KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny "D" DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* DI RUANG BERNADETH 2 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

MARIA JESSICA LAROPE

E1714401025

MARIANA MEISELA KONAWU KATIT

E1714401027

PROGRAM STUDI DIPLOMA III

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR

2020

LEMBARAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."D" DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE (NHS)* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH 2 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa	**: Maria Jessica Larope**
NIM	**: E1714401025**
Nama Mahasiswa	**: Mariana Meisela Konawu Katit**
NIM	**: E1714401027**

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Serlinda Sandi.,Ns.,M.Kep)

NIDN.0913068201

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik dan kerjasama

(Fransiska Anita E.R.S.Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)

NIDN.0913098201

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.”D” DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE (NHS)* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH 2 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/ Tanggal : Rabu 17Juni 2020

Pukul : 08.00-9.20

Tempat : Ruangan A

Tim Penguji :

1. Henny Pongantung, Ns.,MSD,DN.Sc ( )
2. Sr.Anita Sampe, SJMJ, Ns., MAN ( )
3. Serlina Sandi.,Ns.,M,Kep ( )

Mengetahui

Ketua Stik Stella Maris Makassar

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

NIDN.0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Maria Jessica Larope
Tempat/Tangaal Lahir	: Jakarta, 03 Januari 2000
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protesta
Alamat	: Luwuk,Kab.Banggai,Jl.Soeprapto

II. Identitas Orang Tua

Ayah	: Maurits Larope
Ibu	: Eleonora Septianti Tobigo
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Luwuk,Kab.Banggai,Jl.Soeprapto

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

1. TK Hangtua Jayapura : 2004-2006
2. SD Negeri 1 Toili : 2006-2011
3. SMP Negeri 1 Toili : 2011-2014
4. SMA Katolik St.Yoseph Luwuk : 2014-2017
5. STIK Stella Maris Makassar : 2017-2020

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Mariana Meisela Konawu Katit
Tempat/Tangaal Lahir	: Merauke, 26 Mei 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	:Jln.Floorumlus (PAPUA)

II. Identitas Orang Tua

Ayah	: Paimin Primus Katit (Alm)
Ibu	: Yosefita K Apay (Almh)
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: -
Alamat	: -

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

1. SD YPPK Salib Suci Agats : 2006-2011
2. SMP Negeri 2 Agats : 2011-2014
3. SMA Katolik Yan Smith Agats : 2014-2017
4. STIK Stella Maris Makassar : 2017-2020

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 PAAD NY."D' DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE (NHS)* DI RUANG PERAWATAN BERMADETH 2 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis mendapat banyak dukungan baik moral, materi 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 megucapkan terimakasih 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 penilis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E. R. S, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan..
3. Matilda M Paseno, Ns.,M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kep. Selaku Wakil Ketua Bidang kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Sr.Dr.Teorocci Luisa Nunuhitu, S.JMJ,M.Kes. Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.

6. Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku Ketua program studi D.III keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
7. Serlina Sandi.,Ns.,M,Kep. Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Segenap Dosen dan Staf STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing adn membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
9. Kepada Ny.D dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
10. Teristimewa untuk kedua orang tua kami tercinta serta keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
11. Buat teman-teman mahsiswa/i STIK Stella Maris Makassar Program DIII Keperawatan angkatan 2017-2020.Penulisan menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan,untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, April 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... **i**

HALAMAN PERSETUJUAN ..... **ii**

HALAMAN PENGESAHAN ..... **iii**

RIWAYAT HIDUP ..... **iv**

KATA PENGANTAR ..... **vi**

DAFTAR ISI ..... **viii**

DAFTAR TABEL ..... **x**

DAFTAR GAMBAR ..... **xi**

BAB I : PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis **6**
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Klasifikasi 13
4. Etiologi 14
5. Patofisiologi 16
6. Manifestasi Klinis 18
7. Tes Diagnostik 19
8. Penatalaksanaan Medis 20
9. Komplikasi 21

B. Konsep Dasar Keperawatan **22**
1. Pengkajian 22
2. Diagnosa Keperawatan 24
3. Intervensi dan Rasional 24
4. Discharge Planning 28

C. Patoflowgiagram 30

BAB III : TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian 33
B. Analisa Data..... 49
C. Diagnosa Keperawatan..... 53
D. Rencana Keperawatan..... 54
E. Implementasi Keperawatan..... 58
F. Evaluasi Keperawatan..... 67

BAB IV : PEMBAHASAN KASUS

A. Pengkajian 82
B. Diagnosa Keperawatan..... 84
C. Intervensi Keperawatan..... 84
D. Implementasi Keperawatan..... 85
E. Evaluasi Keperawatan..... 85

BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan 87
B. Saran..... 88

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Darah Rutin 47

Tabel 3.2 Pemeriksaan Ureum Creatinin 48

Tabel 3.3 Analisa Data 49

Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan 53

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan 54

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan 58

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan 68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi dan Pendarahan Darah Otak 7

Gambar 2.2 Patoflowdiagram 30

Gambar 3.1 Genogram 35

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban manusia sudah semakin berkembang pesat di segala bidang kehidupan. Ilmu pengetahuan dan teknologi dewasa ini menjadi bagian yang terpisahkan dari kehidupan masyarakat modern. Kesibukan yang luar biasa terutama di kota besar membuat manusia terkadang lalai terhadap kesehatan tubuhnya. Pola makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja berlebihan serta konsumsi makanan cepat saji sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menimbulkan berbagai macam penyakit pembuluh darah dan penyakit non infeksi salah satunya adalah penyakit yang menyerang pembuluh darah otak yaitu stroke (Muh Basri, 2015).

Menurut stroke adalah kematian dari beberapa sel otak dalam menyuplai oksigen yang menyebabkan hilangnya kemampuan darah mengalir ke otak. Stroke adalah pembunuh terbesar kedua di dunia yang terhitung sejumlah 15,2 juta dari total kematian di dunia di tahun 2016 (*Bulletin of the World Health Organization*, 2016).

Didapatkan prevalensi penderita stroke berdasarkan diagnosis dokter di indonesia pada tahun 2013 yaitu 7% meningkat pada tahun 2018 menjadi 10,9% pada penduduk umur ≥ 15 tahun. Dan didapatkan prevalensi penderita stroke berdasarkan diagnosis dokter di Sulawesi Selatan meningkat dari 7,1% menjadi 10,2.

Data dari MRO RS.Stella Maris Makassar didapatkan kasus penderita stroke pada tahun 2017

berjumlah 160 orang yaitu dengan angka kecacatan berjumlah 140 orang dan angka kematian berjumlah 20 orang. Pada tahun 2018 berjumlah 123 orang dengan angka kecacatan berjumlah 100 orang dan jumlah angka kematian berjumlah 23 orang. Pada tahun 2019 berjumlah 106 orang dengan jumlah angka kematian berjumlah 15 orang.

Berdasarkan data-data di atas banyaknya kasus kematian dan penderita penyakit stroke di Indonesia khususnya di RS Stella Maris Makassar, dimana penyakit stroke membutuhkan perawatan dan pemulihan yang lama sehingga membutuhkan biaya yang besar, selain itu juga pasien stroke akan mengalami gejala sisa atau kecacatan. Maka berdampak pada menurunnya tingkat produkvitas serta dapat menyebabkan terganggunya sosial ekonomi keluarga.

Karena kasus ini perlu mendapat perhatian khusus karena angka kecacatan, angka kematian serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan cukup tinggi. Dalam mengatasi permasalahan yang timbul pada pasien stroke, peran perawat sangat penting. Sebagai perawat, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif yang meliputi : promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative.

Peningkatan jumlah penderita, angka kecacatan yang tinggi, serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan juga cukup tinggi, hal ini menjadi masalah untuk kita semua terutama bagi dunia keperawatan, karena stroke masih menjadi masalah kesehatan yang perlu menjadi perhatian khusus, sehingga masalah

kesehatan ini harus segera ditangani dengan serius. Berdasarkan data tersebut maka penulis tertarik untuk mengangkat asuhan keprawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan dengan gangguan system saraf “Non Hemoragic Stroke” di ruangan Bernadeth 2, Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan harapan mampu menerapkan asuhan keperawatan yang efektif dan berkualitas.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini ialah :

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di RS pada pasien Non Hemoragic Stroke.

2. Tujuan Khusus

   a. Melaksanakan pengkajian pada pasien Non Hemoragic Stroke.
   b. Menetapkan diagnose keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*
   c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*
   d. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien *Hemoragic Stroke* dan *Non Hemoragic Stroke.*
   e. Mengdokumentasikan asuhan keperawatan pada pasie dengan *Non Hemoragic Stroke*.

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan yaitu :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan

bagi petugas kesehatan khususnya perawat, agar dapat menjalankan tugas khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorgaic Stroke.*

2. Pendidikan

   Sebagai bahan acuhan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta dididk dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hemoragic Stroke dan Non Hemoragic Stroke.*

3. Pasien/Keluarga

   Pasien dapat memeperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, menyadari pentingnya pengobatan serta mau berpartisipasi dalam program pengobatan dan mau melakukan perubahan pola hidup untuk mencegah komplikasi dan berulangnya penyakit stroke pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*. Serta mau melakukan rahabilitasi post stroke baik di rumah sakit maupun dirumah.

4. Penulis

   a. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Diploma Tiga Keperawatan.
   b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang didapat selama pendidikan, terutama memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan NHS.

D. Metode Penelitian

Dalam penulisan karya ilmiah ini metode yang digunakan dalam studi kepustakaan, studi kasus, dan pengamatan kasus yang berupa wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari 5 BAB, BAB I Pendahuluan, diuraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Teoritis, diuraikan tentang teori ysng merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medik yang meliputi defenisi, anatomi fisiologi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostic, penatalaksanaan medik, komplikasi, dan pencegahan. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan patoflogiagram. 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 dilapangan. BAB V Kesimpulan dan saran, yang merupakan akhir karya tulis ilmiah yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

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

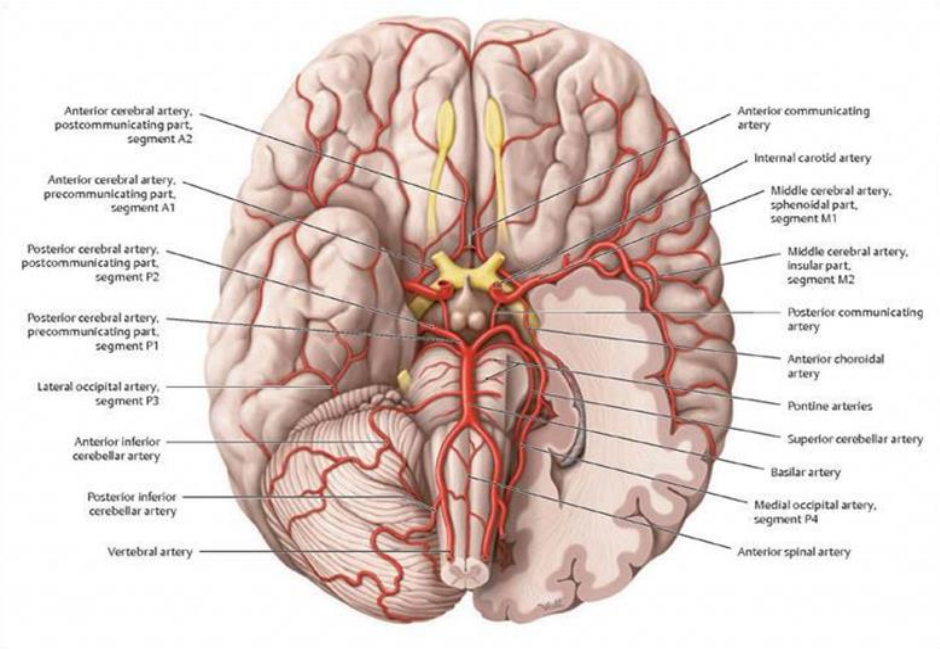
Stroke adalah kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, biasanya merupakan akumulasi penyakit cerebro vaskuler selama beberapa tahun yang timbulnya sencara mendadak, progresif cepat serta berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung sampai 24 jam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

Stroke atau *cerebro vascular accident (CVA),* merupakan gangguan sistem saraf pusat yang paling sering ditemukan dan merupakan penyebab utama gangguan aktivitasn fungsional pada orang dewasa. Masalah-masalah yang ditimbulkan oleh stroke bagi kehidupan manusia pun sangat kompleks. Adanya gangguan-gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan control postur, gangguan sensasi dan gangguan reflex gerak akan menurunkan kemampuan aktivitas fungsional individu sehari-hari (Irfan, 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 menyebakan kecacatan atau kematian.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Dan Peredaran Darah Otak

Sumber : (https://www.are.na/block/971649)

b. Fisiologi

1) Sistem Saraf Pusat

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

a. Otak Besar (Cerebrum)

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

1) Lobus frontal, adalah bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motoric terdapat di area brocca untuk control motoric bicara.
2) Lobus temporalis, terdapat di bawah lateral dari fisura serebralis dan di depan lobus oksipitalis. Berfungsi dalam integrasi somatisasi, pendengaran dan penglihatan.
3) Lobus parietalis, adalah daerah korteks yan terletak di belakang sulkus sentralis, di atas fisura lateralis dan meluas kebelakang fisura parietooksipitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.
4) Lobus oksipitalis, adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak di sebelah posterior dari lobus parietalis dan

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

b. Batang Otak

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

1) Diensefalon, bagian otak paling atas terdapat di antara serebellum dan mesenfalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap ke samping. Fungsi dari diensefalon yaitu vasoktriktor, respiratori, mengontrol kegiatan reflex, dan membantu kerja jantung.
2) Mensenfalon, atap dari mensenfalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dus di sebelah atas tersebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu: membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.
3) Pons Varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesenfalon dan pons varoli dengan serebellum, terletak di depan serebellum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu : penghubung antara kedua bagian serebellum dan pusat saraf nervus trigeminus.
4) Medulla Oblongata, merupakan bagian dari batan otak yang paling bawah yang

menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu : mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernapasan, dan mengontrol kegiatan reflex.

c. Otak Kecil

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

d. Sistem Limbik

Sistem limbic terletak di bagian otak tengah, membungkus batang otak ibarat kerah baju. Komponen limbic antara lain hipotalamus, thalamus, amiglada, hippocampus dan konteks limbic. Sistem limbic berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormone, memelihara hemo statis, rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolism dan juga memori jangka panjang.

2) Sistem Saraf Tepi/Perifer

a) Saraf somatic

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

b) Sistem Saraf Otonom

(1) Sistem Saraf Simpatis

Fungsi dari system ini adalah : siap siaga untuk membantu proses kedaruratan, keadaan stress baik yang disebabkan oleh fisik maupun emosional yang menyebabkan peningkatan yang cepat pada implus simpatis, sebagai akibatnya yaitu : Bronkiolus berdilatasi untuk pertukaran gas, kontraksi jantung yang kuat dan cepat, dilatasi arteri menuju jantung dan otot volunteer yang membawah lebih banyak darah. Kontraksi pembuluh darah perifer yang membuat kulit pada kaki dingin, dilatasi pada pupil, hati mengeluarkan glukosa untuk energy cepat, peristaltic makin lambat, rambut berdiri dan peningkatan keringat.

(2) Sistem Saraf Parasimpatis

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

3) Sistem Peredaran Darah Otak

Sistem saraf pusat sangat bergantung pada aliran darah yang memadai untuk nutrisi dan pembuangan sisa-sisa makanan serta metabolisme.

Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang becabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjalin suplai darah yang kuat untuk sel.

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

a) Arteri Karotis Interna

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

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

b) Arteri Vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Keuda arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang dari system vetebrobasilaris memperdarahi medulla oblongata, ponsserebellum, otak tegah dan sebagian diensefalon.

3. Klasifikasi

a. *Stroke Iskemik* atau Penyumbatan

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

b. *Stroke Hemoragic* atau Pendarahan

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

4. Etiologi

Penyebab *Non Hemoragic Stroke* antara lain :

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebihan akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh, termasuk otak.

2) Jenis Kelamin

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

3) Riwayat Keluarga

Jika salah satu dari keluarga pasien menderita stroke, maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke.

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan adanya gangguan aliran darah dimana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak akan berkurang.

Berkurangnya aliran darah ke otak, maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati.

2) Penyakit Jantung

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

3) Diabetes Melitus

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

4) Merokok

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

c. Dari kedua faktor di atas maka akan mengakibatkan :

1) Thrombosis Serebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Beberapa

keadaan yang dapat menyebabkan trombosis stroke yaitu :

a) Atherosklerosis

Keadaan mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

b) Hiperkoagulasi

Darah bertambah kental, peningakatan viskositas / hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

2) Embolisme Serebral

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

3) Iskemia Serebral

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

4) Thromboemboli

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

5. Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah kesetiap bagian otak terhambat karena thrombus, emboli dan thromboemboli. Thrombus disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pada pembuluh darah otak karena thrombus yang semakin lama makin

menebal sehingga aliran darah menjadi tidak lancer. Penurunan aliran darah ini dapat menyebabkan iskemia. Tromboemboli (*artery to artery embolus*), terjadi akibat lepasnya plak aterotrombolik yang disebut sebagai emboli, yaitu akan menyumbat arteri disebelah distal dari arteri yang mengalami proses aterosklerotik. Emboli yang timbul dari lesi ateromatus yang terletak pada pembuluh yang lebih distal. Gumpalan-gumpalan kecil dapat terlepas dari thrombus yang lebih besar dan dibawah ke tempat-tempat lain dalam aliran darah. Bila embolus mencapai arteri yang terlalu sempit untuk dilewati dan menjadi tersumbat, aliran darah akan terhenti dan akan mengakibatkan infark jaringan otak karena kurangnya nutrisi dan oksigen. Kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan edema berdasarkan perluasan yang mengalami infark karena pendarahaan yang luas akan lebih sering menyebabkan herniasi otak.

Kematian dapat disebabakan oleh kompresi batang otak dan pendarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak dinukleus kaudatus, thalamus dan pons. Selain merusak parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relative banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakarnial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan daraf diarea yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

6. Manifestasi klinis

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

a. Sementara timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri atau tanpa pengobatan. Hal ini disebut *Tansient Ischemic Attack (TIA)*. Serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, memperberat atau malah menetap.
b. Sementara, namun lebih dari 24 jam. Gejala timbul lebih dari 24 jam dan ini disebut Reversible Ischemik Neurologik Defisit (RIND).
c. Gejala makin lama makin berat (Progresif). Hal ini disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat yang disebut Progressing Stroke atau Stroke Inevolution.
d. Sudah menetap atau permanen

   Tanda dan gejala stroke yang lain :

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

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

1) Disartia (kesulitan bicara), disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
2) Disafagia/afasia (kehilangan bicara), terutama pada ekspresif atau represif (bibir miring).
3) Apraksia (ketidak mampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).

d) Gangguan persepsi

Ketidak mampuan untuk menginterprestasikan sensori, stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual (penglihatan kabur), kehilangan sensori.

e) Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikogelik

Bila kerusakan terjadi pada lobus frontal, memori, disfungsi ini dapat ditunjukan dalam pemahaman, lupa, kurang motivasi yang menyebabkan pasien menghadapi masalah frutasi, depresi.

f) Disfungsi kandung kemih

Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius, dan ketidak mampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan control motoric dan postural.

7. Test Diagnostik

Pemeriksaan diagnostic yang diperlukan dalam membantu menegakkan diagnose klien stroke meliputi :

a. Angiografi Serebri

Membantu menemukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya rupture dan untuk mencari sumber perdarahn seperti aneurisma.

b. Lumbal Fungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak adarah pada cairan lumbal menunjukan adanya hemoragik pada subarachnoid atau perdarahn intrakarnial.

c. Ct Scan

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

d. Magnetik Imaging Resonance (MRI)

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

e. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah system karotis).

f. EEG

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

g. Pemeriksaan darah rutin dan kimia darah.

8. Penatalaksanaan Medis

Kematian dan deteriosasi neurologis minggu pertama stroke iskemia terjadi karena adanya edema otak.

Edema otak timbul dalam beberapa jam setelah stroke iskemik dan mencapai puncaknya 24 jam-96 jam. Edema otak mula-mula *cytofosic* karena terjadi gangguan pada metabolism seluler kemudian terdapat edema vasogenik karena rusaknya sawar darah otak setempat. Untuk menurunkan edema otak, dilakukan hal-hal sebagai berikut :

a. Naikan posisi kepala dan badan bagian atas setinggi 20-30.
b. Hindarkan pemberian cairan intravena yang berisi glukosa atau cairan hipotonik.
c. Pengobatan konservatif
    1) Terapi Trombotik

       Cara kerja :

       Mengencerkan bekuan darah yang menghambat aliran darah.
    2) Antikoagulan : Heparin

       Untuk mencegah terjadinya bekuan darah embolisasi thrombus.
    3) Antihipertensi : Catropil, antagonis kalsium.

9. Komplikasi
    a. Bekuan darah (Trombosis)

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

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

c. Pnemonia

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

d. Atrofi dan kekakuan sendi

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

e. Depresi dan kecemasan

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

f. Peningkatan TIK

Infark cerebri luas atau perdarahan akan terjadi edema cerebri yang menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakrarnial.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

Adanya penyakit jantung (rematik,penyakit jantung vaskuler), polisistemia, riwayat hipotensi postural dan hipertensi arterial (dapat ditemukan/ terjadi pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah dan kesulitan menelan (gangguan pada reflek palatum dan faringeal), obesitas.

c. Pola eliminasi

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

d. Pola aktivitas dan latihan

   Merasa kesulitan untuk aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot) serta gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.

e. Pola tidur dan istirahat

   Susah untuk beristirahat dan tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.

f. Pola persepsi kognitif

   Sinkope/ pusing, sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, mati/ lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain serta status mental atau tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau parese (ipsilateral), afasia (gangguan atau gangguan dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerkan.

g. Pola persepsi dan konsep diri

   Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.serta emosi yang labil dan ketidak siapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

h. Pola peran dan hubungan sesama

   Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan) serta masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Ketidakadanya gairah seksual serta kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

j. Pola mekanisme dan koping

Perasaan tidak berdaya serta emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena.
   b. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran.
   c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot.
   d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia.
3. Intervensi dan Rasional
   a. Ketidakefektifan perfusi jaringan selebral berhubungan dengan gangguan aliran darah arteri atau vena

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

      Intervensi:

      1) Kaji tanda dan gejala gangguan perfusi jaringan otak

         R/ Mempertahankan tingkat kesadaran biasanya membaik

      2) Observasi TTV

         R/ Perubahan TTV seperti adanya hipetensi/hipotensi.

      3) Berikan oksigen sesuai indikasi

         R/ Menurun hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilitasi selebral dan tekanan meningkat/terbentuknya edema.

      4) Letakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan {30}.

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

5) Anjurkan untuk hindari terjadinya mengejam saat defeksasi

   R/ Menuver falsafah dapat menigkatkan TIK.

6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antihipertensi (aminodipine) arterosklerosis

   R/ Obat antihipertensi dapat digunakan untuk meningkatkan atau memperbaiki aliran darah selebral dan trombotik dapat menurunkan tekanan intracranial serta menurunkan edema otak.

b. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler, kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran

   Tujuan: Untuk mempertahankan berat badan yang di inginkan

   Intervensi:

1) Kaji kemampuan menelan

   R/ Mengetahui adanya kelemahan nervus vagus sehingga mengganggu fungsi menelan

2) Berikan makanan lunak dalam versi kecil sering dalam keadaan hangat

   R/ Mempermudah proses pencernaan dan merangsang nafsu makan

3) Monitor dan mencatat porsi makanan yang di habiskan pasien

   R/ Mengetahui intake nutrisi apakah adekuat atau tidak

4) Anjurkan kelurga memberi makan yang tinggi serat

   R/ Makanan tinggi serat akan mempelancar proses penyerapan sehingga tidak terjadi konstipasi

5) Kolaborasi dengan bagian gizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

R/ Mempercepat proses penyembuhan

6) Kolaborasi, lakukan latihan menelan dengan bantuan fisioterapi

   R/ Meningkatkan kemampuan menelan pasien secara bertahap.

c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

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

   Intervensi:

   1) Kaji kemampuan imobolitas pasien dengan menggunakan skala ketergantungan (0-4) dan skala otot (0-5).

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

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

      R/ Menurunkan terjadinya resiko trauma atau iskemia jaringan dan decubitus.

   3) Lakukan latihan rentang aktif dan pasif pada semua akstremitas.

      R/ Meminimal atrofi otot meningkat sirkulasi dan mencegah kontraktur.

   4) Anjurkan pasien/keluarga untuk membantu pergerakan dan latihan dan menggunakan ekstremitas yang tidak lemah untuk menyokong atau menggerakkan bagian tubuh yang mengalami kelemahan.

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

5) Kolaborasi dengan dokter ahli fisioterapi dalam pemberian ambulasi atau latihan.

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

6) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya

   R/ Untuk memenuhi kebutuhannya

7) Pantau kulit dan membrane mukosa terhadap intasi, kemerahan atau lecet-lecet.

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

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

   Tujuan: Mengindikasi pemahaman tentang masalah komunikasi

   Intervensi:

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

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

2) Perhatikan kesalahan dalam komunikasi dan berikan umpan balik

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

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

   R/ Mengidentifikasi adanya disastria sesaui komponen motorik dan bicara (seperti lidah, gerakan bibir, control napas) yang dapat mempengaruhi artikulasi dan mungkin juga tidak disertai afasia motorik.

4) Berikn metode komunikasi alternative, seperti menulis dipapan tulis, gambar. Berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan).

   R/ Memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan atau deficit yang mendasarinya.

5) Anjurkan pengunjung atau orang tereekat mempertahankan usaha untuk berkomunikasi dengan pasien, seperti membaca surat, diskusi tentang hal-hal yang terjadi pada keluarga.

   R/ Isolasi social pasien meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.

6) Konsultasi/ rujuk kepada ahli terapi wicara

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

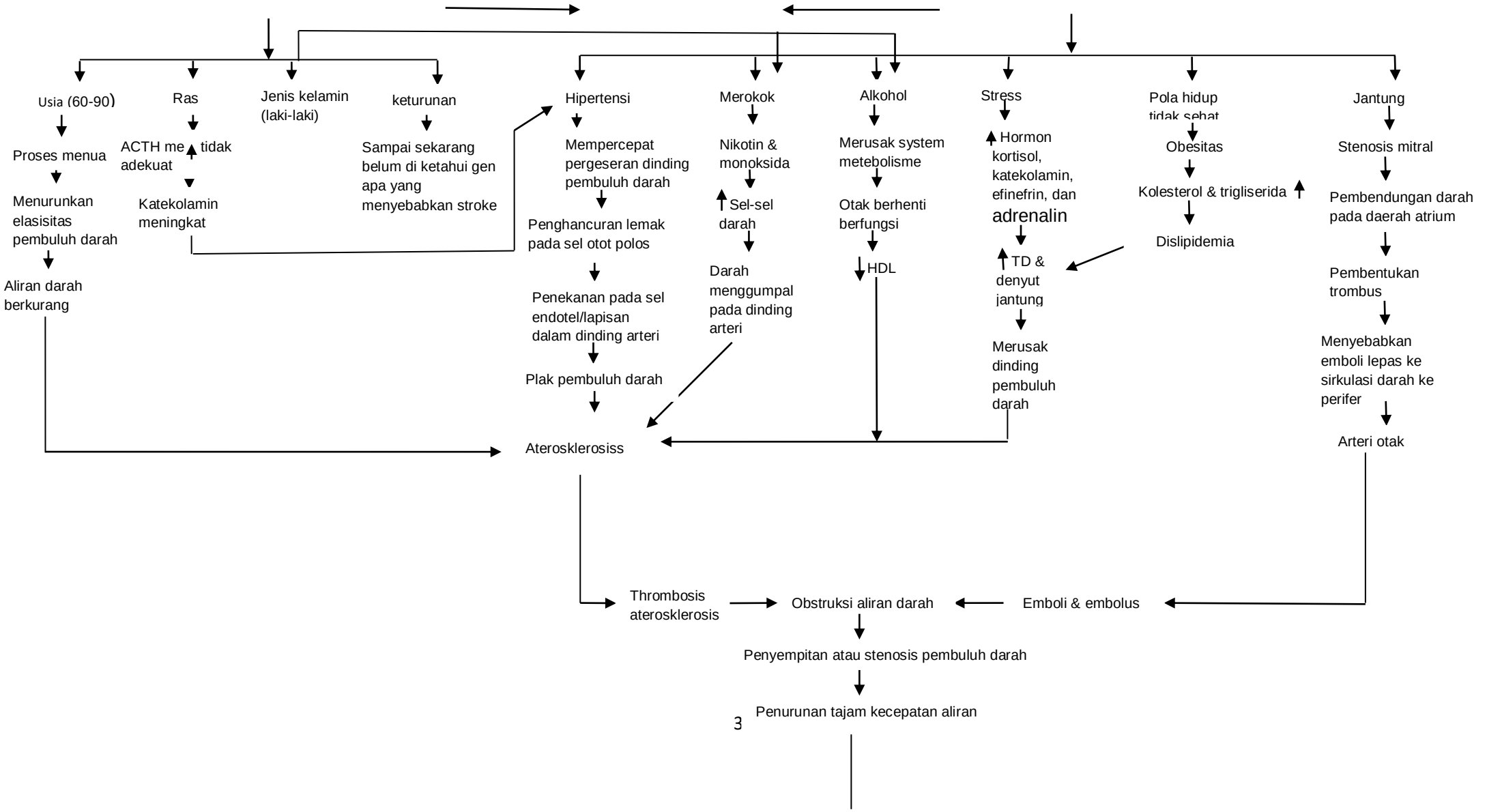
4. Discharge planning

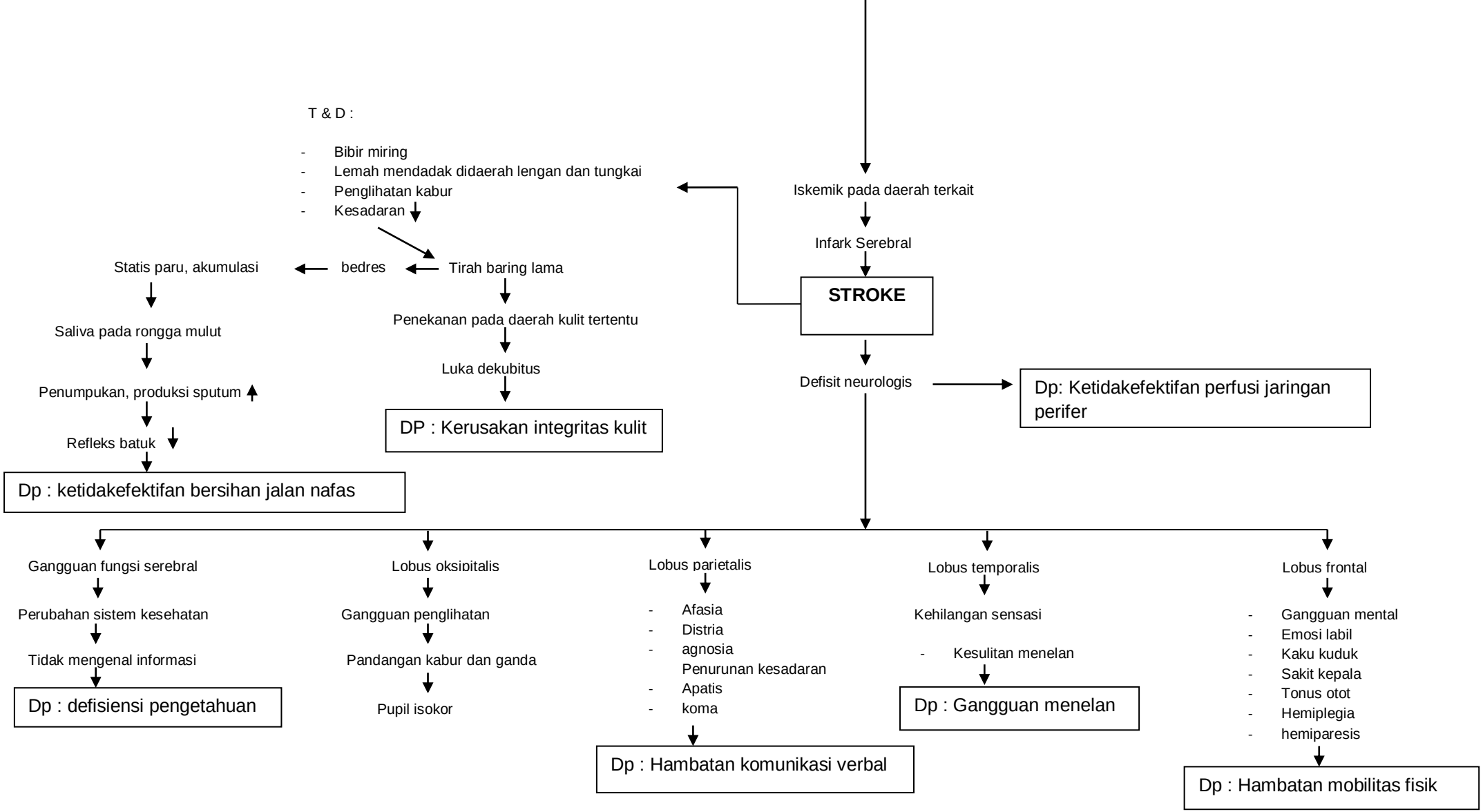
   Adapun perawatan dirumah untuk penderita stroke secara garis besar adalah sebagai berikut:

   1. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
   2. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam dan mengurangi makanan yang manis-manis.
   3. Selain diet,pasien juga diminta agar tidak merokok.
   4. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.

5. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.
6. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
7. Menganjurkan kepada keluarga pasien unruk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada psien dirumah.

C. Patoflowdiagram




T & D :
- Bibir miring
- Lemah mendadak didaerah lengan dan tungkai
- Penglihatan kabur
- Kesadaran
Iskemik pada daerah terkait
Infark Serebral
STROKE
Statis paru, akumulasi
bedres
Tirah baring lama
Saliva pada rongga mulut
Penumpukan, produksi sputum
Refleks batuk
Penekanan pada daerah kulit tertentu
Luka dekubitus
DP : Kerusakan integritas kulit
Dp : ketidakefektifan bersihan jalan nafas
Defisit neurologis
Dp: Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer
Gangguan fungsi serebral
Perubahan sistem kesehatan
Tidak mengenal informasi
Dp : defisiensi pengetahuan
Lobus oksipitalis
Gangguan penglihatan
Pandangan kabur dan ganda
Pupil isokor
Lobus parietalis
- Afasia
- Distria
- agnosia
Penurunan kesadaran
- Apatis
- koma
Dp : Hambatan komunikasi verbal
Lobus temporalis
Kehilangan sensasi
- Kesulitan menelan
Dp : Gangguan menelan
Lobus frontal
- Gangguan mental
- Emosi labil
- Kaku kuduk
- Sakit kepala
- Tonus otot
- Hemiplegia
- hemiparesis
Dp : Hambatan mobilitas fisik

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny.”D” usia 83 tahun masuk di Rumah sakit Stella Maris Makassar pada Tanggal 1 Maret 2020 dengan keluhan utama kelemahan bagian kanan dan susah bicara. Pada saat dilakukan pengkajian Tanggal 5 Maret 2020 diperoleh data : keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan seluruh tubuh abagian kanan, keluarga mengatakan pasien merasakan sakit kepala, bicara tidak jelas kurang lebih 2 hari sebelum di bawa ke RS, keluarga mengatakan pasien pernah mengalami penyakit yang sama yaitu 7 tahun yang lalu. Pasien memiliki riwayat Diabetes Militus 10 tahun yang lalu. Tampak GCS $E_3M_4V_3$ (somnolen). Keluarga mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Dilakukan pemeriksaan Diagnostik CT-Scan pada tanggal 3 Maret 2020 diperoleh hasil Hematom subcortical lobus parientalis bilateral. DD: SOL, infark cerebri bilateral, atrofi cerebri. Pemeriksaan laboratorium WBC H 14.20 10^3/uL, RBC H 5.18 10^6/uL, HGB 14.1 g/dl, HCT 43.6 %, PDW H 12.6 fL, LYMPH 14.9 %, MXD 6.9 %, NEUT# H 11.10 10^3/uL, LYMPH# 2.10 10^3/uL. Hasil observasi tanda-tanda vital : Tekanan darah 150/80 mmHg, frekuensi nadi : 78x/menit, frekuensi pernapasan : 20x/menit, suhu :36,1^{0}C.

Masalah keperawatan yang ditemukan selama pasien dirawat antara lain : ketidakefektifan perfusi jaringan selebral, hambatan komunikasi verbal, dan hambatan mobilitas fisik.

A. Pengkajian

Nama mahasiswa yang mengkaji :Maria Jessica Larope (E1714401025) Mariana Meisela Konawu Katit (E1714401027)

Unit :Bernadeth II Autoanamnese : ☐

Kamar : 503 Bed 2 Alloanamnese : ☑

Tanggal Masuk RS : 1 Maret 2020

Tanggal Pengkajian : 5 Maret 2020

1. Identitas

a. Pasien

Nama Initial : Ny. “D”

Umur : 83 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Status Perkawinan : Menikah

Jumlah Anak : 7

Agama/Suku : Kristen Protestan / Toraja

Warga Negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Indonesia

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat Rumah : Perumahan Angkatan Laut Blok 8 No.2

b. Penanggung Jawab

Nama : Ny. “F”

Umur : 51 Tahun

Alamat : Jln. Haji Kalla 2 no.44

Hubungan dengan pasien : Anak Mantu

2. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat Masuk : *Febris* + *Hipertensi*

Saat Pengkajian : *Non Hemoragic Stroke*

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

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

Alasan : Tampak keadaan umum pasien berat,tampak pasien terpasang NGT,tampak pasien terpasang infus RL 500 ml (24 tetes/menit), tampak pasien terpasang kateter, tampak spastik di tangan sebelah kanan.

b. Tanda –Tanda Vital

1) Kesadaran (Kualitatif) : Somnolen

Skala Koma Glasgow (Kuantitatif)

a) Respon Motorik : 4

b) Respon bicara : 3

c) Respon membuka mata : 3

Jumlah : 10

Kesimpulan : Pasien tidak koma

Tekanan Darah : 150/80 mmHg

MAP : 103 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal tidak memadai

2) Suhu : 36’1 ☑ Axilla ☐ Oral ☐ Rectal

3) Pernapasan : 20x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Kusmaul ☐ Takipnea ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

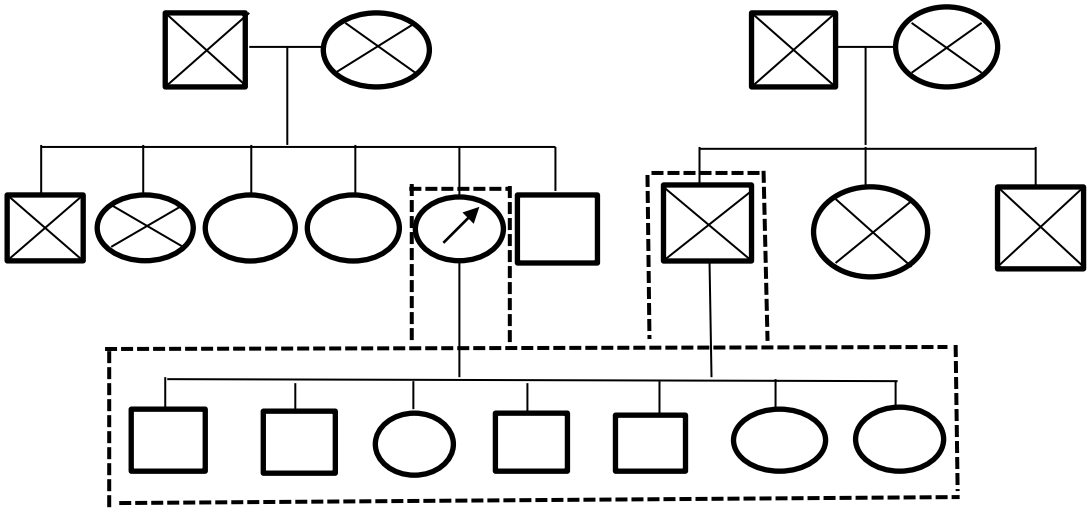
4) Nadi : 78x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi ☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : -
2) Tinggi badan : 145 cm
3) Berat badan : 43 kg
4) IMT(Indeks Massa Tubuh) : 20,4
5) Kesimpulan : Berat Badan Normal

d. Genogram



Keterangan

: Pria
: Wanita
: Tinggal serumah
: Pasien
: Meninggal

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Keluarga mengatakan pasien sudah lama menderita penyakit diabetes militus dan mengalami kelemahan otot sebelah kanan

kurang lebih 7 tahun yang lalu. Namun pasien jarang mengecek gula darah dan mengkonsumsi obat serta tidak pernah menaati pantang yang disarankan. Keluarga mengatakan pasien jarang memeriksa kesehatannya.

2) Riwayat penyakit saat ini.
   a) Keluhan utama : Kelemahan sisi tubuh secara keseluruhan di bagian kanan.
   b) Riwayat keluhan utama :
      Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan otot pada sebelah kanan kurang lebih 7 tahun yang lalu, dengan keluhan sakit kepala disertai tegang pada leher dan berbicara kurang jelas kurang lebih 2 hari yang lalu, kemudian keluarga membawa pasien ke RS Stella Maris. Pasien dirawat di ruangan St.Bernadeth 2.
   c) Riwayat penyakit yang pernah dialami :
      Mempunyai riwayat penyakit Diabetes Militus.
3) Riwayat kesehatan keluarga :
   Ayah pasien mempunyai riwayat penyakit Diabetes Militus.
4) Pemeriksaan fisik
   a) Kebersihan rambut : Tampak lepek, berubun
   b) Kulit kepala : Tampak berminyak
   c) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih, berminyak
   d) Hygene rongga mulut : Tampak kotor
   e) Kebersihan genetalia : Tidak di kaji
   f) Kebersihan anus : Tidak di kaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :
   Keluarga pola makan pasien baik,makan 3xsehari dengan menu nasi,ikan rebus, dan sayur rebus. Pasien kuat minum air kira-kira kurang lebih 8 gelas dalam sehari.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien hanya makan melalui NGT kurang lebih 250 cc bubur cair dan minum air putih kurang lebih 300 cc dan susu 150 cc melalui NGT.

3) Observasi :

Tampak pasien makan bubur cair melalui NGT kurang lebih 250 cc per hari. Tampak pasien minum air putih kurang lebih 300 cc dan susu kurang lebih 150 cc melalui NGT.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak berminyak dan berubun
b) Hidrasi kulit : Kembali dalam 3 detik
c) Palpebral/konjungtiva : Tampak tidak edema/tampak tidak anemis
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak hidung bersih
f) Rongga mulut : Tampak rongga mulut kotor
g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak gigi kotor
i) Gigi palsu : Tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras : Tidak dapat menguyah keras
k) Lidah : Tampak lidah kotor
l) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
o) Abdomen
   (1) Inspeksi : Tampak pasien tidak asites
   (2) Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 12x/menit
   (3) Palpasi : Tampak tidak ada nyeri tekanan
   (4) Perkusi : Thympani

p) Kulit

(1) Edema: ☐ Positif ☑ Negatif

(2) Ikterik: ☐ Positif ☑ Negatif

(3) Tanda-tanda radang : Tidak ada

(4) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien tidak ada kesulitan dalam BAB dan BAK . menggunakan popok.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan BAB dan BAK lancer dan keluarga pasien mengatakan pasien memakai pampers karena pasien tidak mampu berjalan ke kamar mandi.

3) Observasi :

Tampak pasien memakai popok.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 4x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif

d) Mulut uretra : Tampak bersih

e) Anus:

(1) Peradangan : Tidak dikaji

(2) Hemoroid : Tidak dikaji

(3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien adalah seorang ibu rumah tangga.. semejak pasien mengalami kelemahan sisi sebelah kanan kurang lebih 7 tahun lalu, sehari-hari pasien terbaring di tempat tidur.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak mengalami kelemahan sisi sebelah kanan sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya lagi, karena pasien tidak bisa berdiri dan berjalan. Semua aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur.

a) Aktivitas harian

(1) Makan : 4
(2) Mandi : 2
(3) Pakaian : 2
(4) Kerapihan : 2
(5) Buang air besar : 2
(6) Buang air kecil : 2
(7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

0: Mandiri

1: Bantuan dengan alat

2: Bantuan orang

3: Bantuan alat

b) Postur tubuh : Tampak postur tubuh pasien bungkuk

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

(1) Berbaring : 150/80 mmHg

b) HR : 78x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : -

Basah : Tampak lembab

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpilan : tidak ada pembesaran vena jugularis

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Tampak kembali 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi

(a) Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

(b) Retraksi intercostal : Tampak tidak ada

(c) Sianosis : Tampak tidak ada

(d) Stridor : Tampak tidak ada

(2) Palpasi

Vocal premitus :

(3) Perkusi : ☐ Pekak ☑ Sonor

(4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikular

Suara ucapan :Tidak dikaji pasien aphasia

Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak ada pembesaran

(2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba ICS 5 midulavicula sinistra

(3) Perkusi

(a) Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

(b) Batas bawah jantung : ICS 4 linea midclavicularis sinistra

(c) Batas kanan jantung : ICS 5 linea sternalis dextra

(d) Batas kiri jantung : ICS 5 linea axillaris anterior sinistra

(4) Auskultasi

(a) Bunyi jantung II A : Iregular ICS 2 linea sternalis dextra

(b) Bunyi jantung II P : Regular ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra

(c) Bunyi jantung I T : Regular ICS 4 linea sternalis sinistra

(d) Bunyi jantung I M : Regular ICS 5 linea medio clavicularis sinistra

(e) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

(f) Murmur : Tidak ada

(g) Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif

(2) Rentang gerak : Pasien tidak dapat menggerakan kaki dan tangan kanan

(a) Kaku sendi : Tampak pasien mengalami kaku sendi tubuh bagian kanan

(b) Nyeri sendi : Tidak ada

(c) Fraktur : Tidak ada

(d) Parese : Di seluruh badan

(e) Paralisis : Ada disisi tubuh sebelah kanan

(3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	0	5
Kaki	0	5

Keterangan : Hemiparese dextra

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(4) Refleks fisiologis : Biceps (+, +), Triceps (+, +), Patella (+,+)

(5) Refleks patologis

Babinski : Kiri [ ] Positif [✓] Negatif

Kanan [ ] Positif [✓] Negatif

(6) Clubbing jari- jari : Tidak ada

(7) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columma vetebralis

(1) Inspeksi : [ ] Lordosis [ ] Kiposis [ ] Skoliosis

Kelainan bentuk : Tampak tidak ada

(2) Palpasi

Nyeri tekan : Tampak tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan sering tidur siang mulai jam 1 sampai jam 4 sore, dan tidur malam hari jam 8 sampai jam 7 pagi.biasa paling lama tidur jam 10 jika anaknya datang.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga tidak ada gangguan pada saat tidur.

3) Observasi

Tampak pola tidur pasien teratasi dengan baik

Ekspresi wajah mengantuk : [ ] Positif [✓] Negatif

Banyak menguap : [ ] Positif [✓] Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : [ ] Positif [✓] Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien menggunakan kursi roda dan tongkat.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah

3) Observasi

Tampak tidak ada alat bantu

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak jernih

(2) Pupil : Tampak isokor

(3) Lensa mata : Tampak jernih

(4) Tekanan intra okuler (TIO) : Tidak ada peningkatan tekanan intra okuler antara kiri dan kanan sama

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak simetris

(2) Kanalis : Tampak besih

(3) Membran timpani : Tampak utuh dan memantulkan cahaya

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien tampak mengenal dirinya sendiri dengan baik.pasien memiliki peran yang sangat penting dalam rumah.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien merasa terganggu dengan keadaan yang sekarang.

3) Observasi

Tampak pasien di jaga oleh keluarganya.

a) Kontak mata : Kontak mata berkurang
b) Rentang perhatian : Kurang
c) Suara dan cara bicara : Suara tidak jelas dan susah diajak bicara
d) Postur tubuh : Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik
a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Postur tubuh : Perut tampak rata
c) Kulit : Tidak keringat dingin dan lembab

h. Pola persepsi dan hubungan dengan sesama
1) Keadaan sebelum sakit :
Keluarga mengatakan hubungan dengan kelurga dan sesame terjalin dengan baik tidak ada masalah.
2) Keadaan sejak sakit :
Keluarga mengatakan cukup sedih melihat keluarga pasien yang sekarang, keluarga mengatakan hubungan keluarganya dan sesama terjalin dengan baik walaupun pasien sedang sakit.
3) Observasi
Tampak keluarga pasien selalu datang menjenguk

i. Pola reproduksi dan seksual
1) Keadaan sebelum sakit :
Tidak dikaji
2) Keadaan sejak sakit :
Tidak dikaji
3) Observasi
-
4) Pemeriksaan fisik
-

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress
1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah ada masalah dalam keluarga,tetapi pasien sering mengeluh tentang sakit kepala yang dirasakan.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien tidak bisa berbicara, karena mengalami stroke dan hanya berbaring di tempat tidur.

3) Observasi

Tampak pasien merasa tenang

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien rajin ibadah dan berdoa sebelum tidur dan sesudah bangun pagi.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah lupa berdoa.

3) Observasi

Tampak pasien berdoa sebelum tidur.

5. UJI SARAF KRANIAL

1. N I Olfactorius

Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih. Namun, pasien tidak bisa menyebutkan

2. N II Opticus

Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 60 cm

3. N III, IV, VI Oculomoris, Trochlearis, Abduscens

Pasien mampu menggerakkan bola matanya ke seluruh arah. Tampak pupil mengecil saat diberi cahaya, reflex akomodasi baik.

4. N V Trigeminus

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas di pipi sebelah kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.

Motorik : Pasien tidak mampu mengunyah keras

5. N VII Facialis

   Sensorik : Pasien tidak mampu mengecap rasa manis saat diberi gula. Namun tidak dapat mengucapkan karena pasien sulit bicara (aphasia)

   Motorik : Pasien tidak mampu tersenyum namun mampu mengangkat alis, dan mengerutkan dahi karena kesakitan saat di beri tekanan pada jari kuku pasien

6. N VIII Vestibulo- Acusticus

   Vestibularis : Tidak dikaji pasien tidak mampu untuk berdiri

   Askustikus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat pada telinga kiri dan kanan

7. N IX Glossopharyngeus

   Pasien tidak mampu menelan.

8. N X Vagus

   Tampak letak uvula berada di tengah

9. N XI Accessorius

   Pasien tidak mampu mengangkat bahu kanan namun pasien mampu mengangkat bahu kiri.

10. N XII Hypoglossus

    Pasien tidak mampu menjulurkan lidah ke depan dan mendorong lidah ke pipi kiri dan kanan.

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan CT Scan kepala axila tanpa kontras :

Kesan :

- Hematom subcortical lobus parietalis bilateral. DD: SOL
- Infark cerebri bilateral
- Atrofi cerebri

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	14.20	10^3/Ul	4.6 – 10.2
RBC	5.18	10^6/Ul	3.8 – 5.0
HGB	14.1	g/dl	12.0 - 15.5
HCT	43.6	%	37.0 – 47.0
MCV	84.2	Fl	80.0 – 97.0
MCH	27.2	Pg	26.0 – 31.0
MCHC	32.3	g/dl	31.0 – 35.0
PLT	139	10^3/Ul	130.0 – 400.0
RDW-CV	14.2	Fl	11.5 – 14.5
PDW	22.2	Fl	9.0 – 13.0
MPV	12.6	Fl	7.2 – 11.1
P-LCR	45.8	%	15.0 – 25.0
NEUT%	14.9	%	10.0 – 50.0
LYM%	6.9	%	1.0 – 20.0
MXD%	78.2	%	40.0 – 80.0
NEUT#	2.10	10^3/Ul	1.00 – 3.70
LYM#	1.0	10^9/Ul	0 – 1.2
MXD#	11.10	10^3/Ul	1.50 – 7.00

Tes/jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Natrium	147	136 - 145	mmol/L
Kalium	3.7	3.4 – 4.5	mmol/L
Chlorida	105	100 – 108	mmol/L

7. Terapi

Santagesik 5ml/18jam/IV

Zyfort 3ml/24jam/IV

Meropenem 1gr/8jam/IV

Citicoline 500/12jam/IV

Fluconazole 1btl/24jam/IV

Sanmol 1btl/ekstra/drip

Omeperazole 1gr/12 jam/IV

Dexametazone 1gr/ekstra/IV

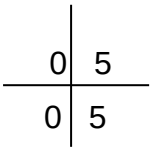
B. ANALISA DATA

Nama/Umur : Ny.”D” / 83 Tahun

Kamar/Unit : 503 Bed 2 / Bernadeth 2

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan otot kurang lebih 7 tahun lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien sakit kepala disertai dengan tegang di leher. DO : - Tampak keadaan pasien somnolens - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak kelemahan di sebelah kanan - GCS : $E_3M_4V_3$ - Hasil CT-Scan : Hematom subcortical lobus parientalis bilateral.DD: SOL Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri.	Sumbatan aliran darah ke otak	Ketidakefektifan perfusi jaringan selebral

	- Observasi TTV TD : 150/80 mmHg N : 78x/menit P : 20x/menit S : 36,1 C		
2	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien bicara kurang jelas kurang lebih 2 hari sebelum di bawah ke rumah sakit DO: - Tampak pasien sulit bicara. - Hasil CT-Scan : Hematom subcortical lobus parientalis bilateral.DD: SOL Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri.	Gangguan bicara	Hambatan komunikasi verbal
3	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengami kelemahan pada tubuh sebelah kanan. - Keluarga mengatakan	Gangguan neuromuskular	Hambatan mobilitas fisik

	aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat. DO : - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak tubuh sebelah kanan mengalami kelemahan - Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Uji kekuatan otot :  - Aktivitas harian : Makan : 1 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapian : 2 BAK:2 BAB: 2 Mobilitas ditempat tidur : 2 - Hasil CT-Scan : Hematom subcortical lobus parientalis		

	bilateral.DD: SOL Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri.		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Ny. “D” / 83 tahun

Kamar / Unit : 503 Bed 2 / Bernadeth 2

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Ketidakefektifan Perfusi Jaringan selebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak
2.	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan bicara
3.	Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuscular

D. Rencana Keperawatan

Nama / umur : Ny.”D” / 83 Tahun

Kamar / unit : 503 Bed 2 / Bernadeth 2

No	Diagnosa Keperawatan	Nursing Auotcomes Classification (NOC)	Nursing Interventions Classification (NIC)
I	Ketidakefektifan perfusi jaringan selebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dengan kriteria hasil, dengan indicator : - Tekanan sistolik dipertahankan pada skala 1 (deviasi berat dari kiasaran normal) ditingkatkan pada skala 2 (deviasi cukup besar dari kiasaran normal). - Kelemahan otot dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan	1. Monitor tanda-tanda Vital 2. Kaji tingkat kesadaran 3. Pantau Tekanan Intra 4. Kranial Tinggian bagian kepala tempat tidur sampai 15-30° bergantung pada kondisi pasien dan program dokter 5. Berikan obat-obatan sesuai intruksi dokter

II	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan bicara	pada skala 3 (sedang). Setalah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan hambatan komunikasi verbal bisa teratasi dengan kriteria hasil, dengan indicator : - Menggunakan bahasa lisan di pertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) di tingkatkan pada skala 3 (cukup terganggu) - Menggunakan foto dan gambar di pertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) di tingkatkan pada skala 4 (sedikit terganggu) - Menggunakan bahasa tertulis di	1. Libatkan keluarga untuk membantu memahami atau memahamkan informasi dari pasien. 2. Dengarkan setiap ucapan pasien dengan penuh perhatian. 3. Gunakan kata-kata yang sederhana dan pendek dalam komunikasi dengan pasien. 4. Intruksikan pasien untk bicara pelan. 5. Kolaborasi bersama keluarga dan ahli/terapis bahasa patologis untuk mengembangkan rencana agar bisa berkomunikasi secara efektif.

		pertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) di tingkatkan pada skala 4 (sedkit terganggu)	
III	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik bisa teratasi dengan kriteria hasil,dengan indicator : - Gerakan sendi dipertahankan pada skala 1 (sangat terganggu) ditingkatkan pada skala 2 (banyak terganggu). - Bergerak dengan mudah dipertahankan pada skala 2 (sangat terganggu) ditingkatkan pada skala 3 (cukup terganggu).	1. Pertimbangkan usia pasien ketika meningkatkan aktivitas perawatan diri. 2. Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri. 3. Dorong pasien untuk melakukan aktivitas normal sehari-hari sampai batas kemampuan pasien. 4. Dorong kemandirian pasien, tapi bantu ketika pasien tak mampu melakukannya. 5. Ajarkan keluarga untuk mendukung

			kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan perawatan diri.

E. Implementasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny “D” / 83 Tahun

Kamar/Unit : 503 bed 2 / Bernadeth 2

Hari/Tgl	Jam	No.Dx	Implementasi	Perawat
Kamis 05/03/2020	15:12	I	Mengkaji tingkat kesadaran pasien H/ : - Tampak KU pasien lemah - GCS : $E_{3,} M_{4,} V_3$ (somnolens)	Maria
	16:00	I	Memonitor tanda-tanda vital H/ : - TD : 150/80mmHg - N : 78x/menit - P : 20x/menit - S : 36,1°c	Maria
	19:00	II	Melatih pasien berbicara pelan secara mandiri dengan terapi A, I, U, E, O H/: - tampak pasien belum mampu di ajak berlatih	Susan
	19:38	III	Mengubah posisi tiap 2 jam sekali H/ : Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kiri Meninggikan posisi kepala 15-30 derajat H/: Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler	Maria, Susan

	20:00	I,II,III	Penatalaksanaan pemberian obat H/: Tampak pasien sudah menerima obat - Santagesik 5 ml/IV - Zyfort 3 ml/IV - Omeprazole 60 mg/IV - Meropenem 2 g/IV - Citicoline 500 mg/IV - Fluconazole 400mg/IV	Susan
	21:00	I	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD : 150/100mmHg - N : 98x/menit - P : 20x/menit - S : 37°C	Meri
	23:55	III	Mengubah posisi tiap 2 jam sekali H/ : Tampak psien berbaring dengan posisi miring kanan	Meri Yuliana
	01:00	I	Penatalaksanaan pemberian obat H/: Tampak pasien sudah menerima obat - S = 38°C - Sanmol 1btl /drip	Meri
Jumat, 06/03/2020	07:05	II	Melatih pasien dalam berbicara pelan secara mandiri di mulai dengan terapi A, I, U, E, O H/: tampak pasien belum mampu untuk belajar terapi A, I, U, E, O, pasien hanya menganggukan dan	Susan

			menggelengkan kepala.	
	07:16	III	Membantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : Personal hygine H/: - Tampak pasien dimandikan, digantikan pakaian dan popok - Tampak pasien dilakukan oral hygine	Masti, Maria
	07:40	III	Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas H/: - Tampak pasien tidak mampu melakukan aktivitas pasien	Maria
	09:30	I	Memonitor TTV H/: - TD=150/80mmHg - N = 83x/menit - S = 37,3°c - P = 20x/menit - keluarga mengatakan pasien tidak sakit kepala lagi - Tampak pasien tidak mengeluh sakit kepala lagi	Maria
	10:00	III	Mengubah posisi tiap 2 jam	

			sekali H/ : Tampak psien berbaring dengan posisi miring kanaN Meninggikan posisi kepala 15-30° H/ : Tampak pasien berbaring ditempat tidur dengan posisi semi fowler	Maria Masti
	12:00	II	Melatih pasien dalam berbicara pelan secara mandiri di mulai dengan terapi A, I, U, E, O H/: tampak pasien belum mampu untuk belajar terapi A, I, U, E, O, pasien hanya menganggukan dan menggelengkan kepala.	Maria
	12:05	III	Penatalaksanaan pemberian obat H/: Omeprazole 60 mg/IV Meropenem 2 g/IV Citicoline 500 mg/IV	Merlin
	12:10	III	Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien H/: - Tampak semua	Maria

			kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat	
	12:42	III	Mengkaji kekuatan otot H/: Kanan Kiri Tangan 0 5 0 5 Kaki - Tampak pasien mengalami kelemahan badan bagian kanan	Masti Maria
	13:10	III	Memberikan pasien latihan ROM pasif : Siku-Sendi Engsel : • Fleksi : Gerakan setiap lengan bawah ke arah depan dan ke atas sehingga tangan berada di bahu Lutut-Sendi Engsel : • Fleksi : Tekuk setiap	Meri, Maria

			tungkai, gerakan tumit ke bagian belakang paha. H/: - Tampak tangan dan kaki kanan pasien sulit digerakkan	
	14:03	III	Mengajarkan kepada keluarga pasien untuk memberikan ROM aktif dan pasif kepada pasien H/: Tampak keluarga pasien mengerti dengan apa yang telah dijelaskan perawat	Yuliana
	16:00	I	Mengobservasi TTV H/: - TD = 140/90mmHg - N = 94x/menit - S = 36,3°c - P = 20x/menit	Susan
	19:00	II	Melatih pasien dalam berbicara pelan secara mandiri di mulai dengan terapi A, I, U, E, O H/: - tampak pasien belum mampu untuk belajar terapi A, I, U, E, O, pasien hanya menganggukan dan menggelengkan kepala.	Meri

	20:00	III	Mengubah posisi tiap 2 jam sekali H/ : Tampak psien berbaring dengan posisi miring kanan	Dianingsih, Meri
		I	Meninggikan posisi kepala 15-30 derajat H/: Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler	Meri, Dianingsih
	22:00	III	Mengkaji keadaan umum pasien H/: : - Tampak KU pasien lemah - GCS : E_3, M_4, V_3 (somnolens) - Tampak badan sebelah kanan tidak dapat digerakan	Yulianti
	23:00	I,III	Mengubah posisi tiap 2 jam sekali H/ : Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Yuliana Maria

		I,II,III	Penatalaksanaan pembarian obat H/: Tampak pasien sudah menerima obat - Zyfort 3 ml/V - Omeprazole 60 mg/IV - Meropenem 2 g/IV - Citicoline 500 mg/IV - Fluconazole 400 mg/IV - Dexametazone 10 mg/IV	Yuliana Maria
Sabtu, 07/03/2020	05:30	III	Mengkaji keadaan umum pasien H/: : - Tampak KU pasien lemah - GCS : $E_3M_4V_3$ (somnolens) - Tampak badan sebelah kanan tidak dapat digerakan	Susan, Maria
	08:00	III	Mengajarkan kepada keluarga pasien untuk memberikan ROM aktif dan pasif kepada pasien H/: Tampak keluarga pasien	Masti susan

			mengerti dengan apa yang telah dijelaskan perawat	
	09:30	I,III	Mengobservasi TTV H/: - TD = 140/90mmHg - N = 94x/menit - S = 36,3°c - P = 20x/menit	Meri
	10:00	I	Penatalaksanaan pemberian obat H/: Tampak pasien sudah menerima obat - Santagesik 5 ml/IV - Zyfort 3 ml/IV - Omeprazole 60 mg/IV - Meropenem 2 g/IV - Citicoline 500 mg/IV - Fluconazolel 400 mg/IV	Maria
	10:30	II I	Melatih pasien dalam berbicara pelan secara mandiri di mulai dengan terapi A, I, U, E, O H/: - tampak pasien belum mampu untuk belajar terapi A, I, U, E, O, pasien hanya menganggukan dan menggelengkan kepala.	Meri

	12.30	III	Mengubah posisi tiap 2 jam sekali H/ : Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan	Maria Meri

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur: Ny.”D” / 83 Tahun

Kamar / Unit : 503 Bed 2 / Bernadeth 2

TANGGAL	EVALUASI SOAP	NAMA PERAWAT
05 Maret 2020	DP I : Ketidakefektifan perfusi jaringan selebral b/d sumbatan aliran darah ke otak S : - Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan otot kurang lebih 7 tahun lalu. - Keluarga mengatakan pasien sakit kepala disertai dengan tegang di leher. O : - Tampak keadaan pasien somnolen - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak kelemahan di sebelah kanan - GCS : E_3 M_4 V_3 - Hasil CT-Scan : Hematom subcortical lobus parientalis bilateral.DD: SOL	Maria Jessica dan Mariana Meisela

	Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri. - Observasi TTV TD=150/80 mmHg N : 78x/menit P : 20x/menit S : 36,1^{0}C A : Ketidaefektifan perfusi jaringan selebral belum teratasi P : - Lanjut intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Kaji tingkat kesadaran - Pantau Tekanan Intra Kranial - Tinggian bagian kepala tempat tidur sampai 15-30°bergantung pada kondisi pasien dan program dokter - Berikan obat-obatan sesuai intruksi dokter DP II : Hambatam komunikasi verbal b/d gangguan bicara S : Keluarga mengatakan pasien kesulitan bicara O: - Tampak pasien belum mampu di ajak berlatih - Hasil CT-Scan :	Maria Jessica dan Mariana Meisela

	Hematom subcortical lobus parientalis bilateral.DD: SOL Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri. A : Hambatan komunikasi verbal belum teratasi P : Lanjut intervensi DP III : Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular S : - Keluarga mengatakan pasien mengami kelemahan pada tubuh sebelah kiri. - Keluarga mengatakan aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat O : - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan - Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Uji kekuatan otot :	Maria Jessica dan Mariana Meisela

06 Maret 2020	5 0 5 0 - Hasil CT-Scan : Hematom subcortical lobus parientalis bilateral.DD: SOL Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri A : Hambatan mobiitas fisik belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi - Kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas - Bantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personal hygiene - Ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali - Lakukan dan dukung pasien dalam latihan ROM pasif dan aktif - Libatkan dan ajarkan keluarga ROM pasif - Kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam mengembangkan dan menerapkan latihan program. DP I : Ketidakefektifan perfusi jaringan selebral b/d sumbatan aliran darah ke otak	Maria Jessica dan Mariana Meisela

	S : Keluarga pasien mengatakan pasien masih merasakan sakit kepala disertai tegang di leher O : - Tampak keadaan pasien somnolen - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak kelemahan di sebelah kanan - GCS : E_3 M_4 V_3 - Hasil CT-Scan : Hematom subcortical lobus parientalis bilateral.DD: SOL Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri. - Observasi TTV TD : 150/80 mmHg N : 78x/menit P : 20x/menit S : 36,1^{0}C A : Ketidakefektifan perfusi jaringan selebral belum teratasi	

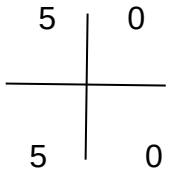
	P : - Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Kaji tingkat kesadaran - Pantau Tekanan Intra Kranial - Tinggian bagian kepala tempat tidur sampai 15-30°bergantung pada kondisi pasien dan program dokter - Berikan obat-obatan sesuai intruksi dokter DP II : hambatan komunikasi verba b/d gangguan bicara S : Keluarga mengatakan pasien masih kesulitan bicara O : - Tampak pasien belum mampu untuk belajar terapi A, I, U, E, O, pasien hanya menganggukan dan menggelengkan kepala - Hasil CT-Scan : Hematom subcortical lobus parientalis bilateral.DD: SOL Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri. A : Hambatan komunikasi verbal belum teratasi	Maria Jessica dan Mariana Meisela

	P : - Lanjutkan intervensi DP III : Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular S : - Keluarga mengatakan pasien masih merasakan kelamahan di tubuh sebelah kanan - Keluarga mengatakan aktivitas masih di bantu oleh keluarga dan perawat O : - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak tubuh sebelah kiri mengalami kelemahan - Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Uji kekuatan otot : 5 0 5 0 - Hasil CT-Scan : Hematom subcortical lobus parientalis bilateral.DD: SOL	

07 Maret 2020	Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri. A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi - Kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas - Bantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personal hygiene - Ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali - Lakukan dan dukung pasien dalam latihan ROM pasif dan aktif - Libatkan dan ajarkan keluarga ROM pasif - Kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam mengembangkan dan menerapkan latihan program DP I : Ketidakefektifan perfusi jaringan selebral b/d sumbatan aliran darah ke otak S : - Keluarga mengatakan pasien sudah merasa sakit kepala berkurang	

	O : - Tampak keadaan pasien somnolen - Tampak keadaan umum pasien masih lemah - Tampak kelemahan di sebelah kanan - GCS : E_3 M_4 V_3 - Hasil CT-Scan : Hematom subcortical lobus parientalis bilateral.DD: SOL Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri. - Observasi TTV TD : 150/80 mmHg N : 78x/menit P : 20x/menit S : 36,1^{0}C A : ketidakefektifan perfusi jaringan selebral belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital	

	- Kaji tingkat kesadaran - Pantau Tekanan Intra Kranial - Tinggian bagian kepala tempat tidur sampai 15-30^0 bergantung pada kondisi pasien dan program dokter - Berikan obat-obatan sesuai intruksi dokter DP II : Hambatan komunikasi verbal b/d gangguan bicara S : Keluarga megatakan pasien masih sulit bicara O : - tampak pasien masih sulit bicara - Hasil CT-Scan : Hematom subcortical lobus parientalis bilateral.DD: SOL Infrak cerebri bilateral Atrofi cerebri. A : Hambatan komunikasi verbal belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi DP III : Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular	

	S : - Keluarga pasien mengatakan pasien masih merasakan kelamahan di tubuh sebelah kanan - Keluarga pasien mengatakan aktivitas masih di bantu oleh keluarga dan perawat O : - Tampak keadaan pasien somnolen - Tampak keadaan umum pasien masih lemah - Uji kekuatan otot :  A : hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi - Kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas - Bantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personal hygiene - Ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali - Lakukan dan dukung pasien dalam latihan ROM pasif dan aktif	

	- Libatkan dan ajarkan keluarga ROM pasif - Kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam mengembangkan dan menerapkan latihan program	

G. Daftar nama obat yang diberikan pada pasien

1. Nama Obat : Santagesik
    a. Klasifikasi : obat antinyeri
    b. Dosis umum : 2-5 ml
    c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1amp / 18 jam
    d. Cara pemberian obat : injeksi / IV
    e. Mekanisme kerja obat :
    f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien mengalami sakit kepala
    g. Kontraindikasi : pasien mengalami cedera kepala, alkoholisme akut, serangan asma akut
    h. Efek samping : kekakuan otot, mual muntah, tidak bisa istirahat
2. Nama Obat : Sanmol
    a. Klasifikasi : penurun demam
    b. Dosis umum : 10 mL
    c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1btl/24 jam
    d. Cara pemberian obat : infus / IV
    e. Mekanisme kerja obat :
    f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien mengalami demam
    g. Kontraindikasi : pasien riwayat hipersensitif / alergi obat paracetamol
    h. Efek samping : kehilangan napsu makan, merasa mual, nyeri perut
3. Nama Obat : Meropenem
    a. Klasifikasi : antibiotik
    b. Dosis umum : 500 mg
    c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1gram/8jam
    d. Cara pemberian obat : injeksi/IV
    e. Mekanisme kerja obat :

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
g. Kontraindikasi : pasien dengan hipersensitivitas terhadap meropenem
h. Efek samping : konstipasi atau sembelit, sesak napas, diare, mual

4. Nama Obat : Fluconazole
   a. Klasifikasi : anti jamur
   b. Dosis umum : 50-400 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :1btl /24 jam
   d. Cara pemberian obat : infus/IV
   e. Mekanisme cara kerja : menghambat cytochrome p450, merintang sintesa ergosferol, menghentikan pertumbuhan dari beberapa sel
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
   g. Kontraindikasi : pasien dengan hipersentivitas terhadap fluconazole atau komponen azol
   h. Efek samping : mual, nyerti, perut atas, gatal, tidak napsu makan

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

6. Citicoline
   a. Klasifikasi : Neurotonik
   b. Dosis umum : 250mg/12jam
   c. Dosis bersangkutan : 250mg/12jam
   d. Cara pemberian obat : Injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Mengatasi kerusakan pada jaringan otak akibat penyakit atau trauma
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Karena pasien mengalami kerusakan fungsi otak
   g. Kontraindikasi : Penderita yang hipertensiv pada citicoline dan komponen obat ini
   h. Efek samping : Insomia, sakit kepala, tekanan darah tinggi dan rendah, penglihatan terganggu, sakit pada bagian dada
7. Omeprazole
   a. Klasifikasi : Proton pump inhibitors
   b. Dosis umum : 20mg
   c. Dosis bersangkutan : 1flc/12jam
   d. Cara pemberian obat : Injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Mengurangi kadar asam lambung
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan kepada pasien untk meringankan gejala heartburn yang ditimbulkan oleh penyakit asam lambung atau tukak lambung
   g. Kontraindikasi : Rendahnya kadar kalium dalam darah
   h. Efek samping : Gangguan pencernaan, pusing, dan sesak nafas

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini, Penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang di peroleh dari hasil perawatan yang di lakukan selam 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Ny.”D” dengan *Non Hemoragic Stroke* di ruangan perawatan Bernadeth 2 RS Stella Maris Makassar.

A. Pengkajian

Pengkajian ini merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu hasil CT-Scan kepala. Dari pengkajian yang dilakukan pada tanggal 01 Maret 2020 dengan diagnosa medik Febris+Hipertensi. Saat pengkajian dilakukan pada tangga 05 Maret 2020 pada pasien Ny.”D” umur 83 tahun dengan diagnisa *Non Hemoragic Stroke* ditemukan keluhan kelemahan pada bagian tubuh sebelah kanan dan susah bicara. Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahaan bagian kanan, keluarga mengatakan pasien merasakan sakit kepala, keluarga mengatakan pasien pernah mengalami penyakit yang sama yaitu 7 tahun yang lalu. Pasien memiliki riwayat Diabetes Militus 10 tahun yang lalu. Tampak GCS $E_3M_4V_3$ (somnolen). Keluarga mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Dilakukan pemeriksaan Diagnostik CT-Scan pada tanggal 3 Maret 2020 diperoleh hasil Hematom subcortical lobus parientalis bilateral. DD: SOL, infark cerebri bilateral, atrofi cerebri. Pemeriksaan laboratorium WBC H 14.20 10^3/uL, RBC H 5.18 10^6/uL, HGB 14.1 g/dl, HCT 43.6 %, PDW H 12.6 fL, LYMPH 14.9 %, MXD 6.9 %, NEUT# H 11.10 10^3/uL, LYMPH# 2.10 10^3/uL. Hasil observasi tanda-tanda vital Tekanan darah : 150/80 mmHg,

frekuensi nadi : 78x/menit, frekuensi pernapasan : 20x/menit, frekuensi suhu : 36,1^{0}C.

Tanda dan gejala pada teori tidak semua di dapatkan pada pasien seperti pandangan kabur. Salah satu tanda dan gejala Ny.”D” yaitu kelemahan di salah satu tubuh yaitu bagian kanan (*Hemiparese Dextra*). *Hemiparese dextra* terjadi karena adanya kerusakan sel-sel otak yang menyebabkan gangguan fungsi motorik. Pada pasien terjadi pada otak kiri. Sesuai dengan pengaturan fungsi motorik oleh otak bahwa hemisfer kiri bertanggung jawab terhadap pengaturan motorik tubuh sebelah kanan. Adanya kerusakan pada hemisfer kiri dapat menyebabkan pasien tidak adapat melakukan aktivitas. Pada saat pengkajian ditemukan juga gejala aphasia pada kasus ini, karena adanya gangguan pada nervus 7 (fasialis) dan nervus 12 (hipoglossus). Hal ini terjadi karena adanya kerusakan pada otak yang berfungsi mengatur motorik untuk bicara. Sehingga pada saat pengkajian didapatkan kemampuan verbal tidak dapat dikaji.

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko yang dapat mengakibatkan stroke antara lain : yang tidak dapat diubah (predisposisi), yaitu usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, sedangkan yang dapat diubah (presipitasi), yaitu hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus dan merokok.

Pada kasus, faktor yang dapat menyebabkan Ny.”D” mengalami stroke yaitu pada faktor presipitasi yaitu Hipertensi dan predisposisi Usia. Dimana usia Ny.”D” yaitu 83 tahun dan Hipertensi yang sudah dialami ± 40 tahun yang lalu mengakibatkan kelenturan dinding pembuluh darah karena sumbatan atheroklerosis pada pembuluh darah maka dapat mengakibatkan jaringan otak kekurangan oksigen dan mengakibatkan otak mengalami kerusakan dan mengakibatkan stroke.

B. Diagnosa Keperawatan

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

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan selebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum berat, tekanan darah awal pasien masuk 180/100mmHg, dimana sumbatan aliran darah ke otak ini dapat menyebabkan stroke, akibat aliran darah dimana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak akan berkurang. Berkurangnya aliran darah ke otak, maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati.
2. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan bicara . Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada pasien di dapatkan tanda dan gejala pasien tidak mampu berbicara.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada pasien didapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, pasien sulit menggerakkan ekstermitas kanan, dan segala aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat.

C. Intervensi Keperawatan

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

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan selebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 2 intervensi yaitu : Monitor TTV, menganjurkan keluarga untuk pasien menghindari makanan biji-bijian,sayur berdaun hijau yang tinggi serat.
2. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan bicara. Pada diagnosa ini penulis membuat 1 intervensi yaitu : membantu pasien dalam berbicara secara pelan.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Pada diagnosa ini penulis membuat 5 intervensi yaitu : kaji kemampuan dalam melakukan aktivitas, bantu pasien dalam perawatan diri : BAB, personal hygiene, ubah posisi minimal 2 jam sekali, lakukan dan dukung pasien dalam melakukan ROM pasif dan menaikan kepala setinggi 15-30°.

D. Implementasi Keperawatan

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

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 05-07 Maret 2020 pada pasien Ny.”D” merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x14 jam :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak. Sampai pada hari ketiga

perawatan belum dapat teratasi, karena tekanan darah pasien belum stabil.

2. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan bicara. Sampai pada hari ketiga perawatan belum teratasi, karena pasien masih sulit untuk berbicara.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Sampai pada hari ketiga perawatan belum teratasi, dimana pasien masih mengalami kekakuan pada tubuh bagian kanan dan aktivitas pasien masih dibantu.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Ny.”D” dengan *Non Hemoragic Stroke (NHS)* di ruangan Bernadeth 2 di RS Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : Dari hasil yang di dapatkan pada Ny.”D” faktor terjadinya stroke yaitu keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat Hipertensi dan stroke sebelumnya, observasi TTV keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran solmolens (GCS: $E_3M_4V_3$), tekanan darah : 150/80mmHg, frekuensi nadi : 78x/menit, frekuensi suhu : 36,1°C, frekuensi pernapasan : 20x/menit.
2. Diagnosa Keperawatan : Diagnosa *Non Hemoragic Stroke* yang ditemukan pada Ny.”D” yaitu : Ketidakefektifan perfusi jaringan selebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan bicara, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
3. Intervensi Keperawatan : Dari rencana keperawatan yang penulis susunkan, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis : meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, tindakan kolaborasi dan penyuluhan. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan dan sarana yang ada di Rumah Sakit.

4. Implementasi : Setelah perawatan tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua bisa terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi Keperawatan : Dari hasil evaluasi tidak ada diagnosa yang teratasi, karena perawatan pasien stroke membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat setempat.
6. Dokumentasi : Telah dilakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada Ny.”D” dengan *Non Hemoragic Stroke* dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi selama 3 hari dengan kerjasama yang kerjasama yang baik oleh bantuan rekan dan perawat.

B. Saran

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

1. Bagi Pasien atau Keluarga

   Untuk mencegah terjadinya stroke yang berulang dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat, bugar dan menjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, batasi konsumsi makanan yang asin dan daging merah. Disarankan kepada keluarga untuk bekerjasama dengan ahli fisioteapi dalam memberikan latihan fisik, menilai rentang sendi dan menganjurkan kepada keluarga agar membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pasien.
2. Bagi Institusi Rumah Sakit

   Pihak RS diharapkan selalu memperhatikan mutu pelayanan dalam merawat komtinyu melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di RS, sehingga

waktu pulang kerumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didaptkam pada pemyuluhan di RS.

3. Bagi Perawat
   a. Hendaknya tetap mempertahankan den meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat dan perawat itu sendiri.
   b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subyektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat dan merasa tidak terabaikan.
4. Bagi Mahasiswa(i)

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

DAFTAR PUSTAKA

Agustinus, Andi Santoso. (2011). Pemeriksaan Fisik, *Pysical Assement.* Jakarta. Sekolah tinggi Ilmu Keperawatan St. Carolus.

Ariani, T. A.(2013). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta :nSalemba Medika.

Arum, P. S. (2015). *STROKE, kenali, cegah & Obati*. Yogyakarta : Notebook.

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

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

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

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

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

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

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

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Ri tahun 2018.* Diaskes 4 Maret 2020 dari http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf

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

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

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

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

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

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

Word Health Organizatiom, *The Top 10 Causes Of Death.* Diaskes 4 Maret 2020 dari https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Maria Jessica Larope (E1714401025)

Mariana Meisela Konawu Katit (E1714401027)

Kelas : III / DIII Keperawatan

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

NO	Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.	6 Maret 2020	Konsul Hasil Pengkajian	Data pengkajian ditambah dan membuat data fokus	
2.	10 Maret 2020	Konsul Bab 1 dan Bab 2	Perbaiki data dan pengetikan huruf menggunakan arial font 12	
3.	13 Maret 2020	Konsul Hasil Pengkajian	Membuat data fokus	
4.	24 April 2020	Konsul bab 1 dan Bab 2	Perbaiki dan menambahkan data bab 1 dan bab 2	
5.	24 April 2020	Konsul Bab 1	Perbaiki bab 1	
6.	24 Mei 2020	Konsul Hasil Pengkajian	Pengkajian sampai dengan evaluasi	
7	29 Mei 2020	Konsul Hasil Pengkajian	Pengkajian sampai dengan evaluasi	
8	11 Juni	Konsul Hasil Pengkajian	Pengkajian sampai dengan evaluasi	