



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE NON-HEMORAGIK DI RUANG ICU/ICCU RUMAH
SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR**

OLEH:

JESLIN TARRUA (NS2114901075)

LISA INDRIANI ROMBE BUNGIN (NS2114901082)

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE NON-HEMORAGIK DI RUANG ICU/ICCU RUMAH
SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR**

OLEH:

JESLIN TARRUA (NS2114901075)

LISA INDRIANI ROMBE BUNGIN (NS2114901082)

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

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama: JeslinTarrua(NS2114901075)
2. Nama : Lisa Indrani RombeBungin (NS2114901082)

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

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

Makassar, 14 Juli 2022

Yang menyatakan,

(JeslinTarrua)
(NS2114901075)

(Lisa Indriani Rombe Bungin)
(NS2114901083)

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non-Hemoragik di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Bhayangkara Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

1. Jeslin Tarrua (NS2114901075)
2. Lisa Indriani Rombe Bungin (NS2114901082)

Disetujui oleh

Pembimbing I

Pembimbing II

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

(Matilda M. Paseno., Ns., M.Kes)
NIDN. 0925107502

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar

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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. JeslinTarrua(NIM: NS2114901075)

: 2. Lisa Indriani Rombe Bungin (NIM: NS2114901082)

Program studi: Profesi Ners

Judul KIA: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Non-Hemoragikdi Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 :Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB ()

Pembimbing 2 :Matilda M.Paseno.,Ns.,M.Kes ()

Penguji 1 :Asrijal Bakri, Ns., M.Kes ()

Penguji 2 :MeykeRosdiana, Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 14 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,M.Kes)

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Jeslin Tarrua(NS2114901075)

Lisa Indriani Rombe Bungin (NS2114901082)

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, 14 April 2022

Yang menyatakan,

(JeslinTarrua)
NS2114901075

(LisaIndrianiRombeBungin)
NS2114901082

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	
HALAMAN PENGESAHAN	
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	
KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	
Halaman Daftar Gambar	
Halaman Daftar Tabel	
BAB IPENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	
B. Tujuan Penulisan	
1. Tujuan Umum	
2. Tujuan Khusus	
C. Manfaat Penulisan	
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	
2. Bagi Profesi Keperawatan	
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	
D. Metode Penulisan	
1. Studi Kepustakaan.....	
2. Studi Kasus.....	
E. Sistematika Penulisan.....	
BAB IITINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis.....	
1. Pengertian	
2. Anatomi dan Fisiologi.....	
3. Etiologi	
4. Patofisiologi	
5. Manifestasi Klinis	
6. Pemeriksaan Diagnostik	
7. Penatalaksanaan Medis.....	
8. Komplikasi	
B. Konsep Dasar Keperawatan	
1. Pengkajian	
2. Diagnosis Keperawatan	
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	
4. Perencanaan Pulang (DischargePlanning)	

BAB III PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

B. Pengkajian

C. Diagnosis Keperawatan

D. Perencanaan Keperawatan

E. Implementasi Keperawatan

F. Evaluasi Keperawatan

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

B. Pembahasan Penerapan EvidenceBasedNursing

BAB V PENUTUP

A. Simpulan

B. Saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

HALAMAN DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung

Gambar 2.2 Patoflowdiagram

HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 Lembar Konsul

HALAMAN DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan

Tabel 3.1 Pengkajian Primer

Tabel 3.2 Analisa Data Berdasarkan Diagnosis dariPengkajian Primer

Tabel 3.3 Analisa data berdasarkan data dari pengkajian sekunder

Tabel 3.4 Analisa data berdasarkan pengkajian primer dan pengkajian sekunder

Tabel 3.5 Diagnosis Keperawatan berdasarkan pengkajian primer dan pengkajian sekunder

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.1 PICOT dari jurnal *Evidence Based Nursing*

Tabel 4.2 PICOT dari penerapan Evidence Based Nursing di pasien

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karena berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan Dengan Stroke Non-Hemoragik pada Tn. M (69 Tahun) di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Karya Ilmiah Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (S.Kep., Ns) di STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah melibatkan banyak pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan Terima Kasih yang setulus – tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si, Ns, M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan dukungan, masukan, pengetahuan serta motivasi selama menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan kerjasama STIK Stella Maris Makassar sekaligus sebagai pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan kami serta memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan KIA ini.
3. Mery Sambo, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta dorongan dan motivasi selama menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
4. Matilda Martha Paseno, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Bidang administrasi sekaligus sebagai pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan kami

serta memberikan dukungan dan dorongan untuk menyelesaikan penyusunan KIA ini.

5. Kepada dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan profesi ners.
6. Teristimewa kedua orang tua tercinta yang selalu setia dan tidak pernah berhenti mendoakan kami dan memberi dukungan, semangat, nasehat dan kasih sayang yang begitu tulus selama proses pembuatan KIA ini.
7. Kepada teman-teman seperjuangan mahasiswa Profesi Ners Angkatan 2021 Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar dan sahabat yang tidak berhentinya mendukung, membantu dan berbagai pelajaran yang sangat berharga sehingga dapat menyelesaikan penelitian ini.
8. Kepada semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu per satu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan KIA ini.

Kami sebagai penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam menyusun KIA ini. Untuk itu kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang mendukung untuk menyempurnakan penyusunan KIA. Semoga KIA ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, 14 Juli 2022

Penulis

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal utama dan sangat penting bagi semua orang karena dengan kondisi tubuh yang sehat kita dapat melakukan seluruh aktifitas sehari-hari tanpa adanya hambatan. Begitu juga untuk anak dimana proses tumbuh kembang dapat berlangsung sesuai dengan usia tanpa adanya hambatan, untuk itu pemerintah Indonesia mengencarkan aksi GERMAS (gerakan masyarakat sehat). Yang memuat tentang bagaimana peran individu, di dalam keluarga dan komunitas dapat meningkatkan pola hidup yang sehat dan optimal agar dapat mengurangi resiko terpanjangnya virus, bakteri dan mikroorganisme yang dapat menyebabkan penyakit menular maupun tidak menular (Kementrian Kesehatan RI, 2017).

Stroke merupakan masalah kesehatan yang sering dijumpai dan kecenderungan saat ini juga menyerang usia yang masih tergolong muda/produktif. Selain tingkat kematian yang cukup tinggi, permasalahan lainnya adalah kecacatan inilah yang menyebabkan penderita stroke putus asa yang tidak memiliki semangat hidup (Rudianto Sofwan, 2014).

Prevalensi stroke menurut data *World Stroke Organization* (2019), 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 dan disabilitas akibat stroke terjadi pada Negara berpendapatan rendah dan menengah. Prevalensi stroke bervariasi di berbagai belahan dunia. Di Indonesia sendiri berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2018 prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari 7% menjadi 10,9%. Prevalensi penyakit stroke yang tinggal di daerah perkotaan lebih besar yaitu 63,9% dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan sebesar 36,1% (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data

Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 prevalensi stroke tertinggi terdapat di Kalimantan Timur (14,7%) dan yang terendah berada di Papua (4,1%). Sedangkan angka kejadian stroke di Sulawesi Selatan yaitu sebesar 10,6%. Prevalensi penyakit stroke juga meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus stroke tertinggi adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan lebih banyak pria (11,1%) dibandingkan dengan wanita (10,9) (RISKESDAS, 2018).

Stroke non-hemoragik diperkirakan mencapai 85%. Terdapat tiga penatalaksanaan pasien stroke sebagai tujuan utama, yaitu meminimalkan kerusakan neurologis lebih lanjut, menurunkan angka kematian dan ketidakmampuan gerak pasien (*immobility*), serta mencegah serangan stroke berulang (kambuh) (Handayani & Dominica, 2019).

Stroke non-hemoragik memiliki dampak yang ditimbulkan yaitu terjadi kelumpuhan pada anggota gerak. Jika terjadi penyumbatan pada sistem motorik, maka pasien akan mengalami keterbatasan atau kesulitan untuk melakukan gerakan. Bagian anggota ekstermitas yang diserang adalah ekstermitas atas dan bawah (Santoso, 2018).

Penerapan *evidence-based nursing* (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan hasil penelitian. Berdasarkan beberapa hasil penelitian *Head-up 30°* merupakan intervensi yang direkomendasikan pada pasien stroke. Menurut Sumer (2009), yang menunjukkan bahwa posisi kepala yang lebih tinggi dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral sehingga akan memicu peningkatan nilai saturasi oksigen. Hasil yang didapatkan melalui pengukuran saturasi oksigen menunjukkan bahwa rerata saturasi oksigen pada responden sebelum diberikan intervensi ini yaitu 93%. Hal ini menunjukkan bahwa saturasi oksigen termasuk kategori hipoksia ringan. Kemudian setelah diberikan intervensi *Head-up 30°* didapatkan nilai rerata saturasi oksigen 96% dan termasuk dalam

kategori normal, hal ini memiliki makna bahwa setelah dilakukan intervensi head-up 30⁰ didapatkan saturasi oksigen terjadi peningkatan. Berdasarkan masalah diatas, maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Tulis Akhir (KTA) dalam bentuk asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke non-hemoragik di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di RS pada pasien Stroke non-hemoragik

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan adalah dapat memperoleh pengalaman nyata dalam :

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien Stroke non-hemoragik di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar
- b. Menetapkan diagnose keperawatan pada pasien dengan Stroke non-hemoragik di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar
- c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan Stroke non-hemoragik di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Stroke non-hemoragik dan tindakan keperawatan berdasarkan tindakan posisi *Head-up* 30^o pada pasien stroke.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Stroke non-hemoragik di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan yaitu :

1. Bagi Instansi 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 Stroke non-hemoragik

2. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat menjadi bahan pengetahuan bagi perawat untuk melakukan *Head-up* akan meningkatkan aliran darah di otak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral pada pasien dengan Stroke non-hemoragik.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ini dapat dimanfaatkan sebagai salah satu bacaan dalam perpustakaan dan sumber informasi untuk dapat mengembangkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke non-hemoragik

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ini yaitu :

1. Studi Kepustakaan

Dalam hal ini penulis mempelajari literatur yang berkaitan dan relevan dengan isi laporan kasus dan mengambil sumber dari internet.

2. Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif, meliputi pengkajian data, analisa data, merumuskan dan juga menetapkan diagnosa keperawatan, pelaksanaan serta evaluasi keperawatan yang dilakukan.

Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data antara lain :

a. Observasi

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

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga pasien

c. Pemeriksaan Fisik

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

d. Dokumentasi

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil test diagnostik.

E. Sistematikan Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah ini dimulai dengan Bab I Pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada bab II Tinjauan pustaka dibagi menjadi dua yaitu konsep dasar medik yang berisi defenisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, patoflowdigram, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi. Selain itu ada konsep dasar keperawatan berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan dan diakhiri dengan discharge planning. Selanjutnya pada Bab III terdapat pengamatan kasus berisikan ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada Bab IV berisi tentang pembahasan kasus dan pembahasan penerapan EBN (pada tindakan keperawatan), Bab V berisi tentang simpulan dan saran dari keseluruhan Karya Ilmiah Akhir ini

BAB II

TINJAUN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Stroke non-hemoragik adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat akibat adanya sumbatan (*ischemic stroke*) atau pendarahan (*hemorrhagic stroke*) (Arum, 2015).

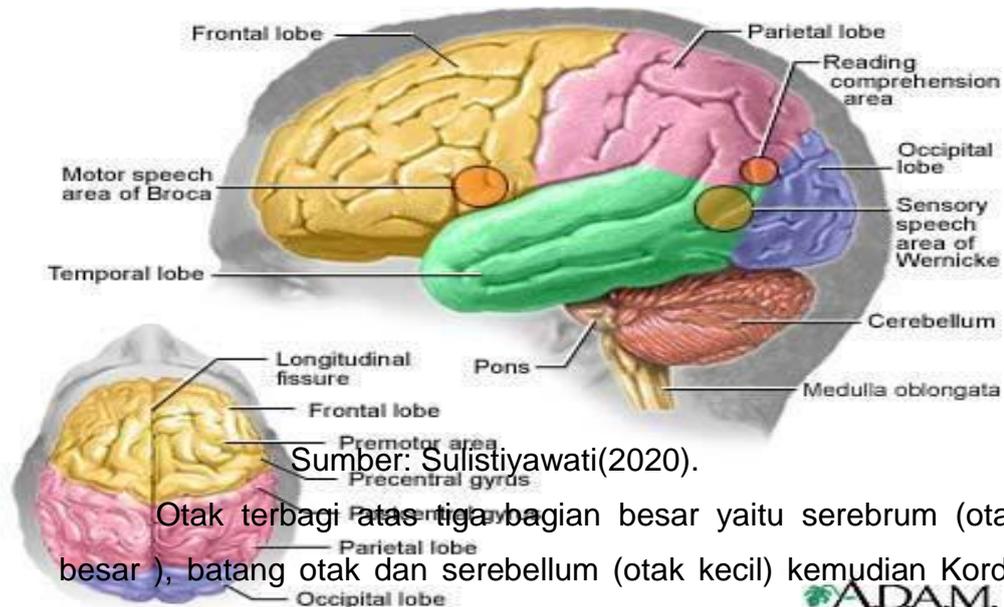
Stroke non-hemoragik atau infark adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan trombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak dan tempat lain tubuh (Ratnasari, 2020).

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

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa Stroke non-hemoragik adalah kehilangan fungsi otak yang disebabkan karena adanya penyumbatan pembuluh darah yang mengakibatkan pembentukan trombus atau embolis yang mengalir ke otak dan tempat lain tubuh, kemudian suplai oksigen ke otak berkurang sehingga terjadi kematian sel atau jaringan yang disuplai.

2. Anatomi Fisiologi

Gambar 2.1 Anatomi Otak



Sumber: Sulistiyawati(2020).

Otak terbagi atas tiga bagian besar yaitu serebrum (otak besar), batang otak dan serebellum (otak kecil) kemudian Korda spinalis yang menjadi hantaran saraf-syaraf dari Sistem Saraf Pusat.

a. Otak besar (cerebrum)

Serebrum merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak berbentuk telur mengisi penuh bagian depan atas Rongga tengkorak. Masing-masing disebut fosa kranialis anterior atas dan fosa kranialis media. Otak mempunyai dua permukaan atas dan bawah. Kedua permukaan ini dilapisi oleh lapisan kelabu yaitu pada bagian korteks serebral dan

zat putih terdapat pada bagian dalam yang mengandung serabut saraf. Pada otak besar terdapat beberapa lobus yaitu:

1) Lobus frontal

Bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di area Broca untuk kontrol motorik bicara.

2) Lobus temporalis,

Terdapat dibawah lateral dari fisura serebralis dan di depan lobus oksipitalis. Berfungsi dalam integrasi somatisasi, pendengaran dan penglihatan.

3) Lobus parietalis

Daerah korteks yang terletak dibelakang sulkus sentralis, diatas fisura lateral dan meluas kebelakang fisura parieto oksipitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.

4) Lobus oksipitalis

Lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak di sebelah posterior dari lobus parietalis dan di atas fisura fisura parietokspitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.

b. Batang Otak

Terletak pada fosa anterior, bagian-bagian batang otak terdiri dari:

1) Diensefalon, bagian otak paling atas terdapat di antara serebellum dan mesensefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap ke samping. Fungsi dari

diensefalon yaitu vasoktriktor, respiratori, mengontrol kegiatan reflex, dan membantu kerja jantung. Mesencefalon, atau dari mesencefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan begitu pula dua di sebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.

- 2) Pons Varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesencefalon dan pons varoli dengan serebellum, terletak di depan serebellum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu : penghubung antara kedua bagian serebellum dan pusat saraf nervus trigeminus.
- 3) Medulla Oblongata, merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu : mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernapasan, dan mengontrol kegiatan reflex.
- 4) Pons Varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesencefalon dan pons varoli dengan serebellum, terletak di depan serebellum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu : penghubung antara kedua bagian serebellum dan pusat saraf nervus trigeminus.
- 5) Medulla Oblongata, merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu : mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernapasan, dan mengontrol kegiatan reflex.

c. Otak Kecil

Serebellum atau otak kecil terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut aferen sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi.

d. Sistem limbik

Sistem limbik terletak pada bagian otak tengah, membungkus batang otak ibarat kerah baju. Komponen limbik antara lain hipotalamus, thalamus, amiglada, hippocampus dan korteks limbik. Sistem limbik berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormon, memelihara homeostatis, rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolisme dan juga memori jangka panjang.

1) Sistem saraf tepi/perifer

a) Saraf somatik

Saraf somatik terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medulla spinalis dan bersiap secara langsung pada sel otot rangka. Neuron motorik merupakan saraf besar bermialin yang melepas asetilkolin di taut neuromuskuler

b) Sistem saraf otonom

(1) Sistem saraf simpatis

Fungsi dari sistem ini adalah siap siaga untuk membantu proses kedaruratan, keadaan stres baik yang disebabkan oleh fisik maupun emosional yang dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada implus simpatis, sebagai akibatnya yaitu : Bronkiolus berdilatasi untuk pertukaran gas, kontraksi jantung yang kuat dan cepat, dilatasi arteri menuju jantung

dan otot volunter yang membawah lebih banyak darah. Kontraksi pembuluh darah perifer yang membuat kulit pada kaki dingin, dilatasi pada pupil,hati mengeluarkan glukosa untuk energi cepat, peristaltik makin lambat, rambut berdiri dan peningkatan keringat.

(2) Sistem saraf parasimpatis

Berfungsi sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam, kondisi tanpa stress, implus dan serabut serabut ara simpatik (kolenerjik) yang menonjol.

2) Susunan Saraf Kranial

Susunan saraf kranial terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak dan melewati lubang yang terdapat pada tulang tengkorak, berhubungan erat dengan otot panca indra telinga, hidung, lidah dan kulit. 12 Saraf kranial terdiri dari :

a) Nervus Olfaktorius (N I)

Sensorik : Sensasi bau dan penciuman

b) Nervus Optikus (N II)

Sensorik : Ketajaman penglihatan

c) Nervus Okulomotorius (N III)

Motorik : pergerakan mata, mengangkat kelopak mata.

d) Nervus Troklearis (N IV)

Motorik : perubahan kontriksi pupil

e) Nervus Trigeminus (N V)

Motorik dan Sensorik : gerakan rahang

f) Nervus abduksen (N VI)

Motorik : pergerakan bola mata ke segala arah

g) Nervus Facialis (N VII)

Motorik : kemampuan mengangkat alis, mengerutkan dahi, tersenyum, meringis.

Sensorik : menerima rangsang dari bagian anterior lidah untuk di proses di otak sebagai sensasi rasa.

h) Nervus vestibulo (N VIII)

Sensorik : mengendalikan keseimbangan dan pendengaran

i) Nervus Glasofaringeus N IX)

Sensorik : menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa.

Motorik : mengendalikan organ-organ dalam

j) Nervus vestibulo (N VIII)

Sensorik : mengendalikan keseimbangan dan pendengaran

k) Nervus Glasofaringeus N IX)

Sensorik : menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa

Motorik : mengendalikan organ-organ dalam

l) Nervus vagus (N X)

Motorik : Letak uvula berada di tengah atau deviasi

Sensorik : kemampuan menelan

m) Nervus Accessorius (N XI)

Motorik : mengangkat bahu kiri dan kanan, mengendalikan pergerakan kepala.

n) Nervus Hypoglossus (N XII)

Motorik : mengendalikan pergerakan kepala

3) Fisiologi peredaran darah otak

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

a) Arteri karotis interna

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dan aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis eksterna memperdarahi wajah, tiroid, lidah dan faring. Arteri karotis interna sedikit berdilatasi tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotikus, dimana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespons terhadap perubahan tekanan darah arteri, yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak.

Arteri karotis interna terbagi menjadi dua yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk kedalam orbita dan memperdarahi mata dan orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular.

Arteri serebri media menyuplai darah untuk

bagian lobus temporalis, parietalis dan frontalis korteks serebri dan membentuk penyebaran pada penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

b) Arterivertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklaviasisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteribasilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang dari sistem vetebro basilaris memperdarahi medula oblongata, pons serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon.

3. Etiologi

Penyebab Stroke non-hemoragik antara lain:

a. 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 (Nasution, 2013).

2) Penyakit jantung

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. Pada orang-orang berusia di atas 80 tahun, atrial fibrillation merupakan penyebab utama kematian pada satu di antara empat kasus stroke. Faktor lain dapat terjadi pada pelaksanaan operasi jantung yang berupaya memperbaiki cacat bentuk jantung atau penyakit jantung. Tanpa diduga, plak dapat terlepas dari dinding aorta (batang nadi jantung), lalu hanyut mengikuti aliran darah ke leher dan ke otak yang kemudian menyebabkan stroke (Juwani, 2013).

3) Diabetes Melitus

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 (Ratnasari, 2020).

Obesitas Stroke terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolestrol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar *Low-Density Lipoprotein* (LDL) lebih tinggi dibandingkan kadar *High-Density Lipoprotein* (HDL).

4) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Merokok meningkatkan resiko terkena stroke dua sampai empat kali ini berlaku untuk semua jenis rokok dan untuk semua tipe stroke, terutama perdarahan subaraknoid karena terbentuknya aneurisma dan stroke iskemik. Asap rokok mengandung beberapa zat yang 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 (Ratnasari, 2020).

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 *High Density Lipoprotein* (HDL) 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan angka stroke setinggi 47% (Ratnasari, 2020).

6) Stress

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 (Ramadhani & Adrian, 2015).

b. 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 (Ummaroh, 2019).

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 di atas 50 tahun dibandingkan dengan yang berusia di bawah 50 tahun. Dimana pada usia tersebut semua organ tubuh termasuk pembuluh darah otak menjadi rapuh (Ratnasari, 2020).

3) Riwayat stroke dalam keluarga

Stroke dalam Keluarga Dari sekian banyak kasus stroke yang terjadi, sebagian besar penderita stroke memiliki faktor riwayat stroke dalam keluarganya. Keturunan dari penderita stroke diketahui

menyebabkan perubahan penanda aterosklerosis awal, yaitu proses terjadinya timbunan zat lemak dibawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke. Beberapa penelitian lain yang telah dilakukan mengesankan bahwa riwayat stroke dalam keluargamencerminkan suatu hubungan antara faktor genetis dengan tidak berfungsinya lapisan dinding pembuluh darah dalam arteri koronaria (Ummaroh, 2019).

4. Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena trombus, emboli dan thrombo emboli. Trombus disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pada pembuluh darah otak karena trombus yang makin lama makin menebal sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah ini dapat menyebabkan iskemia. Trombo emboli terjadi akibat lepasnya plak aterosklerotik yang disebut sebagai emboli, yaitu akan menyumbat arteri di sebelah distal dari arteri yang mengalami proses aterosklerotik. Emboli yang timbul dari lesi aterosklerotik yang terletak pada pembuluh yang lebih distal. Gumpalan-gumpalan kecil dapat terlepas dari trombus yang lebih besar dan dibawa ke tempat-tempat lain dalam aliran darah. Bila embolus mencapai arteri yang terlalu sempit untuk dilewati dan menjadi tersumbat, aliran darah akan terhenti dan akan mengakibatkan infark jaringan otak karena kurangnya nutrisi dan oksigen. Kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan edema berdasarkan perluasan yang mengalami infark karena pendarahan yang luas akan lebih sering menyebabkan herniasi otak.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak dan pendarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus caudatus, thalamus dan pons. Selain merusak parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

5. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala *Cerebro Vascular Accident* (CVA) muncul akibat daerah tertentu tak berfungsi yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah ke tempat tersebut. Gejala itu muncul bervariasi, tergantung pada bagian otak yang terganggu. Gejala-gejala itu antara lain bersifat:

- a. Sementara timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Hal ini disebut *Transient Ischemic Attack* (TIA). Serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, memperberat atau malah menetap.
- b. Sementara namun lebih dari 24 jam. Gejala timbul lebih dari 24 jam dan ini disebut *Reversible Ischemic Neurologic Defisit* (RIND).
- c. Gejala makin lama makin berat (progresif), Hal ini disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat yang disebut *Progressing stroke* atau *stroke in evolution*.
- d. Sudah menetap atau permanen

Tanda dan gejala stroke yang lain :

- 1) Kehilangan motoric
 - 2) Gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan pada otak.
 - a) Hemiplegia (paralisis pada satu sisi) karena lesi pada otak yang berlawanan
 - b) Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh).
 - c) Hilangnya atau menurun refleks tendon.
 - 3) Kehilangan komunikasi
- Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi.

- a) Disartia (kesulitan bicara) Disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara
- b) Disfagia/afasia (kehilangan bicara), terutama pada ekspresif atau represif (bibir miring)
- c) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).

4) Gangguan persepsi

Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensori, stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsivisual (penglihatan kabur), kehilangan sensori.

5) Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Bila kerusakan terjadi terjadi pada lobus frontal, memori, disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam pemahaman, lupa, kurang motivasi yang menyebabkan pasien menghadapi masalah frustrasi, depresi

6) Disfungsi kandung kemih

Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

6. Tes Diagnostik

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

a. Radiologi

- 1) CT-Scan pemindaian yang memperlihatkan secara spesifik adanya edema, adanya hematoma, iskemia dan adanya infark pada stroke. Hasil pemeriksaan tersebut biasanya terdapat pepadatan di vertikel kiri dan hiperdens lokal.
- 2) 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 (Hello sehat, 2018).

- 3) Sinar X Menggambarkan pada perubahan kelenjar lempeng pineal pada daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis internal yang terdapat pada trombosis serebral.
- 4) Angiografi Serebral Pemeriksaan ini membantu untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik antara lain perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/rupture.
- 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 Medik

Medis Adapun penatalaksanaan medis menurut, Nofitri(2019) yaitu:

a. Penatalaksanaan Farmakologi

- 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 tekanan darah intrakranial dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari fleksi 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 penyumbatan yang menghambat peredaran darah.

b. Penatalaksanaan Non Farmakologi

- 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.
 - a) Tanda-tanda vital usahakan stabil
 - b) Bedrest
 - c) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
 - d) Hindari kenaikan suhu, batuk, konstipasi, atau cairan suction yang berlebih.

8. Komplikasi

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

a. Bekuan Darah (trombosis)

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (odema) 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 pneumonia.
- d. Atrofi dan kontraktur (kekakuan sendi) hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi

B. Konsep dasar keperawatan

1. Pengkajian primer

a. *Breathing*

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

b. *Blood*

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

c. *Brain*

Pada sistem saraf pusat dinilai kesadaran pasien dengan GCS (*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) (Rizki Fitriani, 2016).

2. Pengkajian sekunder

Menurut Wijaya dan Putri (2013) :

- a. Identitas pasien, umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa dll
- b. Riwayat kesehatan dahulu, riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embolisme serebral, riwayat tinggi kolestrol, obesitas, riwayat DM, riwayat aterosklerosis, merokok dan riwayat konsumsi alkohol
- c. Riwayat kesehatan sekarang, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kehilangan motorik, merasa kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi/paralis (hemiplegia), 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

Data Subjektif : Adanya penyakit hipotensi penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol, merokok.

Data Objektif : Hipertensi arterial sehubungan adanya embolisme

f. Pola nutrisi dan metabolik

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

Data Objektif : Terjadi kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

g. Pola eliminasi

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

h. Pola aktivitas dan latihan

Data Subjektif : Merasa sulit melakukan aktivitas, karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis, hemiplegia, merasa mudah lelah, dan susah untuk beristirahat.

Data Objektif : Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan gangguan penglihatan, dan gangguan kesadaran.

i. Pola tidur dan istirahat

Data Subjektif : Susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot)

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

j. Pola persepsi dan sensorik dan kognitif

Data Subjektif : Sinkope atau pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat dengan adanya pendarahan intra serebral, subaraknoid, kesemutan

(biasanya selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain).

Data Objektif : Status mental atau tingkat kesadaran biasa terjadi, pada tahap awal hemoragik

k. Pola persepsi dan konsep diri

Data Subjektif : Perasaan putus asa

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

l. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data Subjektif : Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

Data Objektif: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, untuk afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata-kata).

m. Pola reproduksi dan seksualitas

Data Subjektif: Tidak adanya gairah seksual

Data Objektif : Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

n. Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stres

Data Subjektif : Perasaan tidak berdaya, putus asa.

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

o. Pola sistem nilai kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

3. Diagnosis Keperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
- b. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- d. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

4. Luaran dan perencanaan keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d sekret tertahan yang</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum cukup menurun 2. Dipsnea cukup menurun 3. Frekueasi nafas cukup menurun 4. Tidak terdengar suara tambahan. 	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor suara napas tambahan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan oksigen 3. Lakukan suction <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. 	<p>R/: Memantau kondisi atau keadaan pasien</p> <p>R/: Mengetahui frekuensi, kedalaman, dan irama napas</p> <p>R/: Mencegah terjadinya gagal napas</p> <p>R/: Membersihkan secret</p> <p>R/: Membantu dalam mengercerkan dahak.</p>

<p>Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka hasil yang diharapkan gangguan menelan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien dalam menelan dan tidak tersedak 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan menelan 2. Berikan makanan yang lunak dalam porsi kecil sering dalam keadaan hangat 3. Monitor dan mencatat porsi makanan yang dihabiskan pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga memberi makan yang tinggi serat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien 2. Kolaborasi lakukan latihan menelan dengan fisioterapi 	<p>R/: Mengetahui adanya nervus vagus sehingga mengganggu fungsi menelan</p> <p>R/: Mempermudah proses pencernaan dalam merangsang nafsu makan</p> <p>R/: Mengetahui intake nutrisi apakah adekuat atau tidak</p> <p>R/: Makanan tinggi serat akan memperlancar proses penyerapan sehingga tidak terjadi konstipasi</p> <p>R/: Mempercepat proses penyembuhan</p> <p>R/: Meningkatkan kemampuan menelan pasien secara bertahap</p>
---	--	---	--

<p>Resiko Perfusion cerebral tidak efektif b/d hipertensi</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi perifer Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tingkat kesadaran cukup menurun Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik Refleks saraf cukup membaik 	<p>Manajemen peningkatan TIK</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis : lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis : tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun). Monitor status pernapasan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan posisi head up Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 	<p>R/: Untuk mengetahui status neurologis</p> <p>R/: Peningkatan TIK menyebabkan terganggunya perfusi jaringan serebral</p> <p>R/: Indikator menunjukkan gangguan sirkulasi</p> <p>R/: Meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral dan mengurangi resiko peningkatan TIK</p> <p>R/: Meningkatkan dan memperbaiki aliran darah serebral dan mencegah terjadinya trombus</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan ekstermitas cukup meningkat Kekuatan otot cukup meningkat 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitas melakukan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi 	<p>R/: Untuk mengetahui kekuatan otot dan kelemahan motorik</p> <p>R/: Meningkatkan massa tonus dan kekuatan otot</p> <p>R/: Agar keluarga mengetahui tujuan diberikan mobilisasi</p> <p>R/: Agar tidak terjadi dekubitus</p>

	<p>3. Kelemahan fisik cukup meningkat</p> <p>4. Rentang (ROM) cukup meningkat</p>	<p>Perawatan tirah baring</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor komplikasi tirah baring <p>Terapeutik</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 	<p>R/: Mencegah kekakuan otot</p> <p>R/: Agar pasien merasa bersih dan nyaman</p> <p>R/: Membantu kebutuhan dasar</p> <p>R/: Aktivitas berlebih dapat meningkatkan TIK</p>
--	---	---	--

4. 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 kepadapasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obat yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
- g. Mengajukan kepada keluarga pasien untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien dirumah.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Seorang laki-laki (Tn.M) usia 69 tahun beragama Islam diantar oleh keluarganya ke RS karena mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri disertai demam sejak 4 hari yang lalu karena terdapat infeksi pada luka di kaki sebelah kanan pasien. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi ± 12 tahun yang lalu tetapi pasien tidak mengkonsumsi obatnya secara teratur hanya minum obat ketika tekanan darahnya meningkat. Keluarga pasien juga mengatakan pasien suka makan daging seperti coto dan ikan asin.

Saat dilakukan pengkajian tampak pasien mengalami penurunan kesadaran GCS 9 dan tidak dapat menggerakkan sisi tubuh sebelah kiri. Saat ini pasien dalam perawatan hari ke-2 dan mendapatkan terapi obat citicoline, neurobion, ranitidine, santagesik dan ambacim. Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, terpasang infus, NGT, dan kateter urine. Telah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala dan didapatkan hasil *Infark Lacuner Cerebri, Brain Atrofy*. Hasil laboratorium HB : 7.6, PCV : 24.2, TROMBOSIT : 61, SGOT : 114, SGPT : 30, CREATIN : 20. TTV : TD : 165/95 mmHg, N : 117x/menit, S : 37,4⁰C P: 30x/menit, SPO²: 99%.

Dari data yang didapatkan, penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan, resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi, konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

A. Pengkajian Keperawatan Kritis

1. Pengkajian primer

Breath	Pergerakan Dada	<input checked="" type="checkbox"/> Simetris kanan dan kiri
--------	-----------------	---

(B1)	Pemakaian otot bantu nafas	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> - Vocal premitus : Tidak dilakukan karena pasien mengalami penurunan kesadaran - Nyeri tekan : tidak dapat dikaji
	Perkusi	<input checked="" type="checkbox"/> sonor Lokasi : pada kedua lapang paru kiri dan kanan
	Suara nafas	<input checked="" type="checkbox"/> Ronchi <ul style="list-style-type: none"> - Lokasi: Auskultasi pada kedua lapang paru kiri dan kanan terdengar suara napas tambahan ronchi
	Batuk	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak produktif
	Sputum	<input checked="" type="checkbox"/> Ada Warna : kuning Tampak sputum yang diproduksi oleh pasien berwarna kuning kental ± 300 cc / 7 jam
	Alat bantu napas	<input checked="" type="checkbox"/> Ada <ul style="list-style-type: none"> - Jenis: Tampak terpasang oksigen nasal kanul 6 liter, frekuensi pernapasan 30x/menit, spo² : 99%.
	Lain-lain	
Blood (B2)	Suara jantung	<input checked="" type="checkbox"/> Tunggal <ul style="list-style-type: none"> - Heart rate : 115 x/menit
	Irama jantung	<input checked="" type="checkbox"/> Reguler
	CRT	<input checked="" type="checkbox"/> <3 detik
	JVP	<input checked="" type="checkbox"/> Normal(5 – 2 CmH20)

	CPV	<input checked="" type="checkbox"/> Tampak tidak terpasang
	Edema	<input checked="" type="checkbox"/> Tampak tidak ada edema
	Ekg	<input checked="" type="checkbox"/> Hasil dari pemeriksaan EKG pasien yakni sinus takikardi yang dilandasi dengan denyut jantung yang teratur
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - Tanda – tanda vital TD : 165/95 mmHg N : 117 x/menit S : 37,4°C P : 30 x/menit SP02 : 99%
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> - Kualitatif : somnolen - Kuantitatif (GCS 9) E : 2 V : 3 M : 4
	Reaksi pupil <ul style="list-style-type: none"> • Kanan • Kiri 	<input checked="" type="checkbox"/> Isokor , diameter pupil 3 cm <input checked="" type="checkbox"/> Isokor , diameter pupil 3 cm
	Refleks fisiologis	<input checked="" type="checkbox"/> ada
	Refleks patologis	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada
	Meningeal sign	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil CT-Scan : Infark lacuner cerebri Brain atrofy Hemiparese sinistra
Bladder (B4)	Urin	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah : 400 cc - warna : kuning pekat - catatan : - pasien menggunakan kateter didapatkan jumlah urin selama 7 jam dari jam 13 – 20.00 WITA sebanyak 400 cc

	Kateter	<input checked="" type="checkbox"/> Ada
	Kesulitan BAK	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada kesulitan BAK
	Lain-Lain	Pada pemeriksaam fisik yang dilakukan didapatkan kandung kemih kosong dan nyeri ketuk ginjal tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
Bowel (B5)	Mukosa bibir	<input checked="" type="checkbox"/> Tampak kering
	Lidah	<input checked="" type="checkbox"/> Tampak lidah tidak bersih
	Keadaan gigi	<input checked="" type="checkbox"/> Tampak gigi lengkap
	Nyeri telan	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji
	Abdomen	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak distensi
	Peristaltik usus	<input checked="" type="checkbox"/> Menurun : 4x/ menit
	Mual	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada
	Muntah	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada
	Hematemesis	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada
	Melena	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada
	Terpasang NGT	<input checked="" type="checkbox"/> ya alasan : karena pasien mengalami penurunan kesadaran
	Terpasang Colostomy bag	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada terpasang <i>Colostomy bag</i>
	Diare	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada
	Konstipasi	<input checked="" type="checkbox"/> Ada Pasien mengalami konstipasi sejak 14 hari yang lalu
Asites	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada	
Lain-lain		
Bone (B6)	Turgor	<input checked="" type="checkbox"/> baik

	Perdarahan kulit	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada
	Icterus	<input checked="" type="checkbox"/> tidak tampak pasien icterus
	Akral	<input checked="" type="checkbox"/> Hangat <input checked="" type="checkbox"/> Basah
	Pergerakan sendi	<input checked="" type="checkbox"/> Terbatas
	Fraktur	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada
	Luka	<input checked="" type="checkbox"/> Ada Jenis luka terbuka pada bagian punggung kaki sebelah kanan
	Lain-lain	

1. Diagnosis Keperawatan :

B1: Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Sekret yang tertahan

B2 :

B3 :Resiko perfusi serebral tidak efektif d/d Hipertensi

B4:-

B5: Konstipasi b/d kelemahan otot abdomen

B6: Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot

2. PENGKAJIAN SEKUNDER

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting dan pasien sangat memperhatikan kesehatannya. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat suka mengonsumsi daging seperti coto setiap hari dan makanan asin seperti ikan asin setiap hari. Keluarga pasien mengatakan pasien hanya meminum obat hipertensi jika tekanan darahnya tinggi. Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama : Kesadaran Menurun

b) Riwayat keluhan utama

Keluarga mengatakan sejak jam 10 siang pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri disertai demam sejak 4 hari yang lalu karena terdapat infeksi pada luka di kaki sebelah kanan pasien, sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Bhayangkara. Sesampai di IGD dilakukan pemeriksaan GDS dan didapatkan hasil 246 mg/dl. Kemudian pasien dibawa ke ICU karena mengalami penurunan kesadaran dan tampak pelo.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sudah \pm 12 tahun. Keluarga mengatakan bahwa pasien mengalami stroke baru pertama kali atau baru serangan pertama.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan keluarga memiliki riwayat penyakit hipertensi dan Keluarga pasien mengatakan bahwa orang tua dari pasien mempunyai riwayat stroke.

2) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : Tampak rambut pasien berwarna hitam dan sedikit beruban, tidak ada lesi.

b) Kulit kepala : Tampak bersih tidak ada ketombe atau lesi.

c) Kebersihan kulit : Tampak kulit pasien bersih dan terdapat beberapa

- ephelis karena proses penuaan.
- d) Hygiene rongga mulut : Sedikit berbau, tampak banyak lendir, gigi tampak sangat kuning dan lidah tampak kotor.
- e) Kebersihan genetalia : Genetalia pasien tampak bersih dan ditumbuhi oleh rambut yang tipis.
- f) Kebersihan anus : Anus pasien tampak tidak ada benjolan atau peradangan disekitarnya.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pola makan pasien teratur yakni 3 kali sehari dengan menu yakni nasi putih, daging, gorengan dan sayur. Keluarga pasien mengatakan minum air putih tiap hari kira-kira $\pm 1,5$ liter/hari.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak pasien sakit pasien tidak ada nafsu makan dan keadaan pasien semakin menurun, kemudian pasien di bawah ke rumah sakit dan pada saat itu pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga pasien langsung di pasang NGT. Dan pasien hanya mendapatkan terapi : susu peptisol sebanyak 100 cc setiap 5 jam.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang NGT, tampak pasien diberikan susu sebanyak 100 cc ditambahkan dengan obat yang telah dihaluskan dan tampak pasien mengalami penurunan kesadaran.

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan rambut : Tampak rambut pasien berwarna hitam dan sedikit beruban.
- b) Hidrasi kulit : < dari 3 detik
- c) Palpebral/conjungtiva : Tampak palpebral tidak enema dan tampak conjungtiva tidak anemis.
- d) Sclera : Tampak sclera tidak icterik.
- e) Hidung : Tampak sputum berada ditengah.
- f) Rongga mulut : Tampak kering, terkelupas, sedikit berbau, tampak gusi pasien

- mengalami perdarahan.
- g) Gigi : Tampak gigi tidak teratur dan berwarna kuning, tampak pasien tidak menggunakan gigi palsu.
 - h) Kemampuan menguyah keras : Tidak dikaji karena mengalami penurunan kesadaran.
 - i) Lidah : Tampak lidah pasien kotor.
 - j) Pharing : Tampak 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 sedikit membuncit.
 - Auskultasi : Terdengar peristaltic usus pasien 4x/menit.
 - Palpasi: Tidak teraba adanya nyeri tekan
 - Perkusi: Terdengar bunyi tympani
 - n) Kulit
 - Edema : \surd Positif Negatif
 - Ikterik : Positif \surd Negatif
 - Tanda- tanda radang : Tidak tampak adanya tanda Peradangan
 - o) Lesi : Tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAB sebanyak 2x kali dalam sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning. Keluarga pasien juga mengatakan BAK pasien \pm 4-5 dalam sehari.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien sudah 14 hari tidak BAB, keluarga pasien juga mengatakan BAK pasien lancar dengan jumlah urin yaitu 500 cc selama 7 jam.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang kateter dan pampers perekat, jumlah urine pada pasien sebanyak 500 cc, dengan warna kuning pekat.

4) Pemeriksaan fisik

- a) Peritaltik usus : 4x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : penuh √ kosong
- c) Nyeri ketuk ginjal : Tidak dikaji
- d) Mulut uretra : Tidak ada peradangan
- e) Anus
 - Peradangan : Tidak ada peradangan
 - Hemoroid : Tidak ada hemoroid
 - Fistula : Tidak ada fistula

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien sehari-harinya sering jalan-jalan pagi dan sering berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa menggerakkan tubuhnya bagian sebelah kiri dan pasien mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien tidak bisa menggerakkan tubuhnya sebelah kiri, dan semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat secara total.

a) Aktivitas harian

- Makan : 3
- Minum : 3
- Pakaian : 2
- BAK : 1
- BAB : 2

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan Alat
2 : Bantuan Orang
3 : Bantuan alat dan orang

Mobilisasi tempat tidur : 2

- b) Postur tubuh : Tidak dikaji
- c) Gaya jalan : Tidak dikaji
- d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada anggota gerak yang cacat
- e) Fiksasi : Tampak tidak ada yang difiksasi
- f) Tracheostomy : Tampak tidak terpasang tracheostomi

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

 Berbaring : 165/95 mmHg

 Duduk : Tidak dikaji

 Berdiri : Tidak dikaji

 kesimpulan : pasien tidak mengalami hipotensi
 ostostatik

b) HR : 117x/menit

c) Kulit

 • Keringat dingin : pasien tampak tidak berkeringat
 dingin

 • Basah : kulit pasien tidak tampak basah namun
 teraba lembab

d) JVP : 5-2cmH₂O

 Kesimpulan : fungsi jantung memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler : CRT kembali < dari 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

 ▪ Inspeksi:

 Bentuk thorax : tampak bentuk thorax simetris kanan dan
 kiri

 Sianosis : tampak pasien sianosis pada bibir
 dan bagian periferekstremitas atas
 dan bawah.

 ▪ Auskultasi :

 Suara napas : vesikular

 Suara ucapan : focal premitus tidak dikaji

 Suara tambahan : terdengar suara
 tambahan ronchi basah

 pada kedua lapang paru
 kiri dan kanan bagian
 bawah

2) Jantung

 ▪ Inspeksi :

 Ictus cordis : tidak tampak ictus cordis

 ▪ Palpasi :

 Ictus cordis : heart rate :

 ▪ Auskultasi :

Bunyi jantung II A : ICS 5 linea
medioclavicularis sinistra

Bunyi jantung II P : ICS 5 linea
medioclavicularis sinistra

Bunyi jantung I T : ICS 2 linea sternalis dextra

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

Bunyi jantung II irama gallop : tidak terdengar
irama gallop

Murmur : tidak terdengar bunyi murmur

HR : 173 x / menit

Bruit : Aorta : tidak ada

A. Renalis : tidak ada

A. Femoralis : tidak ada

3) Lengan dan tungkai

▪ Atrofi otot : Positif Negatif

▪ Rentang gerak :

Kaku sendi : tidak ada

▪ Uji kekuatan otot

Kesan : Hemiparese sinistra

Keterangan :

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

▪ Refleks fisiologi : Biceps (+), Triceps (+), Patella (+),
Achilles (+)

▪ Refleks patologi :

Babinski : Kiri : Positif Negatif

Kanan: Positif Negatif

▪ Clubing jari-jari : tampak tidak terdapat clubbing jari-jari
dapa pasien

4) Columna vertebralis:

- Inspeksi :
- Kelainan bentuk : tampak tidak ada kelainan bentuk vertebralis
- Palpasi : Nyeri tekan : tidak di kaji

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil CT-Scan :

- Infark lacuner cerebri
- Brain atrofi
- Hemiparese sinistra

b. Hasil laboratorium

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SATUAN
HB	7.6	11.0 – 16.0	g/dl
PCV	24.2	35.0 – 50.0	%
TROMBOSIT	61	100 - 300 (X10 ³)	/mm ³
SGOT	114	<37	U/L
SGPT	30	<43	U/L
CREATININ	2.0	0.6 – 1.1	Mg/dl

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 pengadaan kardiolipin dan sfingomielin, sumber fosfatidilkholin serta stimulasi sintesis glutathion 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. M 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. "M" 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: Antagogsins 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."M" 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. Ventanil

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 deiberikan 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."M" 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.

B. ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn. M / 69 tahun

Ruangan /Kamar : ICU

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan banyak lendir dalam mulut pasien • Keluarga pasien mengatakan mendengar suara lain ketika pasien bernafas • Keluarga pasien mengatakan pasien bernafas sedikit cepat <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak lendir pasien banyak • Terdengar suara gurgling • Tampak sputum berwarna 	Sekret yang tertahan	Bersihkan jalan nafas tidak efektif

	<p>kuning kental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi pernafasan 30x/menit • Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran 		
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi ± 12 tahun yang lalu • Keluarga pasien mengatakan pasien tidak teratur dalam mengkonsumsi obat hipertensinya • Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan daging seperti coto dan ikan asin <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum pasien lemah • Observasi TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 165/95x/menit N : 117x/menit S : 37,4 °C P : 30x/menit • Pemeriksaan CT-Scan <ul style="list-style-type: none"> - Infark lacuner cerebri - Brain atrofi - Hemiparese dextra 	Hipertensi	Resiko Perfusi cerebral tidak efektif
3.	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ke vluarga pasien mengatakan pasien sudah 12 hari tidak buang air besar <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peristaltik usus 4x/menit • Tampak perut pasien kembung 	Kelemahan otot abdomen	Konstipasi
5.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan sisi tubuh sebelah kiri <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien terbaring lemah 	penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

	<ul style="list-style-type: none">• Tampak pasien tidak mampu menggerakkan sisi tubuh sebelah kiri• Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dan alat.• Ujia kekuatan otot Kesan : Hemiparese sinistra• Aktivitas harian<ul style="list-style-type: none">Makan : 3Minum : 3Pakaian : 2BAK : 1BAB : 2Mobilisasi tempat tidur : 2 <p>Hasil pengkajian resiko jatuh menunjukkan pasien masuk dalam kategori resiko jatuh tinggi.</p>		
--	---	--	--

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M/69 tahun

Ruangan /Kamar : ICU

SDKI	SLKI	SIKI
Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d sekret yang tertahan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka hasil yang diharapkan jalan nafas bersih dengan kriteria hasil : 1. Produksi sputum cukup menurun 2. Dispnea cukup menurun 3. Frekuensi napas cukup menurun 4. Tidak terdengar suara tambahan	Manajemen jalan napas Observasi 3. Monitor pola napas 4. Monitor suara napas tambahan 5. Monitor sputum Terapeutik 4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Berikan oksigen 6. Lakukan suction Kolaborasi 2. Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka hasil yang diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 5. Pergerakan ekstermitas cukup meningkat 6. Kekuatan otot cukup meningkat 7. Kelemahan fisik cukup	Dukungan Mobilisasi Observasi 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Terapeutik 2. Fasilitas melakukan pergerakan Edukasi 2. Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi

	<p>meningkat</p> <p>8. Rentang (ROM) cukup</p> <p>meningkat</p>	<p>Perawatan tirah baring</p> <p>Observasi</p> <p>2. Monitor komplikasi tirah baring</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Berikan latihan gerak aktif atau pasif</p> <p>5. Pertahankan kebersihan pasien</p> <p>6. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari</p> <p>Edukasi</p> <p>2. Jelaskan tujuan tirah baring</p>
<p>Konstipasi b/d kelemahan otot abdomen</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka hasil yang diharapkan eliminasi fekal membaik dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Control pengeluaran feses cukup meningkat</p> <p>2. Konsistensi feses cukup membaik</p> <p>3. Peristaltic usus cukup membaik</p>	<p>Manajemen eliminasi fekal</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor buang air besar (mis. Warna, frekuensi, konsistensi, volume).</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan makanan tinggi serat</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu</p>

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M/69 tahun

Ruangan /Kamar : ICU

Hari/tanggal	Jam	Dx	Implementasi keperawatan	Perawat
Selasa 02, juni 2022	08.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 150/90 mmHg N : 98 x/menit S : 38,4⁰C P : 28x/menit SPO₂: 97% 	Jeslin
	08.05	III	<ul style="list-style-type: none"> Mempertahankan kebersihan pasien H/: - Tampak pasiendimandikan,digantik anpakaiandanmenggantipopokoleh perawat - Tampak pasiendilakukanoralhygiene 	Jeslin
	08.30	III	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan pasien posisi miki miki tiap 2 jam H/: Tampak pasien berbaringdenganposisi miring kanan 	
	08.40	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK H/: untuk mengetahui apakah ada infark baru di otak pada saat CT-Scan. 	
	09.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. Memonitor MAP pasien dan respon H/: $MAP = \frac{150+2(90)}{3} = \frac{150 + 180}{3} = \frac{330}{3} = 110 \text{ mmHg}$ Artinya perfusi ginjal memadai 	Jeslin

	09.30	I	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum berwarna kuning kental. 	
	09.45	I	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan suction atau penghisapan lendir H/: Lendir yang dihisap \pm 50cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun. 	Jeslin
	10.55	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 6 liter/menit. 	
	10.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV : TD : 155/90 mmHg N : 98 x/menit S : 38,2⁰C P : 25x/menit SPO² : 98% 	Jeslin
	10.05	III	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc. 	
	10.45	III	<ul style="list-style-type: none"> • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan 	
	11.00	III	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan H/: tampak pasien susah dibalik karena mengalami kelemahan tubuh bagian 	Jeslin

			kiri	
	11.05	III	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi melakukan pergerakan H/: Tampak pergerakan pasien dibantu oleh perawat dan keluarganya 	
	11.30	III	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tujuan prosedur mobilisasi H/: tampak keluarga mengerti dan memahami tujuan prosedur yang telah dijelaskan 	
	11.45	III	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan latihan gerak aktif dan pasif H/: - Tampak tangan dan kaki kiri pasien susah untuk digerakkan - Tampak seluruh badan pasien masih mengalami kelemahan 	Jeslin
	12.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV : TD : 155/95 mmHg N : 87 x/menit S : 39,4⁰C P : 30 x/menit SPO² : 95% • Memonitor MAP pasien dan respon H/: $MAP = \frac{145+2(95)}{3} = \frac{145 + 190}{3}$ $= \frac{335}{3} = 111 \text{ mmHg}$ 	
	12.05		Artinya perfusi ginjal memadai	Jeslin
	12.10	I	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum berwarna kuning kental. • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. 	
	12.30	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan 	Jeslin

			sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc.	
	13.00	III	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan suction atau penghisapan lendir 	
	13.45	I	<p>H/: Lendir yang dihisap ± 40cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 158/96 mmHg N : 87 x/menit S : 37,4⁰C P : 25x/menit SPO² : 99% 	
	14.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam <p>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan</p>	
	14.05	III	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen <p>H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 6 liter/menit.</p>	
	14.30	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan <p>H/: tampak pasien susah dibalik karena mengalami kelemahan tubuh bagian kiri</p>	Jeslin
	15.00	III	<ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi melakukan pergerakan <p>H/: Tampak pergerakan pasien dibantu oleh perawat dan keluarganya</p>	
	15.30	III	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 160/100 mmHg 	

	16.00	II	<p>N : 87 x/menit S : 37,4⁰C P : 25x/menit SPO² : 99%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan 	Lisa
	16.30	III	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tujuan prosedur mobilisasi H/: tampak keluarga mengerti dan memahami tujuan prosedur yang telah dijelaskan 	
	17.00	IV	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan latihan gerak aktif dan pasif H/: - Tampak tangan dan kaki kiri pasien susah untuk digerakkan - Tampak seluruh badan pasien masi mengalami kelemahan 	Lisa
	17.30	IV	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV : TD : 160/85 mmHg N : 120 x/menit S : 38,⁰C P : 26 x/menit SPO² : 98% 	
	18.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor MAP pasien dan respon H/: $MAP = \frac{160+2(85)}{3} = \frac{160 + 170}{3}$ $= \frac{330}{3} = 110$ mmHg Artinya perfusi ginjal memadai 	
	18.05	II	<ul style="list-style-type: none"> • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan • Memonitor suara nafas tambahan pasien 	Lisa

	18.10	III	<p>dan sputum H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum berwarna kuning kental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan suction atau penghisapan lendir 	Lisa
	18.30	I	<p>H/: Lendir yang dihisap ± 40cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun.</p>	
	18.35	I	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi semi fowler pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen <p>H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit.</p>	
	17.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK <p>H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah.</p>	
	17.30	II	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV : TD : 165/110 mmHg N : 98 x/menit S : 38,6⁰C P : 18x/menit SPO² : 99% 	
	18.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam <p>H/: Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan</p>	
	18.05	III	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi 	

			H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc.	
	18.30	III	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan latihan gerak aktif dan pasif 	
	19.00	III	<p>H/: - Tampak tangan dan kaki kiri pasien susah untuk digerakkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak seluruh badan pasien masi mengalami kelemahan 	
	19.45	III	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 150/90 mmHg N : 115 x/menit S : 38,8⁰C P : 24 x/menit SPO² : 100% 	
	20.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor MAP pasien dan respon <p>H/: $MAP = \frac{150+2(90)}{3} = \frac{150 + 180}{3} = \frac{330}{3} = 110$ mmHg</p> <p>Artinya perfusi ginjal memadai</p>	
	20.05	II	<ul style="list-style-type: none"> Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam <p>H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum <p>H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum berwarna kuning kental.</p>	
	20.10	III	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan suction atau penghisapan lendir <p>H/: Lendir yang dihisap ± 40cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun.</p>	
	20.45	I	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan posisi head up pada pasien 	

	20.50	I	<p>agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen</p> <p>H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK
	21.00	II	<p>H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV : TD : 165/100mmHg N : 87 x/menit S : 37,4⁰C P : 26 x/menit SPO² : 98%
	21.30	II	<ul style="list-style-type: none"> • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam <p>H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan</p>
	22.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK <p>H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah.</p>
	22.05	III	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan <p>H/: tampak pasien susah dibalik karena mengalami kelemahan tubuh bagian kiri</p>
	22.10	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi melakukan pergerakan <p>H/: Tampak pergerakan pasien dibantu oleh perawat dan keluarganya</p>
	22.40	III	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan latihan gerak aktif dan pasif <p>H/: - Tampak tangan dan kaki kiri pasien susah untuk digerakkan - Tampak seluruh badan pasien</p>

			masi mengalami kelemahan	
	23.00	III	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 158/90 mmHg N : 110 x/menit S : 38,8⁰C P : 24 x/menit SPO² : 100% 	
	23.30	III	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor MAP pasien dan respon H/: $MAP = \frac{158+2(90)}{3} = \frac{158 + 180}{3} = \underline{338} = 112 \text{ mmHg}$ 	
	00.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. 	
	00.10		<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 155/90 mmHg N : 89 x/menit S : 37,8⁰C P : 26 x/menit SPO² : 99% 	
			<ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc. 	
	04.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 150/95 mmHg N : 90 x/menit S : 37,4⁰C P : 26 x/menit SPO₂: 99% 	Margar eta
	06.00	III	<ul style="list-style-type: none"> Mempertahankan kebersihan pasien H/: - 	

Rabu 03 juni 2022	08.00	II	<p>Tampak pasiendimandikan,digantik anpakaiandanmenggantipopokoleh perawat</p> <p>- Tampakpasiendilakukanoralhygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum <p>H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum berwarna kuning kental.</p>	Lusia
	08.05	III	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan suction atau penghisapan lendir <p>H/: Lendir yang dihisap ± 40cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun.</p>	
	08.40	I	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi heap up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen <p>H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit.</p>	
	08.45	I	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV : TD : 158/90 mmHg N : 110 x/menit S : 38,8⁰C P : 24 x/menit SPO₂: 100% 	
	09.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi <p>H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam <p>H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan</p>	
	09.05	II		

	10.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan H/: tampak pasien susah dibalik karena mengalami kelemahan tubuh bagian kiri 	Margaretha
	10.05	III	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 140/85 mmHg N : 100 x/menit S : 38,8⁰C P : 24 x/menit SPO² : 100% Memfasilitasi melakukan pergerakan H/: Tampak pergerakan pasien dibantu oleh perawat dan keluarganya 	
	10.10	III	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan latihan gerak aktif dan pasif H/: - Tampak tangan dan kaki kiri pasien susah untuk digerakkan - Tampak seluruh badan pasien masi mengalami Kelemahan 	
	11.50	II	<ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc. 	
	12.00	III IV	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan suction atau penghisapan lendir H/: Lendir yang dihisap ± 40cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun. 	
	12.30	III	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum berwarna kuning kental. Mengobservasi TTV : 	

	12.50	I	<p>TD : 140/85 mmHg N : 100 x/menit S : 38,8⁰C P : 24 x/menit SPO² : 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor MAP pasien dan respon H/: $MAP = \frac{140+2(85)}{3} = \frac{140+170}{3}$ 	
	13.00	I	$= \frac{310}{3} = 103 \text{ mmHg}$ <ul style="list-style-type: none"> • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam H/: Tampakpasien 	
	13.45	II	<ul style="list-style-type: none"> berbaringdenganposisimiring kanan • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit. 	
	13.55	II	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan suction atau penghisapan lendir H/: Lendir yang dihisap ± 40cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun. 	
	14.00	II		
	14.05	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum berwarna kuning • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan 	

	14.10	I	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 140/85 mmHg N : 100 x/menit S : 38,8^oC P : 24 x/menit SPO² : 100% 	
	16.50	I	<ul style="list-style-type: none"> Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan 	
		II	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. 	
	17.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit. 	
	17.20	III		
	17.50	II	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan suction atau penghisapan lendir H/: Lendir yang dihisap ± 30cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun. 	
	18.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 175/80 mmHg N : 98 x/menit S : 38,6^oC P : 15 x/menit SPO² : 99% 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc. 	
	18.05	I	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit. 	
	18.10	II	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. 	
	18.50	II	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV : TD : 160/95 mmHg N : 97 x/menit S : 37,6^oC P : 17 x/menit SPO² : 99% 	
	19.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan 	
	19.05	II	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. 	
	19.10	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc. • Memberikan posisi head up pada pasien 	

	19.40	III	<p>agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen</p> <p>H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit.</p>	
	20.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 154/97 mmHg N : 100x/menit S : 38,8⁰C P : 28 x/menit SPO₂ : 97% Memonitor MAP pasien dan respon <ul style="list-style-type: none"> H/: $MAP = \frac{154+2(87)}{3} = \frac{154 + 134}{3} = \frac{308}{3} = 102 \text{ mmHg}$ Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK <ul style="list-style-type: none"> H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. 	
	20.10	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 150/97 mmHg N : 90x/menit S : 37,5⁰C P : 24 x/menit SPO₂: 98% Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen <ul style="list-style-type: none"> H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit. 	
	20.30	II		
	22.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 165/97 mmHg 	

	22.30	II	<p>N : 90x/menit S : 37,5⁰C P : 25 x/menit SPO₂: 98%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. 	
	00.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O₂ nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit. 	
	00.15	II	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV : TD : 155/90 mmHg N : 89x/menit S : 37,5⁰C P : 25 x/menit SPO₂: 99% • Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc. • Melakukan suction atau penghisapan lendir H/: Lendir yang dihisap ± 40cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun. 	
	02.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum 	

	02.15	II	<p>berwarna kuning</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 155/95 mmHg N : 87 x/menit S : 39,4⁰C P : 30 x/menit SPO₂: 95% 	
	04.00	I	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor MAP pasien dan respon H/: $MAP = \frac{145+2(95)}{3} = \frac{145 + 190}{3} = \frac{335}{3} = 111 \text{ mmHg}$ Artinya perfusi ginjal memadai 	
	04.05	I	<ul style="list-style-type: none"> Mempertahankan kebersihan pasien H/: - Tampak pasiendimandikan,digantik anpakaiandanmenggantipopokoleh perawat 	
	04.10	II	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasiendilakukanoralhygiene - Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan 	
	06.00	II	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan suction atau penghisapan lendir H/: Lendir yang dihisap ± 50cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun. 	
	06.00	III	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum berwarna kuning kental. 	
	06.30	III	<ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde 	

Kamis 04 juni 2022	06.45	I	<p>peptisol 100 cc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan H/: tampak pasien susah dibalik karena mengalami kelemahan tubuh bagian kiri • Memfasilitasi melakukan pergerakan H/: Tampak pergerakan pasien dibantu oleh perawat dan keluarganya
	08.00	I	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 3 Liter/menit.
	08.15	II	
	08.45	III	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV : TD : 155/95 mmHg N : 87 x/menit S : 39,4⁰C P : 30 x/menit SPO² : 95%
	09.00	III	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi melakukan pergerakan H/: Tampak pergerakan pasien dibantu oleh perawat dan keluarganya • Memberikan latihan gerak aktif dan pasif H/: - Tampak tangan dan kaki kiri pasien susah untuk digerakkan - Tampak seluruh badan pasien masi mengalami Kelemahan
	10.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc.

	10.15	IV	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan suction atau penghisapan lendir <p>H/: Lendir yang dihisap \pm 40cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun.</p>	
	10.17	IV	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum <p>H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum berwarna kuning</p>	
	10.30	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan 	
	11.00	I	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV : TD : 140/85 mmHg N : 100 x/menit S : 38,8⁰C P : 24 x/menit SPO² : 100% 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam <p>H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan</p>	
	11.30	I	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK <p>H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah.</p>	
	12.00	II	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen <p>H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan</p>	
	12.05	II	<p>O² nasal kanul</p>	

			pernapasan pasien menurun.	
		I	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 175/80 mmHg N : 98 x/menit S : 38,6⁰C P : 15 x/menit SPO² : 99% 	
		II	<ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc. 	
		I	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit. 	
		II	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. 	
		IV	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi TTV : TD : 160/95 mmHg N : 97 x/menit S : 37,6⁰C P : 17 x/menit SPO² : 99% 	
		II	<ul style="list-style-type: none"> Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam H/: Tampakpasien berbaringdenganposisimiring kanan 	
			<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi tanda/gejala 	

			<p>peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Nutrisi H/: - tampak telah diberikan susu sonde peptisol 100 cc. • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit. • Mengobservasi TTV : TD : 154/97 mmHg N : 100x/menit S : 38,8⁰C P : 28 x/menit SPO² : 97% • Memonitor MAP pasien dan respon H/: $MAP = \frac{154+2(87)}{3} = \frac{154 + 134}{3} = \frac{308}{3} = 102 \text{ mmHg}$ • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. • Mengobservasi TTV : TD : 150/97 mmHg N : 90x/menit S : 37,5⁰C P : 24 x/menit 	
--	--	--	---	--

			<p>SPO² : 98%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit. • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit. • Mengobservasi TTV : TD : 155/90 mmHg N : 89x/menit S : 37,5⁰C P : 25 x/menit SPO² : 99% • Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK H/: Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. • Memberikan posisi head up pada pasien agar dapat bernapas dengan mudah dan berikan oksigen H/: pasien dalam posisi semi fowler untuk membantu pengembangan ekspansi paru pasien dan telah 	
--	--	--	---	--

			<p>diberikan O² nasal kanul sebanyak 4 Liter/menit.</p> <ul style="list-style-type: none"> Melakukan suction atau penghisapan lendir H/: Lendir yang dihisap ± 30cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun. Mengobservasi TTV : TD : 150/97 mmHg N : 90x/menit S : 37,5⁰C P : 24 x/menit SPO² : 98% Melakukan suction atau penghisapan lendir H/: Lendir yang dihisap ± 40cc dan pada saat auskultasi tidak terdengar lagi bunyi snoring pada pasien, frekuensi pernapasan pasien menurun. Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum H/: Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru, tampak sputum berwarna kuning 	
--	--	--	--	--

F.EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M/69 tahun

Ruangan /Kamar : ICU

Hari/tanggal	Dx	Evaluasi SOAP	Perawat
Selasa 02 juni 2022	II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakkan Keluarga pasien mengatakan seluruh badan pasien mengalami kelemahan <p>O :</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Tampak ku pasien lemah • GCS (9) E: 2, V: 3, M: 4 somnolen • Tampak badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan • Tampak pasien tidak memberikan respon • Observasi TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 150/90 mmHg N : 98 x/menit S : 38,4°C P : 30x/menit SPO₂: 94% <p>A : Perfusi jaringan cerebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi • Monitor TTV dan MAP • Monitor tingkat kesadaran • Berikan posisi semi fowler • Berikan obat • Pantau tekanan intracranial <p>I S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga pasien mengatakan terdengar suara lendir di leher • Keluarga mengatakan banyak lendir didalam mulut pasien • Keluarga pasien mengatakan pasien bernafac cepat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ku lemah • Keadaan somnolen • Terdengar bunyi ronchi pada suara nafas pasien • Frekuensi pernapasan pasien 30x/menit dan SPO₂: 94% • Tampak sputum ± 50 cc <p>A : Ketidakbersihan jalan napas belum terasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi • Monitor pernapasa dan SPO₂ pasien 	
--	--	--	--

	III	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan section • Berikan posisi semifowler • Monitor sputum <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kelemahan seluruh tubuh dan kekakuan pada tubuh sebelah kiri. • Keluargamengatakanpasienhanyaterbaringle mah ditempattidur.Semuaaktivitaspasiendibantu olehkeluargadan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ekstermitas kiri mengalami kekakuan • Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran • Tampak semua aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat • Uji kekuatan otot : hemiparese sinistra • Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 3 Minum : 3 Pakaian : 2 BAK : 1 BAB : 2 Mobilisasi tempat tidur : 2 <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi • bantu pasien dalam perawatan diri danmenerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personalhygiene • berikan latihan gerak aktif dan pasif • libatkan dan ajarkan keluarga cara latihan ROM • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien sudah 	
--	-----	--	--

		<p>suara lendir di leher</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan banyak lendir didalam mulut pasien • Keluarga pasien mengatakan pasien bernafas cepat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ku lemah • Keadaan somnolen • Terdengar bunyi ronchi pada suara nafas pasien • Frekuensi pernapasan pasien 30x/menit dan SPO² : 94% • Tampak sputum ± 50 cc <p>A : Ketidakbersihan jalan napas belum terasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi • Monitor pernapasa dan SPO² pasien • Lakukan section • Berikan posisi semifowler • Monitor sputum <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kelemahan seluruh tubuh dan kekakuan pada tubuh sebelah kiri. • Keluargamengatakanpasienhanyaterbaringl emah ditempattidur.Semuaaktivitaspasiendibantu olehkeluargadan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ekstermitas kiri mengalami kekakuan • Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran • Tampak semua aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat • Uji kekuatan otot Kesan : hemiparese sinistra <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitas harian Makan : 3 	
	III		

	IV	<p>Minum : 3 Pakaian : 2 BAK : 1 BAB : 2 Mobilisasi tempat tidur : 2</p> <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi • bantu pasien dalam perawatan diri dan menerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personal hygiene • berikan latihan gerak aktif dan pasif • libatkan dan ajarkan keluarga cara latihan ROM • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien sudah 12 hari tidak buang air besar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peristaltik usus 4x/menit • Tampak perut pasien kembung <p>A : konstipasi b/d kelemahan otot abdomen belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarganya pasien mengatakan badannya sebelah kiri pasien masih tidak bisa digerakkan • Keluarganya pasien mengatakan seluruh badan pasien mengalami kelemahan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak keadaan pasien semakin menurun • GCS (8) E: 2, V: 2, M: 4 sopor 	
--	----	---	--

<p>Kamis 04 juni 2022</p>	<p>II</p> <p>I</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan • Tampak pasien tidak memberikan respon • Observasi TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 158/90 mmHg N : 110 x/menit S : 38,8°C P : 24 x/menit SPO² : 100% <p>A : Perfusi jaringan cerebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi • Monitor TTV dan MAP • Monitor tingkat kesadaran • Berikan posisi semi fowler • Berikan obat • Pantau tekanan intrakranial <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga pasien mengatakan masih terdengar suara lendir di leher • Keluarga mengatakan banyak lendir didalam mulut pasien • Keluarga pasien mengatakan pasien bernafac cepat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ku lemah • Keadaan somnolen • Terdengar bunyi ronchi pada suara nafas pasien • Frekuensi pernapasan pasien 30x/menit dan SPO² : 94% • Tampak sputum ± 50 cc <p>A : Ketidakbersihan jalan napas belum terasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi • Monitor pernapasa dan SPO² pasien • Lakukan section • Berikan posisi semifowler • Monitor sputum 	
-----------------------------------	--------------------	--	--

	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kelemahan seluruh tubuh dan kekakuan pada tubuh sebelah kiri. • Keluargamengatakanpasienhanyaterbaringl emah ditempattidur.Semuaaktivitaspasiendibantu olehkeluargadan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ekstermitas kiri mengalami kekakuan • Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran • Tampak semua aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat • Uji kekuatan otot Kesan : hemiparese sinistra • Aktivitas harian Makan : 3 Minum : 3 Pakaian : 2 BAK : 1 BAB : 2 Mobilisasi tempat tidur : 2 <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi • bantu pasien dalam perawatan diri danmenerima kebutuhannya : BAB, Nutrisi, personalhygiene • berikan latihan gerak aktif dan pasif • libatkan dan ajarkan keluarga cara latihan ROM • Meberikan pasien posisi mika miki tiap 2 jam <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien sudah 12 hari tidak buang air besar <p>O :</p>	
--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Peristaltik usus 4x/menit • Tampak perut pasien kembung <p>A : konstipasi b/d kelemahan otot abdomen belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi 	
--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang di peroleh dari hasil perawatan yang di lakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasu nyata pada Tn.M dengan diagnosa medis Stroke non-hemoragik diruangan ICU dirumah sakit Bhayangkar Makassar. Dalam pembahasan ini penulis

menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian pada pasien Stroke non-hemoragik.

2. Pengkajian keperawatan kritis

a. B1 (Breathing)

Pada pengkajian B1 (Breathing) didapatkan hasil pengkajian pasien tampak sesak dengan jumlah pernapasan 30x/menit dan SpO₂ 99 %. Selain itu, terdengar juga bunyi ronchi pada kedua lapang paru kiri dan kanan dan terdengar penumpukan lendir. Dari kondisi pasien diatas, dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami penumpukan cairan akibat penurunan kesadaran yang membuat refleks batuk pasien menurun dan terjadi sesak napas pada pasien.

b. B2 (Blood)

Pada pengkajian B2 (Blood) didapatkan hasil berupa peningkatan tekana darah 165/95 mmHg dan peningkatan frekuensi nadi 117x/menit. Peningkatan tekanan darah dan nadi pada pasien juga dapat disebabkan karena beban kerja jantung yang berat akibat penumpukan plak pada pembuluh darah, sehingga terjadi ketidakadekuatan jantung dalam

memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolise tubuh.

c. B3 (Brain)

Hasil pengkajian didapatkan B3 (Brain) didapatkan tingkat kesadaran pasien somnolen dengan GCS 9 dimana Pasien hanya membuka mata dan melokalisir saat diberikan rangsangan nyeri. Tampak reaksi pupil isokor kiri dan kanan.

d. B4 (Bladder)

Pada pengkajian ini, pasien tampak terpasang foley kateter dengan jumlah urine sebanyak 400 cc/8 jam dan berwarna kuning pekat. Pemasangan kateter urine dilakukan untuk memonitor dan membantu output pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Pada pengkajian ini, tidak didapatkan pasien muntah ataupun mual, yang berdasarkan teori bahwa pada pasien NHS bisa terjadi peningkatan TIK. Salah satu tanda dan gejala dari peningkatan TIK adalah muntah.

e. B5 (Bowel)

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

f. B6 (Bone)

Pada saat pengkajian B6 (Bone), akral tampak pucat dan teraba hangat. Hal ini disebabkan karena kurangnya suplai oksigen dalam tubuh pasien yang dibuktikan dengan sesak napas. HB : 7.6, PCV : 24.2, TROMBOSIT : 61,

3. Pengkajian 11 pola Gordon

Menurut Nuryanti (2020), pengkajian 11 pola gordon dilakukan secara komprehensif yang mencakup seluruh aspek kerangka pengkajian kesehatan fungsional. Pada kasus Tn.M pengkajian 11

pola gordon dilakukan seluruhnya dan diperoleh beberapa pola yang bermasalah, antara lain :

Pada saat pengkajian hasil observasi didapatkan pasien tampak sakit berat dengan kondisi terpasang cairan infus RL dan Sp. Nicardipine 5 mcg/KgBB. Tampak pasien sesak dan terpasang nasal kanul 6 liter. Kesadaran pasien somnolen dengan GCS 9 (M₄V₃E₂). Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien yaitu TD : 165/95 mmHg, N : 117x/menit, S : 37,4⁰C P: 30x/menit, SPO²: 96%. Pasien tampak terpasang NGT dan kateter urine. Hasil laboratorium pasien didapatkan nilai laboratorium HB : 7.6, PCV : 24.2, TROMBOSIT : 61, SGOT : 114, SGPT : 30, CREATIN : 20. Pemeriksaan lain yang juga dilakukan adalah CT-Scan kepala didapatkan hasil *Infark Lacuner Cerebri dan Brain Atrofy*.

Adapun pengkajian yang dilakukan penulis kepada keluarga pasien untuk mendapatkan hasil subjektif, yaitu keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh bagian kanan sejak 4 hari yang lalu sebelum dibawa ke rumah sakit, keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien kram hingga sulit digerakkan, tampak pasien tidak mampu mengangkat tangan dan kakinya. Keluarga pasien mengatakan baru pertama kali mengalami stroke. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat hipertensi sudah ± 12 tahun yang lalu. Selain itu, keluarga mengatakan bahwa pasien hanya meminum obat hipertensi jika tekanan darahnya tinggi.

Saat dilakukan pengkajian pada pola aktivitas dan latihan didapatkan data berupa *hemiparese sinistra* dan seluruh aktivitas harian pasien seperti makan, mandi, pakaian, kerapian, buang air besar, buang air kecil, dan mobilisasi dilakukan sepenuhnya dengan bantuan perawat dan keluarga.

Berdasarkan beberapa data diatas, kasus NHS pada Tn.M sesuai dengan teori yang ada dimana Hipertensi merupakan pemicu

Stroke non-hemoragik. Adapun kesenjangan yang didapatkan dari kasus Tn.M yaitu didapatkan tanda dan gejala yaitu kelemahan dan kekakuan pada sisi tubuh yaitu hemiparese sinistra. Hemiparese sinistra terjadi ketika adanya kerusakan sel otak yang dapat menyebabkan gangguan fungsi motorik. Pada pasien terjadi pada otak kanan. Sesuai dengan pengaturan fungsi motorik oleh otak bawah hemisfer kanan bertanggung jawab terhadap pengaturan sebelah kiri. Adanya kerusakan pada hemisfer kiri menyebabkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas. Pada saat pengkajian ditemukan juga gejala aphasia pada kasus ini, karena adanya kerusakan pada otak yang berfungsi mengatur motorik untuk berbicara, sehingga saat pengkajian didapatkan kemampuan verbal tidak dapat dikaji.

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko yang menyebabkan stroke antara lain : yang tidak dapat diubah (predisposisi) yaitu usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, sedangkan yang tidak dapat diubah (presipitasi) yaitu hipertensi, dan obesitas. Pada kasus, faktor yang menyebabkan Tn. "M" mengalami stroke yaitu faktor predisposisi jenis kelamin dan usia, kemudian pada faktor presipitasi yaitu hipertensi dan obesitas. Dimana usia Tn. "M" 69 tahun dan hipertensi sudah dialami sejak ± 12 tahun yang lalu, disertai dengan pola hidup yang sering mengonsumsi makanan tinggi lemak. Hal-hal tersebut mengakibatkan gangguan kelenturan dinding pembuluh darah maka dapat menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen sehingga terjadinya iskemik dan infark kemudian menyebabkan stroke.

B. Diagnosis keperawatan

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

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data pada pengkajian B3 (Brain) dan data subjektif pada pengkajian sekunder dari pasien yaitu keadaan umum berat, tampak lemah, GCS E2M4V3 , refleks pupil isokor (3mm), refleks fisiologis bicep, tricep, patella, achilles pada ekstremitas kiri negatif, refleks patologis babinski kiri negatif. Hasil CT-Scan kepala di dapatkan Infark lacuner cerebri, Brain atrophy.
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data-data pengkajian B1 (Breathing) didapatkan tanda dan gejala pasien tampak pasien sesak, pernapasan 30x/menit, SPO2: 96% terdengar suara napas tambahan ronchi, dan tampak pasien tidak dapat mengeluarkan sputum.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data-data pengkajian B6 (Bone) tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan, dan segala aktivitas pasien dibantu total oleh keluarga dan perawat.
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala yaitu tampak ada pada kaki kanan pasien yang dimana luka tersebut sudah infeksi, tampak luka pasien kemerahan, tampak luka pasien ada nanah dan luka pasien tercium bau tidak sedap.

Diagnosa pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah :

1. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian tidak terdapat hasil yang mendukung untuk dijadikan data penunjang untuk pengangkatan diagnosa ini.
2. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis hanya mengangkat 4 diagnosa prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien.

C. 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.

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi
Intervensi : manajemen peningkatan tekanan intrakranial
 - a. Observasi : Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas ireguler), Monitor status pernapasan.
 - b. Terapeutik : Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi-fowler (Elevasi kepala 30⁰), pertahankan suhu tubuh normal.
 - c. Kolaborasi : Pemberian sedasi
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
Intervensi : Manajemen jalan napas

- a. Observasi : Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi), Monitor sputum (jumlah, warna, aroma).
 - b. Terapeutik : Posisikan pengaturan head-up 30⁰, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen, jika perlu
 - c. Edukasi : Ajarkan teknik batuk efektif
 - d. Kolaborasi : Kolaborasi pemberian mukolitik..
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
- Intervensi : Dukungan mobilisasi
- a. Observasi : identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 - b. Terapeutik: Fasilitasi melakukan pergerakan
 - c. Edukasi : Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi
- Intervensi : Perawatan tirah baring
- a. Observasi : Monitor komplikasi tirah baring
 - b. Terapeutik : Berikan latihan gerak aktif atau pasif, pertahankan kebersihan pasien, fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
 - c. Edukasi : Jelaskan tujuan tirah baring
4. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis
- Intervensi : Perawatan integritas kulit
- a. Observasi : Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
 - b. Terapeutik : Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
 - c. Edukasi : Anjurkan menggunakan pelembab

D. Implementasi Keperawatan

Recana tindakan keperawatan selama 3 hari yang telah disusun oleh penulis dan dibantu juga oleh perawat rumah sakit.

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi, implementasi hari pertama yang dilakukan oleh penulis adalah Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas ireguler), Monitor status pernapasan. , berikan posisi semi-fowler (Elevasi kepala 30⁰), pertahankan suhu tubuh normal. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi hari pertama dan semua intervensi yang telah disusun.
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, implementasi hari pertama yang dilakukan oleh penulis adalah Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi), Monitor sputum (jumlah, warna, aroma). Posisikan pengaturan head-up 30⁰, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen, jika perlu Ajarkan teknik batuk efektif. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi hari pertama dan semua intervensi yang telah disusun.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, implementasi hari pertama yang dilakukan oleh penulis adalah identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Fasilitasi melakukan pergerakan, Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi, Monitor komplikasi tirah baring, Berikan latihan gerak aktif atau pasif, pertahankan kebersihan pasien, fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari, Jelaskan tujuan tirah baring. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi hari pertama dan semua intervensi yang telah disusun.
- d. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis, implementasi hari pertama yang dilakukan oleh penulis adalah Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, Anjurkan menggunakan pelembab.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 02 Mei sampai 04 Juni pada pasien Tn."M" merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam :

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi. Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi. Karena kesadaran GCS 9 dan pasien belum membaik, pasien juga tampak masih terbaring lemah.
2. 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.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Sampai perawatan hari ketiga masalah belum teratasi. Karena tampak pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas bagian kiri, dan tampak seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan di tempat tidur dengan pantuan penuh dari keluarga dan perawat.
4. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan faktor mekanis. Sampai perawatan hari ketiga masalah belum teratasi, karena tampak luka pasien masih kemerahan, luka pasien masih mengeluarkan nanah dan luka pasien mengeluarkan bau yang tidak sedap.

F. Pembahasan Penerapan EBN (pada tindakan keperawatan)

1. Judul EBN: Efektivitas posisi *Head-up* 30⁰ untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien Stroke non-hemoragik
2. Diagnosis Keperawatan: Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi

3. Luaran yang diharapkan: Status neurologis membaik dengan kriteria hasil: tekanan darah cukup membaik, frekuensi nadi cukup membaik, pola napas cukup membaik, frekuensi napas cukup membaik
4. Intervensi prioritas : Manajemen peningkatan intra karnial
5. Pembahasan tindakan keperawatan pada EBN:

- a. Pengertian tindakan

Saturasi oksigen adalah presentase oksigen yang telah bergabung dalam hemoglobin dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, pada saat yang sama oksigen dilepas untuk memenuhi kebutuhan jaringan. Secara teori posisi terlentang dengan disertai head-up menunjukkan aliran balik darah dari bagian inferior menuju ke atrium kanan cukup baik karena resistensi pembuluh darah dan tekanan atrium kanan tidak terlalu tinggi, sehingga volume darah yang masuk (venous return) ke atrium kanan cukup baik dan tekanan ventrikel kanan (preload) meningkat. Dapat disimpulkan bahwa posisi head-up akan meningkatkan aliran darah di otak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

- b. Tujuan/rasional EBN

Pengaturan posisi head-up 30⁰ ini bertujuan untuk memperbaiki status hemodinamik dan meningkatkan saturasi oksigenasi.

- c. PICOT EBN

Judul : Pengaruh elevasi kepala 30⁰ terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pada pasien stroke

- 1) Problem

Stroke non-hemoragik merupakan penyumbatan pembuluh darah di otak sebagian atau seluruhnya, yang disebabkan oleh gumpalan trombus sehingga suplai oksigenasi dan nutrisi ke otak berkurang.

Masalah yang ditemukan pada pasien Tn.M di ruangan ICU pasien mengalami kelemahan tubuh bagian kanan sejak 4 hari

yang lalu sebelum dibawa ke rumah sakit, keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan pasien kram hingga sulit digerakkan, tampak pasien tidak mampu mengangkat tangan dan kakinya karena terjadi sumbatan aliran darah di otak.

Dalam penulisan karya tulis akhir ini, ditemukan pasien dengan diagnosis medis Stroke non-hemoragik.

2) Intervention

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu terapi non-farmakologi pemberian elevasi kepala 30⁰ dimana pengaturan posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak serta dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral.

3) Comparison

a. Pada ini sejalan dengan teori menurut Sumer (2009) yang menunjukkan bahwa posisi kepala yang lebih tinggi dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral sehingga akan memicu peningkatan nilai saturasi oksigen.

b. Adapun penelitian Filya dan Feni (2019) dalam jurnal yang berjudul "implementasi evidence Based Nursing pada pasien dengan Stroke non-hemoragik: Studi kasus membuktikan bahwa hasil implementasi EBN Head up 30⁰ selama 3 hari menunjukkan terjadinya peningkatan saturasi oksigen setelah intervensi dilaksanakan.

c. Penelitian lainnya dilakukan oleh kadir (2018) menunjukkan hasil ada pengaruh kepala elevasi 30⁰ terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik, dimana pada saat posisi supinasi saturasi oksigen 96% sedangkan saat kepala dielevasi 30⁰ selama 30 menit saturasi meningkat menjadi 98% (kadir,2018).

4). Outcome

Dari hasil intervepsi Elevasi kepala bertujuan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK. Pada kasus yang ditemukan di ruangan ICU Rs. Bhayangkara makassar sebelum dilakukan tindakan head-up 30⁰ saturasi oksigen pada Tn. M SPO2:96%, RR: 30x/m. Setelah dilakukan head-up 30⁰ didapatkan hasil SPO2: 99%, RR: 25x/m.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Martika, dkk (2017), dengan jumlah 30 responden dimana terjadi peningkatan 1% saturasi oksigen yaitu dengan pemberian posisi head-up 30⁰ yang dapat memfasilitasi bahwa tindakan ini dapat memaksimalkan oksigenasi ke jaringan serebral.

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Afif&Akhmad (2020) dimana dalam penelitian mereka dilakukan perbandingan antara pasien I dengan diagnosa non hemoragic 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 ketiga jurnal pendukung yang sudah di paparkan dan didukung oleh hasil dari intervensi yang dilakukan di ruangan ICU Rumah sakit Bhayangkara Makassar dapat disimpulkan bahwa pasien dengan penurunan saturasi oksigen dengan kompresi adanya retraksi dinding dada yang menyebabkan pola napas pasien tidak efektif.

5). Time

Intervensi dilakukan setiap saat baik pasien dalam posisi terlentang maupun posisi mika-miki. Dan tetap mempertahankan elevasi kepala 30⁰.

BAB V PENUTUP

A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke non-hemoragik menggunakan pendekatan proses keperawatan: pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi, maka didapatkan kesimpulan secara umum yaitu:

1. Pengumpulan data untuk mengidentifikasi pasien
Tn "M" berjenis kelamin laki-laki dengan usia 69 tahun dengan keluhan lemah pada ekstermitas kiri sejak 3 hari dengan yang mengakibatkan kaki pasien terasa berat dan sulit untuk digerakkan, bahkan berjalan. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi, pasien suka makan daging seperti coto dan ikan asin.
2. Diagnosis yang ditemukan pada Tn "M" adalah risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis.
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 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 Stroke non-hemoragik dengan risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis.

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 Stroke non-hemoragik .

2. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan lebih memodifikasi lagi tentang asuhan keperawatan pasien Stroke non-hemoragik 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.

DAFTAR PUSTAKA

- Arum, P. S (2015). STROKE, kenali, Cegah & Obati. Yogyakarta : Notebook.
- Batticaca, F. B. (2008). Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguansistem persarafan. Jakarta : Salemba Medik.
- Ginting, M. W. (2017). Hubungan faktor risiko dengan tipe stroke di RSUP H. Adam Malik Medan. Universitas Sumatera Utara Medan..
- Juwani.(2013). Hubungan kebiasaan minum kopi dengan kejadian stroke pada pasien yang di rawat di rumah sakit umum daerah Cut NByak Dhien Meulaboh. Universitas Teuku Umar Aceh Barat.
[http://repository.utu.ac.id/431/1/BAB I_V](http://repository.utu.ac.id/431/1/BAB_I_V)
- Katrisonani, R. (2019). Asuhan keperawatan keluaraga Tn. NG dengan salah satu anggota keluarga Ny. T mengalami post stroke haemorrhagic di wilayah kerja puskesmas mantrijeron kota Yogyakarta. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Politeknik Kesehatan Yogyakarta Jurusan Keperawatan..
- Murtiningsih, D. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri, mandi di RSUD Dr Hardjono Ponorogo. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Nasution, L. F. (2013). Stroke non hemoragik pada laki-laki usia 65 tahun. Universitas Lampung.
- Nggebu.(2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.*In Journal of Chemical Information and Modeling*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
- 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 BukitTinggi.Stikes Perintis Padang.

- Prakasita, M. (2015). Hubungan antara lama pembacaan CT Scan terhadap outcome penderita stroke non hemoragik. Universitas Diponegoro.
- Pratama, W. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan kerusakan membran mukosa oral di ruang Aster RSUD Dr. Harjono Ponorogo
- Ramadhani, P. A., & Adrian, M. (2015). Hubungan tingkat stres, asupan natrium, dan riwayat makan dengan kejadian stroke. *media gizi Indonesia*, 10(2), 104–110. <https://e-journal.unair.ac.id/MGI/article/download/3313/2357>
- Ratnasari, S. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Rizki Fitriani. (2016). PENERAPAN TERAPI MOROTTAL..., Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2018. 12–41.
- Sunarto. (2015). Peningkatan nilai saturasi oksigen pada pasien stroke menggunakan model elevasi kepala. *Terpadu Ilmu Kesehatan*, 4, 23–25.
- Sandina, D. (2011). 9 Penyakit mematikan mengenali tanda & pengobatannya (L. Roselina (ed.)). Smart Pustaka.
- Sari, N. M. M. S. (2020). Gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2020. Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar.
- Udani, G. (2013). Faktor resiko kejadian stroke. *jurnal kesehatan metro Sai Wawai*, VI(1).
- Ummaroh, E. N. (2019). Pasien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) dengan gangguan komunikasi verbal Di Ruang Aster RSUD Dr. Harjono [Universitas Muhammadiyah Ponogoro].
- World Stroke Organization. (2020) . Global stroke fact sheet 2022 purpose : data sources : 1-14.