



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "H" DENGAN *NON HEMORRHAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG ICU/ICCU RUMAH SAKIT
BHAYANGKARA MAKASSAR**

DISUSUN OLEH:

ISABELLA ADITYA LATUHERU (NS2214901073)

JESIKA PONNO PALAYUKAN (NS2214901074)

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

2023



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "H" DENGAN *NON HEMORRHAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG ICU/ICCU RUMAH SAKIT
BHAYANGKARA MAKASSAR**

DISUSUN OLEH:

ISABELLA ADITYA LATUHERU (NS2214901073)

JESIKA PONNO PALAYUKAN (NS2214901074)

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

2023

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Isabella Aditya Latuheru (NS2214901073)
2. Jesika Ponno Palayukan (NS2214901074)

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, 9 Juni 2023

Yang menyatakan,



Isabella Aditya Latuheru



Jesika Ponno Palayukan

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR


Karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang Icu/Iccu Rumah Sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh :


- Nama Mahasiswa/NIM :
1. Isabella Aditya Latuheru (NS2214901073)
 2. Jesika Ponso Palayukan (NS2214901074)

Disetujui oleh :

Pembimbing 1


Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep
NIDN : 0904078805


Pembimbing 2


Rosdewi, S.Kp., MSN
NIDN : 0906097002

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar


Fransiska Anita, Ns., M.kep, Sp.Kep.MB
NIDN : 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : 1. Isabella Aditya Latuheru (NS2214901073)

2. Isabella Aditya Latuheru (NS2214901074)

PROGRAM Studi : Profesi Ners

Judul KIA : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."H" DENGAN NON
HEMORRHAGIC STROKE (NHS) DI RUANG ICU/ICCU RUMAH SAKIT
BHAYANGKARA MAKASSAR

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan penguji.


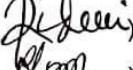

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1: Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep

Pembimbing 2: Rosdewi, S.Kp.,MSN

Penguji 1 : Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes

Penguji 2 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep


()
()
()
()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 9 Juni 2023

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

NIDN : 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

1. Isabella Aditya Latuheru (NS2214901073)

2. Jesika Ponno Palayukan (NS2214901074)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 09 Juni 2023

Yang menyatakan



Isabella Aditya Latuheru



Jesika Ponno Palayukan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya ilmiah akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN “H” DENGAN *NON HEMORRHAGIC STROKE* DI RUANG ICU RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR”**.

Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar.

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

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

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.kep., Sp.KMB selaku wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep, selaku dosen pembimbing I dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Rosdewi, S.Kp., MSN selaku dosen pembimbing II dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah

Akhir ini.

7. Serlina Sandi, Ns., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Teristimewa kepada kedua orang tua tercinta dari Isabella Aditya Latuheru dan Jesika Ponno Palayukan serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Ilmiah ini. Oleh karena itu penulismohon kritik dan masukan yang membangun dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 09 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS i

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR..... ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI..... iv

KATA PENGANTAR v

DAFTAR ISI vii

Halaman Daftar Gambar ix

Halaman Daftar Tabel x

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 4

1. Tujuan Umum 4

2. Tujuan Khusus..... 4

C. Manfaat Penulisan 4

1. Manfaat Akademik..... 4

2. Manfaat Praktis..... 4

3. Metode Penulisan 5

4. Sistem Penulisan 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR MEDIK 7

1. Pengertian 7

2. Anatomi dan Fisiologis..... 8

3. Etiologi..... 14

4. Patofisiologi 18

5. Manifestasi Klinis..... 19

6. Pemeriksaan Penunjang..... 19

7. Penatalaksanaan Medis 20

8. Komplikasi 23

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN	24
1. Pengkajian Kritis	24
2. Diagnosis Keperawatan.....	27
3. Perencanaan Keperawatan	27
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>).....	31
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Pengkajian Keperawatan Kritis	33
1. Pengkajian Primer	33
2. Pengkajian Sekunder	38
B. Diagnosa Keperawatan.....	53
C. Intervensi Keperawatan	54
D. Implementasi Keperawatan.....	60
E. Evaluasi Keperawatan	72
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Kasus	83
B. Pembahasan Penerapan EBN	89
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	96
B. Saran	97

DAFTAR PUSTAKA

Lampiran

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak	8
Gambar 2.2 Sirkulasi Willisii	12

DAFTAR TABEL

3.1 Tabel Pengkajian Primer	33
3.2 Tabel Evaluasi	36
3.3 Tabel Pemeriksaan Penunjang.....	50
3.4 Tabel Analisa Data	51
3.5 Tabel Diagnosa Keperawatan.....	53
3.6 Tabel Intervensi Keperawatan	54
3.7 Tabel Implementasi Keperawatan	60
3.8 Tabel Evaluasi SOAP	72
3.9 Tabel EBN	90

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga di dunia dan penyebab utama kecacatan fisik pada usia produktif dan usia lanjut. Stroke merupakan kehilangan fungsi otak secara tiba-tiba, yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak atau stroke iskemik dan pecahnya pembuluh darah ke otak atau stroke hemoragik (Karmila Sari et al., 2021). Sebanyak 80-85% merupakan stroke nonhemoragik (Kemenkes RI, 2019). Pada *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) terdapat sumbatan yang disebabkan oleh thrombus (bekuan) yang terbentuk di dalam pembuluh darah otak, hal ini menyebabkan gangguan pasokan oksigen dan nutrisi di otak sehingga terjadi kerusakan jaringan otak.

Prevalensi Menurut Organisasi Stroke Dunia (WSO), diperkirakan 13,7 juta kasus baru stroke terjadi setiap tahunnya. Sedangkan penderita stroke di seluruh dunia saat ini berjumlah lebih dari delapan puluh juta orang (Organization, 2021). Di negara Indonesia sendiri berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2018 prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari 7% menjadi 10,9%. Prevalensi penyakit stroke yang tinggal di daerah perkotaan lebih besar yaitu 63,9% dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan sebesar 36,1% (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 prevalensi stroke tertinggi terdapat di Kalimantan Timur (14.7%) dan yang terendah berada di Papua (4.1%).

Kejadian Stroke di Sulawesi Selatan yaitu sebesar 10,6%. Prevalensi penyakit stroke juga meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus stroke tertinggi adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan lebih banyak pria (11,1%) dibandingkan dengan wanita (10,9%) (RISKESDAS, 2018).

Terdapat beberapa faktor terjadinya resiko stroke non hemoragik, antara lain : usia lanjut, hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, hiperkolesterolemia, merokok dan kelainan pembuluh darah otak. Pada

tahun 2011 WHO menyebutkan bahwa penyakit darah tinggi atau hipertensi menyumbang 17,5 juta kasus stroke didunia (Nasution,2013).

Berdasarkan data kunjungan Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar diperoleh data pasien terdiagnosis NHS dalam 3 bulan terakhir berjumlah 72 orang, laki-laki 48 orang, dan perempuan 24 orang. Dari antara 72 orang yang meninggal dunia sebanyak 8 orang.

Penderita stroke sering mengalami tanda dan gejala berupa kelemahan atau kelumpuhan akibat defisit neurologis. Akibatnya, penderita tersebut mengalami tirah baring lama tanpa mampu mengubah posisi dan membutuhkan *bedrest* total serta ketergantungan dalam setiap aktifitasnya (Fadilaetal.,2017). Pasien dengan stroke umumnya mengalami penurunan tingkat kesadaran dan gangguan hemodinamik yang menyebabkan terjadinya penurunan kualitas hidup penderita (Filya &Feni, 2019). Selain itu, pada penderita stroke aliran darah dalam tubuh tidak lancar sehingga dapat mengakibatkan gangguan suplai oksigen.yang menyebabkan komplikasi yang lebih serius (Afif Mustikarani,2020).

Data yang didapatkan pada pasien yaitu, terjadinya penurunan kesadaran dengan GCS 9, saturasi oksigen 94%, tekana darah 190/100mmHg dan nadi 84x/m. Sehingga diperlukan penanganan yang komprehensif untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Penerapan *evidence-based nursing* (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan hasil penelitian, untuk memberikan *outcome* yang lebih baik demi kesembuhan pasien. Berdasarkan beberapa hasil penelitian, pengaturan *head-up*30⁰ intervensi EBN yang sudah diteliti dan direkomendasikan pada pasien stroke yang bertujuan untuk menurunkan TIK, memperbaiki hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral, dan memaksimalkan oksigenasi ke jaringan serebral.

Pengaturan *head-up* 30⁰ telah banyak digunakan sebagai intervensi untuk memperbaiki saturasi oksigen. Penelitian yang dilakukan di Brazil oleh Martinez et. al (2015) menunjukkan bahwa pengaturan posisi *head-up* 30⁰ memberikan *outcome* positif terhadap komplikasi dinamik pasien

dengan ventilasi mekanik. Selain itu, studi kasus yang telah dilakukan oleh (Ekacahyaningtyas, 2017). menunjukkan terjadinya peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke setelah diberikan intervensi posisi *head-up* 30⁰ yang dilaksanakan selama 3 hari. Seperti halnya pengaturan posisi *head-up* 30⁰.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil studi kasus dan melakukan intervensi keperawatan kepada pasien dengan *Non-HemorrhagicStroke* (NHS) yang dirawat di ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara.

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara.

b. Menetapkan Diagnosa Keperawatan pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara

c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien *Non-HemorrhagicStroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara

d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non-HemorrhagicStroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara

e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Membantu Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan terutama perawatan intensif pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS).

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menjadi referensi dalam menentukan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS).

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi referensi dan bahan bacaan di perpustakaan untuk menambah wawasan dan memperkaya ilmu pengetahuan tentang perawatan intensif pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic 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

- d. Dokumentasi

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil test diagnostik.

E. Sistem 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-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu Konsep Dasar Medik yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi dan juga Konsep Dasar Keperawatan berupa pengkajian, diagnosis keperawatan, luaran dan perencanaan keperawatan, serta perencanaan pulang (*discharge planning*). BAB III PENGAMATAN KASUS, yang meliputi ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, diagnosa 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 (*cerebrovascular disease*) merupakan suatu penyakit pembuluh darah otak yang biasanya muncul akibat gangguan fungsi pada otak karena terdapat kerusakan ataupun kematian pada jaringan otak yang disebabkan berkurangnya atau tersumbatnya aliran darah serta oksigen yang masuk ke otak (Ummaroh & Nurul, 2019).

Stroke adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan (*ischemic stroke*) atau pendarahan (Ridah Daration, et. al., 2017).

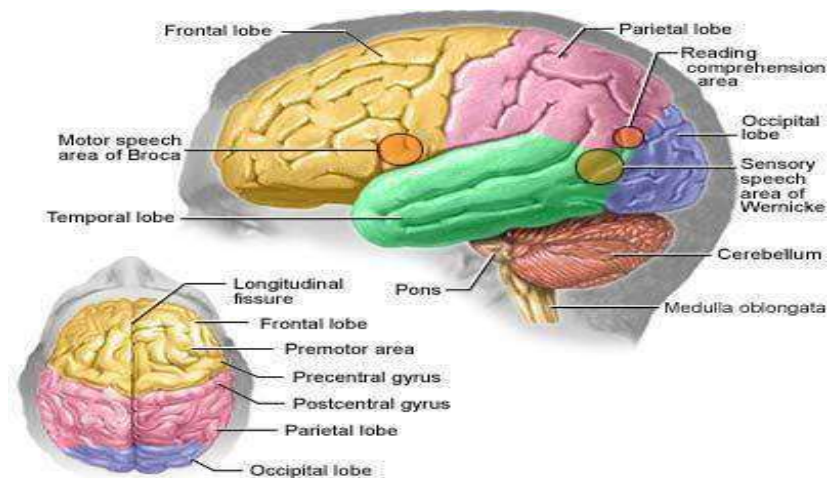
Stroke non hemoragik merupakan tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak (Kabi et. al., 2015).

Stroke non hemoragik adalah penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak berhenti sebagian atau seluruhnya (Lloyd-Jones et. al, 2013)

Stroke non hemoragik yaitu tertutupnya pembuluh darah oleh bekuan darah atau gumpalan hasil terbentuknya thrombus (Risma, 2021).

Berdasarkan definisi diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) merupakan penyumbatan pembuluh darah di otak yang disebabkan oleh bekuan darah atau gumpalan trombus sehingga suplai darah dan oksigen ke otak terhenti sebagian atau seluruhnya yang mengakibatkan gangguan fungsi pada otak yang berakibat pada kerusakan/kematian pada jaringan otak.

2. Anatomi dan Fisiologis



Gambar 2.1 Anatomi Otak

a. Otak

Otak merupakan pusat kendali fungsi tubuh yang rumit dengan sekitar 100 miliar sel saraf, walaupun berat total otak hanya sekitar 2,5% dari berat tubuh, 70% oksigen dan nutrisi yang diperlukan tubuh ternyata digunakan oleh otak. Otak tidak mampu menyimpan nutrisi, agar bisa berfungsi otak tergantung dari pasokan darah yang secara kontinyu membawa oksigen dan nutrisi. Padadarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu :

1. Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensori (rasa) dan kontrol gerakan yang halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu :
 - a) Lobus frontalis, adalah bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di area Broca untuk kontrol motorik bicara.
 - b) Lobus temporalis, terdapat di bawah lateral dari fisura serebralis dan di depan lobus oksipitalis. Berfungsi dalam

integrasi somatisasi, pendengaran dan penglihatan.

- c) Lobus parietalis, adalah daerah korteks yang terletak dibelakang sulkus sentralis, diatas fisura lateralis dan meluas kebelakang fisura parieto-oksipitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.
 - d) Lobus oksipitalis, adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak disebelah posterior dari lobus parietalis dan diatas fisura-fisura parieto-oksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.
2. Otak kecil yaitu otak yang terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut aferen sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi.

Otak kecil terbagi atas :

- a) Arkhiserebelum (vestibuloserebelum), serabut aferen berasal dari telinga dalam yang diteruskan oleh nervus VIII (auditorius) untuk keseimbangan dan rangsangan pendengaran ke otak.
 - b) Paleaserebelum (spinoserebelum), sebagai pusat penerima implus dari reseptor sensasi umum medulla spinalis dan nervus vagus (N. trigeminus) kelopak mata, rahang atas dan bawah serta pengunyah.
 - c) Neoserebelum (pontaserebelum), korteks serebelum menerima informasi tentang gerakan yang sedang dan yang akan dikerjakan dan mengatur gerakan sisi badan.
3. Batang otak yaitu otak yang berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan beberapa fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernapasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari :
- a) Diensefalon, bagian batang otak paling atas terdapat di

antara serebelum dan mesencefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap kesamping. Fungsi dari diensefalon yaitu vasoktriktor, respiratori, mengontrol kegiatan reflex, dan membantu kerja jantung.

- b) Mesencefalon, atap dari mesencefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas di sebut korpus kuadrigeminus superior dan dua dari sebelah bawah di sebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.
- c) Pons varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesencefalon dan pons varoli dengan serebelum, terletak di depan serebelum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu penghubung antara kedua bagian serebelum dan pusat saraf nervus trigeminus.
- d) Medulla oblongata, merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernapasan, mengontrol kegiatan reflex.

b. Saraf Kepala

Susunan saraf terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak dan melewati lubang yang terdapat pada tulang tengkorak, berhubungan erat dengan otot panca indra telinga, hidung, lidah dan kulit.

Saraf kepala terbagi menjadi dua belas yaitu :

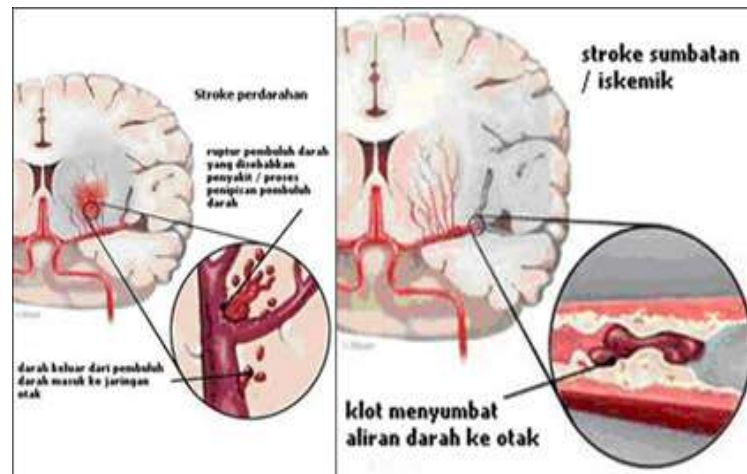
- 1) Nervus olfaktorius : sensorik sensasi bau dan penciuman.
- 2) Nervus optikus : sensorik bola mata, ketajaman penglihatan.
- 3) Nervus okulomotorius : bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot pergerakan bola mata), menghantarkan serabut-serabut para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- 4) Nervus troklearis : bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital.

Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf pergerakan mata.

- 5) Nervus trigeminus : bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang, fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar, sarafnya yaitu :
 - a) Nervus oltamikus : sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopakmata dan bola mata.
 - b) Nervus maksilaris : sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung rongga hidung, dan sinus maksilaris.
 - c) Nervus mandibula: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah, serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.
- 6) Nervus abduzen : sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf pengoyang sisi mata.
- 7) Nervus fasialis : sifatnya majemuk (sensori dan motoris) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk mengantarkan rangsangan pengecap.
- 8) Nervus vestibulokoklearis : sifatnya sensori, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.
- 9) Nervus glosofaringeus : sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawah rangsangan citra rasa ke otak.
- 10) Nervus vagus : sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esophagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya

sebagai saraf perasa.

- 11) Nervus asesorius : saraf ini mensarafi muskulus sternocleidomastoid dan muskulus trapezium, fungsinya sebagai saraf tambahan.
- 12) Nervus hipoglasus : saraf ini mensarafi otot-otot lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyambung. (Sulistiyawati, 2020)



Gambar 2.2
Sirkulasi Willisii (Swaramuslim, 2019)

a. Fisiologi Peredaran Darah di Otak

Darah mengangkut zat asam, makanan dan substansi lainnya yang diperlukan bagi fungsi jaringan hidup yang baik. Kebutuhan otak sangat mendesak dan vital, sehingga aliran darah yang konstan harus terus dipertahankan. Suplai darah arteri keotak merupakan salah satu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang, berhungungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel (Lemone et al., 2016).

1) Peredaran Darah Arteri

Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri yaitu arteri vertebralis dan arteri akrotis interna yang bercabang dan beranastomosis membentuk sirkulasi willisi. Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri komunis yang berakhir pada arteri serebri anterior dan arteri serebri

medial. Didekat akhir arteri karotis interna, dari pembuluh darah ini keluar arteri komunikan posterior yang bersatu ke arah kaudal dengan arteri serebri posterior. Arteri serebri anterior saling berhubungan melalui arteri komunikan anterior. Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteria subklavia sisi yang sama. Arteri subklavia kanan merupakan cabang dari arteria inominata, sedangkan arteri subklavia kiri merupakan cabang langsung dari aorta. Arteri vertebralis memasuki tengkorak melalui foramen magnum setinggi perbatasan pons dan medula oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris.

2) Peredaran Darah Vena

Aliran darah vena dari otak terutama ke dalam sinus-sinus duramater, suatu saluran pembuluh darah yang terdapat didalam struktur duramater. Sinus-sinus duramater tidak mempunyai katub dan sebagian besar berbentuk triangular. Sebagian besar vena korteks superfisial mengalir kedalam sinus longitudinalis superior yang berada di medial, dua buah vena korteks yang utama adalah vena anastomotika magna yang mengalir ke dalam sinus longitudinalis superior dan vena anastomotika parva yang mengalir kedalam sinus transversus. Vena-vena serebri profunda memperoleh aliran darah dari basal ganglia.

a) Vena cerebral

Vena cerebral superfisial (vena kortikal) membawa darah dari luar 1-2 cm dari permukaan otak untuk saluran drainase besar seperti sinus superior dan inferior sagital, vena serebral besar Galen, sinus lurus, dan pembuluh darah tentorial. Dengan demikian, vena cerebellar mengalirkan darah dari permukaan cerebellar ke vena superior vermis dan dari situ ke vena cerebral besar, sinus lurus, dan sinus melintang. Vena serebral dalam (vena central) mengalirkan darah dari daerah bagian dalam otak (materi putih setengah bulat, ganglia basal, corpus callosum, koroid pleksus) dan dari daerah kortikal beberapa juga. vena cerebral superfisial (vena kortikal). Vena otak dangkal diklasifikasikan oleh lokasi mereka sebagai prefrontal, frontal, parietal, dan oksipital. Kecuali vena oksipital, yang kosong ke dalam sinus melintang, pembuluh darah ini semua perjalanan

selama konveksitas otak untuk bergabung dengan sinus sagital superior.

b) Vena ekstraserebral

Vena-paling ekstraserebral mencolok, yang dural vena sinus-drain darah vena dari otak ke dalam sinus sigmoid dan vena jugularis. Vena diploic mengalir ke pembuluh darah ekstrakranial kulit kepala dan pembuluh darah intrakranial (sinus vena dural). Vena utusan menghubungkan sinus, vena diploic, dan vena superfisial tengkorak. Infeksi kadang-kadang perjalanan sepanjang vena utusan dari ekstrakranial ke kompartemen intrakranial. Pembuluh darah otak kosong ke dalam kelompok superior dan inferior sinus vena dural. Sinus dari kelompok superior (yang sagital superior dan inferior, lurus, dan sinus oksipital) bergabung pada pertemuan sinus (torcular Herophili), yang mengalir ke kedua melintang sinus dan dari situ ke dalam sinus sigmoid dan vena jugularis internal. Sinus dari kelompok rendah (superior dan inferior sinus petrosus) bergabung di sinus kavernosa, yang mengalir ke sinus sigmoid dan vena jugularis interna melalui petrosal sinus rendah, atau ke dalam pleksus vertebral internal yang melalui pleksus basilar.

3. Etiologi

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Gabriella & Fitria, 2012).

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya

neuron motoric atas (upper motor neuron) dan hipertensi (Gabriella & Fitria, 2012).

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

a. Faktor predisposisi

1. Umur

Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi resikonya. Setelah berumur 55 tahun, resikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin.

2. Jenis kelamin

Pria lebih beresiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Resiko stroke pria lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan kata lain, walaupun lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

b. Faktor presipitasi

1. Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor resiko utama yang menyebabkan pengerasan atau penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor resiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum stroke. Secara medis, tekanan darah diatas

140/90 mmHg tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena itu dampak dari hipertensi keseluruhan resiko stroke menurun seiring dengan penambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar terhadap resiko stroke. Orang yang tidak menderita hipertensi, resiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Sejumlah penelitian menunjukkan obat-obatan anti hipertensi dapat mengurangi resiko stroke sebesar 38% dan pengurangan angka kematian karena stroke sebesar 40%.

2. Diabetes mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor resiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intrakranial maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, missal pembuluh darah penetrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposisi hialin, produk lipid amorphous, dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami aterosklerosis tersebut dan selanjutnyadapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imajing.

Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Pengendalian diabetes sangat membantu dalam menurunkan terjadinya stroke.

3. Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah

Kenaikan level *Low Density Lipoprotein* (LDL) merupakan faktor penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol di atas 240 mg%. setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 m mol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke.

4. Kebiasaan mengkonsumsi alcohol

Mengkonsumsi alcohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistensi, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan terjadinya stroke. Mengkonsumsi alcohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alcohol dapat menghambat trombosit sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin.

5. Merokok

Merokok merupakan faktor resiko stroke yang sebenarnya paling mudah dirubah. Perokok berat menghadapi resiko lebih besar di bandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan resiko stroke iskemik, terlepas dari faktor resiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan resiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5%. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Resiko stroke menurun dengan setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2 sampai 4 tahun setelah berhenti merokok. Rokok memicu produksi fibrinogen (faktor pengumpul darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

6. Stress

Stress yaitu suatu reaksi adaptif bersifat sangat individual, sehingga respon stress akan sangat berbeda antar individu. Stress yang terus menerus dapat menimbulkan gejala seperti sakit kepala, mudah marah, tidak bisa tidur yang dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan fisik maupun psikis. Stress yang bersifat konstan dan terus menerus mempengaruhi kinerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memproduksi hormone adrenalin, tiroksin, dan kortisol sebagai hormon utama stress akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistem homeostasis. Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sistem saraf simpatis berpengaruh terhadap kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksin selain meningkatkan Basal Metabolism Rate (BMR), juga menaikkan denyut jantung dan frekuensi napas. Peningkatan denyut jantung inilah yang akan memperberat aterosklerosis.

4. Patofisiologi

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombotik akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah luar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (atheroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombotik selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombotik secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

Thrombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan akan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen. Sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema

setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Sulistiyawati, 2020).

5. Manifestasi klinis

Menurut Maria (2021), manifestasi klinis stroke sebagai berikut :

- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
- b. Tiba-tiba hilang rasa peka
- c. Gangguan bicara dan bahasa
- d. Mulut moncong atau tidak simetris
- e. Bicara pelo. Gangguan pengelihatatan
- f. Gangguan daya ingat
- g. Kesadaran menurun
- h. Gangguan fungsi otak
- i. Proses kencing terganggu

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Praditiya (2017), pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik adalah sebagai berikut :

a. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

b. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

c. Elektro encefalography

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

d. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi/nuptur.

e. Sinar X tengkorak

Mengambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trubus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

f. Ultrasonography Doppler

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

g. Magnetic resonance image (MRI)

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

7. Penatalaksanaan Medik

Menurut Sulistiyawati (2020), penatalaksanaan medik pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) dibedakan menjadi 2 yaitu sebagai berikut :

a. Farmakologi

Ditunjukkan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (*Recombinant Tissue Plasminogen Activator*). Selain itu, dapat juga diberi agen neuroproteksi yaitu sitikolin atau pirasetam (jika didapatkan afasia). Terapi farmakologis yang digunakan pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS), yaitu :

1. Fibrinolitik / trombolitik (rtPA)

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, tenecteplase

dan reteplase, namun yang tersedia diindonesiainingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang biasa terjadi adalah resiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna serta angioedema. Rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang 3-4, atau 5 jam setelah onset gejala.

2. Antikoagulan

Terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya heparin dan warfarin.

3. Antiplatelet

Golongan obat ini sering digunakan untuk mencegah terjadinya stroke berulang pada pasien stroke dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan untuk pasien stroke.

4. Antihipertensi

a) Pasien dapat menerima rTPA namun tekanan darah >185/110 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg/iv selama 1-2 menit, dapat diulang satu kali atau nikardipin 5 mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam, setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai <185/110 mmHg, maka jangan diberikan rtPA.

b) Pasien sudah dapat rTPA, namun tekanan darah sistolik >180-230 mmHg atau diastolic >105-120mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg/IV, kemudian infus kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA <180/105 mmHg, monitor tiap 15 menit selama 2 jam dari mulainya rtPA, lalu tiap 30 menit

selama 6 jam dan kemudian tiap jam selama 16 jam.

b. Non Farmakologi

1) Fase akut

- a) Letakan posisi kepala pasien pada posisi 30^0 , 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.
- c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten). 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 1500-200 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.

2) Fase rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b) Pertahankan integritas kulit
- c) Pertahankan komunikasi yang efektif
- d) Program manajemen *bladder* dan *bowel*
- e) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentanggerak sendi *range of motion* (ROM).
- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- g) Persiapan pasien 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.

6. Komplikasi

Menurut Maria (2021), komplikasi yang dapat terjadi pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS), yaitu :

a. Kekakuan otot sendi

Tirah baring yang lama akan menyebabkan otot dan sendi menjadi kaku, agar tidak terjadi kekakuan maka dilakukan fisioterapi.

b. Dekubitus

Tirah baring yang lama akibat lumpuh menyebabkan luka pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat tirah baring, seperti pinggul, bokong, sendi kaki, tumit. Apabila dibiarkan luka ini dapat menyebabkan infeksi. Cara agar terhindar dari luka atau dekubitus adalah dengan mengubah posisi tidur secara berkala atau penggunaan kasur dekubitus.

c. Bekuan darah

Menumpuknya cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru, bekuan darah sering terjadi di kaki yang lumpuh.

d. Pneumonia

Ketidakmampuan pasien stroke untuk batuk dan menelan secara benar, sehingga hal ini menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi.

e. Stress atau depresi

Hal ini dapat terjadi pada pasien stroke karena pasien merasa tak berdaya dan takut akan masa depannya.

f. Nyeri pundak dan subluxation/dislokasi

Gerakan ganti pakaian atau saat ditopang orang lain dapat menyebabkan rusaknya otot pada sekitar bahu yang mengontrol sendi, maka dari itu lengan pasien stroke diletakkan papan atau kain untuk menahan agar tidak terkulai.

g. Pembengkakan otak

- h. Infeksi : saluran kemih, paru (pneumonia aspirasi)
- i. Kardiovaskuler : gagal jantung, serangan jantung, emboli paru
- j. Gangguan proses pikir dan ingatan : demensia (pikun)

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Kritis

a. Pengkajian primer

1. B1 (*Breath* / pernapasan) Perlu dikaji adanya :

- a) Sumbatan jalan napas karena penumpukan sputum dan kehilangan refleks batuk.
- b) Adakah tanda-tanda lidah jatuh ke belakang.
- c) Auskultasi suara napas mungkin ada tanda stridor.
- d) Catat frekuensi dan irama napas.

2. B2 (*Blood* / sirkulasi)

Deteksi adanya tanda-tanda peningkatan TIK yaitu peningkatan tekanan darah disertai dengan pelebaran nadi dan penurunan jumlah nadi.

3. B3 (*Brain* / persyarafan, otak)

Kaji adanya keluhan sakit kepala hebat. Periksa adanya pupil unilateral, observasi, tingkat kesadaran.

4. B4 (*Bladder* / perkemihan) Tanda-tanda inkontinensia urin.

5. B5 (*Bowel* / pencernaan) Tanda- tanda inkontinensia alvi.

6. B6 (*Bone* / tulang dan integument)

Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan tanda- tanda decubitus karena tirah baring lama, kekuatan otot.

b. Pengkajian Sekunder

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

a) Data subjektif :

Adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol, merokok.

b) Data objektif :

Hiperkolesterolemia, gula darah

2. Pola nutrisi dan metabolik

a) Data subjektif :

Nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.

b) Data objektif :

Terjadinya kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

3. Pola eliminasi

Perubahan pada perkemihan seperti inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan) dan bising usus negatif (ileus paralitik).

4. Pola aktivitas dan latihan

a) Data subjektif :

Merasa sulit melakukan aktifitas, karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) merasamudah lelah dan susah untuk beristirahat.

b) Data objektif :

Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan gangguan pengelihatian, dan gangguan kesadaran.

5. Pola tidur dan istirahat

a) Data subjektif :

Susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot)

b) Data objektif :

Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot.

6. Pola persepsi sensorik dan kognitif

a) Data subjektif :

Sinkope atau pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat dengan adanya pendarahan intraserebral, subaraknoid, kesemutan (biasanya selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain).

b) Data objektif :

Status mental atau tingkat kesadaran biasa terjadi komapada tahap awal hemoragik.

7. Pola persepsi dan konsep diri

a) Data subjektif :

Perasaan putus asa

b) Data objektif :

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

8. Pola peran dan hubungan dengan sesama

a) Data subjektif :

Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

b) Data objektif :

Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motorik (Kesulitan untuk mengungkapkan kata)

9. Pola reproduksi dan seksualitas

a) Data subjektif :

Tidak adanya gairah seksual.

b) Data objektif :

Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

10. Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stress

a) Data subjektif :

Perasaan tidak berdaya, putus asa

b) Data objektif :

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

11. Pola sistem nilai kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) menurut SDKI (2017), yaitu :

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif Dibuktikan dengan hipertensi
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- c. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
- d. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan

3. Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif, 2016). Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam menyusun intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi Luaran :

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran cukup meningkat
- 2) Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik
- 3) Tekanan darah sistolik membaik
- 4) Tekanan darah diastolik membaik
- 5) Demam cukup menurun

Intervensi I : Pemantauan tekanan intra kranial

- a) Observasi

- 1) Monitor peningkatan tekanan darah
- 2) Monitor penurunan frekuensi jantung
- 3) Monitor iregularitas irama napas
- 4) Monitor tingkat kesadaran
- 5) Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil

- b) Terapeutik

Berikan posisi elevasi kepala 30⁰

- c) Edukasi

Informasikan hasil pemantauan

Intervensi II : Pemberian obat

- a) Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan alergi, interksi, dan kontraindikasi obat

- b) Terapeutik

- 1) Lakukan prinsip 6 benar pemberian obat (benar pasien, obat, dosis, rute, dokumentasi)

c) Edukasi

- 1) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, dan tindakan yang diharapkan.

2. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas

Luaran Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil (L01004) :

- a) Dispnea cukup menurun
- b) Penggunaan otot bantu napas cukup menurun
- c) Frekuensi napas cukup membaik

Intervensi : Manajemen pola napas

1) Observasi

- a) Monitor pola napas
- b) Monitor bunyi napas tambahan
- c) Monitor sputum

2) Terapeutik

- a) Posisikan *head-up* 30⁰
- b) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- c) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- d) Berikan oksigen

3) Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat mukolitik

3. Gangguan integritas kulit/jaringan b/d penurunan mobilitas

Luaran :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil (L.14125)

- a) Kerusakan lapisan kulit cukup menurun
- b) Nyeri cukup menurun
- c) Kemerahan cukup menurun
- d) Suhu kulit cukup membaik

Intervensi : Perawatan luka

- 1) Observasi
 - a) Monitor karakteristik luka (mis. Warna ukuran, bau)
 - 2) Teraupetik
 - a) Bersikan dengan cairan NaCl
 - b) Pasang balutan sesuai dengan jenis luka
 - c) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
 - 3) Edukasi
 - a) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
 - 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian antibiotik
4. Defisit perawatan diri b/d kelemahan

Luaran :

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan perawatan diri (L.11103) meningkat dengan kriteria hasil :

- a) Mempertahankan kebersihan diri meningkat
- b) Mempertahankan kebersihan mulut meningkat

Intervensi : Dukungan perawatan diri (Mandi)

- 1) Observasi :
 - a) Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut mulut, kulit, kuku)
 - b) Monitor integritas kulit
- 2) Terapeutik :
 - a) Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
 - b) Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
- 3) Edukasi
 - a) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

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

- a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah secara

teratur minimal sekali seminggu.

- b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam.
- c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
- d. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
- e. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.
- f. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan

LEVEL STROKE :

❖ Level 1 dan 2 Berbaring (Kaji Keseimbangan Kepala)

Level 1 : Belum dapat menjaga keseimbangan kepala

Level 2 : Mampu menjaga keseimbangan kepala

❖ Level 3, 4 dan 5 (Keseimbangan duduk)

Level 3 : mampu duduk, tapi tidak dapat menjaga keseimbangan duduk jika beraktivitas

Level 4 : mampu duduk dan dapat menjaga keseimbangan jika diberikan aktivitas tetapi tidak dapat berdiri.

Level 5 : mampu berdiri tetapi tidak dapat seimbang

❖ Level 6 dan 7 (Keseimbangan berdiri)

Level 6 : mampu berdiri dengan sedikit aktivitas

Level 7 : mampu berdiri dengan banyak aktivitas

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien dengan initial Tn. H umur 66 tahun, agama Muslim, masuk dengan diagnosa medis *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS). Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan badan sebelah kanan dan tiba-tiba sulit berbicara setelah bangun tidur sejak 30 april 2023. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak mau makan dan disertai demam sejak tanggal 01 mei 2023. Keluarga pasien mengatakan sudah memberikan obat paracetamol tetapi demam tidak kunjung menurun dan disertai sesak napas sehingga keluarga membawa pasien ke IGD Rumah Sakit Bhayangkara pada tanggal 02 Mei 2023. Setelah dilakukan pemeriksaan dan penanganan di IGD pasien dipindahkan ke ruangan ICU pada jam 06.00 Wita. pada saat dilakukan pengkajian di ICU pada tanggal 03 Mei 2023 didapatkan pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur dengan kesadaran sopor, GCS 9 (E2V2M5) uji kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan nilai 0, tangan kiri dan kaki kiri nilai 3 tekanan darah 190/100 mmHg, nadi teraba kuat 104 x/menit, pasien tampak sesak, pernapasan 33 x/menit, SPO₂ 94%, suhu 39,2°C, akral teraba hangat. tampak terpasang RL 500 ml 20 tpm/menit, oksigen dengan NRM 15 liter Tampak terpasang kateter urine dan NGT. Tampak luka pada daerah panggul pasien, tampak kulit kotor dan bersisik, rambut kotor dan berbau. Hasil pemeriksaan CT Scan didapatkan atrofi serebri, infark regio temporoparietal sinistra. Hasil foto thorax Pneumonia Bilateral. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil WBC 15.40, Natrium 154 mmol/L, Kallium 5.6 mmol/L, Clorida 122 mmol/L.

Terapi obat yang diberikan yaitu Neurosanbe 500 mg/24 jam, amlodipine 10mg, ceftriaxone 1gr/12 jam, citicolin 250 gr/12 jam, mecobalamin 500 gr/24 jam, paracetamol 500g tablet, CPG 75g, aspilet 80g, acetylcysteine 200mg.

Dari data yang didapatkan, penulis mengangkat 4 diagnosis keperawatan yaitu Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

A. Pengkajian Keperawatan Kritis

1. Pengkajian Primer

Breath (B1)	Pergerakan Dada	- Tampak simetris kiri dan kanan - Tampak sesak
	Pemakaian otot bantu Nafas	- Tidak ada
	Palpasi	- Tidak teraba adanya krepitasi - Vokal premitus tidak dikaji karena penurunan kesadaran
	Perkusi	- Terdengar bunyi redup pada kedua lapang paru pasien
	Suara nafas	- Terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien
	Batuk	- Tampak pasien tidak mampu batuk dan mengeluarkan lendir
	Sputum	- Tampak sputum kental
	Alat bantu nafas	- Tampak pasien terpasang oksigen via <i>Non-Rebreathing Mask (NRM)</i> 15 liter/menit
	Lain – lain	Pernapasan : 33 x/menit SpO ₂ : 94%
	Pemeriksaan thorax	Pneumonia Bilateral
Blood (B2)	Suara Jantung	Tunggal
	Irama jantung	Terdengar irama jantung regular
	CRT	Tampak CRT kembali dalam 2 detik
	JVP	Normal (5+2 cmH ₂ O)
	CVP	Tidak ada
	Edema	Tampak tidak ada edema
	EKG	Hasil : Sinus Takikardi
	Lain – lain	Tanda-tanda vital : TD :190/100 mmHg S :39,2°C Hasil pemeriksaan laboratorium : Natrium 154 mmol/L Clorida 122 mmol/L

Tingkat kesadaran	Kualitatif : Sopor Kuantitatif (GCS) = 9 E : 2 V : 2 M : 5
Reaksi pupil	- Tampak isokor kiri dan kanan - Tampak ada reflex cahaya kiri dan kanan
Reflex fisiologis	- Refleks biceps positif - Refleks triceps positif
Reflex patologis	- Refleks babinsky positif - Kaku kuduk negatif
Meningeal sign	Tidak ada
Lain-lain Hasil CT Scan	Infark regio temporoparietal sinistra
Urine	Tampak urin berwarna kuning pekat dengan jumlah 200cc/ 8 jam
Kateter	Tampak pasien terpasang foley catheter size 16
Kesulitan BAK	Tidak dikaji karena penurunan kesadaran
Lain-lain	Tidak ada
Mukosa bibir	Tampak bibir kering
Lidah	Tampak lidah kotor
Keadaan gigi	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak gigi pasien tidak lengkap • Tidak terpasang gigi palsu
Nyeri telan	Tidak dikaji karena penurunan kesadaran
Abdomen	Tampak tidak ada distensi
Peristaltik usus	Terdengar peristaltik usus 12 x/menit
Mual	Tidak ada
Muntah	Tidak ada

Hematemesis	Tidak ada						
Melena	Tidak ada						
Terpasang NGT	Tampak pasien terpasang NGT No. 16						
Terpasang <i>colostomy bag</i>	Tampak tidak terpasang <i>colostomy bag</i>						
Diare	Tidak ada						
Asites	Tidak ada						
Lain – lain	-						
Turgor	Tampak turgor kulit jelek						
Perdarahan kulit	Tidak tampak adanya perdarahan kulit						
Icterus	Tidak tampak icterus						
Akral	Tampak pucat dan teraba hangat						
Pergerakan sendi	Tampak pergerakan sendi tidak bebas						
Fraktur	Tampak tidak ada fraktur						
Luka	Tampak luka dekubitus pada punggung bagian belakang derajat II						
Lain- lain	Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table>	0	3			0	3
0	3						
0	3						

Tabel 3.1 Pengkajian Primer

B. Diagnosis Keperawatan (Berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)

B1 (Breath) : Gangguan pola napas tidak efektif

B2 (Blood) : Tidak ada masalah keperawatan

B3 (Brain) : Resiko perfusi serebral tidak efektif

B4 (Bladder) : Tidak ada masalah keperawatan

B5 (Bowel) : Tidak ada masalah keperawatan

B6 (Bone) : Tidak ada masalah keperawatan

C. Tindakan Keperawatan Utama (berdasarkan diagnosis)

1. Memantau tanda – tanda vital
2. Memantau tingkat kesadaran
3. Memantau status pernapasan
4. Mengatur posisi semi-fowler (Elevasi Kepala 30°)
5. Melakukan perawatan luka
6. Melakukan *personal hygiene* dan *oral hygiene*
7. Kolaborasi pemasangan NGT (*nasogastric tube*)
8. Kolaborasi *suction*
9. Kolaborasi pemasangan kateter urine
10. Kolaborasi pemberian obat Neurosanbe 500 mg/24 jam, amlodipine 10mg, ceftriaxone 1gr/12 jam, citicolin 250 gr/12 jam, mecobalamin 500 gr/24 jam, paracetamol 500g tablet, CPG 75g, aspilet 80g, acetylcysteine 200 mg.

D. Evaluasi Hasil Tindakan (kondisi yang didapatkan setelah tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan)

NO	EVALUASI	PERAWAT
1	<p>Resiko Perfusi Serebral Tidak EfektifS</p> <p>:-</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak Kesadaran Menurun dengan GCS 9 2. Observasi TTV : TD : 142/84 mmHg Nadi : 85x /Menit 3. Hasil CT-Scan : Atrofi serebri, infark regio tempoparietal kiri. <p>A : Masalah resiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi : Manajemen Peningkatan TIK (I.06194)</p> <p>- Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala peningkatan 	Isabella Latuheru

<p>TIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor MAP 3. Monitor intake dan output cairan <p>- Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan elevasi kepala 30° <p>- Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat neuroproktetan (citicolin dan neurosanbe) <p>Perawatan Jantung Akut (I.02076)</p> <p>- Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor EKG 12 sedap dan untuk perubahan ST dan T 2. Monitor saturasi oksigen <p>- Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan tirah baring 2. Pasang akses intravena <p>- Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiplatelet (CPG dan Aspilet) 	
<p>Pola Napas Tidak Efektif</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien masih sesak 2. Tampak sputum kental 3. Tampak pasien terpasang oksigen via <i>non-Rebreathing Mask</i> (NRM) 15 Liter 4. Terdengar bunyi ronchi 5. Pernapasan : 28x /Menit 6. SpO2 : 97% 7. Pemeriksaan thorax : Pneumonia Bilateral <p>A : Masalah manajemen pola napas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi : Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>- Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor Pola Napas 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum <p>- Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi fowler 2. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 	<p>Jesika Palayukan</p>

3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4. Berikan oksigen NRM 15 liter/menit. - Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian mukolitik (Acetylcysteine)	
---	--

Tabel 3.2 Evaluasi

2. Pengkajian Sekunder

a. Identifikasi

1) Pasien

Nama Initial : Tn.H
Umur : 66 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Status Perkawinan : Menikah
Jumlah anak : 5 orang
Agama/Suku : Islam/Makassar
Warga Negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan: Bahasa Indonesia
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Pensiunan
Alamat Rumah : Jl. Kancil Selatan

2) Penanggung Jawab

Nama : Ny. E
Umur : 38 Tahun
Alamat : Jl. Kancil Selatan

Hubungan dengan pasien : Anak

b. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat Masuk : *Non-hemorrhagic Stroke (NHS)*

Saat Pengkajian : *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)*

c. Keadaan Umum

1) Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan : Tampak pasien sesak napas, terpasang oksigenvia NRM 15 liter/menit, infus RL 500cc 20 tpm, tampak pasien mengalami kelemahan anggota gerak, semua kebutuhan

pasien dibantu oleh perawat , tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan terpasang monitor, tampak terpasang kateter dan NGT.

2) Tanda-tanda vital

a) Kesadaran (Kualitatif) : Sopor

Skala Koma Glasgow (Kuantitatif)

(1) Respon motorik 5

(2) Respon Verbal 2

(3) Respon membuka mata 2

Jumlah 9

Kesimpulan : tidak koma

b) Tekanan darah : 190/100 mmHg

MAP : 130 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

c) Suhu : 39,2°C

d) Pernapasan : 33 x/menit

Irama : Takipnea

Jenis : Dada

e) Nadi : 104 x/menit

Irama : Takikardi

3) Pengukuran

a) Lingkar lengan atas : Tidak dikaji

b) Tinggi badan : 160 cm

c) Berat badan : 70 kg

d) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 27,3 kg/m

Kesimpulan : berat badan lebih

d. Pengkajian Pola Kesehatan

1) Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

a) Keadaan sebelum sakit

keluarga pasien mengatakan jika ada keluarganya yang sakit ringan mereka hanya akan membeli obat ke apotik. Namun jika keluarganya sudah sakit berat mereka akan langsung membawa ke rumah sakit terdekat. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan stroke sejak 1 tahun yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien rutin mengontrol kesehatannya ke dokter, keluarga pasien mengatakan pasien rutin mengonsumsi obat amlodipine 10mg setiap malam.

b). Riwayat penyakit saat ini :

(1) Keluhan Utama : Kesadaran Menurun

(2) Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan badan sebelah kanan dan tiba-tiba sulit berbicara setelah bangun tidur sejak 30 april 2023. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak mau makan dan disertai demam sejak tanggal 01 mei 2023. Keluarga pasien mengatakan demam tidak kunjung menurun disertai sesak napas sehingga keluarga membawa pasien ke IGD Rumah Sakit Bhayangkara pada tanggal 02 Mei 2023. Setelah dilakukan pemeriksaan dan penanganan di IGD pasien dipindahkan ke ruangan ICU pada jam 06.00. pengkajian dilakukan di ICU pada tanggal 03 Mei 2023, Pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur dengan kesadaran sopor, GCS 9 (E2V2M5) uji kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan nilai 0, tangan kiri dan kaki kiri nilai 3. tekanan darah 190/100 mmHg, nadi teraba kuat 104 x/menit, pasien tampak sesak, pernapasan

33 x/menit, SPO₂ 94%, suhu 39,2°C, akral teraba hangat. tampak terpasang RL 500 ml 20 tpm/menit,

oksigen dengan NRM 15 liter Tampak terpasang kateter urine dan NGT. Tampak luka pada daerah panggul pasien, tampak kulit kotor dan bersisik, rambut kotor dan berbau. Hasil pemeriksaan CT Scandidapatkan atrofi serebri, infark regio temporoparietal sinistra. Hasil foto thorax Pneumonia Bilateral. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil WBC15.40, Natrium 154 mmol/L, Kallium 5.6 mmol/L, Clorida 122 mmol/L.

(3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :
 Keluarga mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan riwayat stroke sejak 1 tahun yang lalu.

(4) Riwayat kesehatan keluarga :
 Keluarga pasien mengatakan ibu pasien memilikiriwayat penyakit hipertensi.

Pemeriksaan fisik :

1. Kebersihan Rambut : Tampak rambut kotor dan beruban
2. Kulit kepala : Tampak kotor, tampak ada lesi, berbau dan tekstur kepala keras
3. Kebersihan kulit : kulit tampak kotor
4. Kebersihan rongga mulut : tampak saliva berwarna putih, tidak ada radang
5. Kebersihan genitalia : tampak kotor
6. Kebersihan anus : tampak kotor

2) Pola nutrisi dan metabolik

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan menu nasi, sayur dan ikan. Serta mengonsumsi air putih 3-5 gelas per hari.

b) Keadaan sejak sakit

Tampak pasien mengonsumsi diet hipertensi selama

dirawat ICU yaitu susu peptisol 6 x 100cc via NGT.

c) observasi

Tampak terpasang NGT Fr.16, tampak cairan lambung berwarna kuning, tampak pasien terpasang infus RL 500cc 20/tpm.

d) Pemeriksaan Fisik :

- (1) Keadaan Rambut : Tampak rambut kotor dan beruban
- (2) Hidrasi Kulit : Hidrasi kulit kembali >3 detik
- (3) Palpebra/conjungtiva : Tampak palpebra tidak edema/conjungtiva tampak anemis
- (4) Sclera : tampak tidak ikterik
- (5) Hidung : tampak hidung kotor, tampak lesi
- (6) Rongga mulut : tampak saliva berwarna putih
- (7) Gusi : tampak tidak ada peradangan
- (8) Gigi : tampak ada karang gigi, tidak ada gigi palsu
- (9) Kemampuan mengunyah keras : pasien tidak mampu mengunyah keras
- (10) Lidah : tampak kotor
- (11) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
- (12) Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran
- (13) Kelenjar parotis : tidak teraba pembesaran
- (14) Abdomen :
 - Inspeksi : tampak tidak ada benjolan
 - Auskultasi : peristaltik usus 12 x/menit
 - Palpasi : tidak ada benjolan
 - Perkusi : terdengar bunyi timpani
- (15) Kulit :
 - Edema : Negatif
 - Icteric : Negatif
 - Tanda – tanda radang : tidak ada
 - Lesi : Tampak ada lesi

3) Pola Eliminasi :

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien mampu BAB 1-2x setiap hari dan BAK 3-4x setiap hari. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada keluhan saat BAB maupun BAK.

b) Keadaan sejak sakit

Pasien terpasang pampers dan BAB 1x setiap hari dengan konsistensi lunak.

c) Observasi

Tampak pasien terpasang kateter No.16 (pemakaian 1 hari)

d) Pemeriksaan fisik

- (1) Peristaltik usus : 12 x/menit
- (2) Palpasi kandung kemih : kosong
- (3) Nyeri ketuk ginjal : negatif
- (4) Mulut uretra : tampak bersih
- (5) Anus
Peradangan : tidak ada
Hemoroid : tidak ada
Fistula : tidak ada

4) Pola aktivitas dan latihan

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien adalah seorang pensiunan polisi. Aktivitas yang biasa pasien lakukan yaitu menonton TV. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga dan jika ada waktu senggang pasien hanya akan berkumpul dengan keluarga di rumahnya.

b) Keadaan sejak sakit

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur

- (1) Aktivitas harian :
 - (a) Makan : 4
 - (b) Mandi : 4
 - (c) Pakaian : 4
 - (d) Kerapihan : 4
 - (e) Buang air besar : 4
 - (f) Buang air kecil : 4
 - (g) Mobilisasi di tempat tidur : 4
- (2) Postur tubuh : tidak dikaji
- (3) Gaya jalan : tidak dikaji
- (4) Anggota gerak yang cacat : tidak ada
- (5) Fiksasi : tidak ada
- (6) Tracheostomi : tidak ada

c) Pemeriksaan fisik

- (1) Tekanan darah
 - Berbaring : 190/100 mmHg
 - Duduk : - mmHg
 - Berdiri : - mmHg
 - Kesimpulan : -
- (2) Nadi : 104 x/menit
- (3) Kulit :
 - Keringat dingin : -
 - Basah : -
- (4) JVP : 5+2cmH₂O
 - Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai
- (5) Perfusi pembuluh kapiler kuku :
 - Kembali dalam waktu 4 detik
- (6) Thorax dan pernapasan
 - (a) Inspeksi
 - Bentuk thorax : tampak simetris
 - Retraksi interkostal : ada

Sianosis : tampak tidak sianosis

Stridor : tidak ada

(7) Jantung

- Inspeksi : ictus cordis : tidak tampak
- Palpasi : 104 x/menit
- Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 6 linea axilaris anterior

- Auskultasi :

Bunyi jantung II A : tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : tunggal, ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : tidak ada

Murmur : tidak ada

Bruit : Aorta : tidak ada

Renalis Femoralis : tidak ada

(8) Lengan dan tungkai

(a) Atrofi otot : Negatif

(b) Rentang gerak

Kaku sendi : pasien mengalami penurunan kesadaran

Nyeri sendi : pasien mengalami penurunan kesadaran

Fraktur : tampak tidak ada fraktur

(c) Uji kekuatan otot : kesan : Hemiparese Dextra

0	3
0	3

(d) Refleks fisiologis : Biceps (+), triceps (+)

(e) Refleks patologi

Babinsky, kiri : Positif

Kanan : Positif

(f) Clubbing jari – jari : tidak ada

(g) Columna vetebralis :

Inspeksi : tampak tidak ada kelainan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : tidak ada

5) Pola tidur dan istirahat

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien baik, dalam sehari pasien tidur 6-8 jam, kadang kala tidur pada siang hari.

b) Keadaan sejak sakit

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. Ekpresi wajah mengantuk : Negatif

Banyak menguap : Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

6) Pola persepsi kognitif

a) Keadaan sebelum sakit

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

b) Keadaan sejak sakit

tampak pasien tidak mampu berbicara, kesadaran sopor, GCS-9 (E2V2M5)

c) Pemeriksaan fisik

(1) Penglihatan

(a) Kornea : tampak jernih

(b) Pupil : tampak isokor kanan dan kiri

(c) Lensa mata : tampak jernih

- (d) Tekanan intra okuler (TIO) : teraba sama kiri dan kanan
- (2) Pendengaran
 - (a) Pina : tampak simetris kiri dan kanan
 - (b) Kanalis : tampak bersih
 - (c) Membran timpani : tampak utuh
- (3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai
Pasien tidak mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai kanan

7) Pola persepsi dan konsep diri

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki gangguan pendengaran atau gangguan penglihatan. Keluarga pasien mengatakan jika pasien sakit ia langsung memberitahukan kepada anaknya.

b) Keadaan sejak sakit

Tampak pasien tidak mampu berbicara, tampak pasien lemah

c) Observasi

- (1) Kontak mata : tidak ada kontak mata
- (2) Rentang perhatian : pasien mengalami penurunan kesadaran
- (3) Suara dan cara bicara : pasien tidak mampu berbicara
- (4) Postur tubuh : tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur

d) Pemeriksaan fisik

- (1) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
- (2) Bentuk/postur tubuh : tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur
- (3) Kulit : tampak ada lesi

8) Pola peran dan hubungan dengan sesama

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien berperan sebagai

kepala keluarga. Keluarga pasien mengatakan pasien selalu bangga pada dirinya.

b) Keadaan sejak sakit

mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarganya baik-baik saja. Keluarga selalu memberikan semangat dan dukungan dalam proses penyembuhan pasien.

c) Observasi

tampak keluarga pasien menemani pasien selamadirawat di ICU, dan dikunjungi oleh saudara-saudara pasien.

9) Pola reproduksi dan seksualitas

a) Keadaan sebelum sakit

Tidak dikaji karena penurunan kesadaran

b) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji karena penurunan kesadaran

c) Observasi

Tidak dikaji karena penurunan kesadaran

10) Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap aktivitas

a) Keadaan sebelum sakit

Tidak dikaji karena penurunan kesadaran

b) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji karena penurunan kesadaran

11) Pola sistem nilai kepercayaan

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama islam dan sebelum sakit pasien selalu meluangkan waktu untuk sholat

b) Keadaan sejak sakit

Tampak keluarga pasien membacakan doa untuk pasien

e. Uji saraf kranial

1) Nervus I

Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

2) Nervus II

Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

3) Nervus III, IV, VI

Tampak pupil isokor dan refleks terhadap cahaya positif

4) Nervus V

Sensorik : tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Motorik : otot masseter pasien tampak kuat

5) Nervus VII

Sensorik : tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Motorik : tampak pasien mengerutkan dahi saat diberikan rangsangan nyeri

6) Nervus VIII

Vestibularis : tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Akustikus : tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

7) Nervus IX

Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

8) Nervus X

Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

9) Nervus XI

Tampak pasien mampu mengangkat bahu kiri dan tidak mampu mengangkat bahu kanan

10) Nervus XII

Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

f. Pemeriksaan Penunjang

1) CT-Scan

Kesan : atrofi serebri, infark regio tempoparietal kiri

2) Foto thorax

Kesan : Pneumonia Bilateral

3) Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Darah		
WBC	15.40 /uL	4.0 – 10.0
RBC HGB	4.56/uL	4.0 – 5.50
MCV	12.6 g/dl	11.0 – 16.0
MCH	88.6 fL	80.0 – 100.0
MCHC	27.6 pg	27.0 – 34.0
PLT	31.2 g/dl	30.0 – 36.0
RDW-SD	312/ uL	150.0 –400.0
RDW-CV	45.7 fL	35.0 – 56.0
PDW	12.8	11.0-16.0
MPV	12.5 fL	9.0 – 17.0
P-LCR	10.1 fL	6.5 – 12.0
Kimia Darah	25.3	11.0 – 45.0
Gula darah sewaktu		
ELEKTROLIT	99 mg/dl	100 – 140
Natrium (Na)		
Kalium (K)	154 mmol/L	136 – 145
Clorida (CL)	5.6 mmol/L	3,5 – 5,1
	122 mmol/L	98 – 106

Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang

ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Data Subjektif : DataObjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak GCS 9 (E2V2M5) (Sopor) - Tekanan darah : 190/100 mmHg - Frekuensi nadi : 103x/menit - Suhu tubuh 39°C - Hasil CT Scan :atrofi serebri, infark regio temporoparietal kiri. - Tampak hasil EKG : sinus takikardi - Tampak hasil WBC: 15.40³/uL 	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif
Data objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - Tampak pasien tidak mampu batuk dan tidak mampu mengeluarkan lendir - Tampak sputum kental - Terdengar bunyi ronchi - Terdengar bunyi redup pada kedua lapang paru pasien - Pernapasan: 33 x/menit - SpO₂:94% - tampak pemeriksaan thorax : Pneumonia Bilateral 	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien terbaring lemah selama 3 hari yang lalu di rumah Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka dekubitus pada daerah panggul pasien - Tampak luka kemerahan - Tampak pasien meringis - Tampak derajat luka dekubitus: derajat II 	Penurunan mobilitas	Gangguan integritas kulit/jaringan

<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sejak pasien sakit pasien hanya mau mandi satu kali dalam seminggu - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mampu untuk mandi secara mandiri - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien dibantu oleh keluarga untuk makan, berpakaian, dan berjalan ke toilet <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak rambut kotor dan berbau - Tampak kulit kotor dan bersisik - Tampak gigi kotor terdapat bekas makanan di sela-sela gigi 	Kelemahan	Defisit perawatan diri
---	-----------	------------------------

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Kode	Diagnosis Keperawatan
D.0017	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
D.0005	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
D.0192	Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
D.0109	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 9 (E2V2M5) (Sopor) - Tampak turgor kulit pasien menurun - Akral teraba hangat - Tekanan darah : 190/100 mmHg - Frekuensi nadi : 103 x/menit - Pernapasan : 33 x/menit - Tampak Hasil CT Scan :atrofi serebri, infark regio temporoparietal kiri. - Tampak hasil EKG sinus takikardi 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil (L.02014):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran cukup meningkat - Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolik membaik - Demam cukup menurun 	<p>(I.06194) Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis. Tekana darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler,kesadaran menurun) - Monitor MAP - Monitor intake dan ouput cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan Elevasi kepala 30⁰ <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat neuroprotektan (citicolin & neurosanbe) <p>(I.02076) Perawatan jantung akut</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor EKG 12 sedapan untuk perubahan ST dan T - monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan tirah baring - Pasang akses intravena (Cairan RL 20/tpm)

		<p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian antiplatelet (CPG& Aspilet)</p> <p>(I.02062 pemberian obat)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi kemungkinan alergi dan kontraindikasi obat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan prinsip 6 benar pemberian obat (benar pasien, benar obat, dosis, rute dan dokumentasi). <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan jenis obat , alasan pemberian, dan tindakan yang diharapkan.
--	--	--

<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - Tampak pasien tidak mampu batuk dan tidak mampu mengeluarkan lendir - Tampak sputum kental - Terdengar bunyi redup pada kedua lapang paru - Terdengar bunyi ronchi - Pernapasan: 33 x/menit - SpO₂:94% <p>tampak pemeriksaan thorax : Pneumonia Bilateral</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil (L01004)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea cukup menurun - Penggunaan otot bantu napas cukup menurun - Frekuensi napas cukup membaik - Bunyi napas tambahan berkurang 	<p>(I.01011) Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor sputum <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi fowler - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu - Berikan oksigen NRM 15 liter/ menit <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian mukolitik (Acetylcysteine) 200mg
---	---	---

<p>Gangguan integritas kulit b/d penurunan mobilitas</p> <p>DS :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien terbaring lemah selama 3 hari yang lalu di rumah</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka dekubitus pada daerah panggul pasien - Tampak luka kemerahan - Tampak tidak ada pus dan tidak berbau - Tampak derajat luka dekubitus: derajat II - Suhu tubuh : 39,2°C - Hasil WBC: 15.40³/uL 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil(L.14125)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan lapisan kulit cukup menurun - Kemerahan cukup menurun - Suhu kulit cukup membaik 	<p>(I.14564) Perawatan luka</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (mis. Warna ukuran, bau) <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersikan dengan cairan NaCl 0,9% - Pasang balutan sesuai dengan jenis luka - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotik (ceftriaxone) 1gr/12 jam
--	---	--

<p>Defisit perawatan diri b/d kelemahan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sejak pasien sakit pasien hanya mau mandi satu kali dalam seminggu - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mampu untuk mandi secara mandiri - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien dibantu oleh keluarga untuk makan, berpakaian, dan berjalan ke toilet <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak rambut kotor dan 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan perawatan diri (L.11103) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan kebersihan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan mulut meningkat 	<p>(I.11352) Dukungan Perawatan Diri: mandi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut mulut, kulit, kuku) - Monitor integritas kulit <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan mulut - Fasilitasi mandi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien
--	--	--

<p>Berbau</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak kulit kotor dan bersisik- Tampak gigi kotor terdapat bekas makanan di sela-sela gigi- Kekuatan otot kiri 0 0 kanan 3 3		
---	--	--

D. IMPLEMENTASI

Nama Pasien : Tn. H

Umur : 66 Tahun

Tanggal		Waktu	Implementasi
3 mei 2023	I,II,II	07.10	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekana darah meningkat nadi meningkat ,pernapasan,kesadaran menurun) Hasil: tampak hasil ttv Td: 170/90 mmHg N:100x /menit P:35x /menit S:39,2'C Tampak kesadaran menurun dengan GCS: E:2, V:2, M:5 (sopor)
	I,II	07.20	- Memonitor status pernapasan Hasil:tampak pasien sesak, tampak Spo2:94%
	I,II		- Memberikan oksigen via NRM15 liter/ menit hasil : tampak terpasang oksigen NRM dengan spo2: 96%
	II		- Memberikan posisi posisi Elevasi kepala 30° Pada pasien di tempat tidur Hasil: tampak spo2: 96% TD: 160/90 N: 98x/m
			- Mempertahankan tirah baring Hasil : tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur
	I		- Berkolaborasi pemberian pemberian obat antipiretik Hasil: : Paracetamol infus 1gr/ 8 jam
	I,III	07.40	- Kolaborasi pemberian obat neuroprotektan Hasil: Citicolin 250gr /12 jam/IV Mecobalamin 500gr /24 jam/IV Neurosanbe 500mg /24 jam/drips
	I		- Berkolaborasi pemberian Obat antiplatelet Hasil: Cpg 74g 1x1/ oral Aspilet 80gr 1x1/oral

	I		- Memonitor kebersihan tubuh Hasil: tampak tubuh pasien kotor, tampak mulut dan gigi kotor
			- Memonitor integritas kulit Hasil: tampak kulit pasien kering dan bersisik
	IV	08.00	- Memfasilitasi mandi dan menggosok gigi Hasil: tampak pasien dimandikan oleh perawat Tampak pasien cukup bersih
	IV		- Memonitor karakteristik luka (mis. Warna ukuran, bau) Hasil : tampak luka pasien berwarna kemerahan, tidak berbau, tampak derajat luka: II
	IV		- Membersihkan luka dengan cairan NaCl Dan memasang balutan sesuai dengan jenis luka Hasil: tampak luka bersih, tampak luka dibalut dengan kassa
	III	08.30	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pernapasan, kesadaran menurun) Hasil: Tampak hasil ttv TD: 150/90 mmHG N: 100menit S : 38,3°C P: 35x/menit
	I		- Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Hasil: tampak tidak ada luka dekubitus yang baru
		09.00	- Memonitor intake cairan Hasil : tampak pasien diberikan susu peptisol 100cc
			- Memasang akses intravena Hasil : tampak pasien terpasang Cairan RI: 400cc /20tpm
			- Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : suara napas terdengar ronchi pada kedua lapang dada

	I,II		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi elevasi kepala 30⁰ <p>Hasil : tampak kepala pasien ditinggikan 30⁰,</p> <p>Tampak spo2 96%</p> <p>TD :150/87mmHg</p> <p>N: 98X/m</p>
	I	09.30	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik dan memonitor sputum <p>Hasil: tampak sputum berwarna putih dan kental</p>
	II		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan fisioterapi dada <p>Hasil: tampak pasien diberikan fisioterapi dada</p>
	II		<ul style="list-style-type: none"> - Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p>Hasil: tampak pasien miring ke kanan, tampak tidak ada luka dekubitus yang baru</p>
	I,II	10.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekana darah meningkat,tekanan nadi melebar,bradikardi,pernapasan,kesadaran menurun) <p>Hasil: tampak hasil ttv</p> <p>TD: 150/90 mmHG</p> <p>N: 101 x/m</p> <p>P:30 x/menit</p> <p>S:38'C</p>
	II		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake cairan <p>Hasil: tampak pasien diberikan Susu peptisol 100cc melalui NGT</p> <p>AP 50cc</p>
	II		<ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi pemberian obat mukolitik <p>Hasil: Acetylcysteine 200mg/1x1 oral</p>
	II	11.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor itake cairan <p>Hasil: Ap 100cc melalui NGT</p>
	I		<ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi pemberian antibiotik <p>Hasil: cefrtixone 1gr/ 12 jam</p>
			<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekana darah meningkat,tekanan nadi melebar,bradikardi,pernapasan,kesadaran menurun) <p>Hasil: tampak hasil ttv</p> <p>TD: 155/90 mmHG</p>

	I,II		<p>N: 98x /m P:30x /Menit S:38'C Tampak kesadaran menurun GCS: E:2, V:2, M:5 (sopor) Tampak MAP: 112(perfusi ginjal kurang memadai)</p> <p>- Memonitor EKG Hasil: tampak hasil EKG sinus takikardi</p> <p>- Memonitor ouput Hasil: tampak urine berwarna kuning jernih dengan jumlah 350cc/8jam</p> <p>- Memonitor dan mendokumentasikan balance cairan Hasil: Input RL : 400cc /8 Jam Pct:100cc NGT:400/ 8jam Total input :900cc</p> <p>Ouput Urine :400cc IWL (12xbb)/24 $12 \times 70 / 8 = 105$ $= 105$</p> <p>- Balance cairan = Input – (Output + IWL) $900\text{cc} - (400 + 105)$ $900 - 505$ $= (+)395\text{cc/}$</p>
04 mei 2023	I,II	07.10	<p>- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil: tampak hasil ttv TD: 150/92 mmHg N:100menit</p>

			<p>P:32x/menit S:38,2°C Tampak kesadaran menurun dengan GCS: E:2, V:2, M:5 (sopor)</p> <p>- Memberikan oksigen via NRM 13 liter/ menit Hasil: tampak pasien terpasang NRM 13 liter, tampak spo2 96%</p> <p>- Berikan posisi <i>head-up</i> 30° Pada pasien di tempat tidur Hasil: tampak spo2 96%</p> <p>TD: 150/90 mmHg N:100x/m</p> <p>- Berkolaborasi Berkolaborasi pemberian neuroprotektan Hasil: pasien diberikan obat Citicolin 250gr/12 jam/IV Mecobalamin 500gr/24 jam/IV Neurosanbe 500mg/24 jam/drips</p> <p>- berkolaborasi pemberian antipiretik Hasil:Paracetamol infus 1gr/ 8 jam</p> <p>- Memonitor kebersihan tubuh Hasil: tampak tubuh pasien kurang bersih</p> <p>- Memonitor integritas kulit Hasil: tampak kulit kering dan masih bersisik</p> <p>- Memfasilitasi pasien untuk mandi dan menggosok gigi Hasil:tampak pasien dimandikan oleh perawat Tampak pasien cukup bersih</p> <p>- Memonitor karakteristik luka (mis. Warna ukuran, bau) Hasil: tampak luka pasien berwarna kemerahan, tidak berbau</p> <p>- Membersihkan dengan cairan NaCl Pasang balutan sesuai dengan jenis luka Hasil: tampak luka bersih</p>
	III		
	I		
	I		
	III	08.00	
	IV		
	IV		
	IV		
	III	08.30	<p>- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil: TD: 150/80 mmHG</p>

	<p>III</p> <p>I, II,III</p> <p>II</p> <p>I</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>09.00</p> <p>10,00</p>	<p>N :90 mmHg P:30x/menit S:37,5'C</p> <p>- Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Hasil: tampak tidak ada luka dekubitus yang baru</p> <p>- Memonitor intake cairan Hasil : tampak pasien diberikan susu peptisol 100cc Cairan RI: 500cc/ 20Tpm</p> <p>- Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: suara napas terdengar ronchi dikedua lapang dada</p> <p>- Memberikan Berikan posisi elevasi kepala 30° Hasil: tampak spo2 96% TD: 150/80 mmHg N: 88X/m</p> <p>- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik dan memonitor sputum Hasil: tampak sputum berwarna putih dan kental</p> <p>- Melakukan fisioterapi dada Hasil: tampak pasien diberikan fisioterapi dada</p> <p>- Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Hasil: tampak pasien miring ke kanan</p> <p>- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil: tampak hasil: TD: 145/80 mmHg N:90x/m P:29x/menit S:37,8'C</p> <p>- Memonitor intake cairan Hasil: tampak pasien diberikan susu peptisol 100cc melalui NGT</p> <p>- Kolaborasi pemberian anti pletelet Hasil: CPG 75 mg/1x1 oral</p>
--	--	---------------------------	--

	I	12.00	<p>Apilet 80 mg/1x1 oral</p> <p>- Berkolaborasi pemberian anti hipertensi Hasil:Amlodipine 10mg/1x1 oral</p>
		13.00	<p>- Berkolaborasi memberikan obat mukolitik Hasil: Acetylcysteine 200mg/1x1 oral</p> <p>- Memonitor itake cairan Hasil: Ap 50cc melalui NGT</p>
	I	13.30	<p>- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil:</p> <p>TD 140/90 mmHg N :90x/m P 30x/Menit S :38'C Impak kesadaran menurun dengan GCS : E:2, V:2, M:5 (sopor)</p> <p>-Memonitor MAP Hasil: tampak MAP: : 107 (perfusi ginjal kurang memadai)</p>
	II		<p>- Memonitor ouput Hasil: tampak urine berwarna kuning jernih dengan jumlah 400cc/8jam</p>
	I	13.50	<p>- Memonitor dan mendokumentasikan balance cairan Hasil:</p> <p>Input RL : 400cc/8 Jam Pct:100cc NGT:350/ 8jam Total input :850cc Ouput urine :400cc IWL (12xbb)/24 $12 \times 70 / 8 = 105$ $= 105$ Balance cairan =Input – (Output + IWL) $850\text{cc} - (400 + 105)$ $= 850 - 505$</p>
	II,III		

	I		=(+) $345\text{cc}/8\text{jam}$
	I		
5 mei 2023	I,II,III	14.10	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor peningkatan TIK Hasil: TD: 150/80 mmHg N :86x/m P:28x/Menit S:37,7°C tampak GCS: E:2, V:2, M:5 sopor) - Memonitor pola napas Hasil: tampak sesak berkurang - Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: suara napas ronchi berkurang - Memberikan Berikan posisi <i>head-up</i> 30° Hasil: tampak spo2: 97% Td: 150/80 mmHg N: 85x/m - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik dan memonitor sputum Hasil: tampak sputum berwarna putih
	II		
	II		
	I		
	II		
	II		

			<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan fisioterapi dada Hasil: tampak pasien diberikan fisioterapi dada
	II		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan oksigen via NRM 13 liter/menit Hasil: tampak pasien terpasang NRM 13 liter, tampak spo2: 97%
	I		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake cairan Hasil: tampak pasien diberikan susu peptisol 100cc AP 50cc Cairan RI: 500cc/ 20Tpm
	I	15.00	<ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi pemberian neuroprotektan Hasil: Citicolin 250gr/12 jam/IV Mecobalamin
	I		<ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi pemberian anti pletelet Hasil: CPG 75 mg/1x1 oral Apilet 80 mg/1x1 oral
	III		<ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi pemberian obat antipiretik Hasil: Paracetamol infus 1gr/ 8 jam
	III		<ul style="list-style-type: none"> - Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Hasil: tampak pasien miring ke kiri Tampak tidak ada luka dekubitus yang baru
	I	16.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil:tampak hasil ttv TD: 152/83mmHG N: 89menit P: 29x/menit S: 38,2'C Tampak GCS: E:2, V:2, M:5 (sopor)
	IV		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kebersihan tubuh Hasil: tampak pasien kotor
	IV		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor integritas kulit Hasil: tampak kulit pasien kering
			<ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi mandi dan menggosok gigi pasien

	IV		Hasil: tampak pasien dimandikan oleh perawat
	IV		Tampak pasien bersih Tampak mulut dan gigi pasien bersih
	III	17.00	- Memonitor karakteristik luka (mis. Warna ukuran, bau) Hasil: tampak luka pasien berwarna kemerahan, tidak berbau
	III		- Membersihkan dengan cairan NaCl 0,9% dan memasang balutan sesuai dengan jenis luka Hasil: tampak luka bersih, tampak tidak ada penambahan luas luka Tampak ekspresi pasien meringis pada saat melakukan perawatan luka
	I		- Memonitor intake cairan Hasil: tampak pasien diberikan susu peptisol 100cc AP 50cc
	III		- Berkolaborasi pemberian antibiotik Hasil: ceftriaxone 1gr/12 jam
	I		- Berkolaborasi pemberian obat anti hipertensi Hasil :Amlodipine 10mg/1x1 oral
	III		- berkolaborasi pemberian obat mukolitik hasil: Acetylcysteine 200mg/1x1 oral
	I		- Memonitor intake cairan Hasil: Ap 50cc melalui NGT
	II		- memonitor peningkatan TIK Hasil: Hasil: tampak hasil ttv TD: 140/83mmHG N:89menit P:29x/menit S:38,°C - Memberikan oksigen via NRM 13 liter/ menit Hasil: tampak pasien terpasang NRM 13liter, tampak spo2:97%

	III		<ul style="list-style-type: none"> - Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p>Hasil: tampak tidak ada luka dekubitus yang baru</p>
	I		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi elevasi kepala 30° Pada pasien di tempat tidur <p>Hasil: tampak spo2 97%</p>
	I		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake cairan <p>Hasil: tampak pasien diberikan susu peptisol 100cc AP 50cc</p>
	I,II,III	19.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor peningkatan tekanan darah frekuensi jantung, irama napas dan suhu <p>Hasil: tampak hasil ttv TD: 142/84mmHg N:85menit P:28x/menit S: 38'c Tampak kesadaran menurun dengan GCS: E:2, V:2, M:5 (sopor)</p> <p>Tampak MAP: 103 (perfusi ginjal tidak memadai)</p>
		20.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor ouput <p>Hasil: tampak urine berwarna kuning jernih dengan jumlah 400cc/8jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor dan mendokumentasikan balance cairan <p>Hasil: Input RL : 400cc/8 Jam Pct:100cc NGT:350/ 8jam Total input :850cc Ouput Urine :450cc IWL (12xbb)/24 $12 \times 70 / 8 = 105$ =105</p>
		20.30	<p>Balance cairan = Input – (Output + IWL) $850\text{cc} - (450 + 105)$ =850-633 =(+)295cc/8jam</p>

E. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Tn.H

Umur : 66 thn

Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
03 mei 2023	<p>B1. Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi S :tidak ada</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak GCS E2V2M5, Sopor - Tampak ttv: Td: 155/90 mmHg N:98 x/m - Tampak MAP:112 (perfusi ginjal kurang memadai) <p>A :Masalah Resiko perfusi serebral belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Pantau tekanan intrakranial dan pemberian obat</p> <p>B2.Manajemen pola napas b/d hambatan upaya napas S : Tidak ada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - tampak penggunaan otot bantu napas - Tampak Pernafasan terdengar ronchi - Tampak lendir berwarna putih dan kental - Tampak Pernafasan: 30X/menit - Tampak Spo2 : 95% <p>A : Masalah manajemen pola napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan napas</p> <p>Diagnosa III Gangguan integritas kulit/jaringan b/d penurunan mobilitas S :Tidak ada</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tidak bertambahnya luas luka - Tampak ekspresi wajah meringis saat dilakukan perawatan luka - Tampak luka pasien berwarna kemerahan, tidak Berbau 	Jesika

	<ul style="list-style-type: none"> - tampak luka bersih dan teraba hangat - S:38'C <p>A : masalah gangguan interitas kulit/ jaringan belum teratasi P : lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <p>Diagnosa IV. Defisit perawatan diri b/d kelemahan S : Tidak ada</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien cukup bersih - Tampak kulit kering dan bersisik - Tampak mulut dan gigi pasien cukup bersih <p>A : masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi dukungan perawatan diri mandi</p>	
04 Mei 2023	<p>B1. Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi S : tidak ada</p> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak GCS E2V2M5, Sopor - Tampak ttv: Td 140/90 mmHg N:90X /m S:38'C - Tampak MAP: 107 (perfusi ginjal kurang memadai) <p>A : Masalah Resiko perfusi serebral teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi Pantau tekanan intrakranial dan pemberian obat</p> <p>B2. Manajemen pola napas b/d hambatan upaya napas S : Tidak ada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - tampak penggunaan otot bantu napas - Tampak Pernafasan terdengar ronchi - Tampak lendir berwarna putih dan kental - Tampak Pernafasan: 30X/menit 	Isabella

	<p>- Tampak Spo2 : 95%</p> <p>A : Masalah manajemen pola napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan napas</p> <p>Diagnosa III Gangguan integritas kulit/jaringan b/d penurunan mobilitas S :Tidak ada O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tidak bertambahnya luas luka - Tampak ekspresi wajah meringis saat dilakukan perawatan luka - Tampak luka pasien berwarna kemerahan, tidak Berbau - tampak luka bersih dan teraba hangat <p>A : masalah gangguan interitas kulit/ jaringan belum teratasi P : lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <p>Diagnosa IV. Defisit perawatan diri b/d kelemahan S :Tidak ada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien cukup bersih - Tampak kulit kering dan bersisik - Tampak mulut dan gigi pasien cukup bersih <p>A : masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi dukungan perawatan diri mandi</p>	
05 mei 2023	<p>B1. Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi S :tidak ada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak GCS E2V2M5, Sopor - Tampak ttv: Td 142/84mmHg N: 85x /menit S:38'C - Tampak MAP:103 (perfusi ginjal tidak memadai) <p>A :Masalah Resiko perfusi serebral teratasi sebagian</p>	Jessika

	<p>P : Lanjutkan intervensi Pantau tekanan intrakranial dan pemberian obat</p> <p>B2.Manajemen pola napas b/d hambatan upaya napas S : Tidak ada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - tampak penggunaan otot bantu napas - Tampak Pernafasan terdengar ronchi - Tampak lendir berwarna putih dan kental - Tampak Pernafasan: 28X/menit - Tampak Spo2 : 97% <p>A : Masalah manajemen pola napas teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan napas</p> <p>Diagnosa III Gangguan integritas kulit/jaringan b/d penurunan mobilitas S :Tidak ada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tidak bertambahnya luas luka - Tampak ekspresi wajah meringis saat dilakukan perawatan luka - Tampak luka pasien berwarna kemerahan, tidak Berbau <p>A : masalah gangguan integritas kulit/ jaringan belum teratasi P : lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <p>Diagnosa IV. Defisit perawatan diri b/d kelemahan S :Tidak ada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien cukup bersih - Tampak kulit kering dan bersisik - Tampak mulut dan gigi pasien cukup bersih <p>A : masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi dukungan perawatan diri mandi</p>	
--	--	--

DAFTAR OBAT

1. Citicoline

- a) Klasifikasi / golongan : golongan obat neuroprotektan
- b) Dosis umum : dosis 500-1000 mg IV/IM / 24 jam
- c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500mg / 8jam/ iv
- d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500mg/12 jam
- e) Cara pemberian obat : Intravena
- f) Mekanisme kerja dan fungsi obat : citicoline bekerja dengan cara merangsang pembentukan phosphatidylcholine di otak, memperbaiki membran sel melalui peningkatan sintesis phosphatidylcolin, kemudian memperbaiki neuron kolinergik yang rusak melalui potensial dari produksi asepticolin, lalu mengurangi penumpukan asam lemak bebas pada kerusakan sphingomyelin setelah suatu keadaan iskemia. Citicolin digunakan untuk mengobati penyakit alzheimer dan jenis dimensia lainnya, luka dikepala, stroke, penyakit parkinson serta glucoma.
- g) Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : sebagai neuroproteksi untuk mencegah kerusakan otak dan membantu pembentukan membran sel di otak (*neurorepair*).
- h) Kontra indikasi : tidak boleh diberikan pada seorang dengan hipertonia system saraf parasimpatis.
- i) Efek samping : ruam-ruam, insomnia, sakit kepala, pusing, mual, anoreksia, perubahan tekanan darah sementara atau

malaise.

2. Obat Aspilet

- a) Nama obat : Aspilet
- b) Klasifikasi / golongan : Antiplatelet
- c) Dosis umum : 50-325 mg
- d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 tablet / 1x1
- e) Cara pemberian obat : NGT
- f) Mekanisme kerja dan fungsi obat :
 - 1) Mekanisme kerja: Dengan penghambatan aktivitas COXS-1 yang berperan untuk metabolisme enzim utama dari asam arakidonat yang merupakan prekursor prostaglandin yang memainkan peran utama dalam patogenesis peradangan, nyeri dan demam.
 - 2) Manfaat obat: Untuk membantu mengencerkan darah, sehingga bisa mencegah penggumpalan di pembuluh darah
- g) Alasan pemberian : karena pasien menunjukkan tanda dan gejala stroke sehingga pasien diberikan aspilet untuk mencegah perdarahan yang mungkin terjadi di otak.
- h) Kontraindikasi : Hipersensitif, penderita asma, pasien yang mengkonsumsi obat antikoagulan, penderita luka pada usus 12 jari dan dinding lambung, penderita pendarahan pada bagian bawah kulit, pasien dengan gangguan dengan pembekuan darah.
- i) Efek samping obat : Demam, sakit kepala, mual, nafsu makan menurun, sakit pinggang dan kram otot, muntah dan muntah, sakit perut, sembelit, diare, nyeri dada, sesak napas, detak jantung tidak teratur, ruam kulit, dan bengkak pada jari, wajah dan kaki bagian bawah, muncul luka dan memar yang tidak biasa.

3. Obat CPG 75mg/ oral

- a) Nama obat : CPG
- b) Klasifikasi/ golongan obat Obat anti platelet golongan thienopyridine
- c) Dosis umum: 1 kali/hari (75mg)
- d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan 40 mg 12 jam
- e) Cara pemberian obat : Oral
- f) Mekanisme kerja dan fungsi obat CPG digunakan untuk membantu mencegah serangan jantung dan stroke pada pasien dengan penyakit jantung, stroke, atau penyakit sirkulasi darah (penyakit pembuluh darah perifer) CPG bekerja dengan menghalangi platelet saling menempel dan mencegah mereka dari pembentukan gumpalan berbahaya CPG membantu menjaga darah mengalir lancar dalam tubuh
- g) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan Pasien di berikan obat tersebut untuk mencegah adanya serangan jantung yang tiba-tiba dan membantumemperlancar aliran darah tetap normal
- h) Kontra indikasi: Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien degan kondisi:
 - (1) Hipersensitif terhadap clopidogrel
 - (2) Perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intracranial
- i) Efek samping:
 - (1) Sakit kepala
 - (2) Pusing

(3) Ruam

(4) Insomnia

(5) Gangguan gastrointestinal (seperti sembelit, muntah)

4. Ceftriaxone

- a) Klasifikasi / golongan : Antibiotik sefalosporin
- b) Dosis umum : 1-2 gr/12 jam atau 24 jam
- c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr / 12 jam
- d) Cara pemberian obat : IV
- e) Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Selain itu, ceftriaxone juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada saat operasi.
- f) Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : mencegah komplikasi pasien kearah yang lebih buruk
- g) Kontra indikasi : hipersensitif terhadap antibiotik cephalosporin dan neonatus.
- h) Efek samping : bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan, sakit kepala, pusing, mual atau muntah, diare, gatal pada vagina atau keputihan, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringat berlebihan.

5. Amlodipine

- a) Klasifikasi / golongan : Antihipertensi
- b) Dosis umum : 5–10 mg per hari.
- c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg (0-0-1)
- d) Cara pemberian obat : Oral (NGT)
- e) Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat ini bekerja dengan cara membantu melemaskan otot pembuluh darah. Dengan begitu pembuluh darah akan melebar , darah dapat mengalir dengan lancar, dan tekanan darah dapat menurun. Fungsi obat untuk menurunkan tekanan darah tinggi.
- f) Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Membantu menurunkan tekanan darah pasien.
- g) Kontra indikasi : Penggunaan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini. Amlodipine juga sebaiknya tidak digunakan (kontraindikasi relatif) pada pasien dengan syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipotensi berat, gagal jantung, dan gangguan hepar
- h) Efek samping : pusing, munculnya rasa melayang, kantuk atau sakit kepala, bengkak pada kaki, rasa hangat dan panas di wajah, leher, atau dada (flushing), sakit perut atau mual, lelah yang tidak biasa

6. N.Acetylcysteine caps

- a) Klasifikasi / golongan : obat mukolitik (pengencer dahak)
- b) Dosis umum : 200 mg 3 kali sehari, dosis maksimal 600 mg/hari
- c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200 mg / 3x1
- d) Cara pemberian obat : Oral (NGT)
- e) Mekanisme kerja dan fungsi obat : n-acetylcysteine bekerja dengan cara memecah ikatan disulfida pada mucoprotein, sehingga terjadi penurunan kekentalan dari mucus. Obat ini berfungsi untuk mengencerkan dahak
- f) Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Membantu mengencerkan dahak pasien sehingga memudahkan pasien dalam memperoleh oksigenasi.

7. Paracetamol

- a) Nama obat : Paracetamol
- b) Klasifikasi/golongan obat : Analgesik
- c) Dosis umum :
 - a. Dewasa : 500-1000 mg atau 10-15 mg/kgBB, tiap 4-6 jam, dosis maksimal 4.000mg/hari
 - b. Bayi dan anak-anak : 10-15mg/kg/BB, tiap 4-6 jam.Dosis tidak boleh lebih dari 15mg/kg/BB per dosis
- d) Dosis untuk pasien bersangkutan : 100g/IV dan pada hari ketiga diberikan 500 mg/oral
- e) Cara pemberian obat

Paracetamol infus akan diberikan langsung oleh dokter atau

petugas medis dibawa pengawasan dokter. Obat akan diberikan sesuai anjuran dokter.

Paracetamol dapat dikonsumsi sebelum atau setelah makan.

Untuk paracetamol sirup, kocok botol terlebih dahulu sebelum obat digunakan.

f) Mekanisme kerja dan fungsi obat

Paracetamol bekerja dengan cara menghambat produksi prostaglandin, suatu zat peradangan dan pemicu demam, dan terutama bekerja di otak. Prostaglandin dapat mempengaruhi setelan suhu tubuh di salah satu bagian otak bernama hipotalamus.

g) Alasan pemberian obat

Ketika terserang pneumonia, seseorang akan mengalami peradangan di paru-parunya. Peradangan tersebut bisa menimbulkan gejala demam dan nyeri dada. Untuk mengatasi keluhan tersebut, dapat mengonsumsi obat anti radan golongan antinflamasi nonsteroid (OAINS). Jenis obat-obatan OAINS yang dapat digunakan untuk mengatasi gejala demam dan nyeri dada akibat pneumonia adalah paracetamol.

h) Kontra indikasi

- a. Pasien yang memiliki alergi terhadap paracetamol
- b. Gangguan hati berat atau penyakit hati aktif

i) Efek samping obat

- a. Reaksi alergi terhadap orang yang memiliki sensitivitas terhadap salah satu kandungan zat dalam obat, seperti ruam kulit dan pembengkakan
- b. Tekanan darah lemah
- c. Detak jantung lebih cepat

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada Bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan antara konsep teori dengan praktek asuhan keperawatan pada pasien Tn. M umur 66 tahun dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu: pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan atau intervensi, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada Tn. M usia 66 tahun dengan diagnosa medik *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) didapatkan data pasien dengan kesadaran sopor, pasien mengalami kelemahan badan sebelah kanan, disertai dengan penurunan kesadaran dengan GCS 9. Tekanan darah 190/100 mmHg, nadi teraba kuat 104x/menit, pasien tampak sesak, pernapasan 33x/menit, SPO₂ 94%, suhu 39°C, akral teraba hangat. tampak terpasang RL 500 ml 20 tetes/menit, NRM 15 liter/menit. WBC 15.40, Natrium 154

mmol/L, Kallium 5.6 mmol/L, Clorida 122 mmol/L. Terdapat luka dekubitus derajat II pada bagian punggung belakang pasien. Hasil pemeriksaan CT Scan didapatkan atrofi serebri, infark regio temporoparietal sinistra. Berdasarkan teori ada beberapa manifestasi klinis dari *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS), antara lain mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilang rasa peka, gangguan bicara dan bahasa, mulut mencong atau tidak simetris, berbicara pelo, gangguan penglihatan, vertigo, gangguan daya ingat, kesadaran menurun, gangguan fungsi otak, proses kencing terganggu (Maria, 2021)

Pada kasus ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada kasus ini ditemukan keluhan luka dekubitus dan penyakit pneumonia. Pada pengkajian didapatkan pasien mengalami luka dekubitus sejak dari rumah karena tirah baring di rumah selama 3 hari. Luka dekubitus derajat II terdapat pada area bokong pasien. Karena tirah baring lama menyebabkan luka pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat tirah baring.

Masalah lain juga ditemukan adanya pneumonia. penyebab utama pneumonia pada pasien stroke adalah adalah disfagia. Gejala disfagia lainnya selain kesulitan menelan dapat meliputi, suara lemah, hilangnya refleks muntah, mengiler, penurunan kontrol lidah sehingga bisa terjadi resiko tersedak. Aspirasi biasanya disertai batuk dan mengi, karena tubuh mencoba memaksa benda asing keluar dari paru-paru. Jika pasien dapat batuk cukup keras, mereka biasanya dapat membersihkan paru-parunya sebelum pneumonia berkembang. Namun, banyak pasien stroke yang tidak memiliki refleks batuk ini. pasien dengan pneumonia aspirasi dapat menunjukkan beberapa gejala seperti, nyeri dada atau mulas, demam, sesak napas dan kelelahan terutama saat makan. Perubahan warna

kulit menjadi biru, batuk darah, dahak hijau, atau bau busuk, bau mulut, berkeringat berlebihan. (sullistiyawati, 2020). Hal ini sejalan dengan keadaan yang dialami oleh pasien dengan tanda dan gejala pasien mengalami gangguan menelan, hilangnya refleks muntah dan refleks batuk, demam, dan sesak napas.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diangkat oleh penulis yaitu :

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
- b. Pola Napas Tidak Efektif Berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas
- c. Gangguan Integritas Kulit Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas
- d. Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Kelemahan

Terdapat kesenjangan antara diagnosis keperawatan secara teori dan diagnosis keperawatan berdasarkan kasus. Dimana secara teori diagnosis yang tidak diangkat pada kasus yaitu diagnosa keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena status kesehatan pasien yang tidak memungkinkan untuk dilakukan intervensi sesuai diagnosis tersebut. Menurut penulis, intervensi untuk meningkatkan status mobilitas pada pasien stroke seperti ROM belum sesuai dengan kasus Tn. M. pasien dengan sesak napas dan peningkatan tekanan darah serta peningkatan frekuensi nadi, belum dapat dilakukan aktivitas fisik tambahan, kecuali bila tanda-tanda vital pasien membaik.

3. Intervensi

Pada masalah resiko perfusi serebral tidak efektif, masalah gangguan pola napas, masalah gangguan integritas kulit dan masalah defisit perawatan diri semua intervensi telah dilakukan dan mengacu pada SIKI.

4. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan mengacu pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Dari masalah yang ditemukan pada pasien, pada masalah resiko perfusi serebral tidak efektif, masalah gangguan pola napas, masalah gangguan integritas kulit, begitu juga dengan masalah defisit perawatan diri semua intervensi telah dilakukan. Adapun implementasi yang dilakukan pada pasien yang tidak terdapat pada SIKI yaitu melakukan elevasi kepala 30° dengan tujuan menurunkan TIK, memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral sehingga meningkatkan saturasi oksigen dalam hal perubahan tekanan intrakranial dan tekanan perfusi serebral. Tindakan dilakukan pada hari kedua di ruang perawatan ICU. Tidak dilakukan di hari perawatan pertama karena pada hari pertama keadaan dan hemodinamik pasien belum stabil. Tindakan dilakukan selama 2 hari sehingga didapatkan hasil, hemodinamik pasien mulai membaik dengan TD: 142/84 mmHg, Nadi : 85x/menit, Pernapasan : 28x/Menit, SPO₂ : 97%. Tetapi pasien masih mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 9 (E2V2M2).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan kritis yang diberikan. Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan kritis yang diberikan pada pasien.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah dari keempat diagnosis keperawatan mulai teratasi.

- a. Diagnosis keperawatan : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
Dibuktikan dengan Hipertensi

Hasil evaluasi menunjukkan sebagian masalah teratasi. Tingkat kesadaran pasien belum membaik karena pasien masih dengan tingkat kesadaran sopor. Namun, tekanan darah pasien mulai menunjukkan adanya penurunan. Pada hari ketiga implementasi, didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah mulai menurun hingga 142/84 mmHg, tetapi suhu tubuh pasien masih meningkat 38°C.

- b. Pola Napas Tidak Efektif Berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas

Hasil evaluasi pada diagnosis ini mulai teratasi ditandai dengan status pernapasan pasien yang mulai membaik. Pada hari ke-3 implementasi, didapatkan hasil observasi pernapasan 28x/menit dan SPO₂ 97% dengan pengaturan posisi elevasi kepala 30° dan tindakan *suctioning*.

- c. Gangguan Integritas Kulit Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas

Hasil evaluasi pada diagnosis ini mulai teratasi sebagian ditandai dengan tampak luka bersih, tidak terjadi pertambahan luas

luka, tampak tidak berbau, namun ekspresi pasien masih meringis pada saat melakukan perawatan luka.

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Evaluasi dari diagnosis ini adalah terjaganya kebersihan diri dan mulut pasien, dimana perawat juga bekerjasama dengan keluarga untuk mempertahankan status kebersihan diri pasien.

B. Pembahasan Penerapan Eviden Based Nursing

1. Judul EBN: Efektivitas Penerapan Elevasi Kepala Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak pada Pasien Stroke (Logi & Nur, 2021)

2. Diagnosa keperawatan :

a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko hipertensi

3. Luaran yang diharapkan

Perfusi Serebral membaik (tingkat kesadaran cukup meningkat, gelisah sedang, nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik).

4. Intervensi priortas mengacu pada EBN : pemberian posisi elevasi kepala 30°

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a) Pengertian tindakan

Elevasi kepala merupakan suatu keadaan kepala dengan posisi 30° dari posisi normal dengan mensejajarkan ekstremitas dengan badan (Wahidin & Supraptini, 2020).

b) Tujuan

Pada pasien stroke suplai oksigen ke otak berkurang karena adanya kerusakan pada otak sehingga perlu mendapatkan bantuan secepat mungkin. Posisi elevasi kepala 30° pada pasien stroke bertujuan untuk menurunkan TIK, memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

C. PICOT EBN (problem, intervension, Comparison, Outcome, Time)

D. R U C U M U K	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
JUDUL	Efektivitas Penerapan Elevasi Kepala Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak pada Pasien Stroke	Pengaruh Elevasi Kepala pada Klien Stroke terhadap Tekanan Rata-Rata Arterial, Tekanan Darah dan Tekanan Intrakranial di Rumah Sakit Margono Soekarjo Purwokerto Tahun 2019 (Supadi, 2019)	Pengaruh elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke di Ruang Interna 1 di RSUD Dr. R. Soedarsono Pasuruan
PROBLE M	Stroke adalah penyakit serebral yang menyerang otak dikarenakan kurangnya oksigen yang diangkut darah ke otak, yang disebabkan adanya sumbatan di pembuluh darah ke otak, ditandai	Peningkatan intra kranial akan menyebabkan herniasi ke arah batang otak sehingga mengakibatkan gangguan pusat pengaturan organ vital, gangguan pernafasan, hemodinamik, kardiovaskuler dan kesadaran (Anurogo,	Saat terjadi stroke maka aliran darah ke serebral menjadi tidak adekuat atau terganggu. Yang menyebabkan ketidakseimbangan suplai oksigen di otak, dan metabolisme dalam otak

<p>dengan hipoksia, gangguan kualitas tidur dan penyebab kecacatan secara global (Riberholt et al., 2020)..</p>	<p>2008).</p>	<p>akan mengalami gangguan. dapat mengakibatkan hipoksia jaringan, aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan hemodinamik termasuk saturasi oksigen.</p>
<p>intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu pemberian posisi elevasi kepala 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit</p>	<p>intervensi yang dilakukan pada penelitian ini adalah mengatur posisi elevasi kepala 30° terhadap tekanan rata-rata arterial, tekanan darah dan tekanan intrakranial pada pasien stroke.</p>	<p>Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini ialah Pemberian elevasi kepala 30° dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mana pengaturan posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak serta dapat memfasilitasi peningkatan</p>

COMPAR ASION	Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sands et al. (2020) menyatakan bahwa posisi elevasi kepala 0° dan 15° bisa digunakan dalam perbaikan SPO ₂ dalam tubuh tetapi posisi elevasi kepala 30° lebih efektif dalam mengurangi tekanan intrakranial dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi serebral. Hasil penelitian Mustikarani & Mustofa (2020), menunjukkan bahwa posisi <i>head up</i> 30°, dapat mempengaruhi peningkatan nilai saturasi oksigen, namun lebih	Hal ini sejalan dengan penelitian Lim & Wong (2018) bahwa posisi elevasi 30° lebih efektif untuk mengurangi TIK dan memonitor efek tekanan perfusi serebral pada pasien stroke.	penelitian eksperimen dengan membandingkan hasil intervensi menggunakan kelompok Control
-----------------	--	---	--

	<p>menganjurkan posisi 30° dalam praktik <i>evidence based practice nursing</i>. Dengan demikian rujukan tindakan keperawatan dalam menurunkan TIK dan meningkatkan oksigen di otak pada pasien stroke adalah menggunakan elevasi kepala 30°.</p>		
<p>OUTCO ME</p>	<p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian elevasi kepala 30° lebih efektif dapat mengurangi tekanan intrakranial, meningkatkan saturasi oksigen dan memperbaiki perfusi serebral pada pasien</p>	<p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa elevasi kepala 30° dapat memperbaiki tekanan rata-rata arterial, Menurunkan tekanan intrakranial dan menghambat tekanan perfusi serebral ke otak pada pasien stroke.</p>	<p>Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen setelah intervensi (sebelum pemberian posisi 97.07% dan setelah pemberian posisi 98.33%).</p>

TIME	Penelitian ini dilakukan pada desember 2021	penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus-November 2019 di ruang IGD Asoka, Dahlia, Mawar RSMS Purwokerto.	penelitian ini dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2017
------	---	--	---

6. Kesimpulan PICOT

Dari hasil analisa ketiga jurnal mengenai pemberian intervensi posisi elevasi 30^o pada pasien stroke didapatkan bahwa pemberian terapi elevasi 30^o lebih efektif untuk dapat mengurangi tekanan intrakranial, meningkatkan saturasi oksigen dan memperbaiki perfusi serebral pada pasien stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian Lim & Wong (2018) bahwa posisi elevasi 30^o lebih efektif untuk mengurangi TIK dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. "H" umur 66 tahun dengan NHS, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : dari hasil yang didapatkan pada Tn "H" (66 tahun), faktor yang mendukung terjadinya NHS adalah komplikasi dari penyakit primer kronis yang dialami oleh pasien yaitu Hipertensi.
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Tn "M" dengan NHS yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
3. Intervensi keperawatan yang telah di susun penulis yaitu : manajemen peningkatan tekanan intrakranial dan perawatan jantung akut untuk mengatasi masalah risiko perfusi serebral tidak efektif, manajemen jalan napas untuk mengatasi pola napas tidak efektif , perawatan luka untuk mengatasi gangguan integritas kuli/ jaringan, dukungan perawatan diri untuk mengatasi defisit perawatan diri.
4. Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari yang dibantu oleh sesama mahasiswa dan perawat, implementasi terlaksana dengan baik sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun.

5. Evaluasi keperawatan : dari hasil evaluasi ke empat diagnosis keperawatan belum teratasi sehingga intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan dan mahasiswa.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan.

1. Bagi instansi Rumah Sakit

Pihak RS diharapkan selalu memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat mampu melakukan penanganan kegawatdaruratan serta mampu mengenali tanda dan gejala pada pasien stroke. Pihak RS juga diharapkan dapat menyusun SOP tentang pemberian posisi elevasi kepala 30° pada pasien *non hemoragic stroke* sebagai acuan bagi perawat di ICU.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat dan perawat itu sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Afif, M., & Mustofa, A. (2020). *Peningkatan Saturasi Oksigen dan Intrakranial Pada Pasien Stroke melalui pemberian Elevasi Kepala 30°*. KIA. Universitas Muhamaddiyah Semarang. Ners. 1(2), hal 114-120.
- Agoes, S. (2012). *Faktor Resiko Stroke dan Penanggulangannya*. Jakarta: Synaps Publishing House.
- Ekacahyaningtyas, M., Setyarini, D., Agustin, W. R., & Rizqiea, N. S. (2017). Posisi Head Up 30° sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 55-59.
- Fadila. (2017). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Kabi, G., Tumewah, R., & Kembuan, M. (2015). Gambaran faktor resiko pada penderita stroke iskemik yang dirawat inap neurologi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Juli 2012 – Juni 2013. *Jurnal E-Clinic*, 3(1), 1-6.
- Kemenkes RI. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar. Kementerian Kesehatan RI*, 53(9), 1689-1699.
- Kemenkes, RI (2019). *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI 2016-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lemone, Priscilla, Burke, Karen, M., Bauldoff, & Gerene. (2016). *Buku ajar keperawatan medical bedah*. Jakarta: EGC
- Lloyd-Jones et al. (2013). *Asuhan Keperawatan pada pasien stroke Non-Hemoragik laki-laki usia 65 tahun*. KTI. Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur. DIII Keperawatan.
- Maria, I. (2021). *Asuhan keperawatan diabetes mellitus dan asuhan keperawatan stroke*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Nasution, L. F. (2013). *Stroke non hemoragik pada laki-laki usia 65 tahun*. Universitas Lampung.
- Nurarif, Huda, A., Kusuma, & Hardhi. (2016). *Asuhan keperawatan praktis berdasarkan penerapan diagnosa nanda, NIC, NOC dalam berbagai kasus*. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Pambudiasih, I. (2021). *Asuhan keperawatan pada pasien dewasa penderita non hemoragik stroke dengan masalah keperawatan defisit nutrisi*. [Universitas MuhammadiyahPonorogo]

- Praditiya, Winda Ns. Arief Wahyudi Jadmiko, S. Kep., M. K. (2017). Upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke hemoragik. Thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2). 922-926.
- Ratnasari, S. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Riskesdas. (2018). Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI.
- Sari, S. H., Agianto, Wahid, A. (2015). Batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan (etiologi) diagnosa keperawatan : Hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke. 3(1). 12-21.
- Sullistiyawati. (2020). Asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non-hemoragik yang dirawat di rumah sakit.
- Tarwoto. (2019). *Keperawatan medikal bedah, gangguan pada sistem persarafan*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Ummaroh, E. N. (2019). Asuhan Keperawatan Pasien CVA (*Cerebro vaskuler accident*) dengan gangguan komunikasi verbal di ruang aster RSUD dr. Harjono. [Universitas Muhammadiyah Ponorogo].
- Widyastuti, K., & Dwitasari, M. A. D. (2017). Neurofisiologi batang otak.
- WSO. (2021). *World Stroke Organization Annual Report 2021*. *AIMS Allergy and Immunology*. 6(1).

