

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN STROKE
ISKEMIK DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI**

RSUD Dr ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

TAHUN 2019



OLEH :

KEVIN ARLANDO CHINTARA WASENA

NIM : 1614401014

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

STIKES PERINTIS PADANG

TAHUN 2018/2019

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN STROKE
ISKEMIK DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI**

RSUD Dr ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

TAHUN 2019

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH :

KEVIN ARLANDO CHINTARA WASENA

NIM : 1614401014

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

STIKES PERINTIS PADANG

TAHUN 2018/2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : **KEVIN ARLANDO CHINTARA WASENA**
NIM : **1614401014**
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Stroke Iskemik
Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr Achmad
Mochtar Bukittinggi Tahun 2019**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

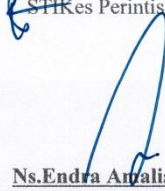
Bukittinggi, 23 Juli 2019

Pembimbing,



Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
NIK : 14201140985110727

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Analia, M.Kep
NIK : 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

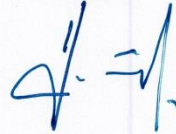
Nama Mahasiswa : **KEVIN ARLANDO CHINTARA WASENA**
NIM : **1614401014**
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Stroke Iskemik
Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr Achmad
Mochtar Bukittinggi Tahun 2019**

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 26 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I,



Ns. Muhammad Arif, M.Kep
NIK : 1420114098409051

Penguji II,



Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
NIK : 14201140985110727

**STIKES PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2019**

**Kevin Arlando CW
1614401014**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN STROKE ISKEMIK
DIRUANGAN NEUROLOGI RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2019**

V BAB + 108 Halaman + 11 Tabel + 3 Gambar + 5 Lampiran

Abstrak

Sebanyak 77% penyebab utama stroke adalah hipertensi. Menurut data dari WHO, 15 juta orang menderita stroke setiap tahun, 5,5 juta diantaranya meninggal, 10 juta lainnya mengalami cacat permanen. Tujuan dari laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di rumah sakit RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi 2019. Hasil laporan kasus menemukan data pada Tn.M. yaitu keluarga klien mengatakan klien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran, klien GCS 11, keluarga klien mengatakan klien sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit. Dari hasil pengkajian ditemukan masalah dengan Tn. M yaitu gangguan perfusi jaringan serebral, hambatan mobilitas, gangguan menelan, konstipasi, defisit perawatan diri. Berdasarkan masalah keperawatan di atas kemudian disusun rencana dan implementasikan tindakan keperawatan dan evaluasi yang mengacu pada tujuan dan hasil kriteria. Untuk mencegah peningkatan insiden stroke iskemik disarankan ke institusi rumah sakit untuk melakukan perawatan intensif dan memberikan informasi yang cukup kepada pasien mengenai stroke iskemik itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan perolehan informasi yang cukup maka pencegahan dapat segera dilakukan.

**Kata Kunci: Asuhan Keperawatan Stroke, Stroke Iskemik
Referensi: 11 (2002-2017)**

**Padang Perintis School of Health Sciences
STUDY PROGRAM D III NURSING
Scientific Papers, July 2019**

**Kevin Arlando CW
1614401014**

**NURSING CARE IN Mr. M WITH ISKEMIC STROKE IN THE NEUROLOGY
ROOM OF RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2019**

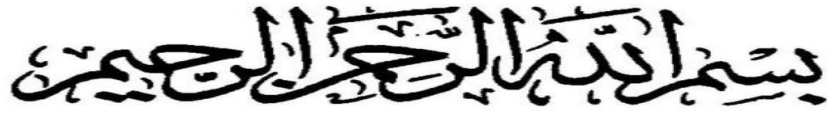
V BAB + 108 Pages + 11 Tables + 3 Pictures + 5 Attachments

Abstract

As many as 77% of the main causes of stroke are hypertension. According to data from WHO, 15 million people suffer a stroke every year, 5.5 million of them die, another 10 million suffer permanent disabilities. The purpose of this report is to be able to perform Nursing Care for patients with ischemic stroke in the hospital Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Hospital 2019. The results of the case report found data on Mr. M. i.e. the client's family said the client suddenly experienced a decrease in awareness, client of GCS 11, the client's family said the client had never been hospitalized before. From the results of the study found problems with Tn. M, namely cerebral tissue perfusion disorders, mobility barriers, swallowing disorders, constipation, self-care deficits. Based on the nursing problems above, a plan and implementation of nursing actions and evaluations are made that refer to the goals and outcomes of the criteria. To prevent an increase in the incidence of ischemic stroke, it is recommended to hospital institutions to conduct intensive care and provide sufficient information to patients about ischemic stroke itself and its aspects. With the acquisition of sufficient information, prevention can be done immediately.

**Keywords: Stroke Nursing Care, Ischemic Stroke
Reference: 11 (2002-2017)**

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur kehadirat Allah Swt penulis ucapkan, karena telah memberi nikmat kesehatan, kekuatan, pikiran yang jernih dan keterbukaan hati sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Studi Kasus ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019”**. Tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya Sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Shalawat Serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhamad Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan mendapatkan syafaatnya nanti. Aamiin Ya Rabbal Alamin

Selama proses penyusunan Laporan Studi Kasus ini penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan yang setulusnyayang telah banyak meluangkan waktu, pikiran dan tenaganya dalam membimbing penulis dengan sabar dan penuh keikhlasan menyelesaikan laporan studi kasus ini.

Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri,S.Kp,M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.

2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis.
3. Ibu Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan dan masukan dengan penuh kesabaran.
4. Bapak Ns. Muhammad Arif, M.Kep. selaku Penguji 1 dan pembimbing perbaikan yang telah banyak memberikan bimbingan dan masukan dengan penuh kesabaran.
5. Ibu Ns. Wetriati, S.Kep selaku pembimbing klinik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar kota Bukittinggi yang telah banyak memberikan bimbingan dan masukan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
6. Pimpinan beserta staf RSUD Dr. Achmad Mochtar kota Bukittinggi, Sumatra Barat yang telah membantu dalam pembuatan laporan studi kasus ini.
7. Kepada bapak dan ibu dosen dari Prodi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.
8. Terkhusus kepada kedua orang tuaku tercinta Bapak Abu Nawas dan Ibu Mardalena serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moril maupun material serta do'a yang tulus dan ikhlas demi kesuksesan penulis.
9. Kepada teman-teman mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatra Barat, khususnya Program Studi DIII Keperawatan

yang bersama dalam suka maupun duka serta membantu penulisan dan menyelesaikan laporan studi kasus ini.

Selanjutnya walaupun penulis telah berusaha menyusun laporan studi kasus ini sebaik mungkin, namun apabila terdapat kesalahan dan kekurangan, penulis mengharapkan kritik serta saran yang membangun. Akhirnya kepada Nya jualah kita berserah diri, semoga memberi manfaat untuk kita semua.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Bukittinggi, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Penulisan	5
1.2.1. Tujuan Umum	5
1.2.2. Tujuan Khusus	5
1.3. Manfaat Penulisan	6
1.3.1. Bagi Pelayanan Kesehatan	6
1.3.2. Bagi Pasien dan Keluarga	6
1.3.3. Bagi Mahasiswa	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
2.1. Konsep Dasar Penyakit.....	7
2.1.1. Pengertian	7
2.1.2. Anatomi dan Fisiologi	8
2.1.3. Etiologi	16
2.1.4. Manifestasi Klinis	20
2.1.5. Patofisiologi	24
2.1.6. Pemeriksaan Penunjang	28
2.1.7. Penatalaksanaan	30
2.1.8. Komplikasi	31
2.2. Asuhan Keperawatan Teoritis	33
2.2.1. Pengkajian	33
2.2.2. Kemungkinan Diagnosa yang Muncul	40
2.2.3. Rencana Asuhan Keperawatan Teoritis	42

BAB III TINJUAN KASUS	52
3.1. Pengkajian	52
3.2. Diagnosa Keperawatan	66
3.3. Intervensi Keperawatan	67
3.4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	72
BAB IV PEMBAHASAN	95
4.1. Pengkajian	95
4.2. Diagnosa Keperawatan	96
4.3. Intervensi Keperawatan	98
4.4. Implementasi Keperawatan	100
4.5. Evaluasi Keperawatan.....	102
BAB V PENUTUP	106
5.1. Kesimpulan	106
5.2. Saran	107

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Otak (Tarwoto Edisi II)	9
3.1 Pemeriksaan CT Scan Tn.M	59
3.2 Pemeriksaan EKG Tn.M	60

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Tingkat Kesadaran : GCS	36
2.2 Kekuatan Otot	37
2.3 Pemeriksaan Saraf Kranial	37
2.4 Rencana Asuhan Keperawatan Teoritis	42
3.1 Data Biologis Tn.M.....	58
3.2 Pemeriksaan Laboratorium Tn.M	60
3.3 Pemeriksaan Laboratorium Tn.M	61
3.4 Data Pengobatan Tn.M.....	61
3.5 Analisa Data	64
3.6 Intervensi Keperawatan Tn.M.....	67
3.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Tn.M	72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Riwayat Hidup

Lampiran 2 Lembar Konsultasi Bimbingan

Lampiran 3 Lembar Bimbingan Revisi

Lampiran 4 Lembar Bimbingan Manuskrip

Lampiran 5 Daftar Hadir Ujian Pengamatan Kasus

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke atau *Cerebrovascular disease* menurut *World Health Organization (WHO)* adalah “tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih”. Klasifikasi penyakit stroke terdiri dari beberapa kategori, diantaranya: berdasarkan kelainan patologis, secara garis besar stroke dibagi dalam 2 tipe yaitu: *ischemic stroke* disebut juga *infark* atau *non-hemorrhagic* disebabkan oleh gumpalan atau penyumbatan dalam arteri yang menuju keotak yang sebelumnya sudah mengalami proses aterosklerosis (Arifianto,2014).

Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan gejala hilangnya fungsi system saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian. Penyebab tersering terjadinya stroke adalah penyakit degeneratif arterial, baik aterosklerosis pada pembuluh darah besar (dengan trombo emboli) maupun penyakit pembuluh darah kecil (lipohialinosis). Kemungkinan berkembangnya penyakit degenerative arteri yang signifikan meningkat pada beberapa factor resiko vaskular, salah satunya adalah hipertensi (Hasmono, 2013).

Stroke dapat dibagi berdasarkan penyebabnya yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik. Stroke hemoragik terjadi akibat perdarahan atau rusaknya pembuluh darah otak. Sedangkan stroke iskemik terjadi akibat suplai darah ke otak terhambat atau terhenti. Stroke iskemik adalah tipe yang paling sering ditemukan, 85% dari seluruh kasus stroke. Sedangkan stroke hemoragik mencakup 15% dari seluruh kasus stroke (Lisiswanti, 2015). Faktor resiko stroke terbagi menjadi factor resiko yang dapat dimodifikasi dan factor resiko yang dapat dimodifikasi yaitu hipertensi, merokok, diabetes, dan obesitas. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia, jenis kelamin, berat badan lahir rendah (BBLR) dan genetic (Human, 2015). Sebanyak 77% penyebab utama stroke adalah hipertensi (Go dkk, 2014).

Menurut data dari WHO, 15 juta orang menderita stroke setiap tahunnya, 5,5 juta diantaranya meninggal, 10 juta lainnya mengalami kecacatan permanen. Di Indonesia stroke menjadi penyebab kematian dan kecacatan utama pada semua umur dengan prevalensi sebanyak 500.000 jiwa setiap tahun. Dari jumlah itu, sekitar 250.000 orang meninggal dunia, dan sisanya cacat ringan maupun berat (Lefrina dan Yeni, 2010). Diperkirakan angka ini akan terus meningkat, mengingat gaya hidup yang terus serbamudah, usia seseorang meningkat, kemiskinan, dan akses pelayanan kesehatan yang kurang memuaskan. Apabila angka kematian, kesakitan dan kecacatan ini terus meningkat maka akan berpengaruh terhadap produktivitas kerja dan meningkatnya biaya pengobatan (*World Health Organization*, 2013).

Di Asia Tenggara yaitu Indonesia dan Malaysia stroke merupakan penyakit nomor tiga yang mematikan setelah jantung dan kanker. Bahkan, menurut survey tahun 2004, stroke merupakan pembunuh nomor satu di rumah sakit. Jumlah penderita stroke di Indonesia dari tahun ketahun terus meningkat (Agonwar, 2016, Hernowo 2007).

Rendahnya kesadaran akan factor risiko stroke, kurang dikenalnya gejala stroke, belum optimalnya pelayanan stroke dan ketaatan terhadap program terapi untuk pencegahan stroke ulang yang rendah merupakan permasalahan yang muncul pada pelayanan stroke di Indonesia. Keempat hal tersebut berkontribusi terhadap peningkatan kejadian stroke baru, tingginya angka kematian akibat stroke, dan tingginya kejadian stroke ulang di Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2008).

Sumatera barat dalam prevalensi penyakit stroke iskemik menepati urutan keenam dari 33 provinsi setelah Provinsi NAD, Kepri, Gorontalo, DKI Jakarta, NTB dengan pesentase 10,6%. Menurut data BPS Kota Padang tahun 2011, stroke adalah penyebab kematian kelima di Kota Padang dengan persentase 8% setelah penyakit ketuaan/lansia, DM, Hipertensi, Jantung (Badan Pusat Statistik [BPS], 2011).

Dari hasil surve awal di RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi di dapatkan kejadian stroke hemoragik dan stroke non hemoragik dari januari 2017 sampai juni 2018 sebanyak 344 orang. Penyakit stroke non hemoragik merupakan

penyakit 2 terbanyak yang terdapat di ruangan Neorologi RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018. Selama perawatan, pasien stroke mengalami berbagai masalah keperawatan, sehingga membutuhkan proses keperawatan, proses keperawatan dilakukan untuk mengidentifikasi masalah, mencegah, dan mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien baik masalah keperawatan actual maupun potensial untuk meningkatkan kesehatan. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang diterima oleh pasien. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan menerapkan berbagai peran perawat. Selama berpraktek penulis menjalankan peran perawat sebagai perawat klinis edukator dan pemberi asuhan keperawatan, sehingga dapat membantu pasien yang mengalami masalah fisik maupun psikologis yang membutuhkan perawatan lebih lanjut.

Maka dari itu muncul gagasan untuk mengurangi agar tidak muncul penderita Stroke Iskemik (Non Hemoragik) dengan memberikan Asuhan Keperawatan kepada pasien dan keluarga pasien dan dari latar belakang tersebut penulis mengambil kasus tersebut sebagai penyusunan karya tulis ilmiah DIII Keperawatan dengan mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Stroke Iskemik di Ruang Neorologi RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.M dengan Stroke Iskemik di ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar stroke (pengertian, etiologi, anatomi fisiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, dan penatalaksanaan) Stroke Iskemik di ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
2. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien Tn. M Stroke Iskemik di ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
3. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan yang berhubungan dengan Stroke Iskemik di ruangan Neurologi khususnya pada Tn.M RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
4. Mahasiswa mampu menentukan intervensi yang berhubungan dengan Stroke Iskemik di ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
5. Mahasiswa mampu melakukan implementasi yang berhubungan dengan Stroke Iskemik di ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

6. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian yang berhubungan dengan Stroke Iskemik di ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Bagi pelayanan kesehatan

Dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, kolaborasi dengan disiplin ilmu kesehatan lainya serta melibatkan keluarga dalam merawat pasien stroke sehingga meningkatkan pelayanan kesehatan.

1.3.2 Bagi pasien dan keluarga pasien

Pasien dan keluarga pasien mengetahui penyakit dan perawatan Stroke Iskemik dan dapat mencegah terjadinya penyakit stroke berulang.

1.3.3 Bagi mahasiswa

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Iskemik dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Pengertian

Stroke adalah cedera vascular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak. Cedera dapat disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan pembuluh darah, sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah. Semua ini menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai. Stroke mungkin menampilkan gejala, mungkin juga tidak (stroke tanpa gejala disebut silent stroke), tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan. (valery feigin, 2002).

Menurut Ir. B Mahendra dan dr. Evi Rachmawati N.H. Stroke iskemik merupakan 80% dari semua kejadian stroke. Stroke iskemik dapat terjadi bila asupan darah ke otak berkurang atau terhenti. Derajat dan gangguan dari otak bervariasi tergantung dari pembuluh darah yang terkena dan luas daerah yang dialiri darah oleh pembuluh darah tersebut. Bila stroke terjadi, otak akan mengalami gangguan homeostasis (keseimbangan dalam pengaturan cairan dan elektrolit), terjadi penimbunan cairan dalam sel dan ion-ion kalsium serta kalium yang berlebihan didalam sel otak. Akibatnya, otak akan membengkak dan terjadilah edema otak. Edema otak ini sangat berbahaya jika tidak di tangani karena dapat menyebabkan kematian, Stroke non hemoragik

atau disebut juga dengan stroke iskemik atau stroke infark biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari. Namun menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. (Wijaya, 2013).

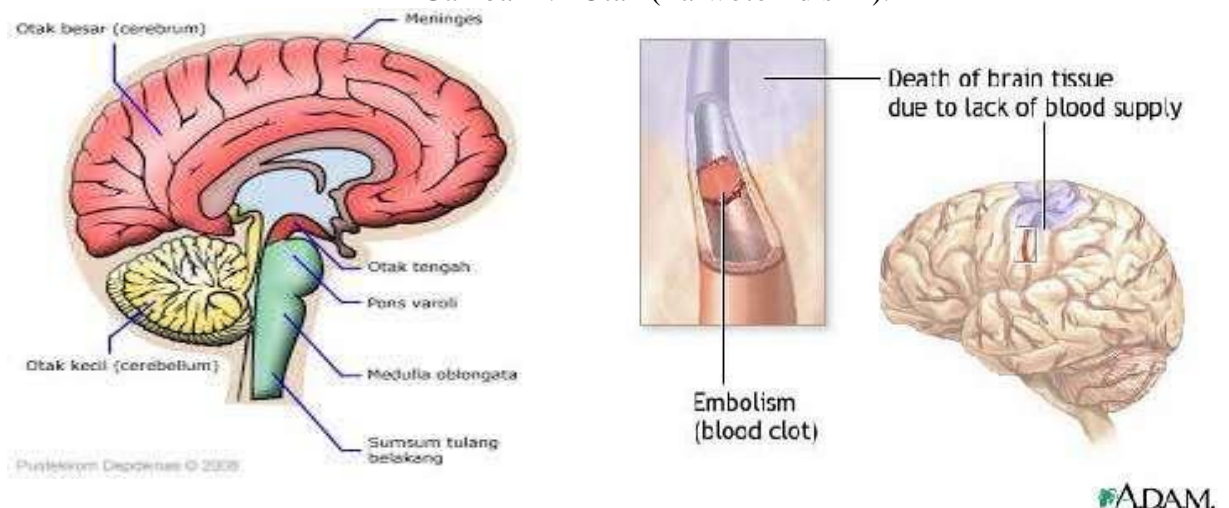
Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa stroke iskemik adalah terjadi ketika terdapat sumbatan bekuan darah dalam pembuluh darah di otak atau arteri yang menuju ke otak, sindroma klinis yang awalnya timbul mendadak, progresi cepat berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik.

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

Sistem saraf manusia mempunyai struktur yang kompleks dengan berbagai fungsi yang berbeda dan saling mempengaruhi. Satu fungsi saraf terganggu secara fisiologi akan berpengaruh terhadap fungsi tubuh yang lain. Sistem saraf dikelompokkan menjadi dua bagian besar yaitu susunan saraf pusat/central nervous system (CNS) dan susunan saraf perifer/peripheral nervous system (PNS). Susunan saraf pusat terdiri dari otak dan medulla spinalis, sedangkan saraf perifer terdiri atas saraf-saraf yang keluar dari otak (12 pasang) dan saraf-saraf yang keluar dari medulla spinalis (31 pasang). Menurut fungsinya saraf perifer dibagi atas saraf afferent (sensorik) dan efferent (motorik). Saraf afferent (sensorik) menghantarkan informasi dari reseptor- reseptor khusus yang berada

pada organ permukaan atau bagian dalam ke otak dan medulla spinal ke organ-organ tubuh seperti otot rangka, otot jantung, otot-otot bagian dalam dan kelenjer-kelenjer. Saraf motorik kemudian dibagi menjadi dua yaitu system saraf somatic dan system saraf otonomik. Sistem saraf somatic berperan dalam interaksi antara tubuh dengan lingkungan luar. Serabut sarafny berada pada sel-sel otot rangka. Sistem saraf otonomik dibagi atas simpatis dan parasimpatis yang berperan dalam interaksi dengan lingkungan internal seperti pada otot janntung, kelenjar dan lain-lain. (Tarwoto edisi II).

Gambar 2.1 Otak (Tarwoto Edisi II).



- a. Pembagian Sistem Saraf
 1. Sistem Saraf Pusat
 - a. Otak
 - b. Medulla Spinalis
 2. Sistem Saraf Perifer
 - a. Afferent (sensorik)

b. Efferent (motorik)

- 1). Sistem saraf somatik.
- 2). Sistem saraf otomatis.

1. Sistem Saraf Pusat

a. Otak

Otak merupakan jaringan yang paling banyak memakai energi dalam seluruh tubuh manusia dan terutama berasal dari proses metabolisme oksidasi glukosa. Otak berada pada ruang cranial dan dilindungi oleh tulang-tulang tengkorak yang disebut cranium.

b. Tulang – tulang cranium

Otak terletak dalam ruang tertutup oleh cranium, tulang-tulang penyusun cranium disebut tengkorak yang berfungsi melindungi organ-organ vital. Ada Sembilan tulang yang membentuk cranium yaitu tulang frontal oksipital, sphenoid, etmoid, temporal dua buah, parietal dua buah. Tulang-tulang tengkorak dihubungkan oleh sutura.

c. Meningen

Meningen adalah jaringan membrane penghubung yang melampisi otak dan medulla spinalis. Ada tiga lapisan meningen yaitu : duramater, arachnoid, dan piamater. Duramater adalah lapisan luar meninges, merupakan lapisan yang liat, kasar dan mempunyai dua lapisan membrane. Arachnoid adalah membrane bagian tengah, tipis dan

terbentuk lapisan laba-laba. Sedangkan piamater merupakan lapisan paling dalam, tipis, merupakan membrane vaskuler yang membungkus seluruh lapisan otak antara lapisan satu dengan lainnya terdapat suatu meningeal yaitu : ruang epidural merupakan ruang antara tengkorak dan lapisan luar duramater, ruang supdural yaitu ruang antara lapisan dalam duramater dengan membrane arachnoid, ruang subarachnoid yaitu ruang antara arachnoid dengan piamater. Pada ruang subarachnoid ini terdapat cairan cerebrospinal (CSF)

d. Korteks Serebri.

Merupakan lapisan bagian atas dari cerebrum yang tebalnya 2-5mm dan tersusun sebagian besar oleh gray matter dan hampir 75% sel bodi saraf dan denrit berada pada korteks serebri. Semua aktivitas tubuh dikendalikan oleh korteks serebri sesuai dengan areanya. Pada korteks serebri terdapat area-area tertentu yang dipetakan menggunakan angka oleh Brodmann (1909). Menurut Brodmann permukaan korteks dapat dibagi menjadi sebagian besar daerah-daerah arsitektural sel-sel. Masing-masing area mempunyai arti fungsional yang jelas dan spesifik.

e. Cerebrum.

Cerebrum adalah bagian otak yang paling besar, kira-kira 80% dari berat otak. Cerebrum mempunyai dua hemisfer

yang dihubungkan oleh korpus kallosum yaitu hemisfer kanan dan hemisfer kiri. Baik hemisfer kanan dan kiri, menginterpretasi data sensorial yang masuk, menyimpan memori belajar. Namun demikian masing-masing hemisfer mempunyai dominasi tertentu, seperti pada hemisfer kanan lebih dominan dalam mengasimilasi pengalaman sensorial visual, informasi, aktivitas musik, seni, menari. Pada hemisfer kiri lebih dominan pada kemampuan analisis, bahasa, bicara, matematika dan berfikir abstrak. Setiap hemisfer terbagi atas empat lobus yaitu :

1. *Lobus frontal*

Area ini mengandung daerah-daerah motorik dan pramotorik, berfungsi sebagai aktivitas motorik, fungsi intelektual, emosi dan fungsi fisik. Pada frontal bagian kiri terdapat area Broca yang berfungsi sebagai pusat motorik bahasa. Kerusakan area Broca dapat mengakibatkan afasia motorik (ekspresif) yang ditandai ketidakmampuan pasien untuk mengungkapkan pikiran-pikiran yang dapat dimengerti dalam bentuk bicara.

2. *Lobus parietal*

Adalah daerah korteks yang terletak di belakang sulkus sentralis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk sensorial peraba dan pendengaran.

3. *Lobus temporal*

Adalah area asosiasi primer untuk informasi auditorik dan mencakup area Wernicke tempat interpretasi bahasa. Lobus ini juga terlibat dalam interpretasi dan penyimpanan ingatan.

4. *Lobus oksipital*

Adalah lobus posterior korteks serebrum terletak di belakang. Lobus ini terlibat dalam interpretasi bau dan penyimpanan ingatan.

f. Diencephalon

yang merupakan area korteks asosiasi pendengaran. Kerusakan pada area ini dapat mengakibatkan gangguan bicara atau menulis karena ketidakmampuan menangkap suara dari luar. Pada lobus temporal bagian medial terdapat hipokampus yang berperan dalam proses memori.

1. *Lobus oksipital* mengandung area visual otak, berfungsi sebagai penerima informasi dan menafsirkan warna, refleksi visual. Pada lobus ini terdapat korteks area penglihatan primer (area Brodmann 17). Impuls penglihatan akan diantarkan ke area 17 kemudian akan diantarkan ke area Brodmann 18 dan 19 yang merupakan korteks area asosiasi penglihatan untuk diasosiasikan.

g. Diencephalon

Diencephalon terletak di atas batang otak dan terdiri atas tiga

bagian yaitu :

1) *Thalamus*

Adalah masa sel saraf besar yang berbentuk telur, terletak pada substansi alba. Thalamus berfungsi sebagai stasiun relay dan integrasi dari medulla spinalis ke korteks cerebri dan bagian lain dari otak.

2) *Hypothalamus*

Terletak dibawah thalamus, berfungsi dalam mempertahankan homeostasis seperti pengaturan suhu tubuh, rasa haus, lapar, respon system saraf otonom dan control terhadap sekresi hormone dalam kelenjar pituitary.

3) *Epithalamus*

Dipercaya berperan dalam pertumbuhan fisik dan perkembangan seksual.

4) Batang Otak

Terdiri atas otak tengah (mesecephalon), pons dan medulla oblongata. Batang otak berfungsi pengaturan reflek untuk fungsi vital tubuh. Otak tengah mempunyai fungsi utama sebagai stimulus pergerakan otot dari dan ke otak. Misalnya control reflex pergerakan mata akibat adanya stimulus pada nervus cranial III dan IV. Pons menghubungkan otak tengah dengan medulla oblongata, berfungsi sebagai pusat-pusat reflex

pernafasan dan mempengaruhi tingkat karbon dioksida, aktivitas fasomotor. Medulla oblongata didalamnya terdapat pusat reflek pernafasan, bersin, menelan, batuk, muntah, sekresi saliva dan vasokonstriksi. Saraf cranial IX, X, XI, dan XII keluar dari medulla oblongata. Pada batang otak terdapat juga system retikularis yaitu system sel saraf dan serat penghubungnya dalam otak yang menghubungkan semua traktus ascendens dan descendes dengan semua bagian lain dari system saraf pusat. System ini berfungsi sebagai integrator seluruh system saraf seperti dalam tidur, kesadaran, regulasi suhu, respirasi dan metabolisme.

5) Reticular Formation

Merupakan tempat kumpulan jaringan kompleks dari gray matter yang meliputi jalur ascending reticular yang menghubungkan jalur medulla spinalis ke diencephalon basal ganglia serebrum dan serebellum. Reticular formation berperan dalam membantu pengaturan pergerakan otot rangka dan reflex spinal. Salah satu komponen reticular formation adalah reticular activating system yang berperan dalam pengaturan tidur dan tingkat kesadaran.

2.1.3 Etiologi

Stroke biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian :

- a. Trombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher)
- b. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain)
- c. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak)
- d. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak).

Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori bicara, atau sensasi. Trombosis serebral. Arteriosklerosis serebral dan pelambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral, yang adalah penyebab paling umum stroke.

Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah awitan yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intracerebral tidak terjadi dengan tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau parestesia pada setengah tubuh dapat mendahului awitan pralisis berat pada beberapa jam atau hari Embolisme serebral.

Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infeksi, penyakit jantung reumatik, dan infark miokard, serta infeksi pulmonal,

adalah tempat-tempat di asal emboli. Mungkin saja bawah pemasangan katup jantung prostetik dapat mencetuskan stroke, karena terdapat peningkatan insiden embolisme setelah prosedur ini. (Brunner & Suddarth edisi 8). Menurut dr. Valery Feigin, PhD faktor resiko yang tidak dapat di modifikasi ini mencakup penuaan, kecenderungan genetik, dan suku bangsa.

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke :

a. Faktor yang tidak dapat dirubah (Non Reversible)

1. Jenis kelamin dan penuaan

Pria berusia kurang dari 65 tahun memiliki resiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intraserebrum lebih tinggi 20% daripada wanita. Namun, wanita usia berapa pun memiliki resiko perdarahan subarahnoid sekitar 50% lebih besar. Dibandingkan pria, wanita juga tiga kali lipat lebih mungkin mengalami aneurisma intrakranium yang tidak pecah. Perbedaan gender ini tidak terlalu mencolok pada kelompok usia dewasa muda, dimana stroke mengenai pria dan wanita hampir sama banyak. Resiko terkena stroke meningkat sejak usia 45 tahun.

Setelah mencapai usia 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 11-20%, dengan peningkatan bertambah seiring usia. Orang berusia lebih dari 65 tahun memiliki risiko paling tinggi, tetapi hampir 25% dari semua stroke terjadi pada orang berusia kurang dari ini,

dan hampir 4% terjadi pada orang berusia antara 15-40 tahun. Stroke jarang terjadi pada anak berusia kurang dari 15 tahun, tetapi jika terjadi, stroke ini biasanya disebabkan oleh penyakit jantung bawaan, kelainan pembuluh darah, trauma kepala atau leher, migrain, atau penyakit darah.

b. Faktor yang dapat dirubah (Reversible)

1. Hipertensi

Meningkatnya risiko stroke dan penyakit kardiovaskuler lain berawal pada tekanan 115/75 mmHg dan meningkat dua kali lipat setiap peningkatan 20/10 mmHg. Orang yang jelas menderita hipertensi (tekanan darah sistolik sama atau lebih besar dari 140mmHg atau tekanan darah diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg) memiliki risiko stroke tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tekanan darahnya normal atau rendah. Untuk orang yang berusia di atas 50 tahun, tekanan darah sistolik yang tinggi (140 mmHg atau lebih) dianggap sebagai faktor risiko untuk stroke atau penyakit kardiovaskuler lain yang lebih besar dibandingkan dengan tekanan darah diastolik yang tinggi. Namun, tekanan darah meningkat seiring usia dan orang yang memiliki tekanan darah normal pada usia 55 tahun mempunyai risiko stroke hampir dua kali lipat dibandingkan orang berusia muda.

2. Penyakit jantung

Orang yang mengidap masalah jantung, misalnya angina, fibrilasi atrium, gagal jantung, kelainan katup, katup buatan, dan cacat jantung bawaan, berisiko besar mengalami stroke. Bekuan darah yang dikenal sebagai embolus, kadang-kadang terbentuk di jantung akibat adanya kelainan di katup jantung, irama jantung yang tidak teratur, atau setelah serangan jantung. Embolus ini terlepas dan mengalir ke otak atau bagian tubuh lain. Setelah berada di otak, bekuan darah tersebut dapat menyumbat arteri dan menimbulkan stroke iskemik.

3. Kolesterol tinggi

Meskipun zat lemak (lipid) merupakan komponen integral dari tubuh kita, kadar lemak darah (terutama kolesterol dan trigleserida) yang tinggi meningkatkan risiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner. Keadaan ini juga dikaitkan dengan peningkatan 20% risiko stroke iskemik atau TIA.

4. Obesitas

Untuk mempertahankan berat badan, seorang dewasa yang sehat rata-rata memerlukan asupan makanan harian sekitar 30-35 kkal untuk setiap kilogram beratnya. Bagi orang yang lebih tua kebutuhan ini mungkin lebih sedikit, terutama jika mereka tidak banyak beraktivitas fisik. Makanan yang tidak sehat dan tidak seimbang (misalnya, makanan yang kaya

lemak jenuh, kolesterol, atau garam dan kurang buah serta sayuran) adalah salah satu faktor risiko stroke yang paling signifikan.

5. Diabete mellitus

Mengidap penyakit ini akan menggandakan kemungkinan terkena stroke, karena diabetes menimbulkan perubahan pada sistem vascular (pembuluh darah dan jantung) serta mendorong terjadinya aterosklerosis.

6. Strees emosional

Kadang-kadang pekerjaan, hubungan pribadi, keuangan, dan faktorfaktor lain menimbulkan stres psikologis, dan penyebabnya tidak selalu dapat dihilangkan. Meskipun sebagian besar pakar stroke menganggap bahwa serangan stres yang timbul sekali-sekali bukan merupakan faktor risiko stroke, namun stres jangka panjang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan kadar kolesterol.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke Iskemik, gejala klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks

bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
- c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara) Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri.

Afasia dibagi menjadi 3 yaitu:

(1) Afasia motorik

Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak

dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

(2) Sensorik

Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren.

(3) Afasia global

Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

e. Disartria (bicara cedel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

f. Gangguan penglihatan, diplopia.

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital.

Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI.

g. Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.

h. Inkontinensia.

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

Manifestasi stroke iskemik :

1. **Transient Ischemic Attack (TIA) atau serangan stroke sementara**

Pada TIA, kelainan neurologis yang timbul berlangsung hanya dalam hitungan menit sampai sehari penuh. TIA biasanya disebabkan oleh sumbatan karena thrombus atau emboli. Gejala dan tanda-tandanya sesuai dengan bagian yang terserang, apakah pada sistem karotis atau vertebrobasilaris. Gejala TIA yang disebabkan terserangnya sistem karotis adalah gangguan penglihatan pada satu mata tanpa disertai rasa nyeri (amaurosis fugax), terutama bila disertai dengan:

- a. Kelumpuhan lengan, tungkai, atau keduanya pada sisi yang sama.

- b. Deficit motorik dan sensorik pada wajah. Wajah dan lengan atau tungkai saja secara unilateral.
- c. Kesulitan untuk berbahasa, sulit mengerti atau berbicara, pemakaian katakata yang salah atau diubah.

Gejala TIA yang disebabkan terserangnya sistem vertebrobasilaris sebagai berikut:

- a. Vertigo dengan atau tanpa muntah dan atau muntah, terutama bila disertai dengan diplopia, disfagi, atau disartri.
- b. Mendadak tidak stabil.
- c. Gangguan visual, motorik, sensorik, unilateral, atau bilateral.
- d. Hemianopsia homonym.
- e. Serangan drop atau drop attack (Iskandar 2011)

Menurut (Anurogo, 2014) gambaran klinis stroke iskemik meliputi: penurunan kesadaran, kelemahan dan atau kesemutan satu sisi tubuh, bicara pelo, wajah mencong, sulit menelan, tiba-tiba tidak bisa melihat, dan dapat menyebabkan kematian.

2.1.5 Patofisiologi dan WOC

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal

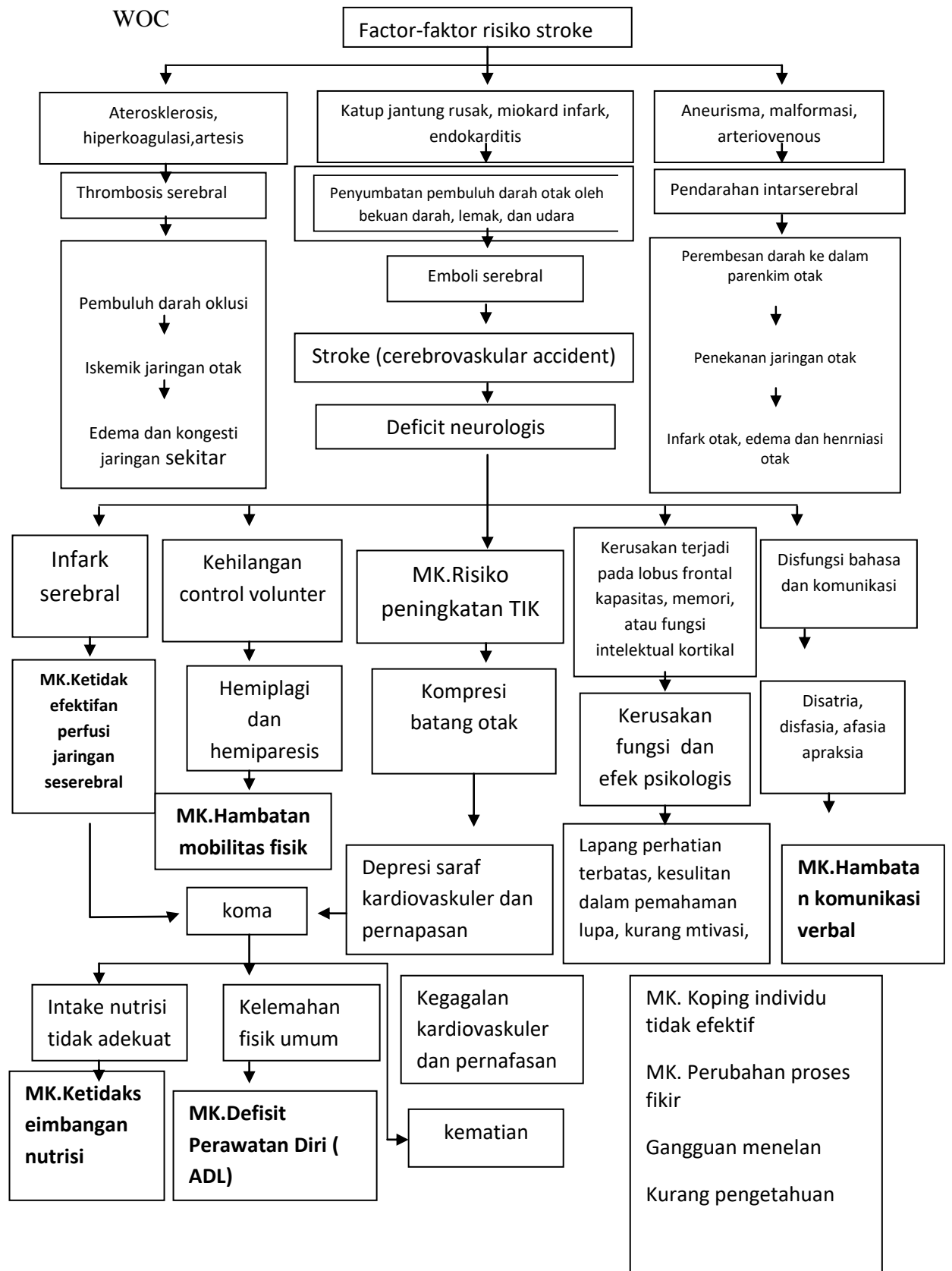
(trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung).

Arterosklerosis sering sebagai factor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena itu thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif.

Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau rupture Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah.

Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebrovaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebei atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus peradarahan otak di neklesus kaudatus, talamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan inversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung. Selain kerusakan perenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan 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 dan sekitarnya tertekan lagi. (Arif Mutaqin, 2013).



Referensi dan masalah keperawatan nanda (Arif Mutakin,2013)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

1. Pemeriksaan Darah Lengkap

Darah yang diperiksa antara lain jumlah sel darah merah, sel darah putih, leukosit, trombosit, dan lain-lain.

2. Tes darah Koagulasi

Tes ini terdiri dari tiga pemeriksaan, yaitu prothombin time, partial thromboplastin time (PTT), international normalized ratio (INR), dan agregasi trombosit. Keempat tes ini gunanya untuk mengukur seberapa cepat darah si pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah.

3. Tes Kimia Darah

Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dan lain-lain. Andai kata kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes atau jantung. Kedua penyakit ini termasuk kedalam salah satu pemicu stroke

b. Pemeriksaan penunjang menurut Tarwoto edisi II :

1. Angiografi serebri

Adalah proses dengan menggunakan sinar -X terhadap sirkulasi serebri setelah zat kontras disuntikan kedalam arteri yang di pilih. Juga di gunakan untuk menyelidiki penyakit vascular, aneurisma, dan malformasi arteriovena dilakukan sebelum klien menjalani kraniotomi sehingga

arteri dan vena serebriterlihat dan untuk menentukan letak,ukuran,dan proses patologis.Angiografi serebri merupakan pilihan terakhir bila dengan pemeriksaan CT scan dan MRI diagnosis masih belum bisa ditegakkan(W.Hacke dan H. Kramer,1991).

2. Magnetic Imaging Resnance (MRI)

MRI mampu mendeteksi berbagai kelainan otak dan pembuluh darah otak yang sangat kecil yang tak mungkin dijangkau CT-Scan. Juga dapat menentukan daerah-daerah mana saja yang rusak oleh stroke iskemik.

3. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

4. *Computerized Tomography Scanning* (CT-Scan)

CT-Scan memanfaatkan sinar-X untuk mengambil gambar otak dan kepala. Sinar-X diserap secara berbeda-beda oleh beberapa bagian tubuh. Dari situ nanti akan tergambar jaringan lunak, tulang, pembuluh darah, dan jaringan otak.

5. *Cerebral Angiography*

Peralatan ini dimanfaatkan untuk memindai aliran darah yang melewati pembuluh darah otak. Angiography dilakukan dengan cara memasukan kateter kedalam tubuh. Didalam kateter itu disuntikan cairan kontras ke dalam pembuluh darah arteri dileher maupun lipat paha. Cairan

kontras bertujuan memberikan jalan sekaligus memberikan “lampu penerangan” bagi kateter. Kemudian sinar-X akan mengikuti gambar yang diarahkan oleh cairan kontras itu melalui pembuluh darah.

2.1.7 Penatalaksanaan

a. Keperawatan

1. Fase akut

Pasien yang koma dalam pada saat masuk rumah sakit dipertimbangkan mempunyai prognosis buruk. Sebaliknya, pasien sadar penuh menghadapi hasil yang lebih dapat diharapkan. Fase akut biasanya berakhir 48 sampai 72 jam. Dengan mempertahankan jalan napas dan ventilasi adekuat adalah prioritas dalam fase akut ini.

- a. Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
- b. Intubasi endotrakea dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, karena henti pernafasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
- c. Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia), yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan

napas, immobilitas, atau hipoventilasi.

- d. Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda gagal jantung kongestif.

b. Medis

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari trombosit dapat diserepkan karena trombosit memainkan peran sangat dalam pembentukan trombus dan embolisasi

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, dan luasnya area cedera.

- a. **Hipoksia serebral** diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenisasi jaringan.
- b. **Aliran darah serebral** bergantung pada tekanan darah. Curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral.

Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi eksterm perlu dihindari dari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

- c. **Embolisme serebral** dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan pengehentika trombus lokal. Selain itu, disritmia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan. Hasil dari pengkajian adalah terkumpulnya data, sehingga proses ini sangat penting dalam terkumpulnya data, sehingga proses ini sangat penting dalam akurasi data yang dikumpulkan. Data yang terkumpulkan meliputi : Riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (test diagnostik, laboratorium)

a. Riwayat kesehatan

Beberapa hal yang harus dikaji dalam riwayat kesehatan pada gangguan sistem persarafan diantaranya adalah data umum pasien,

keluhan utama pasien, riwayat penyakit yang lalu dan riwayat kesehatan keluarga.

b. Data umum pasien

Data umum pasien yang perlu dikaji diantaranya :

1. Data demografi meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat rumah.
2. Pekerjaan : jelaskan aktivitas sehari-hari pasien, jenis pekerjaan.
3. Lingkungan : apakah terekspos pencemaran lingkungan seperti bahan kimia, listrik, polusi udara, dll.
4. Tingkat intelektual : riwayat pendidikan, pola komunikasi
5. Status emosi : ekspresi wajah, perasaan tentang dirinya, keluarga pemberi pelayanan kesehatan, penerimaan stres dan coping mekanisme.
6. Riwayat pengobatan : obat-obatan yang pernah diberikan (nama, penggunaan, dosis, berapa lama), keadaan setelah pengobatan, alergi obat dan makanan. Kebiasaan minum alkohol, obat-obatan, rokok.
7. Pelayanan kesehatan : puskesmas, klinik, dokter praktek.

c. Keluhan utama

1. Trauma : urutan kejadian, waktu kejadian, siapa yang menangani, pengobatan yang diberikan, keadaan trauma.
2. Infeksi akut : kejadian, tanda dan gejala kejang, tempat

infeksi, sumber infeksi, penanganan yang sudah diberikan dan responya.

3. Kejang : urutan kejadian, karakter dari gejala kejang, kemungkinan faktor pencetus, riwayat kejang, penggunaan obat kejang.
4. Nyeri : lokasi, kualitas, intensitas, lamanya, menetap atau tidak penanganan sebelumnya.
5. Gaya berjalan : seimbang, kaki diseret, gangguan aktivitas.
6. Vertigo : kejadian, faktor pencetus, mual dan muntah, tinitus, perubahan kognitif, perubahan penglihatan, nyeri dada.
7. Kelemahan : kejadian, lamanya, reflek menelan, adakah batuk, bagaimana jika menelan air atau lebih padat.

d. Riwayat kesehatan yang lalu

1. Apakah ada trauma : kepala, tulang belakang, spinal cord, trauma lahir, trauma saraf.
2. Apakah ada kelainan kongenital, deformitas/kecacatan.
3. Adakah penyakit stroke.
4. Adakah encephalitis dan meningitis.
5. Adakah gangguan kardiovaskuler : hipertensi, aneurisma, disritmia, pembedahan jantung, tromboemboli.

e. Riwayat keluarga

Epilepsi dan kejang, Nyeri kepala, Retardasi mental, Stroke, Gangguan psikiatri, Penggunaan alkohol, rokok, dan obat-obatan terlarang, Penyakit keturunan : DM, muskular distropi.

f. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui kelainan dari fungsi neurologi. Pemeriksaan fisik yang lengkap meliputi : tanda vital, status mental, pemeriksaan kepala, leher dan punggung, saraf kranial, saraf sensorik, saraf motorik, refleks dan sistem saraf otonom.

g. Tanda vital

Sebelum melakukan tindakan yang lain, yang harus diperhatikan adalah tanda vital, karena sangat berhubungan dengan fungsi kehidupan dan tanda-tanda lain yang berkaitan dengan masalah yang terjadi. Misalnya, pada pasien dengan spinal cord injury akan ditemukan masalah klasik hipotensi, bradikardia, dan hipotermia karena hilangnya fungsi saraf simpatis. Tidak adekuatnya perfusi organ vital dapat diakibatkan oleh tekanan darah yang tidak adekuat. Perubahan tanda vital dapat pula terjadi pada peningkatan tekanan intrakranial. Tubuh akan berusaha untuk mencukupi kebutuhan oksigen dan glukosa di otak dengan meningkatkan aliran darah ke otak sebagai akibat meningkatnya tekanan

intrakranial. Demikian juga dengan respirasi rate juga terganggu jika terjadi peningkatan tekanan intrakranial.

h. Status mental

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran : GCS

Respon Membuka Mata	Nilai
Spontan	4
Terhadap bicara	3
Terhadap nyeri	2
Tidak ada respon	1
Respon Verbal	Nilai
Terorientasi	5
Percakapan membingungkan	4
Penggunaan kata-kata yang tidak sesuai	3
Suara menggumam	2
Tidak ada respon	1
Respon Motorik	Nilai
Mengikuti perintah	6
Menunjuk tempat rangsangan	5
Menghindar dari stimulus	4
Fleksi abnormal (dekortikasi)	3
Ektensi abnormal	2
Tidak ada respon	1

Tabel 2.2 Kekuatan Otot

Respon	Nilai
Tidak ada kontraksi otot.	0
Ada tanda dari kontraksi.	1
Bergerak tapi tak mampu menahan gaya gravitasi.	2
Beregerak melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan otot pemeriksa.	3
Bergerak dengan lemah terhadap tahanan dari otot pemeriksa	4
Dapat menahan tahanan dari otot pemeriksa	
Kekuatan dan rangsangan yang normal.	5

Tabel 2.3 Pemeriksaan Saraf Kranial

NO.	Syaraf Kranial	Cara Pemeriksaan
1.	N. Olfactori Saraf sensorik Untuk penciuman.	Pasien memejamkan mata, disuruh membedakan bau yang dirasakan (kopi, teh, dll)
2.	N. Optikus Saraf sensorik. Untuk penglihatan.	Dengan <i>snellen card</i> , dan periksa lapang pandang.
3.	N. Okulomotoris Saraf motorik. Untuk mengangkat kelopak mata keatas, kontraksi pupil, dan sebagian gerak ekstraokuler.	Tes putaran bola mata, menggerakkan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi kelopak mata.
4.	N. Trochlearis. Saraf motorik. Gerakan mata ke bawah dan ke dalam.	Sama seperti nervus III
5.	N. Trigeminus. Saraf motorik. Gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, refleks kornea dan refleks kedip.	Menggerakkan rahang kesemua sisi, pasien memejamkan mata, sentuh dengan kapas pada dahi atau pipi, menyentuh permukaan kornea dengan kapas.
6.	N. Abdusen Saraf motorik. Deviasi mata kelateral.	Sama seperti nervus III
7.	N. Fasialis. Saraf motorik. Untuk ekspresi, wajah.	Senyum, bersiul, mengangkat alis, mata, menutup kelopak mata dengan tahanan, menjulurkan lidah untuk membedakan gula dan garam.
8.	N. Vestibulocochlearis. Saraf sensorik. Untuk pendengaran dan keseimbangan.	Test webber dan rinne.
9.	N. Glosfaringeus. Saraf sensorik dan motorik, Untuk sensasi rasa.	Membedakan rasa manis dan asam.

10.	N. Vagus. Saraf sensorik dan motoric. Refleks muntah dan menelan.	Menyentuh faring posterior, pasien menelan saliva, disuruh mengucap ah...
11.	N. Asesoris. Saraf motori Untuk menggerakkan bahu.	Suruh pasien untuk menggerakkan bahu dan lakukan tahanan sambil pasien melawan tahanan tersebut.
12.	N. Hipoglosus. Saraf motoric. Untuk gerakan lidah.	Pasien disuruh menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi.

i. Pemeriksaan Fungsi Refleks

1. Refleks Bisep

- 1) Pasien duduk dilantai
- 2) Lengan rileks, posisi antara fleksi dan ekstensi dan sedikit pronasi, lengan diletakkan diatas lengan pemeriksa
- 3) Stimulus: ketukan pada jari pemeriksa pada tendon m. biceps brachii, posisi lengan setengah ditekuk pada sendi siku.
- 4) Respon: fleksi lengan pada sendi siku.

2. Refleks Trisep

- 1) Pasien duduk dengan rileks
- 2) Lengan pasien diletakkan diatas lengan pemeriksa
- 3) Pukul tendon trisep melalui fosa olekrani
- 4) Stimulus: ketukan pada tendon otot triceps brachii, posisi lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi.

5) Respon: ekstensi lengan bawah disendi siku.

3. Refleks Patella

- 1) Pasien duduk santai dengan tungkai menjuntai
- 2) Raba daerah kanan-kiri tendon untuk menentukan daerah yang tepat.
- 3) Tangan pemeriksa memegang paha pasien
- 4) Ketuk tendon patella dengan palu refleks menggunakan tangan yang lain.
- 5) Respon: pemeriksa akan merasakan kontraksi otot kuadrisep, ekstensi tungkai bawah
- 6) Stimulus: ketukan pada tendon patella
- 7) Respon: ekstensi tungkai bawah karena kontraksi m.quadrisep femoris.

4. Refleks Babinski

Lakukan goresan pada telapak kaki dari arah tumit ke arah jari melalui sisi lateral. Orang normal akan memberikan respon fleksi jari-jari dan penarikan tungkai. Pada lesi UMN maka akan timbul respon jempol kaki akan dorsofleksi, sedangkan jari-jari lain akan menyebar atau membuka. Normal pada bayi masih ada.

5. Refleks Achilles

Ketukan pada tendon Achilles. Respon: plantar fleksi longlegs karena kontraksi m.gastrocnemius.

6. Refleks Kornea

Dengan cara menyentuhkan kapas pada limbus, hasil positif bila mengedip (N IV & X).

7. Refleks Faring

Faring digores dengan spatel, reaksi positif bila ada reaksi muntahan (N IX & X).

2.2.2 Kemungkinan Diagnosa yang muncul

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nervus hipoglosus dan vagus.
3. Hambatan mobilitas tempat di tidur berhubungan dengan neuromuskuler.
4. Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kelemahan neuromuskuler.
5. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi
6. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf cranial.
7. Kurangnya pengetahuan

2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2.4 Rencana Asuhan Keperawatan Teoritis

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak	Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan kriteria hasil : -tingkat kesadaran meningkat. -gelisah menurun. -tekanan darah membaik	O: - identifikasi peningkatan tekanan intracranial. - monitor peningkatan TD. - monitor penurunan frekuensi jantung - monitor ireguleritas irama nafas - monitor penurunan tingkat kesadaran. - monitor perlambatan atau ketidak simetrisan respon pupil. - monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - monitor tekanan perfusi serebral - monitor jumlah kecepatan,dan karakteristik,drainase cairan serebrospinal - -monitor efek stimulus

			<p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambil sampel drainase cairan serebrospinal. - kalibrasi transduser. - pertahankan sterilitas system pemantauan . - pertahankan posisi kepala dan leher netral. - dokumentasikan hasil pemantauan,jika perlu. - atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. - doumentasi hasil pemantauan. <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - -jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
--	--	--	---

No	SDKI	SLKI	SIKI
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromukuler	Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam didapatkan	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

		<p>hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pergerakan esktremitas meningkat -kekuatan otot meningkat -nyeri menurun -kecemasan menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur). <p>K :</p> <p>Konsultasi kesehatan</p>
--	--	---	---

No	SDKI	SLKI	SIKI
3	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf cranial	Setelah dilakukan pengkajian 1x24 jam di dapatkan hasil: -reflek menelan meningkat -kemampuan mengunyah meningkat -batuk menurun -gelisah menurun -muntah menurun -penerimaan makanan membaik	O: <ul style="list-style-type: none"> - Periksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengakultasi hembusan udara - Monitor tetesan makanan pada pompa setiap jam - Monitor rasa penuh,mual,dan muntah. - Monitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enteral,jika perlu - Monitor pola buang air besar setiap 4-8 jam,jia perlu T: <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang - Berikan tanda pada selang

			<p>untuk mempertahankan lokasi yang tepat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan - Irigasi selang dengan 30 ml air setiap 4-6 jam selama pemberian makan dan setelah pemberian makan intermitan - Hindari pemberian makan lewat selang 1 jam sebelum prosedur atau pemindahan pasien - Hindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc atau lebih dari 100-200 persen dari jumlah makanan tiap jam <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian sinar X untuk konfirmasi posisi selang, jika perlu
--	--	--	--

			- Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral
--	--	--	---

No	SDKI	SLKI	SIKI
4	Konstipasi berhungan dengan kurangnya aktifitas fisik	Sestelah dilakukan pengajian 1x24 jam di dapatkan hasil: -tingkat kesadaran meningkat -memori jangka panjang meningkat -memori jangka pendek meningkat -perilaku halusinasi menurun -gelisah	O: - Periksa tanda dan gejala konstipasi - pemeriksaan pergerakan usus, karakteristik fases - identifikasi faktor resiko konstipasi (mis:obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) - monitor tanda dan gejala ruptur usus dan peritonitis. T: - anjuran diet tinggi serat - lakukan masase abdomen,jika perlu - lakukan evakuasi fases secara manual - berikan enema atau irigasi,jika perlu

		<p>menurun</p> <p>-fungsi otak</p> <p>membalik</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan - anjurkan peningkatan asupan cairan - latih buang air besar secara teratur - anjurkan cara mengatasi konstipasi. <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi usus - kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu
--	--	--	---

No	SDKI	SLKI	SIKI
5	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler.</p>	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil :</p> <p>-kemampuan makan meningkat</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - identifikasi jenis bantuan yang di butuhkan

		<p>-mempertahankan kebersihan mulut</p> <p>-minat melakukan perawatan diri meningkat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - monitor kebersihan tubuh - monitor integritas kulit <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sediakan peralatan mandi - sediakan lingkungan yang aman dan nyaman - fasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan - fasilitas mandi,sesuai kebutuhan - pertahankan kebiasaan kebersihan diri - berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien
--	--	--	--

No	SDKI	SLKI	SIKI
6	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf cranial	Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil sebagai berikut: -kemampuan berbicara meningkat -kemampuan mendengar meningkat -kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat -kontak mata meningkat -pemahaman komunikasi membaik	O: - monitor kecepatan,tekanan, kuantitasvolume,dan diksi bicara - monitor proses kognitif,anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara(mis,memori,pendengaran dan bahasa) - monitor frustrasi,marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara - identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi T: - gunakan metode komunikasi alternative - sesuaikan gaya komunikasi dengan

			<p>kebutuhan(mis,berdiri di depan pasien,dengarkan secara seksama)</p> <ul style="list-style-type: none">- modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan- ulangi apa yang di sampaikan pasien- berikan dukungan psikologis- gunakan juru bicara,jika perlu <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none">- anjurkan berbicara perlahan- ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif,anatomis,dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara <p>k:</p> <ul style="list-style-type: none">- rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
--	--	--	--

No	SDKI	SLKI	SIKI
7	Kurang nya pengetahuan	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> -perilaku sesuia anjuran meningkat -verbalisasi minat dalam belajar meningkat -kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat -perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat -pertanyaan tentang masalah yang di hadapi menurun 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sediakan materi dan media pendidikan esehatan - jadwalkan pendidikan esehatan sesuai kesepakatan - berikan kesempatan untuk bertanya <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

		<p>-persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p> <p>-menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun.</p>	<ul style="list-style-type: none">- ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat- ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	---	--

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

I Identitas Klien

Nama : Tn.M
Umur : 65 Tahun
Jenis kelamin : Laki-Laki
Status : Kawin
Agama : Islam
Pekerjaan : Pedagang
Pendidikan : SD
Alamat : Payakumbuh
No.mr : 491847
Ruang Rawat : Ruang rawat neurologi
Tgl.masuk : 18 Juni 2019
Tgl.pengkajian : 20 Juni 2019

Penanggung Jawab

Nama : Ny.R
Umur : 60 Tahun
Hub.keluarga : Adik
Pekerjaan : Pensiunan

II Alasan Masuk

Pasien masuk RS Achmad Muchtar melalui IGD pada tanggal 18 juni 2019, pasien merupakan rujukan dari RS Ibnu Sina Payakumbuh dengan penurunan kesadaran, pasien masuk RS Achmad Muchtar dengan tujuan melakukan CT Scan dan dipindahkan ke ruang neurologi, karna alat CT Scan rusak keluarga klien memutuskan untuk merawat pasien di RS Achmad Muchtar secara umum.

III Riwayat Kesehatan

A. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 Juni 2019 jam 09:15 WIB di dapatkan data Keluarga pasien menyatakan esktremitas sebelah kiri pasien lemah sejak 4 hari yang lalu, Keluarga menyatakan bicara klien pelo, pasien tampak lemah, anggota gerak lemah sebelah kiri dan bicara pasien kurang jelas dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran di dapatkan GCS 11 (E3 V5 M3) pasien terpasang kateter dan kluarga menyatakan sudah 4 hari klien tidak BAB, klien terpasang oksigen nasal kanul 2 liter, pasien terpasang NGT, pasien terpasang infuse RL 8jam/kolov di tangan sebelah kanan.

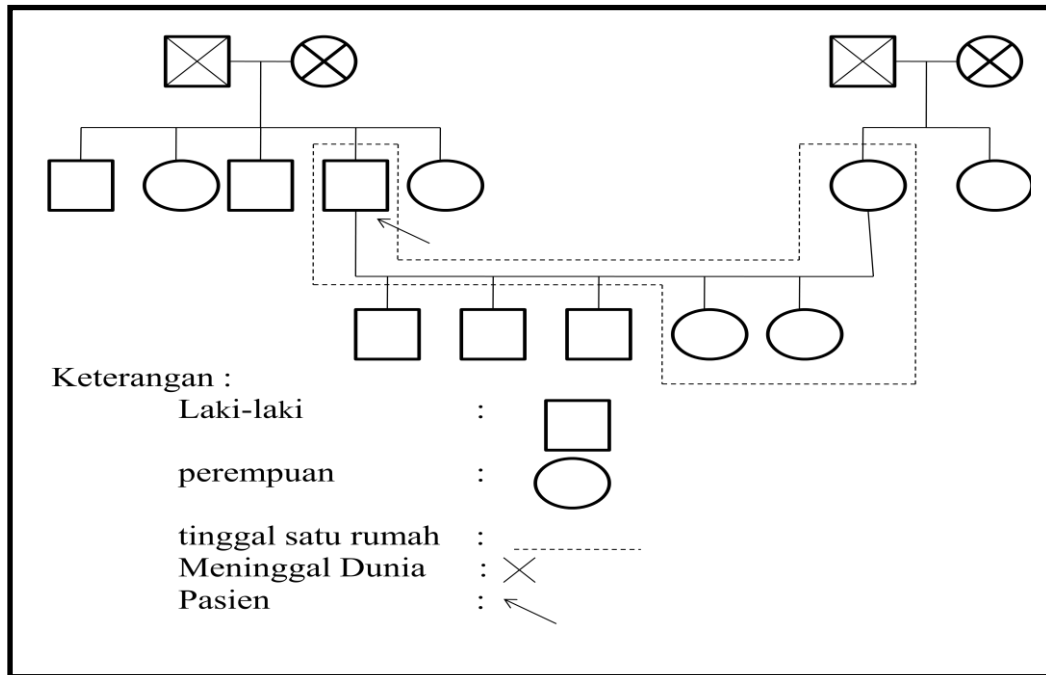
B. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga menyatakan pasien tidak pernah mengalami penyakit yang sama dan tidak ada menderita penyakit kronis lainnya. pasien menyatakan ada riwayat asam urat dan pasien menyatakan pernah melakukan operasi katarak satu bulan yang lalu.

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien dan tidak ada penderita penyakit ronis lainnya seperti hipertensia,jantung dan DM.

Genogram :



IV Pemeriksaan Fisik

Kesadaran: Delirium

GCS : 11 (E3 V5 M3)

BB/TB : 58 kg /165 cm

Tanda-tanda vital (terpasang monitor)

Suhu :36,8°C

Nadi :64 x/menit

Pernafasan :23 x/menit

Tekanan darah :118/75 mmHg

A. Kepala

- **Rambut** : Rambut pasien keseluruhannya beruban, kepala tampak berminyak dan tidak ada nyeri tekan pada kulit kepala.
- **Mata** : Simetris kiri dan kanan ,pupil pasien tampak isokor diameter 2mm, mata pasien tampak bersih dan konjungtiva anemis.
- **Telinga** : Simetris kiri kanan, telinga pasien normal tidak ada pakai alat bantu dengar,dan telinga pasien tampak bersih, tidak ada pembengkakan atau nyeri tekan pada telinga pasien.
- **Hidung** : Hidung pasien tampak bersih, hidung pasien tampak terpasang oksigen 2 liter/menit dan terpasang NGT pada hidung sebelah kiri.
- **Mulut dan gigi** : Mulut pasien tampak kering dan mulut pasien tampak pencong sebelah kiri.Gigi pasien tampa kotor,gigi tidak lengkap dan terdapat caries gigi

B. Leher

Dileher pasien tidak ada pembengkakan tiroid dan tidak ada nyeri tekan atau lesi.

C. Thorax

- Paru-Paru

I : Pergerakan dinding dada kiri dan kanan sama,tidak ada lesi.

P : Tidak ada nyeri tekan pada dada klien,tidak ada penurunan maupun peningkatan getaran antara paru kanan dan kiri.

P : Terdengar sonor.

A : Suara nafas Vesikuler. Tidak ada nafas tambahan

- Jantung

I : Dada simetris kiri dan kanan,tidak ada pembengkakan sekitar dada.

P : Tidak ada nyeri tekan sekitar dada.

P : Terdengar redup

A : Suara jantung normal 1 lup, 2dub

D. Abdomen

I : Perut pasien tampak datar dan simetris, warna kulit sawo matang ,tidak ada pembengkakan dan lesi pada perut klien.

P : Tidak ada nyeri tekan pada perut pasien.

P : tympani

A : Bising usus (+) 8 kali/menit.

E. Punggung

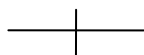
I : Tidak terdapat luka atau jejas pada punggung,dan tidak kelainan pada tulang punggung klien.

F. Ekstremitas

Atas : Pada ekstremitas atas pasien tampak terpasang infus RL 8 jam/kolov di tangan sebelah kanan,tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas bagian atas.

Bawah : simetris kiri dan kanan tidak ada luka lecet dan nyeri tekan pada ekstremitas bawah.

- Kekuatan Otot



- Reflek Babinski : ekstremitas : tungkai bawah sebelah kiri positif.

G. Genetalia

Pasien tampak terpasang kateter, dan pasien menggunakan Pempers dengan ukuran L

H. Intigumen

Tidak ada lesi pada kulit klien, dan kulit klien berwarna sawo matang.

I. Pemeriksaan Nervus

- 1) Olfaktori
 - a. Pada saat dilakukan pengkajian klien mampu membedakan bau dengan baik
- 2) Optikus
 - a. Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan pandangan agak kabur dan menggunakan kaca mata di rumah. Post OP katarak mata sebelah kiri satu bulan lalu.
- 3) Okulomotorius, Abduksen dan Trochlearis
 - a. Pada saat dilakukan pengkajian klien mampu melakukannya dengan baik.
- 4) Trigeminalis
 - a. Pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak mampu melakukannya dengan baik
- 5) Fasialis
 - a. Pada saat dilakukan pengkajian ekspresi wajah pasien tampak terganggu
- 6) Vestibulocochlearis
 - a. Pada saat dilakukan pengkajian klien mampu mendengarnya dengan baik.
- 7) Glosofaringeus
 - a. Pada saat dilakukan pengkajian klien mampu membedakan rasa dengan baik.
- 8) Vagus
 - a. Pada saat dilakukan pengkajian klien tampak terpasang NGT.
- 9) Aksesoris

- a. Pada saat dilakukan pengkajian bagian kiri bahu klien tidak mampu melakukan karna lemah tubuh sebelah kiri.

10) Hipoglasus

- a. Pada saat dilakukan pengkajian klien tidak mampu melakuannya.

V Data Biologis

Tabel 3.1 Data Biologis Tn.M

AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
Makanan dan Minuman		
MAKANAN		
-menu	Nasi+ikan nila	Makanan cair (NGT)
-porsi	3x1 sehari	300 cc
-makanan kesukaan	Ikan nila	Susu
-pantangan	Kacang-kacangan	Kacang-kacangan
MINUMAN		
-Jumlah	8 gelas/hari	2-4 gelas/hari
-Minuman Kesukaan	The manis	Air putih
-Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
Elaminasi		
BAB		
-Frekuensi	1x sehari	Klien
-Warna	Kuning	belum BAB sejak 4
-Bau	Khas	hari yang lalu karna
-Konsistensi	Padat	kurang aktifitas.
BAK		
-Frekuensi	4x sehari	Terpasang kateter
-Warna	Kuning	Kuning pekat
-Bau	Khas	Khas
		(Output ±250cc)
Istirahat dan Tidur		
-Waktu tidur	Malam hari	Siang dan malam hari
-Lama tidur	± 8jam	± 6jam
-Kesulitan tidur	Tidak ada	Tidak ada
Personal Hygiene		
-Mandi	2x sehari	1x sehari(di lap).
-Cuci rambut	2x sehari	1x2 hari
-Gosok gigi	2x sehari	-
-Potong kuku	1x seminggu	Kuku klien panjang dan kotor

VI Riwayat Alergi

Keluarga pasien menyatakan klien tidak memiliki riwayat alergi makanan dan obat-obatan.

VII Data Psikologis

Keluarga berharap pasien cepat sembuh dan kembali ke rumah agar bisa berkumpul dengan keluarga.

VIII Data Sosial dan Ekonomi

Pada saat sehat pasien selalu mengikuti kegiatan social serta keagamaan yang ada di lingkungannya dan menjadi tulang punggung keluarganya. Setelah pasien sakit pasien tidak mampu lagi untuk menafkahi keluarganya karena tubuh pasien terbaring lemah.

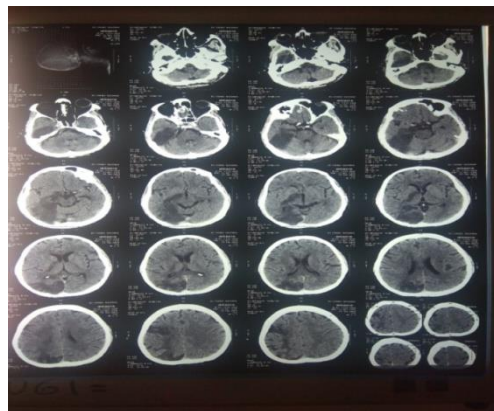
IX Data Spiritual

Pada saat sehat klien menyatakan shalat lima waktu sehari semalam, Klien mengatakan dirinya seorang muslim dan berkepercayaan kepada ALLAH SWT, dan pada saat sakit klien sekarang melakukan shalat sebisanya di tempat tidur serta berdoa agar cepat sembuh.

X Data Penunjang

- Pemeriksaan CT Scan Tanggal 19 Juni 2019

Gambar 3.1 CT Scan Tn.M



Deksripsi :

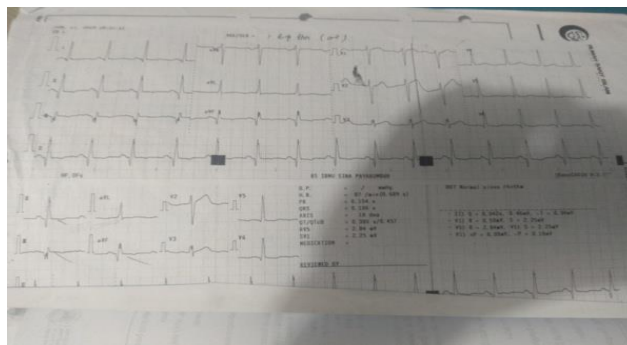
Tampak lesi hipodens luas di grey-white matter lobus, frontotemporoparietooccipital kanan dan kapsula interna kanan. Tidak tampak midline shift. Kalsifikasi fisiologis di pleksus koroideus bilateral, basal ganglia bilateral dan pineal body. Tidak tampak kelainan di daerah CPA dan serebelli. Mastoid aircells dan sinus paranasal baik. Orbita dan bolbus okuli kanan kiri baik. Tulang kepala intak.

Kesan:

Infark luas di grey-white matter lobus frontotemporoparietooccipital kanan dan kapsula interna kanan

- Pemeriksaan EKG Tanggal 18 Juni 2019 (Sinusritim).

Gambar 3.2 EKG Tn.M



- Pemerisaan laboratorium Tanggal 18 Juni 2019.

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium Tn.M

Pemeriksaan	Hasil	Ket .Hasil
Kalium :3,60	3,5-5,5	Normal
Natrium:134,3	135 – 147	Normal
Klorida:102,2	100 – 106	Normal

Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium Tn.M

Pemeriksaan	Hasil	Ket .Hasil	Hasil rujukan
HGB	17.1 +	Meningkat	P 13.0 – 16.0

			W 12.0 – 14.0
RBC	5.41	Normal	P 4.5 - 5.5 W 4.0 – 5.0
HCT	50.6 +	Meningkat	P 40.0 – 48.0 W 37.0 – 43.0
MCV	93.5	Normal	
MCH	31.6	Normal	
MCHC	33.8	Normal	
RDW-SD	44.2	Normal	
RDW-CV	16.7	Normal	
WBC	14.29	Normal	5.0 – 10.0
EO	3.4	Normal	1 – 3
BASO	0.2	Normal	0 – 1
NEUT	77.0	Normal	50 – 70
LYMPH	11.3	Normal	20 – 40
MONO	8.1	Normal	2 – 8

- HGB meningkat di pengaruhi beberapa kondisi keesehatan sepeprti PPOk (penyakit paru obstrusi kronis) dan penyakit jantung bawaan yang bisa menurunkan adar oksigen dan menyebabkan kadar HB tinggi,dan orang dengan adar HB dengan jumlah tinggi biasanya terjadi pada orang di dataran tinggi dan perokok berat.
- HCT meningkat biasanya terdapat pada orang yang di datran tinggi dan perokok berat.

XI Data Pengobatan

- Pengobatan intravena Infus RL 20 tetes 8 jam/ kolov.
- Jenis-jenis obat yang di pakai.

Tabel 3.4 Data Pengobatan

Tanggal	Nama obat	Dosis	Manfaat	Efek samping
20 Juni 2019	Ranitidine	2x1	Obat untuk mengurangi jumlah asam lambung dalam perut serta untuk mencegah rasa panas perut ,maag, dan sakit perut yang di	-Sakit kepala. -Mengantuk, -Masalah tidur. - Gairah seks menurun.

			sebabkan oleh tua lambung.	-Mual. -Diare atau konstipasi.
	Dexamethason	3x1	Untuk mengobati kondisi seperti arthritis, gangguan darah /hormone/system kekebalan tubuh, reaksi alergi, masalah kulit dan mata tertentu, masalah pernafasan, gangguan usus tertentu, dan kanker tertentu.	-Masalah tidur. -perubahan suasana hati -jerawat, ulit kering. - -Penyembuhan luka yang lambat. -keringat berlebih. -Sakit kepala -Mual -kelemahan otot.
	CPG	1x1	Mencegah penggumpalan darah penderita serangan jantung, stroke iskemik, penyakit arteri ferifer, penyakit jantung koroner, dan pemasangan ring, baik pada pembuluh darah arteri jantung atau pembuluh darah arteri lainnya.	-Lebam dan perdarahan bawah kulit. -Mimisan. -konstipasi -Gangguan pencernaan.

XII Data Fokus

Data Subjektif

1. Keluarga mengatakan pasien susah untuk bergerak.
2. Keluarga mengatakan semua aktifitas di bantu.
3. Keluarga mengatakan pasien belum mandi atau di lap.
4. Keluarga mengatakan pasien susah beraktivitas.
5. Keluarga menyatakan berbicara kurang jelas.
6. Klien mengatakan tangan dan kaki kiri susah untuk di gerakan.


Data Objektif

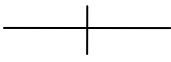
1. Pasien tampak pergerakan terbatas.
2. Pasien tampak semua aktifitas di bantu keluarga.
3. Pasien tampak lemah sisi tubuh sebelah kiri
4. Pasien tampak susah beraktifitas .
5. Pasien tampak sendi kaku
6. Klien tampak berbicara kurang jelas atau pelo
7. Klien tampak susah menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri.
8. Klien tampak belum BAB sejak 4 hari yang lalu.
9. CT Scan.
10. Saat pengkajian TTV klien : -TD : 118/75 mmHg
 -Suhu : 36,8°C
 -Nadi : 64 kali/menit
 -Pernafasan : 23 kali/menit .
11. tampak kekuatan otot
 —+—
12. GCS : 11 Delirium (E3,M5,V3).
13. Pasien tampak saraf vagus, trigeminus dan hipoglasus terganggu.
14. Lidah tampak pencong atau miring ke kiri.
15. - HGB : 17.1g/dL dan HCT : 50.6%

XIII Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Data Subjektif :	Infark jaringan	Ketidak

	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan bicara kurang jelas • Keluarga mengatakan aktifitas dilakukan di tempat tidur. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak pergerakan terbatas. • Pasien tampak semua aktifitas di bantu keluarga. • Pasien tampak lemah sisi tubuh sebelah kiri • Pasien tampak susah beraktifitas . • Pasien tampak sendi kaku • Pasien tampak berbicara kurang jelas atau pelo • Pasien tampak susah menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri. • Pasien tampak belum BAB sejak 4 hari yang lalu. • CT Scan. • Saat pengkajian TTV klien : <ul style="list-style-type: none"> • -TD : 118/75 mmHg • -Suhu : 36,8°C • -Nadi : 64 kali/menit • -Pernafasan : 23 kali/menit . • tampak kekuatan otot <div style="text-align: center;">  </div> • GCS : 11 Delirium (E3,M5,V3). • Pasien tampak saraf vagus,trigeminus dan hipoglasus terganggu. • Lidah tampak pencong atau miring ke kiri. • -HGB : 17.1g/dL • -HCT : 50.6% 	otak.	efektifan perfusi jaringan serebral.
2	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan semua aktifitas di bantu. • Keluarga mengatakan pasien susah bergerak. • Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri susah untuk di gerakan. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak aktifitas di bantu keluarga. • Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur. • Pasien tampak gerak terbatas • Kekuatan otot 	Neuromuskuler	Gangguan mobilitas fisik.

			
	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sendi kaku 		
3	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan pasien makan lewat selang. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak terpasang NGT • Pasien tampak saraf vagus, hipoglossus dan trigeminus terganggu. 	Gangguan saraf cranial	Gangguan menelan
4	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan susah bergerak. • Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga • Pasien mengatakan perutnya terasa penuh. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitas klien tampak dibantu keluarga • Pasien tampak berbaring • Pasien tampak pakai pempers. • Perut pasien tampak kembung. 	Kurangnya aktifitas fisik.	Konstipasi.
5	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan pasien susah untuk bergerak • Keluarga mengatakan pasien belum mandi atau di lap. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak kurang bersih • Pasien tampak mulut kotor dan berbau. • Pasien tampak semua aktifitas di bantu 	Kelemahan neuromusuler.	Defisit perawatan diri

3.2 Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler
3. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf cranial
4. Konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktifitas fisik
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler.

3.3 Intervensi keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan Tn.M

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d infark otak	Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan kriteria hasil : -tingkat kesadaran meningkat. -gelisah menurun. -tekanan darah membaik	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi peningkatan tekanan intracranial. - monitor peningkatan TD. - monitor penurunan frekuensi jantung - monitor ireguleritas irama nafas - monitor penurunan tingkat kesadaran. - monitor perlambatan atau ketidak simetrisan respon pupil. - monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - monitor tekanan perfusi serebral - monitor jumlah kecepatan,dan karakteristik,drainase cairan serebrospinal - -monitor efek stimulus <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambil sampel drainase cairan serebrospinal. - kalibrasi transduser. - pertahankan sterilitas system pemantauan . - pertahankan posisi kepala dan - dokumentasikan hasil pemantauan,jika perlu. - atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. - doumentasi hasil pemantauan. <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> -jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

No	SDKI	SLKI	SIKI
2	Gangguan mobilitas fisik b/d kelmahan neuromusuler.	Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam didapatkan hasil: -pergerakan esktremitas meningkat -kekuatan otot meningkat -nyeri menurun -kecemasan menurun	O : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi T : - Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan E : - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur). K : - Konsultasi kesehatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
3	Gangguan menelan b/d kelemahan neuromuskuler	Setelah dilakukan pengkajian 1x24 jam di dapatkan hasil: -reflek menelan meningkat -kemampuan mengunyah meningkat -batuk menurun -gelisah menurun -muntah menurun -penerimaan makanan membaik	O: - Periksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengakultasi hembusan udara - Monitor tetesan makanan pada pompa setiap jam - Monitor rasa penuh,mual,dan muntah. - Monitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enteral,jika perlu - Monitor pola buang air besar setiap 4-8 jam,jia perlu T: - Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang

			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat - Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan - Irigasi selang dengan 30 ml air setiap 4-6 jam selama pemberian makan dan setelah pemberian makan intermitan - Hindari pemberian makan lewat selang 1 jam sebelum prosedur atau pemindahan pasien - Hindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc atau lebih dari 100-200 persen dari jumlah makanan tiap jam <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian sinar X untuk konfirmasi posisi selang, jika perlu - Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral
--	--	--	---

No	SDKI	SLKI	SIKI
4	Konstipasi b/d kurangnya aktifitas.	Sestelah dilakukan pengajian 1x24 jam di dapatkan hasil: -tingkat kesadaran meningkat -memori jangka panjang meningkat -memori jangka pendek meningkat -perilaku halusinasi menurun -gelisah menurun -fungsi otak membaik	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala konstipasi - pemeriksaan pergerakan usus, karakteristik fases - identifikasi faktor resiko konstipasi (mis:obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) - monitor tanda dan gejala rupture usus dan peritonitis. <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anjuran diet tinggi serat - lakukan masase abdomen, jika perlu - lakukan evakuasi fases secara manual - berikan enema atau irigasi, jika perlu <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan - anjurkan peningkatan asupan cairan - latih buang air besar secara teratur - anjurkan cara mengatasi konstipasi.

			<p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi usus -kolaborasi penggunaan obat pencahar,jika perlu
--	--	--	--

No	SDKI	SLKI	SIKI
5	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> -kemampuan makan meningkat -mempertahankan kebersihan mulut -minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - identifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - monitor kebersihan tubuh - monitor integritas kulit <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sediakan peralatan mandi - sediakan lingkungan yang aman dan nyaman - fasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan - fasilitas mandi,sesuai kebutuhan - pertahankan kebiasaan kebersihan diri - berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Tn.M

No	Hari /Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Kamis 20 Juni 2019	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d infark otak	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor peningkatan TD. - memonitor ireguleritas irama nafas - memonitor penurunan tingkat kesadaran. - memonitor perlambatan atau ketidak simetrisan respon pupil. <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mempertahankan posisi kepala dan leher netral. - mendokumentasikan hasil pemantauan. - mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. - mendokumentasi hasil pemantauan. <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 	<p>S : -Pasien mengatakan kepala sakit</p> <p>O: -Pasien tampak semua aktifitas di bantu keluarga -TD : 118/75 mmHg -Suhu:36,8C -Nadi: 64 kali/menit -Pernafasan 23 kali/menit. -Irama nafas vesikuler (normal). -Pupil isokor. -HGB : 17.1 g/dL -HCT : 50.6% -Pupil isokor diameter 2mm.</p> <p>A : - ketidak efektifan perfusi jaringan serebral.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor peningkatan TD. - memonitor ireguleritas irama nafas - memonitor penurunan tingkat kesadaran. - memonitor perlambatan atau ketidak 	

				<p>simetrisan respon pupil.</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor tekanan perfusi serebral - memonitor efek stimulus <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mempertahankan sterilitas system pemantauan . - mempertahankan posisi kepala dan leher netral. - mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. - mendokumentasi hasil pemantauan. <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 	
--	--	--	--	--	--

2	Kamis 20 Juni 2019	Gangguan mobilitas fisik b/d kelmahan neuromusuler	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - memfasilitasi melakukan 	<p>S : - Pasien mengatakan kaki nyeri saat di lipat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien susah bergerak. - Keluarga mengatakan pasien susah beraktifitas. <p>O : - Pasien tampak semua aktifitas di bantu Keluarga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak susah bergerak. - Pasien tampak lemah tubuh sisi sebelah kiri. - Kekuatan otot <p style="text-align: center;">—+—</p> <p>-Reflek babinski positif</p> <p>A : -Gangguan mobilitas fisik.</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan.</p>	
---	-----------------------	--	--	---	--

			<p>pergerakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - menganjurkan melakukan mobilisasi dini - menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur). <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkonsultasi kesehatan 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - memfasilitasi melakukan pergerakan - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - menganjurkan melakukan mobilisasi dini - menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur). <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkonsultasi kesehatan 	
--	--	--	--	---	--

3	Kamis 20 Juni 2019	Gangguan menelan b/d kelemahan neuromuskuler	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memeriksa posisi NGT . - memonitor tetesan makanan pada pompa setiap jam - memonitor rasa penuh,mual,dan muntah. - memonitor pola buang air besar setiap 4-8 jam. <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang - memberikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat - meninggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan - mengirigasi selang dengan 30 ml air setiap 4-6 jam selama pemberian makan dan setelah pemberian makan intermitan - menghindari pemberian makan lewat selang 1 jam sebelum prosedur atau pemindahan pasien - menghindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc atau lebih dari 100-200 persen dari jumlah makanan tiap jam <p>E:</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien hanya minum susu melalui NGT <p>O : - Pasien tampak terpasang NGT.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak saraf vagus dan hipoglasus terganggu <p>A : - Gangguan menelan</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - memeriksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengakultasi hembusan udara - memonitor tetesan makanan pada pompa setiap jam - memonitor rasa penuh,mual,dan muntah. <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang - meninggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan - mengirigasi selang dengan 30 ml air setiap 4-6 jam selama pemberian makan dan setelah pemberian makan intermitan <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkolaborasi pemilihan jenis dan 	
---	--------------------------	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral 	jumlah makanan enteral	
--	--	--	---	------------------------	--

4	Kamis 20 Juni 2019	Konstipasi b/d kurangnya aktifitas	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memeriksa tanda dan gejala konstipasi - pemeriksaan pergerakan usus, karakteristik feses - mengidentifikasi faktor resiko konstipasi (mis:obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) - memonitor tanda dan gejala rupture usus dan peritonitis. <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menganjurkan diet tinggi serat - melakukan masase abdomen,jika perlu - melakukan evakuasi feses secara manual - memberikan enema atau irigasi,jika perlu <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan - menganjurkan peningkatan asupan cairan 	<p>S : - Keluarga mengatakan pasien belum BAB sejak 4 hari yang lalu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perutnya terasa penuh. <p>O : - Pasien tampak belum ada BAB sejak 4 hari yang lalu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak perut kembung. - Bising usus 8 kali permenit. <p>A : -Konstipasi.</p> <p>P : -Intervensi dilanjutkan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memeriksa tanda dan gejala konstipasi - pemeriksaan pergerakan usus, karakteristik feses - mengidentifikasi faktor resiko konstipasi (mis:obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menganjurkan diet tinggi serat - melakukan evakuasi feses secara manual <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan etiologi masalah dan 	
---	--------------------------	---------------------------------------	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - melatih buang air besar secara teratur - menganjurkan cara mengatasi konstipasi. <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi usus - kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu 	<p>alasan tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - menganjurkan peningkatan asupan cairan - melatih buang air besar secara teratur - menganjurkan cara mengatasi konstipasi. <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi usus. 	
--	--	--	--	---	--

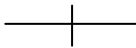
5	Kamis 20 Juni 2019	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - memonitor kebersihan tubuh - memonitor integritas kulit <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menyediakan peralatan mandi - menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman - memfasilitas menggosok gigi, sesuai kebutuhan - memfasilitas mandi, sesuai kebutuhan - mempertahankan kebiasaan kebersihan diri - memberikan bantuan sesuai ai 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak dan semua aktifitas di bantu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. <p>A : -Masalah belum teratasi.</p> <p>P : -Intervensi dilanjutkan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - memonitor kebersihan tubuh - memonitor integritas kulit <p>T:</p>	
---	--------------------------	--	--	---	--

			<p>tingkat kemandirian</p> <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - menyediakan peralatan mandi - menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman - memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan - memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan - mempertahankan kebiasaan kebersihan diri - memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien 	
--	--	--	--	--	--

1	Jum'at 21 Juni 2019	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d infark otak	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi peningkatan tekanan intracranial. - monitor peningkatan TD. - monitor penurunan frekuensi jantung - monitor ireguleritas irama nafas - monitor penurunan tingkat kesadaran. - monitor perlambatan atau ketidak simetrisan respon pupil. - monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang 	<p>S : -Pasien mengatakan kepala sakit</p> <p>O: -Pasien tampak semua aktifitas di bantu keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> -TD : 118/75 mmHg -Suhu:36,8C -Nadi: 64 kali/menit -Pernafasan 23 kali/menit. -Irama nafas vesikuler(normal). -Pupil isokor. -HGB : 17.1g/dL -HCT : 50.6% -Pupil isokor diameter 2mm. <p>A : - Masalah belum teratasi.</p>	
---	---------------------------	--	--	--	--

			<p>yang diindikasikan</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tekanan perfusi serebral - monitor jumlah kecepatan, dan karakteristik, drainase cairan serebrospinal - -monitor efek stimulus <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambil sampel drainase cairan serebrospinal. - kalibrasi transduser. - pertahankan sterilitas system pemantauan . - pertahankan posisi kepala dan leher netral. - dokumentasikan hasil pemantauan, jika perlu. - atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. - doumentasi hasil pemantauan. <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 	<p>P : intervensi dilanjutkan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor peningkatan TD. - memonitor ireguleritas irama nafas - memonitor penurunan tingkat kesadaran. - memonitor perlambatan atau ketidak simetrisan respon pupil. - memonitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - memonitor efek stimulus <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mempertahankan sterilitas system pemantauan . - mempertahankan posisi kepala dan leher netral. - mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. - mendoumentasi hasil pemantauan. <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 	
--	--	--	---	--	--

2	Jum'at 21 Juni 2019	Gangguan mobilitas fisik b/d kelmahan neuromusuler	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - memonitor frekuensi 	<p>S : - Pasien mengatakan kaki nyeri saat di lipat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien susah bergerak. - Keluarga mengatakan pasien susah beraktifitas. <p>O : - Pasien tampak semua aktifitas di</p>	
---	---------------------------	--	---	--	--

			<p>jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - memfasilitasi melakukan pergerakan - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - menganjurkan melakukan mobilisasi dini - menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur). <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkonsultasi kesehatan 	<p>bantu Keluarga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak susah bergerak. - Pasien tampak lemah tubuh sisi sebelah kiri. - Kekuatan otot  <p>-Reflek babinski positif</p> <p>A : -Gangguan imobilitas fisi</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - memfasilitasi melakukan pergerakan - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - menganjurkan melakukan mobilisasi dini 	
--	--	--	---	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur). <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkonsultasi kesehatan 	
--	--	--	--	---	--

3	Jum'at 21 Juni 2019	Gangguan menelan b/d kelemahan neuromuskuler	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memeriksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengakultasi hembusan udara - memonitor tetesan makanan pada pompa setiap jam - memonitor rasa penuh, mual, dan muntah. - memonitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enteral, jika perlu - memonitor pola buang air besar setiap 4-8 jam, jika perlu <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang - memberikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat - meninggikan kepala 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien hanya minum susu melalui NGT <p>O : - Pasien tampak terpasang NGT. Pasien tampak saraf vagus dan hipoglasus terganggu</p> <p>A : - Masalah teratasi klien sudah mulai makan melalui oral secara perlahan.</p> <p>P : - Intervensi di hentikan.</p>	
---	---------------------------	--	---	---	--

			<p>tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengirigasi selang dengan 30 ml air setiap 4-6 jam selama pemberian makan dan setelah pemberian makan intermitan - menghindari pemberian makan lewat selang 1 jam sebelum prosedur atau pemindahan pasien - menghindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc atau lebih dari 100-200 persen dari jumlah makanan tiap jam <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral 		
--	--	--	--	--	--

4	Jum'at 21 Juni 2019	Konstipasi b/d kurangnya aktifitas	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memeriksa tanda dan gejala konstipasi - pemeriksaan pergerakan usus, karakteristik feses - mengidentifikasi faktor resiko konstipasi (mis:obat-obatan, tirah baring, dan 	<p>S : - Keluarga mengatakan pasien belum BAB sejak 4 hari yang lalu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perutnya terasa penuh. <p>O : - Pasien tampak belum ada BAB sejak 4 hari yang lalu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak perut kembung. - Bising usus 8 kali permenit. 	
---	---------------------------	------------------------------------	--	--	--

			<p>diet rendah serat)</p> <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menganjurkan diet tinggi serat - melakukan evakuasi fases secara manual <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan - menganjurkan peningkatan asupan cairan - melatih buang air besar secara teratur - menganjurkan cara mengatasi konstipasi. <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi usus 	<p>A : -Masalah belum teratasi.</p> <p>P : -Intervensi dilanjutkan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memeriksa tanda dan gejala konstipasi - pemeriksaan pergerakan usus, karakteristik fases - mengidentifikasi faktor resiko konstipasi (mis:obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menganjurkan diet tinggi serat - melakukan evakuasi fases secara manual <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan - menganjurkan peningkatan asupan cairan - melatih buang air besar secara teratur - menganjurkan cara mengatasi konstipasi. <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi usus 	
--	--	--	---	--	--

5	Jum'at 21 Juni 2019	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk 	
---	---------------------------	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - memonitor kebersihan tubuh - memonitor integritas kulit <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menyediakan peralatan mandi - menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman - memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan - memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan - mempertahankan kebiasaan kebersihan diri - memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan <p>mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien</p>	<p>bergerak dan semua aktifitas di bantu.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. <p>A : -Defisit perawatan diri</p> <p>P : -Intervensi dilanjutkan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - memonitor kebersihan tubuh - memonitor integritas kulit <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menyediakan peralatan mandi - menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman - memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan - memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan - mempertahankan kebiasaan kebersihan diri - memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien 	
--	--	--	--	--	--

1	Sabtu 22 Juni 2019	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d infark otak	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi peningkatan tekanan intracranial. - monitor peningkatan TD. - monitor penurunan frekuensi jantung - monitor ireguleritas irama nafas - monitor penurunan tingkat kesadaran. - monitor perlambatan atau ketidak simetrisan respon pupil. - monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - monitor tekanan perfusi serebral - monitor jumlah kecepatan, dan karakteristik, drainase cairan serebrospinal - monitor efek stimulus <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambil sampel drainase cairan serebrospinal. - kalibrasi transduser. - pertahankan sterilitas system pemantauan . - pertahankan posisi kepala dan leher netral. - dokumentasikan hasil 	<p>S : -Pasien mengatakan kepala sakit</p> <p>O: -Pasien tampak semua aktifitas di bantu keluarga -TD : 118/75 mmHg -Suhu:36,8C -Nadi: 64 kali/menit -Pernafasan 23 kali/menit. -Irama nafas vesikuler(normal). -Pupil isokor. -HGB : 17.1g/dL -HCT : 50.6% -Pupil isokor diameter 2mm.</p> <p>A : - Masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor peningkatan TD. - memonitor ireguleritas irama nafas - memonitor penurunan tingkat kesadaran. - memonitor perlambatan atau ketidak simetrisan respon pupil. - memonitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - memonitor efek stimulus <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mempertahankan sterilitas system 	
---	--------------------------	---	---	--	--

			<p>pemantauan,jika perlu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. - dokumentasi hasil pemantauan. <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 	<p>pemantauan .</p> <ul style="list-style-type: none"> - mempertahankan posisi kepala dan leher netral. - mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. - mendokumentasi hasil pemantauan. <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 	
--	--	--	---	---	--

2	Sabtu 22 Juni 2019	Gangguan mobilitas fisik b/d kelmahan neuromusuler	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu 	<p>S : - Pasien mengatakan kaki nyeri saat di lipat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien susah bergerak. - Keluarga mengatakan pasien susah beraktifitas. <p>O : - Pasien tampak semua aktifitas di bantu Keluarga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien taampak susah bergerak. - Pasien tampak lemah tubuh sisi sebelah kiri. - Kekuatan otot <p style="text-align: center;">—+—</p> <p>-Reflek babinski positif</p>	
---	--------------------------	---	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - memfasilitasi melakukan pergerakan - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - menganjurkan melakukan mobilisasi dini - menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur). <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkonsultasi kesehatan 	<p>A : Gangguan imobilitas fisi</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - memfasilitasi melakukan pergerakan - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - menganjurkan melakukan mobilisasi dini - menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur). <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkonsultasi kesehatan 	
--	--	--	--	--	--

3	Sabtu 22 Juni 2019	Gangguan menelan b/d kelemahan neuromuskuler	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memeriksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengakultasi hembusan udara - memonitor tetesan makanan pada pompa setiap jam - memonitor rasa penuh, mual, dan muntah. - memonitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enteral, jika perlu - memonitor pola buang air besar setiap 4-8 jam, jika perlu <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang - memberikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat - meninggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan - mengirigasi selang dengan 30 ml air setiap 4-6 jam selama pemberian makan dan setelah pemberian makan intermitan - menghindari pemberian 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien hanya minum susu melalui NGT <p>O : - Pasien tampak terpasang NGT. Pasien tampak saraf vagus dan hipoglossus terganggu</p> <p>A : - Masalah teratasi klien sudah mulai makan melalui oral secara perlahan.</p> <p>P : - Intervensi di hentikan.</p>	
---	--------------------------	--	--	--	--

			<p>makan lewat selang 1 jam sebelum prosedur atau pemindahan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - menghindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc atau lebih dari 100-200 persen dari jumlah makanan tiap jam <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral 		
--	--	--	---	--	--

4	Kamis 20 Juni 2019	Konstipasi b/d kurangnya aktifitas	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memeriksa tanda dan gejala konstipasi - pemeriksaan pergerakan usus, karakteristik feses - mengidentifikasi faktor resiko konstipasi (mis:obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menganjurkan diet tinggi serat - melakukan evakuasi feses secara manual 	<p>S : - Keluarga mengatakan pasien belum BAB sejak 4 hari yang lalu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perutnya terasa penuh. <p>O : - Pasien tampak belum ada BAB sejak 4 hari yang lalu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak perut kembung. - Bising usus 8 kali permenit. <p>A : -Konstipasi</p> <p>P : -Intervensi dilanjutkan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memeriksa tanda dan gejala 	
---	--------------------------	------------------------------------	--	--	--

			<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan - menganjurkan peningkatan asupan cairan - melatih buang air besar secara teratur - menganjurkan cara mengatasi konstipasi. <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi usus 	<p>konstipasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - pemeriksaan pergerakan usus, karakteristik fases - mengidentifikasi faktor resiko konstipasi (mis:obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anjuran diet tinggi serat - melakukan evakuasi fases secara manual <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan - menganjurkan peningkatan asupan cairan - melatih buang air besar secara teratur - menganjurkan cara mengatasi konstipasi. <p>K :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkolaborasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi usus 	
--	--	--	---	--	--

5	Sabtu 22 Juni 2019	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	<p>-Intervensi dilanjutkan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - memonitor kebersihan tubuh 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak dan semua aktifitas di bantu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. <p>A : -Defisit perawatan diri</p>	
---	--------------------------	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - memonitor integritas kulit <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menyediakan peralatan mandi - menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman - memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan - memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan - mempertahankan kebiasaan kebersihan diri - memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien 	<p>P : -Intervensi dilanjutkan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - memonitor kebersihan tubuh - memonitor integritas kulit <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menyediakan peralatan mandi - menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman - memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan - memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan - mempertahankan kebiasaan kebersihan diri - memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien 	
--	--	--	---	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama Penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Tn.M Dengan Stroke Iskemik (Non Hemoragik) Diruangan Rawat Neurologi RSAM Bukittinggi pada tanggal 20 - 22 juni 2019. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik (Non Hemoragik) sesuai dengan teori-teori yang ada.

Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Dalam melakukan pengkajian pada tanggal 20 Juni 2019 di temukan data pada pasien bernama Tn.M berusia 60 tahun. Pada saat pengkajian di temukan riwayat kesehatan sekarang pasien dengan Keluarga pasien menyatakan esktremitas sebelah kiri pasien lemah sejak 4 hari yang lalu, Keluarga menyatakan bicara klien pelo, pasien tampak lemah, anggota gerak lemah sebelah kiri dan bicara pasien kurang jelas dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran di dapatkan GCS 11 (E3 V5 M3) pasien terpasang kateter dan kluarga menyatakan sudah 4 hari klien tidak BAB, klien terpasang oksigen nasal kanul 2 liter, pasien terpasang NGT, pasien terpasang infuse RL 8jam/kolov di tangan sebelah kanan. Pada riwayat kesehatan dahulu di temukan pasien tidak pernah mengalami penyakit yang sama dan tidak ada menderita penyakit kronis lainnya. pasien menyatakan ada riwayat asam urat dan pasien menyatakan pernah melakukan operasi

katarak satu bulan yang lalu. Pada pemeriksaan fisik di dapatkan GCS E : 3(respon membuka mata dengan rangsangan suara), M : 5 (mampu mengangkat tangan dan mampu menahan sedikit tahanan), V : 3 (bicara pelo). Kondisi kepala dan leher pasien di dapatkan rambut tampak beruban kulit kepala berminyak tidak terdapat luka atau nyeri tekan di sekitar kepala. Keadaan mata pasien tampak isokor dengan diameter 2mm. Telinga, hidung, mulut, dan tenggorokan pada saat pengkajian tidak ada gangguan pendengaran, hidung terpasang NGT, mukosa bibir kering, gigi tidak lengkap, mulut berbau . pemeriksaan penunjang laboratorium darah lengkap dan CT Scan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis ditemukan 7 diagnosa keperawatan tidak mengalami kesenjangan tinjauan kasus ditemukan 5 diagnosa keperawatan teoritis karena pada kasus Tn.M ada 5 diagnosa keperawatan yang menjadi masalah utama dalam kasus Tn.M Diagnosa keperawatan tinjauan teoritis yang muncul :

- 4.2.1 Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak
- 4.2.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
- 4.2.3 Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
- 4.2.4 Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi.
- 4.2.5 Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf cranial.
- 4.2.6 Konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktifitas.
- 4.2.7 Kurangnya pengetahuan

Diagnosa Keperawatan pada tinjauan khusus yang muncul adalah Diagnosa keperawatan Prioritas utama yaitu :

- Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan darah ke otak

Diagnosa ini muncul karena bisa kita lihat pada hasil CT Scan yang di dapat serta semua aktifitas pasien di bantu keluarga, pasien berbicara pelo, pasien gerak terbatas.

- Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Diagnosa ini muncul karena pasien mengalami kelemahan sisi tubuh sebelah kiri, pasien gerak terbatas serta semua aktifitas dibantu keluarga.

- Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf cranial.

Diagnosa ini muncul karena pasien terpasang NGT serta gangguan pada saraf vagus dan hipoglasus.

- Konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktifitas.

Diagnosa ini muncul karena pasien terpasang pempers dan selama empat hari belum BAB

- Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Diagnosa ini muncul karena pasien gerak terbatas, semua aktifitas pasien di bantu keluarga serta mulut pasien terlihat berbau dan kotor.

4.3 Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan klien saat pengkajian dilakukan. Latihan fisik pada pasien stroke terdiri dari mobilisasi ditempat tidur dan latihan duduk. Mobilisasi ini terdiri dari mobilisasi duduk dan rentang pergerakan sendi (Maliya & Purwanti, 2008). Pelaksanaan mobilisasi ditempat tidur yaitu : rencana tindakan yang dilakukan adalah Berikan latihan : pergerakan sendi, Lakukan perawatan rambut dan kulit kepala, Lakukan pemeliharaan

kesehatan mulut, Berikan pengaturan posisi : neurologi, berikan bantuan perawatan diri :mandi/kebersihan, berikan bantuan perawatan diri : berpakaian/berdandan, berikan bantuan diri : ADL, Berikan perawatan diri : eliminasi. Menurut *Canadian Best Practice Recommendation For Stroke Care* (2013) mengatakan bahwa hal pertama yang dilakukan untuk rehabilitasi stroke adalah *Range Of Motion* (ROM) atau Rentang Gerak Sendi (RPS), karena pasien yang terkena stroke memiliki kelumpuhan motorik dan sensorik.

Motorik dan sensorik adalah bagian penting dalam menggerakkan anggota badan untuk melakukan aktivitas. Biasanya harus melibatkan pasien selama bertuga fungsional dan dirancang untuk menstimulasikan ketrampilan dalam pemenuhan aktivitas, sehingga kedua komponen ini harus di dahulukan untuk rehabilitasinya. RPS bertujuan agar meningkatkan kontrol motorik dan mengembalikan fungsi sensorimotor. Proses rehabilitas pasien stroke merupakan proses *motor learning* yang merupakan satu set proses latihan motorik yang mempengaruhi keadaan internal internal sistem saraf pusat Latihan ini dilakukan dengan melibatkan memori jangka panjang tentang kemampuan motorik dan dipelajari kembali sehingga memudahkan pasien untuk memiliki kemampuan motorik yang telah dipelajari dulu (Mudie &Matyas, 2000).

a. Untuk diagnosa pertama

Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, rencana tindakan yang dilakukan adalah Monitor status neurologi klien, Monitor tingkat kesadaran klien, Berikan terapi oksigen untuk klien., Sesuaikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan perfusi serebral, Letakan kepala dan leher klien dalam posisi netral, hindari fleksi pinggang yang yang berlebihan, Atur posisi klien, Monitor paresthesia (mati rasa dan kesemutan), Monitor indra penciuman klien, Monitor respon babinski klien, Hindrari kegiatan yang bisa meningkatkan tekanan

intrakranial, Monitor tanda-tanda vital klien (suhu, tekanan darah, nadi, dan respirasi), Berikan terapi intravena, Berikan obat sesuai order dokter, Manajemen pengobatan.

b. Untuk diagnosa kedua

Yaitu hambatan mobilitas di tempat tidur, rencana tindakan yang dilakukan adalah Berikan latihan : pergerakan sendi, Lakukan perawatan rambut dan kulit kepala, Lakukan pemeliharaan kesehatan mulut, Berikan pengaturan posisi : neurologi, berikan bantuan perawatan diri :mandi/kebersihan, berikan bantuan perawatan diri berpakaian/berdandan, berikan bantuan diri : ADL, Berikan perawatan diri : eliminasi.

c. Untuk Diagnosa Ketiga

Yaitu Gangguan Menelan, rencana tindakan yang dilakukan adalah Monitor tingkat kesadaran, muntah dan kemampuan menelan, monitor status pernafasan pasien, anjurkan makan secara perlahan.

d. Untuk Diagnosa Keempat

Yaitu Konstipasi, rencana tindakan yang dilakukan adalah periksa tanda dan gejala konstipasi pasien, menganjurkan pasien diet tinggi serat, identifikasi faktor resiko konstipasi pasien, kolaborasi obat pencahar pasien.

e. Untuk Diagnosa Kelima

Yaitu Defisit perawatan diri : mandi, rencana tindakan yang dilakukan adalah Berikan perawatan rambut dan kulit kepala klien, Berikan pemeliharaan kesehatan mulut klien, Lakukan peningkatan latihan kepada klien, Lakukan pencegahan resiko jatuh pada klien, Berikan bantuan klien untuk mengontrol pemberian analgesik, Berikan pengaturan posisi klien, Berikan bantuan perawatan diri klien.

4.4 Implementasi Keperawatan

Dari 5 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan belum mencapai perkembangan yang diharapkan, dikarenakan waktu yang singkat oleh karena itu diharapkan kepada perawat dan tenaga medis lainnya untuk melanjutkan intervensi yang telah penulis rencanakan. Dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan pasien, keluarga, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya. Untuk diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, hasil yang penulis dapatkan adalah Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelumpuhan di sebelah kiri, Keluarga pasien mengatakan pasien gelisah, pasien tampak terbaring lemah, GCS 11 (E=3V=3 M=5) , Tanda tanda vital pasien : TD : 118/75 mmHg, N : 64x/i, P : 23x/i, S : 36,8 C, pasien terpasang oksigen nasal 2 liter.

Untuk diagnosa kedua yaitu Hambatan Mobilitas di tempat tidur, hasil yang penulis dapatkan adalah Keluarga pasien mengatakan ekstremitas kiri pasien, Keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien dibantu keluarga, pasien tampak lemah, pasien tampak susah menggerakkan badan, pasien tampak susah untuk miring kiri dan kanan, Kekuatan otot klien 5555/ 0000 Aktifitas pasien tampak dibantu keluarga, pasien tampak terbaring lemah ditempat tidur.

Untuk diagnosa ke tiga yaitu gangguan menelan : hasil yang di dapatkan oleh penulis adalah keluarga pasien mengatakan sudah mengerti melakukan pemberian makan pasien melalui NGT

Untuk diagnosa ketiga yaitu Konstipasi, hasil yang penulis dapatkan adalah Keluarga mengatakan pasien belum BAB sejak empat hari yang lalu, Keluarga pasien mengatakan aktifitas di bantu.

Untuk diagnosa keempat yaitu Defisit Perawatan Diri : Mandi, hasil yang penulis dapatkan adalah Keluarga pasien mengatakan sudah paham tentang penjelasan dari perawat, Keluarga pasien mengatakan belum bisa untuk melakukan perawatan dan personal hygiene pasien secara mandiri, Keluarga mengatakan minta bantuan untuk personal hygiene pasien selanjutnya kepada perawat, Keluarga pasien tampak mengerti dan bisa menyebutkan kembali penjelasan yang di jelaskan oleh perawat, klien sudah tampak rapi, wangi dan segar, pasien tampak nyaman

Untuk diagnosa ke lima yaitu gangguan menelan : hasil yang di dapatkan oleh penulis adalah keluarga pasien mengatakan sudah mengerti melakukan pemberian makan pasien melalui NGT.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah&Walid,2012). Dari Lima diagnosa prioritas utama yang penulis tegakan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan, kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

- a. Diagnosa pertama yaitu, Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak . Pada hari pertama yaitu tanggal 20-06 Juni 2019 dengan data mengalami gangguan keseimbangan ,nyeri kepala, bicara pelo tiga hari sebelum masuk rumah sakit, pada hari kedua tanggal 21-06-2019 pasien mengeluhkan nyeri kepala masih terasa ,masih mengalami gangguan keseimbangan bicara kurang jelas, pada hari ketiga 22-06-2019 pasien

mengeluhkan sama seperti hari sebelumnya hanya saja nyeri kepala sudah hilang dan masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan dan evaluasi di lanjutkan oleh perawat ruangan.

- b. Diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas tempat tidur berhubungan dengan hemiparesis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi Diagnosa tegak pada tanggal 20 juni 2019, pada hari pertama tanggal 20 Juni 2019 keluarga pasien mengatakan,Tn.m susah bergerak di tempat tidur, pergerakan sering dibantu keluaraga, kekuatan otot 5555/1111. Pada hari kedua tanggal 21 Juni 2019 keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa sedikit – sedikit mengerakan anggota gerak, keluarga mengatakan pasien diaajarkan latihan ROM pasif 2x sehari pagi dan sore. Dan pada hari ketiga tanggal 22 Juni 2019 keuarga pasien mengatakan Tn.m masih sama seperti kemarin . masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan dan evaluasi di lanjutkan oleh perawat ruangan.
- c. Diagnosa ketiga yaitu Gangguan menelan berhubungan dengan saraf cranial Diagnosa tegak pada tanggal 20 juni 2019, pada hari pertama tanggal 22 Juni 2019 Keluarga mengatakan pasien makan lewat NGT. Pada hari kedua tanggal 21 Juni 2019 Keluarga pasien mengatakan NGT di cabut pasien dan keluarga meminta agar pasien belajar makan melalui oral(mulut).Pada hari ketiga tanggal 22 Juni 2019 Keluarga mengatakan pasien sudah mulai mampu makan perlahan masalah teratasi intervensi dan evaluasi di hentikan oleh perawat ruangan.
- d. Diagnosa ke empat yaitu Konstipasi berhubungan dengan kurang nya aktifitas fisik.
- e. Diagnosa tegak pada tanggal 20 Juni 2019,pada hari pertama tanggal 20 Juni 2019 Keluarga mengatakan pasien belum BAB sejak 4 hari yang lalu,pasien terpasang pempers, keluarga mengatakan semua aktifitas pasien di bantu.Pada

hari ke dua tanggal 21 Juni 2019 Keluarga mengatakan hal yang sama pada hari sebelum nya. Pada hari ketiga tanggal 22 Juni 2019 Keluarga mengatakan pasien masih belum BAB masalah belum teratasi intervensi dan evaluasi di lanjutakan oleh perawat ruangan.

Diagnosa ketiga yaitu Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neurovaskuler

Diagnosa tegak pada tanggal 20 juni 2019, pada hari pertama tanggal 20 Juni 2019 Keluarga klien mengatakan tidak mampu untuk Melakukan aktifitas secara mandiri seperti makan minum dan mandi pasien terpasang kateter ,Tn.m kebutuhan sehari-hari dibantu keluarga dan perawat ruangan. Pada hari kedua tanggal 21 Juni 2019 Keluarga klien mengatakan tidak mampu untuk Melakukan aktifitas secara mandiri seperti makan minum dan mandi pasien terpasang kateter sama seperti hari sebelumnya dan Tn.m dilatih untuk mengosok gigi secara mandiri. Pada hari ketiga tanggal 08 Juni 2019 Keluarga klien mengatakan tidak mampu untuk Melakukan aktifitas secara mandiri seperti makan minum dan mandi pasien terpasang kateter Tn.m masih belum bisa melakukan aktifitas seperti mengosok gigi sendiri masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan dan evaluasi di lanjutkan oleh perawat ruangan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2019 dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Penyakit stroke adalah salah satu penyakit dalam bidang neurologi yang dapat menyebabkan kematian dan kesehatan di negara maju ataupun negara berkembang serta penyebab utama kecacatan pada orang dewasa.
2. Penyakit stroke yang sering diderita adalah stroke iskemik (hampir 80%) dan sisanya (20%) terkena stroke hemoragik.
3. Penyakit stroke disebabkan oleh beberapa hal yang banyak terjadi di masyarakat perkotaan seperti hipertensi, faktor usia, dan adanya penyakit jantung, atau gaya hidup. Faktor ini memicu terjadinya trombosis, embolisme, iskemia, dan hemoragik serebral. Penyebab tersering stroke adalah trombosis.
4. Masalah-masalah yang sering muncul pada pasien stroke iskemik yang sedang ada fase rehabilitas adalah mengenai kerusakan mobilitas fisik.
5. Perawat dapat melakukan terapi rentang pergerakan sendi untuk mengatasi masalah mobilitas yang dialami oleh pasien stroke fase rehabilitas. Tujuan pemberian terapi ini adalah mempertahankan fungsi mobilisasi sendi, memulihkan atau meningkatkan fungsi sendi dan kekuatan otot yang berkurang karena proses penyakit, kecelakaan, atau tidak digunakan, dan mencegah komplikasi dari immobilisasi seperti atrofi otot dan kontraktur.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai Stroke Iskemik (Non Hemoragik) karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Stroke Iskemik (Non Hemoragik) dan faktor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

5.2.2 Bagi Rumah Sakit

Untuk mencegah meningkatnya Stroke Iskemik (Non Hemoragik) sebaiknya pasien di beri informasi yang memadai mengenai Stroke Iskemik itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan di perolehnya informasi yang cukup maka pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera. Adapun untuk pasien yang telah mengalami atau menderita Stroke Iskemik (Non Hemoragik), maka harus segera di lakukan perawatan yang intensif.

5.2.3 Bagi Keluarga

Keluarga diharapkan mampu mengenali tanda dan gejala penyakit Stroke Iskemik (Non Hemoragik), sehingga komplikasi dari penyakit tersebut dapat segera di atasi, dan bagi masyarakat diharapkan mampu mengendalikan pola hidup yang tidak baik sehingga bisa terhindar dari penyakit Stroke Iskemik. Diharapkan juga bagi keluarga bersikap lebih terbuka dalam memberikan informasi yang akan sangat berguna untuk melakukan rencana tindakan yang tepat nantinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Canadia Best Practice Recommendation For Stroke Care. (2013). Diunduh pada tanggal 20 Juli 2017 dari <http://www.strokebestpraticice.ca/>
- Depkes RI. (2013). Pola pembinaan kesehatan usia lanjut di panti werdha. Jakarta : Direktorat Bina Kesehatan Keluarga
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES). (2014). Profil kesehatan indonesia tahun 2014. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Lemone, P., & Burke, K. (2004). *Medical surgical nursing: assesment & management of clinical problem. 7th Edition*. St. Louis: Missouri. Mosby-Year Book, Inc
- Mutaqqin, A. (2013). Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan
- Tarwanto,(2013),*Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta:CV Sagung Seto.
- Price, S.A., & Wilson, L. M. (2002). Patofisiologi konsep klinis proses penyakit. Edisi 6. Jakarta : EGC
- Sitorus, R. J. (2008). Faktor-faktor resiko yangb mempengaruhi kejadian stroke pada usia muda kurang dari 40 tahun (studi kasus di semarang). Jurnal Epidemiologi. Diunduh pada tanggal 23 Juli 2017 dari <http://www.eprints.undip.ac.id/6482.pdf>
- Smeltzer,S.C., & Bare, B. G. (2002). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing. 11th edition*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins
- Stockslager, J., & Schaeffer, L. (2008). Buku Saku: Asuhan Keperawatan Geriatric. Edisi 2. Alih Bahasa: Nike BS. Jakarta: EGC
- Word Health Organization (WHO). (2014). *Environmental health*.diunduh pada 23 juli 2017 dari <http://www.who.>

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG







LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama mahasiswa : Kevin Arlando CW

Nim : 1614401014

Pembimbing : Ns. Lisa Mustika, M.Kep

Judul KTI studi kasus : Asuhan keperawatan pada klien Tn.M dengan masalah Stroke Iskemik di ruang neurologi RS Achmad Mochtar Kota Bukittinggi tahun 2019.




NO	Hari/ tgl	Materi Bimbingan	Tanda tangan Pembimbing
1.	24 Juni 2019	Revisi kasus	
2.	25 Juni 2019	kasus lebih mendalam pengkajian	
3.	26 Juni 2019	Revisi BAB II	
4.	10 Juli 2019	Revisi saran	
	21/7/2019	Revisi Pembahasan	
	22/7/2019	Revisi Iscua kasus	

LEMBAR KONSUL

Nama : Kevin Arlando CW







NIM : 1614401014

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. M dengan Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

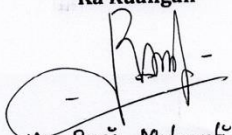
Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
Sabtu 22 Juni 2019	problematic bar u	
Selasa 9/07/2019	problematic bar u, s	
Senin 15/07/2019	Acc	

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 20..../20....**

NAMA MAHASISWA : KEVIN ARLANDO CHIATARA W
NIM : 1614401019
RUANGAN : Neurologi
JUDUL STUDI KASUS :

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Kamis / 20 Juni 2019	07.15		14:00		
2	Jum'at 21 Juni 2019	07.30		14:00		
3	Sabtu 22 Juni 2019	07.30		14:00		

Bukittinggi,20...

Ka Ruangan

 (.....
 (Ns. Peni Mulyanti, S.Kep.)

Pembimbing
 (.....)