KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "S" DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

MEYSKE ALVIONITA MENGGASA

E1714401032

MILDA

E1714401033

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR

2020

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "S" DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Meyske Alvionita Menggasa
NIM : E1714401032

Nama Mahasiswa : Milda
NIM : E1714401033

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Serlina 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

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

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

Hari/Tanggal : Rabu,17 Juni 2020

Pukul : 09.20 - 10.00

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Pricilia M. Tore, S.Kep., Ns ( )
2. Mery Sambo, Ns., M.Kep ( )

Moderator :

1. Serlina Sandi, Ns., M.Kep

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIND. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Meyske Alvionita Menggasa
Tempat/Tanggal Lahir	: Ujung Pandang, 20 Mei 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Protestan
Alamat	: Jl. Bilawaiyah IV No. 25, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Djoni Menggasa/Alfina
Agama	: Protestan
Pekerjaan	: Purn. POLRI/PNS
Alamat	: Jl. Bilawaiyah IV No. 25, Makassar

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Katolik Santa Maria Makassar	: 2004 - 2005
SD Katolik Mamajang I Makassar	: 2005 - 2011
SMP Frater Thamrin Makassar	: 2011 - 2014
SMK Keperawatan Pratidina Makassar	: 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2017 - 2020

I. Identitas Pribadi

Nama	: Milda
Tempat/Tanggal Lahir	: Pulau Balu, 15 Juli 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Jl. Maipa Lr.35

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: H. Jamil/Hj. Dahang
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Wiraswasta/IRT
Alamat	: Jl. Al-Iklas

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 4 Tikep	: 2005 - 2011
SMPN 2 Tikep	: 2011 - 2014
SMKs Kesehatan Karya Persada Raha	: 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 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 Pada Ny. "S" Dengan *Non Hemoragic Stroke* (*Nhs)* Di Ruang Perawatan Icu-Iccu Rumah Sakit Stella Maris Makassar ".

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

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

1. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes. Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan serta telah membimbing, mendidik, dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. 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. Mery Solon,S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku Ketua program studi DIII Keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
4. Serlina Sandi,Ns.,M.kep. Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Sr.Dr. Teorocci Luisa Nunuhitu, S.JMJ, M.Kes. Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris beserta staf yang telah memberikan

kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.

6. Kepala bagian, klinik institusi (CI) dan para pegawai di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengukuti pendidikan.
8. Ny.”S” dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam pelaksaan Askep hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Teristimewa kepada orangtua Meyske bpk. Djoni Menggasa & Ibu Alfina, orang tua Milda bpk. H. Jamil & Ibu Hj. Dahang, serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar dan penyusunan KTI ini dapat terselesaikan.
10. Buat teman teman mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Program DIII Keperawatan angkatan 2017 -2020, khususnya teman seperjuangan di ruang perawatan ICU-ICCU yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan “tidak ada gading yang tak retak”, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, Juni 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 1

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

BAB II TINJAUAN TEORITIS 6

A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Klasifikasi 13
4. Etiologi 13
5. Patofisiologi 16
6. Manifestasi Klinis 17
7. Pemeriksaan Diagnostik 19
8. Penatalaksanaan Medis 20
9. Komplikasi 20

B. Konsep Dasar Keperawatan 21
1. Pengkajian 21
2. Diagnosa Keperawatan 23
3. Intervensi Keperawatan 23
4. Discharge Planning 26
C. Patoflowdiagram 27
BAB III TINJAUAN KASUS 30
A. Pengkajian 31
B. Analisa Data 52
C. Diagnosa Keperawatan 55
D. Rencana Keperawatan 56
E. Implementasi Keperawatan 59
F. Evaluasi Keperawatan 67
G. Daftar Obat 75
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 79
A. Pengkajian 79
B. Diagnosa Keperawatan 80
C. Intervensi Keperawatan 81
D. Implementasi Keperawatan 82
E. Evaluasi Keperawatan 82
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 84
A. Kesimpulan 84
B. Saran 85
DAFTAR PUSTAKA 87

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Darah Rutin 49

Table 3.2 Pemeriksaan Ureum Creatinin 49

Table 3.3 Analisa Data 52

Table 3.4 Diagnosa Keperawatan..... 55

Table 3.5 Intervensi Keperawatan 56

Table 3.6 Implementasi Keperawatan..... 59

Table 3.7 Evaluasi Keperawatan 67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi dan Peredaran Darah Otak 7

Gambar 2.2 Patoflodiagram 27

Gambar 2.3 Genogram 33

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban manusia sudah semakin berkembang pesat disegala bidang kehidupan. Ilmu pengetahuan dan teknologi dewasa ini menjadi bagian yang 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. (Basri, Hasan 2015).

Selain itu, hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI tahun 2018 menunjukan, prevalensi stroke berdasarkan diagnosis pada penduduk berusia lebih dari 15 tahun adalah 10,85%.

Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2016 menunjukkan stroke menempati peringkat kedua sebagai penyakit tidak menular penyebab kematian. Stroke juga menjadi peringkat ketiga penyebab utama kecacatan di seluruh dunia.

Dijelaskan dokter spesialis saraf (Neurologist), berdasarkan riset Indonesian Stroke Registry yang dilakukan di 18 rumah sakit menunjukkan dari 5.411 pasien stroke, 67% adalah stroke iskemik dan 33% adalah stroke hemoragik.

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. Sedangkan pada tahun 2019 berjumlah 106 orang dengan jumlah angka kecacatan 91 orang dan 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 yang berdampak pada menurunnya tingkat produktivitas serta dapat menyebabkan terganggunya social ekonomi keluarga.

Berdasarkan uraian di atas maka penyakit stroke merupakan kasus yang perlu mendapat perhatian khusus karena angka kecacatan, angka kematian serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan cukup tinggi. Dalam mengatasi permasalahan yang timbul pada pasien stroke, peran perawat sangat penting. Sebagai perawat, perawat berperan dalam mengupayakan edukasi-edukasi terutama bagaimana memberdayakan intervensi-intervensi produktivitas pada pasien stroke dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional 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 Keperawatan dengan judul "*Non Hemoragic Stroke*" di ruang ICU-ICCU, 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

   Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *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 *Non Hemoragic Stroke*.
   e. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke.*

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan yaitu :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Pihak RS diharapkan selalu memperhatikan mutu pelayanan dalam merawat dan melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di RS, sehingga waktu pulang ke rumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di RS

2. Bagi Instansi Pendidikan

   Sebagai bahan acuhan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

3. Pasien/Keluarga

   Pasien dapat memperoleh 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 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 system matika penulisan. BAB II Tinjauan Teoritis, diuraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medik yang meliputi defenisi, anatomi fisiologi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi, dan pencegahan. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan patoflodiagram. BAB III pengamatan kasus, menguraikan tentang pengkajian, analisa data, diagnose 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).

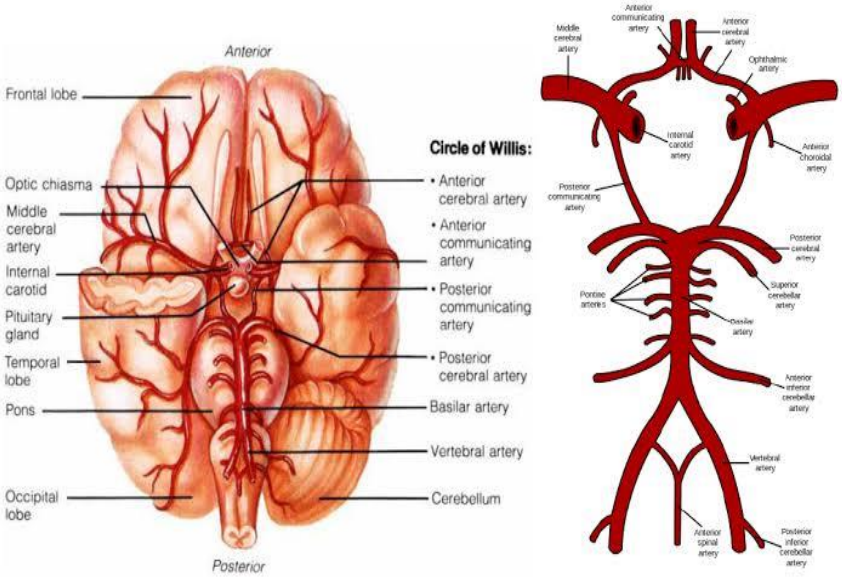
Stroke adalah kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, biasanya merupakan akumulasi penyakit cerebro vaskuler selama beberapa tahun yang timbulnya sencara mendadak, progresif cepat serta berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung sampai 24 jam 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 aktivitas fungsional pada oran 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 menyebabkan kecacatan atau kematian.

2. Anatomi Fisiologi
   a. Anatomi



Gambar 2.1

   b. Fisiologi
      1) Sistem Saraf Pusat

         Otak adalah struktur pusat pengaturan yang memiliki volume sekitar 1.350 cc 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 dien sefalon yaitu vasoktriktor, respiratori, mengontrol kegiatan reflex, dan membantu kerja jantung.

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

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

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

c) Otak kecil

Serebellum atau otak kecil terletak pada bagian bawah dan belakang terngkorak 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

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

2) Sistem saraf tepi/ perifer

a) Saraf somatik

Saraf somatic terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medulla spinalis dan bersiap secara langsung pada sel otak rangka. Neuron motorik 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 dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada impuls 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, impuls dan serabut-serabut parasimpatik (kolenergik) yang menonjol.

3) Sistem peredaran darah otak

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

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

a) Arteri karotis interna

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dan aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis eksterna memperdarahi wajah, tiroid, lidah, dan faring. Arteri karotis interna sedikit berdilatasi tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotikus, dimana terdapat ujung-ujung saraf

khusus yang berespons terhadap perubahan tekanan darah arteri, yang secara refles mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis interna tebagi menjadi dua yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata, dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat 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 dominasi bahasa.

b) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini becabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang dari system vetebrobasilaris memperdarahi medulla oblongata, pons, serebelum, otak tengah 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 pembekuan darah bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah yang dikenal dengan thrombus yang kedua adalah akibat tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari thrombus di jantung.

b. Stroke hemoragic atau perdarahan

Stroke hemoragik merupakan perdarahan serebri. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bias 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 berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh, termasuk otak.

2) Jenis kelamin

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

3) Riwayat keluarga

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

b) Faktor presipitasi

1) Hipertensi

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

2) Penyakit jantung

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

3) Diabetes melitus

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

4) Obesitas

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

5) Merokok

Orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang 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 thrombosis stroke yaitu :

a) Aterosklerosis

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

b) Hiperkoagulasi

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

2) Embolisme Serebral

Merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara yang berasal dari 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 ke setiap bagian otak terhambat karena thrombus, emboli dan thromboemboli. Thrombus disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pada pembuluh darah otak karena thrombus yang makin lama makin menebal sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah ini dapat menyebabkan iskemia. Tromboemboli *(artery to artery embolus),* terjadi akibat lepasnya plak aterotrombolik yang disebut sebagai emboli, yaitu akan menyumbat arteri di sebelah 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 mecapai 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 perluasa yang mengalami infark karena perdarahan yang luas akan lebih sering menyebabkan herniasi otak.

Kematian dapat disebabkan 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 perenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan teanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya

tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area 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 dengan atau tanpa pengobatan. Hal ini disebut *Transient Ischemic Attack* (TIA). Serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, memperberat atau malah menetap.
   b. Sementara, namun lebih dari 24 jam. Gejala timbul lebih dari 24 jam dan ini disebut *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (*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 volunteer* pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan pada otak.
         1) Hemiplegia (paralisis pada satu sisi) karena lesi pada otak yang berlawanan.
         2) Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh).
         3) Hilangnya atau menurun refleks tendon.

c) Kehilangan komunikasi

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

1) Disartia (kesulitan bicara)

Disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.

2) Disfagia/afasia (kehilangan bicara), terutama pada ekspresif atau represif (bibir miring)

3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

d) Gangguan persepsi

Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensori, stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual (penglihatan kabur), kehilangan sensori.

e) Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

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

f) Disfungsi kandung kemih

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

7. Pemeriksaan Diagnostik

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

a. Angiografi serebri

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

b. Lumbal fungsi

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

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 anteriovena (masalah sistem karotis)

f. EEG

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

g. Pemeriksaan darah rutin dan kimia darah.

8. Penatalaksanaan Medis

   Kematian dan deteriosaso neuorologis minggu pertama stroke iskemia terjadi karena adanya edema otak. Edema otak timbul dalam beberapa jam setelah stroke iskemik dan mencapai puncaknya 24-96 jam. Edema otak mula-mula cytofosic karena

terjadi gangguan pada metabolisme seluler kemudian terdapat edema vasogenik karena rusaknya sawar darah otak setempat. untuk menurunkan edema otak, dilakukan hal-hal sebagai berikut:

a. Naikkan posisi kepala dan badan bagian atas setinggi 20-30 derajat
b. Hindari 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. Pneumonia

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

d. Atrofi dan kekakuan sendi (kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

e. Depresi dan kecemasan

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

f. Peningkatan TIK

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

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

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

b. Pola nutrisi 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.

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

c. Pola eliminasi

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

d. Pola aktivitas dan latihan

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

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

e. Pola tidur dan istirahat

Susah untuk beristirahat

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

f. Pola persepsi kognitif

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

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

g. Pola persepsi dan konsep diri

Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

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

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan)

i. Pola repsroduksi dan seksualitas
   Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual
   ketidak adanya gairah seksual
j. Pola mekanisme stress dan koping
   Perasaan tidak berdaya
   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 sumbatan aliran darah ke otak
   b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan
   c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

3. Intervensi dan Rasional
   a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak
      Tujuan: Mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif dan motorik/ sensori.
      Intervensi:
      1) Kaji tingkat kesadaran
         R/ Tingkat kesadaran pasien compos mentis.
      2) Monitor tanda-tanda vital
         R/ Tekanan darah stabil dari kisaran 110/80 mmHg – 120/80 mmHg.
      3) Tinggikan bagian kepala tempat tidur sampai 30 derajat
         R/ Membuat pasien lebih nyaman.

4) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antihipertensi (amlodipine) arterosklerosis.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan.

Tujuan: untuk mempertahankan berat badan yang diinginkan

Intervensi:

1) Kaji kebutuhan nutrisi parenteral.
   R/ Mengetahui tingkat nafsu makan.
2) Monitor adanya penurunan berat badan
   R/ Mengetahui adanya penurunan berat badan pasien dari 54 Kg turun menjadi 48 Kg.
3) Bantu pasien untuk makan melalui NGT
   R/ Mengetahui jumlah intake nutrisi.
4) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
   R/ Untuk mengatasi kebutuhan nutrisi pasien.
5) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c
   R/ Agar terpenuhinya kebutuhan protein dan vitamin c pada pasien.
6) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
   R/ Mempercepat proses penyembuhan.

c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

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

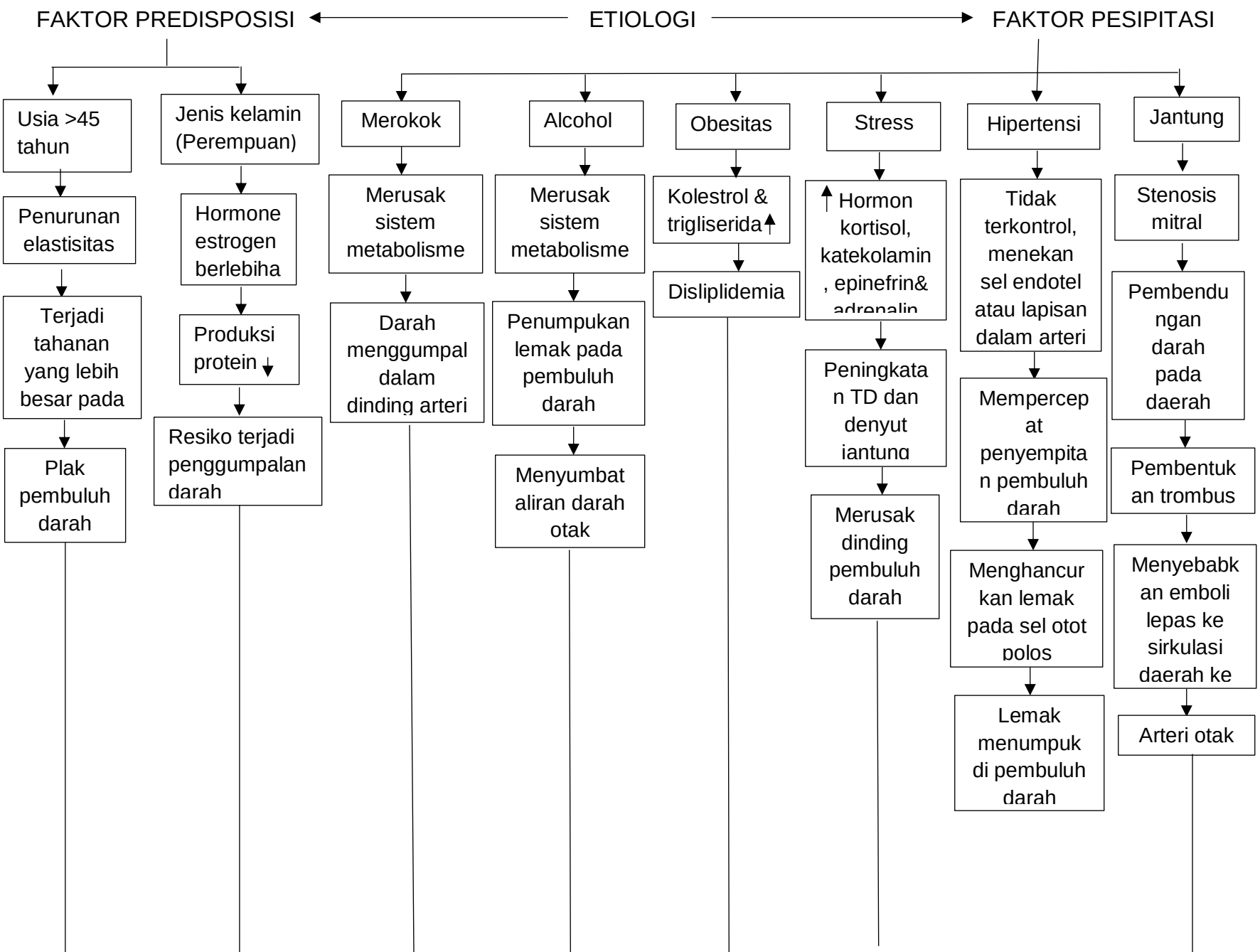
Intervensi:

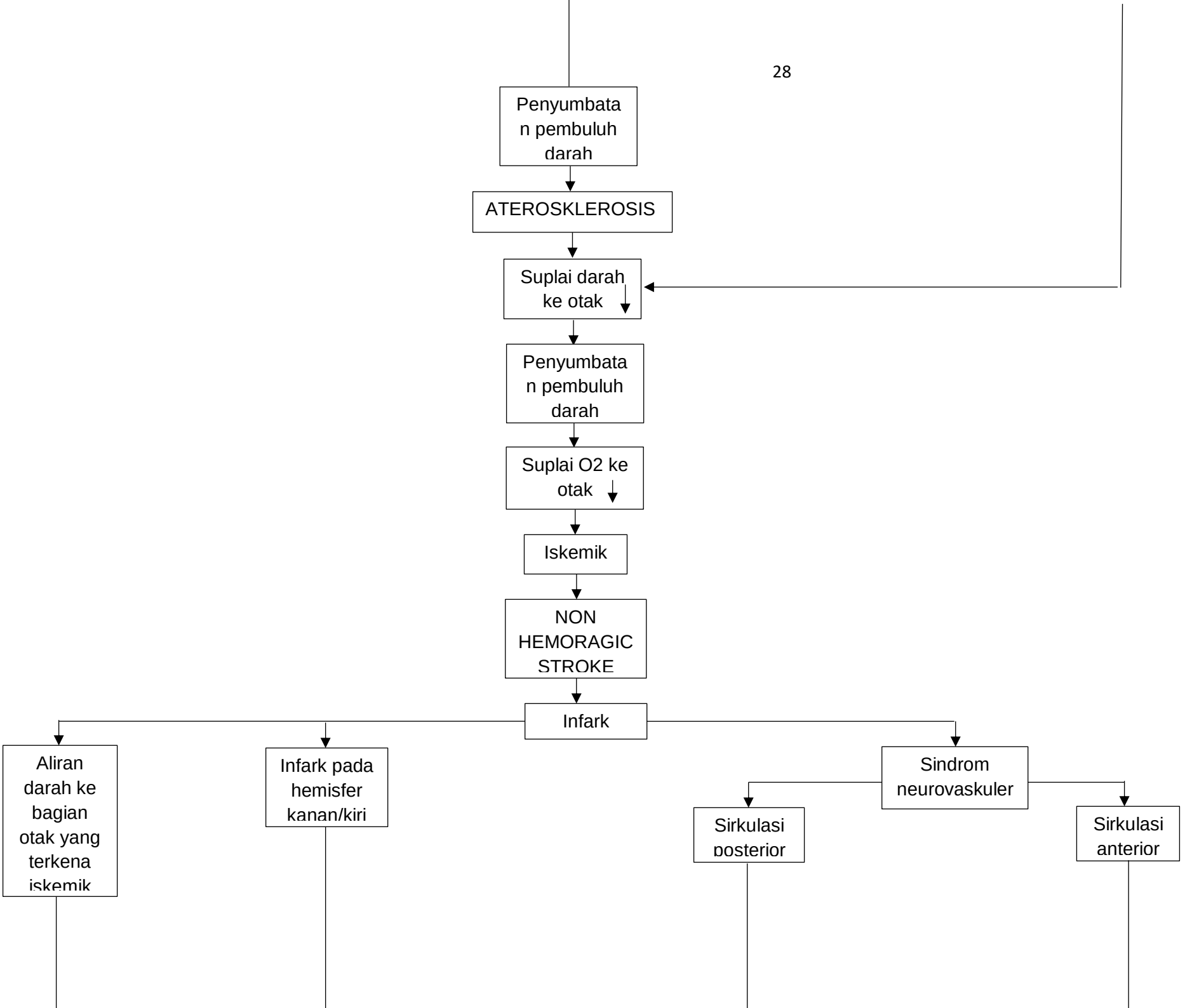
1) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
   R/ Mengidentifikasi perubahan tingkat mobilisasi pasien setiap hari dan menentukan perkembangan peningkatan kekuatan otot sehingga dapat diprioritaskan tindakan yang diberikan
2) Monitoring peningkatan kekuatan otot
   R/ Untuk mengetahui tingkat kekuatan sisi tubuh yang lemah pada pasien.
3) Bantu pasien dalam pemenuhan ADL
   R/ Memberikan rasa nyaman dengan membantu dalam pemenuhan kebutuhan yang pasien belum dapat lakukan.
4) Lakukan latihan ROM aktif dan pasif sesuai indikasi
   R/ Dapat respon yang baik jika daerah yang lemah tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan latihan aktif atau menyatukan kembali sebagian tubuh
5) Berikan edukasi pada pasien dengan keluarga tentang ROM
   R/ Untuk memberikan latihan tentang pemberian ROM pada saat pasien mengalami masalah yang sama setelah keluar dari RS.
6) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam pemberian ambulansi atau latihan
   R/ Program yang khusus dapat mengembangkan keseimbangan koordinasi dan kekakuan otot.

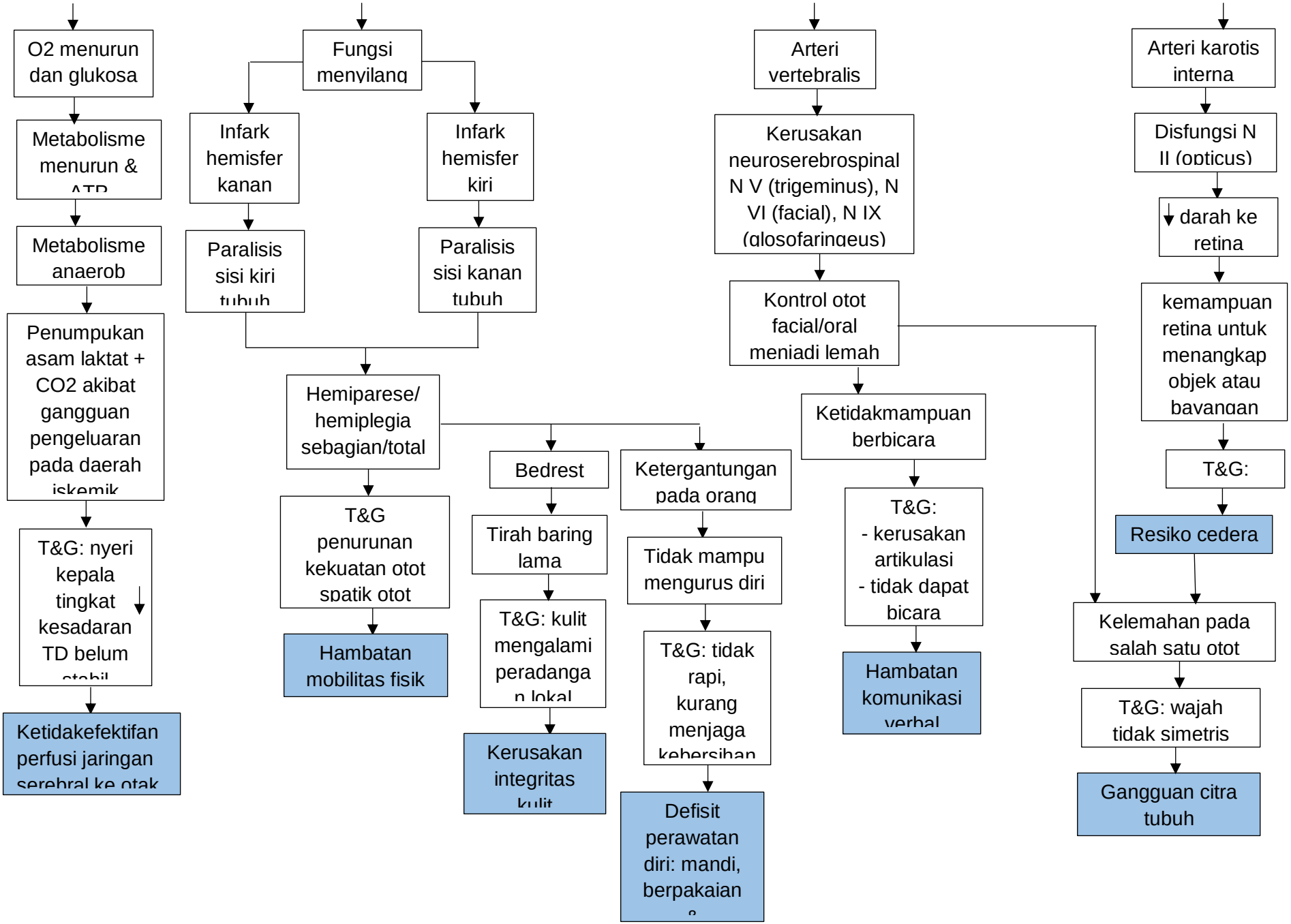
4. Discharge planning
   Adapun perawatan di rumah untuk penderita stroke secara garis besar adalah sebagai berikut:

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

C. Patoflowdigram




Penyumbata
n pembuluh
darah
ATEROSKLEROSIS
Suplai darah
ke otak
Penyumbata
n pembuluh
darah
Suplai O2 ke
otak
Iskemik
NON
HEMORAGIC
STROKE
Infark
Aliran
darah ke
bagian
otak yang
terkena
iskemik
Infark pada
hemisfer
kanan/kiri
Sindrom
neurovaskuler
Sirkulasi
posterior
Sirkulasi
anterior


O2 menurun dan glukosa
Metabolisme menurun & ATP
Metabolisme anaerob
Penumpukan asam laktat + CO2 akibat gangguan pengeluaran pada daerah iskemik
T&G: nyeri kepala tingkat kesadaran TD belum stabil
Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral ke otak
Fungsi menyilang
Infark hemisfer kanan
Infark hemisfer kiri
Paralisis sisi kiri tubuh
Paralisis sisi kanan tubuh
Hemiparese/ hemiplegia sebagian/total
T&G penurunan kekuatan otot spatik otot
Hambatan mobilitas fisik
Bedrest
Tirah baring lama
T&G: kulit mengalami peradangan lokal
Kerusakan integritas kulit
Ketergantungan pada orang
Tidak mampu mengurus diri
T&G: tidak rapi, kurang menjaga kebersihan
Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian
Arteri vertebralis
Kerusakan neuroserebrospinal N V (trigeminus), N VI (facial), N IX (glosofaringeus)
Kontrol otot facial/oral menjadi lemah
Ketidakmampuan berbicara
T&G: - kerusakan artikulasi - tidak dapat bicara
Hambatan komunikasi verbal
Arteri karotis interna
Disfungsi N II (opticus)
darah ke retina
kemampuan retina untuk menangkap objek atau bayangan
T&G:
Resiko cedera
Kelemahan pada salah satu otot
T&G: wajah tidak simetris
Gangguan citra tubuh

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien Ny.”S” usia 53 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 9 Maret 2020 dengan keluhan utama pusing disertai lemah pada seluruh badan. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Maret 2020 diperoleh data: Pasien mengalami kelemahan seluruh badan dan kekakuan di ekstremitas kiri, pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus sejak 10 tahun yang lalu namun pasien kurang patuh terhadap diet yang dianjurkan oleh dokter dan kurang mengontrol makanan yang dikonsumsi. Pasien sering makan daging dan ikan asin. Keluarga mengatakan dalam 6 bulan terakhir ini pasien mengalami penurunan berat badan dari 54 Kg ke 48 Kg, IMT 16 kg/$m^{2\cdot}$ GCS $E_3M_4V_4$ (somnolen). Semua kebutuhan perawatan diri pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Hasil pemeriksaan diagnostic CT-Scan pada tanggal 10 maret 2020 diperoleh hasil dengan Lacunar Infarks Cerebri Bilateral, proses atrofi cerebri. Pemeriksaan Laboratorium WBC 8.30 10^3/uL, RBC L 3.58 10^6/uL, HGB L 11.4 g/dl, HCT L 31.4 %, MCV 87.7 fL, MCH H 31.8 pg, MCHC H 36.3 g/dl, PLT 379 10^3/uL, RDW 12.9 fL, PDW L 8.1 fL, MPV 7.2 fL, P-LCR L 9.1 %, LYMPH 10.0 %, MXD 3.7 %, NEUT H 86.3 %, LYMPH# L 0.80 10^3/uL, MXD# 0.3 10^9/uL, NEUT# H 7.20 10^3/uL. Hasil observasi tekanan darah 130/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit , frekuensi pernapasan 20 x/menit, dan suhu 36,8°C.

Masalah keperawatan yang ditemukan selama pasien dirawat antara lain : ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan hambatan mobilitas fisik.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Meyske Alvionita Menggasa NIM: E1714401032 Milda NIM: E1714401033

Unit : ICU-ICCU Autoanamnese : -

Kamar : HCU Alloanamnese : √

Tanggal Masuk RS : 09 Maret 2020

Tanggal Pengkajian : 13 Maret 2020

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama Initial : Ny. “S”
      Umur : 53 Tahun
      Jenis kelamin : Perempuan
      Status perkawinan : Tidak menikah
      Jumlah anak : Tidak ada
      Agama/suku : Islam
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : Wirausaha (Penjahit)
      Alamat rumah : Jl. Batua Raya IX No. 12A

   b. Penanggung Jawab
      Nama : Nn. “M”
      Umur : 20 Tahun
      Alamat : Jl. Batua Raya IX No. 12A
      Hubungan dengan pasien : Keponakan pasien

2. Data Medik

   Diagnosa Medik

   Saat masuk : Vertigo+Suspek NHS

   Saat pengkajian : NHS

3. Keadaan Umum

   a. Keadaan Sakit

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

      Alasan: Tampak Pasien sakit sedang, tampak terpasang NGT, kateter, Oksigen 5 liter nasal kanul, tampak terpasang infus NaCl 0, 3 % (7 tetes/menit) dan infus di tangan sebelah kanan dengan terpasang cairan vascon (1, 7 cc/jam).

   b. Tanda-tanda Vital

      1) Kesadaran (kualitatif): Somnolen

         Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

         a) Respon motorik : 4

         b) Respon bicara : 4

         c) Respon membuka mata : 3

            Jumlah : $M_4V_4E_3$

            Kesimpulan : Pasien tidak koma

      2) Tekanan Darah :130/90 mmHg

         MAP : 103, 33 mmHg

         Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

      3) Suhu :36,8 di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

      4) Pernapasan : 20 x/menit

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

         Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

      5) Nadi : 80 x/menit

         Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

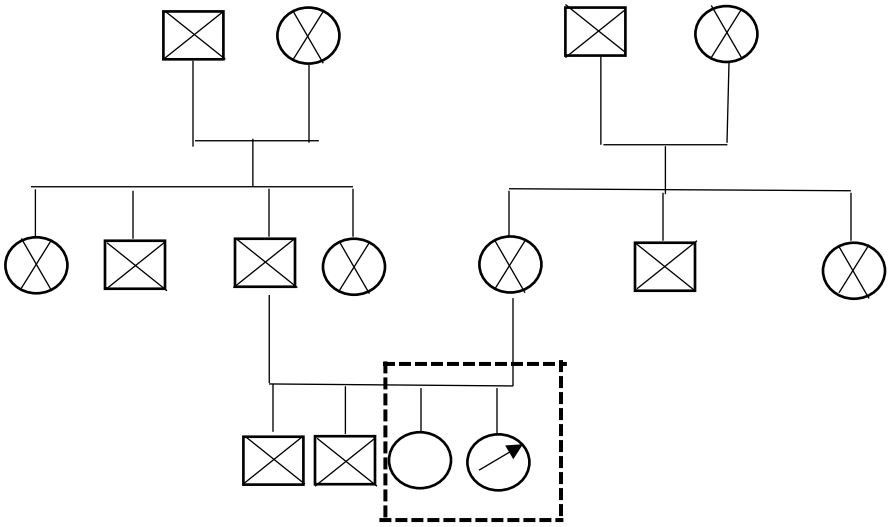
Kuat Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 15 cm
2) Tinggi badan : 150 cm
3) Berat badan : 48 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 16 kg/m2

Kesimpulan : Kekurangan BB tingkat berat (kurus)

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 kesehatan itu penting namun pasien kurang mengontrol pola makannya, tidak patuh terhadap diet yang dianjurkan oleh dokter dan tidak rutin minum obat.
        2) Riwayat Penyakit Saat Ini
            a) Keluhan utama

                Pusing disertai lemah seluruh tubuh
            b) Riwayat keluhan utama

                Keluarga mengatakan waktu di rumah pasien sempat merasa pusing disertai mual dan muntah 3x kemudian pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga pasien diantar oleh keluarga ke RS dan langsung masuk IGD kemudian pasien dirawat di ruang perawatan B2, lalu pada saat di ruang perawatan kesadaran pasien kembali menurun, kaku pada rahang, sesak napas dan mengalami kelemahan pada sisi tubuh sebelah kiri sehingga pasi en di masukkan di ruang perawatan ICU. Pada saat dikaji diperoleh data kesadaran pasien masih menurun, sesak napas berkurang dan pasien masih mengalami kelemahan pada sisi tubuh sebelah kiri.
            c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

                Keluarga mengatakan pasien pernah mengalami peningkatan kadar glukosa dalam darah sekitar 2 bulan yang lalu dan periksa di klinik. Pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus sejak 10 tahun yang lalu.
            d) Riwayat kesehatan keluarga

                Keluarga mengatakan ada riwayat Diabetes Melitus dalam keluarga yaitu Ibu pasien.

e) Pemeriksaan fisik

1) Kebersihan rambut : Tampak bersih dan beruban
2) Kulit kepala : Tampak bersih
3) Kebersihan kulit : Tampak bersih
4) Hygiene rongga mulut : Tampak kurang bersih
5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari dan minum secara teratur. Sebelum sakit pasien kurang mengontrol makanan yang dikonsumsi dan kadar gula darahnya. Pasien juga sering makan makanan yang berlemak dan suka makan ikan asin, ayam, daging dan sering mengkonsumsi makanan yang manis-manis seperti kue bolu dan brownies. Pasien jarang mengontrol gula darahnya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan nafsu makan pasien berangsur-angsur menurun dan porsi makan pun ikut berkurang, kadang pasien malas makan dan sekarang terpasang NGT dengan diberi susu 200 cc 3 x sehari, bubur saring 200 cc 3 x sehari dan air putih sebanyak 50 cc. Keluarga juga mengatakan dalam 6 bulan terakhir ini pasien mengalami penurunan berat badan dari 54 Kg ke 48 Kg.

3) Observasi

Tampak terpasang NGT

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bersih dan beruban
b) Hidrasi kulit : Kembali dalam <2 detik
c) Palpebral/conjungtiva : Tampak tidak edema/anemis

d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak bersih
f) Rongga mulut : Tampak kotor
g) Gusi : Tidak tampak peradangan
h) Gigi : Tampak bersih
i) Gigi palsu : Tidak tampak
j) Kemampuan mengunyah keras dengan keras : Tidak mampu mengunyah
k) Lidah : Tampak kotor
l) Pharing : Tidak tampak peradangan
m) Kelenjar getah bening : Tidak teraba benjolan
n) Kelenjar parotis : Tidak teraba peradangan
o) Abdomen
   (1) Inspeksi : Tampak abdomen datar
   (2) Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 28x/menit
   (3) Palpasi : Tidak teraba benjolan dan tidak ada nyeri
   (4) Perkusi :Thympani
p) Kulit
   (1) Edema : [ ] Positif [√] Negatif
   (2) Icteric : [ ] Positif [√] Negatif
   (3) Tanda-tanda radang :
q) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien BAB lancar 1x sehari, BAK sering 10x dalam sehari.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien BAB rutin 1x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kuning kecoklatan dan BAK menggunakan kateter 1000 cc ditakar dari jam 07.00-12.00 WITA dengan urine berwarna kuning keruh.

3) Observasi

Tampak terpasang kateter dan diapers

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 28 x/menit
b) Palpasi kandung kemih : [ ] Penuh [√] Kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : [ ] Positif [√] Negatif
d) Mulut uretra :
e) Anus
   (1) Peradangan : Tidak dikaji
   (2) Hemoroid : Tidak dikaji
   (3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan aktivitas harian pasien adalah menjahit (tailor), membersihkan rumah, memasak dan melakukan aktivitas lainnya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur dan membutuhkan bantuan dalam beraktivitas terutama dalam pemenuhan ADL. Saat ini pasien masih mengalami kelemahan pada sisi sebelah kiri (tangan & kaki).

3) Observasi

Tampak lemah pada sisi tubuh sebelah kiri (tangan & kaki).

a) Aktivitas harian

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

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

b) Postur tubuh : Tidak dikaji
c) Gaya jalan : Tidak dikaji
d) Anggota gerak yang cacat : Telinga
e) Fiksasi : Tidak ada
f) Tracheostomy : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah
(1) Berbaring : 130/90 mmHg
b) HR : 95 x/menit
c) Kulit
Keringat dingin : Tampak tidak ada
Basah : Tidak ada
d) JVP: 5-2 cm
Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai.
e) Perfusi pembuluh kapiler kuku: <3 detik (tidak sianosis)
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 : Tidak terdengar stridor

(2) Palpasi

Vocal premitur : Tidak dikaji

Krepitasi : Tidak terdapat krepitasi

(3) Perkusi : [√] Sonor [ ] Redup [ ] Pekak

(4) Auskultasi

(a) Suara napas : vesicular

(b) Suara ucapan : suara normal

(c) Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak ictus cordis

(2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

(3) Perkusi

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

(b) Batas bawah jantung : ICS 4 linea mid clavicularis 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 medioclavicularis sinistra

(e) Bunyi jantung III irama gallop: Tidak ada

(f) Murmur : Tidak ada

(g) Burit : Tidak ada

(h) A. Renalis : Tidak ada

(i) A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : [√] positif [ ] negatif

(1) Rentang gerak : Keterbatasan rentang gerak (kelemahan) pada lengan dan kaki kiri

(a) Kaku sendi : Tidak ada

(b) Nyeri sendi : Tidak ada

(c) Fraktur : Tidak ada

(d) Parese : Parese pada sisi sebelah kiri (tangan dan kaki)

(e) Paralisis : Tidak ada

(2) Uji kekuatan otot

Cara melakukan uji kekuatan otot yaitu:

- Meminta pasien mengangkat kedua lengan dan melawan dorongan tangan perawat ke arah bawah
- Meminta pasien menekuk kedua lengan dan mencoba merentangkannya melawan usaha perawat untuk membuat lengan pasien tetap fleksi
- Posisiskan pasien telentang, kedua lutut ditekuk minta pasien meluruskan tungkai melawan tahan perawat.

	Kanan	Kiri
Tangan	5	3
Kaki	5	3

Keterangan : Hemiparese Sinistra

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

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

(4) Refleks patologis:

Babinski :Kiri : [ ] Positif [√] Negatif

Kanan : [ ] Positif [√] Negatif

(5) Clubbing jari-jari : Tidak tampak clubbing jari-jari

(6) Varises tungkai : Tidak tampak varises

i) Columna vertebralis

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

(2) Palpasi : Tidak dikaji

(3) Kaku kuduk : Tidak dikaji

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan, pasien memiliki pola tidur yang baik dan tidak mengalami gangguan. Tidur malam sekitar 8 jam dari pukul 21.00-05.00 WITA, dan tidur siang sekitar ± 1 jam dari pukul 13.00-14.00 WITA.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien memiliki pola tidur yang baik tidur, biasanya tidur malam sekitar jam 22.00-05.00 WITA, tidur siang biasanya dari jam 11.00 sampai 14.00 WITA.

3) Observasi

Tampak pasien sering menguap

Ekspresi wajah mengantuk : ☐ Positif ☑ Negatif

Banyak menguap : ☐ Positif ☑ Negatif

Palpebral inferior berwarna gelap : ☐ Positif ☑ Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien mengalami gangguan pendengaran namun tidak ada gangguan penglihatan serta tidak ada masalah pada penciuman. Keluarga mengatakan pasien mempunyai daya ingat yang baik.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien mampu merespon ketika diajak berbicara namun harus berbicara di dekat telinga pasien.

3) Observasi

Tampak pasien merespon pertanyaan perawat

4) Pemeriksaan fisik
   a) Penglihatan
      (1) Kornea : Tampak jernih
      (2) Pupil : Tampak isokor pada mata kanan dan kiri
      (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 bersih
      (3) Membran timpani : Daun telinga tertutup
   c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :
      Pasien merasakan sentuhan yang di berikan

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri
   1) Keadaan sebelum sakit
      Keluarga mengatakan pasien merasa bangga dengan dirinya. Pasien adalah pribadi yang riang dan bersemangat dalam sehari-harinya.
   2) Keadaan sejak sakit
      Keluarga mengatakan pasien tidak pernah melakukan aktivitas seperti biasa. Pasien merasa tidak berdaya dan putus asa dengan keadaannya. Keluarga mengatakan cara pasien untuk mengungkapkan perasaannya dengan raut wajahnya seperti meringis apabila pasien merasa kesakitan, pasien juga tidak bisa menjahit lagi.
   3) Observasi
      Tampak pasien terbaring lemah

a) Kontak mata : Tampak penuh, melihat perawat berbicara.
b) Rentang perhatian : Tampak ada perhatian saat diajak bicara.
c) Suara dan cara bicara : Terdengar jelas dan keras
d) Postur tubuh : Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik
a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji
c) Kulit : Tampak bersih dan kering.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama dengan saudaranya dan keponakannya serta menjalin hubungan yang baik dengan keluarga besarnya dan tetangga rumahnya dan pasien di dalam keluarganya selalu hidup bahagia.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan hubungan pasien dengan dengan keluarga dan tetangga di sekitar masih terjalin dengan baik.

3) Observasi

Tampak keluarga-keluarganya datang menjenguk dan bergantian menjaga pasien.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak ada masalah pada alat reproduksinya dan sudah tidak menstruasi lagi sejak 13 tahun yang lalu.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak menikah.

3) Observasi

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien hidup dengan normal tidak ada beban, santai dalam menjalani kehidupannya bersama saudaranya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien khawatir dengan kondisinya saat ini. Keluarga mengatakan semoga pasien cepat sembuh dan berkumpul bersama keluarganya.

3) Observasi

Tampak pasien cemas dan gelisah

k. Pola Sistim Nilai Kepercayaan

1) Keluarga mengatakan

Keluarga mengatakan pasien menganut agama islam dan pasien rajin mengikuti pengajian di Masjid.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien sudah tidak pernah lagi mengikuti kegiatan-kegiatan pengajian karena kondisi yang kurang memungkinkan.

3) Observasi

Tampak di samping tempat tidur pasien terdapat Al-qur‘an.

5. Uji Saraf Kranial
   a. N I Olfactorius

      Pasien mampu menghidu bau minyak kayu putih.
   b. N II Opticus

      Tampak pasien mampu membaca nama perawat dari jarak 30 cm
   c. N III, IV, VI Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens

      Pasien mampu menggerakkan bola matanya ke segala arah, pupil mengecil saat diberi cahaya, refleks akomodasi baik
   d. N V Trigeminus

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

      Motorik : Pasien tidak mampu mengunyah dengan keras karena pasien merasa nyeri pada rahang, terasa lemah pada musculus massetter.
   e. N VII Fascialis

      Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula

      Motorik : Pasien tidak mampu tersenyum namun mampu mengangkat alis dan mengerutkan dahi.
   f. N VIII Vestibulo-Acusticus

      Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu untuk berdiri

      Akustikus : Pasien tidak mampu mendengar gesekan jari perawat pada telinga kanan dan kiri.
   g. N IX Glossopharyngeus

      Pasien tidak mampu menelan
   h. N X Vagus

      Tampak letak uvula berada di tengah.
   i. N XI Accessorius

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

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

6. Pemeriksaan CT-Scan

Nama Pasien : Ny. “S”
Sex / Umur : P / 53 tahun
No. RM : 00-47-67-30

Makassar,10 Maret 2020

Pemeriksaan CT Scan kepala aksial tanpa kontras :

Kontur kepala dan soft tissue normal. Tulang-tulang intaks, densitas normal. Subcalvaria cranii tak tampak lesi patologik. Tampak lesi hipodens kecil pada capsula eksterna dextra dan paraventrikel dextra densitas 15 – 16 HU, tampak pula lesi hipodens kecil pada paraventrikel sinistra densitas 18 HU. Tidak tampak pergeseran garis tengah. Tampak sulci melebar dan gyrii cerebrum prominent. Sistem ventrikel, sisterna & ruang subarachnoid baik. Tampak kalsifikasi fisiologi pada plexus choroideus ventrikel lateralis kanan dan kiri. Cerebellum dan Pons densitas normal ; CPA, sela dan parasela normal. Sinus paranasalis yang terscan dan air cells mastoid dalam batas normal

Kesan :

1. Lacunar infarks cerebri bilateral
2. Proses atrofi cerebri

Pemeriksaan Darah Rutin

Tanggal : 10 Maret 2020

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	8.30	10^3/Ul	4.8 - 10.2
RBC	3.58	10^6/Ul	4.0 - 5.5
HGB	11.4	g/dl	12.2 - 16.2
HCT	31.4	%	37.7 - 47.9
MCV	87.7	Fl	80.0 - 97.0
MCH	31.8	Pg	26.0 - 31.0
MCHC	36.3	g/dl	31.8 - 35.4
PLT	379	10^3/uL	130.0 - 400.0
RDW	12.9	fL	11.5 - 14.5
PDW	8.1	fL	9.0 - 13.0
MPV	7.2	fL	7.2 - 11.1
P-LCR	9.1	%	15.0 - 25.0
DIFF			
LYMPH	10.0	%	10.0 - 50.0
MXD	3.7	%	1.0 - 20.0
NEUT	86.3	%	37.0 - 80.0

LYMPH#	0.80	10^3/uL	1.00 - 3.70
MXD#	0.3	10^9/L	0 - 1.2
NEUT#	7.20	10^3/uL	1.50 - 7.00

Pemeriksaan Ureum Creatinin

Tanggal : 10 maret 2020

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
SGOT	40	<32	U/L		H
SGPT	42	<31	U/L		H
UREUM	12.3	10 – 50	mg/dL		
CREATININE	0.66	<1.1	mg/dL		

7. Terapi
    a. Zyfort 3ml/24 jam/IV
    b. Citicoline 500mg/12 jam/IV
    c. Omeprazole 20mg/12 jam/IV
    d. Vascon 0,05 meq/kg BB/sp 1,7 cc/jam
    e. KSR 600mg/24 jam/oral
    f. Neurodex 200mcg/24 jam/oral
    g. Amlodipine 5mg/24 jam/oral

Mahasiswa Yang Mengkaji

Meyske Alvionita Menggasa dan Milda

B. Analisa Data

Nama/Umur : NY. “S” / 53 Tahun

Kamar/Unit : ICU-ICCU

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds: - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran Do: - Keadaan umum pasien lemah - Tingkat kesadaran pasien somnolen, GCS $M_4V_4E_3$ - Hasil CT-Scan Lacunar infarks cerebri bilateral, proses atrofi cerebri - Tampak pasien tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kiri - TTV: TD:130/70 mmHG N : 90 x/menit S : 36,8 °C P : 20x/menit	Sumbatan aliran darah ke otak	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

2.	Ds: - Keluarga mengatakan dalam 6 bulan terakhir pasien mengalami penurunan berat badan dari 54 kg ke 48 kg Do: - Tampak pasien lemah dan pucat - IMT= 16 kg/m - Tampak terpasang NGT	Penurunan nafsu makan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3.	Ds: - Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri. - Keluarga mengatakan semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga. Do: - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Tampak terpasang oksigen 5 Liter, RL 500 cc dan NGT - Uji kekuatan otot	Penurunan kekuatan otot	Hambatan mobilitas fisik

	5 | 3 5 | 3 - Tampak seluruh aktivitas klien dibantu keluarga		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/Umur : NY. “S” / 53 Tahun

Ruangan/Kamar : ICU-ICCU

No.	Diagnosa Keperawatan
1.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak.
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan.
3.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

D. Rencana Keperawatan

Nama/Umur : NY. “S” / 53 Tahun

Ruangan/Kamar : ICU-ICCU

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana tindakan (NIC)
14/03/2020 I	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan kriteria hasil dengan indikasi : - Tekanan darah stabil dari kisaran 110/80 mmHg sampai 120/80 mmHg - Keadaan umum pasien membaik - Kesadaran pasien composmentis	1. Kaji tingkat kesadaran 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Tinggikan bagian kepala tempat tidur sampai 30 derajat tergantung pada kondisi pasien dan program dokter 4. Kolaborasi pemberian obat.
II	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan kriteria hasil : - Nafsu makan meningkat - Porsi makan bertambah	1. Kaji kebutuhan nutrisi parenteral untuk mengetahui tingkat nafsu makan pasien 2. Monitor adanya penurunan berat badan 3. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan

			Nutrisi 4. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 5. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c 6. Kolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
III	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik dengan kriteria hasil : - Kebutuhan pasien dapat terpenuhi - Pasien mampu menggerakkan badan di ekstremitas kiri	1. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 2. Kaji kekuatan otot pasien 3. Monitoring peningkatan kekuatan otot 4. Bantu pasien dalam pemenuhan ADL 5. Lakukan latihan ROM aktif dan pasif sesuai indikasi 6. Berikan edukasi pada pasien dengan keluarga tentang ROM 7. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik, akupasional dalam

			mengembangkan dan menerapkan program latihan sesuai kebutuhan.

E. Implementasi Keperawatan

Nama/Umur : NY. “S” / 53 Tahun

Ruangan/Kamar : ICU-ICCU

Hari/Tanggal	Jam	DX	Implementasi	Perawat
Sabtu 14/03/2020	07:30	I	Mengkaji tingkat kesadaran pasien H/: - Tampak KU pasien lemah - Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien - GCS:$E_3M_4V_4$ (somnolen)	Meyske
	08:00	I	Memonitor Tanda-tanda Vital H/ : TD : 130/90 mmHg N : 90 x/menit S : 36,4 °C P : 20 x/menit	Meyske
	08:00	I	Penatalaksanaan pemberian obat - Citicolin 250mg/IV - Zyfort 3 ml/IV - Amlodipine 5mg/oral	Meyske
	08:10	II	Membantu pasien dalam menerima kebutuhan nutrisi H/ : Bubur saring: 150 cc Air putih : 50 cc	Milda
	08:30	III	Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi H/ : - Tampak pasien mampu mengangkat tangan kiri dan kanan namun belum bisa menahan tekanan	Milda
	10:00	I	Memonitor TTV: H/ : TD: 100/60 mmHg	Milda

			N : 89 x/menit S : 36,2 °C P : 20 x/menit	
	10:10	II	Membantu pasien dalam menerima kebutuhan nutrisi H/ Susu : 200 cc Air putih: 30 cc	Meyske
	10:15	II	Monitor adanya penurunan berat badan H/ - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dari 54 Kg turun menjadi 48 Kg.	Meyske
	10:20	III	Berikan edukasi pada pasien dan keluarga tentang ROM pasif H/ Tampak pasien dan keluarga mengerti dan dapat melakukan ROM pasif kepada pasien	Milda
	10:45	III	Memberikan pasien ROM pasif H/ Tampak tangan dan kaki kiri pasien sudah bisa digerakkan namun sulit menahan tekanan	Meyske
	11:00	III	Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien H/ - Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur dan pasien belum mampu melakukan aktivitas - Tampak kebutuhan pasien dibantu oleh	Milda

			keluarga dan perawat.	
	11:05	III	Mengkaji kekuatan otot H/ Kanan Kiri 5 3 5 3 - Tampak pasien belum bisa menahan tekanan dan tangan perawat	Milda
	12:00	I	Mengobservasi TTV: H/ : TD: 110/60 mmHg N : 90 x/menit S : 36 °C P : 20 x/menit	Meyske
	12:05	II	Membantu pasien dalam menerima kebutuhan nutrisi H/ : Bubur saring: 200 cc Air putih : 50 cc	Milda
	14:00	I	Memonitor Tanda-tanda Vital H/ : TD : 120/90 mmHg N : 80 x/menit S : 36,5°C P : 20 x/menit Pasien di pindahkan di ruangan B2 sekitar jam 4 sore	Milda
Minggu 15/03/2020	07:30	I	Mengkaji tingkat kesadaran pasien H/: - Tampak KU pasien lemah - Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien - GCS : $E_3M_5V_4$ (Apatis)	Meyske
	08:00	III	Membantu pasien dalam menerima kebutuhan nutrisi	Meyske

			H/: - Tampak pasien terlihat lebih rapi dan bersih setelah dimandikan	
	08:20	III	Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien H/ - Keluarga mengatakan pasien sudah mampu berjalan ke kamar mandi dengan dibasntu oleh keluarga - Tampak sebagian kebutuhan pasien masih dibantu oleh keluarga	Milda dan Meyske
	08:50	III	Mengkaji kekuatan otot H/ Kanan Kiri 5 3 5 3 - Tampak pasien masih belum bisa menahan tekanan dan tangan perawat.	Milda
	09:05	III	Memberikan pasien ROM pasif H/ Tampak tangan dan kaki kiri pasien sudah mulai bisa digerakkan sedikit demi sedikit dan dibantu oleh keluarga dan perawat	Meyske
	09:45	I	Memonitor Tanda-tanda Vital H/ : TD : 120/70 mmHg N : 80 x/menit S : 36, 2 °C P : 20 x/menit	Milda
	10:00	I	Penatalaksanaan pemberian obat H/ :	Milda

			- Citicolin 250 mg/IV	
	10:15	I	Mengkaji tingkat kesadaran pasien H/: - Tampak KU pasien lemah - Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien - GCS : $E_3M_5V_4$ (Apatis)	Meyske
	10:20	II	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan yang mengandung protein dan vitamin c H/ - Tampak keluarga membawa buah-buahan seperti apel dan jeruk - Keluarga juga membawakan sayur yang sudah dimasak yaitu brokoli dan kacang polong	Meyske
	10:25	II	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya : Nutrisi H/: - Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi makanannya - Air putih 100 cc - NGT pasien sudah di lepas dan pasien sudah bisa makan melalui mulut	Milda
	12:20	III	Memberikan pasien latihan ROM pasif H/ Tampak tangan dan kaki kiri pasien sudah bisa digerakkan dan mampu menahan tekanan	Meyske

Senin 16/03/2020	13:55	I	Meninggikan bagian kepala tempat tidur pasien sampai 30 °C H/ : Tampak pasien merasa nyaman	Milda
	14:00	I	Mengkaji tingkat kesadaran pasien H/: - Tampak KU pasien lemah - Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien - GCS: $E_3M_5V_4$ (Apatis)	Milda
	07:05	I	Memonitor Tanda-tanda Vital H/ : TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36, 2 °C P : 20 x/menit	Meyske
	07:30	I	Kaji tingkat kesadaran pasien H/ - Tampak pasien membuka mata secara spontan tanpa perintah - GCS : $E_4M_6V_5$ (Compos mentis)	Meyske
	08:45	III	Mengkaji kekuatan otot H/ Kanan Kiri 5 4 5 4 - Tampak pasien sudah mampu menahan tekanan tangan perawat	Milda
	09:00	II	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya : Nutrisi	Meyske

			H/: - Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi makanannya - Air putih 100 cc	
	10:15	III	Memonitor Tanda-tanda Vital H/ : TD : 120/90 mmHg N : 80 x/menit S : 36, 2 °C P : 20 x/menit	Milda
	10:20	I	Penatalaksanaan pemberian obat H/ : - Citicolin 250 mg/IV	Meyske
	10:25	III	Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi H/ - Keluarga mengatakan pasien sudah mampu berjalan ke kamar mandi tetapi harus dibantu oleh keluarga dan perawat	Milda
	10:35	III	Memberikan pasien ROM aktif H/ - Tampak pasien mampu menggerakkan sendiri tangan dan kaki sebelah kiri	Milda dan Meyske
	12:30	III	Membantu pasien dalam pemenuhan ADL H/ - Tampak pasien terlihat nyaman dan rapi setelah di ganti bajunya	Meyske
	13:00	III	Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi H/	Milda

	14:00	I	- Tampak pasien makan sendiri menggunakan tangan yang lemah dibantu dengan tangan yang sehat Mengkaji tingkat kesadaran pasien H/: - Tampak KU pasien baik - Tampak pasien membuka mata secara spontan tanpa perintah atau sentuhan - GCS: $E_4M_6V_5$ Compos mentis	Meyske

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : NY.”S”/ 53 Tahun

Unit/Kamar : ICU-ICCU

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
14/03/2020	DP I : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d sumbatan aliran darah ke otak S: - Keluarga mengatakan kesadaran pasien menurun - Keluarga mengatakan pasien masih merasa pusing O: - Tampak KU pasien lemah - Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien - GCS $E_3M_4V_4$ (Somnolen) - TD: 130/90 mmHg N : 90 x/menit S : 36,4 °C P : 20 x/menit A: - Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Kaji tingkat kesadaran - Kolaborasi pemberian obat DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari	Meyske

	kebutuhan tubuh b/d penurunan nafsu makan S: - Keluarga mengatakan adanya penurunan berat badan pasien dari 54 Kg turun menjadi 48 Kg O: - Tampak terpasang NGT - Total intake selama 8 jam = 680 cc - Total output selama 8 jam = 300 cc A: - Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi - Monitor intake makanan dan cairan - Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi	Meyske
	DP III : Hambatan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot S: - Keluarga mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sudah bisa digerakkan tapi tidak bisa menahan tekanan dari tangan perawat O: - Tampak keluarga membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan - Kekuatan otot 5 3 5 3	Meyske

	A: - Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi - Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Kaji kekuatan otot pasien - Bantu pasien dalam pemenuhan ADL - Lakukan latihan ROM aktif dan pasif, sesuai indikasi	

15/03/2020	DP I : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d sumbatan aliran darah ke otak S: - Keluarga mengatakan kesadaran pasien masih menurun O: - Tampak KU pasien lemah - Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien - GCS $E_3M_5V_4$ (Apatis) - TD: 120/70 mmHg N : 80 x/menit S : 36, 2 °C P : 20 x/menit A: - Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Kaji tingkat kesadaran - Kolaborasi pemberian obat DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan nafsu makan S: - Keluarga mengatakan nafsu makan pasien belum baik - Keluarga mengatakan pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanannya O:	Milda Milda

	- Tampak keluarga menyuapi pasien makanannya - Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi makanannya - Air putih 150 cc A: - Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi - Monitor intake makanan dan cairan - Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi DP III : Hambatan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot S: - Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri pasien sudah bisa digerakkan dan mampu menahan tekanan - Keluarga mengatakan pasien sudah bisa berjalan ke kamar mandi tetapi harus dibantu keluarga O: - Tampak keluarga masih membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan - Kekuatan otot 5 4 5 4 A: - Hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi	Milda

	- Kaji kemempuan pasien dalam mobilisasi - Kaji kekuatan otot pasien - Bantu pasien dalam pemenuhan ADL - Lakukan latihan ROM aktif dan pasif, sesuai indikasi	

16/03/2020	DP I : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d sumbatan aliran darah ke otak S: - Keluarga mengatakan kesadaran pasien membaik O: - Tampak KU pasien baik - Tampak mata pasien terbuka secara spontan tanpa perintah - GCS $E_4M_6V_5$ (Compos mentis) - TD: 120/90 mmHg N : 80 x/menit S : 36, 5 °C P : 20 x/menit A: - Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan nafsu makan S: - Keluarga mengatakan nafsu makan pasien sudah sedikit baik - Keluarga mengatakan pasien menghabiskan ½ porsi makanannya O: - Tampak pasien mampu makan sendiri - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanannya	Meyske & Milda Meyske & Milda

	- Air putih 200 cc A: - Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi - Monitor intake makanan dan cairan DP III: Hambatan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot S: - Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sudah bisa digerakkan - Keluarga mengatakan pasien sudah bisa berjalan ke kamar mandi tetapi harus dibantu keluarga - Keluarga mengatakan pasien sudah bisa mandi sendiri dan keramas - Keluarga mengatakan pasien bisa menyisir rambutnya sendiri menggunakan tangan yang lemah O: - Tampak pasien mampu berjalan dengan bantuan keluarga - Tampak pasien menyisir rambutnya sendiri dibantu dengan tangan yang sehat - Kekuatan otot 5 4 5 4 A: - Hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi	Meyske& Milda

G. Daftar Obat Yang Diberikan Pada Pasien

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

2. Nama obat : Citicoline
   a. Klasifikasi : Neurotronik
   b. Dosis umum : 250 mg/ 2 ml
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 250 mg/12 jam
   d. Cara pemberian obat : Injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Mengatasi kerusakan pada jaringan otak akibat penyakit atau trauma
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan kepada pasien karena pasien mengalami kerusakan fungsi otak
   g. Kontraindikasi : Penderita yang hipersensivitas pada citicoline dan komponen obat ini
   h. Efek samping : Insomnia, sakit kepala, tekanan darah rendah, tekanan darah tinggi, penglihatan terganggu, sakit pada bagian dada.

3. Nama obat : Omeprazole
   a. Klasifikasi : Proton pump inhibitors
   b. Dosis umum : 20mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 flc/12 jam
   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 untuk 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

4. Nama obat : Vascon 0,05 meq/ kgBB/sp
   a. Klasifikasi : Norepinephrine
   b. Dosis umum : 8-12 mcg/ menit
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
   d. Cara pemberian obat : Injeksi pump
   e. Mekanisme kerja obat : Untuk meningkatkan tekanan darah, kadar gula darah, dan menyempitkan pembuluh darah
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
      Obat ini diberikan kepada pasien karena pasien mengalami penurunan tekanan darah
   g. Efek samping : Mati rasa, sakit kepala berat, masalah penglihatan

5. Nama obat : KSR
   a. Klasifikasi : Potassium Klorida
   b. Dosis umum : 600 mg

c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 600 mg
d. Cara pemberian obat : oral
e. Mekanisme kerja obat : Obat ini digunakan untuk pengobatan kadar kalium yang terdapat di dalam darah rendah
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
   Obat ini diberikan pada pasien untuk perawatan dan pencegahan hypokalemia.
g. Kontraindikasi : Gagal ginjal tahap lanjut, penyakit Addison yang tidak diobati, dehidrasi akut, hyperkalemia
h. Efek samping : Mual, muntah, sakit perut dan diare

6. Nama obat : Neurodex
   a. Klasifikasi : vitamin
   b. Dosis umum : Thiamine mononitrate 100 mg, Pyridoxine HCL 200 mg, Cyanocobalamin 200 mcg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 tablet/hari
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja obat : Obat ini digunakan untuk pengobatan kekurangan Vitamin B1, B6, dan B12 pada penyakit peradangan saraf
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
      Obat ini diberikan karena pasien mengalami kekurangan vitamin dari makanan
   g. Kontraindikasi : Pasien yang hipersensitif terhadap obat ini
   h. Efek samping : Mual, muntah, pusing, ruam merah, bengkak di kulit.

7. Nama obat : Amlodipine
   a. Klasifikasi : Calcium channel blocker
   b. Dosis umum : 5 – 10 mg/24 jam
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 mg/24 jam
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja obat : Obat ini digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan karena pasien mengalami tekanan darah tinggi.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Bab ini penulis, akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teori yang diperoleh secara tertulis dengan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Ny.”S” dengan diagnosa *Non Hemoragik Stroke* di rumah sakit Stella Maris Makassar selama 3 hari sejak pada tanggal 14 – 16 maret 2020 dengan menggunakan pendekatan keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat, ruangan dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Pada pengamatan kasus, diperoleh pengkajian yang dilakukan penulis pada Ny. “S” umur 53 tahun, yang masuk rumah sakit pada tanggal 09 maret didapatkan data/keluhan : pasien masuk rumah sakit dengan keluhaan pusing dan disertai lemah seluruh tubuh, mual dan muntah sebanyak 3x. Tekanan darah 130/90 mmHg, suhu 36,8°c, nadi 90 x/menit, pernapasan 20 x/menit. Gejala stroke pada Ny”S” terjadi secara medadak akibat adanya riwayat Diabetes Melitus yang dialami oleh pasien selama 10 tahun, dimana diabetes dapat menyebabkan stroke jika gula darah tidak terkontrol dengan baik, kadar gula darah yang terlalu tinggi dalam darah dapat menyebabkan pembentukan aterosklerosis. Dimana aterosklerosis merupakan suatu kondisi terbentuknya sumbatan kolesterol dalam pembuluh darah. Ketika pembuluh darah tersumbat,

suplai oksigen dan darah ke otak akan terganggu sehingga terjadilah penyakit stroke

.

Berdasarkan data di atas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa dengan hasil pengamatan menunjukkan tidak ada kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang ditemukan pada pasien karena penyebab serta tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teori.

B. Diagnosa Keperawatan

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

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak, pasien mengatakan pusing, tampak tekanan darah 130/90 mmHg, lemah pada seluruh badan dan kekakuan di bagian tubuh sebelah kiri dan hasil CT-Scan menunjukkan adanya Lacunar infarks cerebri bilateral, Lesi hipodens kecil pada capsula eksterna dextra dan paraventrikel dextra densitas, Proses atrofi cerebri.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan keluhan seperti, pasien mengatakan merasa mual, nafsu makan berkurang dan pasien hanya makan ¼ dari porsi makanan yang disediakan dan adanya penurunan berat badan dari 54 Kg turun menjadi 48 Kg.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada pasien didapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, pasien sulit menggerakkan ekstremitas kiri, tampak pasien belum bias

menahan tekanan dari tangan perawat, segala aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat

C. Intervensi Keperawatan

Setelah proses pengkajian dan perumusan diagnose keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul.

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak. Pada diagnosa pertama penulis membuat 4 intervensi yaitu: Kaji tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, tinggikan bagian kepala tempat tidur sampai 30 derajat tergantung pada kondisi pasien dan program dokter dan kolaborasi pemberian obat.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan. Pada diagnosa ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: Kaji kebutuhan nutrisi parenteral untuk mengetahui tingkat nafsu makan pasien, monitor adanya penurunan berat badan, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Pada diagnosa ini penulis membuat 7 intervensi yaitu: Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, kaji kekuatan otot pasien, monitoring peningkatan kekuatan otot, bantu pasien dalam pemenuhan ADL, lakukan latihan ROM aktif dan pasif sesuai indikasi, berikan edukasi pada pasien dengan keluarga tentang ROM dan kolaborasi dengan ahli terapi fisik, akupasional dalam

mengembangkan dan menerapkan program latihan sesuai kebutuhan.

D. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan dilakukan pada Ny.”S” penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Pada implementasi dilakukan pemantauan tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, mengkaji kebutuhan nutrisi parenteral untuk mengetahui tingkat nafsu makan pasien, mengkaji kekuatan otot, membantu dalam pemenuhan ADL pasien.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dar hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 14 – 16 Maret 2020 pada pasien Ny.”S” merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3 kali 8 jam :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak. Sampai pada hari ketiga perawatan sudah teratasi sebagian, karena pasien sudah mampu menggerakkan bagian tubuh sebelah kiri dan mampu berjalan ke kamar mandi namun masih didampingi oleh keluarga.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan. Sampai pada hari ketiga perawatan sudah teratasi sebagian, karena nafsu makan pasien sudah mulai membaik yang awalnya hanya ¼ dari porsi makanan menjadi ½ porsi makanan.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Sampai pada hari ketiga perawatan sudah teratasi sebagian, karena pasien sudah tidak merasakan lemah pada tubuh sebelah kiri, pasien mampu berjalan ke kamar mandi namun harus didampingi keluarga dan menyisir rambut menggunakan tangan yang lemah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Ny.”S” dengan *Non Hemoragic Stroke (NHS)* di ruang perawatan ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : Dari hasil yang didapatkan pada Ny.”S” faktor terjadinya stroke yaitu dari hasil CT-Scan terdapat lacunar infarks cerebri bilateral, proses atrofi cerebri dan adanya riwayat Diabetes Melitus selama 10 tahun. Pasien mengalami penurunan nafsu makan, berat badan pasien menurun dari 54 Kg ke 48 Kg,IMT 16 kg/m^2. Pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh sebelah kiri akibat adanya kelemahan, sehingga sebagian aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan nilai pada uji kekuatan otot pada tangan dan kaki kiri 3 (Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan).
2. Berdasarkan hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan sumbatan aliran darah ke otak, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
3. Intervensi Keperawatan : Pada diagnosa pertama dilakukan intervensi : Kaji tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, tinggikan bagian kepala tempat tidur sampai 30 derajat tergantung pada kondisi pasien

dan program dokter dan kolaborasi pemberian obat. Pada diagnosa kedua dilakukan intervensi : Kaji kebutuhan nutrisi parenteral untuk mengetahui tingkat nafsu makan pasien, monitor adanya penurunan berat badan, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c dan kolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. Pada diagnose ketiga dilakukan intervensi : Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, kaji kekuatan otot pasien, monitoring peningkatan kekuatan otot, bantu pasien dalam pemenuhan ADL, lakukan latihan ROM aktif dan pasif sesuai indikasi, berikan edukasi pada pasien dengan keluarga tentang ROM dan kolaborasi dengan ahli terapi fisik, akupasional dalam mengembangkan dan menerapkan program latihan sesuai kebutuhan.

4. Implementasi Keperawatan : Implementasi dilakukan selama beberapa hari membantu perawat dan dibantu oleh rekan, semua bisa terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi Keperawatan : Dari hasil evaluasi diagnosa I, II & III teratasi sebagaian, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat setempat.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan – pelayanan yang ditunjukan :

1. Bagi perawat
   a. Hendaknya tetap mempertahankan dan 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 subjektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat dan tidak merasa terabaikan.

2. Pasien/Keluarga

   Pasien dapat memperoleh 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 serta mau melakukan rahabilitasi post stroke baik di rumah sakit maupun dirumah.

3. Bagi Mahasiswa

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

DAFTAR PUSTAKA

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

Basri, Hasan. (2015). *Paradigma Baru Sistem Pembelajaran.* Bandung : Pustaka Setia

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

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

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

Chang, E. Daly, J & Elliot, D. (2010). *Patofiologi 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. (2019). *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 Kementerian RI tahun 2018.* Diakses 4 April 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.

Nota Kedokteran. (2018). *Vaskularisasi Cerebral.* Diakses 1 April 2020 dari https://www.google.com/search?q=anatomi+fisiologi+sistem+peredaran+darah+otak&tbm=isch&ved=2ahUKEwiM37jnoMboAhUAhUsFHUwbApwQ2-cCegQIABAB&oq=anatomi+fisiologi+sistem+peredaran+darah+otak

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

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

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

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

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

World Health Organization. *The Top 10 Causes Of Death.* Diakses 11 April 2020 dari

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

DAFTAR LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Meyske Alvionita Menggasa (E1714401032)
Milda (E1714401033)
Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny.”S” dengan *Non Hemoragic Stroke*
Pembimbing : Serlina Sandi, Ns.,M.Kep

No.	Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf pembimbing
1.	Senin 09/03/2020	Bab II	- Pengetikan - Sumber Data	
2.	Senin 20/04/2020	Bab I	- Data riskesdas - Pengetikan	
3.	Kamis 23/04/2020	Bab III	- Pengetikan - Lengkapi data	
4.	Senin 04/05/2020	Bab III	- Perhatikan pengetikan - Hasil CT-Scan	
5.	Rabu 04/06/2020	Bab III Lanjut bab	- Perhatikan pengetikan - Lengkapi data	

		IV (Next)		
6.	Senin 08/06/2020	Bab III	- Perhatikan pengetikan - Perbaiki data	
7.	Selasa 09/06/2020	Bab IV	- Perbaiki data dan tambahkan data BAB IV	
8.	Jumat 12/06/2020	Bab IV & V	- Pengetikan - Lengkapi data yang mendukung untuk diagnosa I,II & III	