



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA “TN. D” DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG ICU-ICCU
RUMAH SAKIT PELAMONIA TK. II MAKASSAR**

OLEH:

IRIANI BATE (NS2114901066)

JEFVANS EVITA AKOLLO (NS2114901072)

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

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Iriani Bate (NS2114901066)
2. Jefvans Evita Akollo (NS2114901072)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 5 Juli 2022

Yang menyatakan



Iriani Bate



Jefvans Evita Akollo

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada "Tn. D" dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU-ICCU Rumah Sakit Pelamonia Tk. II Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM: 1. Iriani Bate (NS2114901066)
2. Jefvans Evita Akollo (NS2114901072)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



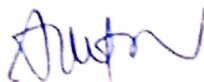
(Mery Sambo, Ns.,M.Kep)
NIDN: 0930058102

Pembimbing 2



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

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Iriani Bate (NIM: NS2114901066)
2. Jefvans Evita Akollo (NIM: NS2114901072)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Syok
Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU-CCU
Rumah sakit Pelamonia TK.II Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

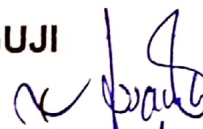

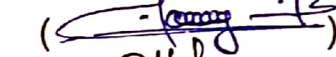

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

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

Pembimbing 2 : Kristia Novia, Ns., M.Kep

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

Penguji 2 : Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep

()
()
()
()


Ditetapkan di: STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : Selasa, 5 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar




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

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Iriani Bate (NS2114901066)

Jefvans Evita Akollo (NS2114901072)

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, 5 Juli 2022

Yang menyatakan



Iriani Bate



Jefvans Evita Akollo

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus yang Maha Esa atas Rahmat dan anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Kritis Pada “Tn. D” Dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang ICU-ICCU Rumah Sakit Pelamonia Tk. II Makassar”

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

1. Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep. Sp.Kep.MB. selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Sambo, Ns., M.Kep. selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan dan Ners, juga sebagai Pembimbing I penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
4. Kristia Novia, Ns., M.Kep. selaku Pembimbing II penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
5. Mery Solon, Ns., M.Kes. selaku Penguji I yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep. selaku Penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Kepada Rumah Sakit Pelamonia Makassar yang telah menerima dan mengizinkan kami untuk melakukan praktik klinik sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Teristimewa orang tua tercinta dari Iriani Bate (Bpk. Yance Bate dan Ibu Mariana Sampe) dan partner Jefvans Evita Akollo (Bpk. Jefry Akollo dan Ibu Falens Valesia Andries) terima kasih untuk selalu memberikan motivasi, nasehat, cinta, perhatian dan kasih sayang serta ketulusan doa yang tentu takkan bisa penulis balas. Dan segenap keluarga besar terima kasih atas motivasi dan nasehat yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
10. Seluruh teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
11. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Makassar, 5 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat penulisan	4
1. Bagi Rumah Sakit	4
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Institusi / Akademik.....	4
D. Metode Penulisan	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	6
1. Definisi	6
2. Anatomi dan Fsiologi	6
3. Etiologi	12
4. Patofisiologi.....	16
5. Manifestasi Klinis	22
6. Tes Diagnostik	25
7. Penatalaksanaan Medis	27
8. Rehabilitasi Pasca Stroke.....	28
9. Komplikasi.....	30
B. Konsep Dasar Keperawatan	31
1. Pengkajian	31
a. Pengkajian Pola Gordon	31
b. Pengkajian Kritis	33
2. Diagnosis Keperawatan.....	34
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan.....	35
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge planning</i>)	39
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus	41
B. Pengkajian	42
C. Identifikasi Masalah	60
D. Diagnosis Keperawatan.....	63
E. Perencanaan Keperawatan.....	64

F. Implementasi Keperawatan.....	70
G. Evaluasi Keperawatan.....	80
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep	84
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN).....	91
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	98
B. Saran.....	99
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 <i>Cerebrum</i>	8
Gambar 1.2 <i>Sub korteks dan Cerebellum</i>	9
Gambar 1.3 <i>Mid brain dan Spinal cord</i>	10
Gambar 1.4 <i>Sirkulasi willisi</i>	12

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul Karya Ilmiah Akhir

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Pengkajian Primer	41
Tabel 1.2 Identifikasi Masalah	59
Tabel 1.3 Rencana Keperawatan	63
Tabel 1.4 Implementasi Keperawatan	69
Tabel 1.5 Evaluasi Keperawatan	79

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan di era globalisasi menuntut adanya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Hal tersebut menyebabkan perubahan gaya hidup masyarakat yang semakin modern dan menyediakan segalanya dipenuhi dengan cara yang lebih mudah. Kebiasaan seperti demikian membuat masyarakat semakin malas untuk beraktivitas dan menjalankan pola hidup yang tidak sehat. Ketidapatuhan dalam menerapkan pola hidup tidak sehat akan menimbulkan berbagai macam penyakit. Salah satunya adalah penyakit yang dapat menyerang pembuluh darah yaitu stroke, hal ini menjadikan stroke dikatakan sebagai penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. (Saputra, 2017).

Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik. Stroke terbagi menjadi 2 yaitu hemoragik stroke (HS) dan non hemoragik stroke (NHS). Hemoragik stroke adalah pecahnya pembuluh darah di sekitar atau di dalam otak, sehingga suplai darah tidak sampai ke jaringan otak dan menyebabkan fungsi otak terganggu. Non hemoragik stroke adalah penyumbatan pembuluh darah ke otak yang mengakibatkan terjadinya perdarahan di dalam jaringan otak. Stroke non hemoragik terjadi ketika adanya oklusi pembuluh darah arteri otak sehingga terjadi iskemia dan oksigen yang dibutuhkan oleh sel otak menjadi sedikit atau bahkan tidak ada. Hal ini dapat terjadi karena gaya hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan yang berlemak serta cenderung malas bergerak ditambah

lagi kesibukan kerja yang menyebabkan seseorang jarang olahraga, kurang tidur, dan stres berat (National Stroke Association, 2018).

Data yang diperoleh dari World Health Organization (WHO) tahun 2018 menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian serta disabilitas akibat stroke terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah. Lebih dari empat dekade terakhir, kejadian stroke pada negara berpendapatan rendah dan menengah meningkat dua kali lipat, sementara itu kejadian stroke menurun sebanyak 42% pada negara berpendapatan tinggi. Selama 15 tahun terakhir kejadian stroke yang menyebabkan kematian lebih banyak terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara berpendapatan tinggi. Meningkatnya prevalensi tersebut akan menimbulkan masalah penyakit seperti kecacatan serta masalah sosial ekonomi bagi keluarga pasien. Pasien yang tergolong sosial ekonomi rendah akan kesulitan dalam memperoleh akses kesehatan, tidak memiliki asuransi kesehatan, dan rendahnya kepatuhan dalam menjalani pengobatan (Setiawan, 2022).

Berdasarkan hasil RISKESDAS tahun 2018 prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari (7%) menjadi (10,9%). Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Berdasarkan kelompok umur kejadian penyakit stroke terjadi lebih banyak pada kelompok umur 55-64 tahun (33,3%) dan proporsi penderita stroke paling sedikit adalah kelompok umur 15-24 tahun. Laki-laki dan perempuan memiliki proporsi kejadian stroke yang hampir sama. Adapun prevalensi di Sulawesi selatan pada tahun

2013 angka kejadian stroke meningkat yaitu dari 7,1% menjadi 10,2% pada tahun 2018 (RISKESDAS, 2018).

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 di rumah sakit. Fase akut terjadi 2 minggu pertama pasca serangan stroke, pada fase ini pasien mendapatkan perawatan khusus di rumah sakit yang bertujuan untuk mempertahankan integritas kulit, kekakuan sendi, mengatasi fungsi menelan, gangguan komunikasi, dan pencegahan jatuh. Fase subakut terjadi 2 minggu sampai 6 bulan pasca stroke, pada fase ini pasien diperbolehkan untuk pulang dan melakukan latihan berdiri, berjalan, ketahanan, terapi kognitif, latihan mengeja dan berbicara, yang bertujuan untuk mengoptimalkan pemulihan neurologis dan reorganisasi saraf. Sementara untuk fase rehabilitasi berlangsung di atas 6 bulan pasca stroke, pada fase ini perawatan dan pemulihan pasien membutuhkan dukungan keluarga agar dapat membantu mendorong atau memberikan motivasi untuk pasien, yang bertujuan untuk mengoptimalkan kemampuan fungsional pasien, mempertahankan kemampuan fungsional yang sudah dicapai, dan mencegah terjadinya komplikasi (Bethsaida, 2020).

Pada umumnya, penatalaksanaan pada pasien stroke dapat dilakukan dengan memantau tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, SPO_2) setiap satu jam, memberikan suction pada pasien yang mengalami penumpukan saliva, dan perubahan posisi miring setiap 2-4 jam sekali. Perawat harus memastikan bahwa tanda-tanda vital pasien dalam batas normal, karena ketika pasien mengalami penurunan SPO_2 akan menyebabkan terjadinya hipoksia. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya hipoksia pada pasien stroke adalah dengan menggunakan teknik non farmakologis yaitu pemberian posisi *head-up* 30° . Berkaitan dengan hal tersebut maka penyembuhan pada

pasien non hemoragik stroke tentu membutuhkan waktu yang sangat lama dan perhatian khusus agar pasien tidak mengalami hemoragik stroke. Dalam masa penyembuhan diperlukan keterlibatan peran perawat, dukungan keluarga serta biaya pengobatan yang cukup tinggi. Hal ini tentu menjadi hambatan bagi beberapa pasien yang tergolong memiliki sosial ekonomi rendah, sehingga akan kesulitan dalam memperoleh akses pelayanan kesehatan. (Nofitri, 2019)

Berdasarkan uraian diatas maka penyakit Non Hemoragik Stroke (NHS) merupakan kasus yang perlu mendapatkan perhatian khusus dikarenakan angka kejadian, angka kematian serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan cukup tinggi, maka hal ini menjadi masalah untuk kita semua terutama bagi dunia keperawatan. Dalam mengatasi berbagai permasalahan yang timbul pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) peran perawat sangatlah penting, karena masih menjadi masalah kesehatan yang perlu menjadi perhatian khusus sehingga masalah kesehatan ini harus segera ditangani dengan serius. Sebagai perawat pelaksana, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif yang meliputi: promotif, preventif, dan rehabilitatif.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat diagnosa yang berjudul "Asuhan Keperawatan Kritis dengan Non Hemoragik Stroke di ruang ICU Rumah Sakit Pelamonia Makassar" dengan harapan mampu menerapkan asuhan keperawatan yang efektif dan berkualitas.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini ialah:

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian kritis pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS)
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)
- c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

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

2. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat menjadi bahan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan saat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) yang mengalami gangguan pada perfusi serebral dengan menggunakan pengaturan posisi *head-up* 30° sebagai salah satu pilihan perawat dalam memberikan intervensi keperawatan.

3. Bagi Institusi/Akademik

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

D. Metode Penulisan

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

1. Studi kepustakaan

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

2. Studi kasus

Dengan melakukan pengamatan langsung di Ruang ICU-ICCU Rumah sakit Pelamonia Makassar

3. Wawancara

Data data pendukung lainnya didapatkan dengan hasil wawancara dengan keluarga pasien

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir tersusun/terdiri dari V bab yang terdiri dari: BAB I Pendahuluan, bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Pustaka, bab ini menguraikan tentang konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan. BAB III Pengamatan Kasus, bab ini menguraikan tentang pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi. BAB IV Pembahasan Kasus, bab ini membahas tentang kesenjangan teori dan kasus nyata di unit ICU. BAB V Simpulan dan Saran, bab ini menguraikan tentang simpulan dan saran. Kemudian pada akhir BAB V dilengkapi dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Stroke adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak yang mengalami gangguan atau terhambat akibat adanya sumbatan. Ada dua jenis stroke yaitu iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat penggumpalan aliran darah baik itu sumbatan akibat trombosit atau embolik sedangkan stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang subarachnoid (Joyce M Black, 2014). Stroke adalah gangguan fungsi otak karena penyumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak (Arum, 2015).

Menurut Ratnasari (2020) Non Hemoragik Stroke (NHS) atau infark adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan trombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak dan tempat lain tubuh. *Cerebro Vascular Accident* (CVA) merupakan gangguan sistem saraf pusat yang paling sering ditemukan dan merupakan penyebab utama gangguan aktivitas fungsional otak, biasanya terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik yang berlangsung 24 jam atau lebih (Permatasari, 2020). Non Hemoragik Stroke (NHS) didefinisikan sebagai stroke yang mengakibatkan suplai darah menuju otak mengalami hambatan dikarenakan suplai darah menuju otak mengalami hambatan karena adanya thrombus atau gumpalan darah gumpalan darah yang telah terbentuk dibawa oleh darah atau biasa disebut

dengan embolus. Bekuan darah tersebut dapat terbawa menuju otak melalui aliran darah dan dapat menyebabkan penyumbatan sehingga terjadi stroke non hemoragik (Putri Melisa, 2022).

Berdasarkan teori di atas maka penulis menyimpulkan bahwa Non Hemoragik Stroke (NHS) adalah jenis stroke yang terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah otak. Non Hemoragik Stroke (NHS) kehilangan fungsi otak yang disebabkan karena adanya penyumbatan pembuluh darah yang mengakibatkan pembentukan trombus atau embolis dengan tanda dan gejala klinik yang berlangsung 24 jam atau lebih. Non Hemoragik Stroke (NHS) terjadi akibat penutupan aliran darah ke sebagian otak tertentu, maka terjadi serangkaian proses pada daerah yang terserang iskemik.

2. Anatomi Fisiologi

Otak terbagi atas tiga bagian besar yaitu serebrum (otak besar), batang otak dan serebellum (otak kecil) kemudian Korda spinalis yang menjadi hantaran saraf-saraf dari sistem saraf pusat (Ma'Arif, 2021).

a. Korteks Serebrum (Otak Besar)

Serebrum dibagi menjadi 2 belahan yaitu hemisfer serebrum kiri dan kanan keduanya dihubungkan oleh Korpus Kolosum suatu pita tebal yang mengandung 300 juta akson saraf melintang diantara kedua hemisfer. Setiap hemisfer terdiri dari sebuah lapisan luar yang tipis yaitu substansia alba dan substansia grisea.

Fungsi utama serebrum adalah persepsi sensorik, control gerakan volunteer, bahasa, sifat pribadi, proses mental canggih misalnya berpikir, mengingat, membuat keputusan, kreativitas dan kesadaran diri. Serebrum dibagi 4 lobus yang

nama-namanya disesuaikan dengan nama tulang tengkorak yang menutupinya yaitu:

1) Lobus Frontalis

Terletak di korteks bagian depan yang bertanggungjawab terhadap 3 fungsi utama yaitu aktivitas motorik volunter, kemampuan bicara dan berpikir

2) Lobus Parietalis

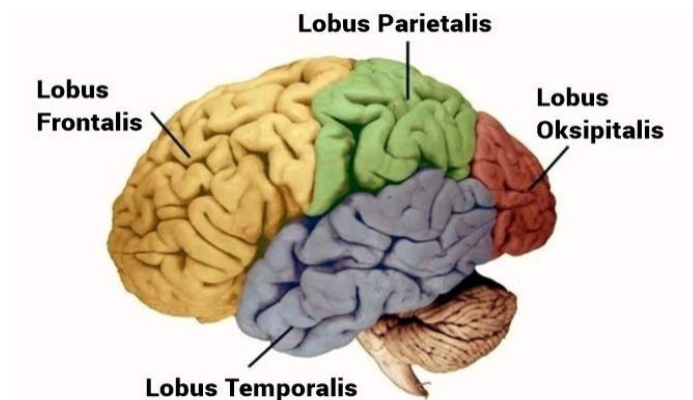
Bertanggung jawab untuk menerima dan mengolah masukan sensorik seperti sentuhan, tekanan, panas, dingin dan nyeri dari permukaan tubuh. Lobus parietalis juga merasakan kesadaran mengenai posisi tubuh.

3) Lobus Temporalis

Bertanggung jawab terhadap pendengaran sensasi bau, pengecapan serta ingtan jangka pendek, terdapat juga area wernicle's berfungsi untuk menerima dan mengaktifkan bahasa. Lesi pada daerah ini dapat mengakibatkan penurunan kemampuan memahami bahasa.

4) Lobus Oksipitalis

Bertanggung jawab terhadap penglihatan, menerima informasi penglihatan dan menyadari sensasi warna dan reflek gerakan mata.



Gambar 1.1 Cerebrum (Admin, 2018)

b. Subkorteks

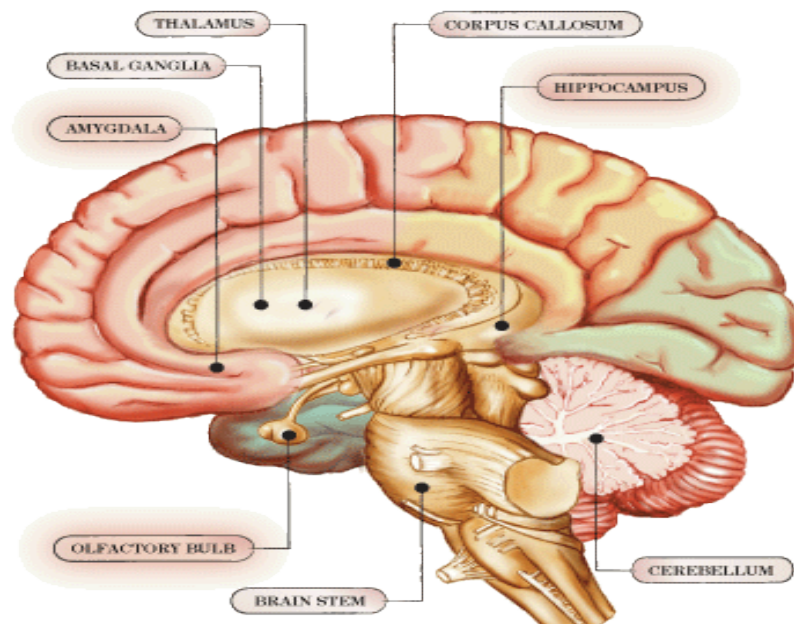
Daerah – daerah subkorteks (di bawah korteks) mencakup nukleus basal, diencephalon yang di dalamnya terdapat thalamus dan hipotalamus.

1) Nukleus Basal (Basal Ganglia)

Terkait dengan sistem Ekstrapiramidal yang ada hubungannya dengan proses pergerakan / motorik supaya bisa dikehendaki baik, cakap, terampil, luwes dan pas waktunya. Pasien dengan gangguan ekstrapiramidal menunjukkan gerakan yang tak terarah (Parkinson)

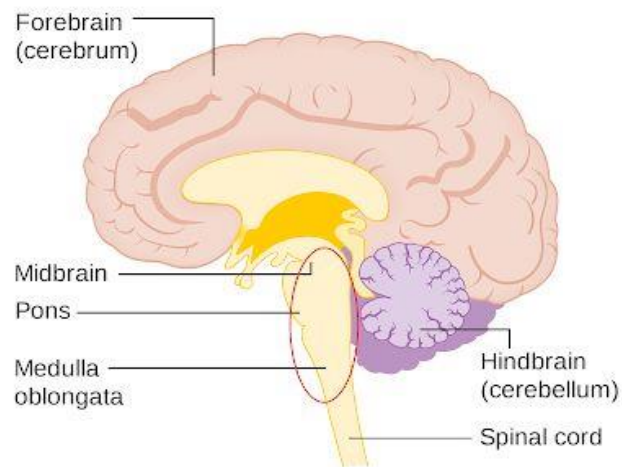
2) Diensephalon

Jauh di dalam otak dekat basal ganglia terdapat diensephalon suatu stuktur garis tengah yang membentuk dinding-dinding rongga ventrikel ke tiga salah satu tempat lewatnya cairan CSF. Diensephalon terdiri dari dua bagian utama yaitu Tallamus dan Hipotallamus.



Gambar 1.2 Subkorteks dan Cerebellum (Ihda, 2021)

- a) Talamus berfungsi sebagai stasiun pemancar untuk semua masukan sinaps, kesadaran kasar terhadap sensasi, tingkat kesadaran dan kontrol motorik.
 - b) Hipotalamus berfungsi untuk Mengatur banyak fungsi Homeostatik, misalnya control suhu, rasa haus, pengeluaran urine, asupan makan dan penghubung penting antara system saraf dan endokrin, sangat terlibat dalam emosi dan pola perilaku dasar.
- c. Cerebellum (Otak Kecil)
- Melekat ke belakang bagian atas batang otak, terletak di bawah lobus oksipitalis. Fungsinya untuk merangsang dan menghambat terhadap koordinasi dan gerakan halus, mengontrol gerakan yang benar, keseimbangan, posisi dan mengintegrasikan input sensori.
- d. Batang Otak
- Adalah penghubung yang sangat penting antara korda spinalis dan bagian otak yang lebih tinggi. Batang Otak terdiri dari :
- 1) Medulla Oblongata
Merupakan pusat reflek yang penting untuk jantung, vasokonstriksi pernapasan, bersin, batuk, menelan, pengeluaran air liur dan muntah.
 - 2) Pons
Merupakan penghubung antara kedua hemisfer serebelum. Berperan dalam pengaturan pernapasan, saraf cranial V (Trigeminus), VI (Abducens), VII (Fascialis), VIII (Vestibulo Acusticus).
 - 3) Mesencephalon
Merupakan bagian pendek dari batang otak yang letaknya diatas Pons dalam reflek penglihatan dan koordinasi gerakan penglihatan, reflek pendengaran.



Gambar 1.3 Midbrain dan spinal cord (Raysha, 2021)

e. Spinal Cord

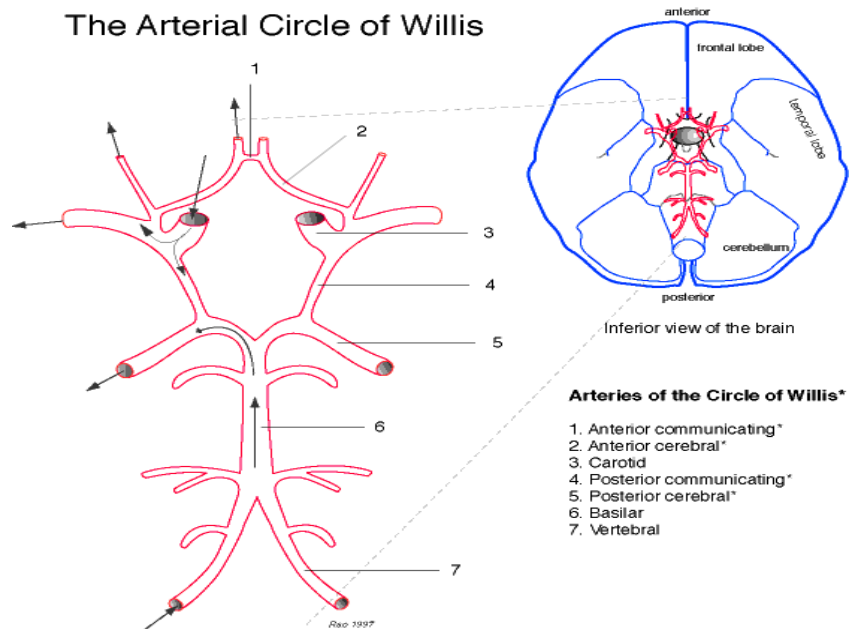
Dari batang otak berjalan suatu silinder jaringan saraf panjang dan ramping yaitu korda spinalis. Dari korda spinalis keluar saraf-saraf spinalis berpasangan melalui ruang yang dibentuk tulang mirip sayap vertebra yang berdekatan. Saraf spinalis diantaranya 8 saraf servikalis, 12 saraf torakalis, 5 saraf lumbaris, 5 saraf sakralis dan 1 saraf koksigeus. Sebanyak 31 pasang saraf saraf spinalis dan 12 pasang saraf kranialis yang berasal dari otak membentuk system saraf perifer. Kesemuanya bertanggungjawab menjalankan perintah dari otak dalam penghantar gerak, rasa, reflek tubuh.

f. Sirkulasi Serebral

Dalam sirkulasi darah ke otak diantaranya diperoleh dari 2% dari BB tubuh, 20% cardiac output digunakan otak, 25% oksigen untuk otak, 65% glukosa untuk otak dimana 90% secara aerobik dan 10% secara anaerob. Darah dari jantung ke otak dialirkan oleh 2 arteri carotis internal dan 2 arteri carotis eksternal kemudian saling berhubungan menjadi arteri basilaris pada otak. Apabila terjadi sumbatan dalam pembuluh darah dan sampai mengakibatkan aliran darah otak

terhenti selama 3-10 menit maka akan menyebabkan gangguan fungsional otak. Namun demikian masih ada suatu kompensasi otak kita terhadap kondisi tersebut. Adanya *sirkulus arteriosus willisi* (yang berfungsi memberikan bantuan aliran darah kolateral) dan *efek bayliss* (auto regulasi aliran darah ke otak) dalam rentang sistolik 50-200 mmHg dan diastolik 60-120 mmHg jumlah darah yang mengalir ke otak diatur konstan atau tetap.

Sirkulus arteriosus willisi terdapat pada dasar otak yang merupakan lingkaran arteri yang dibentuk dari cabang-cabang arteri carotid interna anterior dan arteri cerebral bagian tengah arteri, penghubung anterior dan posterior. Arteri-arteri pada sirkulus willisi memberi rute *alternative* pada aliran darah jika salah satu arteri utama tersumbat.



Gambar 1.4 Sirkulasi Willis (Lisa, 2019)

3. Etiologi

Menurut Ratnasari (2020) penyebab Non Hemoragik Stroke (NHS) yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Jenis Kelamin

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

2) Usia

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

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi, merupakan faktor risiko tunggal yang paling penting untuk stroke iskemik maupun stroke perdarahan. Pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar. Jika proses tekanan berlangsung lama, dapat menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah sehingga menjadi rapuh dan mudah pecah. Hipertensi juga dapat menyebabkan arterosklerosis dan penyempitan diameter pembuluh darah sehingga

mengganggu aliran darah ke jaringan otak

2) Penyakit Jantung

Faktor risiko berikutnya adalah penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih cepat dibandingkan di bagian-bagian lain jantung. Ini menyebabkan aliran darah menjadi tidak teratur dan secara insidental terjadi pembentukan gumpalan darah. Gumpalan-gumpalan inilah yang kemudian dapat mencapai otak dan menyebabkan stroke

3) Diabetes Melitus

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

4) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Asap rokok mengandung beberapa zat yang bahaya yang disebut dengan zat oksidator. Dimana zat tersebut menimbulkan kerusakan dinding arteri dan menjadi tempat penimbunan lemak, sel trombosit, kolesterol, penyempitan dan pergeseran arteri diseluruh tubuh termasuk otak, jantung dan tungkai. Sehingga merokok

dapat menyebabkan terjadinya arteriosklerosis, mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah menggumpal sehingga resiko terkena stroke

5) Dislipidemia

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

6) Stres

Stres yang bersifat konstan dan terus menerus memengaruhi kerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memproduksi hormon adrenalin, tiroksin, dan kortisol sebagai hormon utama stres akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistem homeostasis. Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sistem saraf simpatis berpengaruh terhadap kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksin selain meningkatkan *Basal Metabolism Rate* (BMR) juga menaikkan denyut jantung dan frekuensi nafas. Peningkatan denyut jantung inilah yang akan memperberat aterosklerosis. Stress dapat merangsang pelepasan hormon adrenalin dan memacu jantung untuk berdetak lebih cepat dan lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat

7) Konsumsi Kopi

Konsumsi kopi dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke iskemik, di sebabkan oleh denyut jantung yang meningkat

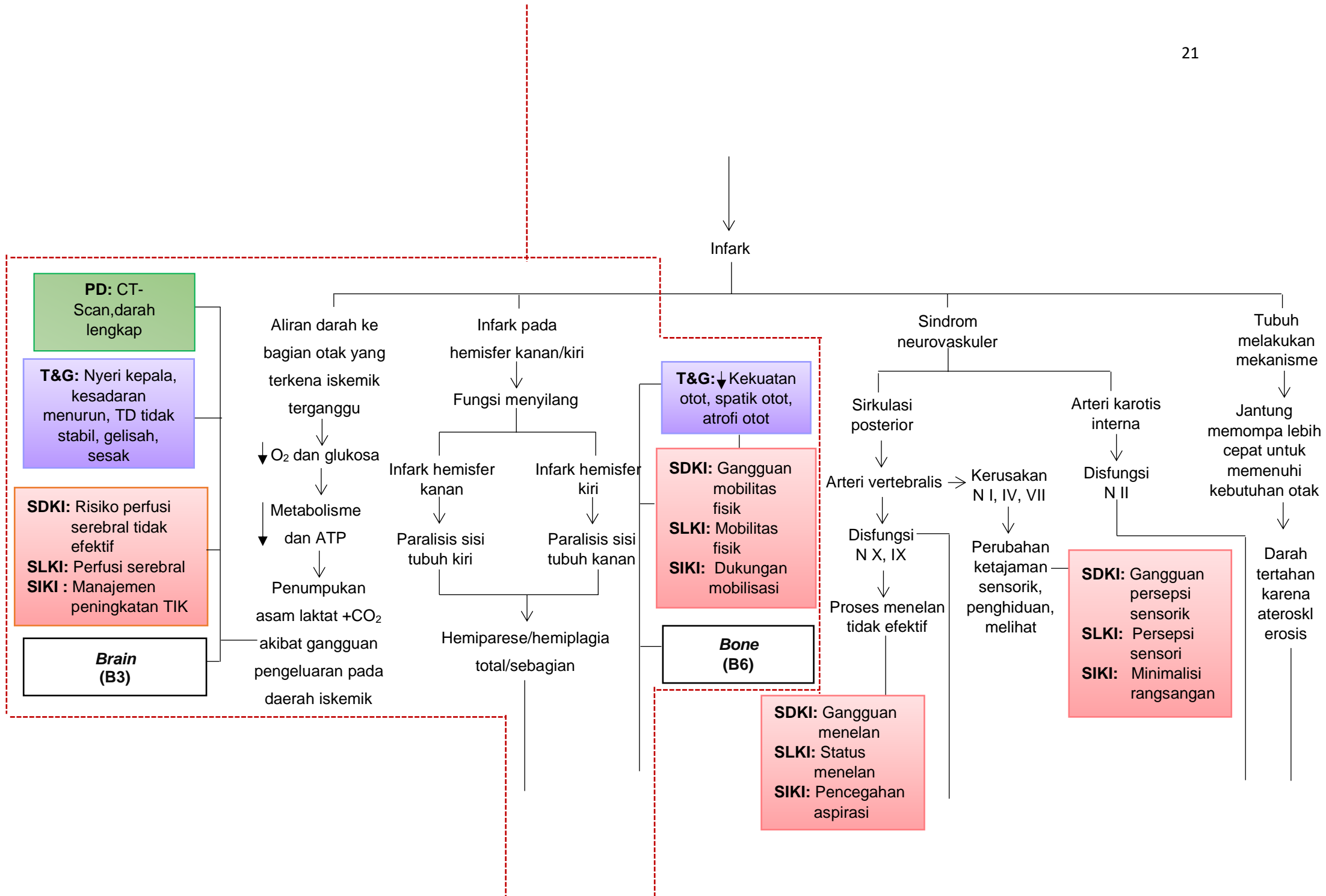
beberapa saat setelah mengkonsumsi segelas kopi, yang dapat terjadinya aliran darah ke otak tidak stabil akibatnya kerja jantung yang meningkat sehingga kapasitas pembuluh darah bertambah dan akan beresiko terjadinya penyumbatan didalam arteri

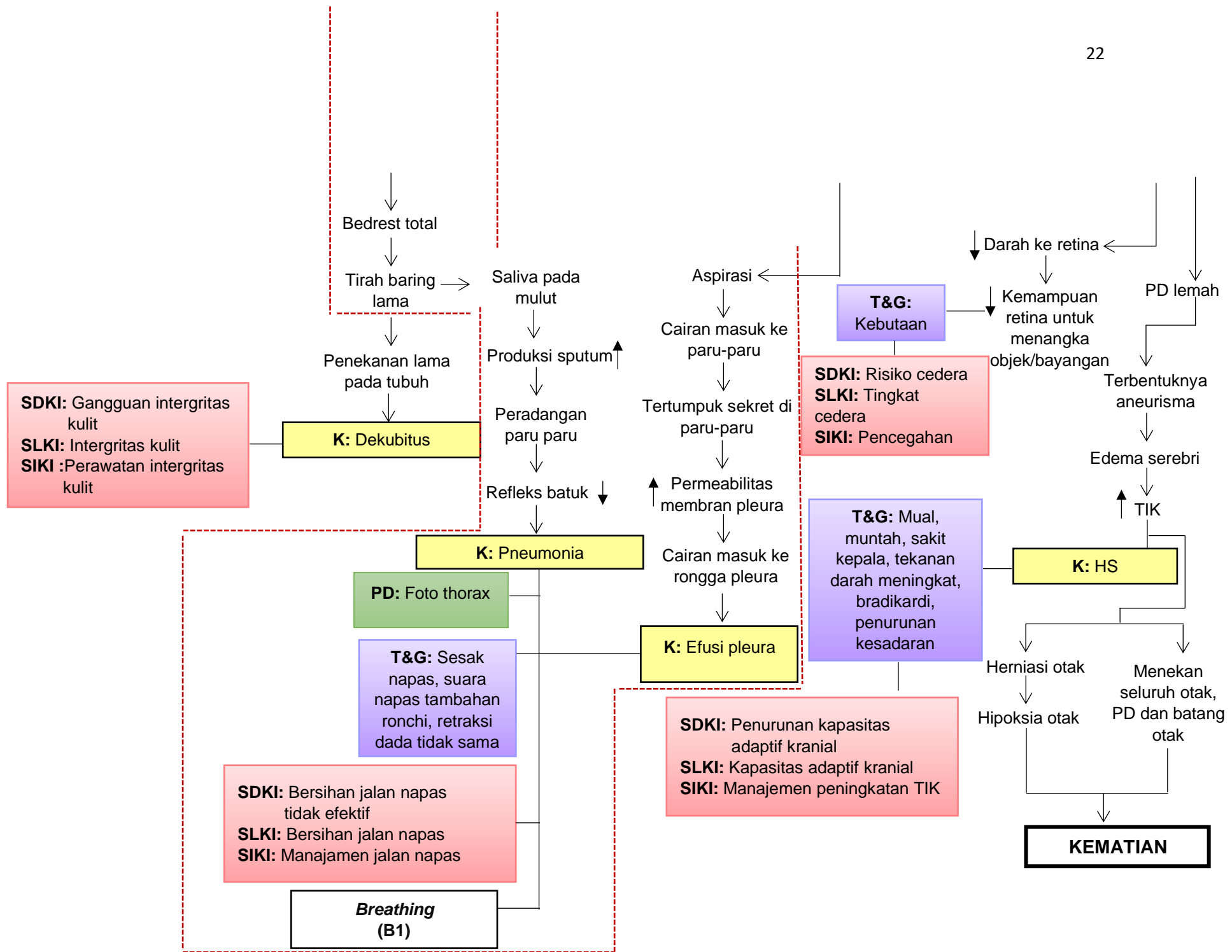
4. Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan pant dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi (Nggebu 2019).

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

pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat, menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian di bandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular; karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, herniasi otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral: Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Nggebu, 2019).





Ket:

Garis putus-putus warna merah = Alur perjalanan pasien

Daftar pustaka:

Ginting, M. W. (2017), Katrisnani, R. (2019), Nggebu. (2019), Ratnasari, S. (2020).

5. Manifestasi Klinis

Menurut Ginting (2017) gejala umum yang sering terjadi dan mudah dilihat adalah penderita merasakan lemah dan mati rasa atau bebal pada bagian wajah, tangan, atau kaki terutama salah satu bagian tubuh. Gejala stroke dapat disingkat FAST untuk memudahkan masyarakat dalam mengenali gejala tersebut:

a. F (face/ wajah)

Minta orang tersebut untuk tersenyum. Wajah akan terlihat tidak simetris (asimetris), sebelah sudut mulut tertarik ke bawah dan lekukan antara hidung ke sudut mulut tampak mendatar.

b. A (arms drive/ gerakan lengan)

Minta orang tersebut untuk mengangkat kedua lengan. Lengan diangkat lurus sejajar kedepan dengan sudut 90^o 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.

c. S (speech/ bicara)

Minta orang tersebut mengulangi kalimat sederhana. Maka akan terlihat gangguan berbicara (artikulasi terganggu) atau sulit berbicara (gagu) atau bisa bicara tetapi mengalami gangguan pemahaman atau sulit mengerti.

d. T (time/ waktu)

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

- 1) Kehilangan kesadaran (pingsan)
- 2) Pusing berputar (vertigo)

- 3) Kesemutan separuh badan
- 4) Penglihatan tiba-tiba kabur pada kedua atau salah satu mata.

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

a. Kehilangan motorik

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

b. Kehilangan Komunikasi

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

- 1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- 2) Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
- 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan

yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c. Gangguan Persepsi

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

d. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologik

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

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

dan gerakan bagian tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius

4) Disfungsi kandung kemih

Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena kebingungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/bedpan (Katrisnani, 2019).

6. Tes Diagnostik

Menurut Murtiningsih (2019) tes diagnostik pada pasien stroke, yaitu:

a. Radiologi

1) *Elektroensefalogram* (EEG)

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

2) Sinar X

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

3) Angiografi Serebral

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

4) CT-Scan

Pemindaian yang memperlihatkan secara spesifik adanya

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

5) Fungsi Lumbal

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

6) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Pemeriksaan yang menggunakan gelombang magnetik dengan menentukan besar atau luas perdarahan yang terjadi pada otak. Hasil dari pemeriksaan ini digunakan untuk menunjukkan adanya daerah yang mengalami infark, hemoragik, dan malinformasi arteriovena.

7) Ultrasonografi Doppler

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

8) Pemeriksaan Thorax

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

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

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

2) Test Darah Koagulasi

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

3) Tes Kimia Darah

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

7. Penatalaksanaan Medis

Adapun penatalaksanaan medis yang diberikan kepada pasien stroke yaitu:

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Menurunkan kerusakan iskemik serebral tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.
- 2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK Dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason
- 3) Pengobatan
 - a) Anti Koagulan: Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut

- b) Obat Anti Trombotik: Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik
 - c) Diuretika: Untuk menurunkan edema serebral
 - 4) Pembedahan Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.
- b. Penatalaksanaan Keperawatan
- 1) Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
 - 2) Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.
 - 3) Tanda-tanda vital usahakan stabil
 - 4) Bedrest
 - 5) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
 - 6) Hindari kenaikan suhu, batuk, konstipasi, atau cairan suction yang berlebih (Nofitri, 2019)

8. Rehabilitasi Pasca Stroke

Menurut Kurniawan (2017) mengklasifikasikan fase dalam rehabilitasi stroke sebagai berikut :

a. Fase Akut

Pasien stroke mendapatkan perawatan di ruang perawatan biasa maupun unit stroke, dikarenakan kondisi hemodinamik pasien belum stabil. Rehabilitasi fase akut dilakukan pada 2 minggu pertama pasca serangan stroke. Tujuan rehabilitasi fase akut ini adalah untuk mempertahankan integritas kulit, mencegah pola postur, mencegah otot mengalami pemendekan dan kaku sendi, mengatasi gangguan fungsi menelan dan gangguan komunikasi. Manajemen rehabilitasi fase akut meliputi manajemen menelan, manajemen berkomunikasi,

pengecegan *pressure ulcer*, pengecegan jatuh, pengecegan nyeri serta DVT.

b. Fase Sub-akut

Pasien stroke fase sub-akut pada umumnya kondisi hemodinamikny mulai stabil dan dibohekan untuk pulang ke rumah. Apabila pasien masih memerlukan penanganan rehabilitasi yang intensif maka belum boleh untuk dipulangkan. Fase rehabilitasi ini dilakukan antara 2 minggu hingga 6 bulan setelah stroke. Tujuan pemberian rehabilitasi yaitu untuk mengoptimalkan pemulihan neurologis dan reorganisasi saraf, meningkatkan kualitas hidup dan konsep diri. Latihan pada fase sub-akut ini yaitu meliputi latihan berdiri dan berjalan, latihan ketahanan, terapi kognitif, terapi berbicara, dan terapi dengan modalitas, dan juga terapi yang telah dilakukan pada fase akut dapat dilanjutkan.

c. Fase Kronis

Program latihan atau rehabilitasi untuk fase kronis berlangsung diatas 6 bulan setelah terjadi stroke. Pada fase ini latihan endurasi dan penguatan otot dilakukan secara bertahap dan terus ditingkatkan hingga pasien dapat mencapai aktivitas aktif yang optimal. Tujuan dari program latihan fase kronis adalah mengoptimalkan dan mempertahankan kemampuan fungsional yang telah dicapai, mengoptimalkan kualitas hidup pasien, dan mencegah terjadinya komplikasi. Latihan fase kronis meliputi latihan berjalan, latihan kekuatan dan latihan keseimbangan.

Menurut Sari (2020) peningkatan kualitas hidup penderita stroke melalui rehabilitasi. Rehabilitasi dilakukan segera mungkin dan secara rutin, hal ini menyebabkan kembalinya kemampuan motorik penderita stroke secara

bertahap. Rehabilitas pada ekstremitas atas sangatlah penting bagi penderita stroke. Ekstremitas atas sangat berperan penting dalam pelaksanaan kegiatan sehari-hari seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan lain sebagainya. Penatalaksanaan rehabilitasi yang dapat dilakukan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik yaitu melakukan mobilisasi sesegera mungkin saat kondisi neurologis dan hemodinamik penderita stroke telah membaik atau stabil. Mobilisasi harus dilakukan secara berskala.

9. Komplikasi

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

a. Bekuan Darah (trombosis)

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan selain itu juga dapat menyebabkan embolismen paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru

b. Dekubitus

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

c. Pneumonia

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

d. Atrofi dan Kontraktur (Kekakuan Sendi)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Sekunder

- a. Identitas pasien, umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa dll.
- b. Riwayat kesehatan dahulu, riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embolsme 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, kehilangan sensasi/paralisis (hemiplagia), merasa mudah lelah, susah istirahat, nyeri, kejang otot
- d. Riwayat kesehatan keluarga apakah ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga
- e. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
DS: Adanya penyakit hipotensi penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol, merokok
DO: Hipertensi arterial sehubungan adanya embolisme
- f. Pola nutrisi dan metabolik
DS: Nafsu makan menurun, mual muntahselama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfalgia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah
DO: Terjadi kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri
- g. Pola eliminasi
DS: Perubahan pada perkemihan seperti inkontensia urine, anuria.
DO: Distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

- h. Pola aktivitas dan latihan
 - DS: Merasa sulit melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis, hemiplegia, merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat
 - DO: Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan gangguan penglihatan dan gangguan kesadaran
- i. Pola tidur dan istirahat
 - DS: Susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot)
 - DO: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot
- j. Pola persepsi dan sensorik dan kognitif
 - DS: Sinkop atau pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat dengan adanya perdarahan intraserebral, subaraknoid, kesemutan (biasanya selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain)
 - DO: Status mental atau tingkat kesadaran pada pasien stroke yaitu somnolen, apatis, sopor, coma.
- k. Pola persepsi dan konsep diri
 - DS: Perasaan putus asa
 - DO: Emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
- l. Pola peran dan hubungan dengan sesama
 - DS: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi
 - DO: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, untuk afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata-kata)
- m. Pola reproduksi dan seksualitas
 - DS: Tidak adanya gairah seksual
 - DO: Kelemahan tunggu dan gangguan persepsi seksual
- n. Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stres
 - DS: Perasaan tidak berdaya, putus asa

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

o. Pola sistem nilai kepercayaan

DS: Tidak mampu mengekspresikan diri

DO: Tidak mampu melakukan ibadah (Wijaya, 2019).

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

c. *Brain*

Pada sistem saraf pusat dinilai kesadaran pasien dengan GCS (*Glasgow coma scale*) dan perhatikan gejala peningkatan TIK.

d. *Bladder*

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

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 sistem muskuloskeletal dinilai adanya tanda-tanda sianosis, warna kuku, gangguan neurologis (gerakan ekstermitas) (Fitriani, 2016).

3. **Diagnosis Keperawatan**

Menurut Juni (2020) diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien stroke yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme
- b. Gangguan menelan berhubungan dengan paralisis serebral
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- d. Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan
- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi

4. **Luaran dan Perencanaan Keperawatan**

- a. DP I: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan perfusi serebral 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 TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
R/ mengetahui sistem saraf motorik dan sensorik
- 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
R/ peningkatan TIK menyebabkan terganggunya perfusi jaringan serebral
- 3) Monitor MAP
R/ untuk mengetahui normal tidaknya hemostatis tubuh
- 4) Monitor status pernapasan
R/ untuk mengetahui tanda-tanda bahaya seperti sesak nafas

Teraupetik:

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

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
R/ meningkatkan dan memperbaiki aliran darah serebral dan mencegah terjadinya trombus
- b. DP II: Gangguan menelan berhubungan dengan paralisis serebral

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Refleks menelan meningkat
- 2) Kemampuan mengunyah meningkat
- 3) Usaha menelan meningkat

SIKI: Dukungan perawatan diri: makan/ minum

Observasi:

- 1) Monitor kemampuan menelan
R/ Mengetahui adanya kelemahan nervus vagus sehingga mengganggu fungsi menelan

Teraupetik:

- 1) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
R/ mempermudah pasien untuk makan dan minum
- 2) Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, jika perlu
R/ mulut yang bersih dapat meningkatkan napsu makan
- 3) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
R/ agar membantu pasien dalam melakukan kebutuhan

c. DP III: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan manajemen energi meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstermitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Kaku sendi menurun

SIKI: Manajemen energi

Observasi:

- 1) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
R/ untuk menentukan perkembangan peningkatan aktivitas yang dilakukan

Teraupetik:

- 1) Lakukan latihan gerak pasif dan aktif
R/ meminimalkan atrofi otot meningkatkan sirkulasi dan mencegah kontraktur

Edukasi:

- 1) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
R/ Mengidentifikasi perubahan tingkat mobilitas pasien setiap hari dan menentukan perkembangan peningkatan kekuatan otot sehingga dapat diprioritaskan tindakan yang diberikan.

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
R/ mempercepat proses penyembuhan

d. DP IV: Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan
SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Jatuh saat berjalan
- 2) Jatuh saat berjalan

SIKI: Pencegahan jatuh

Observasi:

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis, usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
R/ mengetahui faktor yang dapat menyebabkan jatuh
- 2) Identifikasi faktor lingkungan
R/ mengetahui situasi lingkungan sekitar yang menyebabkan jatuh

Teraupetik:

- 1) Pasang handrell tempat tidur

R/ mencegah pasien jatuh dari tempat tidur

- e. DP V: Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 2) Kemerahan menurun

SIKI:

Observasi:

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan, penurunan mobilitas)

R/ Mendeteksi penyebab dan tindakan yang diberikan dalam perawatan

Teraupetik:

- 1) Ubah posisi tiap 2 jam, jika tirah baring
R/ mencegah tekanan pada kulit

Edukasi:

- 1) Anjurkan menggunakan pelembab
R/ menjaga kelembaban kulit
- 2) Anjurkan mandi menggunakan sabun
R/ menjaga kelembaban kulit

4. Perencanaan Pulang (*discharge planning*)

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

- a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
- b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam dan mengurangi makanan yang manis-manis.
- c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
- d. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
- e. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.
- f. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
- g. Menganjurkan kepada keluarga pasien unruk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien dirumah (Arum, 2015).

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien atas nama Tn. D usia 70 tahun beragama Islam diantar oleh keluarganya ke RS karena mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi 6 tahun yang lalu tetapi pasien sering mengkonsumsi obat amlodipin 10mg, keluarga juga mengatakan pasien pernah di rawat di RS Pelamonia dan di diagnosis stroke oleh dokter 5 tahun yang lalu, pasien suka makan coto dan ikan bakar, pasien juga seorang perokok aktif.

Saat dilakukan pengkajian tampak klien mengalami penurunan kesadaran GCS E₁V₂M₂ dan tidak dapat menggerakkan sisi tubuh sebelah kanan. Saat ini klien dalam perawatan hari ke-2 dan mendapatkan terapi obat citicoline, ranitidine, fentanyl, vascon, dan neurobion. Tampak klien cemas, terpasang infus pump 1000cc/24 jam, NGT, dan kateter urin. Telah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala dan didapatkan hasil *Infark Regio Temporoparietooccipital Sinistra, Infark Thalamus sinistra, Brain atrophy, Deviasi septum nasi sinistra*. Hasil Thorax *Efusi Pleura Dextra*, Hasil Laboratorium WBC: 14.35, RDW-CV: 15.4, P-LCR: 0.16, NEUT#: 12.53, MONO#: 0.87, IG%: 0,7. TTV: TD: 123/98mmHg, N: 72x/m, S: 36°C, P: 26x/m, SPO₂: 97%

A. Pengkajian

RUANG INTENSIVE CARE UNIT

Nama Mahasiswa : Iriani Bate & Jefvans Evita Akollo

Tanggal : 30 Mei 2022

Nama Pasien/ Usia : Tn. D / 70 Tahun

Diagnosa Medis : NHS + Kesadaran menurun

1. Pengkajian primer

Breath (B1)	Pergerakan dada	<ul style="list-style-type: none"> Tampak pergerakan dada kiri dan kanan tidak sama karena pasien mengalami efusi pleura
	Pemakaian alat bantu napas	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> Nyeri tekan: Tidak ada nyeri tekan yang dirasakan oleh pasien Krepitasi: Tidak ada krepitasi
	Perkusi	<ul style="list-style-type: none"> Pekak
	Suara nafas	<ul style="list-style-type: none"> Vesikuler Terdengar suara nafas tambahan ronchi (+)
	Batuk	<ul style="list-style-type: none"> Tidak produktif
	Sputum	<ul style="list-style-type: none"> Tampak sputum pasien kental, berwarna putih kekuningan
	Alat bantu napas	<ul style="list-style-type: none"> Ada, jenis: <i>Non Reabrthing mask</i> (NRM) 12 liter
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> Tampak pasien sesak

		<ul style="list-style-type: none"> • SPO₂: 97% • RR: 32x/m • Nadi: 113x/m • Hasil foto thorax <ul style="list-style-type: none"> - Efusi pleura dextra
Blood (B2)	Suara jantung	<ul style="list-style-type: none"> • S1 S2 S3 S4 • Tunggal
	Irama jantung	<ul style="list-style-type: none"> • Reguler
	CRT	<ul style="list-style-type: none"> • <3 detik
	JVP	<ul style="list-style-type: none"> • Normal, 5-2 cmH₂o
	CPV	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Edema	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada edema
	EKG	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Tanda-tanda vital: TD: 123/98 mmHg N : 113x/m S : 36° C RR: 26x/m
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitatif : Sopor • Kuantitatif E₁V₂M₂ Kesimpulan: GCS 5 (Sopor)
	Reaksi pupil <ul style="list-style-type: none"> • Kanan • Kiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Isokor, diameter 2mm • Isokor, diameter 2,mm
	Refleks fisiologis <ul style="list-style-type: none"> • Biseps • Triceps • Patella 	<ul style="list-style-type: none"> • Kiri : Positif Kanan : Negatif • Kiri : Positif Kanan : Negatif • Kiri : Postitif Kanan : Negatif

	<ul style="list-style-type: none"> Achilles 	<ul style="list-style-type: none"> Kiri : Positif Kanan : Negatif
	Refleks patologis <ul style="list-style-type: none"> Babinski 	<ul style="list-style-type: none"> Kiri : Negatif Kanan : Positif
	Lain-lain	Hasil CT-scan <ul style="list-style-type: none"> Infark regio temporo parietalo ocipital sinistra Infark thalamus sinistra Brain athropy
Bladder (B4)	Kateter	<ul style="list-style-type: none"> Ada, hari ke-2
	Urin	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah urin 300cc / 8jam (14.00-21.00) Warna: Kuning pekat
	Kesulitan BAK	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	<ul style="list-style-type: none"> Tampak bibir pasien lembab
	Lidah	<ul style="list-style-type: none"> Tampak lidah pasien kotor
	Keadaan gigi	<ul style="list-style-type: none"> Tampak tidak ada gigi palsu
	Nyeri telan	<ul style="list-style-type: none"> Tidak dikaji
	Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> Tidak distensi
	Peristaltik usus	<ul style="list-style-type: none"> Normal, 15x/m
	Mual	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada
	Muntah	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada
	Hematemesis	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada
	Melena	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada
	Terpasang NGT	<ul style="list-style-type: none"> Ya, tampak pasien terpasang NGT
	Colostomy bag	<ul style="list-style-type: none"> Tidak terpasang

	Diare	• Pasien tidak mengalami diare								
	Konstipasi	• Tidak mengalami konstipasi								
	Asites	• Tidak ada asites								
	Lain-lain	• Tidak ada								
Bone (B6)	Perdarahan kulit	• Tidak ada								
	Icterus	• Tidak ada								
	Akral	• Teraba hangat								
	Pergerakan sendi	• Terbatas								
	Fraktur	• Tidak ada fraktur								
	Luka	• Tidak ada luka								
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> • Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; 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;">4</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">4</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> </tr> </tbody> </table>		Kiri	kanan	Tangan	4	1	Kaki	4
	Kiri	kanan								
Tangan	4	1								
Kaki	4	1								

2. Diagnosa Keperawatan

- B-1 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan
- B-2 : Tidak ada
- B-3 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d embolisme
- B-4 : Tidak ada
- B-5 : Tidak ada
- B-6 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

3. Pengkajian Sekunder

A. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- 1) Keadaan sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien jarang berolahraga dan pasien adalah seorang perokok aktif, keluarga pasien mengatakan dalam

satu hari pasien bisa menghabiskan 3 bungkus rokok, pasien juga menyukai makan coto dan ikan bakar, makanan yang sering dihidangkan dirumah juga yakni selalu lauk pauk yang digoreng seperti ikan goreng atau tempe/tahu goreng. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat Hipertensi sejak 6 tahun lalu, dan jarang memeriksakan kesehatannya ke Rumah Sakit, pasien hanya mengonsumsi obat amlodipine 10mg yang di beli diapotek terdekat. keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien memang mempunyai riwayat stroke 5 tahun yang lalu tetapi tidak mendapatkan perawatan lanjut, pasien hanya dirawat dirumah dan tidak memperhatikan pola makan juga kebiasaan sehari-harinya.

2) Riwayat penyakit saat ini

- a) Keluhan utama: Kaku pada ekstermitas kanan
- b) Riwayat keluhan utama: keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit kurang lebih 3 hari yang lalu pasien merasa lemah pada tubuh bagian kanan, keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien susah untuk digerakkan, kakinya kram hingga sulit untuk digerakkan. Pada saat pengkajian pasien tidak mampu mengangkat tangan dan kakinya.
- c) Riwayat penyakit yang diderita: Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi 6 tahun yang lalu dan mengonsumsi amlodipin 10mg. Keluarga pasien juga mengatakan pasien pernah mengalami stroke 5 tahun yang lalu dan di rawat di rumah sakit pelamonia Makassar.

- d) Riwayat kesehatan keluarga : Tidak ada
- 3) Pemeriksaan fisik
 - a) Kebersihan rambut: Tampak rambut bersih sedikit beruban dan kering
 - b) Kulit kepala: Tampak kulit kepala pasien tidak ada ketombe maupun lesi
 - c) Kebersihan kulit: Tampak kulit pasien lembab
 - d) Hygiene rongga mulut: Tampak bibir pasien kering, tampak lidah kotor dan mulut pasien berbau
 - e) Kebersihan genitalia: Tidak dikaji
 - f) Kebersihan anus: Tidak dikaji

B. Pola nutrisi dan metabolik

- 1) Keadaan sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki pola makan yang teratur yakni 3x sehari dengan menu yang biasa dimasak oleh istrinya yakni nasi putih, sayur dan ikan atau tempe-tahu yang digoreng. Keluarga pasien mengatakan makanan favorit pasien adalah coto dan ikan bakar.
- 2) Keadaan sejak sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien dianjurkan untuk diet tinggi garam dan lemak. Tampak pasien di pasang NGT sehingga pasien harus di sonde setiap harinya. Makanan yang disediakan oleh rumah sakit adalah bubur saring. Sehari pasien makan 3x dengan porsi 600cc untuk bubur saring dan 150cc air putih untuk sekali makan.
- 3) Observasi: Tampak pasien menggunakan NGT, tampak semua bubur saring pasien dihabiskan, dan pasien minum 150cc air dalam satu hari
- 4) Pemeriksaan fisik
 - a) Kebersihan rambut : Tampak rambut pasien bersih,

- sedikit beruban, kering, tidak berketombe dan lesi
- b) Hidrasi kulit: Tampak kulit terhidrasi normal
 - c) Conjungtiva : Tampak palpebra pasien tidak edema dan tampak conjungtiva tidak anemis
 - d) Sclera : Tampak sclera pasien tidak ikterik
 - e) Hidung : Tampak septum berada di tengah, tampak tidak ada secret atau lesi maupun pendarahan pada hidung, tampak pertumbuhan bulu hidung
 - f) Rongga mulut : tampak bibir pasien kering dan mulut pasien agak berbau
 - g) Gigi : Tampak gigi pasien sedikit berwarna kuning, tampak tidak ada karang gigi, tampak tidak ada gigi palsu yang digunakan oleh pasien.
 - h) Kemampuan mengunyah keras : Kemampuan mengunyah keras pasien masih baik
 - i) Lidah : Lidah tampak kotor
 - j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
 - k) Kelenjar getah bening : Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening
 - l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
 - m) Abdomen
 - Inspeksi : Tampak perut pasien membuncit, tidak tampak adanya bayangan vena
 - Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 21 x/i
 - Palpasi : Tidak teraba adanya nyeri tekan
 - Perkusi : Terdengar bunyi tympani
 - n) Kulit
 - Ikterik Positif √ Negatif
 - Edema Positif √ Negatif
 - Tanda-tanda radang: tidak tampak adanya

tanda peradangan

C. Pola aktivitas dan latihan

- 1) Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien sehari-hari melakukan aktivitasnya dengan mandiri dan sering berjalan-jalan pagi disekitar rumahnya dan duduk di teras.
- 2) Keadaan sejak sakit: Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa lemah dan sulit untuk bergerak sehingga tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dan aktivitasnya sekarang dibantu oleh keluarga dan perawat.
- 3) Observasi: Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya, tampak pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur

a) Aktivitas harian

- Makan 2
- Mandi 2
- Pakaian 2
- Kerapihan 2
- Buang air besar 3
- Buang air kecil 3
- Mobilisasi di tempat tidur 3

Keterangan:

- 0: Mandiri
- 1: Bantuan dengan alat
- 2: Bantuan orang
- 3: Bantuan alat dan orang
- 4: Bantuan penuh

- b) Postur tubuh: Tidak dikaji (pasien dalam keadaan berbaring di tempat tidur)
- c) Gaya jalan: Tidak dikaji
- d) Anggota gerak yang cacat: Tampak pasien hemiparese dextra
- e) Fiksasi; Tidak tampak adanya fiksasi
- f) Tracheostomi: Tampak tidak terpasang tracheostomi

4) Pemeriksaan Fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 123/98 mmHg

Duduk : -

Berdiri : -

b) HR: 113x/i

c) Kulit

Keringat dingin: Tidak teraba keringat

Basah: Tampak kulit pasien kering

d) JVP: 5-2cmH₂O

Kesimpulan: perfusi jantung memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler : CRT < 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

• Inspeksi

Bentuk thorax: Tampak tidak simetris kiri dan kanan, pernapasan pasien 32 x/i dengan irama takipnu jenis dada

Retraksi intercostal : Tidak

Sianosis: Tidak sianosis

Stridor: Tidak tampak stridor

• Palpasi

Krepitasi: Tidak teraba

• Perkusi

Sonor Redup √ Pekak

• Auskultasi

Suara napas: Terdengar vesicular

Suara ucapan: Terdengar normal

Suara tambahan: Terdengar suara napas tambahan ronchi

g) Lengan dan tungkai

- Atropi otot: Positif ✓ Negatif
- Rentang gerak

Kaku sendi: Terdapat spastik pada daerah ekstermitas kanan

Paralisis: pasien tampak mengalami paralisis

- Uji kekuatan otot

	Kiri	kanan
Tangan	4	1
Kaki	4	1

- Refleks fisiologis

Biceps

- Kiri : Positif
- Kanan : Negatif

Triceps

- Kiri : Positif
- Kanan : Negatif

Patella

- Kiri : Positif
- Kanan : Negatif

Achilles

- Kiri : Positif
- Kanan : Negatif

- Refleks Patologis

Babinski

Kiri: Negatif

Kanan: Positif

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Hematologi

WBC : 14,35

RDW-CV : 15,4

P-LCR : 0,16

NEUT# : 12,53

MONO# : 0,87

IG% : 0,7

b. Pemeriksaan foto thorax

Kesan: Efusi pleura dextra

c. Pemeriksaan CT-Scan

Kesan:

- Infark regio temporoparietalooccipital sinistra
- Infark thalamus sinistra
- Brain atrophy

5. Terapi yang diberikan

- a. Citicolin 500 mg/IV/12 jam
- b. Neurobion 1 ampul/IV/12 jam
- c. Ranitidine 2 ml/IV/12 jam
- d. Ventonil 30mg/jam
- e. Vascon 0,3 mg/jam

DAFTAR OBAT

A. Citicoline

1. Nama obat : Citicoline
2. Klasifikasi/golongan obat : Kelas terapi: Nootropik dan neurotonik atau neurotrofik
Klasifikasi obat : Vitamin saraf
3. Dosis umum : Dosis 500–1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari
4. Dosis untuk pasien : 500mg/IV/12 jam
5. Cara pemberian obat : Intravena (IV)
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Obat ini berfungsi mencegah kerusakan otak (neuroproteksi) dan membantu pembentukan membran sel di otak (neurorepair). Citicoline memainkan peranan penting dalam perbaikan neuron dengan mendukung energi yang diproduksi di neuron. Hal ini pada gilirannya mendukung perbaikan dan pemeliharaan membran sel, pembentukan bahan kimia, dan propagasi impuls listrik. Semua ini sangat diperlukan untuk mendukung fungsi yang lebih luas dari otak seperti memori, motorik, fungsi kognitif, berpikir, dan proses pengambilan keputusan. Pemberian citicoline berguna sebagai neuroproteksi pada iskemik karena sifatnya sebagai bahan pengadaaan kardiopilin dan sferingomielin, sumber fosfatidilkholin serta stimulasi sintesis glutation sebagai antioksidan endogen dan menjamin keseimbangan aktivitas neurotransmisi Na^+ K^+ -ATPase antar sel di sistem saraf pusat (SSP). Citicoline juga memiliki potensi untuk mengurangi kerusakan otak akut dan meningkatkan pemulihan fungsional pada model binatang

yang stroke, bahkan ketika diberikan beberapa jam setelah kejadian iskemik

7. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada Tn. D diberikan citicoline karena pasien mengalami kerusakan pada fungsi otak
8. Kontra indikasi : Citicoline dikontraindikasikan bagi pasien dengan hipertonia system nervus parasimpatis
9. Efek samping: Diare, mual, reaksi hipersensitifitas seperti ruam kulit, gangguan vaskular seperti sakit kepala, insomnia, serta perubahan tekanan darah sementara (Agitha, 2016).

B. Neurobion

1. Nama obat: Neurobion
2. Klasifikasi/golongan obat: Suplemen vitamin
3. Dosis umum :
 - a. Tablet
Tiap tabletnya mengandung 100 mg vitamin B1, 100 mg vitamin B6, dan 0,2 mg vitamin B12.
 - b. Forte
Tiap 1 tablet Neurobion Forte mengandung 100 mg vitamin B1, 100 mg vitamin B6, dan 5 mg vitamin B12.
 - c. Suntik/IV
Produk ini hanya dapat diberikan oleh dokter, atau oleh tenaga medis di bawah pengawasan dokter. Suplemen ini terdiri dari 2 ampul yang disuntikkan ke dalam otot. Ampul 1 mengandung 100 mg vitamin B1 dan 100 mg vitamin B6, sementara ampul 2 mengandung 5 mg vitamin B12.
4. Dosis yang diberikan untuk pasien: 1 ampul/IV/12jam
5. Cara pemberian obat : IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Neurobion merupakan suplemen yang bermanfaat untuk menjaga kesehatan

sistem saraf. Selain untuk menjaga kesehatan saraf, vitamin B1, B6, dan B12 juga bermanfaat untuk mengatasi kekurangan (defisiensi) vitamin B, membantu pengolahan energi dari makanan, serta membantu produksi sel darah merah. Manfaat utama mengonsumsi neurobion adalah untuk mencegah atau mengatasi masalah kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan vitamin B. Perlu diketahui bahwa vitamin B memainkan peran penting dalam banyak fungsi dalam tubuh. Misalnya seperti mendukung sistem saraf yang sehat, membantu pembentukan sel darah merah, dan membantu metabolisme tubuh agar bekerja dengan baik dan lancar. Pada kondisi tubuh yang kekurangan vitamin B, biasanya terjadi karena kurang mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin B dengan cukup, atau bisa juga karena tubuh mengalami kesulitan dalam mencerna makanan yang mengandung vitamin B

7. Alasan pemberian obat pada pasien: pada pasien Tn. "D" mengalami kesulitan dalam mengonsumsi dan mencerna makanan yang mengandung vitamin B. sehingga diberikan neurobion untuk mencukupi kebutuhan vitamin dalam tubuh.
8. Kontra indikasi: hipersensitivitas
9. Efek samping obat: Neurobion dapat menimbulkan efek samping berupa diare, sakit perut, sering berkemih, atau kerusakan saraf

C. Ranidine

1. Nama obat: Ranitidine
2. Klasifikasi/golongan obat: Antagogs H₂
3. Dosis umum:

- a. Dewasa: 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/kg berat badan/jam melalui infus. Lalu, diberikan secara oral dengan dosis 150 mg, minum sebanyak dua kali per hari.
 - b. Anak: 1 mg/kg berat badan (maksimal 50 mg) melalui intravena. Lakukan setiap 6-8 jam.
4. Dosis yang diberikan kepada pasien: 2ml/IV/24jam
 5. Cara pemberian obat: Injeksi IV
 6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ranitidin bekerja menghambat reseptor histamin H₂ secara selektif dan reversibel. Perangsangan dari reseptor histamin H₂ ini akan merangsang sekresi asam lambung sehingga dengan adanya ranitidine sebagai antagonis dari reseptor histamin ini, maka akan terjadi penghambatan sekresi asam lambung. Selain itu ranitidine ini juga mengganggu volume dan kadar pepsin cairan lambung. Reseptor histamin ini terdapat pada sel parietal di lambung yang mensekresi asam lambung.
 7. Alasan pemberian obat kepada pasien: pada Tn."D" mengonsumsi cukup banyak obat-obat emergency yang dapat meningkatkan asam lambung , sehingga diberikan ranitidine untuk menetralkan kadar asam lambung dalam tubuh.
 8. Kontraindikasi: bila terdapat riwayat porfiria akut dan hipersensitivitas terhadap ranitidin. Pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan liver memerlukan penyesuaian dosis.
 9. Efek samping obat: sakit kepala, sembelit, diare, mual, muntah dan sakit perut

D. Fentanyl

1. Nama obat: Fentanyl
2. Klasifikasi/golongan: analgesik dan anastesi
3. Dosis umum: Obat Fentanyl tersedia dalam bentuk injeksi yang diberikan 0,05 mg/mL, 5 amp per kasus. Maksudnya adalah 1 pasien maksimal mendapatkan 5 ampul dalam 1x perawatan, bukan 5 ampul per kasus.
4. Dosis yang diberikan ke pasien: 30mcg/jam
5. Cara pemberian obat: IV/jam
6. Mekanisme kerja obat: Pemberian fentanyl dan sufentanyl dihubungkan dengan peningkatan tekanan intra kranial (TIK) sebesar 6 hingga 9 mmHg walaupun PaCO₂ tidak berubah. Peningkatan TIK ini sering diikuti oleh penurunan MAP dan tekanan perfusi serebral (cerebral perfusion pressure, CPP). Hal ini mengisyaratkan bahwa peningkatan TIK, yang mungkin disebabkan oleh fentanyl, disebabkan karena adanya penurunan auto regulasi resistensi pembuluh darah serebral karena penurunan tekanan darah, sehingga menyebabkan vasodilatasi, peningkatan volume darah dan peningkatan TIK. Walau begitu, mekanisme ini sepertinya tidak berdiri sendiri, sehingga harus dipertimbangkan mekanisme lainnya.
7. Alasan pemberian pada pasien: pada Tn."D" mengalami riwayat hipertensi, sehingga diberikan fentanyl untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK.
8. Kontraindikasi: Pasien non-toleran opioid, sedang menjalani pengobatan nyeri akut selain *breakthrough*, misalnya migrain atau sakit kepala lainnya atau nyeri setelah operasi, gangguan pergerakan usus akibat kelumpuhan otot usus (ileus paralitik)

9. Efek samping: Sembelit, mual, muntah, sakit perut, merasa mengantuk, vertigo, merasa bingung, sakit kepala, gatal atau ruam.

E. Vascon

1. Nama obat: Vascon
2. Golongan/klasifikasi obat: vasokonstriktor
3. Dosis umum:

Tujuan: Mengatasi pasien dengan hipotensi akut
 Dosis awal 8–12 mcg per menit, melalui infus. Dosis dapat ditingkatkan untuk mencapai respon terapi yang diinginkan. Dosis perawatan 2–4 mcg per menit, melalui infus.

Tujuan: Menangani pasien dengan henti jantung
 Dosis awal 8–12 mcg per menit, melalui infus. Dosis dapat ditingkatkan untuk mencapai respon terapi yang diinginkan. Dosis perawatan 2–4 mcg per menit, melalui infus.

Selain itu, norepinephrine juga bisa digunakan dalam pengobatan syok septik, dengan dosis 0,01–3,3 mcg/kgBB per menit, melalui infus.

4. Dosis yang diberikan ke pasien: 0,03 mcg
5. Cara pemberian obat: IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mengatasi hipotensi yang mengancam nyawa dan menangani kondisi henti jantung. Obat ini memiliki efek pada reseptor alfa dan beta. Obat ini akan menyempitkan pembuluh darah sehingga bisa meningkatkan tekanan darah. Selain itu, norepinephrine juga bisa memicu kerja jantung dalam memompa darah

7. Alasan pemberian obat pada pasien: pada Tn."D" mengalami penurunan tekanan darah dari waktu ke waktu, sehingga diberikan vascon untuk mengatasi hipotensi yang dapat mengancam nyawa.
8. Kontraindikasi: pada pasien hipertensi, wanita hamil, pasien dengan trombosis vaskular perifer atau mesenterika kecuali diperlukan sebagai prosedur penyelamatan jiwa
9. Efek samping: Lambatnya denyut jantung (bradikardia), kesulitan dalam berafas, sakit kepala, kekurangan suplai darah ke jaringan atau organ tubuh (iskemia perifer) tekanan darah tinggi (Hipertensi), kecemasan, sesak nafas (dyspnoea).

IDENTIFIKASI MASALAH

Nama/ Umur : Tn. D / 70 tahun

Ruang/ Kamar: ICU

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 6 tahun yang lalu • Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan seorang perokok aktif, dalam 1 hari pasien menghabiskan 3 bungkus rokok. • Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan coto. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil TTV TD : 123/98mmHg P : 32x/m • Tingkat kesadaran GCS (E₁V₂M₂) : sopor • Reaksi pupil Isokor (2mm) • Refleks fisiologis Bisep, triceps, patella, achilles pada ekstermitas kanan : negatif • Refleks patologis Babinski pada ekstermitas kanan : positif • Hasil CT-Scan <ul style="list-style-type: none"> - Infark regio temporoparietalooccipital 	Embolisme	Risiko Perfusi serebral tidak efektif

<p>sinistra</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infark thalamus sinistra - Brain atrophy 		
<p>DS :</p> <p>-</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sesak • Hasil TTV R : 32x/m HR : 113x/m SPO₂ : 97% • Pergerakan dada pasien tidak simetris. • Teraba vocal premitus dada kanan lebih tinggi dari dada kiri. • Pemeriksaan perkusi terdengar suaraa pekak. • Terdengar suara napas tambahan ronchi. • Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan sputum. • Tampak pasien terpasang NRM 12L • Hasil foto thorax Efusi pleura dexta 	<p>Sekresi yang tertahan</p>	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan tidak mamngerakan ekstremitas kanan <p>DO :</p>	<p>Gangguan neuromuskular</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien berbaring lemah ditempat tidur. • Tampak ekstremitas kanan tidak dapat di gerakan • Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> <td style="text-align: center;">kanan</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table> • Tampak semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. 		Kiri	kanan	Tangan	4	1	Kaki	4	1		
	Kiri	kanan									
Tangan	4	1									
Kaki	4	1									
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan coto dan ikan bakar. • Keluarga pasien mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya ke RS. • Keluarga pasien mengatakan dalam 1 hari pasien menghabiskan 3 bungkus rokok. • Keluarga pasien mengatakan sering menghadirkan lauk paung yang digoreng tiap harinya. • Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mendengarkan nasehat istrinya. <p>DO : -</p>	<p>Konflik pengambilan keputusan</p>	<p>Manajemen kesehatan tidak efektif</p>									

B. Diagnosa keperawatan

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolime
2. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan
3. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular
4. Manajemen kesehatan tidak efektif b.d konflik pengambilan keputusan

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. D/70 tahun

Ruangan : ICU-ICCU

DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	Luaran yang diharapkan (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)
<p>1. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolime</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 6 tahun yang lalu • Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan seorang perokok aktif, dalam 1 hari pasien menghabiskan 3 bungkus rokok. • Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan coto. 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mengalami peningkatan tekanan intrakarnial 2. Pertahankan nilai tekanan darah dalam batas normal <p>Status neurologis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi dalam 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun). 3. Monitor status pernapasan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi semi fowler (<i>head-up 30°</i>) 2. Alur ventilator agar PaCO₂

<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil TTV TD : 123/98mmHg P : 32x/m • Tingkat kesadaran GCS (E₁V₂M₂) : sopor SPO₂: 97% • Reaksi pupil Isokor (2mm) • Refleks fisiologis Bisep, triceps, patella, achilles pada ekstermitas kanan : negatif • Refleks patologis Babinski pada ekstermitas kanan : positif • Hasil CT-Scan <ul style="list-style-type: none"> - Infark regio temporoparietalooccipital sinistra - Infark thalamus sinistra 	<p>batas normal</p> <p>2. Pola napas dalam batas normal</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i></p> <p>Pemberian obat:</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Identifikasi kemungkinan alergi,interaksi dan kontraindiksi obat</p> <p>2. Periksa tanggal kedaluwarsa obat</p> <p>Teraupetik:</p> <p>1. Lakukan prinsip enam benar</p> <p>2. Pastikan ketepatan dan kepatenan kateter IV</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> - Brain atrophy - Deviasi septum nasi ke sinistra 		
<p>1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sesak • Hasil TTV R : 32x/m N : 113x/m SPO₂ : 97% • Pergerakan dada pasien tidak simetris. • Teraba vocal premitus dada kanan lebih tinggi dari dada kiri. • Pemeriksaan perkusi terdengar suaraa pekak. • Terdengar suara napas tambahan ronchi. 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum berkurang 2. Dispnea berkurang 3. Frekuensi napas dalam batas normal 4. Tidak terdengar suara napas tambahan 	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor bunyi napas tambahan 2. Monitor pola napas <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi fowler atau fowler 2. Lakukan penghisapan lendir 3. Berikan oksigen, bila perlu <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan sputum. • Tampak pasien terpasang NRM 12L • Hasil foto thorax Efusi pleura dexta 		
<p>3. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan tidak mammenggerakan ekstremitas kanan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien berbaring lemah ditempat tidur. • Tampak ekstremitas kanan tidak dapat di gerakan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kekuatan otot 2. Tidak terjadi kaku sendi 3. Rentang gerak (ROM) cukup meningkat 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas melakukan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Perawatan tirah baring</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor komplikasi tirah baring

<ul style="list-style-type: none"> • Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> <td style="text-align: center;">kanan</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Tangan</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">4</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Kaki</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">4</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table> • Tampak semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. 		Kiri	kanan	Tangan	4	1	Kaki	4	1		<p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan latihan gerak aktif atau pasif 2. Pertahankan kebersihan pasien 3. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan tirah baring
	Kiri	kanan									
Tangan	4	1									
Kaki	4	1									
<p>4. Manajemen kesehatan tidak efektif b.d konflik pengambilan keputusan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan coto dan ikan bakar. • Keluarga pasien mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya ke RS. • Keluarga pasien mengatakan dalam 1 hari pasien 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka hasil yang diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko 	<p>Pelibatan keluarga</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan hubungan teraupetik pasien dengan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kondisi pasien pada keluarga 2. Informasikan tingkat ketergantungan pasien kepada keluarga 									

<p>menghabiskan 3 bungkus rokok.</p> <ul style="list-style-type: none">• Keluarga pasien mengatakan sering menghadirkan lauk paung yang digoreng tiap harinya.• Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mendengarkan nasehat istrinya. <p>DO : -</p>	<p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none">2. Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat3. Menerapkan program perawatan meningkat	
---	---	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. D/70 tahun

Ruangan : ICU-ICCU

Hari/tanggal	Jam	DP	Implementasi	Nama perawat
Selasa 31/5/2022	15.22	II	Pemberian oksigen Hasil: Tampak pasien terpasang <i>Non-Rebrething Mask</i> (NRM) 12 liter	Jefvans
	15.22	I / II	Monitor tanda / gejala peningkatan TIK Hasil:	Jefvans
	15.23		<ul style="list-style-type: none"> • Mengukur tanda-tanda vital: TD: 123/98 mmHg N : 113x/m RR: 32x/m S : 36,2°C • Refleks pupil: tampak pupil isokor • Menilai tingkat kesadaran: GCS E₁V₂M₂ (Sopor) E₁ : Tidak membuka mata V₂ : Mengerang M₂ : Ekstensi lengan abduksi 	
		I/II	Menilai status pernapasan: Hasil: Memasang SPO ₂ : 97%	Jefvans
	15.24	II	Auskultasi bunyi napas Hasil: Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)	Jefvans
	15.25	II	Lakukan penghisapan lendir Hasil: Tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan	Jefvans
	18.03	I	Pemberian obat: Neurobion 1 amp/IV Pemberian obat anti konvulsan Hasil: Citicoline 500mg/IV	Jefvans

		Fentanyl 30 mcg/IV										
18.05		Pemberian obat Hasil: Ranitidine 2ml/IV Vascon 0,03 mcg/IV	Jefvans									
	III	Uji kekuatan otot Hasil: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">Kiri</td> <td style="padding: 0 5px;">kanan</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 0 5px;">4</td> <td style="text-align: center; padding: 0 5px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 0 5px;">4</td> <td style="text-align: center; padding: 0 5px;">1</td> </tr> </table>		Kiri	kanan	Tangan	4	1	Kaki	4	1	Jefvans
	Kiri	kanan										
Tangan	4	1										
Kaki	4	1										
19.00	III	Jelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi Hasil: Keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien	Jefvans									
19.20	III	Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitas kanan	Jefvans									
20.00	IV	Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan Hasil: Keluarga pasien mengatakan siap terlibat dalam perawatan pasien selama di rumah sakit	Jefvans									
20.01	IV	Informasikan tingkat ketergantungan pasien pada keluarga Hasil: Menjelaskan bahwa pasien dalam bantuan keluarga, alat dan perawat	Jefvans									
20.01	III	Pemberian makanan Hasil: via NGT, bubur saring 200 cc, air putih 50 cc	Jefvans									
20.03	IV	Cipatakan hubungan teraupetik pasien dengan keluarga dalam perawatan Hasil: Membangun hubungan saling percaya	Jefvans									
20.09	III	Fasilitas melakukan pergerakan Hasil: Ubah posisi pasien setiap 2 jam	Jefvans									
	III	Pertahankan kebersihan pasien										

	20.30		Hasil: Mengganti popok	Jefvans
		I/II	Menilai status pernapasan Hasil: SPO ₂ : 98%	Iriani
	21.00			
		I	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil:	Iriani
	21.04		<ul style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital TD : 100/90 mmHg N : 97x/m 	
	21.09		<ul style="list-style-type: none"> RR : 228x/m S : 36,5°C Menilai tingkat kesadaran: GCS E₁V₂M₁ E1 : Tidak membuka mata V2 : Mengerang M1 : Tidak ada gerakan Refleks pupil: isokor 	
		I/II	Berikan posisi semi fowler Hasil: Tampak kepala tempat tidur pasien ditinggikan (30°)	Iriani
	21.09	II	Auskultasi suara napas tambahan Hasil: terdengar suara napas tambahan ronchi (+)	Iriani
	21.20	II	Melakukan penghisapan lendir Hasil: tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan	Iriani
	22.01	III	Latihan gerak aktif/pasif Hasil: melakukan ROM pada pasien	Iriani
	22.05	III	Fasilitas melakukan pergerakan Hasil: Ubah posisi setiap 2 jam	Iriani
	23.00		Pemberian obat: Neurobion 1 amp/IV Pemberian obat anti konvulsan Hasil: Citicoline 2 amp/IV Fentanyl 30 mcg/IV	Iriani
	03.05			

	05.00	III	<p>Pemberian obat Hasil: Ranitidine 1 amp/IV Vascon 0,03 mcg/IV</p> <p>Pertahankan kebersihan pasien Hasil: Mengganti popok</p>	<p>Iriani</p> <p>Iriani</p>
Rabu 1/6/2022	07.00	I	<p>Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengukur tanda-tanda vital TD : 99/66 mmHg N : 90x/m RR : 26x/m S : 36,7°C • Menilai tingkat kesadaran GCS E₁V₁M₁ (Koma) E₁ : Tidak membuka mata V₁ : Tidak bersuara M₁ : Tidak ada gerakan • Reaksi pupil: - 	Perawat Hasni
	08.00	III	<p>Meenjaga kebersihan pasien Hasil: Memandikan pasien</p>	Perawat Hasni
	08.15	II	<p>Auskultasi bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi (+)</p>	Perawat Hasni
	08.20	II	<p>Melakukan penghisapan lendir Hasil: tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan</p>	Perawat Hasni
	08.35	I/II	<p>Mengatur posisi semi fowler Hasil: Tampak kepala pasien dalam posisi 30°</p>	Perawat Hasni

10.00	I	Pemberian obat Hasil: Citicoline 500mg /IV Fentanyl 30 mcg/IV Vascon 0,03 mcg/IV	Perawat Hasni
11.45	III	Pemberian makanan Hasil: Bubur saring 200 cc, air putih 50 cc	Perawat Hasni
12.20	III	Fasilitas melakukan pergerakan Hasil: Ubah posisi setiap 2 jam	Perawat Hasni
12.45	III	Latihan gerak aktif/pasif Hasil: melakukan ROM pada pasien	Perawat Hasni
13.00	III	Monitor komplikasi tirah baring Hasil: Tampak tidak ada luka dekubitus	
13.30	I/II	Pemberian oksigen Hasil: Tampak terpasang <i>Non-Reabrithing Mask</i> 12liter	Perawat Hasni
14.00	I	Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Mengukur tanda-tanda vital TD : 95/60 mmHg N : 82x/m RR : 24x/m S : 36,4°C • Menilai tingkat kesadaran GCS E₁V₁M₁ (Koma) E1 : Tidak membuka mata V1 : Tidak bersuara M1 : Tidak ada gerakan • Reaksi pupil: - 	Perawat Hasni
14.01	I/II	Menilai status pernapasan Hasil: SPO ₂ 99%	Perawat Rosmiati
14.03	I/II	Mengatur posisi semi fowler Hasil: Tampak pasien dalam posisi semi fowler	Perawat Rosmiati

14.04	I/II	Pemberian oksigen Hasil: Tampak pasien terpasang <i>Non-Reabrithing Mask</i> 12liter	Perawat Rosmiati
15.02	II	Auskultasi bunyi napas Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi (+)	Perawat Rosmiati
15.10	II	Melakukan penghisapan lendir Hasil: Tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan	Perawat Rosmiati
16.00		Pemberian obat: Hasil: Citicoline 500mg/IV Fentanyl 30mcg/IV Vascon 0,03 mcg/IV Ranitidine 1amp/IV	Perawat Rosmiati
16.09	III	Fasilitas melakukan pergerakan Hasil: ubah posisi tiap 2 jam	Perawat Rosmiati
17.00	III	Jelaskan tujuan tirah baring Hasil: Keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan tirah baring	Perawat Rosmiati
18.40	III	Berikan latihan gerak aktif atau pasif Hasil: Melakukan ROM pada pasien	Perawat Rosmiati
20.00	III	Pemberian makanan Hasil: Bubur saring 200 cc, air putih 50 cc	Perawat Rosmiati
20.40	III	Pertahankan kebersihan pasien Hasil: Mengganti popok	Perawat Rosmiati
21.00	I	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Mengukur tanda-tanda vital TD : 80/65 mmHg N : 70x/m RR : 24x/m S : 36,5°C • Menilai tingkat kesadaran 	Perawat Rosmiati

			<p>GCS E₁V₁M₁ (Koma) E1 : Tidak membuka mata V1 : Tidak bersuara M1 : Tidak ada gerakan</p> <ul style="list-style-type: none"> Reaksi pupil: - 	
	21.20	I/II	<p>Mengukur kadar oksigen Auskultasi bunyi napas tambahan</p>	Perawat Amriyanti
	21.40	II	<p>Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi (+)</p>	Perawat Amriyanti
	22.00	II	<p>Melakukan penghisapan lendir Hasil: tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan</p>	Perawat Amriyanti
	23.54	I/II	<p>Mengatur posisi semi fowler Hasil: Tampak kepala pasien dalam posisi 30°</p>	Perawat Amriyanti
	03.10		<p>Pemberian obat Hasil: Neurobion 1 amp/IV Citicoline 2 amp/IV Fentanyl 30 mcg/IV Vascon 0,03 mcg/IV</p>	Perawat Amriyanti
	05.00	III	<p>Menjaga kebersihan pasien Hasil: mengganti popok</p>	Perawat Amriyanti
	05.20	III	<p>Fasilitas melakukan pergerakan Hasil: ubah posisi tiap 2 jam</p>	Perawat Amriyanti
	05.40	III	<p>Berikan latihan gerak aktif atau pasif Hasil: Melakukan ROM pada pasien</p>	Perawat Amriyanti
Kamis 2/6/2022	07.00	I	<p>Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital TD : 60/50mmHg N : 70x/m RR : 12x/m S : 36,1°C Menilai tingkat kesadaran 	Jefvans

			<p>GCS E₁V₁M₁ (Koma) E1 : Tidak membuka mata V1 : Tidak bersuara M1 : Tidak ada gerakan</p> <ul style="list-style-type: none"> Reaksi pupil: - 	
07.30	I/II	Mmenilai status pernapasan Hasil: SPO ₂ : 93%		Jefvans & perawat Hasni
09.25	I	Pemasangan opa		
10.00	I	Pemasangan ETT		Dokter
10.02	I	Pemasangan ventilator Hasil: flo: 80%		Dokter
10.30	I	Pemberian obat Hasil: Ventanil 3cc/jam Vascon 2cc/IV		Jefvans
10.40	I	Mengukur tanda-tanda vital Hasil: TD: 115/80 mmhg N : 80x/m S : 36,3 RR: 20x/m		Jefvans
11.01	I/II	Status pernapasan Hasil: SPO ₂ : 97%		Jefvans
13.00	III	Berikan latihan gerak aktif/pasif Hasil: melakukan ROM		Jefvans
13.40	III	Pertahankan kebersihan pasien Hasil: Mengganti popok		Iriani
14.00	I	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: <ul style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital TD : 12072 mmHg N : 79x/m RR : 18x/m S : 36,7°C Menilai tingkat kesadaran 		

			<p>GCS E₁V₁M₁ (Koma) E1 : Tidak membuka mata V1 : Tidak bersuara M1 : Tidak ada gerakan</p> <ul style="list-style-type: none"> Reaksi pupil: - 	Iriani
14.08	I/II	Status pernapasan Hasil: SPO ₂ : 99%		Iriani
14.10	I	Tampak terpasang ventilator Hasil: flo: 80%		Iriani
14.30	II	Auskultasi bunyi napas Hasil: Ronchi (+)		Iriani
15.00	II	Melakukan penghisapan lendir Hasil: tampak lendir pasien berwarna kekuningan		Iriani
15.20	III	Fasilitas melakukan pergerakan Hasil: Mengubah posisi tiap 2 jam		Iriani
16.00		Pemberian obat Hasil: citicoline 2amp/ IV Neurobion 1 amp/IV		Iriani
18.20	III	Pemberian makanan Hasil: Via NGT, bubur saring 200cc, air putih 50cc		Iriani
19.30	III	Pertahankan kebersihan pasien Hasil: Mengganti popok		Iriani
21.00	I	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: <ul style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital TD : 12072 mmHg N : 79x/m RR : 18x/m S : 36,7°C Menilai tingkat kesadaran GCS E₁V₁M₁ (Koma) E1 : Tidak membuka mata 	Perawat Amriyanti	

			<p>V1 : Tidak bersuara M1 : Tidak ada gerakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reaksi pupil: - 	
21.10	I/II	Status pernapasan Hasil: SPO ₂ : 99%		Perawat Amriyanti
21.20	I	Tampak terpasang ventilator Hasil: flo: 80%		Perawat Amriyanti
22.00	II	Auskultasi bunyi napas Hasil: Ronchi (+)		Perawat Amriyanti
22.30	II	Melakukan penghisapan lendir Hasil: tampak lendir pasien berwarna kekuningan		Perawat Amriyanti
23.45	III	Fasilitas melakukan pergerakan Hasil: Mengubah posisi tiap 2 jam		Perawat Amriyanti
00.03		Pemberian obat Hasil: citicoline 2amp/ IV Neurobion 1 amp/IV Ventanil 3cc/jam Vascon 2cc/IV		Perawat Amriyanti
03.20	III	Monitor komplikasi tirah baring Hasil: tampak tidak ada komplikasi yang ditemukan		Perawat Amriyanti
05.40	III	Pertahankan kebersihan pasien Hasil: Mengganti popok		Perawat Amriyanti

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. D/70 tahun

Ruangan : ICU-ICCU

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Perawat
31 mei 2022	<p>DP 1 : Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d embolisme</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien belum sadar dengan baik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil TTV TD : 120/80 mmHg N : 87x/m S : 36,4°C R : 26x/m • GCS: E₁V₂M₂ (Sopor) <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi <p>DP 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • - <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdengar bunyi napas ronchi • RR : 25x/m • Tampak terpasang NRM 12L • SPO₂ : 98% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>R :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi <p>DP 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas kanannya. <p>O :</p>	Jefvans

	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat • Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">kanan</td> <td style="text-align: center;">kiri</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi <p>DP 4 : Manajemen kesehatan tidak efektif</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan akan menerapkan program perawatan yang dijelaskan • Keluarga mengatakan bersedia terlibat selama perawatan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak keluarga berdiri disamping pasien • Tampak kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi 		kanan	kiri	tangan	1	4	kaki	1	4	
	kanan	kiri									
tangan	1	4									
kaki	1	4									
1 juni 2022	<p>DP 1 : Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d embolisme</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • - <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil TTV <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>TD</td> <td>: 100/70 mmHg</td> </tr> <tr> <td>N</td> <td>: 86x/m</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>: 36,4°C</td> </tr> <tr> <td>R</td> <td>: 25 x/m</td> </tr> </table> • GCS (E₁V₁M₂) • Reaksi pupil : Isokor <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi <p>DP 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang</p>	TD	: 100/70 mmHg	N	: 86x/m	S	: 36,4°C	R	: 25 x/m	Perawat Amriyanti	
TD	: 100/70 mmHg										
N	: 86x/m										
S	: 36,4°C										
R	: 25 x/m										

	<p>tertahan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • - <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdengan suara napas tambahan ronchi • SPO₂ : 98% • RR : 25 x/m • Terpasang NRM 12L <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi <p>DP 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas kanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak kebutuhan sehari-hari pasien dibantu oleh perawat dan keluarga • Tampak pasien terbaring lemah • Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">kiri</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 0 5px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 0 5px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi 		Kanan	kiri	Tangan	1	4	kaki	1	4	
	Kanan	kiri									
Tangan	1	4									
kaki	1	4									
02 juni 2022	<p>DP 1 : Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d embolisme</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • - <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil TTV <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>TD : 100/80 mmHg</td> </tr> <tr> <td>N : 92 x/m</td> </tr> <tr> <td>S : 36,4°C</td> </tr> <tr> <td>R : 19 x/m</td> </tr> </table> • GCS (E₁V₁M₂) 	TD : 100/80 mmHg	N : 92 x/m	S : 36,4°C	R : 19 x/m	Iriani					
TD : 100/80 mmHg											
N : 92 x/m											
S : 36,4°C											
R : 19 x/m											

	<ul style="list-style-type: none"> • Reaksi pupil (-) <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi <p>DP 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • - <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak terpasang ventilator 60% • SPO₂ : 97% • RR : 19 x/m • Terdengar suara napas tambahan ronchi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi <p>DP 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien terbaring lemah • Tampak kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. • Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Kanan</th> <th style="text-align: center;">kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Tangan</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">1</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Kaki</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi 		Kanan	kiri	Tangan	1	4	Kaki	1	4	
	Kanan	kiri									
Tangan	1	4									
Kaki	1	4									

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang di peroleh dari hasil perawatan yang di lakukan selam 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Tn. D dengan diagnosa medis Non Hemoragic Stroke (NHS) di ruangan ICU-ICCU di Rumah sakit Pelamonia Makassar.

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

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan dignostik yang mendukung yaitu hasil CT-Scan kepala. Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn."D" diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit pada tanggal 31 Mei 2022 dengan diagnosa medik Hemiparese Dexta. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 31 Mei 2022 pasien Tn."D" umur 70 tahun dengan diagnosa Non Hemoragik Stroke (NHS) didapatkan keluhan lemah pada tubuh bagian kanan sejak 3 hari yang lalu sebelum dibawah ke Rumah Sakit, keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien kram hingga sulit untuk digerakan, tampak pasien tidak mampu mengangkat tangan dan kakinya. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat

stroke sejak 5 tahun yang lalu. GCS M₁V₂E₂ (sopor). Setelah dilakukan pemeriksaan diagnostik CT-Scan kepala pada tanggal 31 Mei 2022 didapatkan hasil Infark regio temporoparietalooccipital sinistra, Infark thalamus sinistra, Brain atrophy, Deviasi septum nasi ke sinistra. Pemeriksaan laboratorium WBC: 14.35, RDW-CV: 15.4, P-LCR: 0.16, NEUT#: 12.53, MONO#: 0.87, IG%: 0,7. TTV: TD:123/98mmHg, N: 72x/m, S: 36°C, P: 26x/m, SPO₂: 97%. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat stroke dan hipertensi sekitar 5 tahun yang lalu.

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

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko yang dapat mengakibatkan stroke antara lain: yang tidak dapat diubah (predisposisi) yaitu usia dimana terjadi proses menua (>55 tahun) menyebabkan penurunan elastisitas pada pembuluh darah, jenis kelamin (laki-laki) yang mempunyai hormon estrogen yang sedikit dalam tubuh sehingga sel-sel endotel mudah hancur dan menyebabkan timbulnya plak dalam

pembuluh darah. Faktor yang dapat diubah (presipitasi) yaitu kopi yang terdapat kandungan kafein jika dikonsumsi dalam jumlah yang berlebihan dapat menyebabkan vasokonstriksi pada pembuluh darah di otak, sehingga aliran darah di otak menurun, stres menyebabkan tubuh mengeluarkan hormon kortisol, katekolamin, epineprin, dan adrenalin, jika dikeluarkan berlebihan akan terjadi peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Kedua hal ini dapat menyebabkan hipertensi jika tidak terkontrol maka terjadi penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam arteri sehingga endotel menjadi cedera dan menyebabkan lebih banyak LDL dan sel darah putih masuk ke endotel dan membentuk plak sehingga terjadi penyumbatan pembuluh darah. Merokok dalam rokok terdapat zat nikotin dan monoksida yang mengandung fibrinogen, peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, yang menyebabkan gangguan aliran darah. Diabetes melitus terjadi karena adanya hiperglikemia yang menyebabkan osmotik diareus sehingga terjadi dehidrasi dan peningkatan viskositas darah sehingga pembuluh darah menjadi kaku dan terjadi ruptur yang menyebabkan pembentukan plak. Hiperkolesterol terjadi penurunan jumlah HDL dan LDL yang berlebih akan mengakibatkan lemak menumpuk pada pembuluh darah sehingga terjadinya pembentukan plak. Dari faktor predisposisi dan presipitasi dapat menyebabkan arterosklerosis 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 stenososis mitral dan pembendungan darah pada daerah atrium sehingga terbentuknya trombus dan emboli terlepas ke sirkulasi darah otak

yang menyebabkan penyumbatan pada arteri otak yang menyebabkan iskemik sehingga terjadi Non Hemoragik Stroke.

Pada kasus, faktor yang menyebabkan Tn."D" mengalami stroke yaitu pada faktor predisposisi jenis kelamin dan usia, kemudian pada faktor presipitasi yaitu merokok, hipertensi, dan hiperkolesterol. Dimana usia Tn."D" 70 tahun dan hipertensi sudah dialami sejak 6 tahun yang lalu, disertai dengan pola hidup yang sering mengonsumsi makanan tinggi lemak, dan pasien merupakan seorang perokok aktif. Hal - hal tersebut mengakibatkan gangguan kelenturan dinding pembuluh darah karena sumbatan atherosklerosis pada pembuluh darah maka dapat menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen sehingga terjadinya iskemin dan infark kemudian menyebabkan stroke.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus Tn."D" penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan, yaitu :

- a) Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum berat, tampak lemah, GCS E₁M₂V₂ , refleks pupil isokor (2mm), refleks fisiologis bicep, tricep, patella, achilles pada ekstremitas kanan negatif, refleks patologis babinski kanan negatif. Hasil CT-Scan kepala di dapatkan *Infark regio temporoparietalooccipital sinistra, Infark thalamus sinistra, Brain atrophy, Deviasi septum nasi ke sinistra.*
- b) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala pasien tampak pasien sesak, pernapasan 32x/menit, SPO₂: 97% terdengar suara

napas tambahan ronchi, dan tampak pasien tidak dapat mengeluarkan sputum.

- c) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan, dan segala aktivitas pasien dibantu total oleh keluarga dan perawat.
- d) Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan hasil pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien jarang memeriksakan kesehatannya ke Rumah Sakit, pasien sering makan coto dan lauk pauk yang digoreng setiap harinya, pasien juga merupakan perokok aktif.

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 diagnosa ini karena dari hasil pengkajian tidak terdapat hasil yang mendukung untuk dijadikan data penunjang untuk pengangkatan diagnosa ini.

3. Intervensi Keperawatan

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

diagnosa perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien (SIKI PPNI, 2019).

- a) Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor 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 diagnosa ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: Monitor bunyi napas tambahan, monitor pola napas, posisikan semi fowler atau fowler, lakukan penghisapan lendir, berikan oksigen, pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik.
- c) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Pada diagnosa 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.
- d) Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan. Pada diagnosa ini penulis membuat 7 intervensi yaitu: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, identifikasi masalah kesehatan individu, fasilitasi pemenuhan kesehatan mandiri, libatkan keluarga/temen untuk membimbing pemenuhan kesehatan,

siapkan pasien untuk mampu berkolaborasi dan bekerja sama dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan.

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

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Tn."D" penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit. Selama dilakukan implementasi didapatkan keadaan pasien mengalami penurunan kesadaran dimana pada saat pengkajian didapatkan kesadaran pasien sopor dan pada hari ketiga kesadaran pasien menjadi koma. Penurunan kesadaran pada pasien disebabkan oleh gangguan metabolik (hipoksia), pasien tidak mendapatkan obat yang dapat menyebabkan depresi napas sehingga dilakukan pemasangan ventilator.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 31 Mei sampai 02 Juni pada pasien Tn."D" merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x14 jam :

- a) Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme. Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi. Karena kesadaran dan refleks saraf pasien belum membaik, pasien juga tampak masih terbaring lemah.

- b) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi. Karena tampak pasien masih sesak, masih terdengar suara napas tambahan ronchi, dan tampak pasien belum bisa mengeluarkan sputum.
- c) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Sampai perawatan hari ketiga masalah belum teratasi. Karena tampak pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas bagian kanan, dan tampak seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan di tempat tidur dengan pantuan penuh dari keluarga dan perawat.
- d) Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan. Sampai perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian. Karena keluarga mulai memantau dan menjaga makanan yg dikonsumsi pasien agar sesuai dengan anjuran yang diberikan oleh dokter.

B. Pembahasan Penerapan EBN (pada tindakan keperawatan)

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

- a. Pengertian tindakan:

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

b. Tujuan/rasional EBN: Beberapa posisi elevasi *head-up* yang bisa digunakan dalam memperbaiki SPO₂ dan mengurangi peningkatan TIK yaitu; *head-up* 15°, 30°, dan 45° tetapi kebanyakan penelitian yang menganjurkan posisi elevasi kepala 30° dalam praktik *evidence based nursing* karena sangat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik. Pemberian elevasi kepala bertujuan untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK. Posisi kepala yang ditinggikan berada di atas aksis ventrikel jantung menyebabkan cairan serebrospinal terdistribusi kembali menuju ke ruang spinal subaraknoid dan memfasilitasi terjadinya aliran balik vena sehingga dapat menurunkan tekanan 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 kesadaran sopor (GCS E₁V₂M₂), hasil pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah: 123/98mmHg, RR: 32x/m, SPO₂: 97%, nadi: 113x/m, reaksi pupil (2mm). Didapatkan hasil pemeriksaan CT-scan infark regio temporoparietalooccipital sinistra, infark thalamus sinistra, brain atrophy, deviasi septum nasi ke sinistra.

I : Cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah 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 dengan kenyamanan

C : Tidak ada intervensi pembanding dalam penulisan ini

O : Didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan tindakan kesadaran sopor (GCS E₁V₂M₂), hasil pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah: 123/98mmHg, RR: 32x/m, SPO₂: 97%, nadi: 113x/m, reaksi pupil (2mm). Dan setelah dilakukan tindakan hasil yang didapatkan kesadaran sopor (GCS E₁V₂M₂), tekanan darah: 120/80 mmHg, RR: 26x/m, nadi:97x/m, reaksi pupil (2mm).

T : Intervensi dilakukan pada tanggal 31 mei 2022

2) PICOT berdasarkan teori

Judul: Posisi *head-up* sebagai upaya untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien non hemoragik stroke

P: Dalam penelitian ini respondennya berjumlah 30 responden dimana sebelum dilakukannya posisi *head-up* 30° tekanan darah: 200/110 mmHg, nadi: 110x/m, suhu: 37°C, pernapasan: 33x/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 dengan kenyamanan selama 30 menit.

C: Penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu posisi kepala yang lebih tinggi 15° dan tinggi 30°. Penelitian yang lainnya menyatakan bahwa tindakan elevasi kepala dapat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik dan mencegah terjadinya peningkatan TIK.

O: Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat penurunan tekanan intrakranial setelah pemberian posisi 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 *head-up*

P: Studi kasus dengan menggunakan konsep askep kepada 2 pasien stroke, kriteria pasien kelolan adalah pasien dengan penurunan saturasi oksigen. Pada kasus I ditemukan pasien dengan RR: 25x/m, SPO2: 95%, pada kasus II RR: 26x/m, SPO2: 94%

I: Pemberian intervensi adalah penanganan posisi *head-up* 30°

C: Hal ini sejalan dengan jurnal pembandingan yang ada pada jurnal tersebut yang menyatakan bahwa ada pengaruh pada saturasi oksigen setelah diberikan posisi *head-up* 30°.

O: Hasil pengukuran saturasi oksigen menunjukkan bahwa kasus I terjadi peningkatan dari 95% menjadi 98%, RR: dari 25x/m menjadi RR: 23x/m. Sedangkan pada kasus II meningkat dari 94% menjadi 98%, RR: dari 26x/m menjadi RR: 22x/m.

T: Jurnal ini diterbitkan pada tahun 2017

d. Hasil telaah jurnal .

Elevasi kepala bertujuan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK. Pada kasus yang ditemukan di ruangan ICU-ICCU RS Pelamonia Makassar sebelum dilakukan tindakan *head-up* 30° pada Tn. D kesadaran sopor (GCS E₁ V₂ M₂), hasil pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah: 123/98mmHg, RR: 32x/m, SPO₂: 97%, nadi: 113x/m, reaksi pupil (2mm). Didapatkan hasil pemeriksaan CT-scan infark regio temporoparietalooccipital sinistra, infark thalamus sinistra, brain atrophy, deviasi septum nasi ke sinistra. Setelah dilakukan *head-up* 30° didapatkan hasil kesadaran sopor (GCS E₁ V₂ M₂), tekanan darah: 120/80 mmHg, RR: 26x/m, SPO₂: 97%, nadi:97x/m, reaksi pupil (2 mm).

Penelitian ini didukung oleh (Pertami et al., 2019) dimana dijelaskan bahwa terdapat beberapa posisi elevasi *head-up* yang bisa digunakan dalam memperbaiki SPO₂ dan mengurangi peningkatan TIK yaitu; *head-up* 15°, 30°, dan 45° tetapi kebanyakan penelitian yang menganjurkan posisi elevasi kepala 30° dalam praktik *evidence based nursing* karena sangat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik. Pemberian elevasi kepala bertujuan untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK. Posisi kepala yang ditinggikan berada diatas aksis ventrikel jantung menyebabkan cairan serebrospinal terdistribusi kembali menuju ke ruang spinal subaraknoid dan memfasilitasi terjadinya aliran balik vena sehingga dapat menurunkan tekanan intrakranial. Dari hasil yang ditemukan bahwa sebanyak 34 responden terjadi perubahan yang sebelumnya, tekanan darah: 200/110 mmHg, nadi: 110x/m, suhu: 37°C, pernapasan: 33x/m, SPO₂: 93%, dan setelah dilakukan intervensi hasil yang

ditemukan yaitu tekanan darah: 180/90 mmHg, nadi: 95x/m, suhu:36,6°C, pernapasan: 25x/m, SPO2:96%.

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

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

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

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

1. Pengumpulan data ini mengidentifikasi pasien Tn "D" berjenis kelamin laki-laki dengan usia 70 tahun dengan keluhan lemah pada ekstermitas kanan sejak 3 hari dengan kekuatan otot tangan kanan 1, kaki kanan 1, tangan kiri 4, kaki kiri 4 yang mengakibatkan kaki pasien terasa berat dan sulit untuk digerakkan, bahkan berjalan. Pasien memiliki riwayat penyakit stroke, hipertensi, pasien merupakan seorang perokok aktif dan pasien suka makan coto dan ikan bakar.
2. Diagnosis yang ditemukan pada Tn "D" adalah risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif dengan faktor resiko embolisme, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dan manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan konflik pengambilan keputusan.
3. Pada rencana tindakan keperawatan adalah rencana tindakan yang dibuat berdasarkan dari diagnosis keperawatan yang telah dibuat.
4. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) berdasarkan *Evidence*

Based Nursing (EBN) tentang posisi *head-up* 30° dimana posisi ini dilakukan dengan cara menaikkan kepala tempat tidur 30° dengan posisi kaki flat 0° atau bisa menggunakan ekstra bantal untuk membantu meningkatkan saturasi oksigen pasien.

5. Pada tahap evaluasi, penulis menemukan bahwa kasus Non Hemoragik Stroke (NHS) dengan risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif dengan faktor resiko embolisme, bersihan jalan na\pas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dan manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan konflik pengambilan keputusan.

B. Saran

1. Bagi rumah sakit

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

2. Bagi profesi keperawatan

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

3. Bagi institusi keperawatan

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

DAFTAR PUSTAKA

- Afandy, I. (2018). Analisis praktik klinik keperawatan Tn. B dengan diagnosa stroke non hemoragik (SNH) dengan inovasi pemberian pelatihan pemasangan puzzle jigsaw terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas di ruang stroke center rsud abdul wahab sjahranie samarinda. KTI. Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur. DIII Keperawatan. Diakses dari <https://dspace.umkt.ac.id/handle/463.2017/757>
- Arum, P. S (2015). *STROKE, Kenali, Cegah & Obati*. Yogyakarta : Notebook.
- Bethsaida. (2020). *Terapi Rehabilitasi Medik untuk Paisean Pasca Stroke*. Bandung: EGC.
- Dr, Dan. Horton. Szar. (2019). *Neurologi*. Jakarta: Departemen Neurologi.
- Ekacahyaningtyas, M., Setyarini, D., Agustin, W. R., & Rizqiea, N. S. (2017). Posisi *head up 30⁰* sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 55–59. Diakses dari <https://doi.org/php.98>
- Ginting, M. W. (2017). Hubungan faktor risiko dengan tipe stroke di RSUP H. Adam Malik Medan. Skripsi. Universitas Sumatera Utara Medan. Program studi S1 Keperawatan. Diakses dari <https://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/22806>
- Juni . (2020). Asuhan keperawatan dengan stroke dalam pemberian elevasi kepala. Di Ruang ICCU RSUD. Prof. Dr. W. Kupang. KIA. Poltekkes Kemenkes Kupang. Ners. Diakses dari <http://repo.stikesperintis.ac.id/1182/1/18>
- Katrisnani, R. (2019). Asuhan keperawatan keluarga Tn. N dengan salah satu anggota keluarga Ny. T mengalami post stroke haemorrhagic di Wilayah Kerja Puskesmas Mantrijeron Kota Yogyakarta. KTI. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Politeknik Kesehatan Yogyakarta. DIII Keperawatan. Diakses dari <http://doi.org/ac.id/2136/3>
- Kurniawan, W. S. (2017). Asuhan keperawatan klien stroke non hemoragic. KTI. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. DIII Keperawatan. Diakses dari igilib.stikesicme-jbg.ac.id/akasia/index.php

- Lloyd-Jones et al. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke Non Hemoragik laki-laki usia 65 tahun. KTI. Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur. DIII Keperawatan. Diakses dari <https://doi.org/107>
- Lusiana, N. (2019). Asuhan keperawatan pasien stroke iskemik pada Ny. D dan Tn. K dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang. KTI. Universitas Jember. DIII Keperawatan. Diakses dari <https://repository.unej.ac.id/handle/123456789/93412>
- MA'ARIF, N. H. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan hambatan mobilitas fisik di RSJD. Dr. Rm Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah. KTI. Stikes Muhammadiyah Klaten. DIII Keperawatan. Diakses dari <http://repository.stikesmukla.ac.id/174>
- Murtiningsih, D. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri, mandi di RSUD Dr Hardjono Ponorogo. KTI. Universitas Muhammadiyah Ponorogo. DIII Keperawatan. Diakses dari <http://eprints.umpo.ac.id/5044/>
- Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi *head up*. KIA. Universitas Muhamaddiyah Semarang. Ners. 1(2), hal 114-120. Diakses dari <https://doi.org/5750>
- Nggebu. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik. In *Journal of Chemical Information and Modeling*. KIA. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang. DIII Keperawatan. Diakses dari <http://repository.poltekkeskupang.ac.id/id/eprint/3275>
- Nofitri. (2019). Asuhan keperawatan pada Ny. S dengan stroke non hemoragik dalam penerapan inovasi intervensi terapi vokal "aiueo" dengan masalah gangguan komunikasi verbal di ruangan neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukit tinggi. KTI. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang. DIII Keperawatan. Diakses dari <http://repo.stikesperintis.ac.id/915/1/14%20NOFITRI>
- Pratama, W. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan kerusakan membran mukosa oral di ruang aster RSUD Dr. Harjono Ponorogo. KTI. Universitas Muhammadiyah Ponorogo. DIII Keperawatan. Diakses dari <http://eprints.umpo.ac.id/5392>
- Permata, S. (2020). Perbandingan stroke non hemoragik dengan gangguan motoric pasien memiliki faktor resiko diabetes mellitus dan hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 1(11), 298-303. Diakes dari <https://doi.org.10.35816/jiksh.v10i2.273>

- Putri, M. (2022) Penerapan Range Of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik di Rumah Sakit PMI Kota Bogor. Tesis. Poltekkes Kemenkes Bandung. S2 Keperawatan. Diakses dari <http://repo.poltekkesbandung.ac.id/5166>
- Ratnasari, S. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan keperawatan gangguan mobilitas fisik. KIA. Universitas Muhammadiyah Ponorogo. Ners. Diakses dari http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=4341
- Sulistiyawati. (2020). Asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik. KIA. Politeknik Kesehatan Samarinda. Ners. Diakses dari <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1079>
- Tim Pokja SDKI PPNI. 2017. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnosik Edisi 1*. Jakarta: Dewan Pengurus Inti Pusat PPNI
- Tim Pokja SIKI PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnosik Edisi 1*. Jakarta: Dewan Pengurus Inti Pusat PPNI
- Tim Pokja SLKI PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnosik Edisi 1*. Jakarta: Dewan Pengurus Inti Pusat PPNI
- Udani, G. (2013). Faktor resiko kejadian stroke. *Jurnal kesehatan metro sai wawai*, VI (1), 58-70. Diakses dari <https://doi.org.tjk/713>
- Ummaroh, E. N. (2019). Pasien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) dengan gangguan komunikasi verbal Di Ruang Aster RSUD Dr. Harjono. Tesis. Universitas Muhammadiyah Ponogoro. S2 Keperawatan. Diakses dari <http://eprints.umpo.ac.id/5088>