



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE DI RUANG ICU/ICCU
RUMAH SAKIT TK. II PELAMONIA MAKASSAR**

OLEH:

BERGITA ROLITA RENGIL (NS2314901019)

BERTANITA FEBRIANTI (NS2314901021)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2024**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE DI RUANG ICU/ICCU
RUMAH SAKIT TK. II PELAMONIA MAKASSAR**

OLEH:

BERGITA ROLITA RENGIL (NS2314901019)

BERTANITA FEBRIANTI (NS2314901021)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2024**

PERNYATAAN ORISINALITAS

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Bergita Rolita Rengil (NS2314901019)
2. Bertanita Febrianti (NS2314901021)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 26 Mei 2024

Yang menyatakan,



Bergita Rolita Rengil



Bertanita Febrianti

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU/CCU Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Bergita Rolita Rengil / NS2314901019
2. Bertanita Febrianti / NS2314901021

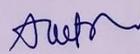
Disetujui oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2



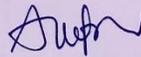
(Mery Sambo, Ns., M.Kep)
NIDN:0930058102



(Fransiska Anita, Ns., Sp.Kep.MB. PhDNS)
NIDN:0913098201

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassa



Fransiska Anita, Ns., Sp.Kep..MB. PhDNS
NIDN: 0913098201

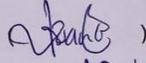
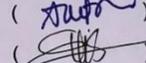
HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:
Nama : 1. Bergita Rolita Rengil (NIM: NS2314901019)
2. Bertanita Febrianti (NIM: NS2314901021)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA :Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1: Mery Sambo, Ns.,M.Kep ()
Pembimbing 2: Fransiska Anita, Ns.,Sp.Kep.MB. PhDNS ()
Penguji 1 : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN ()
Penguji 2 : Felisima Ganut, Ns., M.Kep ()
Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 7 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Shiratus Abdu, S.Si., Ns, M.Kes

NIDN: 0928027101

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Bergita Rolita Rengil (NS2314901019)

Bertanita Febrianti (NS2314901021)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 26 Mei 2024

Yang menyatakan



Bergita Rolita Rengil



Bertanita Febrianti

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar” yang menjadi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan memperoleh gelar Profesi Ners pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Peneliti menyadari bahwa dalam proses penulisan KIA ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, motivasi, serta doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Profesi Ners
2. Fransiska Anita, Ns.,Sp.Kep.MB. PhDNS selaku Wakil Ketua Bidang Akademik sekaligus sebagai pembimbing II yang dengan penuh pengertian dan kesabaran dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan KIA ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris.
5. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris dan sekaligus pembimbing I yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan KIA ini.

6. Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN selaku penguji I yang akan memberikan masukan dan arahan kepada penulis untuk penyempurnaan KIA ini agar bisa ketahap selanjutnya.
7. Felisima Ganut, Ns., M.Kep selaku penguji II yang akan memberikan masukan dan arahan kepada penulis untuk penyempurnaan KIA ini agar bisa ketahap selanjutnya.
8. Bapak dan ibu dosen beserta seluruh staf yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Bergita Rolita Rengil (Yohanis Rengil dan Selvisina Alilyaman), ketiga adik tercinta Juan, Rian, Rajai, serta sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, sehingga penulis dapat menyelesaikan KIA ini. Bagi Anselma Laiyan, terima kasih atas dukungan dan menjadi tempat keluh kesah bagi penulis serta kepada BTS (Kim Nam Joon, Kim Seok Jin, Min Yoon Gi, Jung Heosok, Park Jimin, Kim Teahyung, Jeon Jungkook) yang tidak langsung telah menjadi penyemangat penulis dalam menyelesaikan KIA ini.
10. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Bertanita Febrianti (Lorensius Nudi dan Emiliana Imung), keluarga, sanak saudara (terkhususnya kakak Van, adik Titin dan Riko, adek Kayla, kak Lovin, Raya dan adik Selvi) serta *the special one* (Sandydura) yang selalu mendoakan, memberi dukungan, nasihat, sehingga penulis dapat menyelesaikan KIA ini.

Akhir kata, semoga KIA ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi inspirasi untuk melaksanakan penelitian selanjutnya. Peneliti menyadari KIA ini masih jauh dari sempurna dan sangat mengharapkan masukan.

Makassar, 26 Mei 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xiv
Halaman Daftar Lampiran	xv
Halaman Daftar Tabel	xvi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Manfaat Penulisan	6
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar	8
1. Pengertian	8
2. Anatomi Fisiologi	9
3. Etiologi	15
4. Klasifikasi	18
5. Patofisiologi	19
6. Manifestasi Klinik.....	27
7. Pemeriksaan Penunjang	28
8. Penatalaksanaan	29
9. Komplikasi	32
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	35
1. Pengkajian primer	35
2. Diagnosa Keperawatan	38
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	39
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	49

BAB III PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus 51
B. Pengkajian Keperawatan Kritis 51
C. Analisa Data 75
D. Diagnosa Keperawatan 78
E. Perencanaan Keperawatan 79
F. Implementasi Keperawatan 83
G. Evaluasi Keperawatan 97

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep 114
B. Pembahasan Perencanaan *Evidence Based Nursing* 120

BAB V PENUTUP

A. Simpulan..... 127
B. Saran..... 128

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Otak	10
Gambar 2.2 Sirkulasi willis	13

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer	52
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium	73
Tabel 3.3 Analisa Data.....	75
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan.....	78
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	79
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan	83
Tabell 3.7 Evaluasi Keperawatan.....	97

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gaya hidup yang kurang baik dan aktivitas fisik yang berkurang karena mengandalkan dunia digital sangat berisiko terjadinya penyakit tidak menular yang dapat mengancam nyawa. Salah satu penyakit tidak menular yang mengancam kehidupan adalah stroke karena merupakan komplikasi dari PTM lainnya dan terus meningkat setiap tahunnya dan menjadi penyebab kecacatan bahkan kematian di seluruh dunia termasuk Indonesia (Khariri & Saraswati, 2021).

Stroke adalah kondisi dimana sebagian atau seluruh sel otak mati akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah yang ada di otak. Aliran darah yang berhenti juga mengakibatkan otak mengalami gangguan dalam suplai oksigen dan nutrisi sehingga otak tidak dapat bekerja sesuai fungsinya. Stroke terbagi atas 2 yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (Black & Hawks, 2014). Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh trombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang di suplai. Sehingga, kematian sel atau jaringan otak ini menyebabkan sel-sel otak di daerah tersebut tidak dapat berfungsi lagi atau mengalami penurunan fungsi (Nggebu, 2020).

Data World Stroke Organization (2019) mengungkapkan bahwa lebih dari 13,7 juta pasien stroke setiap tahun. Satu dari setiap orang diatas usia 25 tahun akan mengalami stroke selama hidup mereka, dengan 131,8 kasus kematian per 100 penduduk setiap tahun sebagai akibat dari stroke. Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (2018) dari 265 juta

penduduk Indonesia, 10,9% diantaranya mengalami stroke dan berada di peringkat ketiga menjadi penyebab kematian di Indonesia sesudah penyakit kardiovaskuler dan kanker. Prevalensi tertinggi terdapat di provinsi Kalimantan Timur sebesar 14,7%, di Daerah Istimewa Yogyakarta 14,6%, di Sulawesi Utara 14,2%, dan yang terendah di provinsi Papua 4,1%. Prevalensi stroke di Provinsi Sulawesi Selatan pada penduduk usia ≥ 15 tahun menurut karakteristik sebesar 10,6% dari jumlah penduduk 8,7 juta jiwa, dengan prevalensi tertinggi pada kelompok usia ≥ 75 tahun 48,2%, jenis kelamin perempuan 12%, pendidikan tidak/belum pernah sekolah 22,4%, dan tempat tinggal di perkotaan sebesar 12,3% (Riskesdas, 2018). Dari keseluruhan stroke yang terjadi, sekitar 87% terdiagnosa stroke iskemik dan sisanya merupakan stroke hemoragik. Stroke dapat menyebabkan kecacatan dan bahkan kematian.

Kematian dan kecacatan akibat stroke dapat dicegah jika dilakukan perawatan yang intensif pada fase akut. Fase akut merupakan fase dimana stroke bisa memburuk meskipun sudah dibawa ke rumah sakit. Fase akut dilakukan pada saat perawatan di rumah sakit. Fase akut terjadi 2 minggu pertama pasca serangan stroke, pada fase ini pasien mendapatkan perawatan khusus di rumah sakit yang bertujuan untuk mempertahankan integritas kulit, kekakuan sendi, mengatasi fungsi menelan, gangguan komunikasi, dan pencegahan jatuh. Fase akut stroke berakhir 48 sampai 72 jam, kondisi pasien sadar penuh saat masuk rumah sakit mempunyai prognosis yang lebih dapat diharapkan. Prioritas dalam fase akut ini adalah mempertahankan jalan nafas dan ventilasi yang baik. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan dan penanganan yang komperhensif demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Penanganan tepat dari tenaga medis diharapkan dapat mengurangi resiko kematian dari kecacatan permanen (Mustikarani & Mustofa, 2020).

Perawat merupakan salah satu bagian integral dari tim interdisipliner yang memiliki peran penting selama perawatan pasien stroke dari fase akut. Peran tersebut meliputi pengkajian cepat untuk memfasilitasi diagnosa yang tepat, monitor secara rutin aspek vital selama perawatan akut (mis. tekanan darah, suhu, tingkat oksigen, glukosa darah, integritas kulit), memberikan perawatan kepada pasien dengan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, mengidentifikasi dan mengelola komplikasi umum. Peran lain yaitu mengkoordinasi dan memperkuat langkah-langkah pencegahan sekunder termasuk pendidikan modifikasi gaya hidup, sesuai kebutuhan (Mutiarasari, 2022).

Salah satu peran perawat adalah memberikan perawatan kuratif dalam menerapkan asuhan keperawatan. Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan penelitian. Gangguan suplai oksigen pada pasien stroke disebabkan oleh aliran darah yang tidak lancar, oleh karena itu dibutuhkan pemantauan dan penanganan yang akurat. Pemberian posisi *head-up* 30° pada pasien stroke dapat meningkatkan sirkulasi darah ke otak dan meningkatkan oksigenasi jaringan serebral, yang pada akhirnya dapat memperbaiki status hemodinamik sehingga dapat mengurangi peningkatan tekanan intrakranial (Mustikarani & Mustofa, 2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Ekacahyaningtyas et al. (2021) menunjukkan bahwa memberikan posisi *head-up* 30° telah banyak diterapkan untuk mencegah peningkatan tekanan intrakranial serta meningkatkan saturasi oksigen, posisi ini telah memberikan hasil yang positif terhadap masalah hemodinamik pada pasien yang beresiko mengalami peningkatan tekanan intrakranial. Selain itu, studi kasus yang dilakukan Trisila et al. (2022) menunjukkan terjadinya perubahan status hemodinamik dan peningkatan kesadaran pada pasien stroke setelah

diberikan intervensi posisi *head-up* 30° yang dilakukan selama 3 hari. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestiani et al. (2020) hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian posisi *head-up* 30° efektif dalam mengurangi peningkatan tekanan intrakranial dan meningkatkan saturasi oksigen.

Berdasarkan uraian diatas, Non Hemoragik Stroke (NHS) merupakan kasus yang perlu mendapatkan perhatian dan perawatan yang lebih komprehensif, sehingga perawat dituntut mampu meningkatkan pengetahuan yang lebih mendalam tentang penyakit ini terutama dalam penerapan dan pemberian posisi *head-up* 30° yang dapat memudahkan peningkatan sirkulasi darah ke otak dan memperbaiki kadar oksigen dalam jaringan otak. Dengan melihat hal tersebut, maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruang Perawatan ICU/ICCU Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar” dengan harapan melalui penanganan yang komprehensif tidak terjadi komplikasi serta mengurangi angka kematian dan jumlah kasus NHS.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS).

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS).
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS).
- c. Menetapkan rencana Tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS).
- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS).
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS).
- f. Melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS).

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instalasi Rumah Sakit

Karya ilmiah ini dapat bermanfaat sebagai pedoman untuk tenaga kesehatan dan sebagai standar operasional prosedur dalam memberikan pelayanan Kesehatan khususnya pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) di unit perawatan intensif.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Karya ilmiah ini dapat menjadi referensi dalam menentukan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS).

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini dapat menjadi referensi dan bahan bacaan di perpustakaan untuk menambah wawasan dan memperkaya ilmu pengetahuan tentang perawatan intensif pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS).

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan karya ilmiah akhir ini adalah:

1. Studi Kepustakaan

Mengambil beberapa literatur sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir mengenai non hemoragik stroke (NHS).

2. Studi Kasus

Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, menentukan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan:

a. Observasi

Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Diskusi

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

e. Dokumentasi

Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan pasien termasuk hasil tes diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam bab dimana di setiap bab disesuaikan dengan sub bab antara lain bab I pendahuluan, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan pustaka, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu, konsep dasar medik yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi. Bab III pengamatan kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Bab IV pembahasan kasus merupakan laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek. Bab V simpulan dan saran, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak. Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2013).

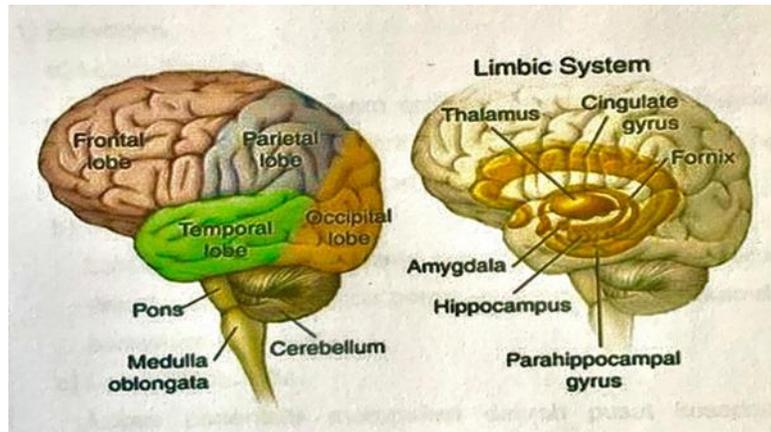
Non Hemoragik Stroke adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai oksigen dan glukosa ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (WHO, 2022).

Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh trombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang di suplai. Sehingga, kematian sel atau jaringan otak ini menyebabkan sel-sel otak di daerah tersebut tidak dapat berfungsi lagi atau mengalami penurunan fungsi (Nggebu, 2020).

Berdasarkan definisi tersebut penulis dapat menyimpulkan bahwa stroke non hemoragik adalah penyumbatan pembuluh darah di otak yang terjadi akibat adanya emboli atau thrombus yang dapat menimbulkan gangguan sirkulasi atau peredaran darah otak sehingga dapat menyebabkan suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi otak



Gambar 2.1 Bagian Otak
(Huether & McCance, 2019)

Otak merupakan pusat kendali untuk melaporkan kejadian sensasi, dan menghubungkannya satu sama lain dengan informasi yang tersimpan, membuat keputusan, dan pusat kecerdasan, emosi dan memori (Sumiyaiti et al., 2021).

1) Otak besar (cerebrum)

Cerebrum merupakan bagian terbesar otak dan menempati *fossa cranial* tengah dan anterior. Otak besar mempunyai fungsi dalam mengatur semua aktivitas mental, yang berkaitan dengan kepandaian (intelejensi), ingatan (memori), kesadaran dan pertimbangan. Kecerdasan intelektual atau IQ manusia juga ditentukan oleh kualitas cerebrum.

Secara umum, belahan-belahan otak kanan mengontrol sisi kiri tubuh dan belahan otak kiri mengontrol sisi kanan tubuh. Otak kanan terlibat dalam kreatifitas dan kemampuan artistik.

Sedangkan otak kiri untuk logika dan berpikir rasional. Cerebrum dibagi menjadi 4 bagian yang disebut lobus:

a) Lobus frontalis

Merupakan lobus terbesar, terletak pada fosa anterior. Area ini dapat menerima informasi dari dan menggabungkan informasi-informasi tersebut menjadi pikiran, rencana dan perilaku. Lobus frontalis bertanggung jawab terhadap fungsi kognitif seperti pemecahan masalah, memori, bahasa, motivasi penilaian, kontrol impuls.

b) Lobus parietal

Lobus parietal berperan sebagai sensasi sentuhan, pergerakan tubuh, bau rasa, disertai kesadaran. Selain itu dilobus ini terdapat daerah bicara yang bertanggung jawab untuk pengertian (pemahaman) bahasa.

c) Lobus temporalis

Lobus temporal berperan sebagai tempat emosi, dan juga bertanggung jawab terhadap rasa, persepsi, memori, musik, agresif, dan perilaku seksual.

d) Lobus oksipitalis

Lobus ini berfungsi untuk penglihatan. Dilobus oksipitalis kiri untuk melihat angka dan huruf, sedangkan kanan untuk melihat gambar dan memegang peranan penting terhadap fungsi mata.

2) Batang otak (*Brainstem*)

Batang otak bersambung dengan medulla spinalis yang berukuran sekitar 3 inci (7,5 cm) dan terdiri dari medulla oblongata, pons, dan otak tengah. Batang otak berfungsi sebagai stasiun pemancar yang menghubungkan otak besar

kesaraf tulang belakang, serta mengirim dan menerima pesan antara berbagai bagian tubuh dan otak.

a) Medulla oblongata

Merupakan pusat otonom seperti jantung, pusat pernapasan, dan pusat batuk, bersin, muntah. Medulla juga merupakan tempat dekusasi saluran piramidal yang artinya bahwa setiap sisi otak mengendalikan gerakan sadar yang berlawanan sisi tubuh (sisi kanan tubuh dikendalikan oleh otak kiri dan sebaliknya).

b) Pons

Pons mudah untuk dikenali dari penampakan tonjolannya dibawah midbrain dan diatas medulla. Fungsi utama pons adalah mentransmisikan informasi dari serebelum ke batang otak dan antara dua hemisfer serebelum.

3) Otak tengah

Otak tengah atau disebut mesensefalon berada memanjang dipons ke diensefalon. Berfungsi sebagai penghubung indra perasa dan indra pendengaran serta sebagai pusat koordinasi dari respon refleks untuk indra penglihatan.

a) Hipotalamus

Pusat integrasi mengontrol fungsi sistem saraf otonom, mengukur suhu tubuh dan fungsi endokrin serta menyesuaikan ekspresi emosi.

b) Thalamus

Bagian dari sistem limbik, dan terhubung dengan daerah korteks serebral yang bertanggung jawab untuk kontrol gerak dan persepsi sensorik dengan bagian lain dari otak yang terlibat dalam fungsi yang sama.

4) Otak kecil (cerebellum)

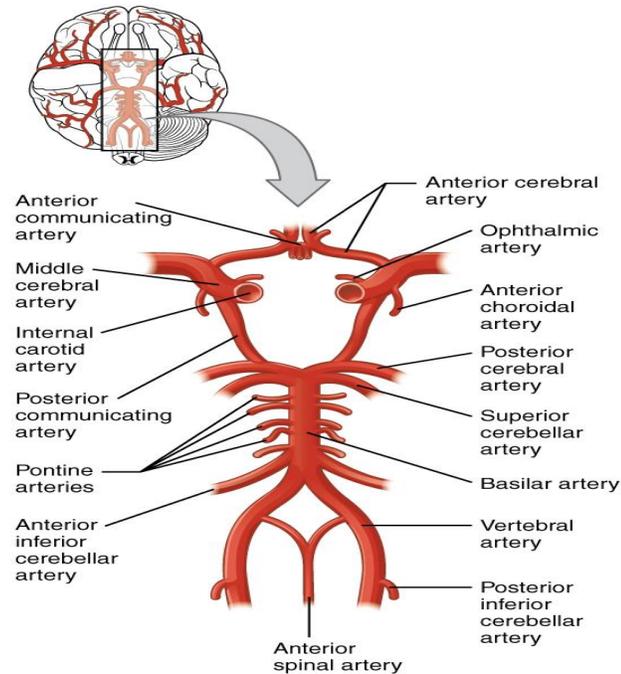
Cerebellum (otak kecil) terletak di *fossa cranii posterior* dan bagian superiornya di tutupi oleh tentorium cerebelli. Cerebellum mempunyai fungsi utama dalam kordinasi terhadap otot dan tonus ototm keseimbangan dan posisi tubuh. Cerebellum dibagi menjadi 3 lobus utama:

- a) Lobus anterior: berfungsi dalam regulasi tonus otot dan mempertahankan sikap badan.
- b) Lobus medius/ lobus posterior: berfungsi dalam koordinasi dalam berbagai Gerakan lincah.
- c) Lobus flocculonodularis: berfungsi mempertahankan keseimbangan.

5) Meningen

Lapisan atau membran tipis yang berfungsi untuk menutupi dan melindungi otak dan saraf tulang belakang (Huether & McCance, 2019).

b. Sistem peredaran darah otak



Gambar 2.2 Sirkulasi Willis

(Lusiana, 2019)

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

Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri vertebralis dan arteri karotis. Kedua arteri ini merupakan sistem arteri terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh anastomosis yang membentuk sirkulasi anterior willisi.

a) Arteri karotis interna

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dan aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri krotis eksterna memperdarahi wajah, tiroid, lidah dan faring. Arteri karotis interna sedikit berdilatasi tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotikus, dimana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespons terhadap perubahan tekanan darah arteri, yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis interna terbagi menjadi dua yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular. Arteri serebri media menyuplai darah untuk bagian lobus temporalis, parietalis dan frontalis korteks serebri dan membentuk penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

b) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavikula sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang dari sistem vetebrobasilaris memperdarahi medulla oblongata, pons cerebellum, otak tengah dan sebagian diensefalon (Imran & Marlia, 2015).

3. Etiologi

Non Hemoragik Stroke (NHS) terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Ummaroh, 2019).

Non Hemoragik Stroke (NHS) terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motorik atas (upper motor neuron) dan hipertensi (Ummaroh, 2019).

Menurut Ratnasari (2020), stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multi faktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke terbagi menjadi dua, yaitu:

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Stroke non hemoragik dapat menyerang siapa saja, semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terkena stroke non hemoragik. Penderita stroke lebih banyak terjadi pada usia diatas 50 tahun. Dimana pada usia tersebut terjadi proses degenerasi sehingga aliran darah menurun yang membuat elastisitas pembuluh darah juga menurun terjadi kekakuan pembuluh darah sehingga terbentuknya plak dan menumpuk di pembuluh darah yang

akan mengakibatkan thrombus pada pembuluh darah di otak (Ratnasari, 2020).

2) Jenis kelamin

Stroke menyerang baik laki-laki maupun perempuan, pada laki-laki jumlah kadar hormon estrogen tergolong rendah dibandingkan perempuan yang cukup tinggi. Hormon ini berperan sebagai proteksi atau pelindung alami pada proses aterosklerosis dengan menjaga tingkat kolesterol darah agar High Density Lipoprotein (HDL) atau kolesterol baik lebih tinggi dari kolesterol jahat atau Low Density Lipoprotein (LDL). Selain itu hormon estrogen juga memiliki fungsi vital lain, yaitu sebagai hormon yang mengurangi risiko faktor pembekuan darah namun setelah perempuan mengalami menopause, hormon estrogen akan menurun secara drastis sehingga merusak sel endotel dan memicu terjadinya plak di pembuluh darah sehingga besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama (Ratnasari, 2020).

3) Riwayat keluarga

Sekian banyak stroke yang terjadi, sebagian besar penderita stroke memiliki faktor riwayat stroke dalam keluarganya. Keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan penanda aterosklerosis awal, yaitu proses terjadinya timbunan zat lemak di bawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke. Beberapa penelitian lain yang telah dilakukan mengesankan bahwa riwayat stroke non hemoragik dalam keluarga mencerminkan suatu hubungan antara faktor genetik dengan tidak berfungsinya lapisan dinding pembuluh darah dalam arteri koronaria (Ummaroh, 2019).

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah yang akan menekan sel endotel lapisan dinding arteri. Kerusakan endotel dan perubahan interaksi sel darah endothelium dapat menyebabkan terbentuknya trombus (Wasena, 2019).

2) Diabetes Melitus

Penyakit diabetes melitus dapat menyebabkan meningkatnya kadar glukosa dalam darah yang menyebabkan viskositas darah meningkat, darah akan menumpuk di pembuluh darah yang distal menyebabkan trombus pada pembuluh darah yang lebih distal kemudian mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang mengakibatkan resiko terjadinya stroke iskemik (Ratnasari, 2020).

3) Penyakit Jantung

Penyakit jantung yang sering menyebabkan stroke biasanya disebut atrial fibrillation yaitu gangguan irama jantung dimana terjadi akibat gangguan sinyal listrik serambi jantung yang tidak berfungsi dengan baik, sehingga darah yang terakumulasi di serambi jantung akan membentuk bekuan darah (thrombus) yang dapat terlepas dan mengakibatkan stroke apabila menyumbat di pembuluh darah otak (Getrudis, 2019).

4) Merokok

Asap rokok mengandung beberapa zat berbahaya seperti nikotin dan karbon monoksida dimana zat tersebut menimbulkan kerusakan dinding arteri diseluruh tubuh termasuk otak, jantung dan tungkai. selain itu merokok memicu produksi

fibrinogen (faktor penggumpalan darah) kemudian terjadi penurunan aktivitas fibrinolitik menyebabkan terbentuknya gumpalan darah (trombus) pada pembuluh darah, dan terjadi vasokonstriksi yang membuat pembuluh darah menyempit, aliran darah melambat atau tersumbat sehingga dapat menyebabkan risiko stroke (Puspitawati, 2020).

5) Alkohol

Makin banyak konsumsi alkohol dapat menyebabkan penyakit hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga dapat terjadi emboli serebri. (Murtiningsih, 2019).

4. Klasifikasi

Menurut Lusiana (2019), berdasarkan perjalanan klinis, stroke non hemoragik dikelompokkan menjadi:

a. *Transient Ischemic Attack (TIA)*

Pada TIA, gangguan peredaran darah otak dengan gejala neurologis timbul dan menghilang kurang dari 24 jam atau di definisikan sebagai episode singkat disfungsi neurologis yang disebabkan gangguan sirkulasi otak tanpa adanya infark namun kemungkinan risiko dapat terjadi kembali serangan stroke dimasa depan.

b. *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)*

Gejala neurologis pada pasien dengan stroke non hemoragik menghilang/membaik lebih dari 24 jam namun kurang dari 21 hari atau gangguan peredaran darah otak yang membaik lebih dari 24 jam disertai gejala-gejala yang sebelumnya ada pada pasien tersebut menjadi kurang atau bahkan menghilang.

c. *Stroke In Evolution*

Stroke yang sedang berjalan dan semakin parah dari waktu ke waktu dimana defisit neurologis bersifat fluktuatif, progresif kearah yang semakin memburuk biasanya disertai penyakit penyerta (DM, gangguan fungsi ginjal, gangguan fungsi jantung, dll).

d. *Completed Stroke*

Kelainan neurologis bersifat menetap dan tidak berkembang lagi.

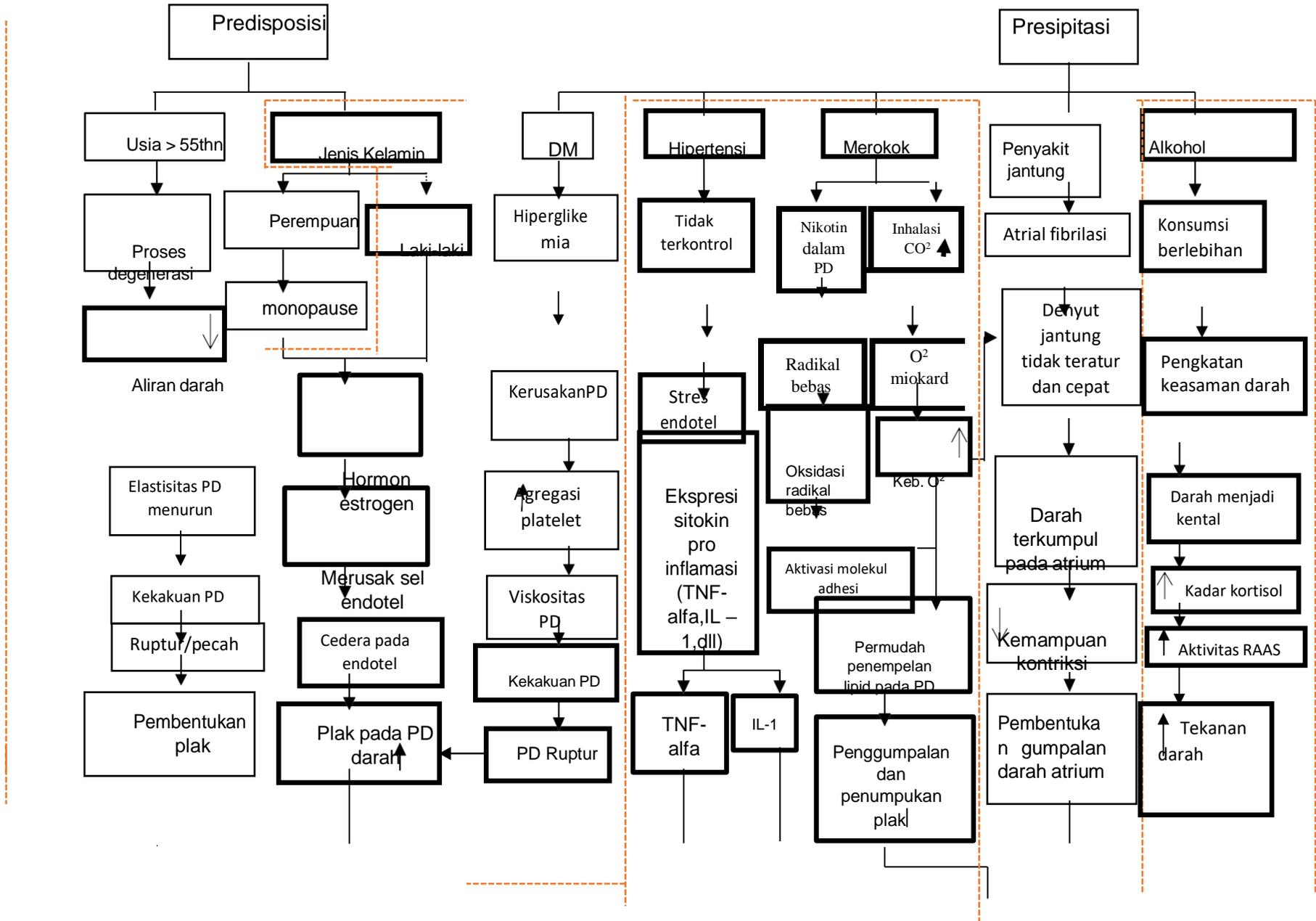
5. Patofisiologi

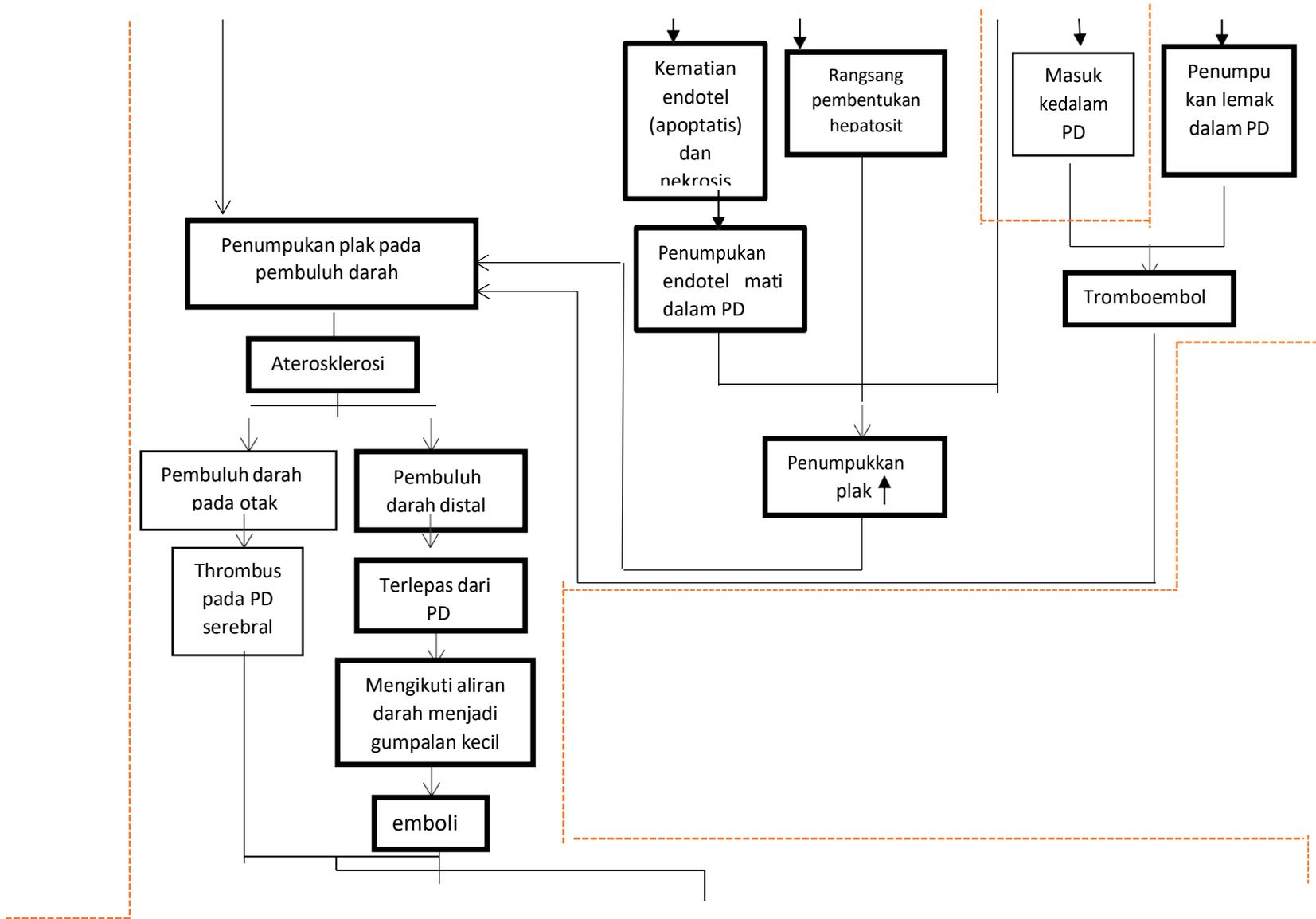
Infark serebri adalah berkurangnya suplai darah ke otak. Luasnya infark bergantung pada faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Trombus dapat berasal dari plak arterosklerosis, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah pelambatan atau terjadi turbulensi, trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam pembuluh darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema di sekitar area. Umumnya, emboli akan mengakibatkan lebih banyak kematian jaringan karena pembuluh anastomi tidak mempunyai kesempatan melebar. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka akan terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak.

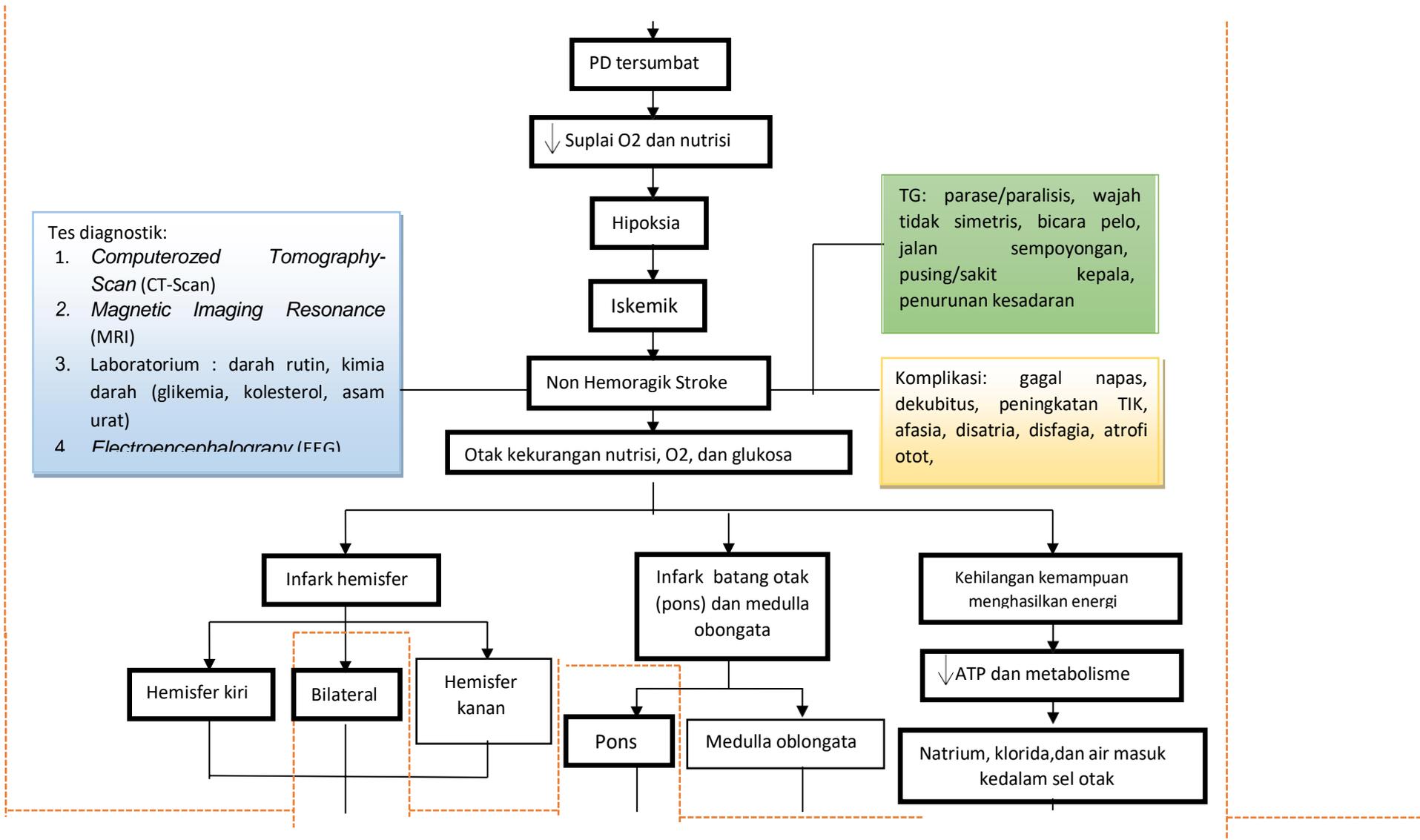
Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala seperti kehilangan kesadaran. Apabila otak kekurangan oksigen dalam waktu yang lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark. Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan mengakibatkan keadaan hipoksia.

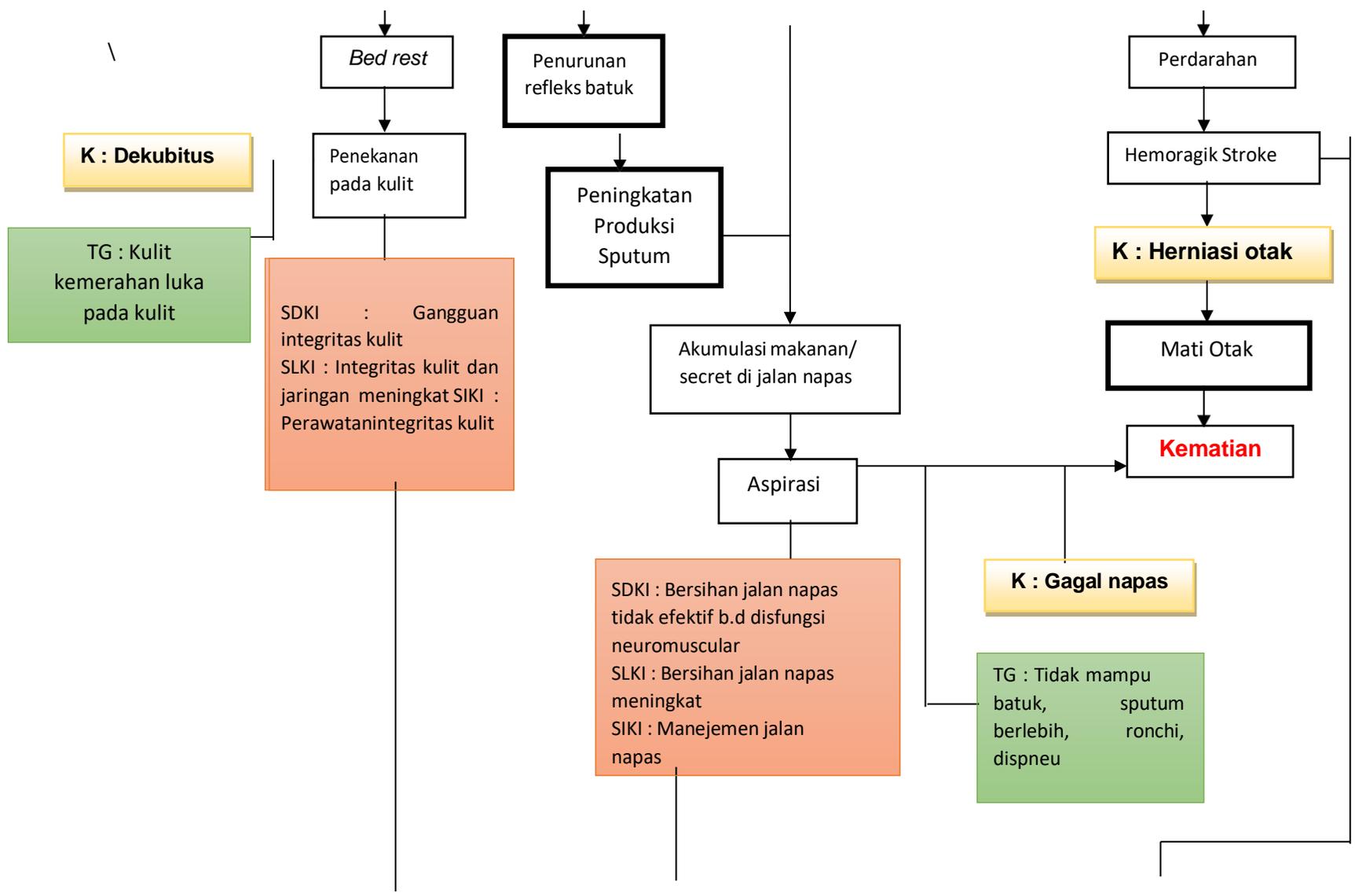
Hipoksia yang berlangsung lama akan mengakibatkan iskemik otak. Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan metabolisme sel-sel neuron. Dimana sel-sel ini tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri yang menuju otak. Apabila hal ini tidak ditangani secara cepat dan tepat maka akan mengakibatkan kerusakan neurologis. Kekurangan nutrisi, O₂ dan glukosa pada otak juga menyebabkan kehilangan kemampuan menghasilkan energi dimana terjadi penurunan ATP dan metabolisme sehingga natrium, klorida dan air masuk ke dalam otak dan masuk ke dalam sel saraf yang akan mengakibatkan edema serebri. Non hemoragik stroke juga ditandai dengan peningkatan tekanan darah. Tingginya tekanan pembuluh darah menyebabkan pecahnya salah satu arteri dalam otak. Pecahnya arteri akan memicu perdarahan di sekitar area tersebut sehingga terjadi perdarahan atau hemoragik stroke. Adanya lesi di otak pada saat serangan stroke dan terbentuknya jaringan parut dari proses penyembuhan jaringan otak yang akan mempengaruhi/mengganggu hantaran aktivitas listrik di otak dapat menyebabkan pasien mengalami kejang. Stroke dapat memicu terjadinya gagal nafas. Gagal nafas dapat terjadi sebagai akibat langsung dari lesi stroke pada batang otak yang mengatur sistem respirasi yang menyebabkan terjadinya penumpukan jumlah sputum berlebih (Murtiningsih, 2019).

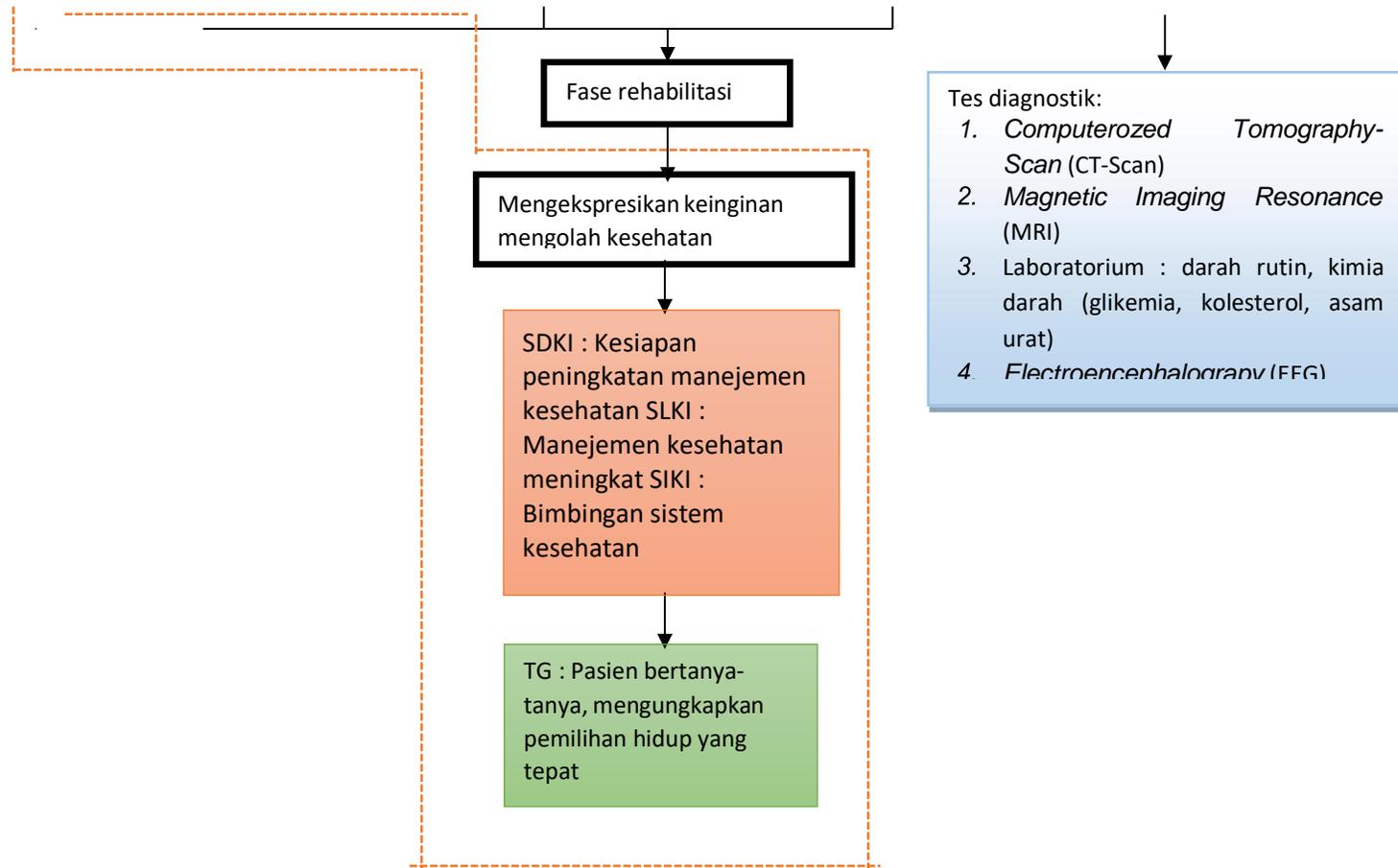
Pathway Non Hemoragik Stroke (NHS)











6. Manifestasi Klinis

Berikut ini beberapa manifestasi klinis yang dapat terjadi pada pasien dengan non hemoragik stroke:

a. Kehilangan Motorik

Disfungsi motorik paling umum adalah paralisis pada salah satu sisi atau hemiplegia karena lesi pada sisi otak yang berlawanan (Afandy & Wiriatarina, 2019).

b. Kehilangan sensorik

Kehilangan sensorik karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau berat dengan kehilangan proprioepsi yaitu kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh serta kehilangan dalam menginterpretasikan stimulus visual, taktik, dan auditorius (Afandy & Wiriatarina, 2019).

c. Kehilangan Komunikasi

Menurut Puspitawati (2020) fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke non hemoragik adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum.

Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

- 1) Disartria (kesulitan bicara).
- 2) Disfasia (kehilangan bicara).
- 3) Apraxia (ketidakmampuan melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).
- 4) Gangguan persepsi (ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi)

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Murtiningsih (2019), pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke non hemoragik, yaitu:

a. Radiologi

1) *CT-Scan*

Pemindaian yang memperlihatkan secara spesifik adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark pada stroke. Hasil pemeriksaan tersebut biasanya terdapat pepadatan di ventrikel kiri dan hiperdens lokal.

2) *Magnetic Resonance Rmagine (MRI)*

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragik sub arachnois / perdarahan intrakranial.

3) *Elektroensefalogram (EEG)*

Mengidentifikasi penyakit yang didasarkan pada pemeriksaan pada gelombang otak dan memungkinkan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik. Pada pasien stroke biasanya dapat menunjukkan apakah terdapat kejang yang menyerupai dengan gejala stroke.

4) Sinar X

Menggambarkan pada perubahan kelenjar lempeng pineal pada daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis internal yang terdapat trombosis serebral.

b. Pemeriksaan Darah

1) Hitung darah lengkap

Hitung darah lengkap digunakan untuk melihat penyebab stroke seperti trombositosis, trombositopenia, polisitemia, anemia dan tes koagulasi.

2) Tes kimia darah

Tes ini digunakan untuk melihat kandungan glukosa darah, HDL, LDL, kolesterol total, asam urat, dan lain-lain.

8. Penatalaksanaan

Menurut Amalia & Yudhono (2022), penatalaksanaan keperawatan gawat darurat yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik yaitu:

a. Penatalaksanaan Farmakologis

1) Fibrinolitik / trombolitik (rtPA)

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, tenecteplase dan reteplase, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang biasa terjadi adalah resiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna serta angioedema. Rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang 3-4, atau 5 jam setelah onset gejala.

2) Neuroprotektor

Tujuan pemberian obat ini yaitu reperfusi ke jaringan dengan harapan melindungi sel membran dan stabilisasi membran sehingga mengurangi luas infark. Jenis obat seperti citicoline, piracetam, flunarizine, atau statin (Mutiarasari, 2019).

3) Anti trombolitik

Terapi fibrinolitik digunakan untuk melarutkan gumpalan darah yang tiba-tiba menyumbat arteri atau vena. Ini meningkatkan aliran darah dan mencegah kerusakan pada jaringan dan organ. Untuk hasil yang terbaik, pengobatan darurat ini harus diberikan sesegera mungkin setelah stroke atau serangan jantung. Jenis obat seperti aspilet.

4) Anti hipertensi

a) Antagonis kalsium (*calcium channel blocker*)

Antagonis kalsium bekerja dengan cara menghambat jalan masuk kalsium ke dalam otot jantung dan dinding pembuluh darah, sehingga menyebabkan denyut jantung melambat dan pembuluh darah melebar. Dengan begitu tekanan darah dapat turun. Contoh antagonis kalsium adalah: amlodipine, diltiazem, felodipine, isradipine, nicardipine, nifedipine, verapamil.

b) *Ace inhibitor*

Ace inhibitor bekerja dengan cara menghambat enzim khusus untuk memproduksi hormon angiotensin II, yaitu hormon yang dapat memicu penyempitan pembuluh darah. Dengan begitu, pembuluh darah dalam melebar, aliran darah dapat lebih lancar, dan tekanan darah dapat menurun.

Contoh ACE *inhibitor* adalah benazepril, captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, moexipril, perindopril, quinapril, ramipril, trandolapril.

c) *Alpha-2 receptor agonist*

Alpha-2 receptor agonist bekerja dengan cara menekan aktivitas jaringan yang memproduksi hormon adrenalin, sehingga tekanan darah turun. Contoh alpha-2 receptor agonist adalah: metildopa dan clonidine.

d) Angiotensin II receptor blocker (ARB)

ARB bekerja dengan cara menghambat pengikatan angiotensin II, sehingga pembuluh darah melebar dan tekanan darah pun menurun. Jenis-jenis obat ARB adalah: candesartan, eprosartan, irbesartan, losartan, olmesartan, telmisartan, valsartan.

5) Anti Koagulan

Obat ini diharapkan untuk mencegah terjadinya kembali stroke emboli dan menurunkan risiko tromboembolisme vena. Jenis golongan obat ini adalah *unfractionated heparin* (UFH) dan *lower molecular weight heparin* (LMWH). Terapi antikoagulan dapat diberikan dalam 48 jam setelah onset gejala untuk pencegahan tromboemboli, dengan menghindari penggunaan bersama dengan fibrinolitik dalam 24 jam. Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli.

b. Penatalaksanaan Non Farmakologis

- 1) Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamik stabil
- 2) Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat
- 3) Tanda-tanda vital usahakan stabil
- 4) Bedrest
- 5) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit

9. Komplikasi

Menurut Pratama (2019) komplikasi pada penderita stroke non hemoragik, yaitu:

a. *Hemoragic stroke* (HS)

Pada keadaan NHS otak kekurangan nutrisi, O₂, glukosa dan akan kehilangan kemampuan menghasilkan energi dimana terjadi penurunan ATP dan metabolisme sehingga natrium, klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan masuk ke sal saraf yang menyebabkan edema serebri dengan tanda dan gejala nyeri kepala hebat, tekanan darah meningkat, pola napas ireguler dan terjadi peningkatan tekanan intrakranial (TIK) yang mengakibatkan penurunan perfusi serebral otak sehingga terjadi penurunan kesadaran dan aneurisme pembuluh darah yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak sehingga terjadi perdarahan.

b. Edema serebri

Edema otak atau edema serebri merupakan kondisi terjadinya akumulasi cairan abnormal pada parenkim otak yang disebabkan oleh proses patologis. Hal ini berakibat pada peningkatan volume otak, yang nantinya dapat menyebabkan peningkatan tekanan

intrakranial serta penurunan perfusi otak. Peningkatan tekanan intrakranial yang signifikan dapat menyebabkan herniasi otak dan kompresi jaringan otak hingga mengakibatkan kematian.

c. Kejang

Iskemia otak dapat menyebabkan kerusakan reversible maupun ireversibel yang akan memicu aktivitas elektrik yang tidak terorganisasi yang selanjutnya menimbulkan manifestasi kejang.

d. Gagal napas

Pada keadaan non hemoragik stroke, otak kekurangan nutrisi, O₂ dan glukosa sehingga terjadi infark pada batang otak (pons) dan medulla oblongata. Pada medulla oblongata terjadi kerusakan nervus XII (hipoglossus) yang akan menyebabkan proses menelan tidak efektif dan terjadi disfagia sehingga makanan menumpuk dalam rongga mulut dan akumulasi makanan atau sekret di jalan napas sehingga terjadi aspirasi yang akan mengakibatkan gagal napas pada pasien.

e. Perawatan lama di rumah sakit

1) Dekubitus

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

2) Pneumonia

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

3) Malnutrisi

Malnutrisi adalah keadaan gizi akut, subakut atau kronis, dimana berbagai tingkat kelebihan gizi atau kekurangan gizi dengan atau tanpa aktivitas inflamasi dapat menyebabkan perubahan komposisi tubuh dan fungsi. Malnutrisi pada pasien stroke disebabkan terutama oleh penurunan asupan makan dan peningkatan *energy expenditure*. Hal ini berhubungan dengan adanya malnutrisi sebelumnya, disfagia, dan hipermetabolik.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Primer

a. *Breathing*

Pada pasien belum sadar dilakukan evaluasi seperti pola napas, tanda-tanda obstruksi, pernapasan cuping hidung, frekuensi napas, pergerakan rongga dada (apakah simetris atau tidak), suara napas tambahan (apakah tidak ada obstruksi total, auskultasi: adanya wheezing atau *ronchi*).

b. *Blood*

Pada sistem kardiovaskuler dinilai tekanan darah, perfusi perifer, status hidrasi (hipotermi atau syok) dan kadar HB.

c. *Brain*

Pada sistem saraf pusat dinilai kesadaran pasien dengan GCS (*Glasglow Coma Scale*) dan perhatikan gejala peningkatan tekanan intrakranial.

d. *Bladder*

Pasien sistem urogenitalis diperiksa kualitas, kuantitas, warna, kepekatan urine, untuk menilai apakah pasien masih dehidrasi, apakah ada kerusakan ginjal saat operasi, gagal ginjal akut (GGK).

e. *Bowel*

Pada sistem ini diperiksa adanya dilatasi lambung, tanda-tanda cairan bebas, distensi abdomen, perdarahan lambung post operasi, obstruksi atau hipoperistaltik, gangguan organ lain, misalnya hepar, lien, pankreas, dilatasi usus halus.

f. *Bone*

Pada sistem muskuloskeletal dinilai adanya tanda-tanda sianosis, warna kuku, gangguan neurologis (gerakan ekstremitas).

2. Pengkajian Sekunder

- a. Identitas pasien, umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa dll.
- b. Riwayat kesehatan dahulu, riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embolisme serebral, riwayat tinggi kolestrol, obesitas, riwayat DM, riwayat aterosklerosis, merokok dan riwayat konsumsi alkohol (Nurwidiyanti et al., 2022).
- c. Riwayat kesehatan sekarang, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kehilangan motorik, merasa kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, kebingungan sensasi/paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah istirahat, nyeri, kejang otot.
- d. Riwayat kesehatan keluarga apakah ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga (Nurwidiyanti et al., 2022)..
- e. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan
Data subjektif: adanya riwayat penyakit jantung, hipertensi, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.
Data objektif: hipertensi arterial (dapat ditemukan atau terjadi pada cedera serebrovaskular) (Nurwidiyanti et al., 2022).
- f. Pola nutrisi dan metabolik
Data subjektif: nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan tekanan intrakranial), kehilangan sensasi, rasa kecap pada lidah dan pipi serta tenggorokkan, disfagia, peningkatan lemak dalam darah.
Data objektif: kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas, tidak mampu memenuhi kebutuhan diri sendiri (Nurwidiyanti et al., 2022)
- g. Pola eliminasi
Data subjektif: Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, kesulitan BAB atau BAK dan anuria.

Data objektif: Distensi abdomen (distensi kandung kemih), bising usus negatif (ileus paralitik), inkontinensia atau retensi urine, inkontinensia alvi dan konstipasi (Nurwidiyanti et al., 2022).

h. Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif: kesulitan dalam beraktivitas, kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis.

Data objektif: perubahan tonus otot, paralis, hemiplegia, hemiparese, kontraktur dan atrofi otot (Nurwidiyanti et al., 2022).

i. Pola tidur dan istirahat

Data subjektif: kesulitan untuk beristirahat, nyeri kepala, mudah lelah (rasa nyeri atau kejang otot) dan tirah baring lama (penumpukkan sekret).

Data objektif: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot, sekret tertahan (Nurwidiyanti et al., 2022).

j. Pola persepsi sensorik dan kognitif

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

Data objektif: status mental atau tingkat kesadaran pada wajah terjadi paralisis atau parese, afasia, gangguan atau kehilangan bahasa, kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan (Nurwidiyanti et al., 2022).

k. Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif: perasaan putus asa, perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan.

Data objektif: gangguan konsep diri, depresi, gangguan citra tubuh, mudah marah, tidak kooperatif.

- l. Pola peran dan hubungan dengan sesama
 Data subjektif: masalah bicara dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi.
 Data objektif: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, kesulitan mengungkapkan kata (afasia).
- m. Pola mekaniske koping dan toleransi terhadap stres
 Data subjektif: kemampuan klien untuk mendiskusikan masalah kesehatan saat ini, dampak kecemasan, ketakutan, perubahan perilaku akibat stress.
 Data objektif: pandangan terhadap dirinya yang salah, ketidakmampuan melakukan aktivitas secara maksimal
- n. Pola reproduksi dan seksualitas
 Data subjektif: Tidak adanya gairah seksual
 Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.
- o. Pola sistem nilai dan kepercayaan
 Data subjektif: jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil.
 Data objektif: gangguan dan kesulitan saat melaksanakan ibadah.

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tarwoto & Wartonah (2015) dimodifikasi dari SDKI (2017) ada beberapa diagnosis keperawatan Non Hemoragik Stroke yang sering muncul, sebagai berikut:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (D.0066)
- c. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular (D.0001)

- d. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan (D.0054) otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D.0054)
- e. Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut (D.0063)
- f. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119)
Dalam penyusunan diagnosa menggunakan teori yang telah disusun oleh PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017).

4. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

Luaran dan perencanaan diambil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan rasional tindakan diambil dari beberapa sumber yaitu (PPNI, 2019, 2018):

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi (D.0017) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama....maka perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil:
 - 1) Tingkat kesadaran meningkat
 - 2) Tekanan intrakranial menurun
 - 3) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
 - 4) Tekanan darah sistolik membaik
 - 5) Tekanan darah diastolik membaik

SIKI: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (mis: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
R/ mengetahui sistem saraf motorik dan sensorik.
- 2) Monitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
R/ peningkatan tekanan Intrakranial menyebabkan terganggunya perfusi jaringan serebral
- 3) Monitor MAP
R/ untuk mengetahui normal tidaknya homeostatis tubuh
- 4) Monitor status pernapasan
R/ untuk mengetahui tanda-tanda bahaya seperti sesak nafas

Terapeutik

- 1) Berikan posisi semi fowler (*head-up* 30°)
R/ meningkatkan sirkulasi/perifer serebral dan mengurangi resiko peningkatan tekanan intrakranial dan meningkatkan status hemodinamik
- 2) Pertahankan suhu tubuh normal
R/ hipertermia mengakibatkan peningkatan pada laju metabolisme kebutuhan oksigen dan glukosa

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian anti hipertensi, anti trombolitik, neuroprotector, rTPA dan anti koagulan, jika perlu
R/ meningkatkan dan memperbaiki aliran darah serebral dan mencegah terjadinya thrombus

b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (D.0066)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....maka kapasitas adaptif intracranial (L.06049) meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Fungsi kognitif meningkat
- 3) Tekanan darah cukup membaik
- 4) Tekanan nadi cukup membaik
- 5) Pola napas cukup membaik
- 6) Respon pupil cukup membaik
- 7) Refleks neurologis cukup membaik
- 8) Tekanan intrakranial cukup membaik

SIKI: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (mis: lesi, gangguan metabolisame, edema serebral)
R/ mengetahui sistem saraf motorik dan sensorik.
- 2) Monitor tanda/gejala peningkatan tekanan Intrakranial (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
R/ peningkatan tekanan Intrakranial menyebabkan terganggunya perfusi jaringan serebral
- 3) Monitor MAP
R/ untuk mengetahui normal tidaknya homeostatis tubuh
- 4) Monitor status pernapasan
R/ untuk mengetahui tanda-tanda bahaya seperti sesak nafas

Terapeutik

- 1) Berikan posisi semi fowler
R/ meningkatkan sirkulasi/perifer serebral dan mengurangi resiko peningkatan tekanan intrakranial
- 2) Pertahankan suhu tubuh normal
R/ hipertermia mengakibatkan peningkatan pada laju metabolisme kebutuhan oksigen dan glukosa

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsa, jika perlu
R/ meningkatkan dan memperbaiki aliran darah serebral dan mencegah terjadinya trombus

c. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular (D.0001)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....maka bersihan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Batuk efektif meningkat
- 2) Produksi sputum menurun
- 3) Wheezing menurun
- 4) Frekuensi napas membaik
- 5) Pola napas membaik

SIKI: Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
R/ mengetahui keabnormalan pernafasan pasien (Sofyan, 2020)
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, wheezing, ronkhi)
R/ penurunan bunyi napas indikasi atelaksis, ronki indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan

napas sehingga otot aksesori digunakan dan kerja pernapasan meningkat (Wardani et al., 2019).

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

R/ pengeluaran sulit bila sekret tebal, sputum berdarah akibat kerusakan paru atau luka bronkhial yang memerlukan evaluasi/intervensi lanjut (Wardani et al., 2019).

Terapeutik

1) Pertahankan kepatenan jalan napas

R/ pasien dapat bernapas dengan mudah

2) Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*

R/ meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan

3) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik sesuai kondisi pasien

R/ mencegah obstruksi/aspirasi, dilakukan suction bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret

4) Berikan oksigen, jika perlu

R/ memaksimalkan bernapas dan menurunkan kerja napas (Wardani et al., 2019).

Edukasi

1) Ajarkan teknik batuk efektif

R/ ventilasi maksimal membuka area atelaksis dan peningkatan gerakan sekret agar mudah dikeluarkan

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

R/ menurunkan kekentalan sekret, lingkaran ukuran lumen trakeabronkhial berguna jika terjadi hipoksia pada kavitas yang luas (Wardani et al., 2019).

- d. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)

SLKI

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama....maka mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstermitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Gerakan terbatas menurun
- 5) Kelemahan fisik menurun

SIKI Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Observasi

- 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
R/ mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya
- 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
R/ mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah pasien
- 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
R/ mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi (Syam, 2021).

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur)
R/ memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi resiko jatuh/ sakit saat berpindah

- 2) Lakukan Latihan ROM aktif dan pasif pada semua ekstremitas
R/ meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi dan memantau mencegah kontraktur.
- 3) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
R/ meningkatkan status mobilitas fisik pasien
- 4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
R/ keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan (Syam, 2021).

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
R/ memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
R/ untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan
- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
R/ melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi (Syam, 2021).

Kolaborasi

- 1) Dalam intervensi dukungan mobilisasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

Perawatan Tirah Baring (I.14572)

Observasi

- 1) Monitor komplikasi tirah baring (misal kehilangan massa otot, sakit punggung, stres, depresi, sulit buang air kecil, perubahan irama tidur, konstipasi)

R/ mencegah dan meminimalkan timbulnya masalah baru yang dapat memperberat kondisi pasien

Terapeutik

- 1) Posisikan senyaman mungkin

R/ agar pasien lebih tenang dan merasa

- 2) Pertahankan spreng tetap kering, bersih dan tidak kusut

R/ mencegah terjadinya tekanan dan gesekan yang berisiko menyebabkan luka tekan

- 3) Berikan latihan gerak pasif atau pasif (ROM)

R/ memberikan massa, tonus dan kekuatan otot serta memperbaiki fungsi jantung dan pernafasan

- 4) Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari

R/ membantu pemenuhan kebutuhan secara individual (Syam, 2021).

Edukasi

- 1) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis duduk ditempat tidur, duduk dikursi, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Kolaborasi

- 1) Dalam intervensi perawatan tirah baring tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

- e. Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut (D.0063)

SLKI

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama maka status menelan membaik (L.06052) membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Reflek menelan meningkat
- 2) Kemampuan mengosongkan mulut meningkat
- 3) Frekuensi tersedak menurun
- 4) Batuk menurun

SIKI: Pencegahan aspirasi I.01018

Observasi

- 1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan
R/ mencegah terjadinya risiko aspirasi
- 2) Monitor status pernapasan
R/ mengidentifikasi masuknya makanan masuk kedalam saluran pernapasan

Terapeutik

- 1) Posisikan semi fowler (30-45°) 30 menit sebelum memberi asupan oral
R/ posisi semi fowler membantu konsumsi makanan terakhir sehingga tidak terjadi penumpukan makanan dan risiko aspirasi
- 2) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak melalui NGT
R/ mempermudah klien mengunyah dan menyerap makanan
- 3) Berikan obat oral dalam bentuk cair
R/ mempermudah masuknya obat dan penyerapan lebih cepat

Edukasi

- 1) Anjurkan makan secara perlahan
R/ melatih fungsi dan memulihkan status menelan
- 2) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu
R/ melatih dan mempertahankan fungsi organ dan otot-otot dalam rongga mulut (Wardani et al., 2019).

Kolaborasi

- 1) Dalam intervensi pemantauan aspirasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.
- f. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119)

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama....maka komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan bicara meningkat
- 2) Kemampuan mendengar meningkat
- 3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
- 4) Pelo menurun
- 5) Pemahaman komunikasi cukup menurun

SIKI: Proses Komunikasi: Defisit Bicara (I. 13492)

Observasi

- 1) Monitor kecepatan, volume dan diksi bicara
R/ menyesuaikan pola komunikasi dengan pasien

Terapeutik

- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, isyarat tangan)
R/ mempermudah untuk proses komunikasi

- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
R/ membantu pemberian dan penyampaian pesan yang sesuai
- 3) Ulangi apa yang disampaikan pasien
R/ memastikan apa yang disampaikan pasien sesuai dengan persepsi
- 4) Berikan dukungan psikologis
R/ membantu individu agar merasa diperhatikan, dipedulikan dan merasa dihargai.

Edukasi

- 1) Anjurkan bicara perlahan
R/ memberikan kesempatan kepada pasien untuk dapat berbicara jelas.

Kolaborasi

- 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
R/ memfasilitasi pasien untuk dapat melakukan terapi (Afandy & Wiriatarina, 2019).

5. Perencanaan pulang (*discharge planning*)

Pasien berada pada fase rehabilitasi sehingga membutuhkan latihan fisik, berupa:

- a. Terapi fisik mengajarkan latihan untuk memampukan pasien belajar kembali cara berjalan, duduk, berbaring dan mengubah dari satu gerakan ke gerakan lain.
- b. Terapi okupasi memberi alat bantu dan merencanakan memperoleh kembali keterampilan motorik seperti makan, minum, mandi dan toileting.

- c. Mengajarkan terapi bicara untuk membantu pasien dalam mempelajari kembali keterampilan bahasa dan komunikasi (Baudolff et al., 2017).
- d. Mengajarkan cara mendeteksi gejala stroke berulang dengan metode FAST Kemenkes RI (2018) yaitu:
 - 1) *Face* (wajah)

Wajah penderita stroke mungkin akan jatuh ke satu sisi. Kondisi ini menyebabkan orang tersebut sulit tersenyum atau mulut dan matanya mungkin miring ke bawah.
 - 2) *Arms* (tangan)

Orang yang mengalami stroke mungkin akan kesulitan mengangkat kedua tangannya atau merasa lemah dan mati rasa pada salah satu lengan.
 - 3) *Speech* (suara)

Ucapan mereka mungkin tidak jelas atau kacau. Parahnya, penderita stroke mungkin tidak bisa berbicara sama sekali dan sulit memahami perkataan orang lain.
 - 4) *Time* (waktu)

Jika mengalami kondisi di atas ini, saatnya menghubungi tenaga kesehatan.
- e. Mengendalikan hipertensi dengan cara PATUH (Kemenkes RI, 2018):
 - 1) Periksa Kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter
 - 2) Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur
 - 3) Tetap diet dengan gizi seimbang
 - 4) Upayakan aktivitas fisik dengan aman
 - 5) Hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogen

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien atas nama Ny. N usia 91 tahun diantar oleh keluarganya ke RS karena mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kanan. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak \pm 15 tahun yang lalu dan pasien mengkonsumsi obat amlodipin 5 mg tetapi tidak rutin, keluarga pasien mengatakan pasien juga memiliki riwayat penyakit kolesterol tetapi jarang melakukan pemeriksaan, keluarga pasien mengatakan pasien suka makan bakso dan coto.

Saat dilakukan pengkajian tampak pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E3V4M6 dan tidak dapat menggerakkan sisi tubuh sebelah kanan. Klien mendapatkan terapi obat citicoline, amlodipin, levonox, mecobalamin, omeprazole, meropenem, combivent, neurosanbe, simvastatin. Tampak pasien terpasang infus pump NaCl 0,9% 1500/24 jam, terpasang NGT dan kateter urine. Telah dilakukan pemeriksaan CT Scan kepala pada tanggal 07 Mei 2024 didapatkan hasil *infark cerebri sinistra*. Hasil pemeriksaan foto thorax yaitu pneumonia, cardiomegali. Pemeriksaan laboratorium didapatkan laboratorium WBC: 12.61, RBC: 5.07, HCT: 44.5, Neut#: 82.9, LYMPH: 11.7 dan dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 182/77 mmHg, N: 112x/menit, S: 36,7⁰C, P: 25x/menit, SPO2: 100%.

B. Pengkajian Keperawatan Kritis

1. Pengkajian Primer

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan dada	- Tampak pergerakan dada kiri dan kanan simetris
	Pemakaian otot bantu napas	- Tampak menggunakan otot bantu napas yaitu diafragma
	Palpasi	- Vocal Fremitus : tidak dikaji - Nyeri Tekan: tidak ada - Krepitasi: tidak ada
	Perkusi	- Terdengar bunyi sonor pada kedua lapang paru
	Suara napas	- Terdengar suara napas vesikuler - Terdengar suara napas tambahan <i>ronchi</i>
	Batuk	- Tampak pasien tidak mampu batuk dan mengeluarkan lendir
	Sputum	- Tampak sputum kental berwarna kekuningan
	Alat bantu napas	- Tampak pasien terpasang oksigen <i>Non-Rebreathing Mask</i> (NRM) 12 liter
	Lain – lain	- Foto Thorax: Pneumonia
<i>Blood</i> (B2)	Suara jantung	- Terdengar suara jantung S1 S2 S3 S4: Tunggal
	Irama jantung	- Terdengar irama jantung Irreguler
	CRT	- Tampak CRT kembali dalam < 3 detik
	JVP	- Normal 5-2cmH20

	CVP	- Tidak ada
	Edema	- Tidak ada edema
	EKG	- Sinus takikardi
	Lain-lain	- Tanda-tanda vital: TD: 182/77 mmHg, N: 113x/menit P: 25x/menit S: 36,7°C SpO2: 100% - Foto thorax : cardiomegaly
<i>Brain</i> (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : apatis - Kuantitatif (GCS) E: 4 V:3 M: 6
	Reaksi pupil : - Kanan - Kiri	- ada, isokor (diameter 2,5 mm) - ada, isokor (diameter 2,5 mm)
	Refleks fisiologis	- Tangan Kanan (-) Kaki Kanan (-) Tangan Kiri (+) Kaki Kiri (+)
	Refleks patologis	- Tangan Kanan (-) Kaki Kanan (-) Tangan Kiri (-) Kaki Kiri (-)
	Meningeal sign	- Tidak ada
	Lain-lain	- CT Scan Kepala: Infark cerebri sinistra
<i>Bladder</i> (B4)	Urine	- Jumlah : 300cc/8 jam - Warna: kuning kecoklatan
	Kateter	- Terpasang kateter (size 16)

	Kesulitan BAK	- Tidak ada
	Lain-lain	- Tidak ada
<i>Bowel</i> (B5)	Mukosa bibir	- Tampak bibir kering
	Lidah	- Tampak lidah kotor
	Keadaan gigi	- Tampak gigi pasien tidak lengkap - Tidak terpasang gigi palsu
	Nyeri telan	- Tidak ada
	Abdomen	- Tampak tidak distensi
	Peristaltik usus	- Terdengar peristaltik usus 15 x/menit
	Mual	- Tidak ada
	Muntah	- Tidak ada
	Hematemesis	- Tidak ada
	Melena	- Tidak ada
	Terpasang NGT	- Ya, tampak pasien terpasang NGT size 18
	Terpasang colostomy bag	- Tidak terpasang
	Diare	- Tidak ada
	Konstipasi	- Tidak ada
	Asites	- Tidak ada
	Lain-lain	- Tidak ada
<i>Bone</i> (B6)	Turgor	- Tampak turgor baik
	Perdarahan kulit	- Tidak ada
	Ikterus	- Tidak ada
	Akral	- Teraba hangat
	Pergerakan sendi	- Terbatas
	Fraktur	- Tidak ada

	Luka	- Tidak ada luka												
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">kanan</td> <td style="text-align: center;">kiri</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">0</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; height: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">0</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">3</td> </tr> </table> - Tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kanan 		kanan	kiri	tangan	0	3				kaki	0	3
	kanan	kiri												
tangan	0	3												
kaki	0	3												

2. Diagnosa Keperawatan: (Berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)

- a. B1 (Breath) : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D.0001)
- b. B2 (Blood) : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (D.0008)
- c. B3 (Brain) : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko hipertensi (D.0017)
- d. B4 (Bladder) : Tidak ada masalah keperawatan
- e. B5 (Bowel) : Tidak ada masalah keperawatan
- f. B6 (Bone) : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)

3. Pengkajian sekunder: (Meliputi pengkajian riwayat keperawatan dan *Head To Toe*)

a. Identifikasi

1) Pasien

Nama : Ny. N
Umur : 91 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Status perkawinan : Janda
Jumlah anak : 2 orang
Agama/suku : Islam/Makassar
Warga negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Makassar
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Alamat rumah : Jl. Sawerigading

2) Penanggung Jawab

Nama : Ny. S
Umur : 45 tahun
Alamat : Jl. Sawerigading
Hubungan dengan pasien : Anak

b. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : Hemiparese dextra + susp. NHS
Saat Pengkajian : Non Hemoragik Stroke (NHS)

c. Keadaan Umum

1) Keadaan sakit : pasien tampak sakit berat. Terpasang infus pump NaCl 0,9% 500/24 jam, terpasang NGT, terpasang kateter urine dan terpasang monitor.

2) Tanda-tanda vital

a) Kesadaran (kualitatif) : Apatis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

Respon motorik : 6

Respon verbal : 4

Respon membuka mata : 3

Jumlah : 13

Kesimpulan: kesadaran menurun

b) Tekanan darah : 182/77 mmHg

MAP : 113 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

c) Suhu : 36,7oC di Oral Axilla Rectal

d) Pernapasan: 25 x/menit

Irama : Teratur Bradipnea Takipnea KusmaulJenis : Dada Perut

e) Nadi:

Irama : Teratur Bradikardi Takikardi Lemah Kuat

3) Pengukuran

a) Lingkar lengan atas : tidak dikaji

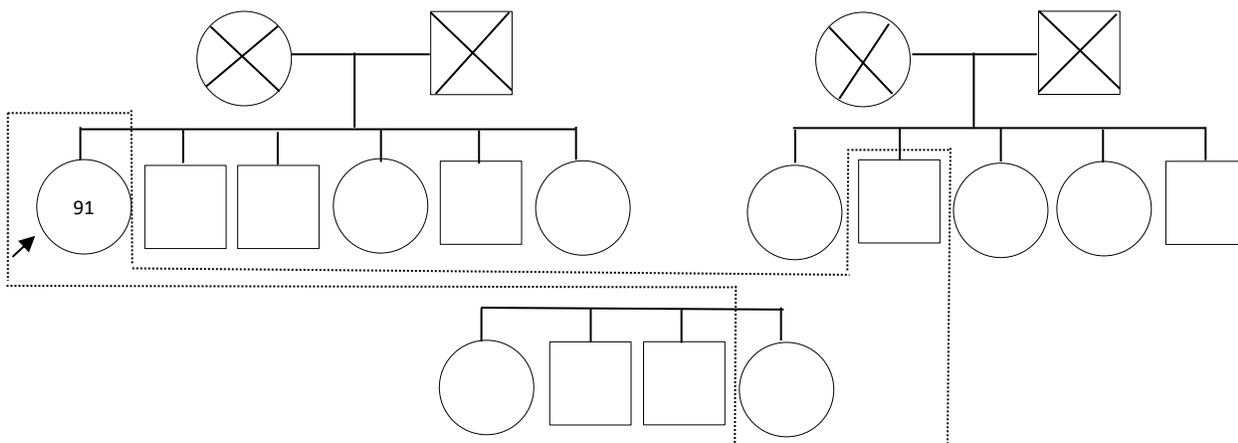
b) Tinggi badan : 150 cm

c) Berat badan : 46 kg

d) IMT : 20,44 kg/m²

Kesimpulan : berat badan normal

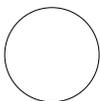
4) Genogram



Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



: Meninggal



: Pasien

----- : Tinggal serumah

d. Pengkajian Pola Kesehatan

1) Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting karena jika sehat pasien bisa melakukan aktivitasnya sehari-hari. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat hipertensi sudah 15 tahun, pasien minum obat amlodipin 5 mg tetapi tidak rutin selain itu pasien juga punya riwayat kolesterol dan jarang memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan. Keluarga pasien mengatakan pasien juga suka makan bakso dan coto.

b) Riwayat penyakit saat ini:

Keluhan utama:

Hemiparese dextra

Riwayat keluhan utama:

Pada hari Senin tanggal 06 Mei 2024 pukul 20.00 WITA pasien mengatakan bahwa kepalanya sakit dan terasa tegang pada leher setelah itu pasien muntah >5x di rumah dan mulai tidak sadarkan diri sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke IGD RS Pelamonia Makassar. Setelah mendapat beberapa penanganan dan pasien sudah sadar di IGD selanjutnya pasien dibawa ke ruang Perawatan Teratai. Satu malam di ruangan perawatan kondisi pasien semakin menurun dan perawat memutuskan untuk memindahkan pasien ke ruangan ICU.

Saat pengkajian didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran, tingkat kesadaran: kualitatif: apatis, kuantitatif: GCS 13 (GCS: E:4V3M6), tampak pasien sesak, tampak

pasien pucat, keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan, tampak rentang gerak menurun, tampak gerakan terbatas, tampak fisik lemah, Hasil TTV: TD:182/77 mmHg, P: :25x/menit, N: 113 x/menit, S: 36,7°C, Spo2: 100%.

Riwayat kesehatan yang pernah dialami:

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sudah 15 tahun dan memiliki riwayat penyakit kolesterol.

c) Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan ayah pasien memiliki riwayat hipertensi.

d) Pemeriksaan fisik

- Kebersihan rambut: tampak sedikit beruban dan tidak berbau
- Kulit kepala: tampak kulit kepala tidak ada ketombe maupun lesi
- Kebersihan kulit: tampak kulit pasien kering
- Hygiene rongga mulut: tampak kurang bersih
- Kebersihan genetalia: tampak bersih
- Kebersihan anus: tampak bersih

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan teratur 3x sehari dengan menu nasi yang agak lunak, ikan, dan sayur terkadang juga bakso karena pasien suka makan bakso. Selain itu pasien sangat suka makan coto.

Pasien juga mengatakan suka makan makanan tinggi garam karena pasien tidak suka makan makanan yang hambar. Keluarga pasien mengatakan pasien minum air putih \pm 6-7 gelas sehari.

b) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien mengkonsumsi makanan dari rumah sakit dengan menu bubur yang disaring, susu dan air putih.

c) Observasi

Tampak pasien diberikan nutrisi enteral menggunakan NGT bubur dan 150 cc dan susu peptisol (100 cc)

d) Pemeriksaan fisik

- Keadaan rambut: tampak rambut beruban dan teraba kasar dan tampak tipis
- Hidrasi kulit: tampak baik
- Palpebra/Conjunctiva: tampak palpebra tidak edema dan conjunctiva tidak anemis.
- Sclera: tampak tidak ikterik
- Hidung: tampak bersih
- Rongga mulut: tampak kurang bersih
- Gigi: tampak kurang bersih
- Gigi palsu: tampak tidak ada
- Kemampuan mengunyah: tidak dikaji karena pasien makan melalui selang NGT.
- Lidah: tampak kotor
- Pharing: tampak tidak ada peradangan
- Kelenjar getah bening: tampak tidak ada pembesaran
- Kelenjar parotis: tampak tidak ada pembesaran

- Abdomen:
 - Inspeksi: tampak tidak ada ascites
 - Auskultasi: terdengar peristaltik usus 15 x/menit
 - Palpasi: tidak dikaji
 - Perkusi: terdengar bunyi timpani
- Kulit:
 - Edema : Positif Negatif
 - Icteric : Positif Negatif
 - Tanda-tanda radang: tidak ada
- Lesi: Tidak ada

3) Pola Eliminasi

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien buang air kecil biasanya 5-6 kali sehari dengan warna kuning jernih. Sedangkan BAB biasanya 1 kali sehari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan.

b) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien BAK melalui kateter sedangkan BAB setiap hari dengan konsistensi lunak.

c) Observasi:

Tampak pasien menggunakan kateter dengan urine 600 cc/8 jam dan berwarna kuning dan menggunakan pempers.

d) Pemeriksaan fisik

- Peristaltik usus: 15 x/menit
- Palpasi kandung kemih : Penuh Kosong
- Nyeri ketuk ginjal : Positif Negatif
- Mulut uretra: tampak bersih

- Anus:
 - Peradangan: tidak ada
 - Hemoroid: tidak ada
 - Fistula: tidak ada

4) Pola Aktivitas dan Latihan

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien di rumah menjaga cucu-cucunya, pasien juga masih bisa melakukan pekerjaan rumah seperti mencuci, memasak serta membersihkan rumah dan juga berjalan sore di lingkungan rumahnya.

b) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya dapat terbaring lemah di tempat tidur dan tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanannya. Pengkajian level stroke pasien berada pada level stroke: 2

c) Observasi:

• Aktivitas harian:

- Makan : 3
- Mandi : 4
- Pakaian : 4
- Kerapihan : 4
- BAB : 4
- BAK : 1
- Mobilisasi ditempat tidur: 4

0: mandiri 1: bantuan dengan alat 2: bantuan orang 3: bantuan alat dan orang 4: bantuan penuh

- Postur tubuh: tampak normal
- Anggota gerak yang cacat: tidak ada
- Gaya jalan: tampak pasien berbaring

- Fiksasi: tidak ada
- Tracheostomi: tidak ada

d) Pemeriksaan fisik

- Tekanan darah
 - Berbaring : 182/77 mmHg
 - Duduk : -
 - Berdiri : -
 - Kesimpulan : -
 - Hipotensi ortostatik : Positif Negatif
 - HR: 113 x/menit
 - Kulit:
 - Keringat dingin : tidak teraba
 - Basah : tampak kulit tidak basah
 - JVP: 5-2cmH₂o
 - Kesimpulan: pemompaan ventrikel memadai
 - Perfusi pembuluh kapiler kuku: CRT < 3 detik
 - Thorax dan pernapasan:
 - Inspeksi
 - Bentuk thorax : tampak simetris
 - Retraksi intercostal: tidak ada
 - Sianosis : tidak ada
 - Stridor : tidak ada
 - Palpasi
 - Vocal premitus : tidak dikaji
 - Krepitasi : tidak teraba
 - Perkusi:
 - Sonor Redup Pekak
- Lokasi: dinding dada

- Auskultasi
 - Suara napas : terdengar vesicular
 - Suara ucapan : -
 - Suara tambahan: terdengar ronchi
- Jantung:
 - Inspeksi:
 - Ictus cordis: tampak tidak terlihat
 - Palpasi:
 - Ictus cordis: 105x/menit
 - Perkusi:
 - Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalis sinistra.
 - Batas bawah jantung: ICS 5 linea medioclaviculari sinistra.
 - Batas kanan jantung: ICS 2 linea sternalis dextra.
 - Batas kiri jantung : ICS 6 linea axillaris anterior sinistra
 - Auskultasi:
 - Bunyi jantung II A : tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra
 - Bunyi jantung II P : tunggal, ICS 2 dan 3 linea sternalis dextra
 - Bunyi jantung I T : tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra
 - Bunyi jantung I M : tunggal, ICS 5 linea medioclavicularis sinistra
 - Bunyi jantung III irama gallop : tidak ada
 - Murmur : tidak ada
 - Bruit : Aorta: tidak ada

A. Renalis : tidak ada

A. Femoralis : tidak ada

- Lengan dan tungkai

- Atropi otot : positif Negatif

- Rentang gerak :

Kaku sendi : terdapat kaku sendi

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : tampak pada tubuh sebelah kanan

Paralisis : tidak ada

- Uji kekuatan otot

	kanan		kiri
Tangan	0		3
Kaki	0		3

Keterangan:

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : tampak kontraksi otot ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak.

- Refleks fisiologis
 - Biceps : Kiri: positif, kanan: negatif
 - Triceps : Kiri positif, kanan: negatif
 - Patella : Kiri: positif, kanan: negatif
 - Achilles : Kiri : positif, kanan : negatif
- Refleks Patologis
 - Babinski Kiri: negatif Kanan: positif
- Clubbing jari-jari : tidak ada
- Varises tungkai : tidak ada
- Columna vertebralis
 - Inspeksi : tampak tidak ada kelainan
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 - Kaku kuduk: tidak ada

5) Pola Tidur dan Istirahat

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidur siang 30 menit sampai 1 jam ketika cucu-cucunya sudah tidur.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya berbaring ditempat tidur. Tampak pasien lebih banyak tidurnya tetapi juga selalu gelisah 1-2 jam tidur kemudian terbangun lagi, tidur malam sekitar 9-10 jam dari jam 20.00 – 06.00 WITA.

c) Observasi:

Tampak pasien tidur saat dilakukan pengkajian.

Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Banyak menguap : Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap: Negatif

6) Pola Persepsi Kognitif

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan ataupun pendengaran dalam melakukan aktivitas tetapi pasien akan menjawab ketika berbicara dengan suara yang keras.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien juga tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran tetapi untuk aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Keluarga pasien mengatakan pasien sering lupa sejak masuk rumah sakit dan sulit untuk mengingat sehingga pasien harus ditanya berulang-ulang.

c) Observasi

Tampak pasien kebingungan dan sesekali tidak nyambung ketika diajak bicara.

d) Pemeriksaan fisik

- Penglihatan:

- Kornea: tampak jernih
- Pupil: isokor
- Lensa mata: tampak jernih
- Tekanan Intra Okuler (TIO): teraba sama kiri dan kanan

- Pendengaran

- Pina: tampak simetris antara kiri dan kanan
- Kanalis: tampak bersih
- membran timpani: tampak utuh dan memancarkan cahaya

- Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai: pasien tidak mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada lengan kanan dan tungkai kanan.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien adalah seorang janda yang sudah tidak bekerja lagi dan hanya tinggal di rumah saja.

b) Keadaan sejak sakit

Pasien tidak mampu berbicara.

c) Observasi

- Kontak mata: tampak kontak mata tidak ada
- Rentang perhatian: tampak rentang perhatian pasien tidak ada
- Suara dan bicara: tampak pasien mampu berbicara meskipun sesekali kurang jelas ketika bicara.
- Postur tubuh: normal

d) Pemeriksaan fisik:

- Kelainan bawaan yang nyata: tidak ada
- Bentuk/posisi tubuh: tidak dikaji
- Kulit: tampak bersih

8) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

a) Keadaan sebelum sakit

pasien tinggal dengan anak dan cucunya karena suaminya sudah meninggal 5 tahun yang lalu. Hubungan pasien dan keluarga sangat baik begitu pun juga dengan tetangganya.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa kumpul dengan keluarganya namun hubungannya dengan keluarga dan tetangganya tidak berubah.

c) Observasi

Tampak pasien di jenguk keluarganya di rumah sakit.

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mengalami monopause, tidak ada masalah pada organ reproduksi, pasien tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun serta pasien tidak lagi melakukan aktivitas seksualnya karena pasien seorang janda.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mengalami monopause, tidak ada masalah pada organ reproduksi, pasien tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun serta pasien tidak lagi melakukan aktivitas seksualnya karena pasien seorang janda.

10) Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stres

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan jika ada masalah biasanya pasien menceritakan pada anak-anaknya.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan tidak ada yang berubah dari diri pasien.

c) Observasi

Pasien tampak gelisah

11) Pola sistem nilai kepercayaan

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan dia taat beribadah dengan menjalankan shalat 5 waktu.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak bisa beribadah seperti biasanya dikarenakan keterbatasan gerak.

c) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur.

4. Uji Saraf Kranial

a. N I (Olfactorius)

Pasien mampu mengenal bau minyak kayu putih dengan mata tertutup

b. N II (Optikus)

Pasien tidak mampu membaca pada jarak 30 cm

c. N III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducens)

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, refleks pupil isokor

d. N V (Trigeminus)

Sensorik: pasien dapat merasakan goresan tisu di dahi dan pipi

Motorik: kemampuan mengigit pasien lemah

e. N VII (Fascialis)

Sensorik: kemampuan pengecapan pasien baik pasien dapat merasa manis pada gula dan asin pada garam yang diberikan perawat

Motorik: pasien mampu mengangkat alis yang kiri tetapi tidak mampu mengangkat alis yang kanan, pasien tidak mampu mencucurkan bibir, bersiul, dan tidak mampu mendorong pipi menggunakan lidah.

f. N VIII (Vestibulo Acusticus)

Vestibularis: tidak dikaji, karena pasien tidak dapat berdiri akibat kelemahan pada ekstremitas.

Acustikus: tidak mampu mendengarkan gesekan jari kedua telinga

g. N IX, X (Glosopharyngeus & Vagus)

Pasien kurang mampu menelan dengan baik serta letak uvula berada di tengah

h. N XI (Accesorius)

Pasien tidak dapat mengangkat bahu kiri tetapi tidak dapat mengangkat bahu kanan

i. N XII (Hypoglossus)

Pasien mampu menjulurkan lidah

5. Pemeriksaan Penunjang
 - a. Pemeriksaan CT- Scan Kepala (Senin, 6 Mei 2024)
Kesan: infark cerebri sinistra
 - b. Pemeriksaan Foto Thorax (Senin, 6 Mei 2024)
Kesan: Pneumonia dan Cardiomegally
 - c. Pemeriksaan EKG (Senin, 6 Mei 2024)
Hasil: Sinus Takikardi
 - d. Pemeriksaan Laboratorium (Senin, 6 Mei 2024)

Tabel 3.2
Pemeriksaan Hematologi

Parameter		Nilai Rujukan	
WBC	12.61	$10^3/uL$	4.60 – 10.20
RBC	5.07	$10^6/uL$	4.70 – 6.10
HGB	14.7	g/dL	14.1 – 18.1
HCT	44.5	%	43.5 – 53.7
MCV	88.2	fL	80.0 – 97.0
MCH	30.1	Pg	27.0 – 31.2
MCHC	34.1	g/dL	31.8 – 35.4
PLT	292	$10^3/uL$	150 – 450
RDW-SD	39.8	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	12.1	%	11.5 – 14.5
PDW	8.0	fL	9.0 – 13.0
MPV	8.2	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	10.9	%	15.0 – 25.0
PCT	0.24	%	0.17 – 0.35
NEUT#	11.7	$10^3/uL$	1.50 – 7.00

LYMPH#	1.78	$10^3/\mu\text{L}$	1.00 – 3.70
MONO#	0.34	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 – 0.70
EO#	0.37	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 – 0.40
BASO#	0.07	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.10
IG#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-7.00
NEUTH%	57.4	%	37.0 – 80.0
LYMPH%	20.3	%	10.0 – 50.0
MONO%	3.9	%	0.0 – 14.0
EO%	0.9	%	0.0 – 1.0
BASO%	0.8	%	0.0 – 1.0
IG%	0.2	%	0.0 – 72.0

6. Diagnosa Sekunder

- a. Manajemen kesehatan tidak efektif b.d kompleksitas program perawatan/pengobatan (D.0116)

ANALISA DATA

Nama/umur : Ny. N/ 91 tahun

Ruang/kamar : ICU

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak ± 15 tahun yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat kolesterol tetapi jarang melakukan pemeriksaan kesehatan - Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan bakso dan coto <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil TTV: TD:182/77 mmHg, P: :25x/menit, N: 113 x/menit. - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tingkat kesadaran: <ul style="list-style-type: none"> Kualitatif : Apatis Kuantitatif : GCS 13 (E4V3M6) - Reaksi Pupil: isokor (2,5 cm) - Refleks fisiologis biceps, triceps, patella, achilles pada ekstremitas kiri: negatif - Refleks patologis babinski pada 	<p>Faktor risiko:</p> <p>Hipertensi</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>

ekstremitas kanan: positif - hasil CT scan kepala : infrak cerebri sinistra											
DS: - DO: - Tampak pasien sesak - N: 113x/menit - TD: 182/77 mmHg - Hasil foto thorax: cardiomegaly - Hasil EKG: sinus Takikardi	Perubahan irama jantung	Penurunan curah jantung									
DS: - DO: - Tampak pasien sesak - Pernafasan: :25x/menit, - Spo2:100%. - Terdengar suara napas tambahan ronchi. - Tampak terdapat sputum Hasil foto thorax: Pneumonia	Hiperekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif									
DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan DO: - Kekuatan otot menurun <table border="1" data-bbox="349 1701 630 1848"> <tr> <td></td> <td>kanan</td> <td>kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> </table>		kanan	kiri	Tangan	0	3	Kaki	0	3	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
	kanan	kiri									
Tangan	0	3									
Kaki	0	3									

<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak seluruh aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat - Aktivitas harian: <ul style="list-style-type: none"> • Makan : 3 • Mandi : 4 • Pakaian : 4 • Kerapihan : 4 • BAB : 4 • BAK : 1 • Mobilisasi ditempat tidur: 4 		
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak ± 15 tahun yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien minum obat amlodipin 5 mg tetapi tidak rutin - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat kolesterol tetapi jarang melakukan pemeriksaan kesehatan - Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan bakso dan coto - Keluarga pasien mengatakan pasien suka makanan yang tinggi garam karena pasien tidak suka 	<p>Kompleksitas program perawatan/pengobatan</p>	<p>Manajemen kesehatan tidak efektif</p>

<p>makan makanan yang hambar</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak keluarga pasien tidak memahami pentingnya minum obat secara rutin- Tampak keluarga pasien tidak memahami tentang diet hipertensi		
--	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Diagnosis Keperawatan
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko hipertensi (D.0017)
2.	Penurunan curah berhubungan dengan perubahan irama jantung (D.0008)
3.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D.0001)
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)
5.	Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program perawatan/pengobatan (D.0116)

INTERVENSI KEPERAWATAN

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko hipertensi (D.0017)</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - TD: 182/77 mmHg - GCS 13 E4V3M6 (Apatis) 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat - Sakit kepala cukup menurun - Tekanan intra kranial cukup membaik - Tekanan darah membaik - Refleks saraf membaik 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun). - Monitor status pernapasan. <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi semi fowler (head-up 30⁰) - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

		Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian anti hipertensi
Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung (D.0008) DO: - N: 113 x/menit - Tampak pasien sesak - TD: 182/77 mmHg	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan curah jantung (L.02008) meningkat dengan kriteria hasil: - Takikardia menurun - Gambaran EKG aritmia menurun - Tekanan darah membaik	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi: - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema) - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi ronkhi basah, oliguria, kulit pucat) - Monitor tekanan darah - Monitor intake dan output cairan - Monitor saturase oksigen - Monitor EKG 12 sadapan Terapeutik: - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

		Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas (D.0001) DO: - Tampak terdapat produksi sputum - Tampak pasien sesak - P: 25x/menit - Terdengar suara napas tambahan ronchi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil: - Produksi sputum menurun - Dispnea menurun - Frekuensi napas cukup membaik - Tidak terdengar suara napas tambahan	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi: - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor pola napas (frekuensi napas) Teraupetik: - Lakukan penghisapan lendir - Berikan oksigen Kolaborasi: - Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil: - pergerakan	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi - Identifikasi adanya keluhan fisik - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot menurun - tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - tampak seluruh aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat 	<p>ekstremitas cukup meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot cukup meningkat - rentang gerak (ROM) cukup meningkat <p>kelemahan fisik cukup menurun</p>	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan mobilisasi dini <p style="text-align: center;">Dukungan perawatan diri: mandi (I.11352)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kebersihan tubuh <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - sediakan lingkungan yang aman dan nyaman - fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan - fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
<p>Manajemen kesehatan tidak efektif b.d kompleksitas program perawatan/pengobatan (D.0116)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan manajemen kesehatan meningkat</p>	<p style="text-align: center;">Pendidikan kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keluarga pasien tidak memahami pentingnya minum obat secara rutin - Tampak keluarga pasien tidak memahami tentang diet hipertensi 	<p>(L.12104) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menerapkan program perawatan cukup meningkat - Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan cukup meningkat - Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan cukup menurun 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan <p style="text-align: center;">Pelibatan keluarga (I.14525)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan cara perawatan di rumah (mis, kelompok, perawatan di rumah atau rumah singgah) - Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan.
--	---	--

		<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan kondisi pasien kepada keluarga- Memberikan edukasi mengenai perawatan sesuai tingkat ketergantungan pasien- Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan
--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. N/ 91 tahun

Ruangan : ICU

Tanggal/hari	Jam	DP	Implementasi	Perawat
Rabu, 08 Mei 2024	07.20	I	Memonitor tanda / gejala peningkatan TIK Hasil: - TD: 159/97 mmHg N: 113x/m P: 24x/m - Tingkat kesadaran: apatis - GCS 13 (E:4V3M6)	Bergita
	07.21	III	Memonitor pola napas Hasil: - Frekuensi napas: 24x/menit	Bergita
	07.29	III	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: - Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)	Bergita
	07.40	III	Melakukan penghisapan lendir Hasil: - Tampak lendir berwarna putih kekuningan	Bergita

	07.48	IV	Melakukan mobilisasi dini Hasil: - Tampak pasien berbaring dalam posisi semi fowler (<i>head-up</i> 30°)	Bergita
	07.50	I	Memberikan posisi semi fowler (<i>head up</i> 30°) Hasil: - Tampak pasien merasa nyaman dan sesak berkurang - TD: 150/80 mmHg - N: 103x/menit - P: 24x/menit - SPO2: 100%	Bergita
	07.53	IV	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: - Tampak pasien mengalami hemiparese di bagian tubuh sebelah kanan dan semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat	Bergita

	08.00	II	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake: pemberian makanan Via NGT (susu 80 cc), air putih 20 cc, cairan infus RL 200 cc - Output: urine 480cc 	Bergita
	09.00	II	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak 	Bergita
	09.30	II	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdengar suara napas tambahan ronchi, tampak pasien pucat. 	Bergita
	09.35	II	<p>Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sinus takikardi 	Bergita
	11.00	III	<p>Melakukan penghisapan lendir</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak lendir pasien 	Bergita

			berwarna putih Bergita kekuningan	
	13.00	II	Memonitor intake dan output cairan Hasil: - Intake: pemberian makanan Via NGT (susu 30 cc), air putih 20 cc, cairan infus RL 400 cc - Output: urine 120cc	Bergita
	21.15	III	Melakukan pemberian mukolitik Hasil: - pemberian nebu combivent pada pasien	Bertanita
	21.23	II	Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% hasil: - SPO2 100%	Bertanita
	22.00	I,II,III	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - Mengukur tanda-tanda vital: TD: 148/80 mmHg N: 102x/m	Bertanita

			P: 23x/m - S: 36,8°C	
	23.00	II	Memonitor intake dan output cairan Hasil: - Intake: pemberian makanan Via NGT (bubur saring 180 cc), air putih 20 cc, cairan infus RL 500 cc - Output: urine 240c	Bertanita
	24.00	I	Memonitor tanda / gejala peningkatan TIK Hasil: - TD: 148/72 mmHg N: 98x/m P: 22x/m - tingkat kesadaran: apatis - GCS 13 (GCS: E:4V3M6)	Bertanita
	03.25	I	Kolaborasi pemberian obat anti hipertensi dan anti trombolitik Hasil: - Amlodipine 1 x 1 - pemberian obat CPG 75 mg/NGT	Bertanita

	04.00		Melakukan pemberian obat Hasil: pemberian obat - Ceftriaxone 1 gr/ 12 jam	Bertanita
	05.26	IV	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman Hasil: - Tampak pasien merasa nyaman	Bertanita
	05.28	IV	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) Hasil: - Tampak pagar tempat tidur dinaikkan.	Bertanita
	05.31	IV	Memfasilitasi menggosok gigi dan memandikan Hasil: - Pasien tampak bersih - Tampak rongga mulut bersih tidak ada lendir atau saliva yang tertampung	Bertanita
	06.46	II	Memonitor intake dan output cairan Hasil: - Intake: pemberian makanan Via NGT	Bertanita

			(bubur saring 180 cc), air putih 20 cc, cairan infus RL 500cc/24jam - Output: urine 310cc	
	06.56	V	Memberikan edukasi kepada keluarga pasien mengenai dukungan perawatan dengan membantu pasien sesuai tingkat kebutuhan pasien Hasil: Keluarga tampak mengerti penjelasan yang diberikan	Bertanita

Kamis, 9 Mei 2024	07.30	I,II,III	Mengukur tanda-tanda vital Hasil: - Mengukur tanda-tanda vital: TD: 140/78 mmHg N: 101x/m P: 22x/m S: 36,5°C	Bertanita
	07.35	I	Memberikan posisi semi fowler (head up 30 ⁰ c) Hasil: - tampak pasien merasa nyaman dan sesak berkurang - TD: 140/78 mmHg - N: 101x/menit - P: 22 x/menit - SPO2: 100% - GCS 14 (compos mentis)	Bertanita
	07.38	IV	Melakukan mobilisasi dini Hasil: - Tampak sendi pasien sudah tidak kaku tetapi masih lemah	Bertanita

	07.42	V	<p>Memberikan edukasi kepada keluarga pasien mengenai pentingnya minum obat penurun tekanan darah secara rutin dan pentingnya support keluarga bagi pasien</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keluarga mau mendampingi pasien dalam perawatan 	Bertanita
	08.00	III	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: 22x/menit 	Bertanita
	09.10	III	<p>Memonitor bunyi napas tambahan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+) 	Bertanita
	11.00	V	<p>Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya mengontrol tekanan darah, olahraga ringan (menggenggam bola menggunakan anggota tubuh yang lemah) bagi pasien</p>	Bertanita

			<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keluarga memahami penjelasan yang diberikan - Tampak keluarga dapat menyebutkan kembali penjelasan yang diberikan 	
	13.00	II	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake: bubur saring 200 cc, air putih 20 cc, cairan infus RL 200 cc - Output: urine 250cc 	Bertanita
	13.18	IV	<p>Memonitor kebersihan tubuh</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak rongga mulut pasien kotor serta ada lendir dan saliva yang tertampung. 	Bertanita

	13.40	I	<p>Memonitor tanda / gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 140/78 mmHg - N: 101x/menit - P: 22 x/menit - tingkat kesadaran: composmentis - GCS 14 (GCS: E:4V4M6) 	Bertanita
Jumat, 10 Mei 2024	14.12	I	<p>Memonitor tanda / gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/75 mmHg N: 93x/m P: 21x/m - tingkat kesadaran: composmentis 	Bergita
	14.20	I	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : 21x/menit 	Bergita
	14.27	III	<p>Memberikan posisi semi fowler (head-up 30⁰)</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak pasien merasa nyaman dan pasien tidak sesak - TD: 130/75 mmHg 	Bergita

			<p>N: 93x/m</p> <p>P: 21x/m</p> <ul style="list-style-type: none"> - SPO2: 100% - GCS 14 (compos mentis) 	
	14.35	IV	<p>Melakukan mobilisasi dini</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sendi pasien sudah tidak kaku tetapi masih lemah 	Bergita
	14.50	III	<p>Memonitor bunyi napas tambahan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdengar bunyi napas tambahan 	Bergita
	15.00	II	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake : susu peptisol 60 cc, air putih 40cc, cairan infus RL 500cc/24jam - Output : urine 250cc 	Bergita
	16.25	II	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak sesak 	Bergita

	16.30	II	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdengar suara napas tambahan 	Bergita
	17.00	I	<p>Memonitor tanda / gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/75mmHg N: 98x/m P: 21x//m - Tingkat kesadaran: composmentis - GCS 14 (GCS: E:4V4M6) 	Bergita
	19.00	II	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake : pemberian makanan Via NGT (bubur saring 160 cc), air putih 40 cc, cairan infus RL 500cc/24 jam - Output : urine 290cc 	Bergita

	19.20	V	<p>Menanyakan kembali kepada keluarga mengenai edukasi yang diberikan sebelumnya mengenai dukungan perawatan dengan membantu pasien sesuai tingkat kebutuhan pasien</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan mau melakukan apa yang dianjurkan - Tampak keluarga pasien mengerti tentang penjelasan yang diberikan 	Bergita
--	-------	---	---	---------

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. N/91 tahun

Ruangan : ICU Interna

Tanggal	DP	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
Rabu, 08 Mei 2024	I	<p>DX Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko: hipertensi</p> <p>S: - O: - Tingkat kesadaran apatis - GCS 13 (GCS: E:4V3M6) - TD: 150/90mmHg</p> <p>A: - Masalah keperawatan resiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen Peningkatan Tekanan intrakranial</p> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30° - Kolaborasi pemberian antikoagulan	Bertanita

	II	<p>DX Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Takikardi (N: 103x/menit) - Tampak pasien sesak - Pernafasan: 24x/menit - TD: 150/90mmHg <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan penurunan curah jantung belum teratasi <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p style="text-align: center;">Perawatan Jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung - Monitor saturasi oksigen - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% - Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 	Bertanita
--	----	---	-----------

	III	<p>DX Bersihan jalan napas tidak efektif</p> <p>b.d hipersekresi jalan napas</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak terdapat produksi sputum - Tampak pasien sesak - P: 24x/menit - Terdengar suara napas tambahan ronchi. <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p style="text-align: center;">Manajemen Jalan Napas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor sputum - Berikan Oksigen - Posisikan semi fowler - Lakukan pengisapan lendir 15 detik - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik 	Bertanita
--	-----	---	-----------

	IV	<p>DX Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">kanan</td> <td style="padding-right: 10px;">kiri</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"></td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih terbaring lemah ditempat tidur - Tampak seluruh aktivitas pasien masih dibantu keluarga dan perawat <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p style="text-align: center;">Dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan dan minum. - sediakan lingkungan yang terapeutik (Suasana hangat, rileks, dan privasi) - Jadwalkan perawatan diri 	kanan	kiri		Tangan	0	3	Kaki	0	3	Bertanita
kanan	kiri											
Tangan	0	3										
Kaki	0	3										

	V	<p>DX Manajemen kesehatan tidak efektif b/d kompleksitas program perawatan atau pengobatan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan - Keluarga pasien mengatakan akan lebih memperhatikan jenis makanan yang dikonsumsi pasien <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keluarga pasien mampu menjelaskan kembali mengenai edukasi yang diberikan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah manajemen kesehatan teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi di ruang perawatan <p style="text-align: center;">Edukasi kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 	Bertanita
--	---	---	-----------

Kamis, 9 Mei 2024	I	<p>DX Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko: hipertensi</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran compos mentis - GCS 14 (GCS: E:4V4M6) - TD: 141/80mmHg <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan resiko perfusi serebral belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>Manajemen Peningkatan Tekanan intrakranial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30^o - Kolaborasi pemberian antikoagulan - 	Bertanita
	II	<p>DX Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Takikardi (N: 101x/menit) - Tampak sesak pasien berkurang - P: 22x/menit - TD: 141/80mmHg 	Bertanita

		<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan penurunan curah jantung belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p style="text-align: center;">Perawatan Jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung - Monitor saturasi oksigen - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% - Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 	
	III	<p>DX Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak produksi sputum berkurang - Tampak sesak pasien berkurang - P: 22x/menit - Terdengar suara napas tambahan ronchi. <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 	Bertanita

	<p style="text-align: center;">Manajemen Jalan Napas</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor pola napas- Monitor bunyi napas tambahan- Monitor sputum- Berikan Oksigen- Posisikan semi fowler- Lakukan pengisapan lendir 15 detik- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik	
--	--	--

	<p>DX Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun <table border="1" data-bbox="609 577 889 735" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">kanan</td> <td style="text-align: center;">kiri</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table> - Tampak pasien masih terbaring lemah ditempat tidur - Tampak seluruh aktivitas pasien masih dibantu keluarga dan perawat <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p style="text-align: center;">Dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan dan minum. - sediakan lingkungan yang terapeutik (Suasana hangat, rileks, dan privasi) - Jadwalkan perawatan diri 		kanan	kiri	Tangan	0	4	Kaki	0	4	Bertanita
	kanan	kiri									
Tangan	0	4									
Kaki	0	4									

<p>Jumat, 10 Mei 2024</p>	<p>I</p>	<p>DX Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko: hipertensi</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran compos mentis - GCS 14 (GCS: E:4V4M6) - TD: 126/77mmHg <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan resiko perfusi serebral teratasi <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan di ruang perawatan (pasien dipindahkan di ruang perawatan)</p> <p style="text-align: center;">Manajemen Peningkatan Tekanan intrakranial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30^o - Kolaborasi pemberian antikoagulan 	<p>Bergita</p>
	<p>II</p>	<p>DX Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N: 87x/menit - P: 20x/menit - TD: 126/77mmHg 	<p>Bergita</p>

		<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p style="text-align: center;">Perawatan Jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung - Monitor saturasi oksigen - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% - Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 	
	III	<p>DX Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tidak terdapat produksi sputum - Tampak pasien tidak sesak - P: 20x/menit - Tidak terdengar suara napas tambahan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi 	Bergita

		<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan di ruang perawatan (pasien dipindahkan di ruang perawatan) <p style="text-align: center;">Manajemen Jalan Napas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor sputum - Berikan Oksigen - Posisikan semi fowler - Lakukan pengisapan lendir 15 detik - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik 	
--	--	--	--

	IV	<p>DX Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">kanan</td> <td style="padding-right: 10px;">kiri</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="width: 10px;"></td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table> - Tampak pasien masih terbaring lemah ditempat tidur - Tampak seluruh aktivitas pasien masih dibantu keluarga dan perawat <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi 	kanan	kiri			Tangan	0		4	Kaki	0		4	Bergita
kanan	kiri														
Tangan	0		4												
Kaki	0		4												

	<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervensi dilanjutkan di ruang perawatan (pasien dipindahkan di ruang perawatan) <p>Dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan- Identifikasi kebutuhan alat bantu Kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan dan minum.- Sediakan lingkungan yang terapeutik (Suasana hangat, rileks, dan privasi)- Jadwalkan perawatan diri	
--	---	--

DAFTAR OBAT

1. Citicoline
 - a. Nama obat: Citicoline
 - b. Klasifikasi/ golongan obat: vitamin saraf/ neuroprotektor
 - c. Dosis umum
 - 1) Obat minum (tablet dan kaplet), 500 mg, 1-2 kali sehari, Dosis 1000 mg 1 kali sehari.
 - 2) Suntik atau infus, dosis 500- 1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari, di suntikan selama 3-5 menit atau diberikan dengan kecepatan infus 40-60 tetes per menit.
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg/ 8 jam
 - e. Cara pemberian obat: IV
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidycholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak. Citicoline juga digunakan sebagai terapi tambahan dalam mengobati penyakit Parkinson, penyakit alzheimer, gangguan bipola, mata malas, dan gangguan otak lainnya
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: karena hasil ct-scan terdapat infark cerebri sinistra dan GCS 13 (apatis)
 - h. Kontraindikasi: hipersensitif pada kandungan obat dan sedang hamil atau menyusui
 - i. Efek samping: insomnia, kegelisahan, konstipasi, diare, mual dan muntah, sakit perut, penglihatan kabur, nyeri dada, denyut jantung lambat atau cepat, hipotensi.

2. Amlodipine

- a. Nama obat: Amlodipine Besilate
- b. Klasifikasi/ golongan obat: calcium-channel blockers (CCBs) atau antagonis kalsium.
- c. Dosis umum
 - 1) Dewasa: dosis 5 mg 1 x sehari, dosis dapat ditingkatkan berdasarkan kondisi dan respon pasien terhadap pengobatan setelah 1-2 minggu. Dosis maksimal 10 mg 1 x sehari.
 - 2) Anak-anak usia 6-17 tahun: dosis awal 2,5 mg, 1 x sehari. Jika perlu, dosis dapat ditingkatkan menjadi 5 mg, 1 x sehari, setelah 4 minggu. Peningkatan dosis ditentukan berdasarkan kondisi dan respon pasien terhadap pengobatan.
 - 3) Lansia: dosis awal 2,5 mg, 1 x sehari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 5 mg/ 24 jam
- e. Cara pemberian: via NGT
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat ini bekerja dengan cara melepaskan otot pembuluh darah, dengan begitu pembuluh darah akan melebar, darah dapat mengalir dengan lebih lancar, dan tekanan darah dapat menurun
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: karena pasien memiliki tekanan darah tinggi
- h. Kontra indikasi: penggunaan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini, tidak digunakan pada pasien dengan syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipotensi berat, gagal jantung dan gangguan hepar.
- i. Efek samping: Lelah, sakit perut, mual, kulit wajah atau leher memerah (hot flashes)

3. Levonox

- a. Nama obat: Lovenox
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Antikoagulan
- c. Dosis umum:
 - 1) Dosis pada pasien dengan resiko trombogenik sedang: 0,2 ml/ hari
 - 2) Dosis pada pasien dengan risiko trombogenik tinggi: 0,4 ml/ hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 0,2 ml/ pagi dan malam selama 3 hari
- e. Cara pemberian: IM
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat ini digunakan untuk mencegah deep vein thrombosis
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: dikarenakan pasien ini mengalami penyumbatan pada pembuluh darah dengan hasil CT-Scan: infark cerebri sinistra
- h. Kontra indikasi: hipersensitivitas terhadap enoxaparin sodium dan heparin
- i. Efek samping: nyeri, kemerahan, edema, pendarahan, trombositosis, peningkatan enzim hati, reaksi alergi, urtikaria, pruritus

4. Combivent

- a. Nama obat: Combivent
- b. Klasifikasi/ golongan obat: kombinasi bronkodilator
- c. Dosis umum: dosis awal: 1 unit dose vial (UDV). Dosis bisa ditingkatkan menjadi 2 UDV jika gejala belum membaik dengan 1 UDV. Dosis perawatan: 1 UDV, 3–4 kali sehari.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2,5 mg/ 8jam
- e. Cara pemberian: Nebu

- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: combivent memiliki cara kerja dengan membuka saluran udara ke paru-paru serta melakukan relaksasi atau mengendurkan otot-otot pada saluran napas dan berfungsi mengencerkan dahak.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: pasien sesak dan sulit mengeluarkan dahak.
- h. Kontraindikasi: hipersensitif terhadap salbutamol atau agonisadrenoreseptor beta-2
- i. Efek samping: Sakit kepala, pusing atau sakit kepala, mulut atau tenggorokan kering, batuk, mual atau muntah, diare, sembelit

5. Omeprazole

- a. Nama obat: Omeprazole
- b. Klasifikasi/ golongan obat: proton pump inhibitor
- c. Dosis umum:
 - 1) Dewasa: 20-40 mg, 1 kali sehari selama 4-8 minggu. Dosis pemeliharaan 10 mg, 1 kali sehari. Jika perlu, dosis pemeliharaan dapat ditingkatkan.
 - 2) Anak usia ≥ 1 tahun dengan berat badan 10-20 kg: 10 mg, 1 kali sehari selama 4-8 minggu. Jika diperlukan dosis dapat ditingkatkan menjadi 20 mg, 1 kali sehari.
 - 3) Anak usia ≥ 2 tahun dengan berat badan >20 kg: 20 mg, 1 kali sehari selama 4-8 minggu. Jika diperlukan dosis dapat ditingkatkan menjadi 40 mg, 1 kali sehari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 40 mg/ 8 jam
- e. Cara pemberian: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: bekerja dengan cara mengurangi jumlah asam yang dihasilkan oleh dinding lambung.

- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mengobati penyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung seperti maag dan mengatasi tukak lambung.
- h. Kontraindikasi: pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap omeprazole ataupun obat penghambat pompa proton lainnya. Omeprazole juga dikontraindikasikan pada pasien yang mengonsumsi nelfinavir karena dapat terjadi penurunan konsentrasi obat nelfinavir
- i. Efek samping: Gangguan pencernaan, seperti diare, sakit perut, mual, kembung, dan juga konstipasi, sakit kepala atau pusing, pandangan kabur, anemia, gatal-gatal dan ruam dan gangguan tidur.

6. Meropenem

- a. Nama obat: Meropenem
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Antibiotik
- c. Dosis umum:
 - 1) Dewasa: 500-1000 mg, tiap 8 jam, diberikan melalui suntikan infus selama 15–30 menit.
 - 2) Anak usia ≥ 3 bulan: 10-20 mg/kgBB, tiap 8 jam, diberikan melalui suntikan infus selama 15–30 menit.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2 g/ 12jam
- e. Cara pemberian: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: menghambat sintesis dari dinding sel bakteri.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: karena pasien batuk serta hasil foto thorax pneumonia
- h. Kontra indikasi: meropenem dikontraindikasikan pada pasien yang memiliki riwayat reaksi hipersensitivitas, baik reaksi alergi atau

anafilaksis, terhadap meropenem, obat golongan beta laktam lain, dan komponen lain dalam sediaan obat.

- i. Efek samping: sakit kepala, konstipasi, mati rasa atau kesemutan, mual dan muntah, diare, sakit perut, nyeri, kemerahan, atau bengkak di area suntikan, sulit tidur. Selain itu, penggunaan meropenem dalam jangka waktu lama bisa meningkatkan risiko terjadinya infeksi jamur, seperti candidiasis.

7. Mecobalamin

- a. Nama obat: Mecobalamin atau Methylcobalamin
- b. Klasifikasi/ golongan obat: vitamin
- c. Dosis umum:
 - 1) Obat minum (kapsul): 500 mg 1 kapsul, 3 x sehari, dosis dapat disesuaikan dengan usia pasien dan tingkat keparahan gejala
 - 2) Suntikan: 500 mg, 3 x seminggu
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg/ 12 jam
- e. Cara pemberian: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat ini bekerja untuk mengatasi kekurangan vitamin B12. Kekurangan atau defisiensi vitamin B12 bisa menyebabkan neuropati perifer, anemia megaloblastic, atau glossitis.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: karena hasil CT-Scan terdapat infark cerebri sinistra dan GCS 13 (apatis)
- h. Kontra indikasi: hipersensitivitas terhadap obat ini ataupun vitamin B12
- i. Efek samping: mual, muntah, diare, sakit kepala, sensasi panas, ruam, sesak napas/ bernapas cepat, anoreksia

8. Neurobion

- a. Nama obat: Neurobion
- b. Klasifikasi/golongan obat: Suplemen vitamin
- c. Dosis umum:
 - 1) Tablet Tiap tabletnya mengandung 100 mg vitamin B1, 100 mg vitamin B6, dan 0,2 mg vitamin B12.
 - 2) Forte Tiap 1 tablet Neurobion Forte mengandung 100 mg vitamin B1, 100 mg vitamin B6, dan 5 mg vitamin B12.
 - 3) Suntik/IV Produk ini hanya dapat diberikan oleh dokter, atau oleh tenaga medis di bawah pengawasan dokter. Suplemen ini terdiri dari 2 ampul yang disuntikkan ke dalam otot. Ampul 1 mengandung 100 mg vitamin B1 dan 100 mg vitamin B6, sementara ampul 2 mengandung 5 mg vitamin B12.
- d. Dosis yang diberikan untuk pasien: 1ampul/IV/12jam
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Neurobion merupakan suplemen yang bermanfaat untuk menjaga Kesehatan sistem saraf. Selain untuk menjaga kesehatan saraf, vitamin B1, B6, dan B12 juga bermanfaat untuk mengatasi kekurangan (defisiensi) vitamin B, membantu pengolahan energi dari makanan, serta membantu produksi sel darah merah. Manfaat utama mengonsumsi neurobion adalah untuk mencegah atau mengatasi masalah kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan vitamin B. Perlu diketahui bahwa vitamin B memainkan peran penting dalam banyak fungsi dalam tubuh. Misalnya seperti mendukung sistem saraf yang sehat, membantu pembentukan sel darah merah, dan membantu metabolisme tubuh agar bekerja dengan baik dan lancar. Pada kondisi tubuh yang kekurangan vitamin B, biasanya terjadi karena kurang mengonsumsi makanan yang

mengandung vitamin B dengan cukup, atau bisa juga karena tubuh mengalami kesulitan dalam mencerna makanan yang mengandung vitamin B.

- g. Alasan pemberian obat pada pasien: pada pasien karena mengalami kesulitan dalam mengonsumsi dan mencerna makanan yang mengandung vitamin.
- h. sehingga diberikan neurobion untuk mencukupi kebutuhan vitamin dalam tubuh.
- i. Kontra indikasi: hipersensitivitas
- j. Efek samping obat: Neurobion dapat menimbulkan efek samping berupa diare, sakit perut, sering berkemih, atau kerusakan saraf.

9. Ceftriaxone

- a. Nama Obat: Ceftriaxone
- b. Klasifikasi/golongan obat: Antibiotik sefalosporin
- c. Dosis umum: 1-2 gr/ 12 jam atau 24 jam.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 gr/IV
- e. Cara pemberian obat: Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ceftriaxone merupakan obat antibakteri, termasuk dalam kelas obat yang dikenal sebagai antibiotik sefalosporin generasi ketiga. Obat ini bekerja dengan menghentikan pertumbuhan bakteri dan menghambat pembentukan dinding sel. Mekanisme ini akan menyebabkan kematian pada sel-sel bakteri.
- g. Obat ini kerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Selain itu, ceftriaxone juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada saat operasi.

- h. Alasan pemberian obat: Untuk mengobati infeksi yang terjadi akibat bakteri, seperti: Meningitis, infeksi pada selaput yang mengelilingi otak dan sumsum tulang belakang.
- i. Kontra indikasi: Hipersensitif terhadap antibiotik cephalosporin dan neonatus.
- j. Efek samping obat: Bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan, sakit kepala, pusing, mual, atau muntah, diare, gatal pada vagina atau keputihan, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringat berlebihan.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Ny. N dengan diagnosa medis Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruangan ICU/ICCU di Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar.

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dokumentasi dan evaluasi pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS).

1. Pengkajian

a. Pengkajian primer

1) B1 (*Breathing*)

Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny. N didapatkan bahwa pasien mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 25x/menit, pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan diafragma, tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi, tampak pasien tidak mampu batuk dan mengeluarkan lendir, tampak sputum kental berwarna kekuningan, tampak pasien terpasang oksigen *Non-Rebreathing Mask* (NRM) 12 liter. Dari hasil analisa data pada Ny. N sesak napas terjadi karena pada pasien stroke terjadi gangguan fungsi saraf dan terjadi proses radang sel otak sehingga memicu respon daya tahan tubuh. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Pratomo (2023) bahwa sel darah putih akan mengeluarkan zat dan merangsang

pengeluaran lendir berlebih. Gangguan sel otak pusat kendali atau saraf yang berhubungan dengan saluran pernapasan mengalami penurunan fungsi sehingga kemampuan saluran napas untuk mengeluarkan dahak secara tidak sadar atau otonom dan kemampuan tubuh mengendalikan dan mengeluarkan lendir menjadi tidak efektif.

2) B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 didapatkan pasien mengalami tekanan darah tinggi dengan tekanan darah 182/77 mmHg, dengan frekuensi nadi 113 x/menit. Dari hasil analisa data pada Ny. N peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi terjadi karena adanya penyumbatan di otak. Dari hasil analisa data pada Ny. N peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi terjadi karena adanya penyumbatan di otak. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Dandapani et al., (2024) bahwa jika terjadi penyumbatan maka darah akan menggumpal dan menekan jaringan serebral, sehingga aliran darah ke sel dan jaringan otak tidak terpenuhi. Ketidakadekuatan perfusi ke sel dan jaringan membuat jantung bekerja keras dalam memompa darah melalui pembuluh darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi.

3) B3 (*Brain*)

Pada pengkajian B3 yang dilakukan pada Ny. N didapatkan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 13 yaitu apatis. Untuk pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan CT-Scan dengan hasil pasien mengalami infark cerebri sinistra, Penurunan kesadaran terjadi karena pasien mengalami infark cerebri yang menyebabkan sirkulasi darah

terganggu. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ainy & Nurlaily (2021) bahwa penyumbatan di otak menyebabkan seseorang mengalami penurunan kesadaran akibat sirkulasi yang tidak adekuat. Sirkulasi yang terganggu membuat sel dan jaringan otak kekurangan suplai oksigen sehingga sel otak mengalami kerusakan. Kerusakan sel otak dapat mengakibatkan penurunan kesadaran dan gangguan pada berbagai sistem saraf.

4) B4 (*Bladder*)

Pada pengkajian pasien tidak ditemukan abnormalitas seperti adanya nyeri saat BAK. Pasien tampak terpasang *folley cateter* dengan jumlah urine sebanyak 300cc/8 jam dan berwarna kuning kecoklatan. Pemasangan kateter urine dilakukan untuk memonitor output pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

5) B5 (*Bowel*)

Pada pengkajian ini tidak didapatkan abnormalitas seperti hematemesis, melena atau masalah lainnya. Namun, karena pasien mengalami penurunan kesadaran maka dilakukan pemasangan NGT untuk pemenuhan nutrisi pasien.

6) B6 (*Bone*)

Pada saat pengkajian pasien didapatkan bahwa pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kanan akibat infark cerebri sinistra. Hal ini di dukung dengan teori yang dikemukakan oleh Sukarno (2020) jika infark terjadi di otak sebelah kiri maka akan mempengaruhi tubuh bagian kanan. Jaringan saraf berjalan bersilangan dari otak ke saraf spinal. Otak mengatur sisi tubuh secara berlawanan, sehingga jika

terjadi gangguan pada otak kiri maka saraf otak kanan tidak berfungsi dengan baik sehingga saraf tidak menghasilkan sinyal untuk mengontrol pergerakan tubuh sisi kanan. Akibatnya, tubuh bagian kanan akan mengalami kelemahan, begitupun sebaliknya.

b. Pengkajian Sekunder

Pengkajian 11 pola gordon dilakukan secara komprehensif pada Ny. N. Data pengkajian didapatkan melalui wawancara yang dilakukan pada keluarga pasien. Adapun data yang di peroleh adalah sebagai berikut:

Pasien masuk di Rumah Sakit Pelamonia Makassar pada tanggal 06 Mei 2024 dengan diagnosa medis Non Hemoragik Stroke (NHS). Data yang diperoleh dari keluarga bahwa Ny. N memiliki riwayat penyakit hipertensi dan mengkonsumsi amlodipin 5 mg tetapi tidak rutin minum obat, keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit kolesterol tetapi jarang melakukan pemeriksaan kesehatan, keluarga pasien juga mengatakan pasien suka mengonsumsi makanan yang berlemak seperti bakso dan coto. Hal-hal tersebut mengakibatkan gangguan kelenturan dinding pembuluh darah karena sumbatan aterosklerosis pada pembuluh darah maka dapat menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen sehingga terjadinya iskemik dan infark kemudian menyebabkan stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wasena (2019) yang menjelaskan bahwa hipertensi menyebabkan peningkatan tekanan darah perifer sehingga sehingga menyebabkan gangguan pada sistem hemodinamik dan terjadilah penebalan pembuluh darah serta hipertrofi dari otot jantung, hal ini dapat diperburuk dengan kebiasaan merokok dan mengonsumsi

makanan tinggi lemak serta garam yang dapat menimbulkan plak aterosklerosis. Hipertensi yang menimbulkan plak aterosklerosis secara terus-menerus akan memicu timbulnya stroke apabila tekanan darah meningkat cukup tinggi dan berlangsung lama sehingga menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral akibatnya diameter lumen pembuluh darah tersebut menjadi tetap, hal ini berbahaya, pembuluh darah serebral tidak dapat berdilatasi atau berkontak dengan luasa untuk mengatasi fluktuasi dari tekanan darah sistemik.

Hiperkolesterol juga dapat menyebabkan stroke dimana terjadi penurunan jumlah HDL dan LDL yang berlebih akan mengakibatkan lemak menumpuk pada pembuluh darah sehingga terjadinya pembentukan plak yang menyebabkan *atherosclerosis* sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah, yang mengakibatkan penurunan suplai darah ke otak sehingga terjadinya iskemik atau non hemoragik stroke (Atma et al., 2022).

Faktor-faktor lain yang menyebabkan Ny. N mengalami stroke yaitu pasien sudah berusia 91 tahun. Tamam et al. (2020) dalam penelitiannya mengatakan bahwa peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin menyempit dan berdampak pada penurunan aliran darah ke otak. Hal ini sejalan dengan penelitian Pertami et al. (2019) yang mengatakan bahwa pembuluh darah dalam proses penuaan akan mengalami kemunduran fungsi,

seperti pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan, mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah ke seluruh jaringan menjadi tidak adekuat.

Pasien juga merupakan seorang perempuan dimana ia sangat rentan untuk mengalami stroke apalagi sudah memasuki menopause. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ekacahyaningtyas et al. (2019) mengatakan bahwa kejadian stroke lebih banyak dialami oleh perempuan setelah usia mencapai menopause. Peningkatan faktor risiko stroke pada perempuan terjadi karena kelebihan kadar androgen yang berpengaruh pada kadar kolesterol darah menjadi meningkat sehingga dapat berpengaruh terjadinya stroke, dan sebaliknya kadar estrogen yang menurun memiliki efek menurunkan kolesterol plasma dan mempercepat vasodilatasi dan akan berisiko terkena stroke. Hal tersebut menyebabkan wanita berisiko dua kali lipat terkena stroke pada 10 tahun setelah menopause.

2. Diagnosa Keperawatan

Bedasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 5 diagnosa keperawatan pada Ny. N sesuai SDKI, yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi

Diagnosa ini diambil sesuai dengan data-data yang ada pada pengkajian B3 (*Brain*) dan data subjektif pada pengkajian sekunder. Dalam SDKI (2017), salah satu faktor risiko dari diagnosis ini adalah embolisme dengan kondisi klinis terkait stroke.

- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung

Diagnosa ini diangkat berdasarkan data-data pada pengkajian B2 (*Blood*) dengan 80% tanda dan gejala mayor yang sesuai pada SDKI (2017), yaitu takikardi, gambaran EKG sinus takikardi.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

Diagnosa ini diambil berdasarkan data-data pada pengkajian B1 (*Breath*) dimana didapatkan 3 dari 5 tanda dan gejala mayor di SDKI (2017) yaitu sputum berlebih, tidak mampu batuk dan terdapat bunyi napas tambahan ronchi serta pemeriksaan foto thorax terdapat pneumonia.

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Diagnosa ini diambil berdasarkan data-data pada pengkajian B6 (*Bone*) dengan 80% tanda dan gejala mayor yang sesuai pada SDKI (2017), yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, ROM menurun dan gerakan terbatas.

- e. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program perawatan/pengobatan

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi: tindakan observasi, tindakan mandiri perawat, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif pada setiap diagnosis perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien (SIKI PPNI, 2018).

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi. Pada diagnosis pertama ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda/gejala peningkatan TIK, monitor status pernapasan, berikan posisi semi fowler, kolaborasi pemberian anti hipertensi dan anti koagulan. Adapun intervensi EBN yang dilakukan penulis adalah *head-up* 30°, dimana terbukti dapat meningkatkan saturasi oksigen dan juga dapat mengurangi tekanan intrakranial pada pasien.
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Pada diagnosis ini penulis mengangkat 7 intervensi yaitu: identifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, kulit pucat, ortopnea, peningkatan CVP), monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, posisikan pasien semi *fowler* atau *fowler* dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% dan pemberian obat vasodilator.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pada diagnosis ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, lakukan penghisapan lendir, berikan oksigen, kolaborasi pemberian bronodilator, ekspektoran dan mukolitik.
- d. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular. Pada diagnosis ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi), siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi), jadwalkan rutinitas perawatan diri, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
- e. Manajemen kesehatan tidak efektif b/d Kompleksitas program perawatan/pengobatan. Pada diagnosis ini penulis membuat 10 intervensi yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, manajemen faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, pelibatan keluarga, identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan, diskusikan cara perawatan di rumah (mis, kelompok, perawatan di rumah atau rumah singgah), motivasi keluarga mengembangkan

aspek positif rencana perawatan, jelaskan kondisi pasien kepada keluarga, memberikan edukasi mengenai perawatan sesuai tingkat ketergantungan pasien dan anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan dari 5 diagnosis keperawatan. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari, pada hari pertama implementasi didapatkan keadaan pasien masih sama dengan keadaan saat melakukan pengkajian terutama pada tingkat kesadaran yaitu apatis GCS 13 serta tekanan darah pasien belum dalam batas normal, pada hari kedua dan ketiga implementasi didapatkan pasien mengalami peningkatan kesadaran menjadi GCS 14 (compos mentis) serta tekanan darah pasien mulai membaik.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 08 Mei 2024 sampai 10 Mei 2024 pada pasien Ny. N merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi. Sampai pada perawatan hari ketiga sudah teratasi karena kesadaran pasien mulai meningkat dengan nilai GCS 14 (compos mentis) dan tekanan darah pasien mulai membaik pada hari ke-2 dan ke-3.
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Sampai pada perawatan hari ketiga mulai teratasi ditandai

dengan tekanan darah pasien dalam batas normal dan juga frekuensi nadi pasien mulai membaik dengan nilai 87x/menit.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi yang tertahan. Sampai pada perawatan hari ketiga mulai teratasi karena tampak sesak pasien berkurang dimana pasien sudah menggunakan O₂ nasal kanul, tidak terdengar suara napas tambahan ronchi dan sudah tidak ada produksi sputum.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Sampai pada hari ketiga perawatan masalah mobilitas fisik belum teratasi karena pasien masih terbaring lemah di tempat tidur, pemenuhan kebutuhan pasien dibantu keluarga dan perawat, tampak pasien juga tidak dapat menggerakkan tubuh sisi kanan akibat kelemahan.
- e. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program perawatan/pengobatan. Sampai pada hari ketiga perawatan masalah manajemen kesehatan teratasi sebagian dimana keluarga pasien mengatakan mendampingi perawatan pasien dan membantu sesuai tingkat kebutuhan, keluarga pasien mengatakan mau melakukan apa yang dianjurkan, dan tampak keluarga pasien mengerti tentang penjelasan yang diberikan.

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Efektivitas posisi *head-up* 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen dan mengurangi tekanan intrakranial pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS).
1. Diagnosa keperawatan: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi.
2. Luaran yang diharapkan: perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: tekanan darah membaik dan refleks saraf membaik.
3. Intervensi prioritas: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial
4. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN:
 - a. Pengertian Tindakan
Posisi *head-up* 30° adalah posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30° dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar.
 - b. Tujuan/rasional EBN
Pemberian posisi kepala 30° akan memperlancar aliran darah ke otak serta meningkatkan aliran darah ke otak. Pengaturan posisi elevasi kepala bertujuan untuk mengoptimalkan kerja aliran balik vena (*venous return*), meningkatkan metabolisme jaringan serebral, melancarkan laju oksigenasi menuju otak, dan memaksimalkan kerja otak seperti semula sehingga dapat meningkatkan keadaan hemodinamik dan dapat mengurangi tekanan intrakranial.

c. PICOT EBN

1) PICOT Pasien

a) *Problem*

Dalam penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis Non Hemoragik Stroke (NHS). Kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan hemiparese dextra dan kesadaran apatis GCS E4V3M6, hasil pengukuran tanda-tanda vital TD: 182/77mmHg, N: 113x/menit, RR: 25x/menit, S: 36,7°C, SpO₂ 100%, reaksi pupil: isokor 2,5 mm. Didapatkan hasil pemeriksaan CT-Scan kepala: *infark cerebri sinistra*.

b) *Intervention*

Cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah oksigen dan mencegah terjadinya peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK) yaitu dengan pemberian posisi *head-up* 30°.

Posisi ini diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur pasien.

c) *Comparison*

Tidak ada intervensi pembanding dalam penulisan ini.

d) *Outcome*

Didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan posisi *head up* 30° didapatkan kesadaran pasien apatis GCS E4V3M6, hasil pengukuran tanda-tanda vital TD: 182/77mmHg, N: 113x/menit, RR: 25x/menit, S: 36,7°C, SpO₂ 100%, reaksi pupil: isokor 2,5 mm. Dan setelah dilakukan intervensi *head up* 30° didapatkan tingkat kesadaran pasien *compos mentis* GCS E4V4M6, hasil pengukuran tanda-tanda vital

TD:120/80 mmHg, RR: 21x/menit, N: 87x/menit, SpO₂: 100%.

e) *Time*

Intervensi dilakukan pada tanggal 08 Mei 2024 sampai 10 Mei 2024.

2) PICOT Berdasarkan Teori

Judul: Pemberian posisi *head-up* 30 derajat terhadap intracranial pressure (ICP) pada pasien stroke *non haemorrhagic* di Ruang Yudistira RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang (Lestiani et al., 2020).

a) P (*Problem/population*)

Penelitian ini menggunakan metode *case report* dengan menggunakan konsep asuhan keperawatan kepada 1 pasien stroke dengan ditemukan tanda-tanda seperti KU lemah, GCS 14 (E3V5M6), pasien tampak gelisah, hemiparese sinistra, TD: 201/108 mmHg, P: 24 x/menit, N: 79 x/menit.

b) I (*Intervention*)

Cara yang dilakukan untuk mengurangi tekanan intrakranial adalah dengan melakukan pemberian *head up* 30⁰

c) C (*Comparison*)

Tidak ada komparasi dalam penelitian ini.

d) O (*Outcome*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian posisi *head-up* 30⁰ efektif dalam mengurangi peningkatan tekanan intrakranial dimana setelah dilakukan intervensi, tanda-tanda

PTIK berkurang dengan hasil GCS: 15 (E4V5M6), TD: 150/90 mmHg, P: 22 x/menit, N: 98 x/menit.

e) T (*Time*)

Intervensi ini dilakukan selama 7 hari

Judul: Pengaruh pemberian posisi *head-up* 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke di IGD RSUD Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka (Trisila et al., 2022).

a) P (*Problem/population*)

Dalam penelitian ini respondennya berjumlah 15 responden dimana sebelum dilakukannya posisi *head-up* 30° saturasi oksigennya 96%.

b) I (*Intervention*)

cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah saturasi oksigen yaitu dengan melakukan pemberian posisi *head-up* 30° yaitu posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar.

c) C (*Comparison*)

Tidak ada komparasi dalam penelitian ini.

d) O (*Outcome*)

Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pemberian posisi *head-up* 30° pada pasien stroke berpengaruh terhadap saturasi oksigen pada pasien tersebut. Dimana dari 15 responden yang mengalami penurunan saturasi oksigen 96% sebelum dilakukan intervensi mengalami peningkatan saturasi oksigen setelah diberikan posisi *head-up* 30° selama 30 menit menjadi 98%.

e) T (*Time*)

Intervensi ini diberikan selama 30 menit.

Judul : Pengaruh pemberian elevasi kepala 30⁰ terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan stroke non hemoragik (Azizah & Arofiati, 2023).

a) P (*Problem/population*)

Penelitian ini menggunakan metode *case report* dengan menggunakan konsep asuhan keperawatan kepada 1 pasien stroke dengan kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan kelemahan pada ekstremitas bagian kiri, kesadaran menurun dengan tingkat kesadaran somnolen GCS E2V1M3, pupil isokor, terdapat bunyi napas tambahan ronkhi, pasien terpasang ventilator dan terpasang O2 NRM 15 lpm. Hasil pemeriksaan TD: 123/78 mmHg, MAP: 79, HR: 104x/mrnit, RR: 33x/menit, suhu: 36,8°C, dan SpO2: 91%.

b) I (*Intervention*)

Dalam memenuhi kebutuhan oksigenasi dilakukan pemberian posisi elevasi kepala 30°.

c) C (*Comparison*)

Tidak ada komparasi dalam penelitian ini.

d) O (*Outcome*)

Selama 3 hari melakukan implementasi elevasi kepala 30° pada pasien stroke non hemoragik terdapat peningkatan nilai saturasi oksigen dengan diberikan elevasi kepala 30°. Dimana pasien sebelum dilakukan intervensi nilai saturasi oksigen sebesar 89%, setelah diberikan intervensi selama tiga hari terjadi peningkatan sebesar 96%.

e) T (*Time*)

Pemberian elevasi kepala 30^o dilakukan selama 3 hari.

Judul : Penerapan Evidence Based Nursing Practice pemberian *head-up* 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen pasien stroke iskemik (Wahyudin et al., 2024).

a) P (*Problem/population*)

Dalam penelitian ini didapatkan sebanyak 12 responden dengan nilai saturasi oksigen 88%.

b) I (*Intervention*)

Cara yang dilakukan untuk meningkatkan saturasi oksigen adalah dengan memberikan posisi *head-up* 30^o.

c) C (*Comparison*)

Tidak ada komparasi dalam penelitian ini.

d) O (*Outcome*)

Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pemberian posisi *head-up* 30^o pada pasien stroke terbukti efektif dalam meningkatkan kadar saturasi oksigen pada pasien stroke. Pada onset kurang dari 24 jam, rata-rata SPO2 meningkat dari 88% menjadi 93%, sedangkan pada onset kurang dari 48 jam, rata-rata SPO2 meningkat dari 91% menjadi 95%. Selain itu, pada onset lebih dari 7 hari, rata-rata SPO2 meningkat dari 95% menjadi 99%.

e) T (*Time*)

Pemberian intervensi elevasi kepala 30^o dibagi menjadi tiga waktu yang berbeda yaitu 24 jam, 48 jam dan 7 hari.

BAB V PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. N dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar, maka penulis menarik kesimpulan senagai berikut:

1. Pengkajian: dari hasil yang didapatkan dari Ny. N faktor terjadinya NHS yaitu memiliki riwayat penyakit hipertensi dan kolesterol, serta faktor usia lanjut yaitu 91 tahun. Saat melakukan pengkajian didapatkan pasien mengalami kelemahan tubuh sisi sebelah kanan serta penurunan kesadaran, hasil pemeriksaan diagnostic CT-Scan kepala hasil Infark cerebri sinistra.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. N dengan NHS yaitu: resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, penurunan curah jantung berhubungan perubahan irama jantung, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dan manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program perawatan/pengobatan.
3. Intervensi keperawatan dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya manajemen peningkatan TIK, perawatan jantung, manajemen jalan napas, dukungan mobilisasi dini, dukungan perawatan diri serta edukasi kesehatan yang meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

4. Implementasi keperawatan setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan: dari hasil evaluasi ketiga diagnosis sudah teratasi dimana pasien sudah dipindahkan ke ruang perawatan biasa.
6. Dokumentasi: telah dilakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ny. N dengan Non Hemoragik Stroke dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi selama 3 hari dengan Kerjasama yang baik oleh bantuan rekan dan perawat.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian di atas maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Instansi rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dalam hal ini pada pasien yang mengalami non hemoragik stroke dan penerapan posisi *head-up* 30° untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK selama menjalani perawatan di rumah sakit dan untuk meningkatkan saturasi oksigen serta menyediakan edukasi kesehatan yang dapat dilakukan oleh pasien dan keluarga sehingga status kesehatan pasien dapat meningkat.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang komprehensif dalam mengatasi masalah peningkatan TIK dan penurunan saturasi oksigen pada pasien dengan non hemoragik stroke baik dalam hal pencegahan maupun dalam menanggulangi masalah keperawatan yang terjadi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan wawasan bagi institusi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa profesi keperawatan khususnya pemahaman tentang pemberian *head-up* 30° untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK dan peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan non hemoragik stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Afandy, I., & Wiriatarina, J. (2019). Analisis praktik klinik keperawatan tn. b dengan diagnosa stroke non hemoragik (SNH) dengan pemberian pelatihan pemasangan puzzle jigsaw terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Keperawatan*, 1(1), 29–31.
- Amalia, J. K., & Yudhono, D. T. (2022). Asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan masalah pola nafas tidak efektif, nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik. *JKM: Jurnal Keperawatan Merdeka*, 2(2), 108–112. <https://doi.org/10.36086/jkm.v2i2.1225>
- Azizah, A. N., & Arofiati, F. (2023). Pengaruh pemberian elevasi kepala 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan stroke non hemoragik. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 14(1), 81–89. <https://doi.org/10.33859/dksm.v14i1.889>
- Baudolff, G., Gubrud, P., & Carno, M. A. (2017). *Medical surgical nursing*.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan medikal bedah: Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan* (Edisi 8 bu). Elsevier
- Ekacahyaningtyas, M., Setyarini, D., Agustin, W. R., & Rizqiea, N. S. (2021). Posisi head up 30 derajat sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 55–59.
- Getrudis. (2019). Asuhan keperawatan pada tn. s.w. dengan stroke non haemoragik di Ruang Kelimutu RSUD Prof dr. D. Z. Johannes Kupang. *Jurnal Keperawatan Poltekes Kupang*, 2588–2593.
- Huether, S. E., & McCance, K. L. (2019). *Buku ajar patofisiologi* (Edisi 6 Vo). Elsevier.
- Imran, & Marlia, I. (2015). *Buku modul daftar penyakit kepaniteran klinik*. Syiah Kuala University Press.
- Khariiri, & Saraswati, R. D. (2021). Transisi epidemiologi stroke sebagai penyebab kematian pada semua kelompok usia di Indonesia. *Journal Kedokteran*, 2(1), 81–85.

- Lestiani, A. L., Putrono, & Aisyah, S. (2020). Pemberian posisi head up 30 derajat terhadap intracranial pressure (ICP) pada pasien stroke non haemorrhagic di Ruang Yudistira RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang. *Poltekkes Kemenkes Semarang*, 1–7.
- Lusiana, N. (2019). Asuhan keperawatan pasien stroke iskemik pada ny. d dan tn. k dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang. *Jurnal University of Jember*, 162303101089, xvi–125.
- Murtiningsih, D. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri; mandi. *Jurnal Ners Muda*, 5–24.
- Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi head up. *Ners Muda*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5750>
- Mutiarasari, D. (2022). Ischemic stroke: symptoms, risk factors, and prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73.
- Nggebu, J. (2020). Asuhan keperawatan pada Ny. P dengan stroke non hemorrhagic di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 8(9), 9.
- Nurwidiyanti, E., Annisa, R., Mufidah, A., Tania, M., & Syokumawena. (2022). *Keperawatan medikal bedah*. Media Sains Indonesia.
- Pertami, S. B., Munawaroh, S., & Dwi Rosmala, N. W. (2019). Pengaruh elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 11(2), 133–144. <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i2.133>
- Pratama, R. H. (2019). Hubungan indeks aterogenik plasma dengan fungsi kognitif pada pasien stroke iskemik di RSUD dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 117–123.
- Pratomo. (2023). Banyak dahak akibat lumpuh pada pasien stroke non hemorrhagic. *Rumah Sakit Universitas Indonesia*.
- Puspitawati, N. W. A. (2020). Gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemorrhagic dengan defisit perawatan diri (mandi) di Ruang

Cendrawasih RSUD Wangaya. *Jurnal Keperawatan Denpasar*.

- Ratnasari, S. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. *Jurnal Ners*, 5(1), 55.
- Riset Kesehatan Dasar. (2018). Laporan Provinsi Sulawesi Selatan. *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 110(9), 129.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Buku ajar keperawatan medikal bedah volume 1* (1st ed.). EGC.
- Sumiyaiti, Anggraini, D. D., Kartika, L., Arkianti, M. M. Y., Sudra, R. I., Hutapea, A. D., Sari, M. H. N., Rumerung, C. L., Sihombing, R. M., Umara, A. F., & Sitanggang, Y. F. (2021). *Anatomi fisiologi*. Yayasan Kita Menulis.
- Syam, I. (2021). Intervensi kompres hangat dengan aromaterapi peppermint pada pasien nyeri post operasi sectio caesarea (eklampsia). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(February), 2021.
- Tamam, B., Ns. Luh Titi Handayani., S.Kep., M. K., & Ns. Ginanjar S.A, M.Kep., S. K. M. . (2020). Faktor risiko terhadap kejadian stroke di RSUD Dr. Koesnadi Bondowoso. *Article Journal*, 1–20.
- Trisila, E., Mukin, F. A., & Dikson, M. (2022). Pengaruh pemberian posisi head up 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke di IGD Rsud Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 8(16), 664–674. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.7117769>
- Ummaroh, E. N. (2019). Asuhan keperawatan pasien cva (cerebro vaskuler accident) dengan gangguan komunikasi verbal. *Jurnal Universitas Muhammadiyah Ponorogo*, 2–67.
- Wahyudin, M. D., Agung, R. N., & Yunitri, N. (2024). Penerapan evidence based nursing practice pemberian head up 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke iskemik. *Malahayati Health Student Journal*, 4, 1178–1188. <https://doi.org/https://doi.org/10.33024/mahesa.v4i3.14084>

Wardani, W. I., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2019). Gangguan pola nafas tidak efektif pada pasien congestive heart failure (CHF). (*Jkg) Jurnal Keperawatan Global*, 3(2), 98–114. <https://doi.org/https://doi.org/10.37341/jkg.v3i2.57>

Wasena, K. A. C. (2019). *Asuhan keperawatan pada tn. m dengan stroke iskemik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi*. 7–42.

WHO. (2022). World Health Organization. In *Monitoring health of the SDGs*

World Stroke Organization. (2019). Global Stroke Fact. *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2019*, 806–817.

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama : Bergita Rolita Rengil
Tempat Tanggal Lahir : Timika, 22 Agustus 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jln. Patimura, Timika-Papua Tengah

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Yohanis Rengil/Selvisina Alilyaman
Agama : Katolik
Pekerjaan : Wiraswasta/IRT
Alamat : Jln. Patimura, Timika-Papua Tengah

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Filadelfia, Timika-Papua Tengah : Tahun 2007-2013
SMP Filadelfia, Timika-Papua Tengah : Tahun 2013-2016
SMK Peduli Papua, Timika-Papua Tengah : Tahun 2016-2019
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2019-2024

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama : Bertanita Febrianti
Tempat Tanggal Lahir : Golowoi, 17 Februari 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Manggarai, Nusa Tenggara Timur

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Lorensius Nudi/Emiliana Imung
Agama : Katolik
Pekerjaan : PNS/IRT
Alamat : Manggarai, Nusa Tenggara Timur

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDK Waecodi : Tahun 2007-2013
SMP Negeri 2 Cibal : Tahun 2013-2016
SMA Negeri 2 Cibal : Tahun 2016-2019
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2019-2024

Lampiran 2

LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Lampiran 2

LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : Bergita Rolita Rengil NS2314901019
Bertanita Febrianti NS2314901021
Pembimbing : Mery Sambo.,Ns.,M.Kep
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non
Hemoragik di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK. II Pelamonia
Makassar

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	Selasa 07 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none">- Melapor kasus- ACC kasus NHS- Lanjutkan pengkajian sampai intervensii- Menentukan <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN)			
2.	Rabu 08 Mei 2024	<p>BAB III</p> <ul style="list-style-type: none">- ACC pengkajian dan EBN- Memulai implementasi keperawatan sesuai EBN			

3.	Kamis 16 Mei 2024	BAB III & IV - Perbaiki PICOT - Perhatikan Kembali implementasi dan evaluasi dibuat perhari	f		
4.	Senin 20 Mei 2024	- ACC BAB III - Tambahkan 1 jurnal untuk EBN intervensi <i>Head-Up 30°</i>	f		
5.	Selasa 28 Mei 2024	- ACC BAB III, IV & V	f		

LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : Bergita Rolita Rengil NS2314901019
 Bertanita Febrianti NS2314901021

Pembimbing : Fransiska Anita E.R.Sa'pang.,Ns.,Sp.Kep.MB. PhDNS

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	Jumat 17 Mei 2024	- Konsul BAB I - Perbaiki Definisi NHS, data prevalensi stroke - Tambahkan peran perawat pada pasien NHS	A		
2.	Selasa 21 Mei 2024	- ACC BAB I - Konsul BAB II - Tambahkan sirkulasi darah willis dan buat pathway NHS	A		
3.	Selasa 28 Mei 2024	- Perbaiki etiologi, komplikasi, penatalaksanaan medis dan	A		

3.	Kamis 16 Mei 2024	BAB III & IV - Perbaiki PICOT - Perhatikan Kembali implementasi dan evaluasi dibuat perhari	f		
4.	Senin 20 Mei 2024	- ACC BAB III - Tambahkan 1 jurnal untuk EBN intervensi <i>Head-Up 30°</i>	f		
5.	Selasa 28 Mei 2024	- ACC BAB III, IV & V	f		