



**KARYA ILMIAH AKHIR**

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

**OLEH:**

**MARGARET KRISTIANTI BR. SILABAN (NS2214901096)**

**MARIA CAROLYN LEPIT (NS2214901097)**

**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 (NHS) DI RUANG  
ICU/ICCU RUMAH SAKIT TK. II PELAMONIA**

**OLEH:**

**MARGARET KRISTIANTI BR. SILABAN (NS2214901096)**

**MARIA CAROLYN LEPIT (NS2214901097)**

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

**2023**



## **PERNYATAAN ORISINALITAS**

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Margaret Kristianti Br. Silaban (NS2214901096)
2. Maria Carolyn Lepit (NS2214901097)

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

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

Makassar, 7 Juni 2023

Yang menyatakan

Margaret Kristianti Br. Silaban

Maria Carolyn Lepit

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU/ICCU RS TK. II Pelamonia” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama/mahasiswa : 1. Margaret Kristianti Br. Silaban / NS2214901096  
2. Maria Carolyn Lepit / NS2214901097

**Disetujui oleh**

**Pembimbing 1**

**Pembimbing 2**

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

**(Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep)**  
NIDN: 0921109102

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

**Fransiska Anita E.R. Sa'pang. Ns., Sp.Kep.MB**  
NIDN : 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : 1. Margaret Kristianti Br. Silaban (NS2214901096)  
2. Maria Carolyn Lepit (NS2214901097)  
Program studi : Profesi Ners  
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Non Hemoragik  
Stroke (NHS) di Ruang ICU/ICCU RS TK. II  
Pelamonia

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.**

## DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Sambo, Ns., M. Kep ( )

Pembimbing 2 : Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep ( )

Penguji 1 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep ( )

Penguji 2 : Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep ( )

**Ditetapkan di : Makassar**

**Tanggal : 7 Juni 2023**

**Mengetahui,  
Ketua STIK Stella Maris Makassar**

**Siprianus Abdu. S.Si. Ns., M.Kes  
NIDN : 0928027101**

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama:

Margaret Kristianti Br. Silaban (NS2214901096)

Maria Carolyn Lepit (NS2214901097)

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, 7 Juni 2023

Yang menyatakan

Margaret Kristianti Br. Silaban

Maria Carolyn Lepit

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya yang berlimpah sehingga penulis boleh menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang yang menjadi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan memperoleh gelar Profesi Ners pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan KIA ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan namun atas tuntunan, bimbingan dan rahmat Tuhan serta doa dan dukungan dari berbagai pihak, sehingga penulis dapat melewati semua hal tersebut. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep., Ns., MAN. selaku Ketua Senat Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB. selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan bimbingan serta pengarahan selama penulis menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
4. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes. selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris.
5. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kep. selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
6. Mery Sambo, Ns., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan selaku pembimbing I yang selalu setia memberikan waktu dalam membimbing dan

memberikan arahan sehingga penulis bisa menyelesaikan penyusunan KIA ini.

7. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep. selaku pembimbing II yang selalu setia memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan sehingga penulis bisa menyelesaikan penyusunan KIA ini.
8. Serlina Sandi, Ns., M.Kep. selaku penguji I yang selalu setia memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan sehingga penulis bisa menyelesaikan penyusunan KIA ini.
9. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep. selaku penguji II yang selalu setia memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan sehingga penulis bisa menyelesaikan penyusunan KIA ini.
10. Segenap dosen dan staf STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan selama penulis mengenyam pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
11. Tn. K dan keluarga pasien yang telah bersedia menjadi pasien kelola asuhan keperawatan.
12. Kepada para tenaga medis dan keperawatan ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar
13. Kedua orang tua serta sanak saudara penulis yang telah mendukung penulis baik dalam doa, motivasi, serta dukungan materil.
14. Kepada teman - teman seperjuangan mahasiswa/i Profesi Ners angkatan 2022 STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan KIA ini jauh dari sempurna, baik dalam isi maupun dalam penulisannya. Oleh karena itu, penulis mohon kritik dan saran yang membangun membantu penyempurnaan KIA ini. Akhir kata semoga KIA ini dapat bermanfaat serta dipraktekkan dengan benar pada pasien Non Hemoragik Stroke berbasis *evidence based nursing* (EBN) sehingga dapat membantu pasien dalam proses penyembuhan dan peningkatan kualitas hidup.

Makassar, 7 Juni 2023

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KARYA ILMIAH AKHIR.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Manfaat Penulisan.....	5
D. Metode Penelitian .....	6
E. Sistem Penulisan.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Dasar .....	8
1. Pengertian .....	8
2. Anatomi dan Fisiologi .....	9
3. Etiologi.....	13
4. Patofisiologi Non Hemoragik Stoke .....	18
5. Pathway Non Hemoragik Stroke (NHS) .....	21
6. Manifestasi Klinis.....	26
7. Tes Diagnostik.....	28
8. Penatalaksanaan Medik .....	30
9. Komplikasi .....	33
B. Konsep Dasar Keperawatan Non Hemoragik Stroke (NHS) .....	35

1. Pengkajian Sekunder.....	35
2. Diagnosa Keperawatan .....	38
3. Luaran dan Perencanaan keperawatan .....	39
4. Perencanaan pulang ( <i>discharge planning</i> ) .....	48
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS</b>	
A. Pengkajian Keperawatan Kritis .....	51
1. Pengkajian Primer .....	51
2. Pengkajian Sekunder.....	56
B. UJI SARAF KRANIAL .....	69
C. PEMERIKSAAN PENUNJANG .....	70
ANALISA DATA.....	72
DIAGNOSA KEPERAWATAN .....	74
RENCANA KEPERAWATAN .....	75
IMPLEMENTASI KEPERAWATAN .....	80
EVALUASI KEPERAWATAN .....	99
DAFTAR OBAT.....	104
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS</b>	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	113
1. Pengkajian.....	113
2. Diagnosis Keperawatan .....	115
3. Intervensi Keperawatan .....	116
4. Implementasi Keperawatan .....	118
5. Evaluasi Keperawatan .....	118
B. Pembahasan Penerapan EBN.....	119
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Simpulan .....	124
B. Saran.....	125
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

- 1.1 Gambar Bagian otak.....
- 1.2 Gambar Sirkulus Wilisi .....

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 Lembar Konsultasi

## DAFTAR TABEL

- 3.1 Tabel Pemeriksaan Hematologi.....
- 3.2 Tabel Pemeriksaan Kimia Darah .....

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke menjadi salah satu masalah kesehatan yang paling beresiko mengancam nyawa, karena merupakan penyebab pertama dan menempati urutan pertama kematian setelah penyakit jantung dan kanker. Stroke juga menjadi perhatian serius di masyarakat saat ini, karena dapat muncul kapan saja dan menyerang siapa saja (Mutiarasari, 2022). Menurut *World Health Organization* mendefinisikan stroke sebagai suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologis fokal dan global yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih, dan mengakibatkan kematian, tanpa ada penyebab yang lain selain penyakit vaskular (WHO, 2022).

Data *World Stroke Organization* (2019) mengungkapkan bahwa lebih dari 13,7 juta pasien stroke setiap tahun. Satu dari setiap orang diatas usia 25 tahun akan mengalami stroke selama hidup mereka, dengan 131,8 kasus kematian per 100 penduduk setiap tahun sebagai akibat dari stroke. Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) mengungkapkan bahwa prevelensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari 7% menjadi 10,9%. Prevelensi penyakit stroke yang tertinggi di daerah perkotaan lebih besar yaitu 63,9% dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan lebih besar yaitu 36,1%. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 prevelensi stroke tertinggi terdapat di Kalimantan Timur (14,7%) dan yang terendah berada di Papua (4,1%). Sedangkan angka kejadian stroke di Sulawesi Selatan yaitu sebesar 10,6%. Prevelensi penyakit stroke juga meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus

stroke tertinggi adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan lebih banyak pria (11,1%) dibandingkan dengan wanita (10,9%) (RISKESDAS, 2018).

Terdapat beberapa faktor terjadinya resiko yang memicu tingginya angka kejadian non hemoragik stroke adalah faktor yang tidak dapat dimodifikasi (*non-modifiable risk factors*) seperti usia, ras, jenis kelamin, genetik, dan riwayat stroke sebelumnya. Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi (*modifiable risk factors*) berupa hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, hiperkolestolemia, merokok dan kelainan pembuluh darah otak. Hipertensi adalah masalah yang sering dijumpai pada pasien stroke dan menetap setelah serangan (American Stroke Association, 2022).

Penderita stroke sering mengalami tanda dan gejala berupa kelemahan atau kelumpuhan akibat defisit neurologis. Akibatnya, penderita tersebut mengalami tirah baring lama tanpa mampu mengubah posisi dan membutuhkan *bedrest* total serta ketergantungan dalam setiap aktivitas (Fadilah & Rahariyani, 2020). Pasien dengan stroke umumnya mengalami penurunan tingkat kesadaran dan gangguan hemodinamik yang menyebabkan terjadinya penurunan kualitas hidup penderita (Kharti Gempitasari & Betriana, 2020). Selain itu, pada penderita stroke aliran darah dalam tubuh tidak lancar sehingga dapat mengakibatkan gangguan suplai oksigen. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan dan penanganan yang komperhensif demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius (Mustikarani & Mustofa, 2020).

Penanganan dan perawatan pada pasien stroke untuk tahap pemulihan terbagi atas 3 fase yaitu fase akut, subakut, dan rehabilitasi. Fase akut dilakukan pada saat perawatan dirumah sakit. Fase akut terjadi 2 minggu pertama pasca serangan stroke, pada fase ini pasien mendapat perawatan khusus dirumah sakit.

Fase subakut terjadi 2 minggu sampai 6 bulan pasca stroke, pada fase ini pasien diperbolehkan untuk pulang. Sementara untuk fase rehabilitasi berlangsung diatas 6 bulan pasca stroke (Wirawan, 2019)

Penatalaksanaan pada pasien non hemoragik stroke sangat penting karena kurangnya pasokan darah ke otak yang menyebabkan kadar oksigen dalam otak berkurang sehingga mengakibatkan penurunan kesadaran secara tiba-tiba (Chugh, 2019). Selain itu, penyembuhan pada pasien non hemoragik stroke membutuhkan waktu yang sangat lama, dalam masa penyembuhan diperlukan keterlibatan peran perawat serta dukungan dari keluarga serta biaya pengobatan yang cukup besar (Setiani et al., 2021). Banyak masalah yang muncul karena stroke, sehingga memerlukan penanganan yang tepat, terutama dalam asuhan keperawatan pasien seperti perawatan tanda dan gejala dan pencegahan komplikasi (Hastuty, 2018).

Dampak penyakit stroke dapat diminimalisirkan jika serangan stroke dikenal dan mendapatkan pertolongan segera. Penanganan tepat dari tenaga medis diharapkan dapat mengurangi resiko kematian dari kecacatan permanen (Mutiarasari, 2022). Perawat sangat berperan penting dalam pencegahan dan penanggulangan stroke, baik dari upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif (Debora, 2019).

Salah satu peran perawat adalah memberikan perawatan kuratif dalam memberikan asuhan keperawatan. Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan penelitian. Gangguan suplai oksigen pada pasien stroke disebabkan oleh aliran darah yang tidak lancar, oleh karena itu dibutuhkan pemantauan dan penanganan yang akurat. Memberikan posisi *head up* 30° pada pasien stroke dapat

meningkatkan sirkulasi darah ke otak dan meningkatkan oksigenasi jaringan serebral, yang pada akhirnya dapat memperbaiki status hemodinamik (Mustikarani & Mustofa, 2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Ekacahyaningtyas et al. (2021) Menunjukkan bahwa pemberian posisi *head up* 30° telah banyak diterapkan untuk mencegah peningkatan tekanan intrakranial serta meningkatkan saturasi oksigen, posisi ini telah memberikan hasil yang positif terhadap masalah hemodinamik pada pasien yang berisiko mengalami peningkatan tekanan intrakranial. Selain itu, studi kasus yang dilakukan Trisila et al. (2022) menunjukkan terjadinya perubahan status hemodinamik dan peningkatan kesadaran pada pasien stroke setelah diberikan intervensi posisi *head up* 30° yang dilakukan selama 3 hari.

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

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruang ICU RS TK.II Pelamonia.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruang ICU RS TK.II Pelamonia.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruang ICU RS TK.II Pelamonia.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien Non-Hemoragik Stroke (NHS) di ruang ICU RS TK.II Pelamonia.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruang ICU RS TK.II Pelamonia.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruang ICU RS TK.II Pelamonia.

## **C. Manfaat Penulisan**

### 1. Bagi Instansi Rumah Sakit

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

### 2. Bagi Profesi Keperawatan

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

### 3. Bagi Institusi Pendidikan

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

## **D. Metode Penulisan**

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, metode yang digunakan yaitu:

### 1. Studi Kepustakaan

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

### 2. Studi Kasus

Penulis mengumpulkan dan menganalisis data-data melalui :

#### a. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga pasien serta pihak lainnya.

#### b. Observasi

Melakukan pengamatan langsung pada pasien mengenai pemeriksaan dan Tindakan yang dilakukan

#### c. Pemeriksaan Fisik

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

## E. Sistem Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain BAB I PENDAHULUAN, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II TINJAUAN PUSTAKA, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu Konsep Dasar Medik yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi, dan juga Konsep Dasar Keperawatan berupa pengkajian, diagnosis keperawatan, luaran dan perencanaan keperawatan, serta perencanaan pulang (*discharge planning*). BAB III PENGAMATAN KASUS, yang meliputi ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. BAB IV PEMBAHASAN KASUS, yang menguraikan pembahasan asuhan keperawatan dan pembahasan penerapan *evidence based nursing*. BAB V PENUTUP, yang terdiri dari simpulan dan saran.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar**

##### **1. Pengertian**

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

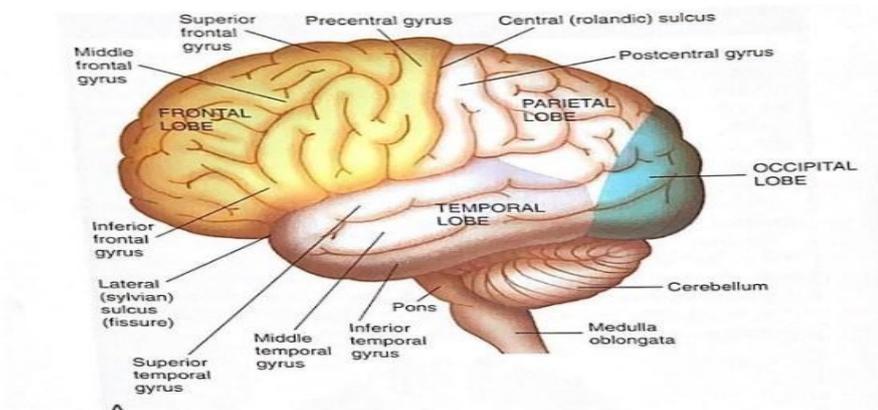
Non Hemoragik Stroke adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai oksigen dan glukosa ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (WHO, 2022)

Menurut Prince dan Wilson, (2016) Non Hemoragik Stroke adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak.

Berdasarkan tinjauan teori diatas penulis menyimpulkan bahwa non hemoragik stroke adalah kerusakan yang dapat menyebabkan kematian otak akibat kurangnya suplai oksigen dan nutrisi karena tersumbatnya pembuluh darah oleh plak aterosklerosis yang menyebabkan penderitanya mengalami kelemahan sisi tubuh, nyeri kepala, wajah tidak simetris sampai penurunan kesadaran tergantung pada lokasi dan luasnya infark.

## 2. Anatomi dan Fisiologi

### a. Otak



Gambar 2.1 Bagian otak  
(Soetmadji et al., 2019)

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

#### 1) Serebrum

Serebrum dibagi menjadi hemisfer kiri dan kanan yang dipisahkan oleh fisura serebri longitudinal. Setiap hemisfer dibagi menjadi 4 lobus yaitu oksipital, frontal, parietal, dan temporal.

##### a) Lobus frontalis

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

memori, bahasa, motivasi penilaian, kontrol impuls.

b) Lobus parietal

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

c) Lobus temporalis

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

d) Lobus oksipitalis

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

2) Batang otak

Batang otak bersambung dengan medulla spinalis yang berukuran sekitar 3 inci (7,5cm) dan terdiri dari medulla oblongata, pons, dan otak tengah. Batang otak berfungsi sebagai stasiun pemancar yang menghubungkan otak besar ke saraf tulang belakang, serta mengirim dan menerima pesan antara berbagai bagian tubuh dan otak.

a) Medulla oblongata

Merupakan pusat otonom seperti jantung, pusat pernapasan, dan pusat batuk, bersin, muntah. Medulla juga merupakan tempat dekusasi saluran

piramidal yang artinya bahwa setiap sisi otak mengendalikan gerakan sadar yang berlawanan sisi tubuh (sisi kanan tubuh dikendalikan oleh otak kiri dan sebaliknya).

b) Pons

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

3) Otak tengah

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

a) Hipotalamus

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

b) Thalamus

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

4) Serebelum (otak kecil)

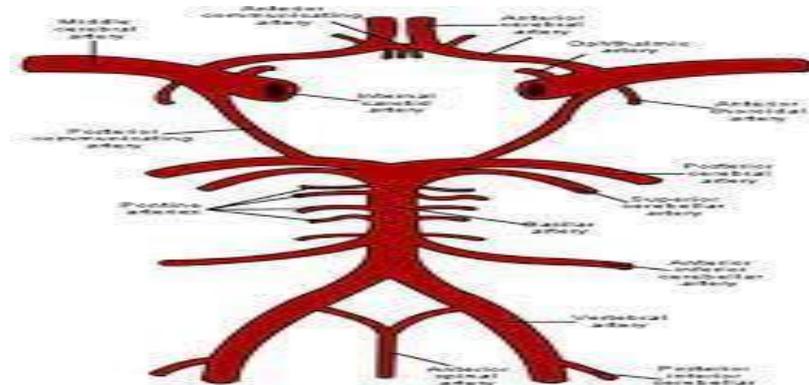
Serebelum disebut dengan otak kecil berada dibagian posterior batang otak. Serebelum berfungsi untuk mengkoordinasikan gerakan otot, keseimbangan, postur

tubuh. Ketika area ini mengalami kerusakan, akan menyebabkan gerakan otot tidak berfungsi.

5) Meningen

Lapisan atau membran tipis yang berfungsi untuk menutupi dan melindungi otak dan saraf tulang belakang (Soetmadji et al., 2019).

6) Sirkulasi darah otak



Gambar 2.2 Sirkulus Wilisi (Imran & Ika, 2015)

Otak mendapatkan aliran darah melalui dua sistem: arteri karotis (anterior) dan arteri vertebralis (posterior). Arteri vertebralis menyalurkan darah ke bagian belakang otak dan bawah dari otak hingga tempurung kepala (medulla oblongata, pons atau batang otak, lobus oksipital, serebelum, dan lobus temporalis inferior), sedangkan arteri karotis menyalurkan darah ke bagian depan dan atas dari otak (lobus frontalis, parietal, temporal, ganglia basal dan kapsula interna). Arteri karotis bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid, sedangkan arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia.

Apabila aliran darah serebral mengalami gangguan akan digantikan dengan pembuluh darah kolateral yang dikenal dengan sirkulus willisi. Sirkulus willisi merupakan anastomotik arteri yang berada di otak untuk melindungi pasokan darah dari otak apabila terjadi sumbatan di salah satu cabang. Ada tiga sirkulasi yang membentuk sirkulus willisi di otak yaitu: sirkulasi anterior, sirkulasi posterior dan arteri komunikans. Sirkulasi ini mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi antara suplai darah dari otak depan dan belakang. Selain itu, sirkulus willisi mengalirkan darah dari arteri serebri anterior melalui komunikans anterior untuk memperdarahi hemisfer serebri atau dari arteri posterior melalui komunikans posterior mengirigasi sirkulasi karotis (Imran & Ika, 2015).

### 3. Etiologi

Etiologi dari Non Hemoragik Stroke diantaranya sebagai berikut :

#### a. Faktor predisposisi

##### 1) Usia

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

karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur (Tamam, 2020).

2) Jenis kelamin

Stroke menyerang baik laki-laki maupun perempuan, pada laki-laki jumlah kadar hormon estrogen tergolong rendah dibandingkan perempuan yang cukup tinggi. Hormon ini berperan sebagai proteksi atau pelindung alami pada proses aterosklerosis dengan menjaga tingkat kolesterol darah agar *High Density Lipoprotein* (LDP) atau kolesterol baik lebih tinggi dari kolesterol jahat atau *Low Density Lipoprotein* (LDP). Selain itu hormon estrogen juga memiliki fungsi vital lain, yaitu sebagai hormon yang mengurangi risiko faktor pembekuan darah (Muhammad, 2017). Namun setelah perempuan mengalami *menopause*, hormon estrogen akan menurun secara drastis sehingga merusak sel endotel dan memicu terjadinya plak dipembuluh darah sehingga besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama (Ummaroh, 2018).

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko tertinggi, sekitar 60% penyandang hipertensi akan mengalami stroke. Hipertensi dapat menyebabkan stroke iskemik (50%) maupun stroke perdarahan (60%). Patofisiologi hipertensi menyebabkan terjadinya perubahan pembuluh darah, perubahan mulai terjadi dengan penebalan tunika intima dan peningkatan permeabilitas endotel oleh hipertensi, proses

kemudian akan berlanjut dengan terbentuk deposit lipid terutama kolestrol pada tunika muskularis yang menyebabkan lumen-lumen pembuluh darah menyempit serta berkelok-kelok. Pada hipertensi kronis akan terbentuk nekrosis fibrinoid, sehingga terbentuk mirkoaneurisma yang di sebut *charcot- bouchard*, pengerasan pembuluh darah dapat menyebabkan gangguan autoregulasi, berupa kesulitan berkontraksi atau berdilatasi terhadap perubahan tekanan darah sistemik, jika terjadi penurunan aliran darah menyebabkan perfusi ke otak menjadi iskemik, jika terjadi peningkatan perfusi hebat yang menyebabkan hiperemia, edema, dan perdarahan (Bakri, 2017).

## 2) Hiperkolestrol

Proses terjadinya aterosklerosis diawali dari berubahnya kolestrol LDL menjadi lebih aterogenik setelah proses oksidasi dan berubah menjadi LDL teroksidasi (Ox-LDL). Di sisi lain, endotel bisa mengalami gangguan fungsi yang lama-kelamaan dapat menyebabkan dengan atau tanpa deendotelisasi disertai adhesi trombosit. Molekul plasma dan partikel lipoprotein, yang sesuai ukurannya, dapat melakukan ekstravasasi melalui endotel yang rusak dan masuk ke ruang subendotel Ox-LDL yang aterogenik akan tertahan dan bersifat *sitotoksik*, *pro-inflamasi*, dan *kemotaktik*. Akibat dari pengaruh tersebut, endotel menjadi aktif dan mengeluarkan sitokin. Nitrogen monoksida (NO) yang dilatasi dihasilkan endotel terkait fungsi vascular pun berkurang dan terjadi peningkatan

pengeluaran sel-sel adhesi yang aktif menangkap monosit dan sel T. Monosit tersebut akan menangkap Ox-LDL dan berubah menjadi sel busa yang kemudian berkembang menjadi inti lemak dengan pelindung fibrosa. Pelindung ini dapat rapuh dan memicu proses trombogenesis. Sel *apoptotic* yang dihasilkan Ox-LDL akan memicu menyebabkan terbentuknya trombus (Cahyani et al., 2020)

3) Diabetes melitus

Hiperglikemia pada penderita diabetes mellitus menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping itu juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis. Hiperglikemia juga dapat meningkatkan viskositas darah yang kemudian akan menyebabkan naiknya tekanan darah atau hipertensi dan berakibat terjadinya Non Hemoragik Stroke. Keadaan Hiperglikemia juga mempermudah terjadinya edem otak dan meningkatkan angka kematian pasien yang dirawat akibat stroke (Pajri et al., 2018).

4) Merokok

Seseorang yang telah merokok > 10 tahun berisiko 4 kali lebih besar terkena serangan stroke dibandingkan dengan mereka yang merokok kurang dari 10 tahun. Jumlah rokok yang dihisap akan memberi pengaruh yang sangat besar terhadap kejadian aterosklerosis terutama pada pembuluh darah otak sebagai pemicu stroke. Nikotin yang terkandung di dalam rokok menyebabkan

elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga terjadi kekakuan pembuluh darah (Kurniawan et al., 2022).

Efek rokok menyebabkan beban miokard dengan menurunnya konsumsi oksigen akibat inhalasi karbondioksida dan dapat menyebabkan takikardi, vasokonstriksi pembuluh darah, dan merubah permeabilitas dinding pembuluh darah. Nikotin dalam rokok juga mengandung *reactive oxygen species* (ROS) yang menyebabkan terjadinya nekrosis pada sel endotel pembuluh darah. Molekul adhesi yang teraktivasi pada pembuluh darah mempermudah penempelan lipid yang telah teroksidasi oleh ROS pada pembuluh darah koroner. Makrofag yang teraktivasi juga berperan dalam mencerna lipid teroksidasi yang beredar bebas dalam pembuluh darah kedalam lapisan endotel yang menyebabkan menebalnya dinding endotel dan menyempitnya lumen pembuluh darah (Yudanardi et al., 2016).

#### 5) Penyakit Jantung

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

menyebabkan terhambatnya aliran darah di otak sehingga menyebabkan stroke (Tamam, 2020).

#### 4. Patofisiologi Non Hemoragik Stroke

Faktor risiko terbesar timbulnya non hemoragik stroke, yaitu merokok, hipertensi, hiperkolesterol, diabetes mellitus, penyakit jantung, usia serta jenis kelamin yang akan menyebabkan terjadinya aterosklerosis pada pembuluh darah (Cahyani et al., 2020). Non Hemoragik Stroke disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak (Tahir et al., 2021). Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa 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, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis metabolik mengakibatkan 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 (Siregar et al., 2019).

Edema yang terjadi dapat menyebabkan peningkatan TIK secara signifikan sehingga terjadi latasi aneurisma pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan perdarahan serebri akibat pecahnya aneurisma. Perdarahan area serebri yang luas akan menyebabkan kematian. Karena perdarahan yang luas dapat menyebabkan, peningkatan tekanan intrakranial, menurunnya perfusi otak dan yang lebih berat menyebabkan herniasi otak hingga kematian.

Area edema yang terjadi dapat menyebabkan disfungsi besar seperti infark luas bahkan penurunan kesadaran. Dan edema dapat berkurang beberapa jam atau beberapa hari dengan klien menunjukkan perbaikan (Siregar et al., 2019). Infark serebri yang terjadi pada penderita stroke non-hemoragik mengakibatkan suplai darah ke area tertentu otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi, dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap daerah yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat (Khotimah et al., 2022).

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. Bila terjadi kerusakan pada otak kiri, maka akan terjadi gangguan dalam hal fungsi bicara dan berbahasa. Akibat penurunan *Cerebral Blood Flow* (CBF) regional pada suatu daerah otak, terisolasi dari jangkauan aliran darah, yang mengangkut oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk metabolisme oksidatif serebral daerah yang terisolasi tersebut tidak berfungsi lagi sehingga timbulah manifestasi defisit neurologi yang biasanya berupa paralisis, hemihipestesia, hemiparasetesia yang bisa juga disertai defisit 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 (Khotimah et al., 2022).

Infark pada batang otak (pons) dan medulla oblongata mengakibatkan disatria. Pada daerah pons terdapat inti

persarafan (nucleus) nervus V (trigeminus) dan nervus VII (facialis) yang mempersarafi otot wajah (buccinator), otot masseter dan otot temporalis yang mempengaruhi persarafan pada daerah wajah. Sedangkan area medulla terdapat nervus XII (hipoglossus), mempersarafi otot lidah. Selain itu terdapat saraf lain yang ikut berperan dalam terjadinya disartria yaitu nervus X (vagus) yang berinti di ganglion jugulare nodosum yang jika terjadi kerusakan dapat terjadi gangguan pada proses menelan (Siregar, 2021). Selain itu sumbatan arteri karotis interna tidak cukup untuk menyebabkan manifestasi neurologi karena aliran darah dari arteri kolateral melalui Sirkulus Willis. Sirkulasi Willis adalah sirkulasi (lingkaran pembuluh darah otak) yang menghubungkan sirkulasi anterior dan posterior otak, sehingga dapat menyebabkan ketidakstabilan hemodinamik Sirkulasi Willis dan dapat terjadinya kerusakan pada daerah otak (Rahayu, 2018).

## 5. Pathway Non Hemoragik Stroke (NHS)









## 6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala Non Hemoragik Stroke dapat terjadi secara bervariasi tergantung daerah otak yang mengalami kerusakan (Pinzon & Asanti, 2012) :

### a. Kelemahan anggota gerak

Kelemahan anggota gerak merupakan gejala yang umum dijumpai pada stroke dapat terjadi ketika tiba-tiba seseorang merasa kehilangan kekuatan pada salah satu lengan dan tungkai atau lengan dan tungkai pada satu sisi. Gangguan peredaran darah otak disebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri begitu juga sebaliknya.

### b. Wajah tidak simetris

Wajah tidak simetris pada stroke muncul akibat terganggunya saraf otak, wajah yang tidak simetris dapat timbul bersamaan dengan bicara pelo dan kelemahan anggota gerak.

### c. Gangguan bicara

Pasien stroke dapat pula menunjukkan gejala bicara tidak jelas (pelo) atau tidak dapat bicara (afasia).

### d. Pusing / *Vertigo*

Pusing atau vertigo adalah salah satu gejala stroke. Pusing berputar dapat disertai dengan gejala mual/muntah ataupun tidak. Gangguan pada sistem keseimbangan diserebelum akan menimbulkan gejala pusing.

Menurut Rahmadani & Rustandi (2019) manifestasi klinis Non Hemoragik tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke akut gejala klinis meliputi:

### a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) yang timbul secara mendadak

- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan  
penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
- c. Afasia (kesulitan dalam bicara)
- d. Disatria (bicara cadel atau pelo)
- e. Gangguan penglihatan, diplopia
- f. Nyeri kepala disertai mual dan muntah

Adapun tips mudah mengenali gejala dan tanda-tanda stroke yaitu slogan Se-Ge-Ra Ke RS, dan F.A.S.T:

a. Se-Ge-Ra Ke RS

Se : senyum tidak simetris (mencong ke satu sisi), tersedak, sulit menelan air minum secara tiba-tiba

Ge : gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba

Ra : bicara pelo/tiba-tiba tidak dapat bicara tidak mengerti kata-kata/bicara tidak nyambung

Ke : kebas/baal/kesemutan separuh badan

R : rabun, pendengaran satu, mata kabur, terjadi tiba-tiba

S : sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, gangguan fungsi keseimbangan seperti terasa berputar, gerakan sulit dikoordinasi (Kemenkes RI, 2018).

b. F.A.S.T

- F : *face* (wajah) : meminta untuk tersenyum. Wajah akan terlihat tidak simetris, sebelah sudut mulut tertarik ke bawah dan lekukan antara hidung ke sudut mulut tampak mendatar.

- A : *arm* (lengan) : meminta untuk meninggikan kedua lengan. Lengan diangkat lurus sejajar kedepan dengan sudut 90° dan telapak tangan keatas selama 30 detik. Jika kelumpuhan lengan ringan dan tanpa disadari penderita, maka lengan lumpuh akan turun (menjadi

tidak sejajar lagi) sedangkan kelumpuhan yang berat, lengan tersebut tidak bisa diangkat lagi dan tidak dapat digerakkan.

- S : *speech* (bicara) : meminta untuk mengulang kalimat sederhana. Maka akan terlihat gangguan berbicara (artikulasi terganggu) atau sulit berbicara (gagu) atau bisa berbicara tetapi mengalami gangguan pemahaman atau sulit mengerti.
- T : *time* (waktu) : segera memanggil ambulans atau membawa kerumah sakit. Jika menemukan tiga gejala diatas seperti perubahan wajah, kelumpuhan dan bicara atau disertai gejala seperti :
  - Kehilangan kesadaran (pingsan)
  - Pusing berputar
  - Kesemutan separuh badan
  - Penglihatan tiba-tiba kabur pada kedua atau salah satu mata (LeMone et al., 2017).

## 7. Tes Diagnostik

Menurut Juan Nggebu (2019) tes diagnostik pada pasien stroke yaitu:

### a. Radiologi

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

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

2) *Magnetic Imaging Resonance (MRI)*

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

3) Pemeriksaan Thorax

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

4) *Electroencephalography (EEG)*

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

5) Fungsi Lumbal

Tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA (*Transient Ischaemia Attack*). Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis berhubungan dengan proses inflamasi.

6) Ultrasonografi Doppler

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

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

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

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

## 2) Test Kimia Darah

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

## 3) Test Darah Koagulasi

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

## 8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Sulistiyawati (2020) penatalaksanaan medik pada pasien non hemoragik stroke dibedakan menjadi 2, yaitu:

### a. Farmakologi

- 1) Antiplatelet adalah obat yang digunakan untuk mencegah terjadinya agregasi platelet (mencegah terjadinya thrombus) pada sistem arteri. Antiplatelet ini sering digunakan pada pasien stroke iskemik untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet

- 2) Antihipertensi merupakan salah satu obat yang diberikan pada penanganan pasien strok iskemik dengan hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko utama setelah usia pada pria dan juga wanita. Bila tekanan darah meningkat cukup tinggi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun, akan menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh serebral. Akibatnya, diameter lumen pembuluh darah tersebut akan menjadi tetap. Hal ini menyebabkan pembuluh serebral tidak dapat berdilatasi atau berkonstriksi dengan bebas untuk mengatasi fluktuasi dari tekanan darah sistemik. Bila terjadi penurunan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi ke jaringan otak tidak adekuat. Hal ini akan mengakibatkan iskemik serebral
- 3) Neuroprotektan merupakan salah satu terapi yang ditujukan untuk mengurangi terjadinya kerusakan sel karena terhambatnya aliran darah yang memasok oksigen. Obat neuroprotektan yang sering dipakai dalam terapi stroke iskemik adalah citikolin dan piracetam
- 4) Golongan neurotropik merupakan golongan obat yang berfungsi sebagai pemacu kerja otak serta dapat membantu melancarkan fungsi otak akibat penurunan kesadaran. Dimana obat yang digunakan adalah mecobalamin.
- 5) Golongan antikolesterol merupakan golongan obat yang berfungsi untuk menurunkan kadar kolestrol yang tinggi, obat yang sering digunakan simvastatin.

## b. Non Farmakologi

### 1) Fase akut

- a) Letakkan posisi kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap dua jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil
- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- c) Demam 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 150-200 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
- e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg%, dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.

### 2) Fase rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b) Pertahankan integritas kulit
- c) Pertahankan komunikasi yang efektif
- d) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).

- e) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
  - f) Persiapan pulang
- 3) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

## 9. Komplikasi

Menurut Juan Nggebu (2019) komplikasi dari stroke diantaranya sebagai berikut:

### a. Tekanan intrakranial (TIK) meningkat

Tekanan intrakranial kranial adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intrakranial, dan cairan serebrospinal (CSS) didalam tengkorak. Ruang kranial yang kaku berisi jaringan otak dan darah. Volume tekanan pada ketiga komponen ini selalu berhubungan dengan keadaan keseimbangan, apabila salah satu dari komponen ini meningkat maka akan menyebabkan perubahan pada volume yang lain dengan mengubah posisi atau menggeser CSS, atau menurunkan volume darah serebral dan jika tidak ada perubahan intrakranial akan meningkat.

### b. Gagal napas

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

c. Disfagia

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

d. Pneumonia

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

## **B. Konsep Dasar Keperawatan Non Hemoragik Stroke (NHS)**

### 1. Pengkajian Sekunder

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

Data objektif: Distensi abdomen (distensi kandung kemih), bising usus negative (ileus paralitik) (Nurwidiyanti et al., 2022).

h. Pola aktivitas dan latihan

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

Data objektif: perubahan tonus otot, paralisis, hemiplegia, kelemahan umum (Nurwidiyanti et al., 2022)

i. Pola tidur dan istirahat

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

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

j. Pola persepsi sensorik dan kognitif

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

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

k. Pola persepsi dan konsep diri

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

Data objektif: mudah marah, tidak kooperatif

l. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subjektif: masalah bicara dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

Data objektif: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, kesulitan mengungkapkan kata (afasia).

m. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

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

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

n. Pola reproduksi dan seksualitas

Data subjektif: Tidak adanya gairah seksual

Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual

o. Pola sistem nilai dan kepercayaan

Data subjektif: jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil

Data objektif: gangguan dan kesulitan saat melaksanakan ibadah

1. Pengkajian Primer

a. *Breathing*

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

b. *Blood*

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

c. *Brain*

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

d. *Bladder*

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

e. *Bowel*

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

f. *Bone*

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

## 2. Diagnosis Keperawatan

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

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular (D.0001)
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan (D.0054)

otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)

- d. Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulu (D.0063)
  - e. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119)
- Dalam penyusunan diagnosa menggunakan teori yang telah disusun oleh PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2016).

### 3. Luaran dan Perencanaan keperawatan

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

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .....

maka perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil:

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

**SIKI:****Manajemen peningkatan tekanan intrakranial****Observasi :**

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

**Terapeutik**

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

**Kolaborasi**

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

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

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

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

SIKI:

Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)  
R/ mengetahui keabnormalan pernafasan pasien (Sofyan, 2017)
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, wheezing, ronkhi)  
R/ penurunan bunyi napas indikasi atelaksis, ronki indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan napas sehingga otot aksesori digunakan dan kerja pernapasan meningkat. (Wardani et al., 2018)
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)  
R/ pengeluaran sulit bila sekret tebal, sputum berdarah akibat kerusakan paru atau luka bronkhial yang memerlukan evaluasi/intervensi lanjut (Wardani et al., 2018)

### Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas  
R/ pasien dapat bernapas dengan mudah
- 2) Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*  
R/ meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan
- 3) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik  
R/ mencegah obstruksi/aspirasi, dilakukan *suction* bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret
- 4) Berikan oksigen, jika perlu  
R/ memaksimalkan bernapas dan menurunkan kerja napas  
(Wardani et al., 2018)

### Edukasi

- 1) Ajarkan teknik batuk efektif  
R/ ventilasi maksimal membuka area atelaksis dan peningkatan gerakan sekret agar mudah dikeluarkan

### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*  
R/ menurunkan kekentalan sekret, lingkaran ukuran lumen trakeabronkial berguna jika terjadi hipoksia pada kavitas yang luas (Wardani et al., 2018).

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

### SLKI

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

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

Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Observasi

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

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur)  
R/ memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi resiko jatuh/ sakit saat berpindah
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu  
R/ meningkatkan status mobilitas fisik pasien
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan  
R/ keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan (Syam, 2021)

### Edukasi

#### 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

R/ memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan

#### 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

R/ untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan

#### 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

R/ melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi (Syam, 2021)

### Kolaborasi

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

### Perawatan Tirah Baring (I.14572)

#### Observasi

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

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

#### Terapeutik

#### Posisikan nyaman mungkin

#### 1) Posisikan nyaman mungkin

R/ agar pasien lebih tenang dan merasa nyaman

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

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

3) Berikan latihan gerak pasif atau pasif (ROM)

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

4) Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari

R/ membantu pemenuhan kebutuhan secara individual (Padila, 2012)

Edukasi

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

Kolaborasi

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

- d. Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut D.0063

SLKI

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

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

Pencegahan aspirasi I.01018

Observasi

- 1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan

R/ mencegah terjadinya risiko aspirasi

## 2) Monitor status pernapasan

R/ mengidentifikasi masuknya makanan masuk kedalam saluran pernapasan

## Terapeutik

## 1) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral

R/ posisi semi fowler membantu konsumsi makanan terakhir sehingga tidak terjadi penumpukan makanan dan risiko aspirasi

## 2) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak

R/ mempermudah klien mengunyah dan menyerap makanan

## 3) Berikan obat oral dalam bentuk cair

R/ mempermudah masuknya obat dan penyerapan lebih cepat

## Edukasi

## 1) Anjurkan makan secara perlahan

R/ melatih fungsi dan memulihkan status menelan

2) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, *jika perlu*

R/ melatih dan mempertahankan fungsi organ dan otot-otot dalam rongga mulut (Zainul et al., 2019)

## Kolaborasi

## 1) Dalam intervensi pemantauan aspirasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

- e. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119)

## SLKI:

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

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

Proses Komunikasi: Defisit Bicara (I. 13492)

## Observasi

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

## Terapeutik

- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, isyarat tangan)  
R/ mempermudah untuk proses komunikasi
- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan  
R/ membantu pemberian dan penyampaian pesan yang sesuai
- 3) Ulangi apa yang disampaikan pasien  
R/ memastikan apa yang disampaikan pasien sesuai dengan persepsi
- 4) Berikan dukungan psikologis  
R/ membantu individu agar merasa diperhatikan, dipedulikan dan merasa dihargai

## Edukasi

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

## Kolaborasi

### 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

R/ mefasilitasi pasien untuk dapat melakukan terapi (Zainul et al., 2019)

## 4. Perencanaan pulang (*discharge planning*)

- a. Terapi fisik mengajarkan latihan untuk memampukan pasien belajar kembali cara berjalan, duduk, berbaring dan mengubah dari satu gerakan ke gerakan lain.
- b. Terapi ukopasi memberi alat bantu dan merencanakan memperoleh kembali ketrampilan motorik seperti makan, minum, mandi dan *toileting*.
- c. Mengajarkan terapi bicara untuk membantu pasien dalam mempelajari kembali ketrampilan bahasa dan komunikasi (LeMone et al., 2017).
- d. Menganjurkan untuk mengontrol tekanan darah minimal 1 kali seminggu.
- e. Menganjurkan pasien diet mengurangi asupan makanan yang tinggi garam karena dianggap berpotensi meningkatkan tekanan darah.
- f. Menganjurkan pasien berolahraga dan teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter.
- g. Aktivitas fisik, khususnya latihan yang meningkatkan kekuatan dan keseimbangan tungkai bawah, dapat membantu agar pasien tidak mudah jatuh. Apabila timbul masalah spastisitas (kekakuan) otot setelah stroke, hal tersebut dapat dikurangi dengan latihan perenggangan (ROM) pasif dan aktif pada rentan gerakan yang biasanya dilakukan oleh otot atau sendi yang terkena (Ulfah & Ahyana, 2016).

- h. Mengajarkan cara mendeteksi gejala stroke yaitu dengan slogan F.A.S.T dan Se-ge-ra Ke RS (Kemenkes RI, 2018; LeMone et al., 2017).





### BAB III

#### PENGAMATAN KASUS

Pasien atas nama Tn. K usia 67 tahun beragama islam diantar oleh keluarganya ke RS karena mengalami penurunan kesadaran dan kelemahan tubuh sebelah kiri. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi 10 tahun yang lalu tetapi pasien sering mengkonsumsi obat amlodipin 10 mg, keluarga pasien mengatakan pasien pernah masuk di RS Pelamonia dengan di diagnosis Hipertensi, keluarga pasien mengatakan pasien suka makan coto dan ikan bakar.

Saat dilakukan pegkajian tampak klien mengalami penurunan kesadaran GCS E2V2M5 dan tidak dapat mengerakan sisi tubuh sebelah kiri. Saat ini klien dalam perawatan hari ke-2 dan mendapatkan terapi obat citicoline, candesartan, amlodipin, KSR, mecobalamin, levonox, omeprazole, merophenem, combivent + pulmicort, sistenol. Tampak pasien terpasang infus pump Nacl 0,9% 1500/24 jam, NGT, dan kateter urin. Telah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala dan di dapatkan hasil *Chronic Infarct di Thalamus dextra, Brain athropy, Retensioncyst sinus maksilaris dextra*. Hasil thorax *Cardiomegaly, Pneumonia*. Hasil Laboratorium WBC: 15.34, NEUT#: 14.13, LYMPH#: 0.44, MONO#: 0.76, LED: 40, SGOT: 605, SGPT: 561, Ureum: 196, Kreatinin: 2.80, K: 3.27, Cl: 115.2. TTV: TD: 171/117 mmHg, N: 102x/m, S:36°C, P:31x/m, SPO2: 99%

## A. Pengkajian Keperawatan Kritis

### 1. Pengkajian Primer

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan Dada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan</li> <li>- Tampak sesak</li> </ul>
	Pemakaian otot bantu nafas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pemakaian otot bantu retraksi intercosta dan Diafragma</li> </ul>
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak teraba adanya krepitasi</li> <li>- Vokal Premitus : Teraba getaran lebih kuat pada dada kanan di banding dada kiri</li> </ul>
	Perkusi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdengar bunyi sonor pada kedua lapang paru pasien</li> </ul>
	Suara napas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien</li> </ul>
	Batuk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien tidak mampu batuk dan mengeluarkan lendir</li> </ul>
	Sputum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak Sputum kental, berwarna kekuningan</li> </ul>

	Alat bantu napas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tampak pasien terpasang oksigen via <i>Non-Rebreathing Mask</i> (NRM) 10 liter</li><li>Lain-lain : Foto thorax Pneumonia</li><li>- TTV : P : 31x/Menit</li><li>- SPO<sub>2</sub> : 99 %</li></ul>
--	------------------	---

<i>Blood</i> (B2)	Suara Jantung	- Terdengar suara jantung S1 S2 S3 S4 : Tunggal
	Irama Jantung	- Terdengar irama jantung irreguler dan tampak takikardi
	CRT	- Tampak CRT kembali dalam < 3 detik
	JVP	- Hasil : 5-2cmH <sub>2</sub>
	CPV	- Tidak ada
	Edema	- Tidak ada edema
	EKG	- Hasil : Sinus Takikardi
	Lain – lain	- Tanda – Tanda Vital : TD : 171/117 mmHg N : 102x/menit S : 36 °C P : 31x/menit SPO2 : 99% - Hasil Foto Thorax : Cardiomegali
<i>Brain</i>	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : Somnolen - Kuantitatif (GCS) = 9

(B3)		E : 2 V : 2 M : 5
	Reaksi Pupil	- Tampak isokor kiri dan kanan - Tampak ada refleks cahaya kiri dan kanan
	Refleks Fisiologis	- Tidak ada pada ekstremitas kiri dan ada refleks pada ekstermitas kanan
	Refleks Patologis	- Tidak ada pada ekstremitas kiri dan ada refleks pada ekstermitas kanan
	Meningeal sign	- Tidak ada
	Lain-lain	- TTV : TD : 171/117 mmHg N: 102 x/menit S : 36 °C P : 31 x/menit SpO <sub>2</sub> : 99% - Hasil CT Scan Kepala : <i>Chonic Infract di thalamus dextra,</i> <i>Brain atrofi,</i> <i>Retensioncyst sinus maksilaris dextra</i>
<i>Bladder</i> (B4)	Urine	- Tampak urine berwarna kuning pekat dengan jumlah 300cc (8 jam)

	Kateter	- Tampak pasien terpasang foley catheter size 16
	Kesulitan BAK	- Tidak ada
	Lain-lain	- Ureum : 196 (10 - 50) - Kreatinine : 2,80 (0,6 - 1,2)
<i>Bowel</i> (B5)	Mukosa bibir	- Tampak bibir kering
	Lidah	- Tampak lidah kotor
	Keadaan gigi	- Tampak gigi pasien tidak lengkap - Tidak terpasang gigi palsu
	Abdomen	- Tampak tidak distensi
	Peristaltik Usus	- Terdengar peristaltik usus 10x/menit
	Mual	- Tidak ada
	Muntah	- Tidak ada
	Hematemesis	- Tidak ada
	Melena	- Tidak ada
	Terpasang NGT	- Ya, Tampak pasien terpasang NGT
	Terpasang Colostomy bag	- Tidak terpasang

	Konstipasi	- Tidak mengalami konstipasi											
	Asites	- Tidak ada											
	Lain-Lain	- Tidak ada											
<i>Bone</i> (B6)	Turgor	- Tampak turgor baik											
	Pendarahan kulit	- Tidak ada											
	Ikterus	- Tidak ada											
	Akral	- Teaba hangat											
	Pergerakan sendi	- Terbatas											
	Fraktur	- Tidak ada fraktur											
	Luka	- Tidak ada luka											
	Lain - lain	<p>- Uji kekuatan Otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table> <p>- Tampak pasien kelemahan tubuh sebelah kiri</p>		Kiri	Kanan	Tangan	0	2	-----			Kaki	0
	Kiri	Kanan											
Tangan	0	2											
-----													
Kaki	0	1											

## 2. Pengkajian Sekunder

### a. Identifikasi

#### a) Pasien

Nama initial : Tn. K  
Umur : 67 Tahun  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Status perkawinan : Menikah  
Jumlah anak : 2 orang  
Agama/ suku : Islam/ Makassar  
Warga negara : Indonesia  
Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Pensiunan  
Alamat rumah : Jl. Sawerigading

#### b) Penanggung jawab

Nama : Nn. E  
Umur : 30 Tahun  
Alamat : Jl. Sawerigading  
Hubungan dengan pasien : Anak I

### b. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Sus. Hs + Sus. Bp

Saat pengkajian : Non Hemoragik Stroke (NHS)

### c. Keadaan Umum

#### a) Keadaan sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan: tampak pasien sesak napas, terpasang oksigen via NRM 10 liter, infus pump NaCl 0,9% 1500 cc, tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, terpasang NGT, kateter urin, dan terpasang monitor.

b) Tanda-tanda vital

1. Kesadaran (kualitatif) : Somnolen

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

(1) Respon motorik : 5

(2) Respon verbal 2

(3) Respon membuka mata : 2

---

Jumlah 9

Kesimpulan : Kesadaran menurun

2. Tekanan darah : 171/117 mmHg

MAP :

Kesimpulan :

3. Suhu : 36°C di  Oral  Axilla  Rectal

4. Pernapasan :

Irama :  Teratur  Bradipnea  Takipnea

Kusmaul

Jenis :  Dada  Perut

5. Nadi:

Irama :  Teratur  Bradikardi  Takikardi

Lemah  Kuat

c) Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : tidak dikaji

2. Tinggi badan : 160 cm

3. Berat badan : 60 kg

4. IMT ( Indeks Massa Tubuh) : 23,44 kg/m<sup>2</sup>

Kesimpulan : berat badan ideal

d. Pengkajian Pola Kesehatan

a) Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan Kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien selalu beranggapan bahwa kesehatan itu penting, karena bagi pasien dengan sehat segala sesuatu dapat terasa lebih lancar untuk dilalui. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah menderita penyakit hipertensi sejak ± 10 tahun dan rutin mengonsumsi obat antihipertensi amlodipine 10 mg.

2. Riwayat penyakit saat ini :

Keluhan utama : Kesadaran Menurun

Riwayat keluhan utama : Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 26 April 2023 pasien di bawah ke Rumah Sakit TK.II Pelamonia dengan keadaan tidak sadarkan diri. Keluarga pasien mengatakan satu hari sebelum masuk RS pasien sempat sesak nafas, lemas dan mengalami kelemahan pada badan sebelah kiri hingga sulit digerakan. Pada saat pengkajian tanggal 27 April 2023 tampak pasien tidak mampu mengangkat tangan kiri dan kaki kiri.

3 Riwayat penyakit yang pernah dialami : keluarga pasien mengatakan pasien pernah di rawat di RS Pelamonia dengan diagnosis Hipertensi

4. Riwayat kesehatan keluarga : keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi turunan dari bapaknya dan ibunya memiliki riwayat jantung.

Pemeriksaan fisik :

a) Kebersihan rambut : tampak rambut sedikit beruban dan tidak berbau

- b) Kulit kepala : tampak kulit kepala pasien tidak ada ketombe maupun lesi
- c) Kebersihan kulit : tampak kulit pasien lembab
- d) Higiene rongga mulut : tampak bibir kering, tampak tidak ada stomatitis, dan mulut pasien berbau
- e) Kebersihan genitalia : tampak genitalia bersih dan tidak ada lesi
- f) Kebersihan anus : tampak anus bersih dan tidak ada lesi

b) Pola nutrisi dan metabolik

1. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki pola makan yang teratur yakni 3x sehari dengan menu nasi, sayur, dan ikan/daging secukupnya, serta biasanya mengkonsumsi coto dan ikan bakar karena itu adalah makanan favorit pasien

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien dianjurkan untuk diet rendah garam dan lemak. Tampak pasien dipasangkan NGT sehingga pasien harus di sonde setiap harinya. Makanan yang disediakan oleh rumah sakit adalah bubur saring dan susu. Sehari pasien makan dan minum 3x dengan porsi 150cc bubur saring/ 8 jam dan susu 150cc/ 8 jam

3. Observasi :

Tampak pasien menggunakan NGT, tampak 150cc bubur saring

Pasien habis dan pasien diberikan minum 30cc air dalam 8 jam

4. Pemeriksaan fisik :

1) Keadaan rambut: tampak rambut sedikit beruban dan tidak berbau

2) Hidrasi kulit : *Finger print* kembali < 3 detik

3) Palpebra/conjungtiva: tampak palpebra tidak edema, conjungtiva tidak anemik

4) Sclera : tampak sclera tidak arterik

5) Hidung : tampak septum berada di tengah

6) Rongga mulut : tampak tidak ada stomatitis dan apthae

7) Gigi : tampak gigi pasien tidak lengkap gigi palsu: tidak ada

8) Kemampuan mengunyah keras : tampak pasien tidak mampu mengunyah keras

9) Lidah : tampak lidah bersih, tidak ada peradangan

10) Pharing : tidak dikaji terhalang oleh lidah

11) Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran

12) Kelenjar parotis : tidak ada peradangan

13) Abdomen :

- Inspeksi: tampak abdomen datar
- Auskultasi : peristaltik usus 10x/menit
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan, abdomen tidak ada massa/ benjolan, turgor kulit baik, saat palpasi tidak ada pembesaran lien, tidak ada nyeri lepas pada titik Mc burney
- Perkusi : terdengar suara tympani, tidak ada nyeri ketuk ginjal

14) Kulit :

Edema :  Positif       Negatif

Icteric :  Positif       Negatif

Tanda-tanda radang : tidak ada

15) Lesi : tidak ada

c) Pola eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan frekuensi BAB pasien 1-2 kali sehari, warna feses kuning dengan konsistensi padat.

Keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien BAK 4-6 kali dengan warna kuning jernih

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien terpasang pempres dan BAB setiap pagi dengan konsistensi lunak. Pasien juga terpasang *foley catheter size* 16 dengan jumlah urine 300cc/ 8 jam, berwarna kuning pekat.

3. Observasi :

Tampak pasien BAB dengan konsistensi lunak dan berwarna kecoklatan dan pasien terpasang *foley catheter size* 16 dengan jumlah urine 300 cc/ 8 jam

4. 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 :

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

d) Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dirumah biasanya sering menonton TV dan duduk bersama keluarga dan tetangga di toko kecilnya. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang melakukan olahraga

2) Keadaan sejak sakit :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur

## 3) Observasi :

## a) Aktivitas harian :

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

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

b) Postur tubuh : tidak di kaji karena pasien dalam kondisi kesadaran menurun

c) Gaya jalan: tidak di kaji karena pasien dalam kondisi tidak sadar

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomi : tidak ada

## 4) Pemeriksaan fisik

## a) Tekanan darah

Berbaring : 171/117 mmHg

Duduk : -

Berdiri : -

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik :  Positif  Negatif

b) HR : 102 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : tidak teraba keringan dingin

Basah : tampak kulit tidak basah

d) JVP: 5-2 cmH<sub>2</sub>O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi
    - Bentuk thorax : tampak simetris
    - Retraksi interkostal : tidak ada
    - Sianosis : tidak ada
    - Stridor : tidak ada
  - Palpasi
    - Vocal premitus : vibrasi premitus kanan lebih teraba
    - Krepitasi : tidak ada
  - Perkusi :
    - Sonor  Redup  Pekak
    - Lokasi : Dinding Dada
  - Auskultasi :
    - Suara napas : terdengar ronchi pada kedua lapang paru
    - Suara ucapan : pasien tidak mampu berbicara
- g) Jantung
- Inspeksi
    - Ictus cordis : tidak teraba
  - Palpasi :
    - Ictus cordis : 105x/ menit
  - Perkusi :
    - Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra
    - Batas bawah jantung : ICS 5 linea medioclaviculari sinistra
    - Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra
    - Batas kiri jantung : ICS 6 linea axiariis anterior sinistra
  - Auskultasi :
    - Bunyi jantung II A : tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra
    - Bunyi jantung II P : tunggal, ICS 2 dan 3 linea sternalis dextra

Bunyi jantung IT: tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IM: tunggal, ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : tidak ada

Murmur : tidak ada

Bruit : Aorta : tidak ada

A.Renalis : tidak ada

A. Femoralis : tidak ada

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot :  Positif  Negatif

- Rentang gerak

Kaku sendi : pasien mengalami penurunan

Kesadaran

Nyeri sendi : pasien mengalami penurunan

kesadaran

Fraktur : tampak tidak ada fraktur

Parese : tampak pada badan sebelah kiri

Paralisis : tidak ada

- Uji kekuatan otot

	Kiri	Kanan
Tangan	0	2
Kaki	0	1

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 : bicep (-), triceps (-)  
bicep kanan (+), tricep kanan (+)

- Refleks patologi :

Babinski, Kiri :  Positif  Negatif

Kanan :  Positif  Negatif

- Clubing jari-jari : tidak ada
- Varises tungkai : tidak ada

i. Columna vetebralis:

- Inspeksi : tampak tidak ada kelainan
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Kaku kuduk : tidak ada

e) Pola tidur dan istirahat

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien baik, dalam sehari pasien  $\pm$  7-8 jam, kadangkala tidur pada siang hari.

2. Keadaan sejak sakit :

Tampak pasien terbaring di tempat tidur

Ekspresi wajah mengantuk  Positif  Negatif

Banyak menguap  Positif  Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap :  Positif  Negatif

f) Pola persepsi kognitif

1. Keadaan sebelum sakit :

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

2. Keadaan sejak sakit :

Tampak pasien tidak mampu berbicara, kesadaran somnolen, GCS-9 (E2V2M5)

3. Pemeriksaan fisik :

1) Penglihatan

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

2) Pendengaran

- Pina : tampak simetris kiri dan kanan
- Kanalis : tampak bersih
- Membran timpani : tampak utuh

3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien tidak mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai kiri

g) Pola persepsi dan konsep diri

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien tidak mampu berbicara, tampak pasien lemah

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien tidak mampu berbicara, tampak pasien lemah

3. Observasi :

1) Kontak mata : Tidak ada kontak mata

2) Rentang perhatian : pasien mengalami penurunan kesadaran

3) Suara dan cara bicara : pasien mengalami penurunan kesadaran

4) Postur tubuh : tidak tampak kelainan

4. Pemeriksaan fisik :

- 1) Kelainan bawaan yang nyata : tidak
- 2) Bentuk/postur tubuh : pasien mengalami penurunan kesadaran
- 3) Kulit : tidak tampak kelainan

h) Pola peran dan hubungan sesama

1. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga baik

2. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga baik

3. Observasi

Tampak pasien dijenguk oleh keluarga

i) Pola reproduksi dan seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah

2. keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah

3. Observasi :

Tidak tampak adanya perilaku menyimpang

4. Pemeriksaan fisik :

Tidak tampak kelainan pada genitalia

j) Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stress

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan jika ada masalah akan mencoba mengatasi dengan kepala dingin dan tenang agar tidak salah dalam mengambil keputusan

2. Keadaan sejak sakit :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur

3. Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit :

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

2. Keadaan sejak sakit :

Tampak keluarga pasien membacakan doa untuk pasien

**B. Uji Saraf Kranial**

1. N I: Tidak dapat di kaji pasien mengalami penurunan kesadaran
2. N II : Tidak dapat di kaji pasien mengalami penurunan kesadaran
3. N III, IV, VI : Tampak pupil isokor dan refleks terhadap cahaya positif
4. N V :
  - Sensorik : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
  - Motorik : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
5. N VII
  - Sensorik : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
  - Motorik : Tampak pasien mengerutkan dahi saat diberi rangsangan nyeri
6. N VIII :
  - Vestibularis : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
  - Akustikus : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
7. N IX : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
8. N X : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
9. N XI : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
10. N XII : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

### C. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan CT- SCAN/ 27-04-2023

Kesan: *Chonic Infract di thalamus dextra, Brain atrofi, Retensioncyst sinus maksilaris dextra*

2) Pemeriksaan Foto Thorax/ 27-04-2023

Kesan : Pneumonia dan Cardiomegaly

3) Pemeriksaan EKG/ 25-04-2023

Hasil : Sinus Takikardi

4) Pemeriksaan Laboratorium/ 25-04-2023

#### 3.1 Pemeriksaan Hematologi

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>		
WBC	15.34	4.4 – 11.3
RBC	4.68	3.8 – 5.2
HGB	14.7	11.7 – 15.5
HCT	43.1	35 – 47
MCV	92.1	84.0 – 97.0
MCH PLT	31.4	28 -34
RDW-SD	189	150 – 450
RDW-CV	49.8	37.0 – 54.0
PDW	15.6	11.0 – 16.0
MPV	12.1	11.5 – 14.5
P-LCR	10.9	9.0 – 13.0
PCT	31.8	13.0 – 43.0
NRBC#	0.21	0.17 – 0.35
NEUT#	0.13	0.00 – 24.00
LYMPH#	14.13	1.5 – 7.0
MONO#	0.44	1.00 – 3.70
EO#	0.76	0.00 – 0.70
BASO#	0.00	0.00 – 0.41
	0.01	0.00 – 0.10

IG#	0.13	0 – 7
NRBC%	0.80	0.0 – 24.00
NEUT%	92.0	50 – 70
LYMPH%	2.9	25.0 – 40.0
MONO%	5.00	2 – 8
EO%	0.0	2 – 4
BASO%	0.1	0.0 – 1.0
IG%	0.8	0.0 – 0.5
LED	40	0.0 - 10

### 3.2 Pemeriksaan Darah Kimia

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
<b>KIMIA</b>		
SGOT	605	0 – 37
SGPT	561	0 – 42
Ureum	196	10 – 50
Kreatinin	2.80	0.6 – 12
Glukosa sewaktu	131	< 200
<b>ELEKTROLIT</b>		
	142.0	136 – 145
Na	3.27	3.5 – 5.1
K	115.2	98 - 106
Cl		

### Analisa Data

Nama/ Umur : Tn. K/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : ICU

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki Riwayat hipertensi 10 tahun yang lalu.</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat kesadaran GCS (E2V2M5) : somnolen</li> <li>- Reaksi pupil isokor (4 mm)</li> <li>- Refleks fisiologis bisep, triceps, patella, achilles pada ekstremitas kiri : negative</li> <li>- Refleks patologis pada ekstremitas kiri: negatif</li> <li>- Hasil CT-Scan Chronic infarct di thalamus dextra, brain atrofi, retensioncyst sinus maxilaris dextra</li> </ul>	Hipertensi	Risiko Perfusi serebral tidak efektif
<p>Data Subjektif : -</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak Pasien sesak</li> <li>- Hasil TTV R: 31x/m HR: 102x/m</li> </ul>	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif

<p>SPO2: 99%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teraba vocal premitus dada kanan lebih tinggi dari dada kiri</li> <li>- Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru.</li> <li>- Tampak pasien tidak mampu mengeluarkan sputum</li> <li>- Tampak pasien terpasang NRM 10 LPM</li> <li>- Hasil foto thorax Pneumonia</li> </ul>		
<p>Data Subjektif : - Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdengar irama jantung irregular dan tampak takikardi</li> <li>- Hasil TTV TD : 171/117 mmHg N : 102x/menit S : 36 °C P : 31x/menit SPO2 : 99%</li> <li>- Tampak pasien sesak</li> <li>- Hasil pemeriksaan laboratorium: Natrium 142 mmol/L Clorida 115,2 mmol/L</li> <li>- Hasil EKG Sinus Takikardi</li> <li>- Hasil Foto thorax</li> </ul>	<p>Perubahan irama jantung</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>

Cardiomegali											
<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu mengerjakan ekstremitas kiri</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</li> <li>- Uji kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td>Kiri</td> <td>kanan</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">0</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black;">0</td> <td>1</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak semua aktifitas pasien di bantu oleh pasien dan keluarga</li> </ul>		Kiri	kanan	Tangan	0	2	Kaki	0	1	Gangguan Neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
	Kiri	kanan									
Tangan	0	2									
Kaki	0	1									

### Diagnosis Keperawatan

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi
2. Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas
3. Penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung
4. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler



### Rencana Keperawatan

Nama/Umur : Tn. K/ 67 tahun

Ruangan : ICU

DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	LUARAN YANG DIHARAPKAN (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)
<p>1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko Hipertensi</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki Riwayat hipertensi 10 tahun yang lalu.</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat kesadaran GCS (E2V2M5) : somnolen</li> <li>- Reaksi pupil isokor (4 mm)</li> <li>- Refleks fisiologis bisep, triceps, patella, achiles pada ekstremitas kiri : negative</li> <li>- Refleks patologis pada ekstremitas kiri: negative</li> <li>- Hasil CT-Scan Chronic infarct di thalamus</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mengalami peningkatan tekanan intrakranial</li> <li>2. Pertahankan nilai tekanan darah dalam batas normal</li> </ol> <p>Status neurologis :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nasi dalam batas normal</li> <li>2. Pola napas dalam batas normal</li> </ol>	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>4. Monitor status pernapasan</li> <li>5. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi fowler (<i>head-up 30°</i>)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan kepada keluarga tujuan pengaturan posisi <i>head-up 30°</i> pada</li> </ol>

<p>kanan, brain atrofi</p>		<p>pasien</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p>Pemberian Obat</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan alergi, interasi, dan kontraindikasi obat</li> <li>2. Periksa tanggal kadaluwarsa obat</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan prinsip enam benar</li> <li>2. Pastikan ketepatan dan kepatenan kateter IV</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</li> </ol>
<p>2. Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas</p> <p>Data Subjektif : - Data Objektif :</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produksi sputum berkurang</li> <li>2. Dispnea berkurang</li> </ol>	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor bunyi napas tambahan</li> <li>2. Monitor pola napas</li> </ol> <p>Terapeutik</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak Pasien sesak</li> <li>- Hasil TTV R: 31x/m HR: 102x/m SPO2: 99%</li> <li>- Teraba vocal premitus dada kanan lebih tinggi dari dada kiri</li> <li>- Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru.</li> <li>- Tampak pasien tidak mampu mengeluarkan sputum</li> <li>- Tampak pasien terpasang NRM 10 LPM</li> <li>- Hasil foto thorax Pneumonia</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Frekuensi napas dalam batas normal</li> <li>4. Tidak terdengar suara napas tambahan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan semi fowler</li> <li>2. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik</li> <li>3. Berikan oksigen</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i></li> </ol>
<p>3. Penurunan curah jantung b/d perubahan irama jantung</p> <p>Data Subjektif : - Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdengar irama jantung irregular dan tampak takikardi</li> <li>- Hasil TTV</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteri hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Takikardi menurun</li> <li>2. Dispnea cukup menurun</li> <li>3. Tekanan darah cukup membaik</li> </ol>	<p>Perawatan jantung Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, peningkatan CVP)</li> <li>2. Monitor tekanan darah</li> <li>3. Monitor saturasi oksigen</li> <li>4. Monitor EKG</li> </ol>

<p>TD : 171/117 mmHg  N : 102x/menit  S : 36 °C  P : 31x/menit  SPO2 : 99%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien sesak</li> <li>- Hasil pemeriksaan laboratorium:  Natrium 142 mmol/L  Clorida 115,2 mmol/L</li> <li>- Hasil EKG Sinus Takikardi</li> <li>- Hasil Foto thorax  Cardiomegali</li> </ul>		<p>5. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien semi fowler</li> <li>2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt; 94%</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian obat vasodilator : Amlodipine 10 mg/ oral</li> </ol>
<p>4. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu mengerjakan ekstremitas kiri</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</li> <li>- Uji kekuatan otot</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kekuatan otot</li> <li>2. Tidak terjadi kaku sendi</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) cukup meningkat</li> </ol>	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas melakukan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ol>

<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Kiri</th> <th style="text-align: center;">kanan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tampak semua aktifitas pasien di bantu oleh pasien dan keluarga</p>		Kiri	kanan	Tangan	0	2	Kaki	0	1		<p>Perawatan tirah baring</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor komplikasi tirah baring</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Latihan gerak aktif atau pasif</li> <li>2. Pertahankan kebersihan pasien</li> <li>3. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tirah baring</li> </ol>
	Kiri	kanan									
Tangan	0	2									
Kaki	0	1									

### Implementasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. K/ 67 Tahun

Ruangan : ICU

Hari /Tanggal	Jam	DP	Implementasi	Perawat
Jumat, 28 April 2023	07:30	II,III	- Pemberian oksigen Hasil : Tampak pasien terpasang <i>Non-Reabrething Mask</i> (NRM) 10 Liter	Margaret
	08:00	I,III	- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK Hasil : Mengukur tanda – tanda vital :  TD : 150/100 MmHg  N : 81x/menit  RR : 46x/menit  S : 36,5°C  MAP : 117  - Refleks pupil tampak pupil isokor - Menilai tingkat kesadaran : GCS : E2V2M5 (somnia)	Margaret
	08:05	II	- Menilai status pernapasan Hasil : Memasang SPO2 : 99%	Margaret
	08:08	II	- Auskultasi bunyi napas Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)	Margaret
	08:30	IV	- Memfasilitasi kebutuhan sehari-hari Hasil : Pasien di berikan mring kiri dan kanan  - Memberikan posisi <i>head-up</i> 30°	Margaret



	08: 45	I,II	- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30° Hasil : Tampak pasien di berikan posisi 30° dengan cara meninggikan bagian kepala padatempat tidur pasien	Maria carolyn
	08:50	II	- Lakukan Penghisapan lendir Hasil : Tampak lendir pasien berwarna kekuningan	Maria carolyn
	09:00	III	- Memonitor EKG Hasil : Sinus Takikardia	Maria carolyn
	11:00	I	- Pemberian obat : Citicolin 500 mg  Mecobalamin 500 mg  Omeperazole 40 mg  Levonox 0,2 mg  Meropenem 2 gr  Sistenol Tab 25 mg	Maria carolyn
	11:10	II	- Kolaborasi pemberian bronkodilator via nebulizer Hasil : Combivent + Pulmicort	Maria carolyn
	11: 15	IV	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan cara membatasi kunjungan	Maria carolyn

11:20	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uji kekuatan otot</li> </ul> <p>Hasil :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kiri</th> <th>Kanan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table>		Kiri	Kanan	Tangan	0	2	Kaki	0	1	Maria carolyn
	Kiri	Kanan										
Tangan	0	2										
Kaki	0	1										
11:30	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi</li> </ul> <p>Hasil : Keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien</p>	Margaret									
11: 40	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> </ul> <p>Hasil : Pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri</p>	Maria carolyn									
11 : 05	II,III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan asupan nutrisi</li> </ul> <p>Hasil : Via NGT susu 150 cc</p>	Margaret									
13:00	I,III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan asupan nutrisi</li> </ul> <p>Hasil : Via NGT bubur saring 150 cc</p>	Maria carolyn									
14:00		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor intake dan output</li> </ul> <p>Hasil :</p> <p>Intake :</p> <p>Obat – obatan dan cairan RL : 526</p> <p>Makanan : 300</p> <p>Total : 826</p> <p>Output :</p> <p>Urin : 250cc</p>	Maria carolyn									

	14: 05	II	<p>Balance Cairan = +576</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian oksigen</li> </ul> <p>Hasil : Tampak pasien terpasang <i>Non-Reabrething Mask</i> (NRM) 10 Liter</p>	Margaretha
	14:10	I,III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK</li> </ul> <p>Hasil : Mengukur tanda – tanda vital :</p> <p>TD : 130/105 MmHg</p> <p>N : 124x/menit</p> <p>RR : 30x/menit</p> <p>S : 36°C</p> <p>MAP : 113</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refleks pupil tampak pupil isokor</li> <li>- Menilai tingkat kesadaran : GCS : E2V2M5 (somnia)</li> </ul>	Margaretha
	14:15	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai status pernapasan</li> </ul> <p>Hasil : Memasang SPO2 : 99%</p>	Margaretha
	14:20	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auskultasi bunyi napas</li> </ul> <p>Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)</p>	Margaretha
	15:00	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memfasilitasi kebutuhan sehari-hari</li> </ul> <p>Hasil : Pasien di berikan mring kiri dan kanan</p>	Margaretha
	15:30	I,II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30°</li> </ul> <p>Hasil : Tampak pasien di berikan posisi 30° dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien</p>	Margaretha

19:00		- Pemberian obat (Via NGT) : Sistenol 25 mg Amlodipine 10 mg KSR 600 mg Candesartan 16 ml	Margaretha
19 : 05		- Pemberian obat : Levonox 0,2 mg (IM) Citicolin 500 mg	Margaretha
19 : 10	III	- Kolaborasi pemberian bronkodilator via nebulizer Hasil : Combivent + Pulmicort	Margaretha
19 : 35	IV	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan cara membatasi kunjungan	Margaretha
19: 45	IV	- Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi Hasil : Keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien	Margaretha
19: 55	III	- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri	Margaretha
20:00		- Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT susu 150 cc	Margaretha
20:10		- Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT bubur saring 150 cc	Margretha
21:00	I,III	- Memonitor intake dan output	

			<p>Hasil :</p> <p>Intake :</p> <p>Obat – obatan dan cairan RL : 504</p> <p>Makanan : 300</p> <p>Total : 804</p> <p>Output :</p> <p>Urin : 200 cc</p> <p>Balance Cairan = +604</p>	Margaretha
	21:10	II	<p>- Pemberian oksigen</p> <p>Hasil : Tampak pasien terpasang <i>Non-Reabrething Mask</i> (NRM) 10 Liter</p>	Lindri
	21:20	I,II	<p>- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil :</p> <p>Mengukur tanda – tanda vital :</p> <p>TD : 130/105 MmHg</p> <p>N : 100x/menit</p> <p>RR : 25x/menit</p> <p>S : 36°C</p> <p>MAP : 113</p> <p>- Refleks pupil tampak pupil isokor</p> <p>- Menilai tingkat kesadaran : GCS : E2V2M5 (somnia)</p>	Lindri
	21:35	II	<p>- Menilai status pernapasan</p> <p>Hasil : Memasang SPO2 : 99%</p>	Lindri
	21:45	II	<p>- Auskultasi bunyi napas</p> <p>Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)</p>	Lindri
	22:15	II,III	<p>- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30°</p>	

			Hasil : Tampak pasien di berikan posisi 30° dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien	Lindri
	05:00	II	- Kolaborasi pemberian bronkodilator via nebulizer Hasil : Combivent + Pulmicort	Lindri
	06:00	I,III	- Pemberian obat : Mecobalamin 500 mg	Lindri
	06:15	IV	- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri	Lindri
	06:45	I,III	- Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT susu 150 cc	Lindri
	07:00		- Memonitor intake dan output Hasil : Intake : Obat – obatan dan cairan RL : 502 Makanan : 150 Total : 652 Output : Urin : 200 cc Belande Cairan = + 452	Lindri
Sabtu, 29 April 2023	07:15	II,III	- Pemberian oksigen Hasil : Tampak pasien terpasang	Margalena Desti

			<i>Non-Reabrething Mask (NRM) 10 Liter</i>	
	08:00	I,III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK</li> <li>Hasil :</li> <li>Mengukur tanda – tanda vital :</li> <li>TD : 112/174 MmHg</li> <li>N : 81x/menit</li> <li>RR : 24x/menit</li> <li>S : 36,3°C</li> <li>MAP : 87</li> <li>- Refleks pupil tampak pupil isokor</li> <li>- Menilai tingkat kesadaran : GCS : E3V2M5 (delirium)</li> </ul>	Margalena Desti
	08:05	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai status pernapasan</li> <li>Hasil : Memasang SPO2 : 98%</li> </ul>	Margalena Desti
	08:08	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auskultasi bunyi napas</li> <li>Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)</li> </ul>	Margalena Desti
	08:30	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memfasilitasi kebutuhan sehari-hari</li> <li>Hasil : Pasien di berikan mring kiri dan kanan</li> </ul>	Margalena Desti
	08:45	I,II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30°</li> <li>Hasil : Tampak pasien di berikan posisi 30° dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien</li> </ul>	Magdalena Desti
	08:50	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan Penghisapan lendir</li> </ul>	Margalena Desti

			Hasil : Tampak lendir pasien berwarna kekuningan										
	09:00	III	- Memonitor EKG Hasil : Sinus Takikardia	Margalena Desti									
	11:00	I	- Pemberian obat :  Citicolin 500 mg  Mecobalamin 500 mg  Omeperazole 40 mg  Meropenem 2 gr  Sistenol Tab 25 mg  Levonox 0,2 mg	Margalena Desti									
	11:10	II	- Kolaborasi pemberian bronkodilator via nebulizer Hasil : Combivent + Pulmicort	Margalena Desti									
	11:15	IV	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan cara membatasi kunjungan	Margalena Desti									
	11:20	IV	- Uji kekuatan otot Hasil :  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Kiri</th> <th style="padding: 5px;">Kanan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">0</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">0</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> </tr> </tbody> </table>		Kiri	Kanan	Tangan	0	2	Kaki	0	1	Margalena Desti
	Kiri	Kanan											
Tangan	0	2											
Kaki	0	1											

	11:30	IV	- Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi Hasil : Keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien	Margalena Desti
	11:40	IV	- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri	Margalena Desti
	11:05	II,III	- Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT susu 150 cc	Margalena Desti
	13:00	I,III	Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT bubur saring 150 cc	Margalena Desti
	14:00	I,III	- Memonitor intake dan output Hasil : Intake : Obat – obatan dan cairan NaCl : 526 Makanan : 300 Total : 826 Output : Urin : 180 cc Balance Cairan = + 646	Margalena Desti
	14:05	II,III	- Pemberian oksigen Hasil : Tampak pasien terpasang <i>Non-Reabrething Mask (NRM)</i> 10 Liter	Margareta Sintia
	14:10	I,III	- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK	Margareta Sintia

			<p>Hasil :</p> <p>Mengukur tanda – tanda vital :</p> <p>TD : 125/90 MmHg</p> <p>N : 85x/menit</p> <p>RR : 24x/menit</p> <p>S : 36°C</p> <p>MAP : 102</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refleks pupil tampak pupil isokor</li> <li>- Menilai tingkat kesadaran : GCS : E3V2M5 (Delirium)</li> </ul>	
	14:15	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai status pernapasan Hasil : Memasang SPO2 : 99%</li> </ul>	Margareta Sintia
	14:20	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auskultasi bunyi napas Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)</li> </ul>	Margareta Sintia
	15:00	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memfasilitasi kebutuhan sehari-hari Hasil : Pasien di berikan mring kiri dan kanan</li> </ul>	Margareta Sintia
	15:30	I,II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30° Hasil : Tampak pasien di berikan posisi 30° dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien</li> </ul>	Margareta Sintia
	19:00	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian obat (Via NGT) : Curcuma 1 tab KSR 600 mg Ketosteril 1 tab</li> </ul>	Margareta Sintia
	19:05	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian obat :</li> </ul>	Margareta

			Citicolin 500 mg Levonox 0,2 mg	Sintia
	19:10	II	- Kolaborasi pemberian bronkodilator via nebulizer Hasil : Combivent + Pulmicort	Margareta Sintia
	19:35	IV	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan cara membatasi kunjungan	Margareta Sintia
	19:45	III	- Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi Hasil : Keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien	Margareta Sintia
	19:55	III	- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri	Margareta Sintia
	20:00	I,III	- Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT susu 150 cc	Margareta Sintia
	20:10	I,III	- Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT bubur saring 150 cc	Margareta Sintia
	21:00	II,III	- Memonitor intake dan output Hasil : Intake : Obat – obatan dan cairan RL : 504 Makanan : 300 Total : 804 Output : Urin : 450 cc	Margareta Sintia

			Balance Cairan = +354	
	21:10	I,III	- Pemberian oksigen Hasil : Tampak pasien terpasang <i>Non-Reabrething Mask</i> (NRM) 10 Liter	Maria carolyn
	21:20	I,III	- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK Hasil : Mengukur tanda – tanda vital :  TD : 115/80 MmHg  N : 85x/menit  RR : 24x/menit  S : 36°C  MAP : 92  - Refleks pupil tampak pupil isokor - Menilai tingkat kesadaran : GCS : E3V4M5 (Delirium)	Margaret
	21:35	II	- Menilai status pernapasan Hasil : Memasang SPO2 : 99%	Maria carolyn
	21:45	II	- Auskultasi bunyi napas Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)	Margaret
	22:15	I,II	- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30° Hasil : Tampak pasien di berikan posisi 30° dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien	Maria Carolyn
	05:00	I	- Pemberian obat (Via NGT)	Margaret

			KSR 600 mg Ketosteril 1 tab Curcuma 1 tab	
	06:00	I	➤ Pemberian obat : Citicolin 500 mg	Maria carolyn
	06:15	II	➤ Kolaborasi pemberian bronkodilator via nebulizer Hasil : Combivent + Pulmicort	Margaret
	06:30	III	➤ Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri	Maria carolyn
	06:45	I,III	➤ Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT bubur saring 150 cc	Margaret
	07:00	I,III	➤ Memonitor intake dan output Hasil : Intake : Obat – obatan dan cairan RL : 504 Makanan : 150 Total : 654 Output : Urin : 500 cc Balance Cairan = + 154	Maria carolyn

Minggu 30 April 2023	07:15	II,III	- Pemberian oksigen Hasil : Tampak pasien terpasang <i>Non-Reabrething Mask</i> (NRM) 10 Liter	Lusi
	08:00	I,III	- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK Hasil : Mengukur tanda – tanda vital :  TD : 120/80 MmHg  N : 87x/menit  RR : 24x/menit  S : 36,5°C  MAP : 94  - Refleks pupil tampak pupil isokor - Menilai tingkat kesadaran : GCS : E3V2M5 (Delirium)	Lusi
	08:05	II	- Menilai status pernapasan Hasil : Memasang SPO2 : 99%	Lusi
	08:08	II	- Auskultasi bunyi napas  Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)	Lusi
	08:30	IV	- Memfasilitasi kebutuhan sehari- hari Hasil : Pasien di berikan mring kiri dan kanan	Lusi
	08:45	I,II	- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30° Hasil : Tampak pasien di berikan posisi 30° dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien	Lusi

	08:50	II	- Lakukan Penghisapan lendir Hasil : Tampak lendir pasien berwarna kekuningan	Lusi						
	09:00	III	- Memonitor EKG Hasil : Sinus Takikardia	Lusi						
	11:00	I	- Pemberian obat : Citicolin 500 mg Mecobalamin 500 mg Omeperazole 40 mg Meropenem 2 gr Levonox 0,2 mg	Lusi						
	11:00	II	- Kolaborasi pemberian bronkodilator via nebulizer Hasil : Combivent + Pulmicort	Lusi						
	11:15	I	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan cara membatasi kunjungan	Lusi						
	11:20	IV	- Uji kekuatan otot Hasil : Kiri Kanan  Kaki <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">0</td><td style="padding: 0 10px;">2</td></tr><tr><td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td></tr><tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">Kanan 0</td><td style="padding: 0 10px;">2</td></tr></table>	0	2			Kanan 0	2	Lusi
0	2									
Kanan 0	2									
	11:30	IV	- Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi Hasil : Keluarga pasien	Lusi						

			mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien	
	11:40	III	- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri	Lusi
	11:05	I,III	- Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT susu 150cc	Lusi
	13:00	I,III	- Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT bubur saring 150 cc	Lusi
	14:00	I,III	- Memonitor intake dan output Hasil : Intake : Obat – obatan dan cairan NaCl : 526 Makanan : 300 Total : 826 Output : Urin : 450 cc Balance Cairan = +376	Lusi
	14:05	II	- Pemberian oksigen Hasil : Tampak pasien terpasang <i>Non-Reabrething Mask</i> (NRM) 10 Liter	Margalena Desti
	14:10	I,III	- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK	Margalena Desti

			<p>Hasil :</p> <p>Mengukur tanda – tanda vital :</p> <p>TD : 110/80 MmHg</p> <p>N : 85x/menit</p> <p>RR : 23x/menit</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>MAP : 90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refleks pupil tampak pupil isokor</li> <li>- Menilai tingkat kesadaran : GCS : E3V2M5 (Delirium)</li> </ul>	
	14:15	I,III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai status pernapasan</li> </ul> <p>Hasil : Memasang SPO2 : 99%</p>	Margalena Desti
	14:20	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auskultasi bunyi napas</li> </ul> <p>Hasil : Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)</p>	Margalena Desti
	15:00	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memfasilitasi kebutuhan sehari-hari</li> </ul> <p>Hasil : Pasien di berikan mring kiri dan kanan</p>	Margalena Desti
	15:30	I,II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30°</li> </ul> <p>Hasil : Tampak pasien di berikan posisi 30° dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien</p>	Margalena Desti
	19:00	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian obat (Via NGT) :</li> </ul> <p>KSR 600 mg Ketosteril 1 tab Curcuma 1 tab</p>	Margalena Desti
	19:05	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian obat:</li> </ul> <p>Citicolin 500 mg</p>	Margalena

				Desti
	19:10	I	- Kolaborasi pemberian bronkodilator via nebulizer Hasil : Combivent + Pulmicort	Margalena Desti
	19:35	II	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan cara membatasi kunjungan	Margalena Desti
	19:45	IV	- Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi Hasil : Keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien	Margalena Desti
	19:55	IV	- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri	Margalena Desti
	20:00	I,III	- Memberikan asupan nutrisi Hasil : Via NGT bubur saring 150 cc	Margalena Desti
	21:00	I,III	- Memonitor intake dan output Hasil : Intake : Obat – obatan dan cairan NaCl : 504 Makanan : 150 Total : 654 Output : Urin : 250 cc Balance Cairan = +404	Margalena Desti

### Evaluasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. K/ 67 Tahun

Ruangan : ICU

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Perawat
Jumat, 29 April 2023	<p>DP 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d Hipertensi</p> <p>S: -</p> <p>O: Hasil TTV            TD : 130/90 MmHg            N : 86x/menit            S : 36<sup>o</sup>c            RR : 25x/menit            - GCS : E2 V2 M5 (Somnolen)</p> <p>A: Masalah belum teratasi            P: Lanjutkan Intervensi :            - Manajemen peningkatan TIK            - Pemberian Obat</p>	Maria carolyn
	<p>DP 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan</p> <p>S : -</p> <p>O :            - Terdengar bunyi napas ronchi            - RR : 25x/menit            - SpO2 : 99 %</p> <p>A: Masalah belum teratasi            P : Lanjutkan Intervensi            - Manajemen jalan nafas</p>	Margaret
	<p>DP 3 : Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung</p> <p>S : -</p> <p>O : Terdengar irama jantung irregular dan tampak takikardi</p> <p>TTV            TD : 130/90 MmHg            N : 86x/menit            RR: 25x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>	Maria carolyn



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 24x/menit</li> <li>- SpO2 : 99 %</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen jalan nafas</li> </ul> <p>DP 3 : Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung</p> <p>S : -</p> <p>O : Terdengar irama jantung irregular dan tampak takikardi</p> <p>TTV</p> <p>TD : 120/80 MmHg</p> <p>N : 86x/menit</p> <p>RR: 24x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawatan Jantung</li> </ul> <p>DP 4 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan ekstermitas kirinya.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uji kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Kiri</th> <th style="text-align: center;">Kanan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Tangan</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Kaki</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan mobilitas</li> </ul>		Kiri	Kanan	Tangan	0	2	Kaki	0	1	<p>Margaret</p> <p>Maria carolyn</p>
	Kiri	Kanan									
Tangan	0	2									
Kaki	0	1									
Minggu 30	DP 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d	Maria									

April 2023	<p>Hipertensi S: - O: Hasil TTV TD : 117/80 MmHg N : 85x/menit S : 36,4°c RR : 23x/menit - GCS : E3 V2 M5 (Delirium)</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi : - Manajemen peningkatan TIK - Pemberian Obat</p> <p>DP 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan</p> <p>S : - O : - Terdengar bunyi napas ronchi berkurang - Tampak lendir bening dan encer - RR : 23x/menit - Tampak terpasang NRM 10L - SpO2 : 99 %</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi - Manajemen jalan nafas</p> <p>DP 3 : Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung</p> <p>S : - O : Terdengar irama jantung irregular dan tampak takikardi TTV TD : 117/80 MmHg N : 85x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Perawatan Jantung</p>	<p>carolyn</p> <p>Margaret</p> <p>Maria carolyn</p>
------------	--	---

	<p>DP 4 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan ekstermitas kirinya.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uji kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;"></th> <th style="padding: 5px;">Kiri</th> <th style="padding: 5px;">Kanan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Tangan</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">0</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Kaki</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">0</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan mobilitas</li> </ul>		Kiri	Kanan	Tangan	0	2	Kaki	0	2	Margaret
	Kiri	Kanan									
Tangan	0	2									
Kaki	0	2									

## Daftar Obat

### 1. Citicoline

- Nama obat : Citicoline
- Klasifikasi/ golongan obat : vitamin saraf/ obat keras
- Dosis umum
  - 1) Obat minum (tablet dan kaplet), 500 mg, 1-2 kali sehari, Dosis 1000 mg 1 kali sehari.
  - 2) Suntik atau infus, dosis 500- 1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari, di suntikan selama 3-5 menit atau diberikan dengan kecepatan infus 40-60 tetes per menit.
- Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg/ 8 jam
- Cara pemberian obat : IV
- Mekanisme kerja dan fungsi obat: Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama *phosphatidycholine*. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak. Citicoline juga digunakan sebagai terapi tambahan dalam mengobati penyakit Parkinson, penyakit alzheimer, gangguan bipola, mata malas, dan gangguan otak lainnya
- Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: karena hasil ct-scan terdapat chronic infarct dan GCS 9 (somnia)
- Kontra indikasi : hipersensitif pada kandungan obat dan sedang hamil atau menyusui
- Efek samping: insomnia, kegelisahan, konstipasi, diare, mual dan muntah, sakit perut, penglihatan kabur, nyeri dada, denyut jantung lambat atau cepat, hipotensi

### 2. Candesartan

- Nama obat : Candesartan Cilexetil
- Klasifikasi/ golongan obat : antagonis angiotensi II

- Dosis umum : 16 mg
- Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 16 mg/ 24 jam
- Cara pemberian : via NGT
- Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat ini bekerja dengan cara menghambat peningkatan angiotensin II ke reseptor AT1 pada jaringan tubuh, hal ini mengakibatkan pelebaran pembuluh darah sehingga aliran darah menjadi lancar dan tekanan darah akan menurun.
- Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien memiliki riwayat hipertensi
- Kontra indikasi: pasien yang mempunyai riwayat hipersensitivitas terhadap obat tersebut, pasien hamil/menyusui, anak berusia kurang dari 1 tahun, dan pasien diabetes mellitus yang uga menerima aliskiren
- Efek samping: hipotensi, pusing, penurunan fungsi ginjal, hiperkalemia, dan reaksi alergi seperti ruam kulit, urtikaria dan pruritus.

### 3. Amlodipine

- Nama obat : Amlodipine Besilate
- Klasifikasi/ golongan obat : *calcium-channel blockers* (CCBs) atau antagonis kalsium.
- Dosis umum
  - 1) Dewasa : dosis 5 mg 1 x sehari, dosis dapat ditingkatkan berdasarkan kondisi dan respon pasien terhadap pengobatan setelah 1-2 minggu. Dosis maksimal 10 mg 1 x sehari.
  - 2) Anak-anak usia 6-17 tahun : dosis awal 2,5 mg, 1 x sehari. Jika perlu, dosis dapat ditingkatkan menjadi 5 mg, 1 x sehari, setelah 4 minggu. Peningkatan dosis

ditentukan berdasarkan kondisi dan respon pasien terhadap pengobatan.

3) Lansia : dosis awal 2,5 mg, 1 x sehari

- Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg/ 24 jam
- Cara pemberian : via NGT
- Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat ini bekerja dengan cara melepaskan otot pembuluh darah, dengan begitu pembuluh darah akan melebar, darah dapat mengalir dengan lebih lancar, dan tekanan darah dapat menurun
- Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien memiliki tekanan darah tinggi
- Kontra indikasi: penggunaan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini, tidak digunakan pada pasien dengan syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipotensi berat, gagal jantung dan gangguan hepar.
- Efek samping: Lelah, sakit perut, mual, kulit wajah atau leher memerah (*hot flashes*)

#### 4. KSR

- Nama obat: KSR
- Klasifikasi/ golongan obat : obat hipokalemia
- Dosis umum : 600 mg, 1-2 tablet diminum 2-3 x sehari
- Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 600 mg/ 12 jam
- Cara pemberian : via NGT
- Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat ini bekerja untuk membantu mengobati dan mencegah hipokalemia (menurunnya kadar kalium di dalam darah), obat ini juga bertindak sebagai pengganti ion-ion kalium elektrolit, selain itu juga dapat digunakan sebagai sumber kation, kation

utama dari cairan intraseluler penting untuk pemeliharaan asam-basa dan keseimbangan cairan dan elektrolit sel.

- Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: karena hasil laboratorium khususnya pada elektrolit menunjukkan K: 3.27
- Kontra indikasi: pada pasien dengan penyakit gagal ginjal lanjut, hiperkalemia, penyakit Addison yang tidak diobati, dehidrasi akut
- Efek samping : mual, muntuh, perut kembung, sakit perut, diare, perdarahan gastrointestinal.

#### 5. Mecobalamin

- Nama obat : Mecobalamin atau Methylcobalamin
  - Klasifikasi/ golongan obat : obat generik
  - Dosis umum :
    - 1) Obat minum (kapsul) : 500 mg 1 kapsul, 3 x sehari, dosis dapat disesuaikan dengan usia pasien dan tingkat keparahan gejala
    - 2) Suntikan : 500 mg, 3 x seminggu
  - Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg/ 12 jam
  - Cara pemberian : IV
  - Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat ini bekerja untuk mengatasi kekurangan vitamin B12. Kekurangan atau defisiensi vitamin B12 bisa menyebabkan neuropati perifer, anemia megaloblastic, atau glossitis.
- j. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: : karena hasil ct-scan terdapat chronic infarct dan GCS 9 (somnia)
- g. Kontra indikasi: hipersensitivitas terhadap obat ini ataupun vitamin B12

- h. Efek samping: mual, muntah, diare, sakit kepala, sensasi panas, ruam, sesak napas/ bernapas cepat, anoreksia

#### 6. Lovenox

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

#### 7. Omeprazole

- Nama obat : Omeprazole
- Klasifikasi/ golongan obat : proton pump inhibitor
- Dosis umum :

- Dewasa: 20–40 mg, 1 kali sehari selama 4–8 minggu. Dosis pemeliharaan 10 mg, 1 kali sehari. Jika perlu, dosis pemeliharaan dapat ditingkatkan.
- Anak usia  $\geq 1$  tahun dengan berat badan 10–20 kg: 10 mg, 1 kali sehari selama 4–8 minggu. Jika diperlukan dosis dapat ditingkatkan menjadi 20 mg, 1 kali sehari.
- Anak usia  $\geq 2$  tahun dengan berat badan  $>20$  kg: 20 mg, 1 kali sehari selama 4–8 minggu. Jika diperlukan dosis dapat ditingkatkan menjadi 40 mg, 1 kali sehari
- Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 40 mg/ 8 jam
- Cara pemberian : IV
- Mekanisme kerja dan fungsi obat: bekerja dengan cara mengurangi jumlah asam yang dihasilkan oleh dinding lambung.
- Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mengobati penyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung seperti maag dan mengatasi tukak lambung.
- Kontra indikasi: pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap omeprazole ataupun obat penghambat pompa proton lainnya. Omeprazole juga dikontraindikasikan pada pasien yang mengonsumsi nelfinavir karena dapat terjadi penurunan konsentrasi obat nelfinavir
- Efek samping : Gangguan pencernaan, seperti diare, sakit perut, mual, kembung, dan juga konstipasi ,sakit kepala atau pusing Pandangan kabur, anemia, gatal-gatal dan ruam dan gangguan tidur

## 8. Meropenem

- Nama obat: Meropenem
- Klasifikasi/ golongan obat: Antibiotik
- Dosis umum :  
  
Dewasa: 500-1000 mg, tiap 8 jam, diberikan melalui suntikan infus selama 15–30 menit.  
Anak usia  $\geq 3$  bulan: 10-20 mg/kgBB, tiap 8 jam, diberikan melalui suntikan infus selama 15–30 menit.
- Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 g/ 12jam
- Cara pemberian : IV
- Mekanisme kerja dan fungsi obat: menghambat sintesis dari dinding sel bakteri.
- Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: karena pasien batuk serta hasil foto thorax pneumonia
- Kontra indikasi : meropenem dikontraindikasikan pada pasien yang memiliki riwayat reaksi hipersensitivitas, baik reaksi alergi atau anafilaksis, terhadap meropenem, obat golongan beta laktam lain, dan komponen lain dalam sediaan obat.
- Efek samping : sakit kepala, konstipasi, mati rasa atau kesemutan, mual dan muntah, diare, sakit perut, nyeri, kemerahan, atau bengkak di area suntikan, sulit tidur. Selain itu, penggunaan meropenem dalam jangka waktu lama bisa meningkatkan risiko terjadinya infeksi jamur, seperti candidiasis.

## 9. Combivent

- Nama obat: Combivent
- Klasifikasi/ golongan obat: obat resep
- Dosis umum : dosis awal: 1 *unit dose vial* (UDV). Dosis bisa ditingkatkan menjadi 2 UDV jika gejala belum membaik dengan 1 UDV. Dosis perawatan: 1 UDV, 3–4 kali sehari.

- Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2,5 mg/ 8jam
- Cara pemberian : Nebu
- Mekanisme kerja dan fungsi obat: combivent memiliki cara kerja dengan membuka saluran udara ke paru-paru serta melakukan relaksasi atau mengendurkan otot-otot pada saluran napas dan berfungsi mengencerkan dahak.
- Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: pasien sesak dan sulit mengeluarkan dahak.
- Kontra indikasi: hipersensitif terhadap salbutamol atau agonis adreno reseptor beta-2
- Efek samping: Sakit kepala, pusing atau sakit kepala, Mulut atau tenggorokan kering, Batuk, Mual atau muntah, Diare, Sembelit

#### 10. Sistenol

- Nama obat : sistenol
- Klasifikasi/ golongan obat : analgesik non-opioid dan antipiretik
- Dosis umum :  
 Dewasa : Satu kaplet dikonsumsi sebanyak 3 kali sehari.  
 Anak : Anak usia 6-12 tahun:  $\frac{1}{2}$  – 1 kaplet dikonsumsi sebanyak 3 kali sehari. Anak usia 1-5 tahun:  $\frac{1}{4}$  –  $\frac{1}{2}$  kaplet diminum sebanyak 3-4 kali sehari.
- Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 kaplet/ 3x1
- Cara pemberian : via NGT
- Mekanisme kerja dan fungsi obat: salah satu obat untuk mengatasi batuk berdahak yang disertai demam.
- Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: karena pasien batuk
- Kontra indikasi : tidak boleh diberikan pada pasien yang hipersensitif atau alergi pada salah satu kandungan obat ini

- Efek samping: Mual, muntah, mengantuk, tekanan darah rendah (hipotensi), reaksi alergi, seperti ruam atau gatal pada kulit.

#### 11. NaCl 0,9 %

- Nama obat: NaCl 0,9%
- Klasifikasi/ golongan obat : cairan kristaloid
- Dosis umum : 1000 mg
- Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1500 ml/ 24jam
- Cara pemberian : IV
- Mekanisme kerja dan fungsi obat: cairan salin normal terdiri dari sodium dan klorida yang terdisosiasi dalam air. Sodium merupakan kation utama pada cairan, pengontrol distribusi cairan dan kestabilan tekanan osmotik cairan. Sedangkan, klorida berfungsi untuk menjaga pH atau tingkat keasaman darah, jumlah cairan tubuh dan aktifitas saluran cerna
- Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: digunakan pada kondisi kekurangan natrium dan klorida pengganti cairan isotonic plasma
- Kontra indikasi: hiperdehidrasi, hypernatremia, hypokalemia, kondisi asidosis dan hipertensi
- Efek samping : hypernatremia dan hiperkloremia



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Pembahasan Asuhan Keperawatan**

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

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

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu, keluarga, dan kelompok yang di mulai dari proses keperawatan dengan pemeriksaan fisik langsung pada pasien. Adapun data yang diperoleh sebagai berikut: Pengkajian yang dilakukan pada Tn. K diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit pada tanggal 26 April 2023 dengan diagnosa medik Sus. HS + Sus. BP. Saat dilakukan pengakajian pada tanggal 27 April 2023 pasien Tn. K berusia 67 tahun dengan diagnosa Non Hemoragik Stroke (NHS) didapatkan keluhan lemah pada tubuh bagian kiri sejak 2 hari lalu sebelum dibawa ke Rumah Sakit, keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien merasa kram hingga sulit untuk digerakan, tampak pasien tidak mampu mengangkat tangan kiri dan kaki kanan. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak ± 10 tahun yang lalu, GCS M5V2E2 (somnolen). Setelah dilakukan pemeriksaan diagnostik CT-Scan kepala pada tanggal 27 April 2023 didapatkan hasil

*Chronic Infarct di Thalamus dextra, Brain atrophy, Retentioncyst sinus maksilaris dextra* Pemeriksaan laboratorium didapatkan Laboratorium WBC: 15.34, NEUT#: 14.13, LYMPH#: 0.44, MONO#: 0.76, LED: 40, SGOT: 605, SGPT: 561, Ureum: 196, Kreatinin: 2.80, K: 3.27, Cl: 115.2.dan dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 171/117 mmHg, N: 102x/m, S:36°C, P:31x/m, SPO2: 99%.

Berdasarkan kasus, faktor-faktor serta tanda dan gejala yang menyebabkan Tn. K mengalami stroke yaitu pasien mengalami kelemahan tubuh sisi sebelah kiri dan mengalami penurunan kesadaran. Sedangkan faktor-faktor yang menyebabkan Tn. K mengalami stroke yaitu pasien sudah berusia 67 tahun dan memiliki riwayat hipertensi 10 tahun lalu disertai pola hidup yang kurang sehat dimana pasien sering mengonsumsi makanan tinggi lemak. Hal-hal tersebut mengakibatkan gangguan kelenturan dinding pembuluh darah karena sumbatan atherosclerosis pada pembuluh darah maka dapat menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen sehingga terjadinya iskemik dan infark kemudian menyebabkan stroke.

Berdasarkan Atma et al. 2022 terdapat beberapa tanda dan gejala serta faktor resiko yang dapat mengakibatkan stroke antara lain: kelemahan anggota gerak yang dapat terjadi secara tiba-tiba, wajah tidak simetris, gangguan bicara, pusing/vertigo, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, penurunan kesadaran, afasia, disatria, gangguan penglihatan, nyeri kepala disertai mual dan muntah. Sedangkan faktor resiko yang mengakibatkan stroke antara lain: faktor yang tidak dapat diubah (predisposisi) yaitu usia dimana terjadi proses menua (>55 tahun) menyebabkan penurunan elastisitas pada pembuluh darah, jenis kelamin (laki-laki) yang mempunyai hormon

estrogen yang sedikit dalam tubuh sehingga sel-sel endotel mudah hancur dan menyebabkan timbulnya plak dalam pembuluh darah. Factor yang dapat diubah (presipitasi) merokok dalam rokok terdapat zat nikotin dan monoksida yang mengandung fibrinogen, peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, yang menyebabkan gangguan aliran darah. Diabetes militus terjadi karena adanya hiperglikemia yang menyebabkan osmotic diareus sehingga terjadi dehidrasi dan peningkatan viskositas darah sehingga pembuluh darah menjadi kaku dan terjadi rupture yang menyebabkan pembentukan plak. Hiperkolestrol terjadi penurunan jumlah HDL dan LDL yang berlebih akan mengakibatkan lemak menumpuk pada pembuluh darah sehingga terjadinya pembentukan plak. Dari faktor predisposisi dan presipitasi dapat menyebabkan arterosclerosis sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah, yang mengakibatkan penurunan suplai darah ke otak menurun. Salah satu penyakit yang menyebabkan penurunan suplai darah ke otak yaitu penyakit jantung yang menyebabkan stianosis mitral dan pembendungan darah pada daerah strium sehingga terbentuknya thrombus dan emboli terlepas ke sirkulasi darah otak yang menyebabkan penyumbatan pada arteri otak yang menyebabkan iskemik sehingga terjadi Non Hemoragik Stroke.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 4 diagnosis keperawatan pada Tn. K sesuai SDKI, yaitu :

- a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi  
Diagnosis ini diambil sesuai dengan data-data yang ada pada pengkajian B3 (*Brain*) dan data subjuktif pada pengkajian sekunder. Dalam SDKI, salah satu factor resiko dari diagnosis ini adalah hipertensi, dengan kondisi klinis terkait stroke.

- b) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

Diagnosis ini diangkat berdasarkan data-data pada pengkajian B1 (*Breath*) dimana didapatkan 3 dari 5 tanda dan gejala mayor di SDKI yaitu tidak mampu batuk, sputum berlebih dan terdapat bunyi napas tambahan ronchi

- c) Perfusi curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung

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

- d) Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Diagnosis ini diambil sesuai dengan data-data yang ada di pengkajian B6 (*Bone*) dimana didapatkan tanda dan gejala mayor di SDKI yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun.

Menurut Juni Hartanti (2020), diagnosa pada konsep keperawatan yang tidak diangkat pada kasus ini adalah :

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

### 3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi Tindakan mandiri perawat, Tindakan observasi, pendidikan Kesehatan dan Tindakan kolaboratif pada setiap diagnosis perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien (SIKI PPNI, 2019).

a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi.

Pada diagnosis pertama ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: identifikasi penyebab peningkatan TIK, monit tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor status pernapasan, berikan posisi semi fowler, kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan.

b) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Pada diagnosis ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: monitor bunyi napas tambahan, monitor pola napas, posisikan semi fowler atau fowler, lakukan penghisapan lendir, berikan oksigen, pemberian bronkodiator, ekspektoran, dan mukolitik.

c) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Pada diagnosis ini penulis mengangkat 7 intervensi yaitu: Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, peningkatan CVP), Monitor tekanan darah, monitor saturasi oksigen, monitor EKG, monitor intake dan output cairan, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%, dan pemberian obat vasodilator

d) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Pada diagnosis ini penulis membuat 8 intervensi yaitu:

identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi melakukan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, monitor komplikasi tirah baring, berikan latihan gerak aktif atau pasif, pertahankan kebersihan pasien, fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari, jelaskan tujuan tirah baring.

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

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan dari 4 diagnosis keperawatan. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari, pada hari pertama implementasi didapatkan keadaan pasien masih sama dengan keadaan saat melakukan pengkajian terutama pada tingkat kesadaran yaitu somnolen GCS 9 serta tekanan darah pasien belum dalam batas normal, pada hari kedua dan ketiga implementasi didapatkan pasien mengalami peningkatan kesadaran menjadi GCS 10 (delirium) serta tekanan darah pasien mulai membaik.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 28 April 2023 sampai 30 April 2023 pada pasien Tn. K merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam :

- a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi. Karena kesadaran dan refleks saraf pasien belum membaik. Namun tekanan darah pasien mulai menunjukkan adanya penurunan pada hari ke-2 dan hari ke-3.

- b) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi. Karena tampak pasien masih sesak, masih terdengar suara napas tambahan ronchi, dan tampak pasien belum mampu mengeluarkan sputum.
- c) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Sampai pada perawatan hari ketiga mulai teratasi ditandai dengan tekanan darah pasien dalam batas normal. Dan juga frekuensi nadi pasien mulai membaik dengan nilai  $>80x/m$
- d) Gangguan mobilitasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi karena tampak pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas bagian kiri, dan tampak seluruh aktivitas pasien dilakukan di tempat tidur dengan bantuan penuh dari keluarga dan perawat.

## **B. Pembahasan Penerapan EBN**

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

Elevasi *head-up 30°* merupakan suatu cara untuk menjaga kestabilan perfusi jaringan serebral. Elevasi kepala merupakan

suatu keadaan kepala dengan posisi 30° dari posisi normal dan ekstremitas sejajar dengan tubuh.

b. Tujuan/ rasional EBN :

Beberapa posisi elevasi *head-up* yang bisa digunakan dalam memperbaiki SpO<sub>2</sub> dan mengurangi peningkatan TIK yaitu: *head-up* 15°, 30°, dan 45° tetapi kebanyakan penelitian yang menganjurkan posisi elevasi kepala 30° dalam praktik *evidence based nursing* karena sangat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik. Pemberian elevasi kepala bertujuan untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK. Posisi kepala yang di tinggikan berada diatas aksis ventrikel jantung menyebabkan cairan serebrospinal terdistribusi kembali menuju ke ruang spinal subaraknoid dan memfasilitasi terjadinya aliran balik vena sehingga dapat menurunkan tekanan intrakranial (*intracranial pressure*) (Pertami et al., 2019).

c. PICOT EBN

1) PICOT Pasien

- P : Dalam penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis Non Hemoragik Stroke (NHS). Kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan hemiparese kiri dan kesadaran somnolen GCS E2V2M5, hasil pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah 171/117 mmHg, RR: 31x/menit, N: 102x/menit, SpO<sub>2</sub>: 99%, reaksi pupil 4 mm. didapatkan hasil pemeriksaan CT-Scan *Chronic infark di thalamus dextra, Brain atrophy, Retensioncyst sinus maksilaris dextra.*

- I : Cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah oksigen dan mencegah terjadinya peningkatan TIK yaitu dengan pemberian posisi *head-up* 30°. Posisi ini diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan extra bantal sesuai dengan kenyamanan.
- C : Tidak ada intervensi perbandingan dalam penulisan ini
- O : Didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan posisi *head up* 30° didapatkan kesadaran pasien somnolen GCS E2V2M5, hasil pengukuran tanda- tanda vital tekanan darah 171/117 mmHg, RR: 31x/menit, N: 102x/menit, SpO2: 99%, reaksi pupil 4 mm. dan setelah dilakukan tindakan didapatkan kesadaran pasien delirium GCS E3V2M5, hasil pengukuran tanda- tanda vital tekanan darah 117/80 mmHg, RR: 23x/menit, N: 85 x/menit, SpO2: 99%, reaksi pupil 4 mm
- T : Intervensi dilakukan pada tanggal 28 April 2023

## 2) PICOT Berdasarkan Teori

Judul: Posisi *head-up* sebagai upaya untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien non hemoragik stroke (Mustikarani & Mustofa, 2020).

- P : Dalam penelitian ini respondennya berjumlah 34 respon dimana sebelum dilakukannya posisi *head-up* 30 ° tekanan darah: 210/120 mmHg, nadi: 110x/m, suhu: 37°C, pernapasan: 30x/m, SpO2: 93%
- I : Cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah saturasi

oksigen yaitu dengan pemberian posisi *head-up 30°* posisi ini diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan extra bantal sesuai kenyamanan selama 30 menit

- C : Tidak ada perbandingan dalam penelitian ini
- O : Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat penurunan tekanan intrakranial setelah pemberian posisi *head-up 30°*, tekanan darah: 180/90 mmhg, nadi: 95x/m, suhu: 36,6°C, pernapasan : 25x/m, SpO2: 96%, yang artinya ada pengaruh pada saturasi oksigen setelah dilakukan pemberian posisi *head-up 30°*
- T : Jurnal ini diterbitkan pada Desember 2019.

Judul : Peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi *head-up* (Pertami et al., 2019).

- P : Dalam studi kasus dengan menggunakan konsep askep kepada 2 pasien stroke, dengan kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan penurunan saturasi oksigen. Pada kasus I ditemukan pasien dengan GCS 14, HR: 90x/m, RR: 25x/m, S: 36, dan TD: 180/90 mmHg, SpO2: 95%. Pada kasus II dengan GCS 14, HR: 82x/m, RR: 26x/m, S: 36,8, TD: 188/100 dan SpO2: 94%
- I: Pemberian intervensi yaitu penanganan posisi *head-up 30°*
- C : Dalam penelitian ini tidak ada perbandingan
- O : Hasil pengukuran saturasi oksigen menunjukkan bahwa

kasus I terjadi peningkatan dari 95% menjadi 98%.  
Sedangkan pada kasus II meningkat dari 94% menjadi 98%.

- T : Jurnal ini diterbitkan pada tahun 2020

Judul : Pengaruh posisi kepala 30° terhadap perubahan tekanan intrakranial pada pasien stroke (Trisila et al., 2021).

- P : Dalam penelitian ini didapatkan responden sebanyak 30 pasien diantaranya berusia >56 tahun dimana sebelum diberikan posisi kepala 30 didapatkan tingkat kesadaran pasien GCS 9-12.
- I : cara yang dilakukan untuk meningkatkan kesadaran pasien yaitu dengan memberikan posisi kepala 30 .
- C : Dalam penelitian ini tidak ada perbandingan
- O: Dari hasil penelitian terdapat perubahan tekanan intrakranial setelah diberikan posisi kepala 30 khususnya pada tingkat kesadaran pasien didapatkan kesadaran pasien GCS 12-15.
- T: Jurnal ini diterbitkan pada 3 Agustus 2017



## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

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

1. Pengkajian: dari hasil yang didapatkan dari Tn. K faktor yang terjadinya Non Hemoragik Stroke yaitu memiliki riwayat hipertensi dan kolestrol, serta faktor usia lanjut yaitu 67 tahun. Saat melakukan pengkajian didapatkan pasien mengalami kelemahan tubuh sisi sebelah kiri serta penurunan kesadaran, hasil pemeriksaan diagnostic CT-Scan kepala hasil *chronic infarct di thalamus dextra, brain athropy, retensioncyst sinus maksilari dextra.*
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Tn. K dengan Non Hemoragik Stroke, yaitu: resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya manajemen peningkatan TIK, manajemen jalan napas, perawatan jantung serta dukungan mobilisasi yang meliputi tindakan: observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.



4. Implementasi keperawatan: setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan: dari hasil evaluasi ke empat diagnosis belum teratasi dikarenakan perawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.

## **B. Saran**

Berdasarkan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditujukan :

### **1. Bagi Instansi Rumah Sakit**

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

### **2. Bagi Profesi Keperawatan**

Untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang komprehensif dalam mengatasi masalah peningkatan TIK pada pasien Non Hemoragik Stroke, baik dalam hal pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.

### 3. Bagi Instansi Pendidikan

Untuk lebih meningkatkan pengetahuan terkait pengkajian Non Hemoragik Stroke dan pemberian posisi *head-up* 30° untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK serta meningkatkan keterampilan dalam melakukan intervensi yang tepat bagi pasien non hemoragik stroke sesuai dengan teori yang didapatkan di bangku perkuliahan demi membantu peningkatan mutu dalam merawat pasien serta dapat diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan pendidikan tinggi keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Stroke Association, (2022). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke*, *45*, 3754–3832.
- Bakri, S. (2017). Meningkatkan profesionalisme dalam bidang nefrologi dan hipertensi. *Hypertension in Pregnancy*, *284*.
- Cahyani, N., Hasriana, & Anisa, N. R. (2020). Pengaruh pola makan dan hipertensi terhadap kejadian penyakit stroke di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, *15*(2), 117–123.
- Chugh, C. (2019). Acute ischemic stroke: Management approach. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, *23*, S140–S146. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23192>
- Debora, R. (2019). *Peran perawat dalam tindakan rehabilitasi pasien pasca stroke di rumah sakit*. 197046015.
- Ekacahyaningtyas, M., Setyarini, D., Agustin, W. R., & Rizqiea, N. S. (2021). Posisi head up 30 derajat sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen dan mencegah peningkatan TIK pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal*, *3*(2), 55-59. <https://akperadibusada.ac.id/repository/jurnal/ahnj322017/322017.10.pdf>
- Fadilah, N., & Rahariyani, L. D. (2020). The impact of independent of activity daily living among stroke patients on caregivers burden. *Jurnal Ners*, *14*(3), 188–194. <https://doi.org/10.20473/jn.v14i3.17047>
- Hastuty, D. (2018). Stroke dan komplikasi neurologi. *Jurnal Neurologi*.
- Imran, & Ika, M. (2015). *Buku modul daftar penyakit kepaniteraan klinik : SMF neurologi*. Syiah Kuala University Press.
- Juan Nggebu. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *8*(9), 9.

- Kemenkes RI. (2018). *Stroke dont be the one* (p. 10). Pusdatin.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Laporan nasional riset kesehatan dasar. Kementerian Kesehatan RI, 1–582.
- Kharti Gempitasari, F., & Betriana, F. (2020). Implementasi evidence based nursing pada pasien dengan stroke non-hemoragik. *Jurnal Endurance*, 4(3), 601. <https://doi.org/10.22216/jen.v4i3.4421>
- Khotimah, Indra, J., Kirana, S., Martalina, L., Lea, S., & Neza, P. 2022. *Penyakit gangguan sistem tubuh: Yayasan Kita Menulis*.
- Kurniawan, R. E., Makrifatullah, N. A., Rosar, N., Triana, Y., & Kunci, K. (2022). Gambaran pengetahuan lansia penderita stroke berdasarkan karakteristik di puskesmas Sialang Buah tahun 2021 Indra. *Jurnal Ilmiah Multi Disiplin Indonesia*, 2(2), 361–368.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. 2017. *Buku ajar keperawatan medikal bedah* edisi 5: Penerbit buku kedokteran.
- Muhammad, R. 2017. *Mengenal, mencegah, dan mengatasi silent killer, stroke*: Hikam Pustaka.
- Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi head up. *Ners Muda*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5750>
- Mutiarasari, D. (2022). Ischemic stroke symptoms, risk factors, and prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73.
- Nurwidiyanti, E., Mufidah, A., Cing, M. T. G. C., Syokumawena, Riskawaty, H. M., Idris, B. N. A., Istianah, Tria Anisa Firmanti, M., Ariyani, A. D., Suprayitna, M., Ernawati, Raharjo, R., Afrida, M., Wahyuni, A., M.B., T. M. T. D., Nurman, M., Rispawati, B. H., Safitri, Y., Waluyo, & Oktaviana, E. 2022. *Keperawatan medikal bedah*: Penerbit Media Sains Indonesia.

- Padila. 2012. *Buku ajar keperawatan medikal bedah* (1st ed.) : Nuha Medika.
- Pertami, S. B., Munawaroh, S., & Dwi Rosmala, N. W. (2019). Posisi head-up sebagai upaya untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien non hemoragik stroke. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 11(2), 133–144. <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i2.133>
- Pinzon, dr. R., & Asanti, dr. L. (2012). *Awas stroke pengertian, tindakan, pencegahan, perawatan* (1st ed.). Penerbit Andi.
- PPNI. (2019). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Rahayu, P. D. (2018). *Stroke's Home Care: Pencegahan, Penanganan, dan Perawatan Stroke dalam Keluarga*. Anak Hebat Indonesia.
- Rahmadani, E., & Rustandi, H. (2019). Peningkatan kekuatan otot pasien stroke non hemoragik dengan hemiparese melalui latihan range of motion (ROM) Pasif. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 1(2), 354–363. <https://doi.org/10.31539/joting.v1i2.985>
- RISKESDAS. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Setiani, S., Radne Rimba, I., & Dwinta, E. (2021). Analisis perbandingan biaya perawatan (cost of illness stroke iskemik dan stroke hemoragik pasien rawat inap di RSUD Pannembahan Senopati. *Pharmaceutical Journal of Indonesia*, 7(1), 29–36. <https://doi.org/10.21776/ub.pji.2021.007.01.5>

hemoragik dan stroke non hemoragik di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek

Provinsi Lampung. *Jurnal Analis Kesehatan*, 7(2), 724.  
<https://doi.org/10.26630/jak.v7i2.1201>

Siregra, H. (2021). *Terapi spiritual, terapi latihan dan nutrisi untuk pasien stroke: Panduan Lengkap Stroke*. Nusamedia.

Soetmadji, D. W., Ratnawati, R., & Sujuti, H. (2019). *Buku ajar patofisiologi* (S. E. Huether & K. L. McCance (eds.); 6th ed.). Elsevier.

Sofyan, M. (2017). Asuhan keperawatan Ny. S dan Tn.S yang mengalami asma bronkial dengan ketidakefektifan pola nafas di instalasi gawat darurat RSUD Karanganyar (Vol. 549).

Sulistiyawati. (2020). Asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik. <https://Askep agregat anak dan remaja. docx>

Sumiyati, Anggraini, D. dewi, Kartika, L., Indradi, R., & Sitanggang, Y. ferawati. (2021). *Anatomi Fisiologi* (A. Karim (ed.)) : Yayasan Kita Menulis.

Syam, I. (2021). *Intervensi Kompres Hangat Dengan Aromaterapi Peppermint Pada Pasien Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea*.

Tahir, R. W. M., Rija'i, H. R., & Indriyanti, N. (2021). Proceeding of mulawarman pharmaceuticals conferences. 14, 254–261.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.25026/mpc.v14i1.581>

Tamam, B. (2020). Faktor risiko terhadap kejadian stroke di RSUD Dr. Koesnadi Bondowoso. 12–26.

Trisila, E., Mukin, F. A., & Dikson, M. (2022). Pengaruh pemberian posisi head up 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke di Igd RSUD Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 8(16), 664–674.  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.7117769>

Ulfah, A., & Ahyana. (2016). Pelaksanaan discharge planning pada pasien

stroke di rumah sakit umum daerah dr Zaionel Abidin. *Jurnal Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh*, 1–6.

Ummaroh, E. N. (2018). Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan pasien CVA (cerebro vaskuler accident) dengan gangguan komunikasi verbal (Vol. 7).

Wardani, W. I., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Gangguan pola nafas tidak efektif pada pasien congestive heart failure (CHF). (*Jkg*) *Jurnal Keperawatan Global*, 3(2), 98–114.  
<https://doi.org/10.37341/jkg.v3i2.57>

WHO. (2022). *World Health Organisation, 2022*.  
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/worldhealthstatistics\\_2022.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/worldhealthstatistics_2022.pdf)

Wirawan, R. P. (2019). Rehabilitasi stroke pada pelayanan kesehatan primer.

Yudanardi, M. R. R., Setiawan, A. A., & Sofia, S. N. (2016). Hubungan tingkat adiksi merokok dengan derajat keparahan aterosklerosis pada pasien penyakit jantung koroner. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 5(4), 1207–1213.

Zainul, U. A., Nurwahidah, Saing, N. A., & Mukhtar, T. A. (2019). Asuhan keperawatan pada Tn. M dengan gangguan sistem persarafan diagnosis non hemoragik stroke diruangan brain center RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (Issue 70900119018).

## **Lampiran I**

### **RIWAYAT HIDUP**



#### **I. Identitas Pribadi**

Nama : Margaret Kristianti Br. Silaban  
Tempat Tanggal Lahir : Batam, 26 Mei 1999  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : Mahasiswi  
Alamat : Jln. Lamadukelleng No. 8 ( Asrama Siti Miriam )

#### **II. Identitas Orang Tua**

Ayah/ Ibu : Alm. Iman Silaban/Juita Sihaloho  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Jl. Nn Saar Sopacua Ambon, Maluku

#### **III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh**

TK Yosudarso Batam : Tahun 2003 - 2005  
SD N 011 Batam : Tahun 2006 - 2012  
SMP N 19 Ambon : Tahun 2012 - 2015  
SMK Kesehatan Trimurti Husada : Tahun 2015 - 2018  
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2018 - 2023

## RIWAYAT HIDUP



### I. Identitas Pribadi

Nama : Maria Carolyn Lepit  
Tempat Tanggal Lahir : Sorong, 29 Agustus 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : Mahasiswi  
Alamat : Jln. K H Ahmad Dahlan

### II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu : Hendrik Lepit/Elizsabeth Lepit F  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : Swasta/IRT  
Alamat : BTN Bukit Lateri Indah, Ambon, Maluku

### III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD N 1 Lateri : Tahun 2006 - 2012  
SMP N 9 Ambon : Tahun 2012 - 2015  
SMK Tian Mandiri Ambon : Tahun 2015 - 2018  
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2018 - 2023

**Lampiran II**

**LEMBAR KONSUL**

**Nama** : 1. Margaret Kristianti Br. Silaban (NS2214901096)  
2. Maria Carolyn Lepit (NS2214901097)

**Program** : Keperawatan Profesi Ners

**Judul** : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK. II Pelamonia.

**Pembimbing** : 1. Mery Sambo, Ns., M. Kep  
2. Meyke Rosdiana, Ns., M. Kep

No	Tanggal	Materi konsul	Tanda tangan			
			Penulis		Pembimbing	
			1	2	1	2
1	<b>Kamis 27 April 2023</b>	Mengajukan kasus “asuhan keperawatan pada pasien dengan NHS di ruang ICU/ICCU RS TK. II Pelamonia”				

2	<b>Kamis</b> <b>4 Mei 2023</b>	Konsultasi Bab 3 pengkajian-analisa data <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengkapi asuhan keperawatan</li> </ul>				
3	<b>Selasa</b> <b>16 Mei 2023</b>	Konsultasi Bab 3 pengkajian-implementasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki implementasi dan evaluasi</li> </ul>				
4	<b>Rabu</b> <b>17 Mei 2023</b>	Konsultasi Bab 3 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan daftar obat</li> <li>- Perbaiki hasil evaluasi</li> </ul>				
5	<b>Senin</b> <b>22 Mei 2023</b>	Konsultasi Bab 1 dan 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan prevelensi angka kematian NHS</li> <li>- Tambahkan hasil penelitian dari beberapa jurnal yang ditemukan di rumusan masalah</li> <li>- Perbaiki manfaat penulisan</li> <li>- Perbaiki penulisan dan penggunaan ejaan Bahasa Indonesia yang baik</li> <li>- Perbaiki definisi NHS pada bab 2</li> <li>- Urutkan etiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan</li> </ul>				

		<p>diagnostik dan komplikasi dari yang paling sering terjadi pada pasien NHS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penatalaksanaan medik mulai dari farmakologi baru non farmakologi</li> <li>- Tambahkan pengkajian B1-B6 pada konsep dasar keperawatan</li> <li>- Perbaiki daftar pustaka</li> </ul>				
6	<p><b>Selasa</b> <b>23 Mei 2023</b></p>	<p>Konsultasi Bab 1 dan Bab 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penggunaan bahasa yang tepat pada latar belakang</li> <li>- Perbaiki penempatan sitasi</li> <li>- perbaiki penulisan dan penggunaan ejaan Bahasa Indonesia yang baik</li> <li>- Tambahkan tentang EBN pada latar belakang</li> <li>- Perbaiki typo</li> </ul>				
7	<p><b>Sabtu</b> <b>27 Mei 2023</b></p>	<p>Konsultasi Bab 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan pembahasan pada pengkajian, bandingkan dengan teori</li> <li>- Perbaiki kalimat di implementasi</li> </ul>				

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan PICOT Pasien</li> <li>- Tambahkan jurnal untuk EBN</li> </ul>				
8	<b>Senin 29 Mei 2023</b>	<p>Konsultasi revisian Bab 4, Bab 1 dan Bab 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan sedikit dibagian pengkajian bab 4</li> <li>- Perbaiki implementasi, jelaskan apakah terdapat perubahan atau tidak pada bab 4</li> <li>- Perbaiki kalimat penutup pada latar belakang</li> <li>- Pada pathway ubah warna pada tanda panah, fontnya dikecilkan menjadi 10</li> </ul>				
9	<b>Rabu 31 mei 2023</b>	<p>ACC Bab 1 dan 2</p> <p>Konsultasi Bab 3,4,5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan hasil EBN pada Bab 5</li> </ul>				
10	<b>Jumat 2 Mei 2023</b>	ACC Bab 3, 4, dan 5				

