



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE DI RUANG INTENSIVE
CARE UNIT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
LABUANG BAJI MAKASSAR**

OLEH:

MARIANA DINA TESARI (NS2214901106)

MARIA WULANDARI TELAUBUN (NS2214901107)

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

MAKASSAR

2023



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE DI RUANG INTENSIVE
CARE UNIT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
LABUANG BAJI MAKASSAR**

**Diajukan untuk memperoleh Gelar Profesi Ners pada Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

OLEH:

**MARIANA DINA TESARI (NS2214901106)
MARIA WULANDARI TELAUBUN (NS2214901107)**

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

2023

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Mariana Dina Tesari (NS2214901106)
2. Maria Wulandari Telaubun (NS2214901107)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 12 Juni 2023

Yang menyatakan

Mariana Dina T

Maria Wulandari Telaubun

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

- Nama Mahasiswa/NIM: 1. Mariana Dina Tesari (NS2214901106)
2. Maria Wulandari Telaubun (NS2214901107)

Disetujui oleh

Pembimbing 1

(Kristia Nova, Ns., M.Kep)
NIDN: 0915119204

Pembimbing 2

(Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB)
NIDN: 0913098201

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**

Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

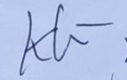
Nama : 1. Marianan Dina Tesari (NIM: NS2214901106)
2. Maria Wulandari Telaubun (NIM: NS2214901107)

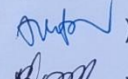
Program studi : Profesi Ners

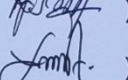
Judul proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Non Hemoragik Stroke* Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar


Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Kristia Novia, Ns., M.Kep ()

Pembimbing 2 : Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB ()

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

Penguji 2 : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 12 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 di bawah ini:

Nama:

Mariana Dina Tesari (NS2214901106)

Maria Wulandari Telaubun (NS2214901107)

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, 12 Juni 2023

Yang menyatakan

Mariana Dina Tesari

Maria Wulandari Telaubun

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas karena berkat dan anugerah-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “asuhan keperawatan kritis pada “Ny.S” dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) di ruang intensive care unit rumah sakit umum daerah labuang baji makassar. Karya ilmiah akhir ini merupakan salah satu syarat yang telah ditentukan dalam menyelesaikan Pendidikan profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan penyusunan KIA ini telah melibatkan banyak pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan KIA ini, yakni kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk menuntut ilmu dan menyelesaikan pendidikan di STIK Stella Maris.
2. Fransiska Anita, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku wakil ketua I bidang akademik dan juga selaku pembimbing teori yang telah membimbing dan memotivasi penulis selama proses menyelesaikan karya ilmiah akhir.
3. Kristina Novia, Ns., M.Kep selaku pembimbing Askep yang telah mengarahkan penulis dalam penyusunan dan penyelesaian asuhan keperawatan ini.
4. Rosmina Situngkir, Ns., M.Kep selaku penguji I yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir.
5. Yunita Gabriela Madu, NS., M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan saran demi penyempurnaan karya ilmiah akhir.

6. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris yang telah membantu dan membina penulis dalam menyelesaikan pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
7. Terisitimewa kepada kedua orang tua tercinta dari Marianan Dina yaitu bapak Thomas Dedimus dan Ibu Marince serta adik Febri Petrus dan sanak saudara yang telah memberikan doa, semangat, motivasi dan segala bentuk dukungannya.
8. Teristimewa kepada keluarga tercinta dari Maria Wulandari Telaubun yaitu bapak Stepanus Telaubun dan Ibu Amanda Albertina Rahayaan, serta keluarga besar Telaubun dan Rahayaan yang telah memberikan doa, semangat, motivasi dan segala bentuk dukungannya selama proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
9. Seluruh pihak yang telah membantu penulis dalam proses penyusunan KIA ini.

Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan perkembangan ilmu keperawatan. Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan penulis untuk perbaikan Karya Ilmiah Akhir ini kedepannya.

Makassar, 12 juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUTAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Lampiran	xii
Halaman Daftar Tabel	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	5
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	5
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	5
E. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar.....	7
1. Definisi Stroke.....	7
2. Anatomi dan Fisiologi.....	8
3. Etiologi.....	11
4. Patofisiologi.....	15
5. Manifestasi Klinis.....	16
6. Tes Diagnostik.....	19
7. Penatalaksanaan Medis.....	21
8. Komplikasi.....	24
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	26
1. Pengkajian Kritis.....	26
2. Pengkajian Pola Gordon.....	27
3. Diagnostik Keperawatan.....	29
4. Intervensi Keperawatan.....	30
5. <i>Discharge Planning</i>	35
6. Patoflowdiagram.....	37
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	42
B. Pengkajian Primer.....	43

C. Pengkajian Sekunder	48
D. Pemeriksaan Penunjang	62
E. Analisa Data	65
F. Diagnosa Keperawatan	70
G. Perencanaan Keperawatan	71
H. Implementasi Keperawatan	78
I. Evaluasi Keperawatan.....	99
J. Daftar Obat.....	110
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	113
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	123
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan.....	130
B. Saran	132
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	8
------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul Karya Ilmiah Akhir

Lampiran 2 Riwayat Hidup

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer.....	43
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium	63
Tabel 3.3 Analisa Data.....	65
Table 3.4 Diagnosa Keperawatan.....	70
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	71
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	78
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan	99

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Gangguan neurologis ini akan menimbulkan kecacatan pada orang yang mengalami stroke. Pada umumnya, stroke didefinisikan juga sebagai penyebab kecacatan ketiga di dunia dan penyakit kedua yang dapat menyebabkan kematian. Kecacatan yang datang secara mendadak menyebabkan proses pemulihan terlambat, menurunkan kualitas hidup pasien dan meningkatkan angka kematian (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2020).

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga terbesar di dunia dengan angka kejadian lebih dari 5,1 Juta. Pada tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang yang meninggal karena stroke (Rahmawati, 2022). Prevalensi stroke menurut data *World Stroke Organization* (WSO), menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Selama 15 tahun terakhir, kejadian stroke yang menyebabkan kematian lebih banyak terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah ketimbang negara berpendapatan tinggi (WSO, 2022). Berdasarkan Riskesdas, tahun 2018 di negara Indonesia, 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). Dan didapatkan prevalensi penderita stroke di Sulawesi selatan pada tahun 2013 meningkat yaitu dari 7,1% menjadi 10,2% pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018)

Gejala yang muncul pada pasien stroke berupa kelemahan, hilangnya sensasi diwajah, bibir tidak simetris, kesulitan bicara atau pelo (afasia), kesulitan menelan, nyeri kepala dan penurunan kesadaran. Selain itu, pada penderita stroke aliran darah dalam tubuh tidak lancar sehingga dapat mengakibatkan gangguan suplai oksigen. Terdapat tiga penatalaksanaan pasien stroke sebagai tujuan utama, yaitu meminimalkan kerusakan neurologis lebih lanjut, menurunkan angka kematian dan ketidakmampuan gerak pasien (*immobility*), serta mencegah serangan berulang (kambuh) (Handayani & Dominica, 2019).

Pasien stroke pada rehabilitasi fase akut dimana pada fase ini kondisi hemodinamika pasien belum stabil, sehingga penanganan akan dilakukan ketika hemodinamika pasien sudah stabil. Jika penanganan yang diberikan tidak cepat dan tepat maka akan menyebabkan orang tersebut mengalami penurunan kesadaran bahkan mengancam jiwa sehingga membutuhkan perawatan dan penanganan di ruang intensive care unit, dimana pasien dapat dipantau oleh dokter maupun perawat secara ketat baik secara farmakologis maupun non-farmakologis serta tindakan segera secara intensive.

Salah satu komplikasi stroke yaitu perfusi serebral yang ditandai dengan hipoksia jaringan serebral, hal tersebut akan dapat memperburuk tranfusi oksigen ke sistem saraf pusat. Perfusi jaringan otak dapat diperbaiki dengan terapi non farmakologi salah satunya adalah pemberian posisi elevasi kepala sebagai intervensi

keperawatan yang dapat mempengaruhi proses pertukaran gas didalam tubuh.

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 30°* merupakan intervensi yang sudah diteliti dan direkomendasikan pada pasien stroke.

Pengaturan *head up 30°* telah banyak digunakan sebagai intervensi untuk memperbaiki saturasi oksigen. Penelitian yang dilakukan oleh Mustikarani & Mustofa (2020) menunjukkan terjadinya peningkatan saturasi yang signifikan pada kasus I dan kasus II. Peningkatan saturasi yang terjadi yakni sebesar 97% di menit ke 15 dan 98% di menit ke 30 pada kasus I. Pada kasus ke II, terjadi peningkatan sebesar 97% di menit ke 15 dan 97% di menit ke 30, sehingga hasil yang didapatkan yakni terjadi kenaikan saturasi oksigen yang signifikan sebelum dan sesudah dilakukan *head up 30°* pada pasien stroke. Selain itu, penelitian lain yang dilakukan oleh Pertami et al., (2019) menunjukkan bahwa ada efek dari pemberian posisi 30° dalam kelompok pengobatan dan kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi untuk meningkatkan saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil studi kasus dan melakukan intervensi kepada pasien dengan masalah Non Hemoragik Stroke (NHS) sebagai Karya Tulis Ilmiah Akhir yang dilakukan di ruang ICU Rumah sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini ialah:

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di RS pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS)
- b. Menetapkan diagnose keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS)
- c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS)
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS)
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS)
- f. Melaksanakan EBN pengaturan *head up 30⁰* pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS)

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

Karya tulis ini dapat menambahkan wawasan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi petugas Kesehatan (perawat), agar dapat menjalankan tugas khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

2. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat menjadi bahan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan saat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

3. Bagi Institusi/Akademik

Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah:

1. Studi kepustakaan

Mengambil beberapa literatur sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir mengenai *Non Hemoragik Stroke* (NHS)

2. Studi kasus dengan melakukan pengamatan langsung di Ruang ICU Rumah sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar

3. Data-data pendukung lainnya didapatkan dengan hasil wawancara dengan keluarga pasien

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah ini dimulai dengan Bab I sebagai Pendahuluan, yang berisikan latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II berisikan Tinjauan pustaka yang dibagi dalam dua bagian yaitu: Pertama konsep dasar medik yang berisikan tentang defenisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi dan patoflowdigram. Kedua konsep dasar keperawatan yang berisikan tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan dan diakhiri dengan *discharge planning*.

Selanjutnya, pada Bab III terdapat pengamatan kasus yang berisikan ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosa keperawatan,

perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan, pada Bab IV secara khusus akan membahasakan mengenai kasus dan Bab V berisikan tentang kesimpulan dan saran dari keseluruhan Karya Ilmiah Akhir ini, di akhir tulisan in, akan dilampirkan daftar pustaka yang menjadi bahan referensi bagi penulis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Defenisi

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Fransisca, 2012).

Stroke merupakan gangguan suplai darah dari serebral yang mengakibatkan terjadinya penurunan fungsi neurologis. Stroke iskemik ini terjadi karena adanya penyumbatan akibat gumpalan yang terjadi dialiran darah karena adanya thrombosis atau emboli (Joyce & Jane, 2014)

Stroke adalah deficit neurologis yang mempunyai serangan mendadak dan berlangsung 24 jam sebagai akibat dari *cardiovascular disease* (CVD) (Hudak, 1996)

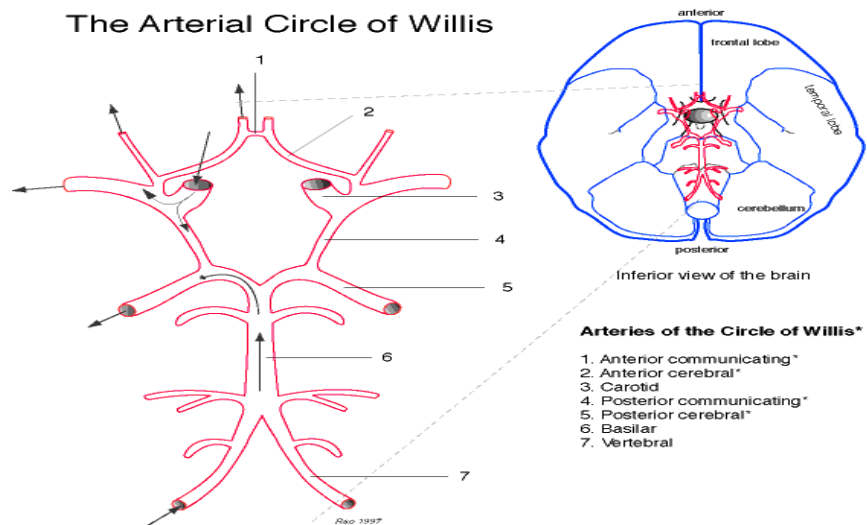
Non Hemoragik Stroke (NHS) adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Nggebu, 2019)

Berdasarkan defenisi di atas dapat disimpulkan bahwa *Non Hemorgaik Stroke* (NHS) adalah kehilangan fungsi otak yang disebabkan karena adanya penyumbatan pembuluh darah yang mengakibatkan pembentukan trombus atau embolis dengan tanda dan gejala berdasarkan daerah yang terganggu.

2. Anatomi Fisiologi

Sirkulasi Serebral

Sistem saraf pusat sangat bergantung pada aliran darah yang memadai untuk nutrisi dan pembuangan sisa-sisa makanan dan metabolisme. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lainnya sehingga dapat menjamin suplai darah yang kuat untuk sel. Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vertebralis dan arteri karotis. Kedua sistem ini merupakan system arteri terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh anastomosis yang membentuk sirkulasi arteriosus willisi.



Gambar 2.1 Sirkulasi willisi

Sirkulasi arteriosus willisi atau lingkaran willisi adalah system anatomis arteri yang berhubungan satu sama lain melalui susunan pembuluh darah berbentuk seperti lingkaran dan terletak didasar otak. Lingkaran willisi mengelilingi batang

kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi penting antara pasokan darah otak depan dan belakang otak.

a. Suplai arteri karotis

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dari aorta, tetapi arteri karotis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis interna sedikit berdialitas tepat setelah percabangan yang dinamakan sinuskarotikus, dimana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespon terhadap perubahan tekana darah arteri yang secara reflex mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis interna terbagi menjadi dua yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan bagian sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat akan mengakibatkan monocular, arteri parietalis serta frontalis korteks serebri dan membentuk penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila terkena hemisferium serebri dominan Bahasa.

b. Suplai arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari subklavia sisi yang sama, kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah dan bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. cabang-cabangan dari sistem arteri serebri memperdarahi medulla oblongata, pons serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon.

c. Susunan saraf kranial

Susunan saraf kranial 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. 12 saraf kranial terdiri dari:

- 1) Nervus olfaktorius (N I)
Sensorik: sensasi bau dan penciuman
- 2) Nervus Optikus (N II)
Sensorik: ketajaman penglihatan
- 3) Nervus Okulomotorius (N III)
Sensorik: pergerakan mata dan mengangkat kelopak mata.
- 4) Nervus Troklearis (N IV)
Motorik: perubahan kontraksi pupil
- 5) Nervus Trigemini (N V)
Motorik dan Sensorik: gerakan rahang
- 6) Nervus Abduksen (N VI)
Motorik: pergerakan bola mata ke segala arah
- 7) Nervus Facialis (N VII)
Motorik: kemampuan mengangkat alis, mengerutkan dahi, tersenyum, meringis.
Sensorik: menerima rangsangan dari bagian anterior lidah untuk di proses di otak sebagai sensasi rasa
- 8) Nervus Vestibulo (N VIII)
Sensorik: mengendalikan keseimbangan dan pendengaran
- 9) Nervus Glasofaringeus (N IX)
Sensorik: menerima rangsangan dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa.
Motorik: mengendalikan organ-organ dalam

10) Nervus Vagus (N X)

Motorik: letak uvula berada di tengah atau deviasi

Sensorik: kemampuan menelan

11) Nervus Accesorius (N XI)

Motorik: mengangkat bahu kiri dan kanan, mengendalikan pergerakan lidah

12) Nervus Hypoglossus (N XII)

Motorik: mengendalikan pergerakan kepala

3. Etiologi

Pada pasien stroke memiliki tanda dan gejala yang terbagi menjadi 3, yaitu:

a. Thrombus

Trombus adalah pembentukan bekuan platelet atau fibrin di dalam darah yang dapat menyumbat pembuluh vena atau arteri dan menyebabkan iskemia dan nekrosis jaringan local (Wijaya, 2013).

Trombosis merupakan hasil perubahan dari satu atau lebih komponen utama hemostasis yang meliputi faktor koagulasi, protein plasma, aliran darah, permukaan vaskuler, dan konstituen seluler, terutama platelet dan sel endotel. Trombosis. Didalam thrombus terdiri dari:

1) Usia

Stroke dapat menyerang siapa saja, semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terkena stroke. Penderita stroke lebih banyak terjadi pada usia diatas 50 tahun dibandingkan dengan yang berusia dibawah 50 tahun. Dimana pada usia tersebut semua organ tubuh termasuk pembuluh darah otak menjadi rapuh (Ratnasari, 2020).

2) Jenis Kelamin

Stroke yang menyerang laki-laki 19% lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan dalam mempertahankan kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau pelindung pada proses aterosklerosis. Namun setelah perempuan tersebut mengalami menopause, besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama (Ummaroh, 2018).

3) Hipertensi

Hipertensi juga dapat menyebabkan arterosklerosis dan penyempitan diameter pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak. Pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar. Jika proses tekanan berlangsung lama, dapat menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah sehingga menjadi rapuh dan mudah pecah. (Permatasari, 2020).

4) Diabetes Melitus

Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan risiko terjadinya stroke iskemik. Seseorang dikatakan menderita diabetes mellitus jika pemeriksaan gula darah puasa >140 mg/dL, atau pemeriksaan 2 jam post prandial >200 mg/dL. Penderita diabetes cenderung menderita obesitas, obesitas dapat mengakibatkan hipertensi dan tingginya kadar kolesterol, dimana keduanya merupakan faktor risiko stroke (Ratnasari, 2020).

5) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Merokok meningkatkan resiko terkena stroke dua sampai empat kali ini berlaku untuk semua jenis rokok dan untuk semua tipe stroke, terutama perdarahan subaraknoid karena terbentuknya aneurisma dan stroke iskemik. Asap rokok mengandung beberapa zat yang berbahaya yang disebut dengan zat oksidator. Dimana zat tersebut menimbulkan kerusakan dinding arteri dan menjadi tempat penimbunan lemak, sel trombosit, kolesterol, penyempitan dan pergeseran arteri diseluruh tubuh termasuk otak, jantung dan tungkai. Sehingga merokok dapat menyebabkan terjadinya arteriosklerosis, mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah menggumpal sehingga resiko terkena stroke (Ratnasari, 2020).

6) Kolesterol

Kadar kolesterol LDL (kolesterol jahat) dan kolesterol total yang tinggi mengakibatkan resiko stroke sampai dua kali lipat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian stroke 23 meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg%. Setiap kenaikan kolesterol 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25% sedangkan kenaikan HDL (*High Density Lipoprotein*) 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan angka stroke setinggi 47% (Ratnasari, 2020).

7) Ras

Orang kulit hitam beresiko dua kali lipat terkena stroke jika dibandingkan dengan orang kulit putih karena orang kulit hitam memiliki angka kematian yang lebih tinggi terkait dengan stroke. Kesenjangan kejadian stroke sangat menonjol di antara orang dewasa kulit hitam yang beresiko mengalami perdarahan subarachnoid dan perdarahan intraserebral secara substansial lebih tinggi dibandingkan orang kulit putih (Boehme et al., 2017).

b. Emboli

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk dibagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah yang menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Thrombus dapat terlepas dari arteri karotis bagian dalam pada bagian luka plak dan bergerak kedalam sirkulasi serebral. Emboli terdiri dari:

1) Penyakit jantung

Penyakit jantung seperti jantung coroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi faktor terbesar terjadinya stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah tubuh. jika pusat pengaturan mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah ini mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap (Randolph, 2016).

c. Tromboemboli

Tromboemboli (*artery to artery embolus*) terjadi akibat lepasnya plak aterosklerotik yang disebut sebagai emboli, yaitu akan menyumbat arteri sebelah distal dari arteri yang mengalami proses aterosklerosis. (Khan et al., 2017).

4. Patofisiologi

NHS disebabkan oleh thrombus akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut diarteri otak. Thrombus dan emboli didalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawah hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan berkurangnya aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen yang menyebabkan terjadinya infark pada otak. infark pada hemisfer kedua otak dapat menyebabkan *paralisis* dengan terjadinya kelemahan sisi tubuh yang berlawanan. Sedangkan infark bilateral dapat menyebabkan terjadinya kerusakan area sisi hemisfer atau *paralisis/parase* kedua ekstremitas dan terjadi penurunan kekuatan otot serta rentang gerak pasif pada kedua sisi atau berlawanan (Siregar et al., 2018).

Sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis metabolik menyebabkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat dengan gejala klinis nyeri kepala, pusing dan dapat disertai penurunan kesadaran. Edema yang terjadi dapat menyebabkan peningkatan TIK secara signifikan sehingga terjadi latasi aneurisma pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan pendarahan serebri akibat pecahnya aneurisme, menurunnya perfusi otak dan lebih berat

menyebabkan herniasi otak hingga kematian.

Area edema yang terjadi dapat menyebabkan disfungsi besar seperti infark luas bahkan penurunan kesadaran. Infark serebri yang terjadi pada penderita stroke non hemoragik mengakibatkan suplai darah ke area tertentu otak. Luasnya infark tergantung pada faktor-faktor seperti lokasi, dan besarnya pembuluh darah serta adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap daerah yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat.

Akibat penurunan *Cerebral Blood Flow* (CDF) regional pada suatu daerah otak, terisolasi dari jangkauan aliran darah, yang mengangkut O₂ dan glukosa yang diperlukan untuk metabolisme oksidatif serebral daerah yang terisolasi tersebut tidak berfungsi lagi sehingga timbulah manifestasi defisit neurologi berupa palisis, hemihipestesia, hemiparasetesia yang bisa juga disertai deficit fungsi luhur seperti afasia apabila arteri serebri media tersumbat didekat percabangan kortikal utamanya (pada cabang arteri) dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisfer serebri dominan Bahasa .

5. Manifestasi klinis

Di Indonesia 80% masyarakat tidak mengetahui gejala penyakit stroke. Akibatnya masyarakat, sering terlambat membawa penderita stroke berobat ke RS. Gejala stroke sumbatan dikenal dengan singkatan SEGERA KE RS:

- a. **SE**nyum tidak simetris (mencong ke satu sisi), tersedak, sulit menelan air minum secara tiba-tiba.
- b. **GE**rak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba.
- c. bica**RA** pelo/ tiba-tiba tidak dapat bicara/ tidak mengerti kata-kata/ bicara tidak nyambung.
- d. **KE**bas atau baal, atau kesemutan separuh tubuh.
- e. **R**abun, pandangan satu mata kabur, terjadi tiba-tiba.

- f. **Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, gangguan fungsi keseimbangan, seperti terasa berputar, gerakan sulit dikoordinasi (tremor/gemetar, sempoyongan).**

Apabila terjadi gejala-gejala seperti diatas, penderita harus dibawa segera ke RS. Jika penderita terlambat dibawa ke RS lebih dari 3-4, 5 jam, maka gejala-gejala stroke akan bertambah berat (Kemenkes, 2019)

Menurut Katrisnani (2019) stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

1) Kehilangan motorik

Disfungsi motorik paling umum adalah paralisis pada salah satu sisi atau hemiplegia karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Diawal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul adalah paralisis dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam atau penurunan 30 kekuatan otot untuk melakukan pergerakan, apabila refleks tendon dalam ini muncul kembali biasanya dalam waktu 48 jam, peningkatan tonus disertai dengan spastisitas atau peningkatan tonus otot abnormal pada ekstremitas yang terkena dapat dilihat (Afandy & Wiriatarina, 2018).

2) Kehilangan Komunikasi

Menurut Katrisnani (2019) fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

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

3) Gangguan Persepsi

Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori (Katrisnani, 2019)

4) Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologik

Menurut Afandy & Wiriatarina (2018) gangguan persepsi sensori merupakan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Gangguan persepsi sensori pada stroke meliputi:

- a) Disfungsi persepsi visual, karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Kehilangan setengah lapang pandang terjadi sementara atau permanen (*homonymous hemianopsia*). Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala penderita berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut yang disebut dengan amorfosintesis. Pada keadaan ini penderita hanya mampu melihat makanan pada setengah nampan, dan hanya setengah ruangan yang terlihat.

- b) Gangguan hubungan visual-spasial yaitu mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial sering terlihat pada penderita dengan hemiplegia kiri. Penderita tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- c) Kehilangan sensori, karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau berat dengan kehilangan proprioepsi yaitu kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.
- d) Disfungsi kandung kemih setelah stroke pasien akan mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal (Katrisnani, 2019).

6. Tes Diagnostik

Menurut Murtiningsih (2016) tes diagnostik pada pasien stroke, yaitu:

a. Radiologi

1) CT-Scan

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

2) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Pemeriksaan yang menggunakan gelombang magnetik dengan menentukan besar atau luas perdarahan yang terjadi pada otak. Hasil dari pemeriksaan ini digunakan untuk menunjukkan adanya daerah yang

mengalami infark, hemoragik, dan malinformasi arteriovena.

3) Angiografi Serebral

Pemeriksaan ini membantu untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik antara lain perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/rupture.

4) *Elektroensefalogram* (EEG)

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

5) Sinar X

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

6) Pemeriksaan Thorax

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

7) Ultrasonografi Doppler

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

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Seperti Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Semua itu berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia, sedangkan leukosit untuk melihat

sistem imun pasien. Jika kadar leukosit pada pasien diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang.

2) Test Darah Koagulasi

Tes ini terdiri dari 4 pemeriksaan yaitu *prothromin time*, *partial thromboplastin (PTT)*, *Internasional Normalized Ratio (INR)* dan *agregasi trombosit*. Keempat tes ini berguna untuk mengukur seberapa cepat darah mengumpal. Pada pasien stroke biasanya ditemukan *PT/PTT* dalam keadaan normal.

3) Tes Kimia Darah

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

7. Penatalaksanaan Medik

Menurut Jeri (2022) penatalaksanaan medis yang diberikan kepada pasien NHS dibedakan menjadi 2 yaitu:

a. Farmakologi

Ditunjukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (*Recombinat Tissue Plasminogen Activator*). selain itu, dapat juga diberi agen neuroproteksi yaitu sitikoin atau pirasetam (jika didapatkan afasia). Terapi farmakologis yang digunakan pada pasien *Non Hemoragic 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 golongan ini adalah alteplase, tenecteplase, dan reteplase, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah thrombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang bias terjadi adalah resiko pendarahan seperti pada intracranial 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 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 rtAP 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 5mg/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 rtAP, 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/jamIV, 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 posis kepala pasien pada posisi 30° kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap dua jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
 - b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu dilakukan intubasi.
 - c) Demam yang diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
 - d) 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 *nasogastric tube*.

e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg%, dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.

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 rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).
- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- g) Pesiapan pasien pulang (Nggebu, 2019).

8. Komplikasi

Komplikasi ada pasien *Non Hemoragic Stroke* (NHS) di bagi menjadi 2, yaitu:

a. Berdasarkan pada gangguan perfusi cerebri yang terdiri dari:

1) Edema cerebri

Saat aliran darah melewati daerah jaringan otak yang infark, sel-sel mati tersebut membengkak sehingga menyebabkan peningkatan massa dalam otak. Edema serebri timbul dalam beberapa jam setelah onset stroke akut dan mencapai puncak dalam 2-5 hari. Kondisi pembengkakan ini dapat merusak dan mengubah struktur otak, meningkatkan tekanan intracranial, dan sekitar 2% - 3% dari kasus menyebabkan herniasi dan kematian.

2) Gagal napas

Gagal napas dapat terjadi sebagai akibat langsung dari lesi stroke pada batang otak yang mengatur sistem respirasi, bersamaan dengan hilangnya tonus otot faring baik saat batuk, menelan, maupun refleks muntah yang sebenarnya juga memiliki peran fisiologis bagi sistem respirasi.

3) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik ini terjadi dikarenakan pecahnya pembuluh darah dalam otak pada kondisi ini menyebabkan darah tidak mengalir dalam pembuluh darah otak untuk mengalirkan oksigen ke jaringan otak.

4) Herniasi cerebri

Merupakan pergeseran dari otak normal ke tempat lain karena efek pada massa dikarenakan peningkatan TIK. Herniasi memberikan tekanan yang ekstrim pada bagian-bagian otak dan dengan demikian memotong pasokan darah ke berbagai bagian otak. Herniasi dapat juga terjadi karena tidak adanya TIK tinggi ketika lesi massa seperti hematoma terjadi di perbatasan otak

5) Peningkatan TIK

Infark cerebri luas atau pendarahan akan terjadi edema cerebri yang menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intracranial (Nggebu, 2019).

b. Berdasarkan pada perawatan yang dilakukan terdiri dari:

1) Dekubitus

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

2) Pneumonia

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

3) Atrofi dan Kontraktur (Kekakuan Sendi)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

4) Malnutrisi

Salah satu manifestasi klinis dari stroke adalah disfagia (sulit menelan). Dengan adanya gejala ini mengakibatkan terjadinya anoreksia yang menyebabkan intake tidak adekuat, sehingga menimbulkan malnutrisi

5) Konstipasi karena tirah baring (Afandy & Wiriatarina, 2018).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Kritis

a. Breathing

Pada pasien belum sadar dilakukan evaluasi seperti pola napas, tanda-tanda obstruksi, pernapasan cuping hidung, pergerakan rongga dada (apakah simetris atau tidak), suara napas tambahan (apakah tidak ada obstruksi total, auskultasi: adanya wheezing atau ronchi. Dilakukan juga pemeriksaan frekuensi napas meningkat, SpO₂ dan penggunaan alat bantu pernapasan seperti nasal canul, simple mask RM dan NRM.

b. Blood

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

c. *Brain*

Pada sistem saraf pusat dinilai kesadaran pasien dengan GCS (*Glasgow coma scale*) dan perhatikan gejala peningkatan TIK. Dilakukan pemeriksaan reflex patologi dan reflex fisiologi yaitu biseps, trisep dan patella serta pemeriksaan refleks pupil.

d. *Bladder*

Pada sistem urogenitalis diperiksa kualitas, kuantitas, warna, kepekatan urine, untuk menilai apakah pasien masih dehidrasi, apakah ada kerusakan ginjal saat operasi, gagal ginjal akut (GGK) dan dilakukan pemasangan kateter pada pasien.

e. *Bowel*

Pada sistem ini diperiksa adanya dilatasi lambung, tanda-tanda cairan bebas, distensi abdomen, perdarahan lambung post operasi, obstruksi atau hipoperistaltik, gangguan organ lain, misalnya hepar, lien, pancreas, dilatasi usus halus dan konstipasi serta dilakukan pemasangan NGT pada pasien

f. *Bone*

Pada sistem muskuloskeletal dinilai adanya tanda-tanda sianosis, warna kuku, gangguan neurologis (gerakan ekstermitas), fraktur serta ada tidaknya dekubitus.

2. Pengkajian Pola Gordon

- a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan
- Data subjektif: adanya penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.
 - Data objektif: hipertensi arterial (dapat ditemukan/ terjadi pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.

- b. Pola nutrisi dan metabolik
 - Data subjektif: Nafsu makan menghilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK). Kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia dan peningkatan lemak dalam darah.
 - Data objektif: kesulitan menelan (gangguan pada reflekspalatum dan faringeal) dan tidak mampu memulai kebutuhan sendiri.
- c. Pola eliminasi
 - Data subjektif: perubahan pada proses BAB.
 - Data objektif: -
- d. Pola aktivitas dan latihan
 - Data subjektif: Merasa kesulitan untuk aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), dan merasa susah untuk istirahat.
 - Data objektif: Gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.
- e. Pola tidur dan istirahat
 - Data subjektif: susah untuk beristirahat.
 - Data objektif: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.
- f. Pola persepsi dan kognitif
 - Data subjektif: pusing, sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, mati/lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain.
 - Data objektif: Status mental atau tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau parese, afasia, kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien bergerak.

- g. Pola persepsi dan konsep diri
 - Data subjektif: perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.
 - Data objektif: emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
 - h. Pola peran dan hubungan sesama
 - Data objektif: gangguan atau kehilangan fungsi Bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan)
 - Data subjektif: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.
 - i. Pola reproduksi dan seksualitas
 - Data subjektif: ketidakadanya gairah seksual
 - Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual
 - j. Pola mekanisme dan coping
 - Data subjektif: perasaan tidak berdaya
 - Data objektif: emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah
 - k. Pola nilai dan kepercayaan
 - Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.
3. Diagnosa keperawatan
- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
 - b. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran.
 - c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot.
 - d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia

- e. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (SDKI, 2017).
4. Luaran dan Perencanaan Keperawatan
- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
HYD: Tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran, pasien tidak mengalami peningkatan TIK, tidak mengeluh sakit kepala, nilai tekanan darah dalam batas normal
Intervensi:
 - 1) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
R/ Peningkatan TIK menyebabkan terganggunya perfusi jaringan serebral.
 - 2) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
R/ mengetahui sistem saraf motorik dan sensorik
 - 3) Berikan posisi semi fowler
R/ Meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral dan mengurangi resiko peningkatan TIK.
 - 4) Hindari manuver valsava
R/ Manuver valsava dapat meningkatkan TIK.
 - 5) Kolaborasi pemberian obat fibrinolitik/ trombolitik (rtPA), jika perlu
R/ Meningkatkan dan memperbaiki aliran darah serebral dan mencegah terjadinya thrombus (SIKI, 2018).

b. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis

HYD: Pasien dapat menelan dan tidak terdesak

Intervensi:

- 1) Kaji kemampuan menelan
R/ Mengetahui adanya kelemahan nervus vagus sehingga mengganggu fungsi menelan
- 2) Berikan makanan lunak dalam porsi kecil sering dalam keadaan hangat
R/ Mempermudah proses pencernaan dan merangsang nafsu makan
- 3) Monitor dan mencatat porsi makanan yang di habiskan pasien
R/ Mengetahui intake nutrisi apakah adekuat atau tidak
- 4) Anjurkan keluarga memberi makan yang tinggi serat
R/ Makanan tinggi serat akan memperlancar proses penyerapan sehingga tidak terjadi konstipasi
- 5) Kolaborasi dengan bagian gizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dengan melakukan pemasangan NGT
R/ Mempercepat proses penyembuhan
- 6) Kolaborasi, lakukan latihan menelan dengan bantuan fisioterapi
R/ Meningkatkan kemampuan menelan pasien secara bertahap.

c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

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

Intervensi:

- 1) Kaji kemampuan imobolitas pasien dengan menggunakan skala ketergantungan (0-4) dan skala otot (0-5).

R/ Mengidentifikasi perubahan tingkat mobilitas pasien setiap hari dan menentukan perkembangan peningkatan kekuatan otot sehingga dapat diprioritaskan tindakan yang diberikan.

- 2) Ubah posisi minimal 2 jam (terlentang, miring) dan jika mungkin bisa dilakukan lebih sering.

R/ Menurunkan terjadinya resiko trauma atau iskemia jaringan dan decubitus.

- 3) Lakukan latihan rentang aktif dan pasif pada semua akstremitas.

R/ Meminimal atrofi otot meningkat sirkulasi dan mencegah kontraktur.

- 4) Anjurkan pasien/keluarga untuk membantu pergerakan dan latihan dan menggunakan ekstremitas yang tidak lemah untuk menyokong atau menggerakkan bagian tubuh yang mengalami kelemahan.

R/ Dapat respon yang baik jika daerah yang lemah tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan latihan aktif atau menyatukan kembali sebagian tubuh.

5) Kolaborasi dengan dokter ahli fisioterapi dalam pemberian ambulasi atau latihan.

R/ Program yang khusus dapat mengembangkan keseimbangan koordinasi dan kekuatan otot.

6) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya

R/ Untuk memenuhi kebutuhannya

7) Pantau kulit dan membrane mukosa terhadap intasi, kemerahan atau lecet-lecet.

R/ Deteksi diri adanya gangguan sirkulasi dan hilangnya sensasi resiko tinggi kerusakan integritas memungkinkan komplikasi imobilitas.

d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan umum, kerusakan pada area wernick dan broca.

HYD: Mengindikasi pemahaman tentang masalah komunikasi

Intervensi:

1) Kaji atau tipe derajat disfungsi, seperti pasien tidak Nampak memahami kata atau mengalami kesulitan berbicara atau membuat pengertian sendiri

R/ Membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan selebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi.

2) Perhatikan kesalahan dalam komunikasi dan berikan umpan balik

R/ Pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk memantau ucapan yang keluar dan tidak menyadari bahwa komunikasi yang diucapkan tidak nyata.

3) Mintalah pasien untuk menyebutkan atau mengucapkan suara sederhana seperti "Pus".

R/ Mengidentifikasi adanya disastria sesuai komponen motorik dan bicara (seperti lidah, gerakan bibir, control napas) yang dapat mempengaruhi artikulasi dan mungkin juga tidak disertai afasia motorik.

- 4) Berikan metode komunikasi alternative, seperti menulis dipapan tulis, gambar. Berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan).

R/ Memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan atau deficit yang mendasarinya.

- 5) Anjurkan pengunjung atau orang tereakat mempertahankan usaha untuk berkomunikasi dengan pasien, seperti membaca surat, diskusi tentang hal-hal yang terjadi pada keluarga.

R/ Isolasi social pasien meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.

- 6) Konsultasi/ rujuk kepada ahli terapi wicara

R/ Pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensori, motoric dan kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kekurangan atau kebutuhan terapi.

e. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular

HYD: Pola napas membaik

Intervensi:

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

R/ mengetahui adanya dypsnuue, takipnue, apnea, (gangguan pernapasan)

- 2) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
R/ mengetahui apakah adanya sputum agar tidak terjadinya sumbatan jalan nafas.
- 3) Posisikan semi-fowler dan fowler
R/ Mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan.
- 4) Berikan oksigen
R/ mencegah pasien agar tidak kekurangan kadar O₂ dalam tubuh serta mencegah terjadinya hipoksia.
- 5) Ajarkan teknik batuk efektif
R/ agar memudahkan saat batuk terjadi
- 6) Kolaborasi pada pemberian bronkodilator, ekspektron, mukolitik. (SLKI, 2018)

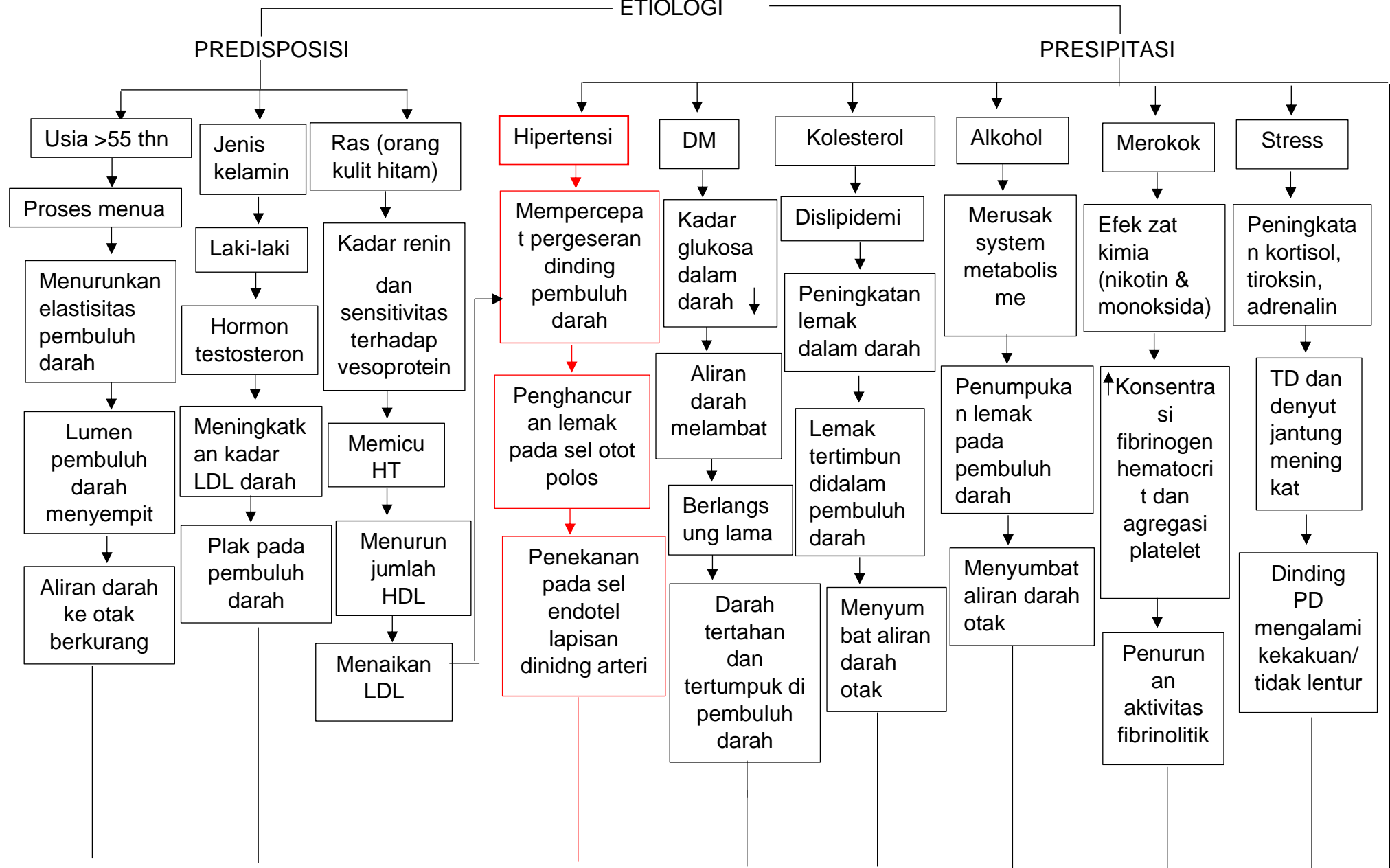
5. *Discharge planning*

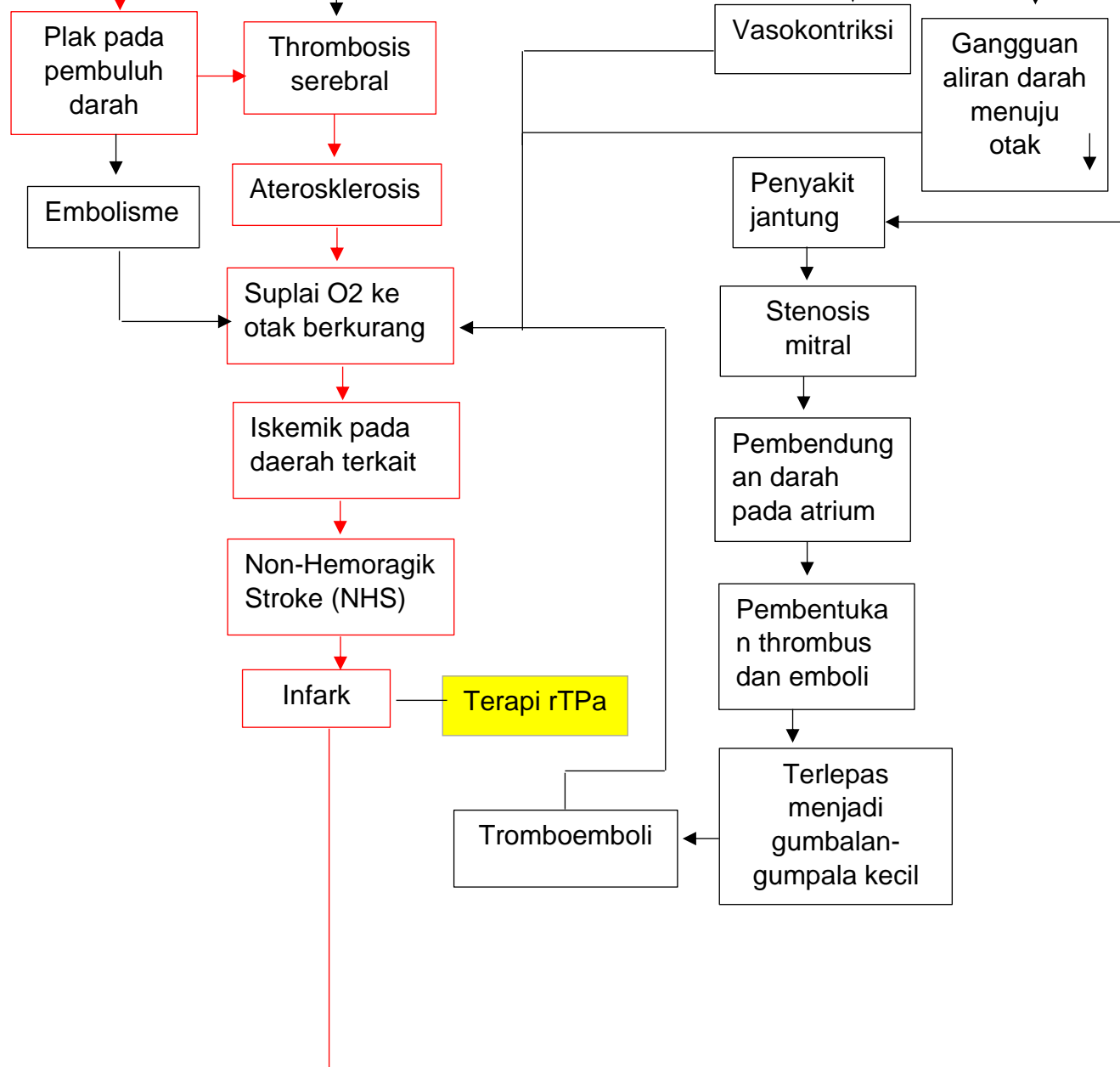
Adapun perawatan dirumah untuk penderita stroke secara garis besar adalah sebagai berikut:

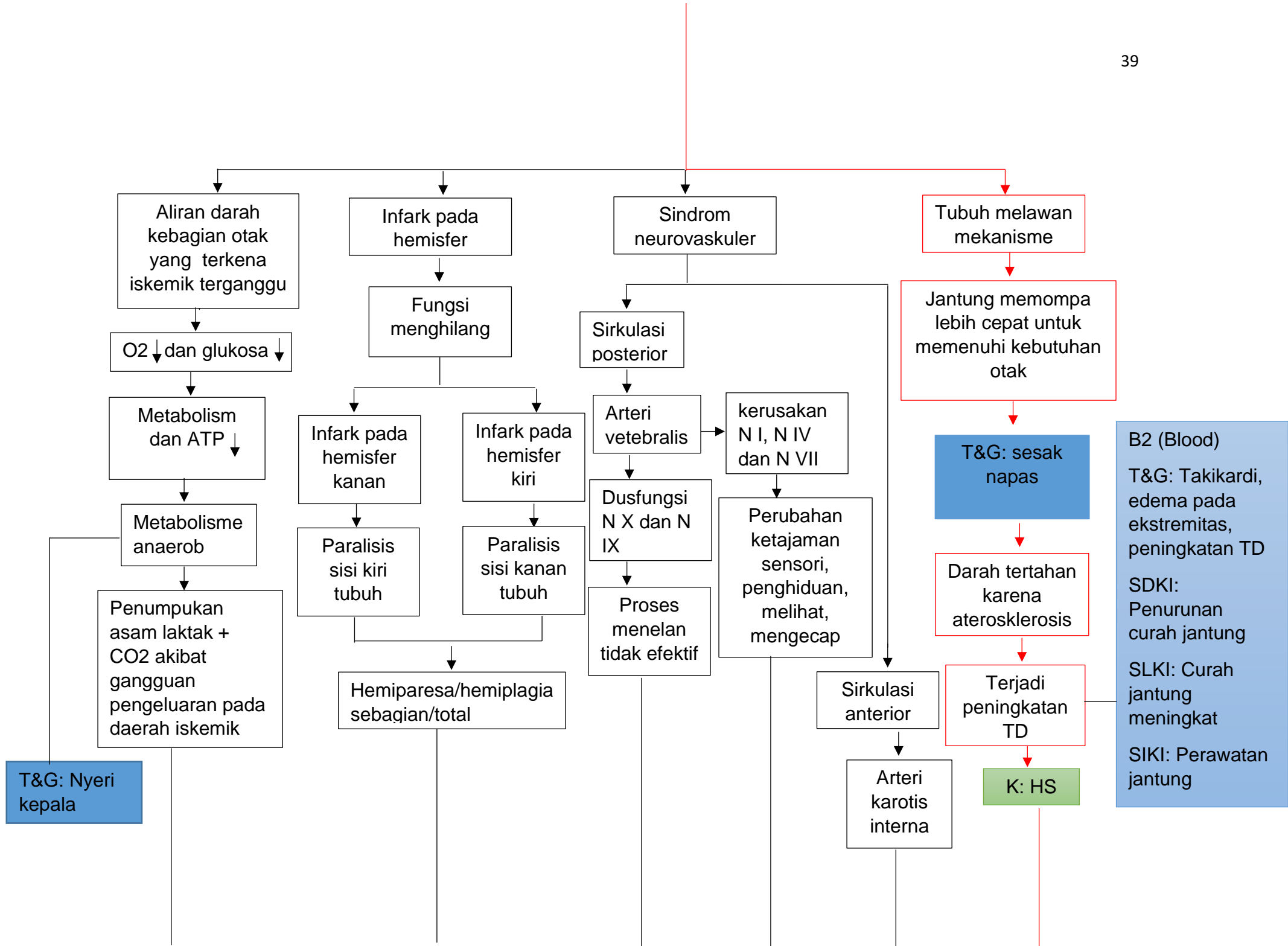
- a. Mencegah stroke berulang dengan menaati terapi yang diberikan dan melakukan rehabilitasi pasca stroke.
- b. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
- c. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam dan mengurangi makanan yang manis-manis.
- d. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
- e. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
- f. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.

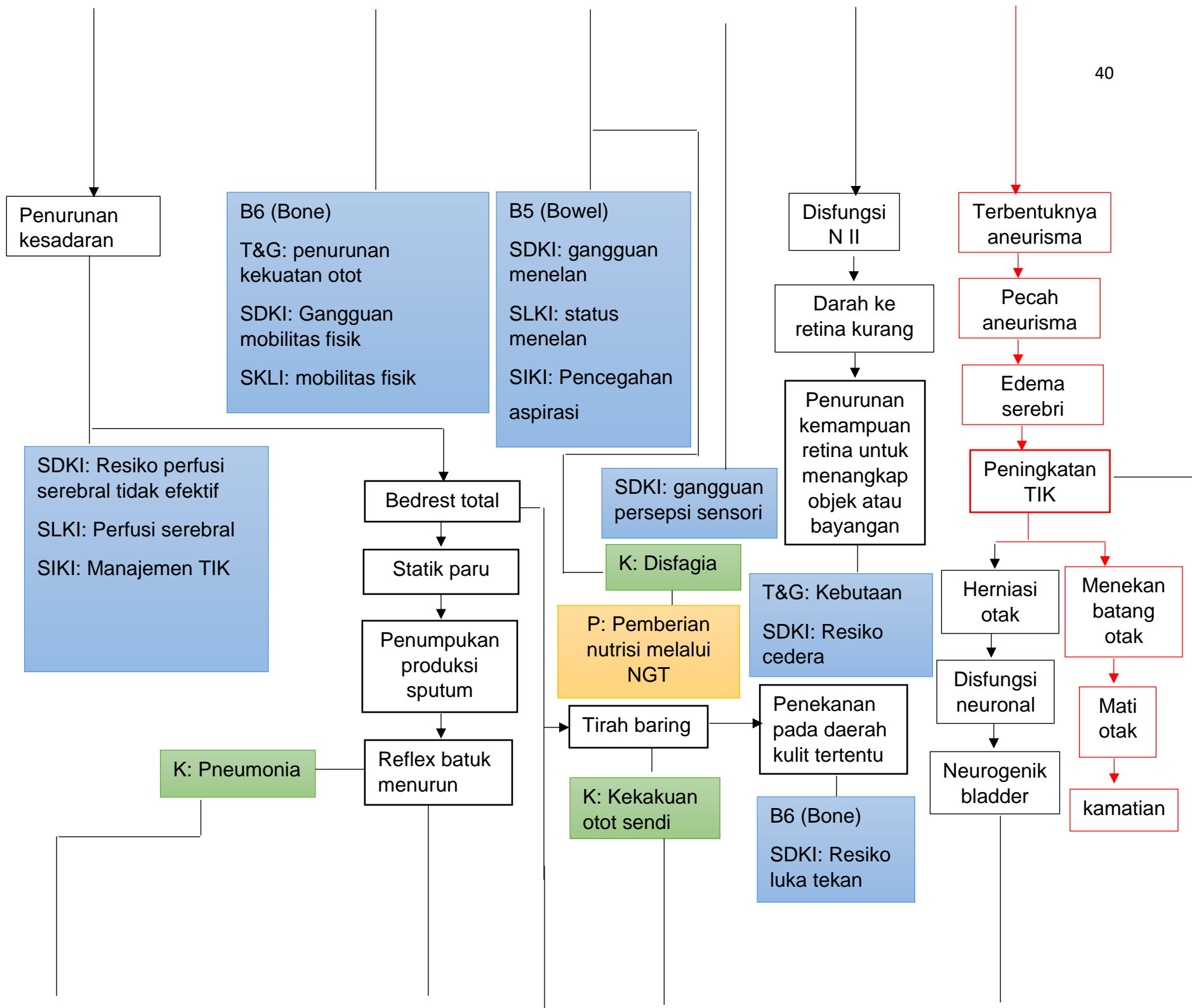
- g. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
- h. Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien dirumah (Amila et al., 2019).

ETIOLOGI









P: Bebaskan jalan napas dan beri oksigen

B1 (Breath)
T&G: Sesak napas dan bunyi ronchi
SDKI: Bersihan jalan napas tidak efektif
SLKI: Bersihan jalan napas
SIKI: Manajemen jalan napas

Pernapasan tidak adekuat

P: melakukan ROM

B1 (Breath)
T&G: Sesak napas dan menggunakan otot bantu napas.
SDKI: Pola napas tidak efektif
SLKI: Pola napas
SIKI: Manajemen jalan napas

B4 (Bladder)
SDKI: Gangguan eliminasi

T&G: Nyeri kepala, penurunan kesadaran, asimetri pupil, nadi cepat, TD meningkat dan respirasi cepat

B3 (Brain)
T&G: Penurunan kesadaran dan peningkatan TD
SDKI: Penurunan kapasitas adaptif intracranial
SLKI: Kapasitas adaptif intrakranial
SIKI: Manajemen peningkatan tekanan

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. ILUSTRASI KASUS

Pasien atas nama Ny. S/68 tahun dengan diagnose medis: Non Hemoragic Stroke masuk ke ruangan ICU RSUD Labuang Baji pada tanggal 28 April 2023. Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran secara tiba-tiba, diawali dengan nyeri kepala dan pasien sulit menggerakkan tubuh sebelah kanan. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Sehingga pada tanggal 28 april pasien dibawa ke RSUD Labuang Baji untuk mendapatkan penanganan segera.

Setelah mendapat tindakan di IGD pasien segera di bawah ke ICU untuk mendapat perawatan lebih lanjut. Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran Apatis dengan GCS 12 (M₅ V₄ E₃), tampak pasien sesak, pola napas abnormal, penggunaan otot bantu pernapasan, pengembangan dada tidak simetris, KU: lemah, tampak respon pupil isokor, tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kanan, tampak pasien kesulitan untuk menelan dan tersedak saat makan dan minum, pasien berada pada level stroke 2 dimana pasien mampu menjaga keseimbangan kepala. Tampak pasien terpasang NRM 12 Lpm, terpasang kateter urin dan NaCL 0,9% 20 tpm pada tangan kanan. Hasil observasi TD: 160/90 mmHg, N: 102x/menit, S: 36,6 °C, P: 32x/menit, SPO₂: 88%. Hasil pemeriksaan CT-Scan kepala dan didapatkan hasil *Infarc lacunar pada gyrus post centralis sinister dan putamen bilateral serta Infarck pada centrum semiovale dexter*. Hasil foto Thoraks Edema paru limfangitik + efusi pleura basal kiri. Hasil Laboratorium RBC: 3.95 10³/uL, HGB 9.6 g/dL, HCT 29.7 fL, MCV 73.9, MCH 24.3 pg, MCHC 32.9 g/dL.

B. PENGKAJIAN PRIMER

Nama Mahasiswa : Mariana Dina dan Maria Wulandari Telaubun

Tanggal : 29 April 2023

Nama Pasien / Usia : N.Y S/ 68 tahun

Diagnosa Medis : NHS

Pengkajian Primer: Meliputi: B-1/Breath, B-2/Bleed/Sirkulasi, B3/Brain, B-4/Bladder, B-5/Bowel dan B-6/Bone).

Breath (B1)	Pergerakan dada	Simetris antara dada kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu pernapasan	Ada, jenis perut (diafragma)
	Palpasi	Vocal premitus: teraba getaran lapang paru sebelah kanan lebih kuat dibandingkan sebelah kiri Nyeri tekan tidak ada Krepitasi tidak ada
	Perkusi	Redup, terdengar redup pada lapang paru sebelah kiri
	Suara napas	Vesikuler pada kedua lapang paru
	Batuk	Tampak pasien tidak batuk
	Sputum	Tampak pasien tidak ada sputum
	Alat bantu pernapasan	Ada, jenis: NRM 12 liter/menit
	Lain-lain	Tampak pasien sesak Pernapasan 32x/menit SPO2: 88%

		Tampak pasien dyspnea
Blood (B2)	Suara jantung	<p>S1 S2 S3 S4</p> <p>Bunyi jantung II A: reguler ICS 2 linea sternalis dextra</p> <p>Bunyi jantung II P: reguler ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra</p> <p>Bunyi jantung I T: reguler ICS 4 linea sternalis sinistra</p> <p>Bunyi jantung I M: Ireguler ICS 5 linea medio clavicularis sinistra</p>
	Irama jantung	Reguler
	CRT	≥ 3 detik
	JVP	Normal (5-2 CmH ₂ O)
	CVP	Tidak ada
	Edema	Tidak ada
	EKG	Tidak ada
	Lain-lain	<p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD: 160/90 mmHg</p> <p>N : 102x/menit</p> <p>S : 36,6° C</p> <p>P : 32x/menit</p> <p>SPO₂ : 88%</p> <p>MAP : 210 mmHg perfusi ginjal tidak memadai</p>
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	<p>Kualitatif: Apatitis</p> <p>Kuantitatif (GCS): E: 4, V: 2, M: 5</p>

	Reaksi pupil	Ada, isokor
	Kanan	diameter pupil 3 cm
	Kiri	diameter pupil 3 cm
	Reflex fisiologis	Ada Ekstremitas atas sinistra/dextra: biceps dextra (negatif) biceps sinistra (positif) trisep dextra (negatif) trisep sinistra (positif) ekstremitas bawah sinistra/dextra: patella dextra (negatif) patella sinistra (positif)
	Reflex patologis	Tidak ada
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	Tampak pasien apatis Tampak pasien memberikan respon terhadap apa yang dilakukan oleh perawat
Bladder (B4)	Urin	Jumlah: 2400 cc Warna: kuning cerah
	Kateter	Ada, hari ke 2 Jenis: intermiten chateter
	Kesulitan BAK	Tidak ada

	Lain-lain	Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Kering
	Lidah	Kotor (tampak lidah pasien kotor berwarna putih)
	Keadaan gigi	Tampak gigi pasien tidak lengkap Gigi palsu: tidak ada
	Nyeri tekan	Tidak ada
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik usus	Normal Nilai:10x/menit
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematemesis	Tidak ada
	Melena	Tidak ada
	Terpasang NGT	Tidak ada
	Terpasang colostomy	Tidak ada
	Diare	Pasien tidak mengalami diare
	Konstipasi	Ada, sudah 3 hari pasien mengalami konstipasi
	Asites	Tidak ada
Lain-lain	Tampak pasien terpasang infus Nacl 0.9%	

Bone (B6)	Tugor	Jelek (tidak elastis)
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Icterus	Tidak ada
	Akral	Teraba akral pasien hangat dan tampak pucat
	Pergerakan sendi	Terbatas Skala: uji kekuatan otot Kiri kanan tangan 5 3 --- --- kaki 5 3
	Fraktur	Tidak ada
	Luka	Tidak ada
	Lain-lain	-

Tabel 3.1

C. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

1. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting. Keluarga juga mengatakan bahwa pasien sudah mengetahui penyakit yang di deritanya yaitu hipertensi dan pasien rajin mengonsumsi obat hipertensinya (Amlodhipine), tetapi pasien tidak menjaga pola makanya. Keluarga mengatakan pasien memakan apa saja yang dia suka dan anaknya-anaknya juga tidak pernah melarangnya. Keluarga pasien mengatakan makanan kesukaan pasien adalah coto dan pallu basang

b. Riwayat penyakit saat ini:

1) Keluhan utama: kekakuan dan kelemahan di tubuh sebelah kanan

2) Riwayat keluhan utama:

Keluarga pasien mengatakan saat di rumah pasien tiba-tiba pingsan kira-kira setengah jam lamanya setelah sadarkan diri pasien diberi makan dan meminum obat hipertensinya. Pasien sempat ditensi saat dirumah dengan hasil TD: 200/108mmHg. Kemudian keluarga langsung di bawah pasien ke IGD Rumah Sakit Labuang Baji, pada tanggal 28 april 2023. Pada saat di IGD diobservasi dan dilakukan tindakan, setelah observasi dan tindakan pasien langsung di pindah ke ruang ICU.

Pada saat pengkajian di ruang ICU tampak pasien apatis, tampak kekakuan dan kelemahan di tubuh sebelah kanan, tampak pasien bicara tidak nyambung, tampak pasien tidak merespon pertanyaan perawat, GCS: kualitatif: apatis dan kuantitatif M:5, V:4, E:3 serta telah dilakukan observasi TTV, TD:160/90mmHg, N:102x/menit, P:32x/menit, S:36,6°C

SPO2:88% serta pasien diberikan tindakan pemberian oksigen NRM 12 liter/menit. Pasien berada pada level stroke 2 dimana pasien mampu menjaga keseimbangan kepala.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga mengatakan, pasien menderitanya penyakit hipertensi sejak 5 tahun yang lalu dan rutin meminum obat hipertensinya (Amlodhipine).

Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan.

c. Pemeriksaan fisik:

- 1) Kebersihan rambut : rambut tampak bersih dan beruban
- 2) Kulit kepala : tampak kulit kepala pasidu bersih dan tidak ada ketombe
- 3) Kebersihan kulit : tampak kulit pasien bersih dan kering
- 4) Higiene rongga mulut :tampak ringga mulut kotor
- 5) Kebersihan genetalia : alat kelamin luar tampak bersih
- 6) Kebersihan anus : tampak bersih

2. Pola Nutrisi Dan Metabolik

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x1 sehari, makanan seperti nasi, sayur, ikan namun pasien masih suka makanan yang asin dan makanan kesukaan pasien yaitu bakso, cotto dan goreng-gorengan. Keluarga pasien mengatakan sebulan terakhir pasien kurang nafsu makan dan pasien tidak mengonsumsi suplemen ataupun vitamin selain obat Amlodhipine. Keluarga pasien juga mengatkan pasien sering menghabiskan 1 liter air dalam sehari.

b. Keadaan sejak sakit:

Selama sakit tampak pasien menolak untuk makan, pasien kesulitan menelan, kesulitan untuk mengunyah makanan, makanan masih tertinggal di rongga mulut, tampak batuk setelah makan atau minum dan tampak pasien tersedak saat makan. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya makan 1-2 sendok makan dan minum hanya 100cc/hari.

Observasi:

Tampak pasien tidak menghabiskan makanannya.

c. Pemeriksaan fisik:

- 1) Keadaan rambut : tampak bersih dan beruban
- 2) Hidrasi kulit : Hidrasi kulit kembali dalam 3 detik
- 3) Palpebra/conjungtiva: tampak tidak edema dan tidak anemis
- 4) Sclera : tampak tidak icterik
- 5) Hidung : tampak septum di tengah
- 6) Rongga mulut :tampak kotor gusi: tampak tidak ada peradangan
- 7) Gigi : tampak ada gigi tanggal gigi palsu: tidak ada
- 8) Kemampuan mengunyah keras: tampak pasien tidak mampu mengunyah dengan keras
- 9) Lidah : tampak lidah kotor dan berwarna putih
- 10)Pharing : tampak tidak ada peradangan
- 11)Kelenjar getah bening: tampak tidak ada pembesaran
- 12)Kelenjar parotis : tampak tidak ada pembesaran
- 13)Abdomen:
 - a) Inspeksi: tampak pasien tidak asietas pada bagian perut
 - b) Auskultasi: terdengar peristaltik usus 10x/menit
 - c) Palpasi : tampak tidak ada nyeri dan teraba tidak ada benjola
 - d) Perkusi : tympani

14) Kulit :

a) Edema: Positif Negatif

b) Icteric : Positif Negatif

c) Tanda-tanda radang: tampak tidak ada tanda peradangan

15) Lesi: tampak tidak ada lesi.

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi fese padat dan berwarna coklat. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengonsumsi obat pencahar, pasien mampu mengontrol pembuangan BAB. Keluarga pasien mengatakan pasien BAK 5-6x dalam sehari, dengan warna urin kuning cerah dan pasien mampu mengontrol pengeluaran urin.

b. Keadaan sejak sakit:

Sejak sakit pasien belum BAB. Tampak BAK pasien lancar dengan warna urine kuning cerah dengan jumlah urin 2400cc dan pasien tidak memiliki hambatan dalam BAK.

c. Observasi:

Tampak pasien terpasang kateter dengan jumlah urine 2400 cc dan berwarna kuning cerah

d. Pemeriksaan fisik:

1) Peristaltik usus : 10x/menit

2) Palpasi kandung kemih : Penuh Kosong

3) Nyeri ketuk ginjal : Positif Negatif

4) Mulut uretra : tampak bersih

5) Anus :

a) Peradangan : tidak dikaji

b) Hemoroid : tidak dikaji

c) Fistula : tidak dikaji

4. Pola Aktivitas Dan Latihan

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya di rumah dan hanya melakukan pekerjaan rumah saja seperti menyapu, mengepel, mencuci piring dan merapikan rumah. Keluarga pasien mengatakan pasien sering berolahraga ringan saja seperti berjalan santai disekitar rumah pasien dan pasien memanfaatkan waktu senggangnya dengan nonton TV, berkumpul bersama keluarga dan tetangga sekitar rumah.

b. Keadaan sejak sakit:

Tampak pasien sulit menggerakkan kaki dan tangan sebelah kanan pasien sejak sakit dan pasien hanya berbaring di tempat tidur, semua aktivitas pasien di bantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat karena pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan.

c. Observasi:

Tampak semua aktivitas pasien sepenuhnya di bantu oleh keluarga dan perawat.

1) Aktivitas harian :

- a) Makan : 1
- b) Mandi : 2
- c) Pakaian : 2
- d) Kerapihan : 2
- e) Buang air besar : 2
- f) Buang air kecil : 1
- g) Mobilisasi di tempat tidur : 2

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

2) Postur tubuh : tidak dikaji

3) Gaya jalan : tidak dikaji

- 4) Anggota gerak yang cacat : tampak pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan
- 5) Fiksasi: : tidak ada
- 6) Tracheostomi : tidak ada

d. Pemeriksaan fisik

1) Tekanan darah

 Berbaring : 160/90 mmHg

 Duduk : tidak dikaji

 Berdiri : tidak dikaji

 Kesimpulan: Hipotensi ortostatik: Positif Negatif

2) HR: 102 x/menit

3) Kulit:

 Keringat dingin : tampak tidak ada

 Basah : tampak tidak ada

4) JVP : 5-2 cmH₂O

 Kesimpulan : pemompaan ventrikel jantung memadai

5) Perfusi pembuluh kapiler kuku : > 3 detik

6) Thorax dan pernapasan

a) Inspeksi:

 Bentuk thorax : tampak simetris kiri dan kanan

 Retraksi interkostal : tampak tidak ada

 Sianosis : tampak tidak ada

 Stridor : tampak tidak ada

b) Palpasi:

 Vocal premitus: teraba getara lapang paru sebelah kanan lebih kuat dibandingkan sebelah kiri

 Krepitasi : tidak ada

c) Perkusi:

Sonor Redup Pekak

 Lokasi: ICS 5 dan 6

d) Auskultasi:

Suara napas : vesikular
 Suara ucapan : terdengar tidak jelas
 Suara tambahan : tidak ada

7) Jantung

- Inspeksi:

Ictus cordis: teraba pada ICS 5 linea sternalis sinistra

- Palpasi:

ictus cordis: teraba pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

- Perkusi:

Batas atas jantung: ICS 3 parasentralis dekstra dan ICS 4 linea parasentralis sinistra

Batas bawah jantung: ICS 3 linea parasentralis dextra dan ICS 5 linea axillaris anterior sinistra

Batas kanan jantung: ICS 3- ICS 5 linea parasentralis dextra

Batas kiri jantung: ICS 4 linea parasentralis sinistra-ICS 3 linea axillaris anterior sinistra

- Auskultasi :

Bunyi jantung II A : reguler ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : reguler ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : reguler ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M :ireguler ICS 5 linea medio clavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop: tidak ada

Murmur : tidak ada

Bruit : Aorta : tidak ada

A.Renalis : tidak ada

A. Femoralis : tidak ada

8) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : Positif Negatif
- Rentang gerak : keterbatasan rentang gerak (kelemahan) pada lengan dan kaki kanan

Kaku sendi : tidak ada

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : tidak ada

Paralisis : paralisis di tubuh sebelah kanan

terutama pada tangan dan kaki pasien

- Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	3	5
kaki	3	5

Keterangan:

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi: Biceps sinistra (+) dextra (-), triceps sinistra (+) dextra (-), patella sinistra (+) dextra (-)
- Refleks patologi:
 - Babinski, Kiri : Positif Negatif
 - Kanan : Positif Negatif
- Clubing jari-jari : tidak ada

- Varises tungkai : tidak ada
- i) Columna vetebralis:
 - Inspeksi : tidak ada
 - Palpasi : tidak ada
- Kaku kuduk : tidak ada

5. Pola Tidur Dan Istirahat

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan sebelum sakit tidurnya teratur \pm 7 jam dalam sehari. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur pukul 21.00-05.00 wita dan pasien merasa segar saat bangun pada pagi hari. Keluarga pasien mengatakan pasien sering tidur siang \pm 1 jam dan keluarga juga mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur. Sebelum tidur pasien nonton TV dengan anaknya, dan senang jika tidur dengan suasana gelap.

b. Keadaan sejak sakit:

Sejak sakit pasien tampak sulit untuk tidur. Pada malam hari jam tidurnya tidak menentu dan pasien tidur tidak nyenyak, dalam sehari pasien bisa tidur \pm 6 jam dan pasien tampak tidak tidur siang karena pasien gelisah

c. Observasi:

Tampak pasien mengatuk

Ekspresi wajah mengatuk : Positif Negatif

Banyak menguap : Positif Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif Negatif

6. Pola Persepsi Kognitif

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan tidak mengalami gangguan pada pendengaran dan penglihatan serta tidak ada masalah pada penciuman serta pengecapannya. Keluarga mengatakan pasien

mempunyai daya ingat yang baik dan keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata ataupun alat bantu dengar.

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan pasien mampu merespon dengan anggukan atau gelengan tapi sulit berbicara dan mengalami kelemahan di seluruh badan.

c. Observasi:

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu dengar ataupun alat bantu penglihatan. Tampak pasien sulit untuk berbicara dengan jelas.

d. Pemeriksaan fisik:

1) Penglihatan

- a) Kornea : tampak keruh
- b) Pupil : tampak isokor
- c) Lensa mata : tampak keruh
- d) Tekanan intra okuler (TIO) : tidak ada peningkatan tekanan intra okuler antara kiri dan kanan yang sama

2) Pendengaran

- 1) Pina : tampak simetris kiri dan kanan
 - 2) Kanalis : tampak ada serumen
 - 3) Membran timpani : tampak utuh dan memantulkan cahaya
- 3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai: tangan dan kaki sebelah kanan sulit digerakan.

7. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien merasa bangga dengan dirinya. Pasien adalah pribadi yang cerewet, humoris dan bersemangat. Pasien mengatakan ia adalah seorang ibu yang memiliki 5 orang anak

b. Keadaan sejak sakit:

Sejak sakit pasien tidak pernah melakukan aktivitasnya seperti biasa. Keluarga mengatakan pasien merasa tidak berdaya dan putus asa karena keadaannya sekarang. tampak cara pasien untuk mengungkapkan perasaannya hanya dengan raut wajahnya.

c. Observasi:

- 1) Kontak mata : tampak kontak mata kurang saat perawat berbicara
- 2) Rentang perhatian : tampak pasien kurang memperhatikan perawat
- 3) Suara dan cara bicara : suara pasien tidak terdengar jelas
- 4) Postur tubuh: tidak dikaji

d. Pemeriksaan fisik :

- 1) Kelainan bawaan yang nyata: tampak tidak ada kelainan bawaan
- 2) Bentuk/postur tubuh : tidak dikaji
- 3) Kulit : Taraba kulit kering dan tidak ada lesi

8. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama**a. Keadaan sebelum sakit:**

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama anaknya dan cucunya dan sangat akrab dan menjalin hubungan yang baik dengan keluarga besarnya dan tetangga rumahnya. Keluarga mengatakan pasien di dalam keluarganya selalu hidup dengan bahagia.

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga dan tetangga disekitarnya masih terjalin dengan baik, keluarga mengatakan pasien tidak aktif lagi pada kegiatan

kerohanian di masjid karena kondisinya. Keluarga pasien mengatakan bahwa mereka sangat berharap semoga pasien cepat sembuh dari penyakitnya dan berkumpul kembali bersama keluarga.

c. Observasi:

Tampak keluarga datang menjenguk dan berganti menjaga pasien.

9. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien pertama kali haid pada usia 15 tahun dengan siklus menstruasi 28 hari, keluarga mengatakan pasien tidak ada masalah pada alat reproduksinya dan pasien sudah tidak menstruasi sejak 20 tahun yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki 5 orang anak.

b. Keadaan sejak sakit:

Selama sakit pasien tidak ada masalah pada alat reproduksinya. Tampak pasien mempunyai 5 orang anak.

c. Observasi:

Tampak pasien tidak berperilaku yang menyimpang seksualitas dan tidak ada masalah yang berhubungan dengan system reproduksi

d. Pemeriksaan fisik:

Tampak genetalia pasien bersih dan anus pasien bersih

10. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien hidup dengan normal, tidak ada beban, santai dalam menjalani kehidupannya bersama anak-anaknya. Keluarga pasien mengatakan pasien kadang-kadang marah jika ada keluarga yang membuat kesalahan,

keluarga pasien mengatakan jika ada masalah yang tidak bisa ia selesaikan maka pasien meminta bantuan kepada anak-anaknya.

b. Keadaan sejak sakit:

Tampak keluarga pasien sangat khawatir dengan kondisi pasien saat ini, keluarga pasien mengatakan semoga pasien cepat sembuh dan berkumpul bersama dengan keluarga.

c. Observasi:

Ekspresi pasien tampak cemas dan gelisah.

11. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien menganut agama Islam dan rajin menunaikan sholat 5 waktu setiap hari. Keluarga pasien mengatakan pasien biasanya mengikuti pengajian di lingkungannya. Keluarga juga mengatakan jika tidak ada larangan ataupun pantangan baik berupa makanan ataupun minuman untuk pasien.

b. Keadaan sejak sakit:

Sejak sakit tampak pasien tidak bisa sholat karena kondisinya tidak memungkinkan untuk beribadah. Tampak pasien sering didengarkan sholawat dari android dan keluarga juga mendoakan pasien agar cepat sembuh.

c. Observasi:

Tampak pasien sedang mendengarkan lagu sholawat di youtube dan tampak keluarga mendoakan pasien.

12. UJI SARAF KRANIAL

- a. N I:
Tampak pasien mampu mencium bau minyak kayu putih. Namun pasien tidak bisa menyebutkan bau tersebut
- b. N I:
Tampak pasien tidak bisa membaca
- c. N III, IV, VI:
Tampak pasien mampu menggerakkan bola matanya ke segala arah, pupil mengecil saat diberi cahaya, reflex cahaya positif
- d. N V:
Sensorik: pasien tidak mampu mengalokasikan daerah yang digesekan tisu pada wajahnya di area dahi, kedua pipi, dan dibawah dagu
Motorik: pasien tidak mampu mengunyah dengan keras
- e. N VII:
Sensorik: tidak dikaji
Motorik: pasien tidak mampu tersenyum, mengangkat alis dan mengerutkan dahi
- f. N VIII:
Vestibularis: tidak dikaji pasien tidak mampu untuk berdiri
Akustikus: pasien mampu mendengar gesekan jadi perawat pada telinga kanan dan kiri
- g. N IX:
Uvula tampak berada di tengah, tampak tidak ada peradangan tonsil berukuran T1
- h. N X:
Pasien tidak mampu menelan dengan baik
- i. N XI:
Pasien tidak mampu mengangkat bahu kanan
- j. N XII:

Pasien tidak mampu menjulurkan lidah kedepan dan mendorong lidah ke pipi kiri dan kanan

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan CT-Scan kepala

Telah dilakukan pemeriksaan CT Scan kepala, Bone Window tanpa kontras potongan Azial, dengan hasil sebagai berikut:

- Tampak lesi hipodens pada
 - Gyrus post centralis sinister, HU 24 ± 2
 - Putamen bilateral, HU 23 ± 2
 - Centrum semiovale dexter, HU 26 ± 2
- Pons dan cerebellum baik
- Sella, suprasellar dan parasellar baik
- Cerebellopontine angle baik
- Klasifikasi fisiologis pada nucleus lentiformis bilateral dan ventrikulus III
- Tidak tampak midline shift atau mass effect
- System ventrikel simetris, tidak tampak penyempitan ventrikel
- Sinus paranasal bersih
- Air cells mastoid baik
- Tulang-tulang intak

Kesan:

- Infarct lacunar pada gyrus post centralis sinister dan putamen bilateral
- Infarct pada centrum semiovale dexter

2. Pemeriksaan thorax

- Pulmo: gambaran retikulo edema di kedua lapangan paru
- Cor: bentuk dan ukuran dalam batas normal
- Sinus costophrenicus kiri suram, kanan lancip dan diaphragm normal

- Tulang tulang kerangka thorax normal

Kesan:

Edema paru limfangitik + efusi pleura basal kiri.

3. Pemeriksaan Laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1	WBC	6.18	(4.11-11.30)	[10 ³ /uL]
2	RBC	3.95 -	(4.10-5.10)	[10 ³ /uL]
3	HGB	9.6 -	(12.3-15.3)	[g/dL]
4	HCT	29.2 -	(35.9-44.6)	[%]
5	MCV	73.9 -	(80.0-96.1)	[fL]
6	MCH	24.3 -	(27.5-33.2)	[pg]
7	MCHC	32.9 -	(33.4-35.5)	[g/dL]
8	PLT	238	(172-450)	[10 ³ /uL]
9	RDW-SD	44.4	(37.0-54.0)	[fL]
10	RDW-CV	16.4 +	(11.6-14.6)	[%]
11	PDW	9.5	(9.0-17.0)	[fL]
12	MPV	9.1	(9.0-13.0)	[fL]
13	P-LCR	18.0	(13.0-43.0)	[%]
14	PCR	0.22	(0.17-0.35)	[%]
15	NEUT	4.75 76.9 +	(1.80-7.70) (37.0-72.0)	[10 ³ /uL] [%]
16	LYMPH	0.68 - 11.0 -	(1.00-4.80) (20.0-50.0)	[10 ³ /uL] [%]
17	MONO	0.66 10.7	(0.00-0.80) (0.0-14.0)	[10 ³ /uL] [%]
18	EO	0.04 0.6	(0.00-0.60) (0.0-6.0)	[10 ³ /uL] [%]
19	BASO	0.05 0.8	(0.00-0.20) (0.0-1.0)	[10 ³ /uL] [%]
20	IG	0.02 0.3	(0.00-7.00) (0.0-72.0)	[10 ³ /uL] [%]
21	RET		(0.50-1.50) (0.5000-0.9999)	[%]
22	IRF		(3.1-15.5)	[10 ⁶ /uL]
23	LFR		(87.0-98.6)	[%]
24	MFR		(2.8-12.4)	[%]

25	HFR		(0.1-1.5)	[%]
26	RET-He		(30.2-36.2)	[%]
27	IPF		(1.0-6.1)	[pg]
28	WBC-BF			[%]
29	RBC-BF			[10 ³ /uL]
30	PMN			[10 ³ /uL]
31	TC-BF#			[10 ³ /uL]

Tabel 3.2

E. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS:- DO: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan (diafragma) - Tampak pengembangan dada tidak simetris antara dada kiri dan kanan - Pola napas abnormal takipneu - Frekuensi pernapasan: 32x/menit - SPO2: 88% - Auskultasi redup di ICS 5 dan 6 dextra - Irama pernapasan tidak teratur - Hasil foto thorax: Edema paru limfangitik + efusi pleura basal kiri 	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
2	DS <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien mengeluh sakit kepala saat dirumah - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran pada saat dirumah - Keluarga mengatakan pasien memiliki Riwayat penyakit hipertensi sejak 5 tahun yang lalu 	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif

	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien gelisah - GCS: Kuantitatif: apatis Kualitatif: M: 5 V:3 E:4 Total: 12 - Observasi TTV: TD: 160/90 mmHg N: 102x/menit P: 32x/menit S: 36,6°C SPO2: 88% - Hasil CT-Scan kepala: <i>Infarc lacunar pada gyrus post centralis sinister dan putamen bilateral dan Infarck pada centrum semiovale dexter</i> 		
3	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien tidak menjaga pola makannya. - Keluarga mengatakan pasien selalu makan sesukanya dan keluarga tidak melarang pasien. - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat Hipertensi sejak 5 tahun yang lalu 	Ketidakadekuatan pemahaman	Ketidakpatuhan

4	<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemah - Tampak pasien mengalami kelemahan sebelah kanan - Observasi TTV TD: 160/90 mmHg N: 102x/menit <p>DS: -</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tersedak saat makan - Tampak mengatakan pasien menolak untuk makan - Tampak pasien batuk setelah makan atau minum - pasien kesulitan menelan makanan - Tampak pasien tidak dapat mengunyah makanannya - Tampak makanan tertinggal di rongga mulut - Tampak rongga mulut pasien kotor - Nervus X: pasien tidak mampu menelan dengan baik. 	Gangguan saraf kranialis	Gangguan menelan
---	--	--------------------------	------------------

5	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pada saat dirumah pasien mengeluh sulit menggerakkan kaki dan tangan sebelah kanannya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan - Tampak rentang gerak menurun - Tampak gerak terbatas - Reflex neurologis terganggu: Ekstremitas atas sinistra/dextra: biceps dextra (negatif) biceps sinistra (positif), trisep dextra (negatif), trisep sinistra (positif) ekstremitas bawah sinistra/dextra: patella dextra (negatif), patella sinistra (positif). - Tampak semua aktifitas pasien di bantu seperti: Makan: 1 Mandi: 2 Berpakaian: 2 Kerapihan: 2 Buang air besar: 2 Buang air kecil: 1 Mobilisasi di tempat tidur: 2 	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
---	--	------------------------	--------------------------

	<p>- Kekuatan otot</p> <table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>tangan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>kaki</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>		Kanan	kiri	tangan	3	5	kaki	3	5		
	Kanan	kiri										
tangan	3	5										
kaki	3	5										

Tabel 3.3

F. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : NY.S/68 tahun

Ruang/ Kamar: ICU

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dyspnea penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal, dan fase ekspirasi memanjang.
2	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi.
3	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial ditandai dengan mengeluh sulit menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak dan makanan tertinggal di rongga mulut.
4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun dan gerak terbatas.
5	Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman ditandai dengan menolak mengikuti anjuran, perilaku tidak mengikuti program/pengobatan dan perilaku tidak menjalankan anjuran.

Tabel 3.4

G. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ umur : NY. S/68 tahun

Ruang/ kamar : ICU

Tanggal	SDKI	SLKI	SIKI
30 april 2023	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (D.0005)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas meningkat dengan kriteria hasil (L.01004): <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapasitas vital cukup meningkat 2. Dyspnea cukup menurun 3. Penggunaan otot bantu napas cukup menurun 4. Frekuensi napas cukup membaik 5. Kedalaman napas cukup membaik 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi dan kering) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EBN: Posisi <i>Head Up</i> 30°. 2. Berikan oksigen, jika perlu. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil (L.02014): 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat	<p>Dukungan ventilasi (I.01002)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu <p>Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 2. Monitor MAP 3. Monitor intake dan output cairan
--	--	---	--

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Gelisah cukup menurun 3. Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik 4. Refleks saraf cukup membaik 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu. <p>Pemantauan neurologis (I.06197)</p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor ukuran bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil. 2. Monitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan skala koma Glasgow). 3. Monitor kesimetrisan wajah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
--	--	--	---

	<p>Gangguan menelan b/d gangguan saraf kranial (D.0063)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil (L.06053):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan makanan di mulut cukup menurun 2. Refleks menelan cukup meningkat 3. Kemampuan mengunyah cukup meningkat 4. Usaha menelan cukup meningkat 5. Frekuensi tersedak cukup menurun 	<p>Pencegahan aspirasi (I.01018)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan 2. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum 3. Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari makanan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak 2. Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 3. Berikan obat dalam bentuk cair <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan strategi mencegah aspirasi
--	---	--	--

			<p>Pemberian makanan enteral (I.03126)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Periksa posisi nasogastritube (NGT) dengan memeriksa residu lambung mengauskultasi hembusan udara2. Monitor tetesan makanan pada pompa setiap jam <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang2. Berikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat3. Irigasi selang dengan 30ml air setiap 4-6 jam selama pemberian makanan dan setelah pemberian makan intermiten <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tujuan dan langka-langka prosedur <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral
--	--	--	---

	<p>Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat 3. Gerakan terbatas cukup menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.
--	---	--	--

	Ketidapatuhan ketidakadekuatan pemahaman (D.0144)	b/d Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan kriteria hasil (L.12104): <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan mengurangi faktor resiko cukup menurun 2. Menerapkan program perawatan cukup menurun 3. Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan cukup menurun 	Pelibatan keluarga (I.14535) observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan hubungan pasien dengan keluarga dalam perawatan 2. Diskusikan cara perawatan dirumah 3. Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan 4. Fasilitasi keluarga membuat keputusan perawatan Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kondisi pasien kepada keluarga 2. Informasi tingkat ketergantungan pasien kepada keluarga 3. Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan
--	---	--	---

Tabel 3.4

H. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/ Umur : NY.S/68 tahun

Ruang/ Kamar: ICU

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
30/04/2023	1	08.00	Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan oksigen NRM 12 liter/menit	Dina
	1 & 2	08.15	Memonitor tanda-tanda vital dan memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD: 150/90 mmHg N: 93x/menit (takikardi) P: 30x/menit (takipneu) Kesadaran apatis pupil pasien isokor	
	1	08.22	Memonitor bunyi napas tambahan dan mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas Hasil: Terdengar bunyi napas normal Tampak adanya otot bantu pernapasan (diafragma)	Dina
	2	08.26	Memonitor tingkat kesadaran Hasil: Kualitatif (GCS): Apatis Kuantitatif: E: 4, V: 2, M: 5 Total: 12	Dina

	2	08.30	<p>Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pupil pasien isokor atau sama besar, diameter pupil kira-kira 3 cm</p>	Dina
	2	09.00	<p>Memonitor MAP</p> <p>Hasil:</p> <p>MAP: 210 mmHg (Perfusi darah ke ginjal tidak memadai)</p>	Dina
	3	09.30	<p>Memonitor batuk, muntah dan kemampuan menelan</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien batuk setelah makan dan tampak pasien tidak muntah</p> <p>Pasien tidak mampu menelan dengan baik</p>	Dina
	5	10.00	<p>mengidentifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan</p> <p>Hasil:</p> <p>Keluarga mengatakan siap membantu pasien dalam perawatan pasien selama sakit</p>	Dina
	1 & 2	10.10	<p>Memposisikan <i>head up</i> 30⁰ dan memfasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30⁰ dimana bagian kepala pasien di tinggikan 30⁰</p>	Dina

	2	10.40	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 150/90 mmHg</p> <p>N: 96x/menit</p> <p>S: 36⁰ C</p> <p>P: 26x/menit</p> <p>SPO2: 97%</p>	Dina
	5	10.48	<p>Memfasilitasi keluarga membuat keputusan perawatan</p> <p>Hasil:</p> <p>Keluarga setuju dengan segala perawatan yang akan di lakukan kepada pasien</p>	Dina
	4	11.00	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien tidak mampu melakukan aktifitas seperti mandi sendiri, berpakaian dan kerapihan sendiri makan dan minum sendiri, serta mobilisasi.</p>	Dina
	2	11.10	<p>Menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial</p> <p>Hasil:</p> <p>Semua aktifitas pasien dibantu keluarga dan perawat</p>	Dina
	3	11.20	<p>Memeriksa posisi nasogastriktube (NGT) dengan memeriksa residu lambung mengauskultasi hembusan udara</p>	Dina

			<p>Hasil: Terdengar hembusan udara di lambung pasien</p>	
3	11.25	<p>Memberikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat</p> <p>Hasil: Selang NGT pasien di beri tanda dengan plaster</p>	Dina	
2	12.00	<p>Mengopservasi tanda-tanda vital</p> <p>TD: 160/90 mmHg N: 100x/menit S: 36,2^o C P: 20x/menit SPO2: 96%</p>	Dina	
3	12.20	<p>Mengkolaborasikan pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral</p> <p>Hasil: Pasien diberikan makanan bubur saring dengan jumlah 100cc</p>	Dina	
3	12.39	<p>Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak</p> <p>Hasil: Pasien diberikan bubur saring sebanyak 150cc</p>	Dina	

	3	12.42	<p>Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang</p> <p>Hasil:</p> <p>Selang NGT pasien di bersihkan sebanyak 2x yaitu 15cc pembilasan pertama dan 15cc pembilasan kedua</p>	Dina
	3	13.40	<p>Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum:</p> <p>Hasil:</p> <p>Terdengar bunyi suara normal</p>	Dina
	2	14.10	<p>Mengopservasi tanda-tanda vital</p> <p>TD: 150/90 mmHg</p> <p>N: 93x/menit</p> <p>S: 36,5⁰ C</p> <p>P: 25x/menit</p> <p>SPO2: 94%</p>	Dina
	4	16.00	<p>Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 140/90 mmHg</p> <p>N: 98x/menit</p>	Dina
	5	16.20	<p>Menciptakan hubungan pasien dengan keluarga dalam perawatan</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak keluarga membantu pasien dalam setiap perawatan yang dibutuhkan pasien</p>	Wulan

	5	16.30	<p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak keluarga ikut membantu perawat dalam melakukan mobilitas dini pada pasien</p>	Wulan
	4	16.40	<p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>Hasil:</p> <p>pasien melakukan aktivitas di tempat tidur seperti duduk dengan memegang pagar tempat tidur</p>	Wulan
	2 & 4	16.45	<p>Memonitor kondisi umum saat melakukan pergerakan dan monitor tanda-tanda vital pasien</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak kondisi umum pasien baik dan pasien tidak mengalami masalah saat pergerakan</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD: 130/80 mmHg</p> <p>N: 95x/menit</p> <p>S: 36,0⁰ C</p> <p>P: 17x/menit</p> <p>SPO2: 97%</p>	Wulan
	4	16.50	<p>Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien berikan mobilitas dini seperti: menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari dan memutar pergelangan kaki.</p>	Wulan

	3	19.00	Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak Hasil: Pasien diberikan bubur saring sebanyak 150 cc	Wulan
	3	19.10	Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang Hasil: Selang NGT pasien di bersihkan sebanyak 2x dengan 15cc pembilasan pertama dan 15cc pembilasan kedua	Wulan
	2 & 5	19.05	Menjelaskan kondisi pasien kepada keluarga dan menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Hasil: Tampak keluarga pasien mengerti dan memahi penjelasan perawat	Wulan
	5	19.10	Menginformasi tingkat ketergantungan pasien kepada keluarga Hasil: Pasien berada pada tingkat ketergantungan total care	Wulan
	2	20.00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 140/95 mmHg N: 89x/menit S: 36,0 ⁰ C P: 15x/menit SPO2: 97%	Wulan

	2	21.00	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Tampak pasien di jaga oleh 1 orang saja	Wulan
	1	21.15	Kolaborasi pemberian obat Hasil: Moxfloxacin 400g/24 jam Ceftriaxone 1 g/12 jam	Wulan
	3	21.20	Memberikan obat dalam bentuk cair Hasil: Pasien diberikan obat Vib Albumin 1 cap	Wulan
	2	23.00	Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: Semua hasil pemantauan TTV dan cairan pasien dicatat di status pasien.	Wulan

01/05/2023	1 & 2	08.00	<p>Memonitor tanda-tanda vital dan memonitor tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 140/80 mmHg</p> <p>N: 73x/menit (takikardi)</p> <p>P: 24x/menit (takipneu)</p> <p>Kesadaran apatis</p> <p>pupil pasien isokor</p>	Dina
	3	08.10	<p>Memonitor bunyi napas tambahan dan mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas</p> <p>Hasil:</p> <p>Terdengar bunyi napas normal</p> <p>Tampak adanya otot bantu pernapasan (diafragma)</p>	Dina
	2	08.20	<p>Memonitor tingkat kesadaran</p> <p>Hasil:</p> <p>Kualitatif (GCS): E: 4, V: 4, M: 5</p> <p>Total: 13</p> <p>Kuantitatif: Apatis</p>	Dina
	2	08.26	<p>Memonitor MAP</p> <p>Hasil:</p> <p>MAP: 100 mmHg (Perfusi darah ke ginjal memadai)</p>	Dina
	3	08.30	<p>Memonitor batuk, muntah dan kemampuan menelan</p>	Dina

			<p>Hasil: Tampak pasien tidak batuk dan muntah Pasien tidak mampu menelan dengan baik</p>	
5	09.00	<p>Mengidentifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan</p> <p>Hasil: Keluarga mengatakan siap membantu pasien dalam perawatan pasien selama sakit</p>	Dina	
2	09.10	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil: TD: 130/70 mmHg N: 60x/menit S: 36,7⁰ C P: 20x/menit SPO2: 98%</p>	Dina	
5	09.30	<p>Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan</p> <p>Hasil: Tampak keluarga pasien menyetujui semua tindakan yang akan dilakukan untuk pasien</p>	Dina	
2	10.10	<p>Observasi TTV</p> <p>TD: 140/70 mmHg N: 100x/menit S: 37,2⁰ C P: 22x/menit SPO2: 99%</p>	Dina	

	5	10.30	Mendiskusikan cara perawatan dirumah Hasil: Tampak keluarga pasien memahami cara melakukan mobilisasi dini saat di rumah	Dina
	1 & 2	11.00	Memposisikan <i>head up</i> 30 ⁰ dan memfasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin Hasil: Pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30 ⁰ dimana bagian kepala pasien di tinggikan 30 ⁰	Dina
	1	11.30	Hasil obsevasi setelah 30 menit pemberian posisi <i>head up</i> 30 P: 20x/menit SPO2: 99%	Dina
	3	12.00	Mengkolaborasikan pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral Hasil: Pasien diberikan makanan bubur saring dengan jumlah 100cc	Dina
	1	12.20	Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan Hasil: Tampak merasa sesak jika pasien terlentang	Dina

	3	12.30	Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak Hasil: Pasien diberikan bubur saring sebanyak 150cc	Dina
	3	12.40	Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang Hasil: Selang NGT pasien di bersihkan sebanyak 2x dengan 15cc pembilasan pertama dan 15cc pembilasan kedua	Dina
	3	13.00	Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum: Hasil: Terdengar bunyi suara normal	Dina
	2 & 4	14.30	Mengobservasi tanda-tanda vital dan Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi TD: 130/80 mmHg N: 83x/menit S: 36,5 ⁰ C P: 23x/menit SPO2: 99%	Dina
	5	15.00	Menciptakan hubungan pasien dengan keluarga dalam perawatan Hasil:	Dina

			Tampak keluarga membantu pasien dalam setiap perawatan yang dibutuhkan pasien	
4	15.10	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Tampak keluarga ikut membantu perawat dalam latihan mobilitas dini	Wulan	
4	15.30	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: pasien mengangkat tumit dan menggeser kaki dengan tangan pasien memegang sampiran.	Wulan	
4	15.40	Memonitor kondisi umum saat melakukan pergerakan dan monitor tanda-tanda vital pasien Hasil: Tampak kondisi umum pasien baik dan pasien tidak mengalami masalah saat pergerakan Tanda-tanda vital TD: 130/80 mmHg N: 95x/menit S: 36,0 ⁰ C P: 17x/menit SPO2: 97%	Wulan	
4	15.50	Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil:	Wulan	

			Pasien diberikan mobilisasi dini seperti: menggerakkan lengan, tangan menggerakkan ujung jari, memutar pergelangan, mengangkat tumit dan menggeser kaki.	
	4	16.00	Mengajarkan mengubah posisi secara mandiri Hasil: Tampak keluarga pasien memahami penjelasan yang diberikan	Wulan
	3	19.10	Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak Hasil: Pasien diberikan bubur saring sebanyak 150 cc	Wulan
	3	19.20	Menggunakan teknik bersih dalam pemberian obat makanan via selang Hasil: Selang NGT pasien di bersihkan sebanyak 2x dengan 15cc pembilasan pertama dan 15cc pembilasan kedua	Wulan
	2	20.00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 140/95 mmHg N: 89x/menit S: 36,0 ⁰ C P: 15x/menit SPO2: 97%	Wulan

	2 & 5	20.20	Menjelaskan kondisi pasien kepada keluarga dan menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Hasil: Tampak keluarga pasien mengerti dan memahi penjelasan perawat	Wulan
	2	22.00	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Tampak pasien dijaga oleh 1 orang saja	Wulan
	1	23.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil: Moxfloxacin 400g/24 jam Ceftriaxone 1 g/ 12 jam	Wulan
	3	23.10	Memberikan obat dalam bentuk cair Hasil: Pasien diberikan obat Vib Albumin/1 kapsul	Wulan
	2	00.00	Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: Semua hasil pemantauan TTV dan cairan pasien dicatat di status pasien	

02/05/2023	1 & 2	08.10	<p>Memonitor tanda-tanda vital dan memonitor tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 130/70 mmHg</p> <p>N: 63x/menit (takikardi)</p> <p>P: 20x/menit (takikardi)</p> <p>Kesadaran apatis</p> <p>pupil pasien isokor</p>	Dina
	1	08.20	<p>Memonitor bunyi napas tambahan dan mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas</p> <p>Hasil:</p> <p>Terdengar bunyi napas normal</p> <p>Tampak adanya otot bantu pernapasan (diafragma)</p>	Dina
	2	08.26	<p>Memonitor tingkat kesadaran</p> <p>Hasil:</p> <p>Kualitatif (GCS): E: 4, V:4, M: 6</p> <p>Total: 14</p> <p>Kualitatif: Apatis</p>	Dina
	2	08.30	<p>Memonitor MAP</p> <p>Hasil:</p> <p>MAP: 90 mmHg (Perfusi darah ke ginjal memadai)</p>	Dina

	3	09.00	Memonitor batuk, muntah dan kemampuan menelan Hasil: Tampak pasien tidak batuk dan muntah Pasien tidak mampu menelan dengan baik	Dina
	2	10.10	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD: 140/80 mmHg N: 60x/menit S: 36,7 ^o C P: 20x/menit SPO2: 98%	Dina
	1	11.00	Mempertahankan kepatenan jalan napas Hasil: Pasien diberikan teknik chin lift	Dina
	1 & 2	11.15	Memposisikan <i>head up</i> 30 ^o dan memfasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin Hasil: Pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30 ^o dimana bagian kepala pasien di tinggikan 30 ^o	Dina
	1	11.45	Hasil observasi setelah 30 menit pemberian posisi <i>head up</i> 30 P: 20x/menit SPO2: 99%	Dina

	3	12.00	Menghindari makanan melalui selang gastrointestinal jika residu banyak Hasil: Tampak tidak ada residu	Dina
	1	12.20	Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan Hasil: Tampak merasa sesak jika pasien terlentang	Dina
	3	12.40	Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak Hasil: Pasien diberikan bubur saring sebanyak 150cc	Dina
	3	12.50	Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang Hasil: Selang NGT pasien di bersihkan sebanyak 2x dengan 15cc pembilasan pertama dan 15cc pembilasan kedua	Dina
	3	14.00	Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum: Hasil: Terdengar bunyi suara normal	Dina

	2	14.10	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 140/80 mmHg N: 93x/menit S: 36,6° C P: 20x/menit SPO2: 99%	Dina
	2	14.40	menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial Hasil: Tampak semua aktivitas yang di bantu oleh keluarga dan perawat	Dina
	4	15.00	Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: TD: 140/80 mmHg N: 80x/menit	Wulan
	4	16.00	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Tampak keluarga ikut membantu perawat dalam latihan ROM	Wulan wulan
	4	16.10	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: pasien melakukan aktivitas di tempat tidur seperti duduk dengan memegang pagar tempat tidur	

	4	16.20	<p>Memonitor kondisi umum saat melakukan pergerakan dan monitor tanda-tanda vital pasien</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak KU pasien baik</p> <p>TD: 140/80 mmHg</p> <p>N: 95x/menit</p> <p>S: 36,0^o C</p> <p>P: 17x/menit</p> <p>SPO2: 97%</p>	Wulan
	4	16.30	<p>Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien berikan latihan ROM</p>	Wulan
	4	16.50	<p>Mengajarkan mengubah posisi secara mandiri</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak keluarga pasien memahami penjelasan yang diberikan</p>	
	3	19.00	<p>Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien diberikan bubur saring sebanyak 150 cc</p>	Wulan
	3	19.10	<p>Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang</p> <p>Hasil:</p> <p>Selang NGT pasien di bersihkan sebanyak 2x dengan 15cc pembilasan pertama dan 15cc pembilasan kedua</p>	Wulan

	2	20.20	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 140/95 mmHg N: 89x/menit S: 36,0 ^o C P: 15x/menit SPO2: 97%	Wulan
	2	21.00	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Tampak pasien ditemani oleh 1 orang saja	Wulan
	1	23.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil: Moxifloxacin 400g/24 jam Ceftriaxone 1 g/ 12 jam	Wulan
	3	23.10	Memberikan obat dalam bentuk cair Hasil: Pasien diberikan obat Vib Albumin 1 kapsul	Wulan
	2	00.00	Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: Semua hasil pemantauan TTV dan cairan pasien dicatat di status pasien.	Wulan

Tabel 3.5

I. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur : NY.S/68 Tahun

Ruang/ Kamar: ICU

Tanggal	Evaluasi S O A P	Nama Perawat
30/04/2023	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan (diafragma) - Irama pernapasan tidak teratur - Frekuensi napas 26x/menit - SPO2: 97% - Tampak pengembangan paru tidak simetris antara dada kiri dan kanan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Monitor bunyi napas tambahan - Berikan oksigen sesuai kebutuhan - Posisikan <i>head up</i> 30⁰ - Mengajarkan mengubah posisi secara mandiri - Kolaborasi pemberian obat 	Dina

	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan menelan belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan - Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum - Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak - Berikan obat dalam bentuk cair - Ajarkan strategi mencegah aspirasi - Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang - Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral <p>Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular</p> <p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan - Tampak semua aktifitas pasien di bantu - Tampak rentang gerak menurun - Kekuatan otot menurun - Tampak gerak terbatas <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Anjurkan melakukan mobilisasi dini 	<p>Wulan</p>
--	---	--------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan - Fasilitasi melakukan pergerakan <p>Ketidakpatuhan b/d ketidakadekuatan pemahaman</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pola makan pasien terjaga - Keluarga mengatakan makanan pasien diberikan oleh rumah sakit <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ketidakpatuhan belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan - Ciptakan hubungan pasien dengan keluarga dalam perawatan - Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan - Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan - Jelaskan kondisi pasien keluarga 	Dina
--	---	------

	<p>Kualitatif: M: 5 V:4 E:4 Total: 13</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Penurunan kapasitas adaptif intracranial belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Monitor tingkat kesadaran - Pemberian obat - Hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial <p>Gangguan menelan b/d gangguan saraf kranial</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien batuk setelah makan atau minum - pasien kesulitan menelan makanan - Tampak pasien tidak dapat mengunyah makanannya - Tampak rongga mulut pasien kotor - Posisi NGT berada pada lambung dan terdengar suara udara pada saat mengauskultasi hembusan udara - Pasien diberikan bubur cair dan susu melalui NGT <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan menelan belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan 	<p>Wulan</p>
--	--	--------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum - Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak - Berikan obat dalam bentuk cair - Ajarkan strategi mencegah aspirasi - Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang - Hindari pemberian makanan melalui selang gastrointestinal jika residu banyak. <p>Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular</p> <p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan - Tampak semua aktifitas pasien di bantu - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak menurun - Tampak gerak terbatas <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakuakn mobilisasi - Monitor frkuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan - Fasilitasi melakukan pergerakan 	Dina
--	---	------

	<p>Ketidakpatuhan b/d ketidakadekuatan pemahaman</p> <p>S:-</p> <p>O:-</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ketidakpatuhan teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di pertahankan 	Wulan
02/05/2023	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irama pernapasan teratur - Frekuensi napas 20 x/menit - SPO2: 100% - Tampak pengembangan paru simetris antara dada kiri dan kanan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Monitor bunyi napas tambahan - Posisikan <i>head up</i> 30⁰ - Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin - Kolaborasi pemberian obat - Perahankan kepatenan jalan napas 	Dina

	<p>Penurunan kapasitas adaptif intracranial b/d lesi menempati ruang</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak pupil pasien isokor- GCS: Kualitatif: compos mentis Kualitatif: M: 6 V:4 E:4 Total: 14 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah Penurunan kapasitas adaptif intracranial teratasi sebagian <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK- Monitor MAP- Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang- Monitor tingkat kesadaran- Pemberian obat- Hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial	Wulan
--	---	-------

	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor kondisi umum selama melakuakn mobilisasi- Monitor frkuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu- Anjurkan melakukan mobilisasi dini- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan- Fasilitasi melakukan pergerakan.	
--	--	--

Tabel 3.6

J. TERAPI

1. RANITIDIN

- a. Nama obat: Ranitidin
- b. Klasifikasi/golongan obat: Antagonis reseptor histamine H₂
- c. Dosis umum: 50 mg/ 6-8 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 50 mg/ 12 jam
- e. Cara pemberian obat: Bolus IV (Intravena)
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara menghambat produksi asam lambung yang berlebih agar gejala yang dirasakan dapat berkurang.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Pasien diberi obat ini untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih. Obat ini dapat memicu iritasi serta peradangan pada dinding lambung dari saluran pencernaan.
- h. Kontra indikasi: Hipersensitivitas kandungan obat, riwayat porfiria akut, gangguan fungsi paru-paru 9. Efek samping obat: Sakit kepala, sakit perut, sembelit, mual, diare, muntah.

2. CITICOLIN

- a. Nama obat: Citicolin
- b. Klasifikasi/golongan obat: Neurotrofik vitamin saraf
- c. Dosis umum: 125, 250-500 mg/hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 250mg/ hari
- e. Cara pemberian obat: Bolus IV (Intravena)
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak yang disebut phosphatidylctioline.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Pasien diberi obat ini untuk mengatasi gangguan perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala juga untuk meningkatkan daya penglihatan.

- h. Kontra indikasi: Alergi obat citicolin, menurunnya kemampuan otot (hipotonia) pada sistem saraf parasimpatis
- i. Efek samping obat: Sakit kepala, insomnia, mual muntah, kegelisahan, sakit perut, konstipasi, penglihatan buram, diare, nyeri dada, hipotensi, denyut jantung lambat atau cepat.

3. CEFTRIAXONE

- a. Nama obat: Ceftriaxone
- b. Klasifikasi/golongan obat: Antibiotik sefalosporin
- c. Dosis umum: 1 g
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 g / 12 jam
- e. Cara pemberian obat: Bolus IV (Intravena)
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini berfungsi sebagai antibiotik dengan mekanisme aksi menghambat dinding sel bakteri dan berperan melawan mikroorganisme terutama bakteri gram negatif. Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Pasien diberi obat ini untuk mengatasi terjadinya infeksi pada pasien.
- h. Kontra indikasi: Pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan sefalosporin.
- i. Efek samping obat: Bengkak,
- j. kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan, sakit kepala, pusing, mual.

4. MECOBALAMIN

- a. Nama obat: Mecobalamin
- b. Klasifikasi/golongan: Antibiotik
- c. Dosis umum: 500 mcg
- d. Dosis untuk pasien: 500 mcg/ 24 jam
- e. Cara pemberian obat: Oral

- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini digunakan untuk mengobati neuropatik perifer (saraf tepi) dan anemia megaloblastik yang disebabkan oleh defisiensi vitamin B12
- g. Kontra indikasi: Hipersensitif
- h. Efek samping obat: Mual, muntah, diare, sakit perut, anoreksia, sakit kepala, reaksi hipersensitivitas (mis, ruam, dispnea)

5. DEXAMETHASONE

- a. Nama obat: Dexamethasone
- b. Klasifikasi/golongan: Antibiotik/ obat keras
- c. Dosis umum: 5 mg/ml
- d. Dosis untuk pasien: 5 mg/ 8 jam
- e. Cara pemberian obat: Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat yang digunakan untuk meredakan peradangan pada beberapa kondisi, seperti reaksi alergi, penyakit autoimun
- g. Kontra indikasi: Infeksi berat, tukak lambung/ usus, hipertensi dan penyakit jantung dan radang sendi
- h. Efek samping obat: sakit perut, mual, sakit kepala, sulit tidur, nafsu makan meningkat.

6. MOXIFLOXACIM

- a. Nama obat: Moxifloxacin
- b. Klasifikasi/golongan: antibiotik (quinolon)/ obat keras
- c. Dosis umum: 400 mg
- d. Dosis untuk pasien: 400 mg/ jam
- e. Cara pemberian obat: Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Untuk menghambat sintesis materi genetik bakteri
- g. Kontra indikasi: Riwayat penyakit tendon, miastenia gravis
- h. Efek samping obat: mulut kering, nyeri perut, diare, mual muntah, konstipasi, kecemasan, berdebar-debar.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini penulis akan menganalisa kasus yang dikaitkan dengan tujuan teoritis baik medis maupun keperawatan berdasarkan kasus nyata pada Ny. S umur 68 tahun dengan *Non Hemorgik Stroke* (NHS) diruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

Dalam proses keperawatan perlu menggunakan metode ilmiah sebagai pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan untuk membantu perawat dalam melakukan asuhan keperawatan untuk membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan guna mencapai tujuan keperawatan yaitu meningkatkan, mempertahankan kesehatan atau membuat pasien yang kritis tenang dalam menghadapi kematian. Proses perawatan perawat pada lima tahap dimana tahap-tahap ini secara bersama-sama membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang continue, yang mengulangi kembali kontrak dengan pasien. Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian Kritis

a. B1 (Breath)

Pada pengkajian B1 (Breath) didapatkan hasil pengkajian pasien tampak sesak dengan jumlah pernapasan 32x/menit dan SpO₂ 88%. Pasien juga tampak menggunakan otot bantu pernapasan diafragma. Selain itu itu terdengar redup di ICS 5 dan 6, tampak pengembangan dada tidak simetris dari kondisi

pasien diatas, dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami penumpukan cairan di paru dan penurunan cadangan energi, yang membuat pasien tidak mampu bernapas secara adekuat sehingga terjadi sesak napas pada pasien.

b. B2 (Blood)

Pada pengkajian B2 (Blood) didapatkan hasil berupa peningkatan tekanan darah 160/90 mmHg dan peningkatan dan peningkatan frekuensi nadi 102x/menit. Suara jantung normal tidak ada bunyi jantung tambahan, irama jantung reguler, CRT ≥ 3 detik dan JVP Normal (5-2 CmH₂O).

c. B3 (Brain)

Hasil pengkajian B3 (Brain) didapatkan tingkat kesadaran pasien Apatis dengan GSS 12 dimana pasien hanya membuka mata saat di ajak berbicara/di panggil, melokalisir ras nyeri, pasien bingung/ bicara tidak nyambung. Menurut penulis, penurunan kesadaran pasien terjadi karena adanya infark serebral yang dibuktikan dengan adanya *infark lacunar pada gyrus post centralis sinister dan putamen bilateral dan Infark pada centrum semiovale dexter.*

d. B4 (Bladder)

Pada pengkajian B4 (Brain) didapatkan pasien tampak terpassang foley kateter dengan jumlah urine 2400cc dan berwarna kuning cerah. Pemasangan kateter urine dilakukan untuk memonitoring dan membantu output pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

e. B5 (Bowel)

Pada pengkajian ini tidak didapatkan abnormalitas seperti adanya melena, hematemesis, dan diare. Namun, karena pasien mengalami gangguan menelan dan penurunan kesadaran sehingga maka dilakukan pemasangan NGT untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan memonitor input cairan pasien.

f. B6 (Bone)

Pada saat pengkajian B6 (Bone), akral tampak pucat dan teraba dingin. Hal ini disebabkan karena kurangnya suplai oksigen dalam tubuh pasien yang dibuktikan dengan sesak napas dan nilai SpO₂ 88%.

2. Pengkajian 11 Pola Gordon

Menurut Aprilia (2019) pengkajian 11 Pola Gordon dilakukan secara komprehensif yang mencakup seluruh aspek. Kerangka pengkajian kesehatan fungsional, pada kasus Ny. S pengkajian 11 pola Gordon dilakukan seluruhnya dan diperoleh beberapa pola yang bermasalah antara lain:

Pada saat pengkajian hasil observasi didapatkan pasien tampak sakit berat dengan kondisi terpasang infus NaCl. Pasien tampak terpasang NRM 15 lpm, kesadaran pasien apatis dengan GCS 12 (E₃,V₄,M₅), hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien yaitu TD 160/90 mmHg, MAP:210 mmHg Nadi:102x/menit Suhu Badan 36,6 °C, pernapasan: 32x/menit, SpO₂ 88%, pasien tampak terpasang NGT dan kateter urine. Hasil laboratorium RBC: 3.95, HGB 9.6, HCT 29.7, MCV 73.9, MCH 24.3, MCHC 32.9. Pemeriksaan lain yang juga dilakukan adalah CT-Scan dengan kepala dan didapatkan hasil *Infarc lacunar pada gyrus post centralis sinister dan putamen bilateral serta Infarck pada centrum semiovale dexter*, serta hasil foto Thoraks Edema paru limfangitik + efusi pleura basal kiri.

Adapun pengkajian yang dilakukan penulis kepada keluarga pasien untuk mendapatkan hasil data subjektif, yaitu keluarga mengatakan sebelum dibawah ke rumah sakit, pasien mengalami kelemahan badan sebelah kanan, pasien mengalami nyeri kepala dan pasien mengalami penurunan kesadaran namun pasien hanya memeriksakan tanda-tanda vital pasien di rumah seorang perawat.

Keluarga juga mengatakan bahwa pasien mengetahui bahwa ia memiliki riwayat Hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, namun pasien dan keluarga pasien tidak menjaga pola makan pasien. Pasien akan memakan semua makanan yang ia sukai, dan makanan yang pasien sukai adalah coto, gorengan dan bakso.

Saat dilakukan pengkajian pada pola nutrisi didapatkan data berupa pasien mengalami gangguan melesan, pasien tersedak saat makan, pasien batuk setelah makan atau minum, pasien kesulitan menelan makanan, makanan tertinggal di rongga mulut dan Nervus X terganggu. Selain itu pada pola aktivitas dan latihan didapatkan data berupa hemiparese dextra dan seluruh aktivitas harian seperti makan, mandi, pakaian, kerapihan, BAB. BAK dan mobilisasi dilakukan sepenuhnya dengan bantuan perawat, keluarga dan alat. Berdasarkan beberapa data diatas, kasus pada Ny. S sesuai dengan teori yang ada, yaitu hipertensi merupakan pemicu dari *Non Hemoragik Stroke (NHS)*.

3. Diagnosa medis

Berdasarkan dari data pengkajian, penulis mengangkat 5 diagnosis keperawatan pada Ny. S sesuai dengan SDKI yaitu:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis

Diagnosis ini diangkat berdasarkan data-data yang mendukung pada pengkajian B1 (Breath), dimana didapatkan 3 dari 4 tanda gejala mayor di SDKI yaitu adanya dyspnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal dan SpO₂ yang menurun

- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi

Diagnosis ini diambil sesuai dengan data-data yang ada pada pengkajian B3 (Brain) dan data subjektif pengkajian sekunder. Didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum berat,

tampak lemah, GCS E₄, V₃, M₅, refleks pupil isokor (3 mm), reflex fisiologis dextra negatif. Hasil CT-Scan kepala didapatkan *Infark lacunar pada gyrus post centralis sinister dan putamen bilateral serta Infark pada centrum semiovale dexter.*

c. Ganggaun menelan b/d gangguan saraf kranial

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala seperti pasien mengeluh sulit untuk makan, tampa batuk setelah mkan atau minum, tampak pasien tersedak, tampak makanan tertinggal di rongga mulut, sulit menguyah dan pasien menolak untuk makan.

d. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala seperti pasien tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kanan dan segala aktivitas pasien dibantu total oleh keluarga, perawat dan alat.

e. Ketidapatuhan b/d ketidakadekuatan pemahaman

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan hasil pengajian keluarga pasien mengatakan pola makan pasien tidak teratur, pasien sering makan makanan kesukaanya yaitu coto, gorengan dan bakso.

4. Intervensi keperawatan

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

- a. Pola napas tidak efektif
 - 1) Manajemen jalan napas
 - a) Observasi: monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi dan kering)
 - b) Terapeutik: Berikan oksigen, jika perlu dan Posisikan *head up* 30°.
 - c) Edukasi: anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi
 - d) Kolaborasi: kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
 - 2) Dukungan ventilasi
 - a) Observasi: identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas dan identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan
 - b) Terapeutik: pertahankan kepatenan jalan napas dan fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin
 - c) Edukasi: ajarkan mengubah posisi secara mandiri
 - d) Kolaborasi: kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu
- Salah satu tindakan yang dilakukan pada diagnosa pola napas tidak efektif yaitu pemberian posisi *head up* 30° yang bertujuan untuk memperbaiki status hemodinamika dan meningkatkan oksigen ke jaringan otak sehingga otak dapat bekerja sebagaimana fungsinya. Hal ini sejalan dengan *evidence based nursing* elevasi kepala 30° oleh Pertami et al., (2019) yang bertujuan untuk memastikan efek dari pemberian posisi *head up* 30° terhadap saturasi oksigen.

- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif
 - 1) Manajemen peningkatan tekanan intrakranial
 - a) Observasi: monitor tanda/gejala peningkatan TIK, monitor MAP dan monitor intake dan output cairan.
 - b) Terapeutik: minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler dan pertahankan suhu tubuh normal.
 - c) Kolaborasi: kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu.
 - 2) Pemantauan neurologis
 - a) Observasi: monitor ukuran bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil, monitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan skala koma Glasgow). Dan monitor kesimetrisan wajah
 - b) Terapeutik: hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial
 - c) Edukasi: informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
- c. Gangguan menelan.
 - 1) Pencegahan aspirasi
 - a) Observasi: monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan, monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum, periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral.
 - b) Terapeutik: hindari makanan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak, berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak dan berikan obat dalam bentuk cair.
 - c) Edukasi: ajarkan strategi mencegah aspirasi.

- 2) Pemberian makanan enteral
 - a) Observasi: periksa posisi nasogastritube (NGT) dengan memeriksa residu lambung mengauskultasi hembusan udara dan monitor tetesan makanan pada pompa setiap jam.
 - b) Terapeutik: gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang, berikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat dan irigasi selang dengan 30ml air setiap 4-6 jam selama pemberian makanan dan setelah pemberian makan intermiten.
 - c) Edukasi: jelaskan tujuan dan langkah-langka prosedur.
 - d) Kolaborasi: kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral.
- d. Gangguan mobilitas fisik
 - 1) Dukungan mobilisasi
 - a) Observasi: identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dan monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.
 - b) Terapeutik: fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
 - c) Edukasi: anjurkan melakukan mobilisasi dini dan ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.
- e. Ketidapatuhan
 - 1) Pelibatan keluarga
 - a) Observasi: identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan.
 - b) Terapeutik: ciptakan hubungan pasien dengan keluarga dalam perawatan, diskusikan cara perawatan dirumah,

motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan dan fasilitasi keluarga membuat keputusan perawatan.

- c) Edukasi: jelaskan kondisi pasien kepada keluarga, informasi tingkat ketergantungan pasien kepada keluarga dan anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan.

5. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah gambaran dari kriteria hasil yang diharapkan dari rencana keperawatan yang telah disusun untuk mencapai asuhan keperawatan yang baik. Pada implementasi keperawatan Ny."S" penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan keluarga pasien dan didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit. Selama dilakukan implementasi didapatkan keadaan pasien mengalami penurunan kesadaran dimana pada saat pengkajian didapatkan kesadaran pasien apatis dan pada hari ketiga kesadaran pasien mulai meningkat menjadi *compos mentis*.

6. Evaluasi keperawatan

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 kelima diagnosis keperawatan mulai teratasi.

- a. **Diagnosis keperawatan: pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis**
Hasil evaluasi pada diagnosis ini mulai teratasi ditandai dengan status pernapasan pasien mulai membaik. Pada hari ke 3 implementasi, didapatkan hasil observasi RR: 20x/menit, SpO₂ 100%, irama pernapasan mulai teratur, pengembangan dada mulai simetris antara kiri dan kanan.
- b. **Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d Hipertensi.**
Sampai hari ketiga perawatan masalah keperawatan teratasi sebagian karena kesadaran pasien mulai membaik, tampak pasien terbaring lemah tetapi reflex neurologis pasien masih terganggu.
- c. **Gangguan menelan b/d gangguan saraf kranial**
Sampai perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian karena pasien masih kesulitan untuk menelan dan tampak pasien tidak dapat mengunyah makanannya.
- d. **Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular**
Sampai perawatan hari ketiga masalah belum teratasi, karena pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas bagian kanan dan seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditemapt tidur dengan pemantauan penuh dari keluarga dan perawat
- e. **Ketidakpatuhan b/d ketidakadekuatan pemahaman**
Hasil evaluasi pada diagnosis ini sudah teratasi pada hari kedua karena keluarga mulai memantau dan menjaga makanan yang dikonsumsi pasien agar sesuai dengan anjuran yang diberikan oleh dokter serta keluarga juga terlibat dalam setiap tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

B. Pembahasan Penerapan EBN (*Evidence Based Nursing*)

Evidence Based I: Posisi Head Up 30⁰

1. Judul EBN:

Penerapan Posisi *Head Up 30⁰* Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien *Non Hemoragik Stroke*.

2. Diagnosa keperawatan:

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis.

3. Luaran yang diharapkan:

Pola napas meningkat dengan kriteria hasil, kapasitas vital cukup meningkat, dyspnea cukup menurun, penggunaan otot bantu napas cukup menurun, frekuensi napas cukup membaik dan kedalaman napas cukup membaik.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN:

Manajemen jalan napas yaitu pemberian posisi *head up 30⁰*

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN:

a. Pengertian tindakan

Pengaturan posisi *Head Up 30⁰* adalah tindakan memposisikan kepala setinggi 30⁰ dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit.

b. Tujuan/rasioanl EBN pada kasus askep

Pengaturan posisi *Head Up 30⁰* ini bertujuan untuk memperbaiki status hemodinamika dan meningkatkan saturasi oksigen.

C. PICOT EBN (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome dan Time*)

1. PICOT Pasien

- P: Dalam penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis *Non Hemoragik Stroke* (NHS). Kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan kesadaran Apatis (GCS: M:5, V:4,E:3) hasil pengukuran tanda-tanda vital diaman tekanan darah: 160/90mmHg, RR: 32x/menit, SpO₂: 88%, Nadi: 102x/menit. Didapatkan hasil pemeriksaan CT-Scan: *Infark lacunar pada gyrus post centralis sinister dan putamen bilateral dan Infark pada centrum semiovale dexter.*
- I: Cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah oksigen yaitu dengan pemberian posisi *Head Up 30⁰*, posisi ini diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan 30⁰.
- C: Tidak ada intervensi pembanding dalam penulisan ini
- O: Didapatkan hasil bawah sebelum dilakukan tindakan kesadaran pasien apatis (GCS: M:5,V:4,E:3), hasil pengukuran RR: 32x/menit dan SpO₂: 88%. setelah dilakukan tindakan hasil yang didapatkan kesadaran apatis (GCS: M:5,V:4,E:3), RR: 26x/menit, SpO₂: 97% yang artinya ada pengaruh pada saturasi oksigen setelah dilakukan pemberian posisi *head up 30⁰*.
- T: Posisi *head up 30⁰* dilakukan pada tanggal 30 april sampai tanggal 02 mei.

2. PICOT Teori

- a. Judul: Peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi *Head Up* 30⁰ (Mustikarani 2020)

P: Stroke merupakan hilangnya fungsi otak akibat berhenti/berkurangnya suplai darah ke bagian otak sehingga menyebabkan gangguan fungsi syaraf lokal atau global dan muncul secara mendadak, progresif serta cepat. Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan suplai oksigen sehingga di lakukan pemantauan dan penanganan yang tepat.

Populasi: pupulasi penelitian ini memakai studi kasus dimana dilakukan perbandingan antara kasus I dan kasus II.

Kasus I seorang laki-laki usia 48 tahun dengan penurunan kesadaran diagnosa medis stroke hemoragic dan riwayat terjatuh dari kamar mandi.

Kasus II Tn.S usia 49 tahun dengan penurunan kesadaran terjadi secara tiba-tiba setelah pasien mandi. dan diagnosa medis stroke hemoragik

- I: Dalam penelitian ini peneliti melakukan pengukuran saturasi oksigen pada menit ke 0 yaitu sebelum diberikan intervensi, menit ke 15 setelah diberikan intervensi dan menit ke 30 setelah diberikan intervensi intervensi.

Posisi *head up* kepala diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan sampai 30⁰

- C: Terdapat perbandingan penelitian lain tentang peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke menggunakan elevasi kepala yang menghasilkan kesimpulan tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap nilai saturasi oksigen pada pasien stroke sebelum dan

sesudah dilakukan tindakan elevasi kepala flat 0° 15° dan 30°

- O: Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa seluruh responden mengalami kenaikan saturasi oksigen setelah diberikan tindakan *head of bed* 30° selama 30 menit kemudian melihat saturasi oksigen yang terpantau di monitor pasien mengalami peningkatan. Dengan memberikan tindakan mandiri *head of bed* 30° pada pasien stroke, terlihat bahwa pasien merasa lebih nyaman dan dapat beristirahat dengan nyaman serta dapat membuat hemodinamika pasien lebih stabil.
- T: Penelitian ini berlokasi di RSUD Dr. Kariadi, penelitian ini di laksanakan pada bulan mei sampai agustus 2020.
- b. Judul: Pengaruh elevasi kepala 30° terhadap saturasi oksigen dan kualitas pasien stroke (Pertami et al., 2019)
- P: Penyumbatan pembuluh darah merupakan penyebab terjadinya stroke, jika terjadi stroke maka aliran darah serebral menjadi tidak adekuat. Hal ini dapat mengakibatkan ketidakseimbangan suplai oksigen di otak dan metabolisme dalam otak akan mengalami gangguan. Jika masalah ini tidak segera di tangani maka otak yang tidak dialiri darah yang mengangkut oksigen akan mengalami hipoksia jaringan dan metabolisme dalam otak juga terganggu yang dapat menimbulkan perubahan pada fungsi otak yang terkena. Pada keadaan kritis pasien dengan *non hemoragik stroke* membutuhkan penatalaksanaan baik farmakologis maupun non farmakologis dengan tujuan untuk memperbaiki perfusi oksigen ke otak.
- Populasi: populasi penelitian ini adalah pasien stroke yang dirawat inap di ruang interna di RSUS Dr. R Soedarsono

pasuruan, pemilihan yang dilakukan terhadap sampel yang bersedia ikut serta dalam penelitian menjadi responden dengan GCS 12-15.

- I: Dalam penelitian ini peneliti mengobservasi saturasi oksigen dan kualitas tidur pada pasien stroke sebelum dilakukan elevasi kepala 30° kemudian diobservasi saturasi oksigen dengan kualitas tidur pasien setelah dilakukan elevasi kepala 30°
Posisi elevasi kepala diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan sampai 30°
- C: Penelitian tidak menggunakan perbandingan apapun
- O: Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pemberian elevasi kepala 30° pada pasien stroke berpengaruh terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pada pasien tersebut. Dimana tindakan ini dapat mempertahankan kestabilan fungsi dari kerja organ agar tetap lancar khususnya sistem pernapasan dan sistem regulasi yang bisa bekerja secara optimal serta memberikan kenyamanan bagi pasien stroke.
- T: Penelitian ini berlokasi di RSUD Dr. Soedarsono Pasuruan, penelitian di laksanakan pada bulan januari-juni 2019.

- c. Judul: Pengaruh pemberian posisi *Head Up* 30⁰ terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke di UGD RSUD Dr.T.C Hillers Maumere kabupaten Sikka (Mathematics, 2016)

P: Stroke termaksud kasus kegawatdaruratan dan membutuhkan pertolongan yang cepat dan tepat, karena jika semakin lama stroke tidak segera ditangani maka tingkat keparahan stroke semakin tinggi dan resiko kecacatan yang akan didapat makin memburuk karena meluasnya sel neuron yang mati dan daerah infark pada otak semakin meluas bahkan dapat menyebabkan gangguan kesadaran dan kematian. Penatalaksanaan stroke dapat dibagi menjadi penatalaksanaan medis dan keperawatan. Pemberian posisi *head up* 30⁰ merupakan salah satu penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada penanganan awal pasien stroke. Populasi: jumlah pasien dalam penelitian ini adalah 15 orang pasien stroke.

I: Dalam penelitian ini peneliti mengobservasi saturasi oksigen pada pasien stroke sebelum dan sesudah dilakukan intervensi posisi *Head Up* 30⁰. Posisi *head up* 30⁰ adalah posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30⁰ dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar.

C: Hal ini sejalan dengan jurnal pembandingan yang ada pada jurnal tersebut yang menyatakan bahwa ada pengaruh

- O: Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian elevasi kepala 30⁰ terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik, dimana pada saat posisi supinasi saturasi oksigen 96% sedangkan saat kepala di elevasi 30⁰ selama 30 menit saturasi meningkat menjadi 98%.
- T: Penelitian ini berlokasi di RSUD Dr. T.C. Hillers Maumere, penelitian di laksanakan pada bulan September 2022.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah membahas tinjauan pustaka dan melakukan asuhan keperawatan medikal bedah *Non Hemoragic Stroke* pada NY.S diruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada Ny. S faktor penyebab terjadinya *Non Hemoragic Stroke* adalah riwayat penyakit hipertensi, tidak berolahraga, mengonsumsi makanan yang berlemak (kolesterol) mengandung Banyak penyedap rasa seperti coto. Tanda dan gejala stroke yang ditemukan pada pasien yaitu adanya kelemahan tubuh, paralisis ekstremitas dextra, kekuatan otot dan rentang gerak menurun, pusing, sakit kepala, TD: 160/90 mmHg, MAP: 210 mmHg, kesadaran umum menurun, apatis (GCS 12).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Ny. S adalah Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis d.d dyspnea penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal, dan fase ekspirasi memanjang, penurunan kapasitas adaptif intracranial b/d lesi menempati ruang d.d tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi, pola napas ireguler, tingkat kesadaran menurun, dan refleks neurologi terganggu, gangguan

menelan b/d gangguan saraf kranial d.d mengeluh sulit menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak dan makanan tertinggal di rongga mulut, gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular d.d kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun dan gerak terbatas dan manajemen kesehatan tidak efektif b/d ketidakefektifan pola perawatan keluarga d.d gagal melakukan tindakan mengurangi faktor resiko, gagal menerapkan program perawatan/pengobatan dalam kehidupan sehari-hari dan aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan.

3. Perencanaan keperawatan

Dari perencanaan keperawatan yang telah penulis susun, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis: meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, tindakan kolaborasi, dan penyuluhan serta intervensi keperawatan berbasis EBN. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan dan sarana yang ada di rumah sakit.

4. Implementasi keperawatan

Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi keperawatan terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan

Dari hasil evaluasi yang telah dilakukan, dari lima ada 4 yang belum teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik dan gangguan menelan, pola napas tidak efektif dan juga. penurunan kapasitas adaptif intracranial karena perawatan pasien stroke membutuhkan jangka waktu yang lama sehingga membutuhkan perawatan lanjutan.

6. Dokumentasi

Telah dilakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ny.S dengan *Non Hemoragik Stroke* dari pengkajian, diagnosa, Intervensi, implementasi, dan evaluasi selama tiga hari dengan kerjasama yang baik oleh bantuan rekan dan perawat.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang sekiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditunjukkan:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Pihak Rumah Sakit diharapkan memperhatikan dan meningkatkan mutu pelayanan, agar memberikan perawatan yang bersifat bio-psiko-sosial-spiritual, dalam hal perawat dapat meningkatkan pemantauan neurologis, pada pasien stroke, serta dapat menerapkan pemberian posisi evaluasi kepala 30° dengan masalah perfusi serebral, melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di rumah sakit, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di rumah sakit dan mempercepat fase rehabilitasi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi dapat meningkatkan kapasitas dan kualitas pendidikan, dengan memberikan materi yang up to date pada mahasiswa tentang penyakit *Non Hemoragik Stroke*, karena penyakit ini sering ditemukan dalam masyarakat dan dirumah sakit, sehingga mahasiswa lebih mengembangkan cara penanganannya dalam masyarakat maupun dirumah sakit.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Bagi mahasiswa(i) untuk lebih memperluas ilmu dalam pelaksanaan keperawatan yang tepat bagi pasien stroke sesuai dengan teori yang telah didapatkan dibangku perkuliahan, sehingga turut meningkatkan derajat kesehatan pasien, mengadakan pembaharuan melalui pendidikan dalam dunia keperawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Afandy, I., & Wiriatarina, J. (2018). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Tn. B dengan Diagnosa Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan Pemberian Pelatihan Pemasangan Puzzle Jigsaw terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Keperawatan*, 1(1), 29–31. [https://dspace.umkt.ac.id/bitstream/handle/463.2017/757/ILHAM AFANDY.pdf?sequence=1](https://dspace.umkt.ac.id/bitstream/handle/463.2017/757/ILHAM_AFANDY.pdf?sequence=1)
- Amila, Sinaga, J., & Evarina, S. (2019). Pencegahan Stroke Berulang Melalui Pemberdayaan Keluarga Dan Modifikasi Gaya Hidup. *Jurnal Abdimas*, 22(2), 143–150.
- Aprilia, N. (2019). Uji Coba Instrumen Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah Berbasis Pola Fungsional Kesehatan Gordon. *Journal Keperawatan*, 1(21). <https://jurnal.stikeswilliambooth.ac.id/index.php/Kep/article/download/243/284/>
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. V. (2017). Stroke Risk Factors , Genetics , and Prevention. *Journal Academia Health Sciences*, 1(1), 472–496. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>
- Fransisca, B. B. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan* (N. Aulia (ed.); 1st ed.). Salemba Medika.
- Handayani, D., & Dominica, D. (2019). Gambaran Drug Related Problems (DRP's) pada Penatalaksanaan Pasien Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik di RSUD Dr M Yunus Bengkulu. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 5(1), 36. <https://doi.org/10.20473/jfiki.v5i12018.36-44>
- Jeri. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ny.H Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang ICU RSUD Curup Tahun 2022. *Journal Keperawatan*, 1, 23–28. <https://repository.poltekkes->

kaltim.ac.id/1079/1/KTI SULISTIYAWATI.pdf

- Joyce, M. B., & Jane, H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah* (A. Suslia, F. Ganiarjri, P. P. Lestari, & R. W. A. Sari (eds.); 8th ed.). Medika Edukasi.
- Katrisonani, R. (2019). Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. NG dengan Salah Satu Anggota Keluarga Ny. T Mengalami Post Storke Hemoragik. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. [http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2136/3/BAB II TINJAUAN PUSTAKA STROKE.pdf](http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2136/3/BAB%20II%20TINJAUAN%20PUSTAKA%20STROKE.pdf)
- Kemenkes. (2019). SeGeRa Ke RS' untuk mengetahui gejala dan tanda-tanda Stroke. *Kementerian Kesehatan RI*, 1. https://p2ptm.kemkes.go.id/uploads//TmQwU05BQS9YYIJpanB5VnNtRldFUT09/Poster_A3_Segera_ke_RS.pdf
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementerian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699. https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018_1274.pdf
- Khan, T., Ikram, A., Saeed, O., Afridi, T., Sila, C. A., Irshad, K., & Shuaib, A. (2017). Deep Vein Thrombosis in Acute Stroke - A Systemic Review of the Literature. *Cureus*, 9(12). <https://doi.org/10.7759/cureus.1982>
- Mathematics, A. (2016). Pengaruh Pemberian Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Di Igd Rsud Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka 1. *Journal Keperawatan*, 8(September), 1–23. <https://jurnal.peneliti.net/index.php/JIWP/article/view/2526>
- Murtiningsih, D. (2016). Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Defisit Diri: Mandi. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 147(March), 11–40. <http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/5044>
- Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke melalui Pemberian Posisi Head Up. *Ners Muda*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5750>

- Nggebu. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 8(9), 9. [http://repository.poltekeskupang.ac.id/917/1/KTI STROKE NON HEMORAGI..pdf](http://repository.poltekeskupang.ac.id/917/1/KTI_STROKE_NON_HEMORAGI..pdf)
- Permatasari, N. (2020). Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus dan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 298–304. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.273>
- Pertami, S. B., Munawaroh, S., & Dwi Rosmala, N. W. (2019). Pengaruh Elevasi Kepala 30 Derajat terhadap Saturasi Oksigen dan Kualitas Tidur Pasien Strok. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 11(2), 133–144. <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i2.133>
- Rahmawati, A. D. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Unit Stroke Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Journal Keperawatan*, 1, 1–128. <https://perpustakaan.rsmoewardi.com/index.php?p=fstream-pdf&fid=215&bid=262>
- Randolph, S. A. (2016). Ischemic Stroke. *Workplace Health and Safety*, 64(9), 444. <https://doi.org/10.1177/2165079916665400>
- Ratnasari, S. (2020). Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik. *Jurnal Keperawatan*, 21(1), 1–9. <http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/6185>
- Riskesdas. (2018). Laporan Nasional RKD2018 FINAL. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (p. 198). RISKESDES. https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- SDKI, D. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (S. D. P. Tim Pokja (ed.); 1st ed.). Dewan pengurus pusat, PPNI. <http://www.inna-ppni.or.id>
- SIKI, D. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (S. D. P. Tim Pokja (ed.); 1st ed.). Dewan

pengurus pusat, PPNI. <http://www.inna-ppni.or.id>

Siregar, tuntun M., Basuki, W., & Amalia, F. Y. (2018). Perbedaan Kadar Hemoglobin , Nilai Hematokrit Dan Jumlah Eritrosit Pada Pasien Stroke Hemoragik Dan Stroke Non Hemoragik Di RSUD Dr . Difference Hemoglobin Levels , Value Of Hematocrit And Amount Of Erythrocytes On Hemorrhagic Stroke And Non Hemorrhagic S. *Jurnal Analis Kesehatan*, 7(2), 724–730.

SLKI, D. P. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (D. P. Tim Pokja (ed.); 1st ed.). Dewan pengurus pusat, PPNI. <http://www.inna-ppni.or.id>

Ummaroh, N. E. (2018). Asuhan Keperawatan Pasien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) dengan Gangguan Komunikasi Verbal. *Energies*, 6(1), 1–8. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1120700020921110%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.001%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.arth.2018.03.044%0Ahttps://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1063458420300078?token=C039B8B13922A2079230DC9AF11A333E295FCD8>

Wijaya, A. K. (2013). Patofisiologi Stroke Non-Hemoragik Akibat Trombus. *E-Jurnal Medika Udayana*, 2(10), 1–14. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/6694>

WSO. (2022). Global Stroke Fact Sheet 2022 Purpose : Data sources : *Journal Academia Health Sciences*, 1, 1–14. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf

DAFTAR LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : 1. Mariana Dina Tesari (NS2214901106)

2. Maria Wulandari Telaubun (NS2214901107)

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* Di Ruang Intesive Care Unit Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

Pembimbing Teori : Fransiska Anita.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF		
			PEMBIMBING	PENULIS	
				I	II
1	Senin, 19 Mei 2023	<p>Konsul BAB I dan BAB II</p> <ul style="list-style-type: none">- Pada latar belakang pengertian stroke cukup 1- Prevelensi penyakit stroke selama tahun 2022 dari Rumah Sakit- Tanda dan gejala pada pasien stroke- Fase rehabilitasi pasien stroke- Pada BAB II pengertian stroke harus dari 2 umber utama- Anatomi berfokus pada sirkulasi willisi saja- Etiologi mengandung 3 unsur yaitu thrombus, emoboli dan tromboemboli- Klasifikasi harus berdasarkan NHS- Patofisiologi disesuaikan dengan patway			

2	Rabu, 24 Mei 2023	<p>Konsul BAB I dan II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada latar belakang hilangkan faktor resiko pada pasien stroke - Tambahkan Fase rehabilitasi pasien stroke - Pada BAB II pengertian stroke harus dari 2 umber utama - Etiologi di sesuaikan dengan patway - Patofisiologi harus dimulai dari thrombus, emboli dan tromboemboli dilanjutkan dengan munculnya edema hingga terjadi infark - Rehabilitasi fase akut dan sub akut di hapus - Tes diagnostic harus di sesuaikan dengan pemeriksaan yang utama diberikan pada pasien stroke - Pada pengkajian teori kritis B1 harus ada arway dan berathing - Pada bagian patway di tambahkan penatalaksann untuk komplikasi - Tambahkan EBN pada patway - ACC BAB I 			
3	Selasa 30 Mei 2023	<p>Konsul BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada BAB II pengertian stroke harus dari 2 umber utama - Etiologi dikelompokan berdasarkan 3 penyebab utama - Manifestasi diganti menjadi SEGERAKERS menurut kemenkes - Patofisiologi harus dimulai dari thrombus, emboli dan tromboemboli dilanjutkan dengan munculnya edema hingga terjadi infark - Komplikasi terbagi menjadi 2 berdasarkan perfusi cerebri dan perawatan 			

		<ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitasi fase akut dan sub akut di hapus - Pada pengkajian teori kritis B1 tambahkan <i>breathing</i> - Pada bagian patway harus diberi tanda khusus untuk kasus - Menambah DX baru yaitu resiko perfusi ferifer tidak efektif 			
4	Rabu, 31 Mei 2023	<p>Konsul BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada BAB II pengertian stroke harus di tambah 1 sumber utama - Anatomi fisiologi ditambahkan penjelasannya - Patofisiologi perbaikan kalimat dan harus sesuai - Pada pengkajian teori kritis B1 tambahkan <i>breathing</i> - Pada B3 di tambahkan respon pupil dan refleks neurology - B4 tambahkan pemasangan kateter - B5 tambahkan pemasangan NGT - B6 tambahkan adakah fratur atau kelemahan tubuh 			
5	Kamis, 1 juni 2023	<p>Konsul BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada luaran dan perencanaan keparawatan diangonsa pertama tambahkan golongan obat sesuai dengan teori di konsep medik tentang penatalaksanaan - Pada diagnosa kedua tambahkan kolaborasi pemasangan NGT. - <i>Discharge Planning</i> tambahkan pencegahan stroke berulang dan lampirkan sumber - Daftar pustaka di rapikan 			

6	Kamis, 08 juni 2023	Konsul BAB II - Pada komplikasi di tambahkan edema cerebri, HS, dan hilangkan gangguan menelan - Pada <i>Discharge Planning</i> tambahkan pencegahan stroke berulang - ACC BAB II			
---	------------------------	---	--	--	--

DAFTAR LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : 1. Mariana Dina Tesari (NS2214901106)

2. Maria Wulandari Telaubun (NS2214901107)

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* Di Ruang ICU Rumah Sakit Labuang Baji Makassar

Pembimbing Askep : Kristia Novia, Ns., M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF		
			PEMBIMBING	PENULIS	
				I	II
1	Selasa, 02 Mei 2023	Konsul BAB III - Pengkajian dan pengangkatan diagnosa			
2	Senin, 15 Mei 2023	Konsul BAB III - Lengkapi pengkajian sesuai dengan juklat - pergantian diagnosa dari deficit nutrisi ke gangguan menelan			
3	Jumat 19 Mei 2023	Konsul BAB III - pencocokan Analisa data dengan data yang ada - pada diagnosa harus di urutkan yang lebih mengancam jiwa - diintervensi harus ada OTEK			

4	Jumat, 26 Mei 2023	<p>Konsul BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada pengkajian di pola pemeliharaan kesehatan harus di tambahkan level stroke - Perbaikan tulisan di implementasi - Pada evaluasi harus ada tentang NGT 			
5	Senin, 29 Mei 2023	<p>Konsul BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada evaluasi harus di tambahkan hasil ENB - Perbaikan tulisan BAB III 			
6	Selasa, 30 Mei 2023	<p>Konsul BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada ilustrasi kasus diagnosa keperawatan di hapus - Perbaikan tulisan BAB III - ACC BAB III 			
7	Rabu, 31 Mei 2023	<p>Konsul BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada BAB IV semua PICOT dinarasikan - Perbaikan tulisan - ACC BAB IV 			
8	Selasa, 06 Juni 2023	<p>Konsul BAB V</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada BAB V perbaikan Tulisa - ACC BAB V 			

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Penulis

Nama : Mariana Dina Tesari
Tempat/Tanggal Lahir : Bunyu, 13 Juli 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Enggang II No 7



B. Identitas Orang Tua

Ayah : Thomas Dedimus
Ibu : Marlince
Agama : Katolik
Pekerjaan :
Ayah : Petani
Ibu : IRT
Alamat : Jl. Telaga 17

C. Pendidikan yang ditempuh

Tk Tunas Teratai : Tahun 2005-2006
SD Negeri 001 Pulau Bunyu : Tahun 2006-2012
Smp Negeri 3 Bunyu : Tahun 2012-2015
Sma Negeri 1 Bunyu : Tahun 2015-2018
Stik Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan): Tahun 2018-2022

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Penulis

Nama : Maria Wulandari Telaubun
Tempat/Tanggal Lahir : Timika, 20 Februari 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Rambutan SP II
Identitas Orang Tua
Ayah : Stepanus Telaubun
Ibu : Amanda Albertina Rahayaan
Agama : Katolik
Pekerjaan
Ayah : Buruh
Ibu : IRT
Alamat : Jl. Rambutan SP II



B. Pendidikan yang ditempuh

Tk Tiga Raja : Tahun 2005-2006
SD Inpres Timika II : Tahun 2006-2012
Smp Negeri 4 Mimika : Tahun 2012-2015
Smk Negeri 3 Mimika : Tahun 2015-2018
Stik Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan): Tahun 2018-2022

