ruangan ICU di rumah sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Pada pengkajian yang dilakukan ditemukan tanda dan gejala yang terdapat pada Ny “W” terdengar suara napas ronchi pada lapang paru bagian atas, kelemahan pada tubuh sebelah kiri, tampak bibir pasien miring kanan, tampak pasien berbicara tapi tidak jelas artinya. Dari data yang diperoleh melalui observasi: keadaan umum tampak sakit berat, kesadaran somnolen: GCS: M:4, V:4, E:2, TD: 160/80 mmHg, N: 118x/menit, S: 37^0, P: 29x/menit, CT Scan menunjukkan Hematom dan edema perifokal hemisfer cerebri kanan, Hematom inta ventrikel sistem, Infark kecil cerebri dan Atrofi cerebri.
2. Berdasarkan analisa data pada kasus ada 4 diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu: ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan, ketidaefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri atau vena, resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
3. Dari intervensi yang penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi: tindakan observatif, tindakan mandiri, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaborasi. Kesehatan pasien, serta diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.

4. Setelah perawatan selama tiga hari, dari hasil evaluasi tidak ada diagnosa yang teratasi, karena perawatan pasien stroke membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat setempat.

B. Saran

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

1. Perawat

   Mempertahankan asuhan keperawatan yang bermutu dan diharapkan selalu mengembangkan pengetahuan dan keterampilan sehingga memberikan asuhan keperawatan yang baik pada pasien stroke.

2. Rumah Sakit

   Sebaiknya pihak rumah sakit menyiapkan alat-alat yang lengkap khususnya di ruangan ICU-ICCU.

3. Institusi

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

4. Pasien/keluarga mematuhi pencegahan stroke berulang

   Untuk mencegah terrjadinya gejala stroke yang berulang, dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat dan bugar dan tetap menjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, makan makanan yang bergizi, batasi makanan yang mengandung banyak garam. Disarankan kepada

keluarga untuk melakukan ROM di rumah secara aktif/pasif dan selalu bekerjasama dengan ahli fisioterapi dalam memberikan latihan fisik (ROM) aktif/pasif dan menganjurkan keluarga agar membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pasien

5. Mahasiswa

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

DAFTAR PUSTAKA

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

America Heart *Assosiaton.* (2010). **Stroke risk factos**.

Apriani tutu april. (2012). **Sistem neurobehaviour**. Jakarta: salemba medika

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

Doenges, M, E; Moorhouse, M. F dan Murr, A. C. (2014). ***Manual Diagnosis Keperawatan. Rencana, Intervensi Dan Dokumentasi Asuhan Keperawatan.*** Edisi: 3. Jakarta: ECG

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

Hernata, I. (2013). **Ilmu Kedokteran Lengkap Tentang Neurosains**. Jogjakarta : D-Medika

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

Junaidi, Iskandar. (2012). ***Stroke Waspadai Ancamannya***. Jogjakarta: ANDI

Misbach Jusuf. (2011). **Stroke aspek diagnostik, patofisiologi, manajemen,** jakarta: badan penerbit FKUI

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

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

Padila. (2012). ***Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah***. Yogyakarta: Nuha Medika.

Raurel, R. (2012). **Gambar Otak Dan Bagian-Bagiannya Otak Manusia.** http://d5d.org/gambar-otak-dan-danbagian-bagiannya. Akses 30 April 2016.

Roberto.(2015).***Hasil Riskesda.*** http://scholar.unand.ac.id/3595/2/BAB_1.pdf. Diakses tanggal 21 Mei 2016

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

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

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

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

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Stellien Marlinay Ventura

Nim : E1514401046

Kelas : DIII Keperawatan

Kasus : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. " W" DENGAN STROKE HEMORAGIK DIRUANG PERAWATAN ICU /HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Pembimbing: Fransiska Anita. Ns. M.Kep. Sp.KMB

NO	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	Senin, 23/04/2018	BAB III	– Perbaikan GCS – Perbaiki kata-kata persepsi kesehatan – Perbaiki kata-kata pola nutrisi dan metabolik – Perbaiki uji kekuatan otot – Perbaiki nervus		
2.	Senin, 07/05/2018	BAB III	– Perbaiki GCS – Perbaiki persepsi kesehatan – Perbaiki pola nutrisi dan metabolik – Perbaiki pola aktivitas dan latihan – Perbaiki pola eliminasi – Perbaiki nervus		

3.	Rabu, 09/05/2018		– Perbaiki GCS – Perbaiki persepsi kesehatan – Perbaiki pola nutrisi dan metabolik – Perbaiki aktivitas dan latihan – Perbaiki pola eliminasi – Perbaiki pola tidur dan istirahat – Perbaiki nervus – Perbaiki terapi obat		
4.	Senin, 14/05/2018	BAB III	– Perbaiki analisa data – Perbaiki intervensi – Perbaiki diagnosa – Perbaiki implementasi – Perbaiki evaluasi		
5.	Rabu, 16/05/2018	BAB III	– Perbaiki analisa data – Perbaiki intervensi – Perbaiki implementasi – Perbaiki evaluasi		
6.	Selasa, 22/05/2018	BAB I	– Perbaiki data WHO, indonesia, sulsel, makassar, dan RS – Perbaiki pengetikan		
7.	Rabu, 23/05/2018	BAB I BAB III	– Perbaiki data sulsel dan makassar – Perbaiki tambahan kata-kata di persepsi kesehatan dan nervus		
8.	Kamis, 24/05/2018	BAB III	– Perbaikan kata-kata di		

9. 10. 11. 12. 13.	Sabtu, 26/05/2018 Senin, 28/05/2018 Rabu, 30/05/2018 Kamis, 31/05/2018 Senin, 04/06/2018	BAB II BAB II BAB II BAB IV Halaman persetujuan, pengesahan, kata pengantar BAB III	NOC – Perbaikan anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan, komplikasi dan KDK – Perbaikan patoflodiagram – Perbaikan patofisiologi dan KDK – Perbaikan pengetikan anatomi fisiologi – Perbaikan patoflodiagram – Perbaikan KDK – Perbaikan Bab 4 – Perbaikan pengetikan – Penambahan diagnosa dan pengetikan		