



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.O DENGAN *NON
HEMORAGIK STROKE* (NHS) DI RUANG ICU/ICCU
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH :

DESRYANY TIKA (NS2314901029)

FESTINAWATI. LB (NS2314901044)

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

2024



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.O DENGAN *NON
HEMORAGIK STROKE* (NHS) DI RUANG ICU/ICCU
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH :

DESRYANY TIKA (NS2314901029)

FESTINAWATI. LB (NS2314901044)

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

2024

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Desryany Tika (NS2314901029)
2. Festinawati. LB (NS2314901044)

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, 29 Mei 2024

Yang menyatakan,



Desryany Tika



Festinawati. LB

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

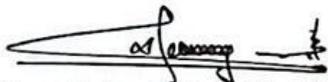
Diajukan oleh :

- Nama Mahasiswa/NIM : 1. Desryany Tika /NS2314901029
2. Festinawati. LB /NS2314901044

Disetujui oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2



(Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes)

NIDN: 0910057502



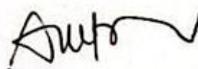
(Elmiana Bongga Linggi',S.Kep.,Ns.,M.Kes)

NIDN: 0925027603

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar



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

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : 1. Desryany Tika (NIM: NS2314901029)
2. Festinawati. LB (NIM: NS2314901044)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Tn. O Dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) Di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Solon, S.Kep.,Ns.,M.Kes
Pembimbing 2 : Elmiana Bongga Linggi', S.Kep.,Ns.,M.Kes
Penguji 1 : Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,PhDNS
Penguji 2 : Fransisco Irwandy, S.Kep.,Ns.,M.Kep



Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 07 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdú, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes

NIDN: 092827101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Desryany Tika (NS2314901029)

Festinawati. LB (NS2314901044)

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 penyampaian ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 29 mei 2024

Yang menyatakan



Desryany Tika



Festinawati. LB

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. O Dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) Di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini sampai dengan selesai tentu saja tidak lepas dari bimbingan, dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak, karena itu penulis hendak mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Fransiska Anita E.R.Sa'pang, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB.,PhDNS. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Sambo, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan dan Ners.
4. Mery Solon, S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku pembimbing I penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
5. Elmiana Bongga Linggi', S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku Pembimbing II penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
6. Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,PhDNS selaku penguji I yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmia Akhir ini.

7. Fransisco Irwandy, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Kepada Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah menerima dan mengizinkan kami untuk melakukan praktik klinik sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Teristimewa orang tua tercinta dari Festinawati. LB (Bpk. Timotius dan Ibu Sarah Dika) dan partner Desryany Tika (Ibu Johana Kalo) terima kasih untuk selalu memberikan motivasi, nasehat, cinta, perhatian dan kasih sayang serta ketulusan doa yang tentu takkan bisa penulis balas. Dan segenap keluarga besar terima kasih atas motivasi dan nasehat yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
11. Seluruh teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata, kami menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar menjadi sumber inspirasi untuk melakukan Karya Ilmiah Akhir selanjutnya.

Makassar, 30 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	xi
Halaman Daftar Lampiran	xii
Halaman Daftar Tabel	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	
1. Pengertian	6
2. Anatomi	7
3. Etiologi	12
4. Patofisiologi	16
5. Manifestasi Klinik	22
6. Pemeriksaan Penunjang	25
7. Penatalaksanaan	27
8. Komplikasi	29
B. Konsep Dasar Keperawatan	
1. Pengkajian	30
2. Diagnosa Keperawatan	34
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	36
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	48
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus	49
B. Pengkajian	50
C. Diagnosa Keperawatan	84
D. Perencanaan Keperawatan	85
E. Implementasi Keperawatan.....	91
F. Evaluasi Keperawatan.....	95

BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep	111
B. Pembahasan Perencanaan <i>Evidence Based Nursing</i>	118

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	125
B. Saran.....	126

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian otak

Gambar 2.2 *Cerebrum*

Gambar 2.3 Struktur batang otak

Gambar 2.4 Sirkulasi darah otak

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Luaran dan perencanaan keperawatan

Tabel 3.1 Pengkajian primer

Tabel 3.2 Hasil laboratorium

Tabel 3.3 Terapi

Tabel 3.4 Analisa data

Tabel 3.5 Intervensi keperawatan

Tabel 3.6 Impelemntasi keperawatan hari pertama

Tabel 3.7 Evaluasi keperawatan hari pertama

Tabel 3.8 Impelemntasi keperawatan hari kedua

Tabel 3.9 Evaluasi keperawatan hari kedua

Tabel 3.10 Impelemntasi keperawatan hari ketiga

Tabel 3.11 Evaluasi keperawatan hari ketiga

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit degenerative merupakan penyakit tidak menular yang terjadi akibat menurunnya fungsi organ tubuh dan penuaan. Penyebab utama penyakit degenerative adalah pola hidup yang tidak sehat. Salah satu penyakit degenerative tersebut adalah stroke. Stroke adalah suatu kondisi yang ditandai dengan perkembangan gejala klinis yang cepat, termasuk defisit neurologis fokal dan global, yang dapat memperburuk dan menetap selama 24 jam atau lebih, serta dapat menyebabkan kematian (Ariani, 2024).

Kejadian penyakit stroke menjadi masalah kesehatan yang banyak menyita perhatian di banyak negara, baik di negara maju maupun negara berkembang. Stroke merupakan penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia. Satu dari empat orang berisiko untuk menderita stroke. Dari tahun 1990 hingga 2019, terjadi peningkatan kejadian stroke yaitu 70%, peningkatan kematian akibat stroke sebesar 43% dan peningkatan prevalensi stroke sebesar 102%. Diperkirakan 70% stroke terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Faktor risiko terjadinya stroke adalah gaya hidup termasuk kelebihan berat badan atau obesitas, kurang aktivitas fisik, merokok dan minum alkohol. Faktor risiko medis termasuk tekanan darah tinggi, kolesterol, diabetes melitus, dan riwayat stroke atau serangan jantung (World Health Organization, 2022).

Indonesia mengalami peningkatan prevalensi penyakit stroke yaitu dari 7% pada tahun 2013 menjadi 10,9% pada tahun 2018. Kejadian stroke berdasarkan kelompok umur lebih banyak terjadi di umur 75 tahun keatas yaitu 50,2% dan kelompok umur yang paling sedikit terjadi pada umur 15-24 tahun yaitu 0,6%. Laki-laki dan

perempuan memiliki angka kejadian stroke yang hampir sama, yaitu pada laki-laki 11,0% dan perempuan 10,9%. Adapun prevalensi penyakit stroke di provinsi Sulawesi Selatan juga mengalami peningkatan yaitu dari 7,1% pada tahun 2013 menjadi 10,6% pada tahun 2018 (Risikesdas, 2018).

Penanganan dan perawatan pada pasien stroke untuk tahap pemulihan terbagi atas 3 fase yaitu: fase akut berakhir 48 sampai 72 jam. Kondisi pasien dalam keadaan sadar penuh saat masuk rumah sakit mempunyai prognosis yang lebih baik. Prioritas dalam fase akut ini adalah mempertahankan jalan pernapasan dan ventilasi yang baik. Fase subakut dilakukan 2 minggu sampai 6 bulan pasca stroke, fase ini merupakan fase penting untuk pemulihan fungsional atau disebut periode emas. Program rehabilitasi pada fase ini membantu melatih pasien sesuai dengan kondisinya, melatih pasien untuk kembali beraktivitas di lingkungan atau pekerjaan. Fase rehabilitasi adalah fase pemulihan dilakukan setelah enam bulan pasca stroke. Program pada fase ini bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fungsional pasien stroke sehingga pasien mampu mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara adekuat (Arum, 2016).

Berdasarkan angka kejadian kematian dan kecacatan akibat stroke secara signifikan meningkatkan beban penyakit dan memperbesar biaya perawatan yang harus dikeluarkan serta meningkatkan beban keluarga. Upaya yang dilakukan untuk menurunkan beban akibat penyakit stroke adalah memberikan tindakan/penanganan segera setelah serangan stroke serta memberikan pelayanan yang komperensif selama perawatan di Rumah Sakit. Intervensi mandiri keperawatan yang dapat dilakukan berupa praktik pemberian posisi seperti head up 30° yang bertujuan untuk memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah dan memenuhi kebutuhan oksigenasi ke jaringan sereberal sehingga mencegah terjadinya hipoksia pada

pasien. Posisi head up 30° diberikan pada pasien stroke karena posisi kepala yang ditinggikan berada di atas aksis ventrikel jantung menyebabkan cairan serebrospinal terdistribusi kembali menuju ke ruang spinal subaraknoid dan memfasilitasi terjadinya aliran balik vena sehingga dapat menurunkan tekanan intracranial (*intracranial pressure*) (Rohmawati & Murtaqib, 2022).

Berdasarkan uraian di atas, maka penyakit Non Hemoragik Stroke (NHS) merupakan kasus yang perlu mendapatkan perhatian khusus karena angka kejadian, kematian dan kecacatan yang sangat tinggi, hal ini yang masih menjadi masalah di dunia kesehatan. Dalam penanganan kasus ini diperlukan perawatan yang lebih komperhensif sehingga perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan dibutuhkan pengetahuan yang lebih mandalam pada kasus ini terutama dalam penerapan posisi *head up 30°* pada pasien. Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik mengambil kasus ini dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. O Dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. O dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada Tn. O dengan *Non Hemoragik stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada Tn. O dengan *Non Hemoragik stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.

- c. Menetapkan rencana keperawatan pada Tn. O dengan *Non Hemoragik stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada Tn. O dengan *Non Hemoragik stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. O dengan *Non Hemoragik stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Intansi 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).

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai referensi dalam menentukan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi dan bahan bacaan di perpustakaan untuk menambah wawasan dan memperkaya ilmu pengetahuan tentang perawatan intensive pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, metode yang digunakan yaitu:

1. Studi Kepustakaan

Penulis mengumpulkan data pustaka berupa informasi yang relevan dengan topik, membaca dan mencatat serta mengolah bahan penelitian.

2. Studi kasus

Penulis mengumpulkan dan menganalisis data-data melalui :

a. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga pasien serta pihak lainnya.

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan Fisik

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

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-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 atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu Konsep Dasar Medik yang meliputi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi, dan juga Konsep Dasar Keperawatan berupa pengkajian, diagnostik keperawatan, luaran dan perencanaan keperawatan, serta perencanaan pulang

(*discharge planning*). BAB III PENGAMATAN KASUS, yang meliputi ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. BAB IV PEMBAHASAN KASUS, yang menguraikan pembahasan asuhan keperawatan dan pembahasan penerapan *evidence based nursing*. BAB V PENUTUP, yang terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Stroke adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan akibat aliran atau suplai darah ke otak yang mengalami gangguan atau terhambat karena adanya sumbatan. Ada dua jenis stroke yaitu iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat penggumpalan aliran darah baik itu sumbatan akibat trombus atau emboli. Sedangkan stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh perdarahan di dalam jaringan otak atau ruang subarachnoid. Stroke adalah gangguan fungsi otak karena penyumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak (Arum, 2016).

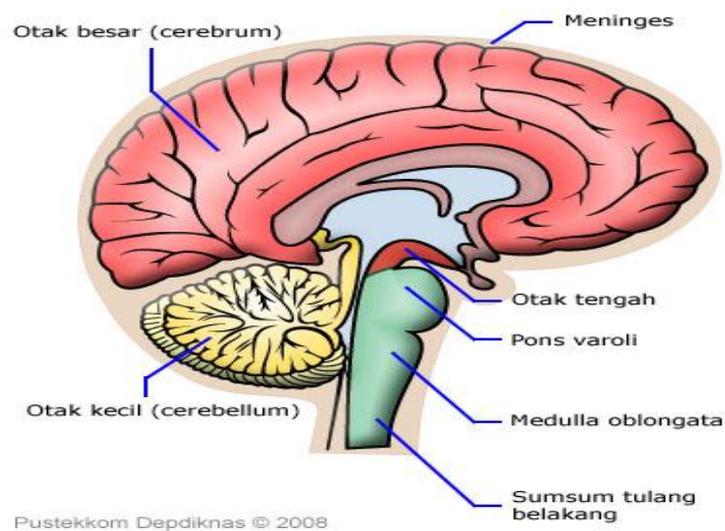
Non Hemoragik Stroke (NHS) adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan trombus diarteri cerebrum atau emboli yang mengalir ke otak (Ratnasari, 2020). *Non Hemoragik Stroke* (NHS) didefinisikan sebagai stroke yang mengakibatkan suplai darah menuju ke otak mengalami hambatan karena adanya trombus atau gumpalan darah yang telah terbentuk dibawa oleh darah (Putri et al., 2022).

Berdasarkan teori di atas maka penulis menyimpulkan bahwa *Non Hemorgaik Stroke* (NHS) adalah jenis stroke yang terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah yang disebabkan oleh pembentukan trombus atau emboli sehingga terjadi gangguan suplay darah ke bagian otak dan mengakibatkan hilangnya fungsi otak secara mendadak.

2. Anatomi Fisiologi

a. Otak

Otak terbagi menjadi empat bagian utama, yaitu otak besar (*cerebrum*), otak kecil (*cerebellum*), batang otak (*brainstem*), sistem limbik (*limbic system*) (Ma'arif, 2021).



Gambar 2.1 Bagian otak (Ma'arif, 2021)

1) Otak Besar (*Cerebrum*)

Serebrum dibagi menjadi hemisfer kiri dan kanan yang dipisahkan oleh fisura serebri longitudinal. Setiap hemisfer dibagi menjadi 4 lobus yaitu frontalis, parietalis, temporalis, oksipitalis.

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 Parietalis

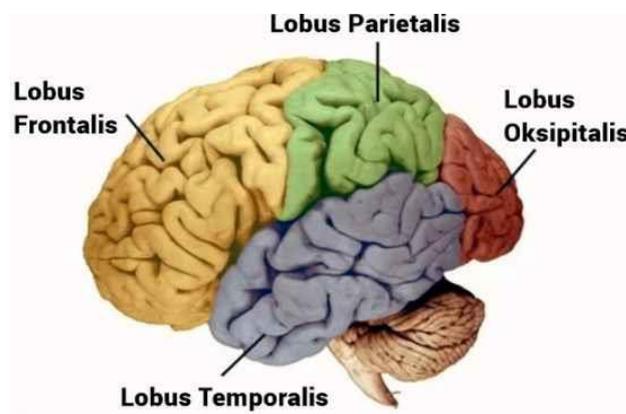
Lobus parietal berperan sebagai sensasi sentuhan, pergerakan tubuh, bau rasa, disertai kesadaran. Selain itu di lobus ini terdapat daerah bicara yang bertanggung jawab untuk pengertian (pemahaman) bahasa.

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. Di lobus oksipitalis kiri untuk melihat angka dan huruf, sedangkan kanan untuk melihat gambar dan memegang peranan penting terhadap fungsi mata.



Gambar 2.2 *cerebrum* (Ma'arif, 2021)

2) Otak Kecil (*Cerebellum*)

Serebelum disebut dengan otak kecil berada di bagian posterior batang otak. Serebelum berfungsi untuk mengkoordinasikan gerakan otot, keseimbangan, postur tubuh. Ketika area ini mengalami kerusakan, akan menyebabkan gerakan otot tidak berfungsi.

3) Batang Otak (*Brainstem*)

Batang otak bersambung dengan medulla spinalis yang berukuran sekitar 3 inci (7,5cm) dan terdiri dari medulla oblongata, pons, dan otak tengah. Batang otak berfungsi sebagai stasiun pemancar yang menghubungkan otak besar ke saraf 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 di bawah midbrain dan di atas medulla. Fungsi utama pons adalah mentransmisikan informasi dari serebelum ke batang otak dan antara dua hemisfer *cerebelum*.

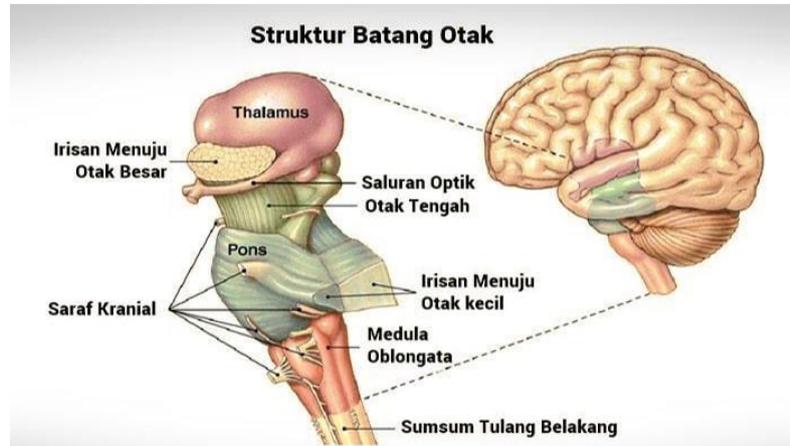
c) Mesensefalon

Merupakan bagian pendek dari batang otak yang letaknya di atas pons dalam reflek penglihatan dan koordinasi gerakan, penglihatan, dan reflek pendengaran.

4) Sistem Limbik (*limbic system*)

Otak tengah atau disebut mesensefalon berada memanjang di pons ke diensefalon. Berfungsi sebagai penghubung indra perasa dan indra pendengaran serta

sebagai pusat koordinasi dari respon refleks untuk indera penglihatan.



Gambar 2.3 Struktur Batang Otak (Ma'arif, 2021)

a) Hipotalamus

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

b) Thalamus

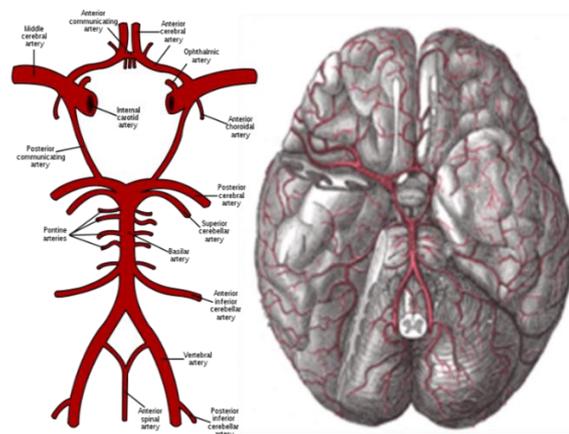
Bagian dari sistem limbik, dan terhubung dengan daerah korteks serebral yang bertanggung jawab untuk kontrol gerak dan persepsi sensorik dengan bagian lain dari otak yang terlibat dalam fungsi yang sama.

b. Sirkulasi Darah Otak

Otak mendapatkan aliran darah melalui dua sistem: arteri karotis (anterior) dan arteri vertebralis (posterior). Arteri vertebralis menyalurkan darah ke bagian belakang otak dan bawah dari otak hingga tempurung kepala (medulla oblongata, pons atau batang otak, lobus oksipital, serebelum, dan lobus temporalis inferior), sedangkan arteri karotis menyalurkan darah ke bagian depan dan atas dari

otak (lobus frontalis, parietal, temporal, ganglia basal dan kapsula interna). Arteri karotis bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid, sedangkan arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia.

Apabila aliran darah serebral mengalami gangguan akan digantikan dengan pembuluh darah kolateral yang dikenal dengan sirkulus willisi. Sirkulus willisi merupakan anastomosis arteri yang berada di otak untuk melindungi pasokan darah dari otak apabila terjadi sumbatan disalah satu cabang. Ada tiga sirkulasi yang membentuk sirkulus willisi di otak yaitu: sirkulasi anterior, sirkulasi posterior dan arteri komunikans. Sirkulasi ini mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi antara suplai darah dari otak depan dan belakang. Selain itu, sirkulus willisi mengalirkan darah dari arteri serebri anterior melalui komunikans anterior untuk memperdarahi hemisfer serebri atau dari arteri posterior melalui komunikans posterior mengirigasi sirkulasi karotis.



Gambar 2.4 Sirkulasi Darah Otak (Ma'arif, 2021)

3. Etiologi

Menurut Ratnasari (2020), etiologi dari *Non Hemoragik Stroke* (NHS) diantaranya sebagai berikut:

a. Faktor Predisposisi

1) Usia

Semakin bertambah usia, semakin tinggi risiko terjadinya stroke. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah pada orang-orang lanjut usia, dimana pembuluh darah menjadi lebih kaku karena adanya plak yang menempel pada pembuluh darah. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur.

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* (LDP) atau kolesterol baik lebih tinggi dari kolesterol jahat atau *Low Density Lipoprotein* (LDP). 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.

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko tertinggi, sekitar 60% penyandang hipertensi akan mengalami stroke. Hipertensi dapat menyebabkan stroke iskemik 50% maupun stroke hemoragik 60%. Patofisiologi hipertensi menyebabkan terjadinya perubahan pembuluh darah, perubahan mulai terjadi dengan penebalan tunika intima dan peningkatan permeabilitas endotel oleh hipertensi, proses kemudian akan berlanjut dengan terbentuk deposit lipid terutama kolesterol pada tunika muskularis yang menyebabkan lumen-lumen pembuluh darah menyempit serta berkelok-kelok. Pada hipertensi kronis akan terbentuk nekrosis fibrinoid, sehingga terbentuk mikroaneurisma yang di sebut *charcot- bouchard*, pengerasan pembuluh darah dapat menyebabkan gangguan autoregulasi, berupa kesulitan berkontraksi atau berdilatasi terhadap perubahan tekanan darah sistemik, jika terjadi penurunan aliran darah menyebabkan perfusi ke otak menjadi iskemik, jika terjadi peningkatan perfusi hebat yang menyebabkan hiperemia, edema, dan perdarahan.

2) Hiperkolesterol

Proses terjadinya aterosklerosis diawali dari berubahnya kolesterol LDL menjadi lebih aterogenik setelah proses oksidasi dan berubah menjadi LDL teroksidasi (Ox-LDL). Di sisi lain, endotel bisa

mengalami gangguan fungsi yang lama-kelamaan dapat menyebabkan dengan atau tanpa deendotelisasi disertai adhesi trombosit. Molekul plasma dan partikel lipoprotein, yang sesuai ukurannya, dapat melakukan ekstrasvasasi melalui endotel yang rusak dan masuk ke ruang subendotel. Ox-LDL yang aterogenik akan tertahan dan bersifat *sitotoksik*, *pro-inflamasi*, dan *kemotaktik*. Akibat dari pengaruh tersebut, endotel menjadi aktif dan mengeluarkan sitokin. Nitrogen monoksida (NO) yang dilatasi dihasilkan endotel terkait fungsi vascular pun berkurang dan terjadi peningkatan pengeluaran sel-sel adhesi yang aktif menangkap monosit dan sel T. Monosit tersebut akan menangkap Ox-LDL dan berubah menjadi sel busa yang kemudian berkembang menjadi inti lemak dengan pelindung fibrosa. Pelindung ini dapat rapuh dan memicu proses trombogenesis. Sel *apoptik* yang dihasilkan Ox-LDL akan memicu menyebabkan terbentuknya trombus.

3) Diabetes Melitus

Hiperglikemia pada penderita diabetes mellitus menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping itu juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis. Hiperglikemia juga dapat meningkatkan viskositas darah yang kemudian akan menyebabkan naiknya tekanan darah atau hipertensi dan berakibat terjadinya *Non Hemoragik Stroke*. Keadaan hiperglikemia juga mempermudah terjadinya edema otak dan meningkatkan angka kematian pasien yang dirawat akibat stroke.

4) Merokok

Seseorang yang telah merokok lebih dari 10 tahun berisiko 4 kali lebih besar terkena serangan stroke dibandingkan dengan mereka yang merokok kurang dari 10 tahun. Jumlah rokok yang dihisap akan memberi pengaruh yang sangat besar terhadap kejadian aterosklerosis terutama pada pembuluh darah otak sebagai pemicu stroke. Nikotin yang terkandung di dalam rokok menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga terjadi kekakuan pembuluh darah. Nikotin dalam rokok juga mengandung *Reactive Oxygen Species* (ROS) yang menyebabkan terjadinya nekrosis pada sel endotel pembuluh darah. Molekul adhesi yang teraktivasi pada pembuluh darah mempermudah penempelan lipid yang telah teroksidasi oleh ROS pada pembuluh darah koroner.

5) Penyakit Jantung

Penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut atrial fibrilasi yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Pada keadaan fibrilasi dimana denyut jantung tidak teratur dan cepat, menyebabkan risiko syok tinggi. Karena hal ini menyebabkan aliran darah tidak teratur dan secara perlahan akan terjadi pembentukan gumpalan darah diatrium kiri sehingga menurunkan kemampuan kontraksi jantung. Gumpalan ini dapat mencapai otak dan menyebabkan terhambatnya aliran darah di otak sehingga menyebabkan stroke.

6) Stres

Stres yang bersifat konstan dan terus menerus mempengaruhi kerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam

memperduksi hormon adrenalin, tiroksin, dan kortisol sebagai hormon utama stress akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistim homeostatis. Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sitem saraf simpatis berpengaruh terhadap kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksin selain meningkatkan *Basal Metabolism Rate* (BMR) juga meningkatkan denyut jantung yang akan memperberat aterosklerosis. Stres dapat merangsang pelepasan hormon adrenalin dan memacu jantung untuk berdetak lebih cepat dan lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat.

7) Konsumsi Kopi

Konsumsi kopi dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke iskemik, disebabkan oleh denyut jantung yang meningkat beberapa saat setelah mengkonsumsi segelas kopi, yang dapat mengakibatkan aliran darah ke otak tidak stabil, akibatnya kerja jantung yang meningkat sehingga kapasitas pembuluh darah bertambah dan akan berisiko terjadinya penyumbatan di dalam arteri.

4. Patofisiologi dan Pathway

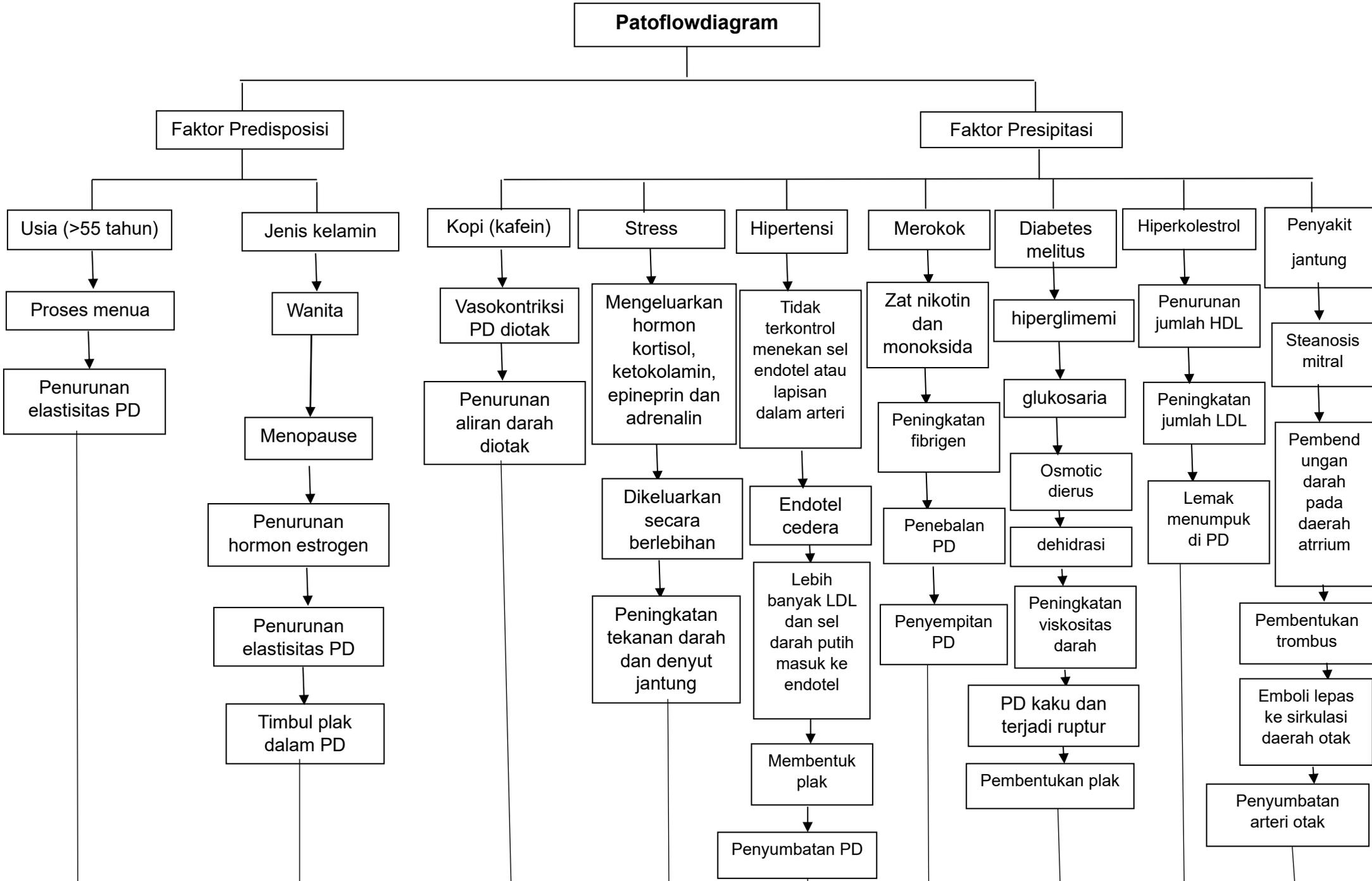
Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin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

Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi (Ngebbu, 2019).

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah, terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh emboli menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat, menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vascular karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, herniasi otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke

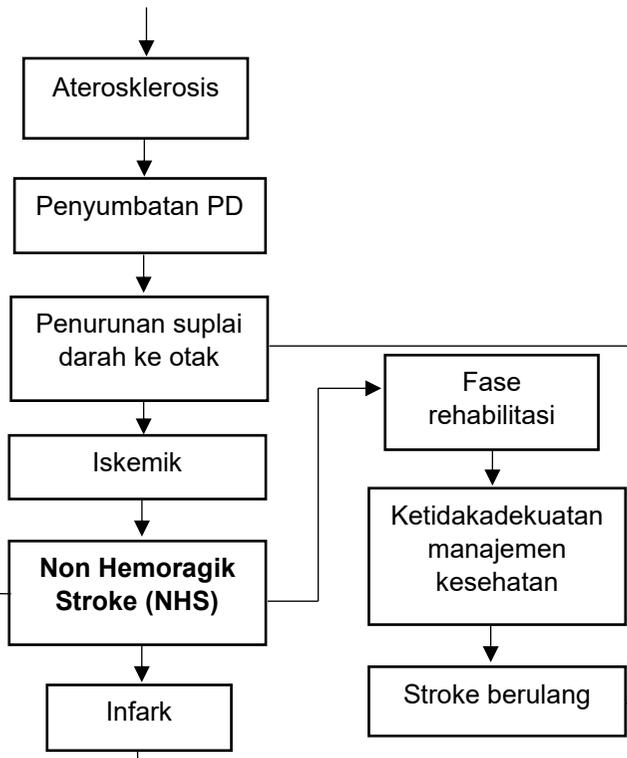
ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Ngebbu, 2019).



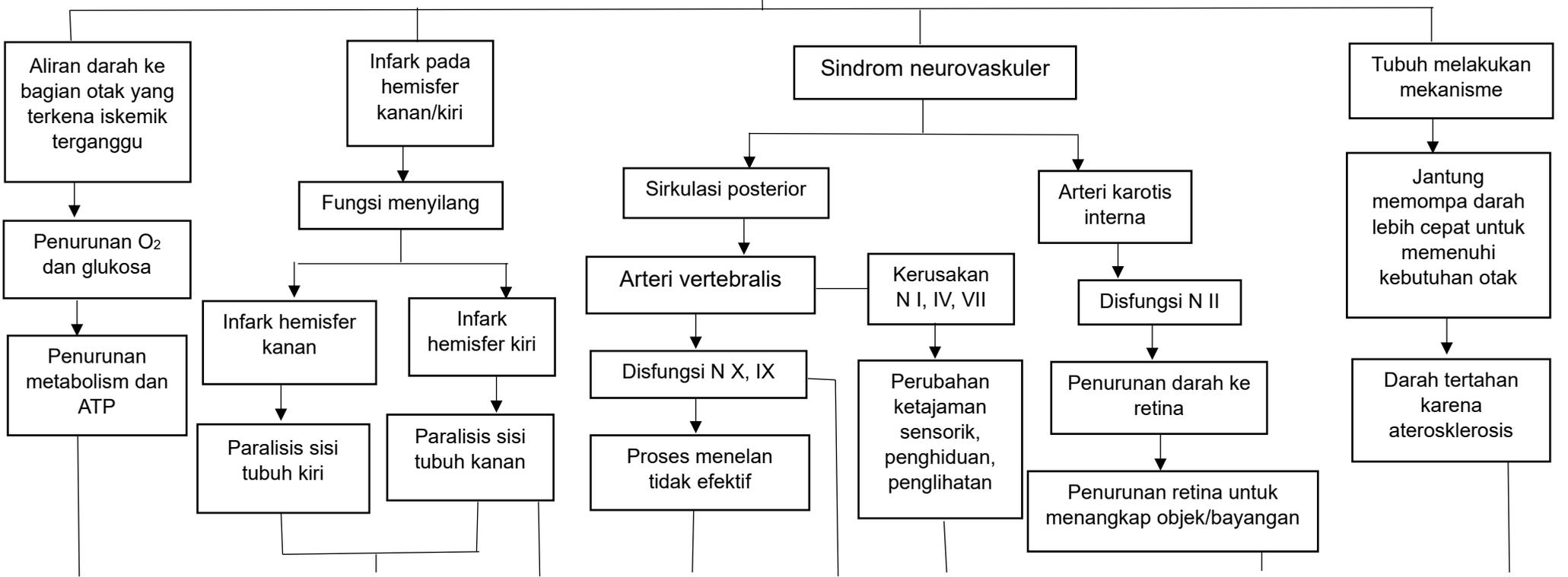
Pemeriksaan Diagnostik

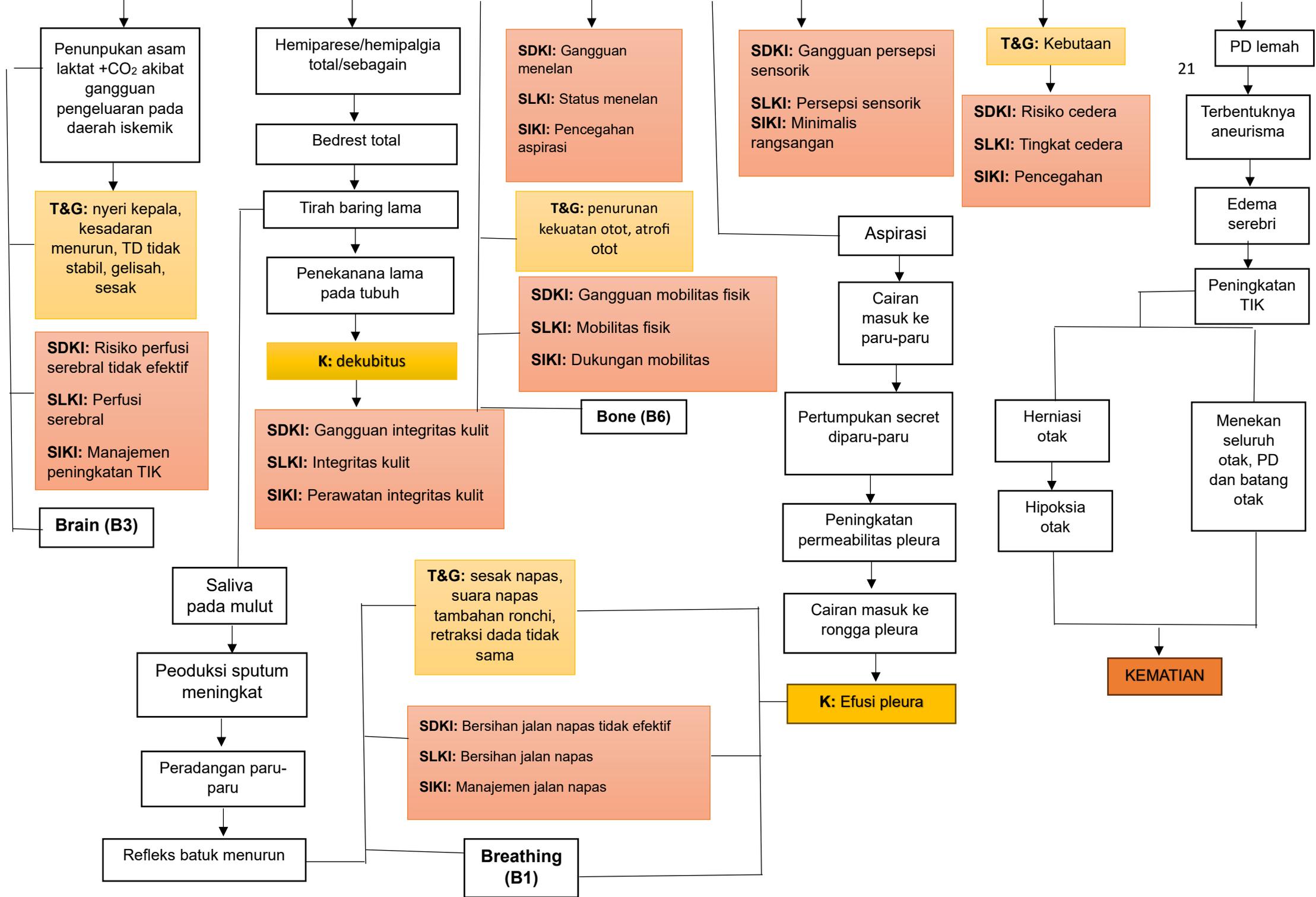
A. Radiologi
 EEG
 Sinar X
 Angiografi serebral
 CT-Scan
 Lumbal
 MRI
 Thorax

B. Laboratorium
 Darah lengkap
 Tes darah koagulasi
 Kimia darah



SDKI : Manajemen Kesehatan tidak efektif
SLKI : Manajemen kesehatan
SIKI : Perlibatan keluarga





5. Manifestasi Klinis

Gejala umum yang sering terjadi dan mudah dilihat adalah penderita merasakan lemah dan mati rasa atau bebal pada bagian wajah, tangan, atau kaki terutama salah satu bagian tubuh. Gejala stroke dapat disingkat FAST untuk memudahkan masyarakat dalam mengenali gejala tersebut (Ginting & Mira, 2019):

a. F (*Face/ Wajah*)

Wajah akan terlihat tidak simetris, salah satu sisi wajah turun.

b. A (*Arms Drive/ Gerakan Lengan*)

Salah satu anggota gerak seperti tangan atau kaki mengalami penurunan kekuatan.

c. S (*Speech/ Bicara*)

Kemampuan berbicara akan terganggu (artikulasi terganggu) atau bisa bicara tetapi mengalami gangguan pemahaman atau sulit mengerti.

d. T (*Time/ Waktu*)

Segera memanggil ambulans atau ke rumah sakit jika menemukan tiga gejala di atas seperti perubahan wajah, kelumpuhan dan bicara atau disertai gejala seperti:

- 1) Kehilangan kesadaran (pingsan)
- 2) Pusing berputar (vertigo)
- 3) Kesemutan separuh badan.

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

a. Kehilangan Motorik

Disfungsi motorik paling umum adalah paralisis pada salah satu sisi atau hemiplegia karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Diawal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul adalah paralisis dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam atau penurunan kekuatan otot untuk melakukan pergerakan, apabila refleks tendon dalam ini muncul kembali biasanya dalam waktu 48 jam, peningkatan tonus disertai dengan spastisitas atau peningkatan tonus otot abnormal pada ekstremitas yang terkena dapat dilihat.

b. Kehilangan Komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

- 1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- 2) Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
- 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c. Gangguan Persepsi

Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori.

d. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologik

Gangguan persepsi sensori merupakan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Gangguan persepsi sensori pada stroke meliputi:

- 1) Disfungsi persepsi visual, karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Kehilangan setengah lapang pandang terjadi sementara atau permanen (homonymous hemianopsia). Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala penderita berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut yang disebut dengan amorfosintesis. Pada keadaan ini penderita hanya mampu melihat makanan pada setengah nampan, dan hanya setengah ruangan yang terlihat.
- 2) Gangguan hubungan visual-spasial yaitu mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial sering terlihat pada penderita dengan hemiplegia kiri. Penderita tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- 3) Kehilangan sensori, karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau berat dengan kehilangan proprioepsi yaitu kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.
- 4) Disfungsi kandung kemih setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan

kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/bedpan (Ginting & Mira, 2019).

6. Tes Diagnostik

Tes diagnostik pada pasien stroke yaitu (Murtiningsi & Dina, 2020):

a. Radiologi

1) *Computerized Tomography-Scan* (CT-Scan)

CT-Scan kepala merupakan pemindaian untuk memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pematatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

2) *Magnetic Imaging Resonance* (MRI)

MRI menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

3) Pemeriksaan Thorax

Memperlihatkan keadaan jantung dan menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas.

4) *Electroencephalography* (EEG)

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

5) Fungsi Lumbal

Tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA (*Transient Ischaemia Attack*). Sedangkan

tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis berhubungan dengan proses inflamasi.

6) Ultrasonografi Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/ aliran darah/ muncul plaque/ aterosklerosis).

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Seperti Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Semua itu berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia, sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Jika kadar leukosit pada pasien diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang.

2) Test Kimia Darah

Tes ini digunakan untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat dll. Seseorang yang terindikasi penyakit stroke biasanya memiliki gula darah yang tinggi. Apabila seseorang memiliki riwayat penyakit diabetes yang tidak diobati maka hal tersebut dapat menjadi faktor pemicu resiko stroke.

3) Test Darah Koagulasi

Tes ini terdiri dari 4 pemeriksaan yaitu *pothromin time*, *partial thromboplastin (PTT)*, *internasional Normalized Ratio (INR)* dan *angregasi trombosit*. Keempat tes ini berguna untuk mengukur seberapa cepat darah

mengumpul. Pada pasien stroke biasanya ditemukan *PT/PTT* dalam keadaan normal.

7. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan medik pada pasien non hemoragik stroke dibedakan menjadi 2, yaitu (Nofitri, 2021):

a. Farmakologi

- 1) Antiplatelet adalah obat yang digunakan untuk mencegah terjadinya agregasi platelet (mencegah terjadinya thrombus) pada sistem arteri. Antiplatelet ini sering digunakan pada pasien stroke iskemik untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.
- 2) Antihipertensi merupakan salah satu obat yang diberikan pada penanganan pasien strok iskemik dengan hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko utama setelah usia pada pria dan juga wanita. Bila tekanan darah meningkat cukup tinggi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun, akan menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh serebral. Akibatnya, diameter lumen pembuluh darah tersebut akan menjadi tetap. Hal ini menyebabkan pembuluh serebral tidak dapat berdilatasi atau berkonstriksi dengan bebas untuk mengatasi fluktuasi dari tekanan darah sistemik. Bila terjadi penurunan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi ke jaringan otak tidak adekuat. Hal ini akan mengakibatkan iskemik serebral.
- 3) Neuroprotektan merupakan salah satu terapi yang ditujukan untuk mengurangi terjadinya kerusakan sel karena terhambatnya aliran darah yang memasok oksigen. Obat neuroprotektan yang sering dipakai

dalam terapi stroke iskemik adalah citikolin dan piracetam.

- 4) Golongan neurotropik merupakan golongan obat yang berfungsi sebagai pemacu kerja otak serta dapat membantu melancarkan fungsi otak akibat penurunan kesadaran. Dimana obat yang digunakan adalah mecobalamin.
- 5) Golongan antikolesterol merupakan golongan obat yang berfungsi untuk menurunkan kadar kolestrol yang tinggi, obat yang sering digunakan simvastatin.

b. Non Farmakologi

1) Fase Akut

- a) Letakkan posisi kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap dua jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intemiten).
- c) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonic, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 150-200 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau

salin isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.

- d) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg%, dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- 2) Fase Rehabilitasi
 - a) Fase rehabilitasi
 - b) Pertahankan nutrisi yang adekuat
 - c) Pertahankan integritas kulit
 - d) Pertahankan komunikasi yang efektif
 - e) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).
 - f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
 - g) Persiapan pulang
 - 3) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

8. Komplikasi

Komplikasi dari stroke diantaranya sebagai berikut (Pratama, 2019):

a. Tekanan Intrakranial (TIK) Meningkat

Tekanan intrakranial kranial adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intrakranial, dan cairan serebrospinal (CSS) didalam tengkorak. Ruang kranial yang kaku berisi jaringan otak dan darah. Volume tekanan pada ketiga komponen ini selalu berhubungan dengan keadaan

keseimbangan, apabila salah satu dari komponen ini meningkat maka akan menyebabkan perubahan pada volume yang lain dengan mengubah posisi atau menggeser CSS, atau menurunkan volume darah serebral dan jika tidak ada perubahan intrakranial akan meningkat.

b. Gagal Napas

Dalam keadaan tidak sadar, harus tetap dipertahankan jalan napas, salah satu gejala dari stroke adalah penurunan kesadaran yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas karena lidah mungkin rileks, yang menyumbat orofaring sehingga terjadi gagal napas.

c. Disfagia

Kerusakan yang disebabkan oleh stroke dapat mengganggu reflek menelan, akibatnya makanan dan minuman beresiko masuk ke dalam saluran pernapasan.

d. Pneumonia

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Sekunder

- 1) Identitas pasien, umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa dll.
- 2) Riwayat kesehatan dahulu, riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embolisme serebral, riwayat tinggi kolestrol, obesitas, riwayat DM, riwayat aterosklerosis, merokok dan riwayat konsumsi alcohol.
- 3) 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.

- 4) Riwayat kesehatan keluarga apakah ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga.
- 5) 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).
- 6) 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.
- 7) 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 parolitik).
- 8) Pola Aktivitas dan Latihan
Data subjektif: kesulitan dalam beraktivitas, kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis.
Data objektif: perubahan tonus otot, paralisis, hemiplegia, kelemahan umum.

9) 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.

10) 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 paresis, afasia, gangguan atau kehilangan bahasa, kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.

11) Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

Data objektif: mudah marah, tidak kooperatif.

12) 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).

13) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

Data subjektif: kemampuan klien untuk mendiskusikan masalah kesehatan saat ini, dampak kecemasan, ketakutan, perubahan perilaku akibat stres.

Data objektif: pandangan terhadap dirinya yang salah, ketidakmampuan melakukan aktivitas secara maksimal.

14) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data subjektif: Tidak adanya gairah seksual.

Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

15) 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 (Ginting & Mira, 2019).

b. Pengkajian Primer

1) *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).

2) *Blood*

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

3) *Brain*

Pada sistem saraf pusat dinilai kesadaran pasien dengan GCS (*Glasgow Koma Scale*) dan perhatikan gejala peningkatan Tekanan Intra Kranial.

4) *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).

5) *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, pancreas, dilatasi usus halus.

6) *Bone*

Pada system muskuloskeletal dinilai adanya tanda-tanda sianosis, warna kuku, gangguan neurologis (gerakan ekstremitas) (Ma'arif, 2021).

2. **Diagnosis Keperawatan**

Ada beberapa diagnosis keperawatan Non Hemoragik Stroke yang sering muncul, sebagai berikut (Juni, 2020):

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017).
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuscular (D.0001).
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054).
- d. Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulu (D.0063).
- e. 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).

- f. Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan (D.0143).
- g. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129) (SDKI, 2017).

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	LUARAN YANG DIHARAPKAN (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamamaka perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Tingkat kesadaran meningkat • Tekanan intrakranial menurun • Nilai rata-rata tekanan darah membaik • Tekanan darah sistolik membaik • Tekanan darah diastolik membaik 	Manajemen peningkatan tekanan intracranial Tindakan Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab peningkatan Tekanan Intra Kranial (mis: lesi, gangguan metabolisame, dema serebral) R/ mengetahui system saraf motorik dan sensorik. • 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

		<ul style="list-style-type: none">• Monitor MAP R/ untuk mengetahui normal tidaknya hemostatis tubuh• Monitor status pernapasan R/ untuk mengetahui tanda-tanda bahaya seperti sesak nafas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">• Berikan posisi semi fowler R/ meningkatkan sirkulasi/ perifer serebral dan mengurangi resiko peningkatan Tekanan intrakranial• Pertahankan suhu tubuh normal R/ hipertermia mengakibatkan peningkatan pada laju metabolisme kebutuhan oksigen dan glukosa <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsa, jika perlu R/ meningkatkan dan memperbaiki aliran darah serebral dan mencegah terjadinya thrombus
--	--	---

<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular (D.0001)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama maka bersihan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batuk efektif meningkat • Produksi sputum menurun • Mengi menurun • Wheezing menurun • Frekuensi napas membaik • Pola napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) R/ mengetahui keabnormalan pernafasan pasien • 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. • Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) R/ pengeluaran sulit bila sekret tebal, sputum berdarah akibat kerusakan paru atau luka bronkhial yang memerlukan evaluasi/intervensi lanjut. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan napas R/ pasien dapat bernapas dengan mudah • Posisikan <i>semi-fowler</i> atau <i>fowler</i> R/ meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan
---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik R/ mencegah obstruksi/aspirasi, dilakukan <i>suction</i> bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret • Berikan oksigen, jika perlu R/ memaksimalkan bernapas dan menurunkan kerja napas. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik batuk efektif R/ ventilasi maksimal membuka area atelaksis dan peningkatan gerakan sekret agar mudah dikeluarkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, <i>jika perlu</i> R/ menurunkan kekentalan sekret, lingkaran ukuran lumen trakeabronkial berguna jika terjadi hipoksia pada kavitas yang luas.
Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular d.d mengeluh sulit	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama maka mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstermitas meningkat • Kekuatan otot meningkat 	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Tindakan Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

<p>menggerakkan ekstremitas, kekuatan (D.0054)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rentang gerak (ROM) meningkat • Gerakan terbatas menurun • Kelemahan fisik menurun SIKI 	<p>R/ mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah pasien • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu R/ meningkatkan status mobilitas fisik pasien • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan.
--	---	--

		<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan• Anjurkan melakukan mobilisasi dini R/ untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan• Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal 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. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Dalam intervensi dukungan mobilisasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.
--	--	--

		<p>Perawatan Tirah Baring (I.14572)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitor komplikasi tirah baring (misal kehilangan massa otot, sakit punggung, stres, depresi, sulit buang air kecil, perubahan irama tidur, konstipasi) <p>R/ mencegah dan meminimalkan timbulnya masalah baru yang dapat memperberat kondisi pasien</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">• Posisikan senyaman mungkin• Posisikan senyaman mungkin <p>R/ agar pasien lebih tenang dan merasa nyaman</p> <ul style="list-style-type: none">• Pertahankan spreng tetap kering, bersih dan tidak kusut <p>R/ mencegah terjadinya tekanan dan gesekan yang berisiko menyebabkan luka tekan</p> <ul style="list-style-type: none">• Berikan latihan gerak pasif atau pasif (ROM) <p>R/ memberikan massa, tonus dan kekuatan otot serta memperbaiki fungsi jantung dan pernafasan</p> <ul style="list-style-type: none">• Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari
--	--	---

		<p>R/ membantu pemenuhan kebutuhan secara individual.</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis duduk ditempat tidur, duduk dikursi, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dalam intervensi perawatan tirah baring tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.
<p>Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama maka status menelan membaik (L.06052) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflek menelan meningkat • Kemampuan mengosongkan mulut meningkat • Frekuensi tersedak menurun • Batuk menurun 	<p>Pencegahan aspirasi I.01018</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan <p>R/ mencegah terjadinya risiko aspirasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor status pernapasan <p>R/ mengidentifikasi masuknya makanan masuk kedalam saluran pernapasan</p>

<p>tertinggal dirongga mulu (D.0063</p>		<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral R/ posisi semi fowler membantu konsumsi makanan terakhir sehingga tidak terjadi penumpukan makanan dan risiko aspirasi • Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak R/ mempermudah klien mengunyah dan menyerap makanan • Berikan obat oral dalam bentuk cair R/ mempermudah masuknya obat dan penyerapan lebih cepat <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan makan secara perlahan R/ melatih fungsi dan memulihkan status menelan • Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, <i>jika perlu</i> R/ melatih dan mempertahankan fungsi organ dan otot-otot dalam rongga mulut <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dalam intervensi pemantauan aspirasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.
---	--	---

	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama Maka komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan bicara meningkat • Kemampuan mendengar meningkat • Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat • Pelo menurun • Pemahaman komunikasi cukup menurun 	<p>Proses Komunikasi: Defisit Bicara (I. 13492)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kecepatan, volume dan diksi bicara R/ menyesuaikan pola komunikasi dengan pasien <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, isyarat tangan) R/ mempermudah untuk proses komunikasi • Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R/ membantu pemberian dan penyampaian pesan yang sesuai • Ulangi apa yang disampaikan pasien R/ memastikan apa yang disampaikan pasien sesuai dengan persepsi • Berikan dukungan psikologis R/ membantu individu agar merasa diperhatikan, dipedulikan dan merasa dihargai
--	--	--

		<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan bicara perlahan R/ memberikan kesempatan kepada pasien untuk dapat berbicara jelas. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis R/ memfasilitasi pasien untuk dapat melakukan terapi(Zainul et al., 2019)
<p>Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan (D.0143)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jatuh saat berjalan Jatuh saat berjalan 	<p>Pencegahan jatuh</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi faktor risiko jatuh (mis, usia >65 tahun, penurunan Tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) R/ mengetahui faktor yang dapat menyebabkan jatuh Identifikasi faktor lingkungan

		<p>R/ mengetahui situasi lingkungan sekitar yang menyebabkan jatuh</p> <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang handrell tempat tidur <p>R/ mencegah pasien jatuh dari tempat tidur</p>
<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerusakan lapisan kulit menurun • Kemerahan menurun 	<p>Perawatan integritas kulit</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan, penurunan mobilitas) <p>R/ Mendeteksi penyebab dan tindakan yang diberikan dalam perawatan Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubah posisi tiap 2 jam, jika tirah baring <p>R/ mencegah tekanan pada kulit Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan menggunakan pelembab <p>R/ menjaga kelembaban kulit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan mandi menggunakan sabun <p>R/ menjaga kelembaban kulit</p>

Sumber : (SLKI, 2019) (SIKI, 2018)

4. *Discharge Planning*

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

- a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
- b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam, kalori dan mengurangi makanan yang manis-manis. Selain diet, menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat seperti tidak merokok, minum alkohol, dan berolahraga secara teratur. Salah satu jenis olahraga yang disarankan adalah berenang karena akan melatih sistem motorik tubuh, dan akan merasakan efek hidroterapi.
- c. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
- d. Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk melakukan ROM dan melakukan perawatan pada pasien di rumah (Arum, 2016).

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien atas nama Tn. O usia 69 tahun beragama Kristen Protestan diantar oleh keluarganya ke RS karena mengalami penurunan kesadaran dan kelemahan tubuh sebelah kanan. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat serangan stroke pada tahun 2017 dan dirawat di RS Pelamonia ± 2 minggu di dalam ICU dan 5 hari di ruang perawatan, keluarga pasien mengatakan pada tahun 2019 pasien kembali mengalami serangan stroke yang kedua kalinya dan dirawat di RS Stella Maris ± 1 minggu di dalam ICU dan 6 hari di ruang perawatan. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi dan Diabetes Melitus sejak tahun 2017 dan rutin dalam mengkonsumsi obat, seperti amlodipine 10 mg. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah kontrol kesehatannya karena menurut pasien, kesehatannya baik dan sehat karena selalu rutin dalam mengkonsumsi obat dari dokter.

Saat dilakukan pengkajian tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 8 (M4V2E2), saat diberikan rangsangan nyeri pasien tidak dapat menggerakkan sisi tubuh sebelah kanan. Saat ini pasien dalam perawatan hari ke-3 dan mendapatkan terapi obat citicoline 500 mg/8 jam IV, farbion 100mg/12 jam IV, omeprazole 1 gr/12 jam IV, Zinc 20 mg/12 jam oral, vitamin C 500 mg/ 12 jam oral Acetylyzine 200 mg/12 jam oral. Tampak pasien terpasang infus dengan cairan RL 300 cc 20 tetes/menit , NGT, dan kateter urine. Telah dilakukan pemeriksaan CT Scan kepala dan didapatkan hasil lacunar infark cerebri sinistra, pemeriksaan foto thorax dengan hasil gambaran bronchitis, hasil Laboratorium WBC 12.80 (H), NEUT# 9.64 (H) natrium darah 132 (L)

HbA1c 6.8 (H), TTV TD:180/100 mmHg, N:99 X/menit, S:36,9°C, P: 18X/menit, SPO2: 98 %.

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Desryany Tika & Festinawati. LB
 Tanggal Pengkajian : 01 Mei 2024
 Nama Pasien/ Usia : Tn. O / 69 Tahun
 Diagnosa Medis : NHS + penurunan kesadaran
 Ruang/kamar : ICU/ICCU

1. Pengkajian Primer

Breath (B1)	Pergerakan dada	<ul style="list-style-type: none"> Tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu napas	<ul style="list-style-type: none"> Tampak tidak ada pemakaian otot bantu napas
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> Vocal Fremitus : tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran Nyeri tekan: Tidak ada nyeri tekan yang dirasakan pasien Krepitasi : tidak teraba adanya krepitasi
	Perkusi	<ul style="list-style-type: none"> Terdengar bunyi sonor pada kedua lapang paru pasien
	Suara napas	<ul style="list-style-type: none"> Terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien
	Batuk	<ul style="list-style-type: none"> Tampak pasien tidak mampu batuk dan mengeluarkan lendirnya karena pasien penurunan kesadaran
	Sputum	<ul style="list-style-type: none"> Tampak sputum kental berwarna putih kekuningan
	Alat bantu napas	<ul style="list-style-type: none"> Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter
	Lain – lain	<ul style="list-style-type: none"> Hasil foto thorax : Kesan : Gambaran Bronchitis P = 18x/menit SpO2 = 98%

Blood (B2)	Suara jantung	<ul style="list-style-type: none"> • S1 S2 S3 S4 • Tunggal
	Irama jantung	<ul style="list-style-type: none"> • Terdengar irama jantung reguler
	CRT	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak CRT Kembali dalam dalam 1 detik
	JVP	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil : 5-2cmH₂
	CVP	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Edema	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak tidak ada edema
	EKG	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil : sinus Ritme
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Tanda-tanda vital : TD : 180/100 mmHg N : 99x/menit S : 36,9°C P : 18 x/menit Spo2 : 98 %
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitatif : somnolen • Kuantitatif (GCS) = 8 E : 2 V : 2 M : 4
	Reaksi pupil : <ul style="list-style-type: none"> • Kanan • kiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak isokor, diameter 2 mm • Tampak isokor, diameter 2 mm
	Refleks fisiologis <ul style="list-style-type: none"> • Biseps • Triceps • Patella • Achilles 	<ul style="list-style-type: none"> • Kiri : Positif Kanan : Negatif • Kiri : Positif Kanan : Negatif • Kiri :Positif Kanan : Positif • Kiri : Positif Kanan : Negatif
	Refleks patologis <ul style="list-style-type: none"> • Babinski 	<ul style="list-style-type: none"> • Kiri : Negatif Kanan : Positif
	Meningeal sign	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Tanda-tanda vital : TD : 180/100 mmHg N : 99x/menit S : 36,9°C P : 18 x/menit Spo2 : 98 %

		<ul style="list-style-type: none"> • Hasil CT Scan kepala : Kesan : Infark cerebri sinistra
Bladder (B4)	Kateter	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien terpasang <i>foley cateter</i> size 16 hari ke-3
	Urin	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak jumlah urine 500 cc / 8 jam • Tampak urine berwarna kuning pekat
	Kesulitan BAK	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Natrium darah = 134 (L) (nilai normal : 135.0-145.0) • HbA1c = 6.8 (H) (nilai normal <5.7)
Bowel (B5)	Mukosa bibir	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak bibir kering
	Lidah	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak lidah kotor
	Keadaan gigi	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak gigi tidak lengkap • Tampak tidak terpasang gigi palsu
	Nyeri telan	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak tidak distensi
	Peristaltik usus	<ul style="list-style-type: none"> • Terdengar peristaltik usus 15 x/ menit
	Mual	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Muntah	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Hematemesis	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Melena	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Terpasang NGT	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak terpasang NGT hari ke-3
	Terpasang colostomy bag	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak tidak terpasang
	Diare	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak mengalami diare
	Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak mengalami konstipasi
	Asites	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada 	
Bone (B6)	Turgor	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak turgor baik
	Perdarahan kulit	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak tidak ada
	Icterus	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak tidak ada icterus
	Akral	<ul style="list-style-type: none"> • Teraba hangat
	Pergerakan sendi	<ul style="list-style-type: none"> • Terbatas
	Fraktur	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak tidak ada fraktur
	Luka	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak luka disekitar penis, skrotum sampai anus • Tampak luka kemerahan • Tampak luka bernanah berwarna hijau • Tercium bau tidak sedap dari luka

	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Uji kekuatan otot <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kiri</th> <th>Kanan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> 		Kiri	Kanan	Tangan	2	0	Kaki	1	0
	Kiri	Kanan									
Tangan	2	0									
Kaki	1	0									

2. Diagnosa Keperawatan

- B-1 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan
- B-2 : Tidak ada
- B-3 : Perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi
- B-4 : Tidak ada
- B-5 : Tidak ada
- B-6 : Gangguan integritas jaringan b.d kelembaban
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

3. Pengkajian Sekunder

a. Identitas

1) Pasien

Nama/ initial : Tn. O
Umur : 69 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki
Jumlah Anak : -
Agama / Suku : Kristen/ Tionghoa
Warga Negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Bahasa Makassar
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Mangonsidi

2) Penanggung Jawab

Nama : Nn. J
Umur : 63 tahun
Alamat : Mangonsidi
Hubungan dengan pasien : Kakak kandung

b. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Non Hemoragik Stroke
Saat pengkajian : Non Hemoragik Stroke + penurunan kesadaran

c. Keadaan Umum

1) Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan : tampak pasien sakit berat karena pasien berbaring lemah di tempat tidur hari ke-3 dan terpasang infus dengan cairan RL 300 20 TPM, NGT, nasal kanul 5 L, dan *foley cateter* size 16 hari ke-3.

2) Tanda-tanda vital

- a) Kesadaran (kualitatif) : Somnolen
 Skala Koma Glasgow (kuantitatif)
- | | |
|-------------------------|-----|
| (1) Respon motorik | : 4 |
| (2) Respon bicara | : 2 |
| (3) Respon membuka mata | : 2 |
| Jumlah | : 8 |
- Kesimpulan : Penurunan kesadaran
- b) Tekanan darah : 180/100 mmHg
 MAP : 127 mmHg
 Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai
- c) Suhu : 36,9°C di axila
- d) Pernapasan : 18x/ menit
 Irama : Teratur
 Jenis : Dada
- e) Nadi : 99x/menit
 Irama : Teratur dan kuat

3) Pengukuran

- a) Lingkar lengan atas : 125 cm
 b) Tinggi badan : 170 cm
 c) Berat badan : 90 kg
 d) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 31,1 kg/m²
 Kesimpulan : Obesitas

d. Pengkajian Pola Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien selalu beranggapan bahwa kesehatan itu penting dan harus dijaga dengan baik sehingga terhindar dari berbagai penyakit. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah control kesehatannya karena menurut pasien,

kesehatannya baik dan sehat karena selalu rutin dalam mengonsumsi obat dari dokter.

b) Riwayat Penyakit Saat Ini

(1) Keluhan Utama : Penurunan kesadaran

(2) Riwayat Keluhan Utama :

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 28 April 2024 pasien dibawa ke RS Stella Maris Makassar dengan keadaan penurunan kesadaran dan pasien bicara pelo sejak jam 16:00. Keluarga pasien mengatakan 4 jam sebelum pasien masuk RS pasien pusing, lemas, muntah 1 kali dan mengalami kelemahan pada badan sebelah kanan. Pada saat pengkajian pada tanggal 01 Mei 2024 tampak tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri, tampak pasien penurunan kesadaran dengan GCS 8 (M4V2E2).

(3) Riwayat Penyakit yang Pernah Dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat serangan stroke pada tahun 2017 dan di rawat di RS Pelamonia ± 2 minggu di dalam ICU dan 5 hari di ruang perawatan, Keluarga pasien mengatakan pada tahun 2019 pasien kembali mengalami serangan stroke yang kedua kalinya dan di rawat di RS Stella Maris selama ± 1 minggu di dalam ICU dan 6 hari di ruang perawatan. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi dan Diabetes Melitus sejak tahun 2017.

(4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien meninggal karena serangan stroke 8 tahun yang lalu

Ayah pasien meninggal karena cancer hepar ± 62 tahun yang lalu

Nenek pasien dari ibu meninggal karena serangan stroke

Kakek pasien dari ibu meninggal karena hiperensi.

c) Pemeriksaan Fisik

(1) Kebersihan Rambut :

Tampak rambut beruban, berminyak, tidak berbau.

(2) Kulit Kepala :

Tampak kulit kepala pasien ada ketombe, tidak teraba adanya lesi.

(3) Kebersihan Kulit :

Tampak kulit kaki kering, tampak kulit bersisik.

(4) Higiene Rongga Mulut :

Tercium bau mulut, tampak lidah kotor.

(5) Kebersihan Genetalia :

Tampak luka disekitar penis dan skrotum.

(6) Kebersihan Anus :

Tampak tidak ada hemoroid, tampak luka disekitar anus.

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan menu bubur, ikan, sayur dengan porsi makan selau dihabiskan, keluarga pasien mengatakan pasien suka makan buah pepaya, keluarga pasien mengatakan pasien minum air 3-5 gelas air putih/ hari.

b) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien dipasangkan NGT sehingga pasien harus disonde setiap harinya. Makanan yang disediakan oleh rumah sakit adalah bubur dan susu. Pasien makan 3x sehari dengan porsi bubur 150 cc, air putih 50 cc dan susu 150 cc.

c) Observasi :

Tampak pasien menggunakan NGT, tampak pasien disonde bubur 150 cc dan air putih 50 cc.

d) Pemeriksaan fisik :

(1) Keadaan Rambut :

Tampak rambut beruban, berminyak, tidak berbau.

(2) Hidrasi Kulit :

Tampak tidak ada hidrasi kulit saat dilakukan *finger print*.

(3) Palpebra/conjungtiva :

Tampak palpebra tidak edema, konjungtiva tidak anemis.

(4) Sclera :

Tampak tidak ikterik.

(5) Hidung :

Tampak septum berada di tengah, tidak ada perdarahan, peradangan.

(6) Rongga Mulut :

Tampak tidak ada stomatitis dan aptae.

(7) Gigi :

Tampak gigi tidak lengkap, tampak akar gigi gigi palsu : Tampak tidak ada

(8) Kemampuan Mengunyah Keras :

Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

- (9) Lidah :
Tampak kotor.
- (10) Pharing :
Tidak dapat dikaji terhalang oleh lidah.
- (11) Kelenjar Getah Bening :
Teraba tidak ada pembesaran.
- (12) Kelenjar Parotis :
Tidak ada peradangan.
- (13) Abdomen :
 - (a) Inspeksi :
Tampak abdomen datar, tampak tidak ada bayangan, bendungan pembuluh darah vena.
 - (b) Auskultasi :
Terdengar peristaltik usus 15x/menit.
 - (c) Palpasi :
Tidak ada nyeri tekan dan lepas, tidak teraba adanya massa/ benjolan, tidak ada pembesaran linen.
 - (d) Perkusi :
Terdengar suara tympani.
 - (e) Kulit
Tampak tidak ada edema
Tampak tidak ikterik.
 - (f) Tanda-tanda Radang :
Tampak luka disekitar penis, skrotum, sampai anus, tampak luka kemerahan, tampak luka bernanah berwarna hijau, tercium bau tidak sedap dari luka.
 - (g) Lesi : Tampak lesi di pinggang pasien.

3) Pola Eliminasi

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien BAB kadang 1 kali dalam 3 hari dan kadang 1 kali dalam 2 hari. Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan saat BAB karena fesesnya keras. Keluarga pasien mengatakan pasien sering berkemih, pasien 4x ganti pampers dalam sehari, tidak ada nyeri yang dirasakan saat BAK. Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan pampers selama 5 tahun. Keluarga pasien mengatakan awal mula adanya luka pada selangkangan pasien adalah terjadi iritasi karena menyiram sanitizer pada selangkangan saat mengganti pampers.

b) Keadaan Sejak Sakit

Pasien terpasang pampers, pasien terpasang *foley cateter size 16* dengan jumlah urine 500 cc/ 8 jam, berwarna kuning pekat.

c) Observasi

Tampak terpasang *foley cateter size 16* dengan jumlah urine 500 cc / 8 jam, berwarna kuning pekat.

d) Pemeriksaan Fisik :

Peristaltik usus	:	Terdengar 15x/menit
Palpasi kandung kemih	:	Teraba kosong
Nyeri ketuk ginjal	:	Negatif
Mulut uretra	:	Tampak bernanah
Anus	:	

Peradangan	:	Tampak disekitar anus ada luka
Hemoroid	:	Tampak tidak ada
Fistula	:	Tampak tidak ada

4) Pola Aktivitas dan Latihan

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan tidak banyak aktivitas yang dapat dilakukan pasien karena mengalami keterbatasan dalam bergerak, aktivitas yang biasa dilakukan adalah nonton TV dan berbaring di tempat tidur atau duduk 2 di toko. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan.

b) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan. Tampak pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga pasien. Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur hari ke-3.

c) Observasi

(1) Aktivitas harian

Makan	: 4
Mandi	: 4
Pakaian	: 4
Kerapihan	: 4
Buang air besar	: 4
Buang air kecil	: 4
Mobilisasi di tempat tidur	: 4

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

(2) Postur Tubuh :

Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran.

- (3) Gaya Jalan :
Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran.
- (4) Anggota Gerak yang Cacat :
Tampak kaki sebelah kanan lebih kecil.
- (5) Fiksasi : Tampak tidak ada
- (6) Tracheostomi : Tampak tidak ada.

d) Pemeriksaan Fisik

- (1) Tekanan darah
 - Barbaring : 180/100 mmHg
 - Duduk : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran
 - Berdiri : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran
- (2) HR : 99x/menit
- (3) Kulit :
 - Keringat dingin : Teraba tidak keringat dingin
 - Basah : Teraba kulit tidak basa
- (4) JVP : 5-2 cmH₂O
Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.
- (5) Perfusi pembuluh kapiler kuku :
Kembali dalam 1 detik.
- (6) Thorax dan pernapasan
 - (a) Inspeksi:
 - Bentuk thorax : Tampak simetris
 - Retraksi intercostal : Tampak tidak ada
 - Sianosis : Tampak tidak ada
 - Stridor : Tampak tidak ada

(b) Palpasi :

Vocal premitus : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

Krepitasi : Tidak ada.

(c) Perkusi :

Terdengar sonor dikedua lapang paru.

(d) Auskultasi

Suara napas : Terdengar suara napas tambahan ronchi

Suara ucapan : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

Suara tambahan : Terdengar suara napas tambahan ronchi

(7) Jantung

(a) Inspeksi

Ictus cordis : Tampak tidak terlihat.

(b) Palpasi :

Ictus cordis : 99x/menit.

(c) Perkusi

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS V linea medioclavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS II linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS V linea axialis anterior sinistra

(d) Auskultasi :

Bunyi jantung II A :	Tunggal ics II linea sternalis dextra
Bunyi jantung II P :	Tunggal ics II dan III linea sternalis sinistra
Bunyi jantung I T :	Tunggal ics IV linea sternalis sinistra
Bunyi jantung I M :	Tunggal ics V linea midclavicularis sinistra
Bunyi jantung III irama gallop	Tidak terdengar
Murmur :	Tidak terdengar
Bruit : Aorta :	Tidak terdengar
A.Renalis :	Tidak terdengar
A.Femoralis :	Tidak terdengar

(8) Lengan dan Tungkai

Atrofi otot :	Positif
Rentang gerak :	Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran
Nyeri sendi :	Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran
Fraktur :	Tampak tidak ada
Parese :	Tampak parese sebelah kanan
Paralisis :	Tampak paralysis sebelah kanan

Uji kekuatan otot

	Kiri Kanan	
Tangan	2	0
Kaki	1	0

Keterangan :

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu Bergerak

Refleks fisiologi

Biceps	Kiri : Positif Kanan : Negatif
Triceps	Kiri : Positif Kanan : Negatif
Patella	Kiri : Positif Kanan : Negatif
Achilles	Kiri : Positif Kanan : Negatif

Refleks patologik

Babinski	Kiri : Negatif Kanan : Positif
----------	-----------------------------------

Clubbing jari-jari : Tampak tidak ada

Varises tungkai : Tampak tidak ada

(9) Columna vetebralis

(a) Inspeksi

Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

Kaku kuduk : tampak tidak ada.

5) Pola Tidur dan Istirahat

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien baik tidur jam 21:00 malam dan bangun jam 06:00, saat bangun pagi pasien merasa segar. Pasien tidak mengkonsumsi obat tidur, tidak ada pengantar tidur untuk pasien, pasien suka tidur dengan suasana gelap.

b) Keadaan Sejak Sakit :

Tampak pasien berbaring di tempat tidur.

c) Observasi

Ekpresi wajah mengantuk :	Tampak pasien tidur
Banyak menguap :	Tampak pasien tidur
Palpebra inferior berwarna gelap :	Tampak tidak berwarna gelap

6) Pola Persepsi Kognitif

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan kacamata, mampu mengenali orang sekitar, lingkungan, dan mampu mengenal waktu.

b) Keadaan Sejak Sakit :

Tampak pasien dapat dapat berbicara, kesadaran somnolen GCS 8 (M4V2E2).

c) Observasi :

d) Pemeriksaan Fisik :

(1) Penglihatan

Kornea :	Tampak jernih
Pupil :	Tampak isokor
Lensa mata :	Tampak berwarna hitam
Tekanan intra okuler (TIO) :	Teraba sama kiri dan kanan

(2) Pendengaran

- Pina : Tampak kotor
- Kanalis : Tampak kotor berserumen,
tampak tidak ada nana
- Membran timpani : Tampak utuh

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

a) Keadaan Sebelum Sakit :

b) Keadaan Sejak Sakit :

Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran.

c) Observasi :

Kontak mata : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

Rentang perhatian : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

Suara dan cara bicara : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

Postur tubuh : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

d) Pemeriksaan Fisik :

Kelainan bawaan yang nyata : Tampak kaki sebelah kanan lebih kecil

Bentuk/postur tubuh : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

Kulit : Tampak bersisik dan kering

8) Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga baik.

b) Keadaan Sejak Sakit :

Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga baik.

c) Observasi :

Tampak pasien dibesuk oleh keluarganya.

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menikah, keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah.

b) Keadaan Sejak Sakit :

keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah.

c) Observasi :

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien jarang marah karena orangnya sangat sabar.

b) Keadaan Sejak Sakit :

Tampak pasien berbaring di tempat tidur.

c) Observasi :

Tampak pasien berbaring di tempat tidur.

11) Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama Kristen Protestan. Sejak pasien sakit pasien sudah tidak pernah ke gereja.

b) Keadaan Sejak Sakit :

Keluarga pasien mengatakan selalu mendokan pasien agar secepatnya sembuh.

c) Observasi :

Tampak keluarga pasien mendokan pasien.

e. Uji Saraf Kranial

1) N I : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

2) N II : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

3) N III, IV, VI : tampak pupil isokor dan refleks terhadap cahaya positif.

4) N V :

Sensorik : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

Motorik : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

5) N VII :

Sensorik : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

Motorik : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

6) N VIII :

Vestibularis : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

Akustikus : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

7) N IX : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

8) N X : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

9) N XI : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

10) N XII : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Hasil CT Scan :

Kesan :

Lacunar infark cerebri sinistra

2) Hasil Foto Thorax

Kesan :

Gambaran Bronchitis

3) Hasil laboratorium

PARAMETER	HASIL	SATUAN	RUJUKAN
WBC	12.80 (H)	10 ³ /ul	5.07-11.10
NEUT#	9.64 (H)	10 ³ /ul	2.72-7.53
NATRIUM DARAH	134 (L)	Mmol/L	135.0-145.0
HbA1c	6.8 (H)	%	<5.7

g. Terapi

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FREKUENSI	RUTE
1	Citicoline	500 mg	8 jam	IV
2	Farbion	100 mg	12 jam	IV
3	Omeprazole	1 gr	12 jam	IV
4	Zinc	20 mg	12 jam	Oral
5	Vitamin C	500 mg	12 jam	Oral
6	Acetylcysteine	200 mg	12 jam	Oral
7	Gentamicin		12 jam	

C. Daftar Obat

1. Citicoline

- a. Nama obat : Citicoline
- b. Klasifikasi/golongan obat : Kelas terapi: Nootropik dan neurotonik atau neurotrofik
Klasifikasi obat : Vitamin saraf
- c. Dosis umum : Dosis 500–1000 mg suntikan
IV/IM 1 kali per hari
- d. Dosis untuk pasien : 500mg/IV/12 jam
- e. Cara pemberian obat : Intravena (IV)
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Obat ini berfungsi mencegah kerusakan otak (neuroproteksi) dan membantu pembentukan membran sel di otak (neurorepair). Citicoline memainkan peranan penting dalam perbaikan neuron dengan mendukung energi yang diproduksi di neuron. Hal ini pada gilirannya mendukung perbaikan dan pemeliharaan membran sel, pembentukan bahan kimia, dan propagasi impuls listrik. Semua ini sangat diperlukan untuk mendukung fungsi yang lebih luas dari otak seperti memori, motorik, fungsi kognitif, berpikir, dan proses pengambilan keputusan. Pemberian citicoline berguna sebagai neuroproteksi pada iskemik karena sifatnya sebagai bahan pengadaan kardiolipin dan sfingomielin, sumber fosfatidilkholin serta stimulasi sintesis glutathione sebagai antioksidan endogen dan menjamin keseimbangan aktivitas neurotransmisi Na^+ K^+ -ATPase antar sel di sistem saraf pusat (SSP). Citicoline juga memilikipotensi untuk mengurangi kerusakan otak akut dan meningkatkan pemulihan fungsional pada model binatang yang stroke, bahkan ketika diberikan beberapa jam setelah kejadian iskemik

- g. Kontra indikasi : Citicoline dikontraindikasikan bagi pasien dengan hipertonia system nervus parasimpatis
- h. Efek samping : Diare, mual, reaksi hipersensitifitas seperti ruam kulit, gangguan vaskular seperti sakit kepala, insomnia, serta perubahan tekanan darah sementara

2. **Farbion**

- a. Nama obat : Farbion
- 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: 100mg/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 Tn. O mengalami kesulitan dalam mengonsumsi dan mencerna makanan yang mengandung vitamin B. sehingga diberikan neurobion untuk mencukupi kebutuhan vitamin dalam tubuh.
- h. Kontra indikasi
Hipersensitivitas
- i. Efek samping obat
Neurobion dapat menimbulkan efek samping berupa diare, sakit perut, sering berkemih, atau kerusakan saraf

3. 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. Kontra indikasi: 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

4. Zinc

- a. Nama obat : Zinc
- b. Klasifikasi / golongan obat : Obat bebas terbatas
- c. Dosis umum :
 - 4) Dewasa: 10 – 20 mg tablet sekali sehari selama 10 – 14 hari.
 - 5) Anak-anak usia 2 – 6 bulan: 10 mg atau setengah tablet 20 mg sekali sehari selama 14 hari.
 - 6) Anak-anak usia 6 bulan – 5 tahun: 20 mg atau 1 tablet sekali sehari selama 14 hari.
- d. Dosis untuk pasien : 20 mg
- e. Cara pemberian obat : Oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Zinc adalah mineral dasar yang dibutuhkan tubuh. Meskipun dibutuhkan dalam jumlah yang sedikit saja, namun efeknya cukup penting untuk kesehatan. Saat tubuh kekurangan zinc beberapa kondisi seperti pertumbuhan yang terganggu, diare akut, anemia dan penyembuhan luka yang lambat dapat terjadi. Zinc dalam bentuk suplemen terutama digunakan sebagai tambahan mineral pada penderita defisiensi zinc. Beberapa kondisi seperti diare berat yang menyebabkan usus kesulitan menyerap zat makanan, sirosis hati, kecanduan alkohol atau setelah operasi besar dapat menyebabkan defisiensi zinc. Suplemen Zinc tersedia dalam bentuk tablet, cairan oral, atau cairan injeksi guna meningkatkan kembali kadar mineral ini dalam tubuh. Namun, mengonsumsi suplemen zinc secara rutin tidak dianjurkan. Zinc sangat dibutuhkan dalam proses pertumbuhan dan pemeliharaan tubuh. Zat ini dapat ditemukan dalam reaksi biologis tubuh seperti pada fungsi imun, penyembuhan luka, pembekuan darah, fungsi tiroid

dan masih banyak lagi. Zinc juga memainkan peranan penting dalam menjaga kesehatan mata. Defisiensi dapat menyebabkan kemampuan penglihatan menurun atau bahkan perubahan fisik retina pada kondisi defisiensi parah. Zinc juga diketahui memiliki kemampuan melawan virus, seperti mengurangi gejala yang ditimbulkan rhinovirus pada common cold. Mineral ini juga dikaitkan dengan kemampuan melawan virus herpes, meskipun peneliti belum dapat menjelaskan bagaimana cara kerjanya. Suplemen zinc utamanya digunakan untuk mengatasi kekurangan zinc di tubuh. Namun beberapa kondisi kesehatan tertentu diketahui dapat diatasi dengan mineral satu ini. Meskipun penggunaannya pada beberapa kondisi ini masih ada yang diragukan keefektifannya. Beberapa kondisi itu diantaranya: Meningkatkan kadar zinc pada tubuh, suplemen untuk mempercepat penyembuhan diare, mengatasi iritasi mata minor.

g. Kontra indikasi

Kontraindikasi mutlak pemberian zinc adalah bila terdapat riwayat hipersensitivitas terhadap zinc maupun komplemen penyusun obat zinc. Sedangkan kontraindikasi relatif suplementasi zinc adalah pada kondisi hamil dan menyusui

h. Efek samping

Seperti obat dan suplemen pada umumnya, seng bisa picu efek samping meskipun tidak semua orang mengalaminya. Efek samping yang mungkin terjadi, yaitu: penurunan kadar tembaga di tubuh, sakit perut, maag, mual, muntah, diare, rasa tidak nyaman di perut, sakit kepala, lesu dan lelah, mudah marah.

5. Vitamin C

- a. Nama obat : Vitamin C
- b. Klasifikasi / golongan obat : Obat bebas dan resep
- c. Dosis umum :
 - 1) Dewasa: Dosis 250 mg 4 kali sehari, selama 1 minggu. Dosis maksimal 1.000 mg per hari.
 - 2) Anak-anak: Dosis 100 mg 3 kali sehari, selama 1 minggu, kemudian dilanjutkan dengan 100 mg per hari sampai kondisi pasien membaik (idealnya selama 1–3 bulan).
- d. Dosis untuk pasien : 500mg
- e. Cara pemberian obat : Oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Vitamin C adalah vitamin yang memiliki banyak manfaat untuk tubuh, seperti meningkatkan daya tahan tubuh, memperkuat jaringan tubuh, dan mempercepat pemulihan saat sakit. Vitamin C juga penting untuk menjaga kesehatan kulit, tulang, dan jantung. Vitamin C atau asam askorbat (*ascorbic acid*) berperan penting dalam mengoptimalkan kerja sistem kekebalan tubuh, membentuk kolagen, dan meningkatkan penyerapan zat besi. Vitamin C juga memiliki efek antioksidan yang dapat membantu tubuh melawan radikal bebas. Vitamin C, dikenal juga sebagai asam askorbat, merupakan suplemen yang diberikan untuk skorbut/*scurvy* (defisiensi vitamin C) dan juga diperlukan untuk absorpsi zat besi, serta pertumbuhan tulang dan kolagen. Konsumsi vitamin C secara rutin juga bermanfaat mengurangi durasi dan tingkat keparahan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA). Vitamin C dalam bentuk topikal juga oleh beberapa studi ditunjukkan dapat mengatasi efek *photoaging* pada kulit tetapi hal ini masih

harus dikonfirmasi dengan penelitian lebih lanjut. Vitamin C juga bermanfaat dalam membantu penyerapan zat besi.

g. Kontra indikasi

Sebelum mengonsumsi vitamin C, perlu diperhatikan bahwa pengguna tidak pernah memiliki reaksi alergi pada penggunaan suplemen vitamin C atau alergi terhadap bahan inaktif dalam suplemen (seperti kacang atau kedelai). Pada pasien yang memiliki alergi terhadap sulfat juga perlu diperhatikan karena beberapa sediaan vitamin C mengandung sulfat.

h. Efek samping

Suplemen vitamin C jarang menimbulkan efek samping jika digunakan sesuai aturan pakai dan tidak melebihi dosis yang dianjurkan. Namun, pada beberapa orang, suplemen vitamin C bisa menimbulkan efek samping tertentu, seperti diare, pusing, mual atau muntah, sakit kepala, kram perut, atau *heartburn*. Lakukan pemeriksaan ke dokter jika efek samping tersebut tidak juga membaik atau makin berat. Segera ke dokter jika mengalami reaksi alergi obat atau efek samping serius berupa: Sulit buang air kecil atau nyeri saat buang air kecil, nyeri berat di pinggang atau punggung bawah, urine berdarah (hematuria) atau berwarna merah muda, nyeri sendi, berat badan menurun

6. Acetylcysteine

a. Nama obat : Acetylcysteine

b. Klasifikasi / golongan obat : Obat resep

c. Dosis umum :

1) Dewasa dan anak usia >6 tahun: Kapsul, sirop kering, atau granul: 200 mg 2–3 kali sehari Tablet effervescent:

600 mg sekali sehari. Anak-anak usia 2–6 tahun: 100 mg, 2–4 kali sehari.

2) Dewasa: Tablet *effervescent*: Dosis awal 140 mg/kgBB, kemudian dilanjutkan dengan 70 mg/kgBB, tiap 4 jam, sebanyak 17 kali.

d. Dosis untuk pasien : 200 mg

e. Cara pemberian obat : Oral

f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Acetylcysteine atau asetilsistein adalah obat yang digunakan untuk mengencerkan dahak pada beberapa kondisi, seperti asma, emfisema, bronkitis, atau *cystic fibrosis*. Selain itu, obat ini juga digunakan untuk mengobati keracunan paracetamol. Acetylcysteine bekerja dengan cara mengurai protein pada dahak sehingga dahak menjadi lebih encer dan lebih mudah dikeluarkan saat batuk. Selain itu, asetilsistein juga memiliki sifat antioksidan yang dapat melindungi liver dari kerusakan saat terjadi keracunan paracetamol. Selain dalam bentuk obat minum, acetylcysteine untuk mengencerkan dahak juga tersedia dalam bentuk cairan inhalasi. Acetylcysteine inhalasi bekerja langsung ke saluran pernapasan dan paru-paru, sehingga efeknya bisa dirasakan lebih cepat.

g. Kontra indikasi

Selain riwayat hipersensitivitas, pemberian NAC harus hati-hati pada pasien dengan riwayat asma, bronkospasme, dan tukak lambung. Untuk ibu hamil dan menyusui, sebaiknya obat NAC diberikan dengan pengawasan dokter.

h. Efek samping

Efek samping yang mungkin timbul setelah menggunakan acetylcysteine adalah: Mual, muntah, sakit maag, demam, ruam kulit.

7. Gentamicin

- a. Nama obat : Gentamicin
- b. Klasifikasi/golongan obat : Obat resep
- c. Dosis umum :

Gentamicin salep umumnya tersedia dalam bentuk tube dengan isi 5 gram. Setiap 5 gram Gantamicin salep, terkandung 5 mg Gentamisin sulfat, sehingga kandungan Gentamisin sulfat di dalamnya adalah 0,1% dari keseluruhan komposisi Gentamicin salep. Dosis yang dianjurkan untuk penggunaan obat ini adalah 3-4 kali sehari, banyaknya salep yang digunakan mengikuti besarnya infeksi yang diderita pasien. Tidak perlu menggunakannya terlalu banyak, cukup dioleskan tipis saja pada luka

- d. Dosis untuk pasien :
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Gentamicin atau Gentamisin adalah obat antibiotik yang bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi kulit. Cara kerjanya adalah dengan menghambat proses sintesis protein pada bakteri yang sedang rentan. Bakteri-bakteri yang dapat diatasi oleh obat ini bermacam-macam, namun kebanyakan adalah bakteri gram negatif. Berdasarkan cara kerjanya, manfaat Gentamicin salep adalah untuk mengatasi berbagai infeksi kulit akibat bakteri. Beberapa kondisi yang bisa diatasi dengan obat ini seperti berbagai infeksi kulit ringan hingga sedang meliputi jerawat, pioderma, dan impetigo. Selain itu, Gentamicin salep juga dipercaya dapat mengobati berbagai kondisi seperti psoriasis, dermatitis, lecet, luka bakar ringan, dan berbagai luka pada kulit lainnya. Gentamicin salep hanya bisa mengatasi infeksi kulit akibat bakteri dan tidak dapat mengatasi infeksi kulit akibat dari virus dan juga jamur.

Jadi sebelum menggunakan salep ini ada baiknya Anda mengetahui terlebih dulu penyebab infeksi kulit Anda. Jika tidak mengetahui penyebabnya, sebaiknya konsultasikan lebih dulu ke dokter.

f. Kontra indikasi

Gentamicin dikontraindikasikan pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap gentamicin maupun obat golongan aminoglikosida lainnya akibat kecenderungan reaksi sensitivitas silang pada obat golongan aminoglikosida. Obat ini mengandung sodium metabisulfite. Reaksi alergi ringan hingga anafilaks dapat timbul dipicu sulfite tersebut.

g. Efek samping

Gentamicin salep yang merupakan obat luar, memiliki kemungkinan kecil memberikan efek samping ke dalam tubuh. Efek samping yang mungkin muncul dalam penggunaan obat ini adalah seperti rasa gatal, kemerahan, dan iritasi ringan pada kulit. Efek samping lainnya yang mungkin terjadi namun jarang adalah seperti pembengkakan dan kesulitan bernapas. Jika Anda mengalami efek samping seperti yang sudah disebutkan, lebih baik hentikan penggunaan obat ini. Jika gejala efek samping tidak kunjung membaik, segera konsultasikan ke dokter untuk ditindak lanjuti.

D. Analisa Data

Nama/ Umur : Tn O/ 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ICCU

NO	Data	Etilogi	Masalah
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 28 April 2024 pasien dibawa ke RS Stella Maris Makassar dengan penurunan kesadaran dan pasien bicara pelo sejak jam 16:00 <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nilai GCS 8 (M4V2E2) • Hasil pemeriksaan TTV TD : 180/100 mmHg N : 99x/menit S : 36,9°C P : 18 x/menit Spo2 : 98 % Hasil CT Scan kepala : Kesan : Infark cerebri sinistra. 	Faktor risiko hipertensi	Perfusi serebral tidak efektif
2	<p>DS : -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdengar suara nafas tambahan ronchi • Tampak sputum kental berwarna putih kekuning-kuningan • Tampak pasien tidak mampu batuk dan mengeluarkan lendirnya karena pasien penurunan kesadaran 	Sekresi yang tertahan	Bersihan jalan napas tidak efektif

	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil foto thorax : Kesan : • Gambaran bronchitis 		
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan pampers selama 5 tahun • Keluarga pasien mengatakan awal mula adanya luka pada selangkangan pasien adalah terjadi iritasi karena menyiram sanitizer pada selangkangan saat mengganti pampers <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak luka disekitar penis, skrotum, sampai anus • Tampak luka kemerahan • Tampak luka bernanah berwarna hijau • Tercium bau tidak sedap dari luka. 	Kelembaban	Gangguan integritas jaringan
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri 	Gangguan neuromuscular	Gangguan mobilitas fisik

	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur hari ke-3 • Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga pasien. • Uji kekuatan otot 											
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tangan</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kaki</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>		Kiri	Kanan	Tangan	2	0	Kaki	1	0		
	Kiri	Kanan										
Tangan	2	0										
Kaki	1	0										

E. Diagnosis Keperawatan

Nama/ Umur : Tn O/ 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ICCU

NO	Diagnosis Keperawatan
1	Perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi
2	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan
3	Gangguan integritas jaringan b.d kelembaban
4	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular

F. Intervensi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn O/ 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ICCU

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran yang diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
<p>1. Perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi (D.0017)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 28 April 2024 pasien dibawah ke RS Stella Maris Makassar dengan penurunan kesadaran dan pasien bicara pelo sejak jam 16:00 	<p>Perfusi serebral (L.02014)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x10 jam, maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tingkat kesadaran meningkat • Tekanan darah sistolik membaik • Tekanan darah diastolik membaik 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.06194)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis :tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun) • Monitor MAP • Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang • Berikan posisi <i>head-up 30°</i> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan kepada keluarga tujuan pengaturan posisi <i>head-up 30°</i> pada pasien

<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nilai GCS 8 (M4V2E2) • Hasil pemeriksaan TTV TD : 180/100 mmHg N : 99x/menit S : 36,9°C P : 18 x/menit Spo2 : 98 % Hasil CT Scan kepala : Kesan : Infark cerebri sinistra 		
<p>2. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001)</p> <p>DS : -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdengar suara nafas tambahan ronchi 	<p>Bersihan jalan napas (L.01001)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x10 jam maka diharapkan bersihan jalan napas meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produksi sputum menurun • Suara napas tambahan menurun 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronchi kering) • Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik • Berikan oksigen

<ul style="list-style-type: none"> • Tampak sputum kental berwarna putih kekuning-kuningan • Tampak pasien tidak mampu batuk dan mengeluarkan lendirnya karena pasien penurunan kesadaran Tampak sputum kental • Hasil foto thorax : Kesan : • Gambaran bronchitis 		<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>
<p>3. Gangguan integritas jaringan b.d kelembaban (D.0129) DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien 	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x10 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerusakan jaringan menurun • Kemerahan menurun 	<p>Perawatan luka (I.14564) Tindakan Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau) • Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

<p>menggunakan pampers selama 5 tahun.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan awal mula adanya luka pada selangkangan pasien adalah terjadi iritasi karena menyiram sanitiser pada selangkangan saat mengganti pampers <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak luka disekitar penis, skrotum, sampai anus • Tampak luka kemerahan • Tampak luka bernanah berwarna hijau 		<ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Bersihkan jaringan nekrotik • Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, jika perlu • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi prosedur <i>debridement</i> kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i> <p>Pemberian obat intravena (I.02065)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi • Periksa tanggal kedaluwarsa obat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi) • Berikan obat IV dengan kecepatan yang tepat <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan jenis obat, alas an pemberian, Tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.
--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Tercium bau tidak sedap dari luka 		
<p>4. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular (D.0054)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien berbaring ditempat tidur • Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga pasien 	<p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x10 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan otot cukup meningkat • Rentang gerak (ROM) cukup meningkat • Kaku sendi cukup menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi melakukan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Perawatan tirah baring I. 14572</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kondisi kulit • Monitor komplikasi tirah baring <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut • Berikan gerak aktif atau pasif • Pertahankan kebersihan pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan tirah baring

• Uji kekuatan otot				
	Kiri	Kanan		
	Tangan	2	0	
Kaki	1	0		

G. Implementasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn O/ 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ICCU

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Kamis, 02 Mei 2024	II	07:30	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan oksigen 	Festi
	I	08:00	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK 	Festi
	III	08: 20	<ul style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital : TD : 180/100 mmHg N : 99x/menit S : 38,°C P : 16 x/menit SPO2 : 99% MAP : 127 mmHg Refleks pupil isokor Menilai Tingkat kesadaran : GCS : E2V2M4 (somnia) Melakukan perawatan luka 	Festi

	III	08:40	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan obat intravena Hasil : Paracetamol 100 ml/IV	Festi									
	II	08:45	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi	Festi									
	I	08:55	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan posisi <i>head-up 30°</i> Hasil : tampak pasien diberikan posisi <i>head-up 30°</i> dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien	Festi									
	II	09:00	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik Hasil : tampak lendir pasien putih kekuning-kuningan	Festi									
	IV	09:35	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan gerakan Hasil : tampak pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri	Festi									
	IV	09:45	<ul style="list-style-type: none"> Uji kekuatan otot Hasil : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">kiri</td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Tangan</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Kaki</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>		kiri	Kanan	Tangan	2	0	Kaki	1	0	Festi
	kiri	Kanan											
Tangan	2	0											
Kaki	1	0											

	IV	10:15	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kondisi kulit <p>Hasil : tampak tidak ada dekubitus di bagian bokong pasien</p>	Festi
	IV	10:47	<ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut <p>Hasil : tampak seprei tidak basah dan rapi</p>	Festi
	IV	11 :00	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Hasil : keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien</p>	Festi
	IV	11 : 15	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Hasil : tampak pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan</p>	Festi
	I	14:00	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor intake dan output <p>Hasil :</p> <p>Intake :</p> <p>Obat-obatan dan cairan RL : 600</p> <p>Makanan 400</p> <p>Total : 1000</p> <p>Output :</p> <p>Urine : 600 cc</p>	Festi
	II	14 :10	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan oksigen <p>Hasil : tampak pasien terpasang nasal kanul 5 liter</p>	Desryany
	I	14: 20	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK <p>Hasil :</p> <p>Mengukur tanda-tanda vital :</p> <p>TD : 190/100 mmHg</p> <p>N : 98x/menit</p>	Desryany

			<p>S : 37,3°C P : 17 x/menit SPO2 : 96% MAP : 123</p>	
	II	14:45	<ul style="list-style-type: none"> • memonitor bunyi napas tambahan 	Desryany
	I	15:26	<p>Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan penghisapan lendir 	Desryany
	IV	15:55	<p>Hasil : tampak lendir pasien kekuningan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan gerakan 	Desryany
	IV	16:20	<p>Hasil : tampak pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kondisi kulit 	Desryany
	IV	17:10	<p>Hasil : tampak tidak ada dekubitus dibagian bokong pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi 	Desryany
			<p>Hasil : keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien</p>	Desryany

	<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">• Masalah belum teratasi <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Dukungan mobilisasi• Perawatan tirah baring	
--	--	--

Implementasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn O/ 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ICCU

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Jumat, 03 Mei 2024	II	07:30	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan oksigen 	Festi
	I	08: 20	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK 	Festi
	III	08:45	<p>Hasil :</p> <p>Mengukur tanda-tanda vital :</p> <p>TD : 190/110 mmHg</p> <p>N : 94x/menit</p> <p>S : 37,9,°C</p> <p>P : 19 x/menit</p> <p>SPO2 : 98%</p> <p>MAP : 137 mmHg</p>	Festi
	II	08:55	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan perawatan luka <p>Hasil :</p> <p>Tampak luka kemerahan</p> <p>Tampak luka bernanah berwarna hijau</p> <p>Tercium bau tidak sedap dari luka</p> <p>Memberikan salep gentamicin</p>	Festi
			<ul style="list-style-type: none"> Monitor bunyi napas tambahan <p>Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi</p>	Festi

	I	09:00	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi <i>head-up 30°</i> Hasil : tampak pasien diberikan posisi <i>head-up 30°</i> dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien 	Festi
	II	09 :11	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik Hasil : tampak lendir putih kekuning-kuningan 	Festi
	III	11 :00	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan obat intravena Hasil : Paracetamol 100 ml / IV 	Festi
	IV	11 : 15	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan gerakan Hasil : tampak pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri 	Festi
	IV	11:37	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kondisi kulit Hasil : tampak tidak ada dekubitus di bagian bokong pasien 	Festi
	IV	11:49	<ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut Hasil : tampak seprei tidak basah dan rapi 	Festi

	IV	12:00	<ul style="list-style-type: none"> Uji kekuatan otot <p>Hasil :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kiri</th> <th>Kanan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>		Kiri	Kanan	Tangan	2	0	Kaki	1	0	Festi
	Kiri	Kanan											
Tangan	2	0											
Kaki	1	0											
	IV	12:10	<ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi <p>Hasil : keluarga pasien mengatakan mengerti</p>	Festi									
	I	14:00	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor intake dan output <p>Hasil :</p> <p>Intake :</p> <p>Obat-obatan dan cairan RL : 300</p> <p>Makanan 400</p> <p>Total : 700</p> <p>Output :</p> <p>Urine : 500 cc</p>	Festi									
	II	14 :10	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan oksigen <p>Hasil : tampak pasien terpasang nasal kanul 5 liter</p>	Desryany									
	I	14: 34	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK <p>Hasil :</p> <p>Mengukur tanda-tanda vital :</p>	Desryany									

			<p>TD : 180/100 mmHg N : 98x/menit S : 37,3°C P : 19 x/menit SPO2 : 98% MAP : 127</p>	
	II	14:59	<ul style="list-style-type: none"> • memonitor bunyi napas tambahan <p>Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi</p>	Desryany
	I	15:38	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan penghisapan lendir <p>Hasil : tampak lendir putih kekuning-kuningan</p>	Desryany
	IV	16:10	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan gerakan <p>Hasil : tampak pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri</p>	Desryany
	IV	16:39	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kondisi kulit <p>Hasil : tampak tidak ada dekubitus dibagian bokong pasien</p>	Desryany
	IV	17:20	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi <p>Hasil : keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien</p>	Desryany

	<p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Dukungan mobilisasi• Perawatan tirah baring	
--	--	--

Implementasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn O/ 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ICCU

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Sabtu , 04 Mei 2024	II	07:30	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan oksigen 	Festi
	I	08:00	<ul style="list-style-type: none"> Hasil : tampak pasien terpasang nasal kanul 5 liter Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK 	Festi
			<ul style="list-style-type: none"> Hasil : Mengukur tanda-tanda vital : TD : 200/100 mmHg N : 103x/menit S : 37,4,°C P : 17 x/menit SPO2 : 99% MAP : 133 mmHg 	
	III	08:30	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan perawatan luka 	Festi
			<ul style="list-style-type: none"> Hasil : Tampak luka kemerahan Tampak luka bernanah berwarna hijau Tercium bau tidak sedap dari luka Tampak luka sudah mulai mengering Memberikan salep gentamicin 	
	I	08:45	<ul style="list-style-type: none"> Pemberian obat : 	Festi
			<ul style="list-style-type: none"> Hasil : Mannitol 100cc / IV 	
	II	08:55	<ul style="list-style-type: none"> monitor bunyi napas tambahan 	Festi

	II	09:23	<p>Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi</p> <ul style="list-style-type: none"> Melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 	Festi									
	IV	09:49	<p>Hasil : tampak lendir pasien kekuningan</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan gerakan <p>Hasil : tampak pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri</p>	Festi									
	IV	10:13	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor kondisi kulit <p>Hasil : tampak tidak ada dekubitus dibagian bokong pasien</p>	Festi									
	I	10:30	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan posisi <i>head-up 30°</i> <p>Hasil : tampak pasien diberikan posisi <i>head-up 30°</i> dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien</p>	Festi									
	IV	11 : 15	<ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi <p>Hasil : keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien</p>	Festi									
	IV	11 : 25	<ul style="list-style-type: none"> Uji kekuatan otot <p>Hasil :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kiri</th> <th>Kanan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>		Kiri	Kanan	Tangan	2	0	Kaki	1	0	Festi
	Kiri	Kanan											
Tangan	2	0											
Kaki	1	0											

	I	14:00	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor intake dan output Hasil : Intake : Obat-obatan dan cairan RL : 300 Makanan 430 Total : 730 Output : Urine : 200 cc 	Festi
	II	14 :10	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan oksigen Hasil : tampak pasien terpasang nasal kanul 5 liter 	Desryany
	I	14: 15	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : Mengukur tanda-tanda vital : TD : 190/100 mmHg N : 99x/menit S : 36,9,°C P : 19x/menit SPO2 : 98% MAP : 130 	Desryany
	II	14:48	<ul style="list-style-type: none"> • Auskultasi bunyi napas tambahan Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi 	Desryany
	I	15:25	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi <i>head-up 30°</i> Hasil : tampak pasien diberikan posisi <i>head-up 30°</i> dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien 	Desryany
	II	16:37	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan penghisapan lender Hasil : tampak lendir pasien kekuningan 	Desryany
	IV	17:35	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi 	Desryany

			Hasil : keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien	Desryany
--	--	--	---	----------

Evaluasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn O/ 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ICCU

Hari / tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
Sabtu, 04 Mei 2024	DP 1 : Perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi S : - O : hasil TTV <ul style="list-style-type: none"> • TD : 180/110 mmHg • GCS 8 (M4V2E2) A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen peningkatan tekanan intrakranial 	Festi
	DP 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan S :- O :	Festi

	<ul style="list-style-type: none">• Terdengar bunyi napas tambahan ronchi• Tampak sputum berwarna putih kekuning-kuningan <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Manajemen jalan napas <p>DP 3 : Gangguan integritas jaringan b.d kelembaban</p> <p>S: -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tampak luka kemerahan• Tampak luka sudah mulai kering• Tampak luka bernanah berwarna hijau• Tercium bau tidak sedap <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Perawatan luka• Pemberian obat intravena	Festi
--	--	-------

	<p>DP 4 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas kanannya <p>O :</p> <table border="1" data-bbox="772 566 1187 829"> <thead> <tr> <th></th> <th>kiri</th> <th>Kanan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dukungan mobilisasi • Perawatan tirah baring 		kiri	Kanan	Tangan	2	0	Kaki	1	0	Festi
	kiri	Kanan									
Tangan	2	0									
Kaki	1	0									

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

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 Tn. O dengan diagnosa medis Non Hemoragik Stroke (NHS) diruangan ICU_ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

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

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostic yang mendukung yaitu hasil CT-Scan kepala. Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn. O diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit pada tanggal 28 Maret 2024 dengan diagnose medis Non Hemoragik Stroke. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 01 Mei 2024 didapatkan pasien tampak tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri, tampak pasien penurunan kesadaran dengan GCS E2V2M4 (sominolen). Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat stroke dan diabetes melitus sejak 8 tahun yang lalu. Setelah dilakukan tes diagnostik tanggal 28 April 2024 didapatkan hasil CT-Scan kepala infark cerebri sinistra, foto

thorax gambaran bronchitis, laboratorium WBC 12.80 (H), NEUT# 9.64 (H) natrium darah 132 (L) HbA1c 6.8 (H).

Tanda dan gejala pada konsep penyakit Non Hemoragik Stroke (NHS) tidak semua didapatkan pada pasien seperti auditoris (indra pendengaran) karena auditoris (indra pendengaran) diatur oleh batang otak dalam batang otak terdapat mesensefalon yang berfungsi mengatur refleksi pendengaran, pada pasien tidak terjadi gangguan pada mesensefalon sehingga pada saat pengkajian pasien masih merespon ketika dipanggil. Salah satu tanda dan gejala pada Tn. "O" yaitu terjadinya infark cerebri sinistra sehingga terjadi paralisis pada sisi tubuh sebelah kanan. Sesuai dengan pengaturan fungsi motorik oleh otak, bahwa hemisfer sinistra bertanggung jawab terhadap pengaturan motorik sebelah kanan. Adanya kerusakan pada hemisfer sinistra menyebabkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas.

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko yang dapat mengakibatkan stroke antara lain: yang tidak dapat diubah (predisposisi) yaitu usia dimana terjadi proses menua (>55 tahun) menyebabkan penurunan elastisitas pada pembuluh darah, jenis kelamin (laki-laki) yang mempunyai hormon estrogen yang sedikit dalam tubuh sehingga sel-sel endotel mudah hancur dan menyebabkan timbulnya plak dalam pembuluh darah. Faktor yang dapat diubah (presipitasi) yaitu kopi yang terdapat kandungan kafein jika dikonsumsi dalam jumlah yang berlebihan dapat menyebabkan vasokonstriksi pada pembuluh darah di otak, sehingga aliran darah di otak menurun, stres menyebabkan tubuh mengeluarkan hormon kortisol, katekolamin, epineprin, dan adrenalin, jika dikeluarkan berlebihan akan terjadi peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Kedua hal ini dapat menyebabkan hipertensi jika tidak

terkontrol maka terjadi penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam arteri sehingga endotel menjadi cedera dan menyebabkan lebih banyak LDL dan sel darah putih masuk ke endotel dan membentuk plak sehingga terjadi penyumbatan pembuluh darah. Merokok dalam rokok terdapat zat nikotin dan monoksida yang mengandung fibrinogen, peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, yang menyebabkan gangguan aliran darah. Diabetes melitus terjadi karena adanya hiperglikemia yang menyebabkan osmotik diareus sehingga terjadi dehidrasi dan peningkatan viskositas darah sehingga pembuluh darah menjadi kaku dan terjadi ruptur yang menyebabkan pembentukan plak. Hiperkolesterol terjadi penurunan jumlah HDL dan LDL yang berlebih akan mengakibatkan lemak menumpuk pada pembuluh darah sehingga terjadinya pembentukan plak. Dari faktor predisposisi dan presipitasi dapat menyebabkan arteriosklerosis sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah, yang mengakibatkan penurunan suplai darah ke otak menurun. Salah satu penyakit yang menyebabkan penurunan suplai darah ke otak yaitu penyakit jantung yang menyebabkan stianosis mitral dan pembendungan darah pada daerah atrium sehingga terbentuknya trombus dan emboli terlepas ke sirkulasi darah otak yang menyebabkan penyumbatan pada arteri otak yang menyebabkan iskemik sehingga terjadi Non Hemoragik Stroke.

Pada kasus, faktor yang menyebabkan Tn."O" mengalami stroke yaitu pada faktor predisposisi jenis kelamin dan usia, kemudian pada faktor presipitasi yaitu hipertensi dan diabetes melitus. Dimana usia Tn."O" 69 tahun dan hipertensi serta DM sudah dialami sejak 8 tahun yang lalu. Hal - hal tersebut mengakibatkan gangguan kelenturan dinding pembuluh darah

karena sumbatan atherosklerosis pada pembuluh darah maka dapat menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen sehingga terjadinya iskemin dan infark kemudian menyebabkan stroke.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus Tn "O" penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan yang mengacu pada, yaitu (SDKI, 2017) :

- a. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum berat, tampak lemah, GCS 8 (M4V2E2) , refleks pupil isokor (2mm), refleks fisiologis bicep, tricep, patella, achiles pada ekstremitas kanan negatif, refleks patologis babinski kanan positif. Hasil CT-Scan kepala di dapatkan infark cerebri sinistra
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala terdengar suara napas tambahan ronchi, dan tampak pasien tidak dapat mengeluarkan sputum, hasil foto thorax gambaran bronchitis.
- c. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan terdapat luka disekitar penis, skrotum sampai anus, tampak luka kemeraha, bernana berwarna hijau, dan mengeluarkan bau tidak sedap, keluarga pasien mengatakan pasien sudah 5 tahun menggunakan pampers.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, tampak tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah

kanan saat diberikan rangsangan nyeri, dan segala aktivitas pasien dibantu total oleh keluarga dan perawat.

Diagnosa pada konsep keperawatan yang tidak diangkat pada kasus ini adalah :

- a. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis dan hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian tidak terdapat hasil yang mendukung untuk dijadikan data penunjang untuk pengangkatan diagnosa ini.

3. Intervensi Keperawatan

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

- a. Perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP, monitor intake dan output cairan, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi *head-up 30°*, jelaskan kepada keluarga tujuan pengaturan posisi *head-up 30°* pada pasien.
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Pada diagnosa ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: Monitor bunyi napas tambahan, monitor

sputum, lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik, berikan oksigen, berikan bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*.

- c. Gangguan Integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban. Pada diagnosa ini penulis membuat 1 intervensi yaitu perawatan luka.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Pada diagnosa ini penulis membuat 9 intervensi yaitu: identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi melakukan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, monitor kondisi kulit, monitor komplikasi tirah baring, pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut, berikan gerak aktif atau pasif, pertahankan kebersihan pasien, jelaskan tujuan tirah baring.

Berdasarkan beberapa intervensi yang telah dilakukan penulis mengangkat pemberian posisi semi fowler sebagai intervensi utama untuk memaksimalkan oksigenasi ke jaringan otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Tn."O" penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari dan tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan intervensi, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit. Selama dilakukan implementasi didapatkan tekanan darah pasien tidak stabil sampai pada implementasi hari ke 3 pasien mengalami peningkatan tekanan darah.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 02 Mei sampai 04 Mei pada pasien Tn."O" merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x10 jam:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi. Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi. Karena kesadaran dan refleks saraf pasien belum membaik, pasien juga tampak masih terbaring lemah.
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi. Karena tampak pasien masih sesak, masih terdengar suara napas tambahan ronchi, dan tampak pasien belum bisa mengeluarkan sputum.
- c. Gangguan Integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban. Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi karena luka masih tampak kemeraha, tampak bernanah berwarna hijau, tercium bau tidak sedap
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskular. Sampai perawatan hari ketiga masalah belum teratasi. Karena tampak pasien tampak tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri, dan tampak seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan di tempat tidur dengan pantuan penuh dari keluarga dan perawat.

B. Pembahasan Penerapan EBN (Pada Tindakan keperawatan)

1. Judul EBN: Efektivitas posisi *head-up* 30° untuk mengurangi tekanan intrakranial pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS)
2. Diagnosis Keperawatan: Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi
3. Luaran yang diharapkan: Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: Tidak mengalami peningkatan TIK.
4. Intervensi prioritas : Manajemen peningkatan intra karnial
5. Pembahasan Tindakan Keperawatan pada EBN:
 - a. Pengertian Tindakan:

Elevasi *head-up* 30° merupakan suatu cara untuk menjaga kestabilan perfusi jaringan serebral. Elevasi kepala merupakan suatu keadaan kepala dengan posisi 30° dari posisi normal dan ekstermitas sejajar dengan tubuh.
 - b. Tujuan/Rasional EBN:

Beberapa posisi elevasi *head-up* yang bisa digunakan dalam memperbaiki SpO₂ dan mengurangi peningkatan TIK yaitu; *head-up* 15°, 30°, dan 45° tetapi kebanyakan penelitian yang menganjurkan posisi elevasi kepala 30° dalam praktik *evidence based nursing* karena sangat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik pemberian elevasi kepala bertujuan untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK. Posisi kepala yang ditinggikan berada diatas aksis ventrikel jantung menyebabkan cairan serebrospinal terdistribusi kembali menuju ke ruang spinal subaraknoid dan memfasilitasi terjadinya aliran balik vena sehingga dapat menurunkan tekanan intrakranial (*intracranial pressure*).

c. PICOT EBN

1) PICOT Pasien

P :	Dalam penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis Non Hemoragik Stroke (NHS). Kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan kesadaran somnolen GCS 8 (M4V2E2), hasil pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah: 190/110 mmHg, RR: 16x/m, SPO ₂ : 96%, nadi: 106x/m, reaksi pupil (2mm). Didapatkan hasil pemeriksaan CT-scan lacunar infark cerebri sinistra.
I :	Cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah oksigen yaitu dengan pemberian posisi <i>head-up</i> 30°. Posisi ini diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan extra bantal sesuai dengan kenyamanan.
C :	Tidak ada intervensi pembanding dalam penulisan ini.
O :	Didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan tindakan tanda-tanda vital tekanan darah: 190/110mmHg, RR: 16x/m, SPO ₂ : 96%, nadi: 106x/m, reaksi pupil (2mm) kesadaran somnolen GCS (M4V2E2). Setelah dilakukaan tindakan hasil yang didapatkan tanda-tanda vital tekanan darah: 170/90 mmHg, nadi:98x/m RR:18 x/m, SpO ₂ : 98%, reaksi pupil (2mm) kesadaran tetap somnolen GCS (M4V2E2).
T :	Intervensi dilakukan pada tanggal 02 mei 2024

2) PICOT Berdasarkan Teori

Judul: Posisi *head-up* 30° sebagai upaya untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien non hemoragik stroke (Sari et al., 2019)

P :	Dalam penelitian ini respondennya berjumlah 2 responden dimana sebelum dilakukannya posisi <i>head-up</i> 30° pada responden 1 tekanan darah: 200/120 mmHg, nadi: 96x/m, suhu: 36°C, pernapasan: 18x/m, SPO2: 97%, nilai pada GCS tidak terjadi perubahan, responden 2 tekanan darah: 190/80 mmHg, nadi: 78x/m, suhu: 36,1°C, pernapasan: 18x/m, SPO2: 87%, GCS 8 (M4V2E2)
I :	Cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah saturasi oksigen yaitu dengan pemberian posisi <i>head-up</i> 30°. Posisi ini diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan extra bantal sesuai dengan kenyamanan selama 1 jam.
C :	Penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu posisi kepala yang lebih tinggi 15° dan tinggi 30°. Penelitian yang lainnya menyatakan bahwa tindakan elevasi kepala dapat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik dan mencegah terjadinya peningkatan TIK.
O :	Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat penurunan tekanan intrakranial setelah

	pemberian posisi pada responden 1 tekanan darah: 150/90 mmHg, nadi: 86x/m, suhu:36,5°C, pernapasan: 20x/m, SPO2:99%, responden 2 tekanan darah: 150/80 mmHg, nadi: 96x/m, suhu:36,2°C, pernapasan: 20x/m, SPO2:98%, nilai GCS tetap tidak ada perubahan (M4V2E2). yang artinya ada pengaruh pemberian posisi <i>head-up</i> 30° pada tekanan intrakranial.
T :	Jurnal ini diterbitkan pada tahun 2019.

Judul : Posisi *head up* 30° sebagai Upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik (Ekacahyaningtyas et al., 2017)

P :	Dalam penelitian ini jumlah responden sebanyak 30 dengan kriteria inklusi semua pasien stroke (stroke non hemoragik dan non hemoragik), responden berusia 30-90 tahun dan pasien kritis yang memiliki status hemodinamik stabil. Sedangkan kriteria eksklusi meliputi pasien yang mengalami trauma servikal dan pasien kritis yang gelisah.
I :	Pemberian posisi <i>head up</i> 30° yaitu posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan extra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit.
C :	Tidak ada perbandingan dalam penelitian ini

O :	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebelum diberikan <i>head-up</i> 30° rata-rata saturasi responden 97% dan setelah diberikan posisi naik menjadi 98% sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian posisi <i>head-up</i> 30° dengan peningkatan saturasi oksigen
T :	Jurnal ini diterbitkan pada tahun 2017

Judul: Penerapan posisi *head up* 30° dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada pasien stroke (Vitya & Afni, 2023)

P :	Studi kasus dengan menggunakan konsep askep pada 1 pasien stroke yang mengalami penurunan saturasi oksigen <95% Pada kasus ditemukan pasien dengan. Sebelum dilakukan tindakan <i>head up</i> 30° nilai SpO2 94%.
I :	Pengukuran saturasi oksigen dilakukan dengan menggunakan <i>oximetry</i> sebelum dan setelah diberikan posisi <i>head up</i> 30° selama 30 menit
C :	Tidak ada perbandingan dalam penelitian ini
O :	Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah diberikan tindakan <i>head up</i> 30° selama 30 menit maka nilai SpO2 meningkat menjadi 97% sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian posisi <i>head up</i> 30° dengan peningkatan SpO2.
T :	Jurnal ini diterbitkan pada tahun 2023

3) Hasil Telaah Jurnal .

Elevasi kepala bertujuan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK. Pada kasus yang ditemukan di ruangan ICU-ICCU RS Stella Maris Makassar sebelum dilakukan tindakan *head-up* 30° pada Tn. O hasil pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah: 190/110 mmHg, RR: 16x/m, SPO₂: 96%, nadi: 106x/m, reaksi pupil (2mm), kesadaran somnolen GCS 8 (M4V2E2), hasil pemeriksaan CT-scan lacunar infark cerebri sinistra. Setelah dilakukan *head-up* 30° didapatkan hasil tanda-tanda vital tekanan darah: 170/90 mmHg, nadi:98x/m RR:18 x/m, SpO₂: 98%, reaksi pupil (2mm) kesadaran tetap somnolen GCS 8 (M4V2E2).

Penelitian ini didukung oleh Sari et al. (2019) dimana dijelaskan bahwa terdapat beberapa posisi elevasi *head-up* yang bisa digunakan dalam memperbaiki SpO₂ dan mengurangi peningkatan TIK yaitu; *head-up* 15°, 30°, dan 45° tetapi kebanyakan penelitian yang menganjurkan posisi elevasi kepala 30° dalam praktik *evidence based nursing* karena sangat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik. Pemberian elevasi kepala bertujuan untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK. Posisi kepala yang ditinggikan berada diatas aksis ventrikel jantung menyebabkan cairan serebrospinal terdistribusi kembali menuju ke ruang spinal subaraknoid dan memfasilitasi terjadinya aliran balik vena sehingga dapat menurunkan tekanan intrakranial. Dari hasil yang ditemukan bahwa sebanyak 34 responden terjadi perubahan yang sebelumnya, tekanan darah: 200/110 mmHg, nadi: 110x/m, suhu:

37°C, pernapasan: 33x/m, SPO2: 93%, dan setelah dilakukan intervensi hasil yang ditemukan yaitu tekanan darah: 180/90 mmHg, nadi: 95x/m, suhu:36,6°C, pernapasan: 25x/m, SPO2:96%.

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Ekacahyaningtyas et al., 2017) yang melakukan penelitian terkait posisi *head-up* dan membandingkan antara pasien I dengan diagnosa non hemoragik dan pasien II dengan diagnosa hemoragik, tetapi pada outcome yang didapatkan di akhir kedua kasus tersebut sama-sama terjadi peningkatan saturasi oksigen 3% yang artinya ada peningkatan kadar oksigen dalam tubuh setelah diberikan posisi *head-up* tersebut.

Pada kedua jurnal pendukung yang sudah di paparkan dan di dukung oleh hasil dari intervensi yang dilakukan di ruangan ICU-ICCU Rumah sakit Stella Maris Makassar dapat disimpulkan bahwa pasien dengan peningkatan tekanan intrakranial dapat menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) yaitu pemberian posisi *head-up* 30° yang terbukti efektif dalam menurunkan peningkatan tekanan intrakranial di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) menggunakan pendekatan proses keperawatan: pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi, maka didapatkan kesimpulan secara umum yaitu :

1. Pengumpulan data ini mengidentifikasi pasien Tn "O" berjenis kelamin laki-laki dengan usia 69 tahun dengan keluhan penurunan kesadaran, tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan saat diberikan rangsangan nyeri,. Pasien memiliki riwayat penyakit stroke, hipertensi, dan DM sejak 8 tahun yang lalu.
2. Diagnosis yang ditemukan pada Tn "O" adalah risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor risiko kelembaban, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.
3. Pada rencana tindakan keperawatan adalah rencana tindakan yang dibuat berdasarkan dari diagnosis keperawatan yang telah dibuat.
4. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) tentang posisi *head-up* 30° dimana posisi ini dilakukan dengan cara menaikkan kepala tempat tidur 30° dengan posisi kaki flat 0° atau bisa menggunakan ekstra bantal untuk membantu meningkatkan saturasi oksigen pasien.
5. Pada tahap evaluasi, penulis menemukan bahwa kasus Non Hemoragik Stroke (NHS) dengan risiko perfusi jaringan serebral

tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dan manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan konflik pengambilan keputusan.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi petugas kesehatan khususnya perawat agar dapat menjalankan tugas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS).

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan lebih memodifikasi lagi tentang asuhan keperawatan pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) dengan melakukan asuhan keperawatan contohnya posisi *head-up* 30°, latihan isometric dan ROM pasif/aktif dan beberapa tindakan lainnya

3. Bagi Institusi Keperawatan

Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS).

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, S. P. (2024). Penerapan head up 30 derajat pada pasien intracerebral hemorrhage diruang Icu rumah sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin. *Jurnal Sains Farmasi Dan Kesehatan*, 1(3), 103–108. <https://doi.org/https://jurnal.ittc.web.id/index.php/jfkes/article/view/896>
- Arum, P. S. (2016). *STROKE: kenali, cegah & obati* (edisi pert). notebook: yogyakarta.
- Ekacahyaningtyas, M., Setyarini, D., Agustin, W. R., & Rizqiea, N. S. (2017). 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. <https://doi.org/https://adihusada.ac.id/jurnal/index.php/AHNJ/article/view/98/63>
- Ginting, & Mira, W. (2019). Hubungan faktor risiko dengan tipe stroke di RSUP H. Adam Malik Medan. *The University Institutional Repository*, 06. <https://doi.org/https://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/22806>
- Juni, H. (2020). Asuhan keperawatan dengan stroke dalam pemberian elevasi kepala. Di Ruang ICCU RSUD. Prof. Dr. W. Kupang. *Repository Universiti Perintis Infonesia*, 05. <https://doi.org/http://repo.upertis.ac.id/1182/>
- Ma'arif. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan hambatan mobilitas fisik di RSJD. Dr. Rm Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Keperawatan Merdeka*, 03. <https://doi.org/http://repository.stikesmukla.ac.id/174>
- Murtiningsi, & Dina. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri, mandi di RSUD Dr Hardjono Ponorogo. *Repository*, 04. <https://doi.org/http://eprints.umpo.ac.id/5044/>
- Ngebbu. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik. *In Journal of Chemical Information and Modeling*, 05. <https://doi.org/http://repository.poltekeskupang.ac.id/id/eprint/3275>
- Nofitri. (2021). Asuhan keperawatan pada Ny. S dengan stroke non hemoragik dalam penerapan inovasi intervensi terapi vokal “aiueo” dengan masalah gangguan komunikasi verbal di ruangan neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukit tinggi. *Repository Universitas Perintis Indonesia*, 03. <https://doi.org/http://repo.upertis.ac.id/1234/>
- Pratama, W. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan kerusakan membran mukosa oral di ruang aster RSUD Dr. Harjono Ponorogo. *Repository*, 03. <https://doi.org/http://eprints.umpo.ac.id/5392/>

- Ratnasari, S. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan keperawatan gangguan mobilitas fisik. *Repository*, 05. <https://doi.org/http://eprints.umpo.ac.id/6185/>
- Riskesdas. (2018). laporan nasional riskesdas 2018. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes* (p. hal 156). <https://doi.org/https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/>
- Rohmawati, N., & Murtaqib, M. (2022). Kombinasi terapi relaksasi benson dan posisi head-up 30 derajat untuk penanganan nausea pada stroke iskemik: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Klinis Dan Komunitas (Clinical and Community Nursing Journal)*, 6(3), 183. <https://doi.org/10.22146/jkkk.77216>
- Sari, R. A., Putrono, & Sukiman. (2019). Pengelolaan pasien stroke hemoragic dengan pemberian oksigen dan posisi head up 30 terhadap perubahan hemodinamik tubuh di ruang Igd rsud. *Nursing Journal*, 3(2), 55. <https://doi.org/https://repository.poltekkes-smg.ac.id/repository/9.%20NASKAH%20PUBLIKASI%20PDF.pdf>
- SDKI. (2017). *Standar diagnosa keperawatan indonesia* (edisi I ce). dewan pengurus pusat Indonesia persatuan perawat nasional indonesia.
- SIKI. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia* (edisi I ce). dewan pengurus pusat Indonesia persatuan perawat nasional indonesia.
- SLKI. (2019). *Standar luaran keperawatan indonesia* (edisi I ce). dewan pengurus pusat Indonesia persatuan perawat nasional indonesia.
- Vitya, D. D., & Afni, A. C. N. (2023). *Penerapan posisi head up 30° dalam pemenuhan kebutuhan oksigenisasi pada pasien stroke*. 1–11. <https://doi.org/https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/4985/1/Naskah%20Publikasi%20Dyska%20Dinda%20Vitya.pdf>
- World Health Organization. (2022). *World stroke day 2022*. World Health Organization. https://doi.org/https://www-who-int.translate.goog/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc

Lampiran 1 Lembar Konsul

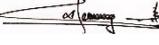
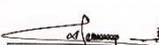
LEMBAR KONSUL

Nama : 1. Desryany Tika (NS2314901029)
2. Festinawati. LB (NS2314901044)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) Di Ruang ICU/ICCU rumah Sakit Stella Maris Makassar”

Pembimbing 1 : Mery Solon, Ns.,M.Kes

Hari/tanggal	Materi konsul	Tanda Tangan		
		Mahasiwa		Pembimbing
		1	2	
Senin, 29 April 2024	Pengajuan kasus “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik stroke (NHS) Di Ruang ICU/ICCU rumah Sakit Stella Maris Makassar”			
Selasa, 14 Mei 2024	Konsultasi pengkajian sampai evaluasi <ul style="list-style-type: none">Perbaiki kalimat pada pengkajianPerbaiki penomoran pada pengkajian sampai evaluasi			
Selasa, 28 Mei 2024	Konsultasi BAB 3 sampai BAB 4 <ul style="list-style-type: none">Perbaiki penulisanPerbaiki penomoran			
Jumat, 31 Mei 2024	Acc BAB 3-5			

Nama : 1. Desryany Tika (NS2314901029)
 2. Festinawati. LB (NS2314901044)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) Di Ruang ICU/ICCU rumah Sakit Stella Maris Makassar”

Pembimbing 2 : Elmiana Bongga Linggi’, Ns.,M.Kes

Hari/tanggal	Materi konsul	Tanda Tangan		
		Mahasiwa		Pembimbing
		1	2	
Selasa, 21 Mei 2024	Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki kalimat pada latar belakang • Perbaiki kalimat pada tujuan khusus • Perbaiki penomoran pada BAB 2 • Perbaiki sitasi 			
Rabu, 22 Mei 2024	Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 <ul style="list-style-type: none"> • Acc BAB 1 dan BAB 2 			