



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIC STROKE (NHS) DI RUANG ST.
BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

RESLAM DALTA ROMERSI (NS2114901122)

ROSARIA PARUMPA (NS2114901127)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIC STROKE (NHS) DI RUANG ST.
BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

RESLAM DALTA ROMERSI (NS2114901122)

ROSARIA PARUMPA (NS2114901127)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Reslam Dalta Romersi (NS2114901122)
2. Rosaria Parumpa (NS2114901127)

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

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

Makassar, 06 Juli 2022

yang menyatakan,



Reslam Dalta Romersi



Rosaria Parumpa

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan "Non Hemoragic Stroke (NHS) di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Reslam Dalta Romersi (NS2114901122)
2. Rosaria Parumpa (NS2114901127)

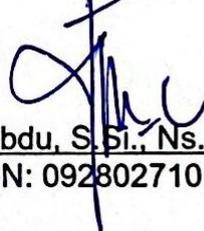
Disetujui oleh

Pembimbing 1



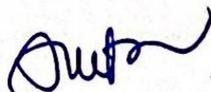
(Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep)
NIDN: 0907049202

Pembimbing 2



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

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



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Reslam Dalta Romersi (NS2114901122)
2. Rosaria Parumpa (NS2114901127)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS) di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep

()

Pembimbing 2 : Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes

()

Penguji 1 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes

()

Penguji 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns., M.Kep

()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 06 Juli 2022



Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar


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

NIDN: 0928027101

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Reslam Dalta Romersi (NS2114901122)

Rosaria Parumpa (NS2114901127)

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, 06 Juli 2022

Yang menyatakan



Reslam Dalta Romersi



Rosaria Parumpa

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS) di ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar program profesi ners dan memperoleh gelar ners di STIK Stella Maris Makassar.

Kami menyadari dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih banyak kesalahan dan kekurangan. Olehnya itu dengan segala kerendahan hati, penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dan dapat membantu penulis untuk menyempurnakan karya ilmiah akhir ini.

Dalam menyelesaikan penulisan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapat bantuan, pengarahan, dan bimbingan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M., Kes selaku Ketua STIK Stella Maris dan selaku pembimbing II yang penuh kesabaran memberikan bimbingan, arahan, dan perhatian kepada penulis untuk menghasilkan yang terbaik mulai dari awal hingga penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep., MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan dan selaku dosen penguji I yang telah memberikan

arahan, masukan, pengawasan, dan saran bagi penulis untuk kesempurnaan penulisan karya ilmiah akhir ini.

5. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 keperawatan dan profesi ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep Pembimbing I yang penuh kesabaran memberikan bimbingan, arahan, dan perhatian kepada penulis untuk menghasilkan yang terbaik mulai dari awal hingga penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Euis Dedeh Komariah, Ns., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan arahan, masukan, pengawasan, dan saran bagi penulis untuk kesempurnaan penulisan karya ilmiah akhir ini.
8. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris yang telah mendidik dan memberi pengarahan kepada penulis.
9. Ibu saudari Reslam Dalta Romersi (Yohana), adik, sahabat dan keluarga yang senantiasa mendoakan, memberikan semangat, dukungan serta bantuan material sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
10. Orang tua saudari Rosaria Parumpa (Marthen Bulan Parumpa dan Veronika), adik serta keluarga yang senantiasa mendoakan, memberikan semangat, dukungan serta bantuan material sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
11. Seluruh sahabat-sahabat seperjuangan pendidikan profesi ners di STIK Stella Maris Makassar angkatan 2021 atas kebersamaan, dukungan dan bantuannya selama ini.

Akhir kata, semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien.

Makassar, 06 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR TABEL	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
1. Bagi Instansi RS.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	4
3. Bagi Institusi Pendidikan	4
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medik	6
1. Pengertian Stroke	6
2. Anatomi Fisiologi.....	7
3. Etiologi	13
4. Patofisiologi.....	17
5. Manifestasi Klinis	19
6. Tes Diagnostik	22
7. Penatalaksanaan Medis	24
8. Komplikasi.....	25
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	25
1. Pengkajian	25
2. Diagnosa Keperawatan	28
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan.....	28
4. Discharge planning	34
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Pengkajian keperawatan	40
B. Analisa data.....	64
C. Diagnosis keperawatan	67
D. Rencana keperawatan.....	68

E. Implementasi keperawatan.....	73
F. Evaluasi keperawatan	93

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	107
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN)	115

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan	120
B. Saran.....	123

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Dan Peredaran Darah Otak.....	7
Gambar 2. 2 Korteks Serebrum	9
Gambar 2. 3 Subkorteks	10
Gambar 2. 4 Cerebellum.....	11
Gambar 2. 5 Sirkulasi serebral.....	12

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Ilmiah Akhir

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Darah Rutin	60
Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Kimia Darah	60
Tabel 3. 3 Analisa Data.....	67
Tabel 3. 4 Diagnosis Keperawatan	70
Tabel 3. 5 Rencana keperawatan	71
Tabel 3. 6 Implementasi keperawatan	76
Tabel 3. 7 Evaluasi keperawatan	97

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perubahan yang signifikan pada abad ke-21 ini sangat berdampak pada perkembangan teknologi seperti informasi dan komunikasi, ekonomi, sosial dan budaya. Dengan adanya perkembangan ini juga sangat berdampak dalam bidang kesehatan. Pada era modern ini realitas kehidupan yang terjadi terutama hidup di perkotaan dengan perkembangan yang semakin canggih segala sesuatu sangat mudah didapatkan secara instan seperti makanan siap saji (*fast food*) dengan komposisi tinggi kalori, banyak protein, lemak, gula namun rendah serat yang berakibat pada ketidakseimbangan gizi yang memicu faktor resiko terjadinya penyakit degeneratif seperti hipertensi, stroke, jantung koroner dan masalah kesehatan lainnya (Kemenkes RI, 2018). Dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan kadang banyak orang tidak peduli dengan kesehatannya bentuk ketidakpedulian misalnya kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan tidak melakukan aktivitas fisik seperti berolahraga (H. Kara, 2019).

Menurut *World Health Organization (WHO)* stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan keadaan klinis berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih, yang dapat menyebabkan kematian tanpa ada penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Penyakit stroke merupakan penyebab kematian kedua dan penyebab kecacatan ketiga di dunia (Risksdas, 2018).

Data *World Health Organization (WHO)* menunjukkan bahwa kasus stroke ada 13,7 kasus baru dan angka kematian akibat stroke sekitar 5,5 juta jiwa. Dalam empat dekade terakhir angka kejadian stroke terjadi dua kali lipat di negara berpendapatan rendah dan menengah dibanding negara berpendapatan tinggi. Sejak 15 tahun

terakhir pada negara berpendapatan rendah dan menengah stroke terjadi sekitar 70% dan menyumbang sekitar 87% kematian dan disabilitas. Sementara itu, kejadian stroke pada negara berpendapatan tinggi mengalami penurunan sebanyak 42%.

Secara nasional, prevalensi penyakit tidak menular di Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas meningkat pada tahun 2018 dibanding pada tahun 2013. Angka kejadian stroke tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun meningkat dari 7% menjadi 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Prevalensi kejadian stroke di Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan diagnosis dokter pada kelompok umur ≥ 15 tahun sebanyak 10,6% atau meningkat 3,5% dalam kurun waktu 5 tahun (Kemenkes RI, 2018).

Tingginya angka kejadian stroke setiap tahunnya mempunyai dampak yang sangat luas terhadap ekonomi dan sosial masyarakat. Sumber data BPJS Kesehatan 2019, menyebutkan bahwa penyakit stroke merupakan salah satu penyakit dengan beban pelayanan kesehatan yang tinggi. Selain itu stroke juga akan menyebabkan kecacatan permanen yang akan berpengaruh pada produktivitas penderitanya (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan uraian di atas maka penyakit stroke perlu mendapat perhatian serius karena angka kematian, angka disabilitas dan tingginya biaya pengobatan yang sangat berpengaruh pada perkembangan sosial-ekonomi negara. Dalam mengatasi berbagai dampak besar yang disebabkan oleh stroke, maka peran perawat sangatlah penting. Perawat pelaksana sangat berperan dalam proses asuhan keperawatan klien yang profesional dan komprehensif meliputi upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) (Izzaty, 2019).

Stroke menyebabkan penderitanya mengalami kecacatan permanen, kematian, hilangnya produktivitas dan membutuhkan biaya

penanganan yang cukup tinggi sehingga tidak dipungkiri ini membutuhkan kesadaran dari semua pihak, terutama dunia keperawatan dalam upaya-upaya pencegahan stroke dengan cara memodifikasi faktor resiko yang masih dapat di ubah (Vinet & Zhedanov, 2017).

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk mengangkat diagnosa yang berjudul "Karya Ilmiah Akhir Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Saraf "Non Hemoragic Stroke" di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar" dengan harapan dapat menerapkan standar asuhan keperawatan sesuai standar dan berkualitas.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *non hemoragic stroke*.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan non hemoragic stroke.*
- b. Merumuskan Diagnosis keperawatan pasien dengan non hemoragic stroke.*
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan non hemoragic stroke.*
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan non hemoragic stroke dan tindakan keperawatan berdasarkan evidence based nursing (EBN).*
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan non hemoragic stroke.*

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi RS

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *non hemoragic stroke*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

a. Memberikan informasi bagi perawat khususnya Ners dalam melakukan proses keperawatan pasien *non hemoragic stroke*.

b. Menambah pengetahuan perawat dalam menerapkan riset-riset keperawatan (EBN) untuk memberikan proses keperawatan yang lebih berkualitas terhadap pasien *non hemoragic stroke* dalam hal ini adalah intervensi pemberian posisi *head up 30°*.

c. Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam melakukan inovasi keperawatan untuk menjamin kualitas asuhan keperawatan yang baik dan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik pada perawatan pasien dengan *non hemoragic stroke*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan khususnya di bidang keperawatan medikal bedah pada pasien *non hemoragic stroke*.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam pembuatan karya ilmiah ini adalah deskriptif tipe studi kasus dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Data dan informasi yang mendukung penulisan dikumpulkan dengan metode observasi lapangan langsung, melakukan wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga pasien, penulis melakukan pengamatan secara langsung dan mencatatnya mengenai *non hemoragic stroke*, melakukan penelusuran pustaka, pencarian sumber-sumber yang relevan dan pencarian data melalui internet.

E. Sistematika Penulisan

Tingginya angka kematian, kecacatan permanen dan membutuhkan biaya pelayanan kesehatan yang cukup tinggi yang disebabkan oleh penyakit stroke ini perlu mendapat perhatian khusus dan serius dari semua pihak, secara khusus dalam dunia keperawatan. Sebagai perawat yang profesional sangat berperan penting dalam melakukan perawatan secara komprehensif untuk pencegahan penyakit stroke dengan memodifikasi faktor resiko yang masih dapat diubah. Dalam penulisan ini, dilakukan dengan menempuh langkah-langkah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pola pengkajian fungsional untuk memperoleh data primer dan data sekunder, setelah data terkumpul kemudian dikelompokkan untuk mengidentifikasi kesenjangan yang terjadi pada pasien, sehingga penulis mampu merumuskan kesimpulan dengan diagnosa keperawatan, membuat rencana keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan berbasis bukti *evidendence based nursing* (EBN) yakni pemberian asuhan keperawatan berdasarkan teori dan hasil penelitian kemudian mengevaluasi tindakan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat akibat adanya sumbatan (ischemic stroke) atau pendarahan (hemoragic stroke) (Ummaroh, 2019). Stroke atau Cerebro Vascular Accident (CVA), merupakan gangguan sistem saraf pusat yang paling sering ditemukan dan merupakan penyebab utama gangguan aktivitas fungsional pada orang dewasa. Masalah-masalah yang ditimbulkan oleh stroke bagi kehidupan manusia pun sangat kompleks. Adanya gangguan-gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan sensasi dan gangguan refleks gerak akan menurunkan kemampuan aktivitas fungsional individu sehari-hari (Batticaca, 2018).

Stroke adalah gangguan fungsional yang terjadi secara mendadak berupa tanda-tanda klinis baik lokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat menimbulkan kematian yang disebabkan gangguan peredaran darah ke otak, antara lain peredaran darah sub arakhnoid, peredaran intra serebral dan infark serebral. Stroke adalah gangguan yang menyerang otak secara mendadak dan berkembang cepat yang berlangsung lebih dari 24 jam ini disebabkan oleh iskemik maupun hemoragik di otak sehingga pada keadaan tersebut suplai oksigen ke otak terganggu dan dapat mempengaruhi kinerja saraf di otak, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran. Penyakit stroke biasanya disertai dengan adanya peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) yang ditandai dengan nyeri kepala dan mengalami penurunan kesadaran (Ayu et al., 2020).

Stroke non hemoragik atau infark adalah cedera otak yang

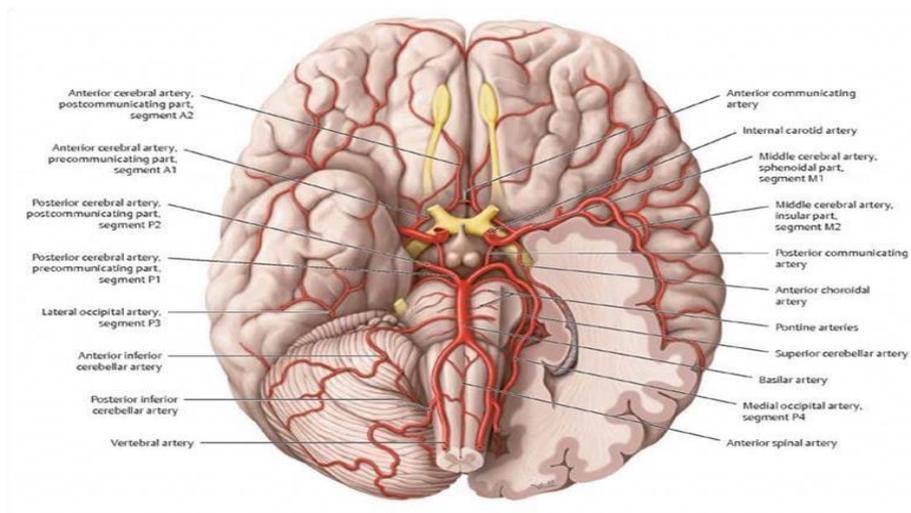
berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan trombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak dan tempat lain tubuh (Ratnasari, 2020).

Berdasarkan defenisi 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 dengan tanda dan gejala berdasarkan daerah yang terganggu.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi

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 (Sudoyo, 2019).



Gambar 2. 1 Anatomi Dan Peredaran Darah Otak

Sumber : (<https://www.are.na/block/971649>)

1) Korteks Serebrum (Otak Besar)

Serebrum dibagi menjadi 2 belahan yaitu hemisfer serebrum kiri dan kanan keduanya dihubungkan oleh Korpus Kolosum suatu pita tebal yang mengandung 300 juta akson saraf melintang diantara kedua hemisfer. Setiap hemisfer

terdiri dari sebuah lapisan luar yang tipis yaitu substansia alba dan substansia grisea.

Fungsi utama serebrum adalah persepsi sensorik, kontrol gerakan *volunteer*, bahasa, sifat pribadi, proses mental canggih misalnya berpikir, mengingat, membuat keputusan, kreativitas dan kesadaran diri. Serebrum dibagi 4 lobus yang nama-namanya disesuaikan dengan nama tulang tengkorak yang menutupinya yaitu:

a) Lobus Frontalis

Terletak pada korteks bagian depan yang bertanggung jawab terhadap 3 fungsi utama yaitu aktivitas motorik volunter, kemampuan bicara dan berpikir.

b) Lobus Parietalis

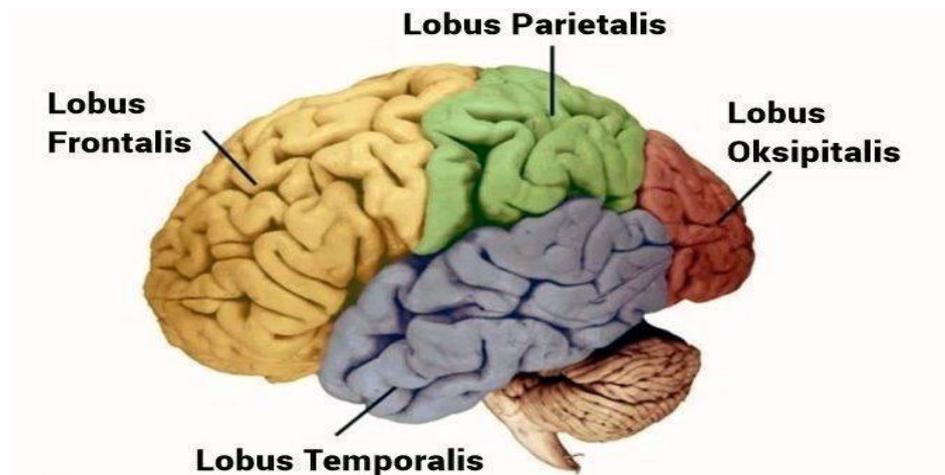
Bertanggung jawab untuk menerima dan mengolah masukan sensorik seperti sentuhan, tekanan, panas, dingin dan nyeri dari permukaan tubuh. Lobus parietalis juga merasakan kesadaran mengenai posisi tubuh.

c) Lobus Temporalis

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

d) Lobus Oksipitalis

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



Gambar 2. 2 Korteks Serebrum

(1) Subkorteks

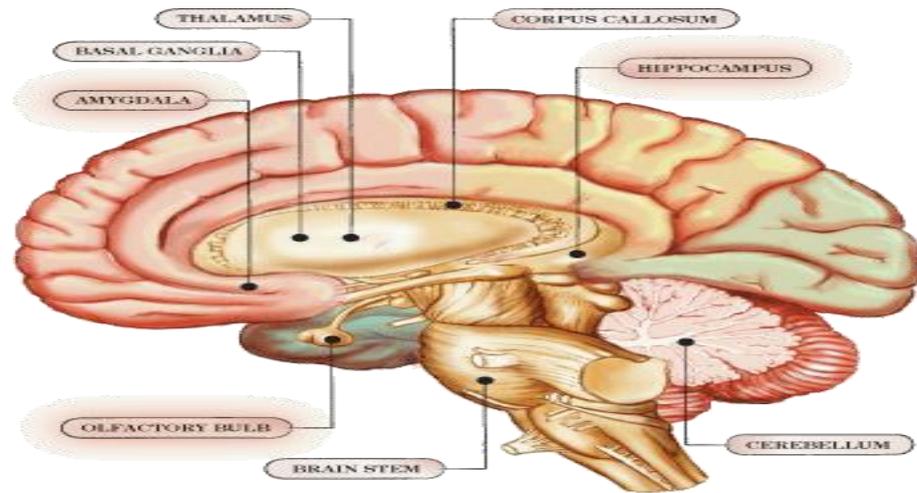
Daerah - daerah subkorteks (di bawah korteks) mencakup *nukleus basal*, *diencephalon* yang di dalamnya terdapat thalamus dan hipotalamus.

a) *Nukleus Basal* (Basal Ganglia)

Terkait dengan sistem ekstrapiramidal yang ada hubungannya dengan proses pergerakan / motorik supaya bisa dikehendaki baik, cakap, terampil, luwes dan pas waktunya. Pasien dengan gangguan ekstrapiramidal menunjukkan gerakan yang tak terarah (Parkinson), (Kharti Gempitasari & Betriana, 2019).

b) *Diensephalon*

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



Gambar 2. 3 Subkorteks

- c) Thalamus berfungsi sebagai stasiun pemancar untuk semua masukan sinaps, kesadaran kasar terhadap sensasi, tingkat kesadaran dan kontrol motorik.
 - d) Hipotalamus berfungsi untuk Mengatur banyak fungsi Homeostatik, misalnya kontrol suhu, rasa haus, pengeluaran urine, asupan makan dan penghubung penting antara system saraf dan endokrin, sangat terlibat dalam emosi dan pola perilaku dasar.
- 2) Cerebellum (Otak Kecil)
- Melekat ke belakang bagian atas batang otak, terletak di bawah lobus oksipitalis. Fungsinya untuk merangsang dan menghambat terhadap koordinasi dan gerakan halus, mengontrol gerakan yang benar, keseimbangan, posisi dan mengintegrasikan input sensori.
- 3) Batang Otak
- Adalah penghubung yang sangat penting antara korda spinalis dan bagian otak yang lebih tinggi. Batang Otak terdiri dari :
- a) Medulla Oblongata
- Merupakan pusat reflek yang penting untuk jantung, vasokonstriksi pernapasan, bersin, batuk, menelan,

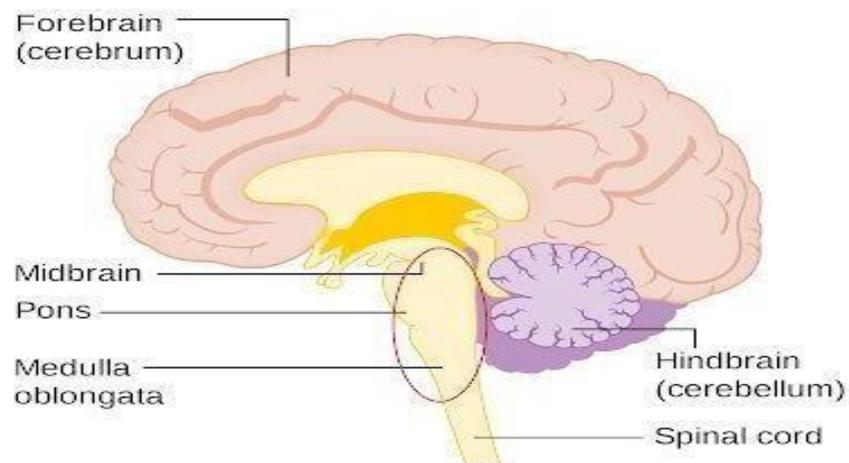
pengeluaran air liur dan muntah.

b) Pons

Merupakan penghubung antara kedua hemisfer serebelum. Berperan dalam pengaturan pernapasan, saraf kranial V (trigeminus), VI (abducens), VII (facialis), VIII (vestibuloacusticus).

c) Mesencephalon

Merupakan bagian pendek dari batang otak yang letaknya diatas Pons dalam reflek penglihatan dan koordinasi gerakan penglihatan, reflek pendengaran.



Gambar 2. 4 Cerebellum

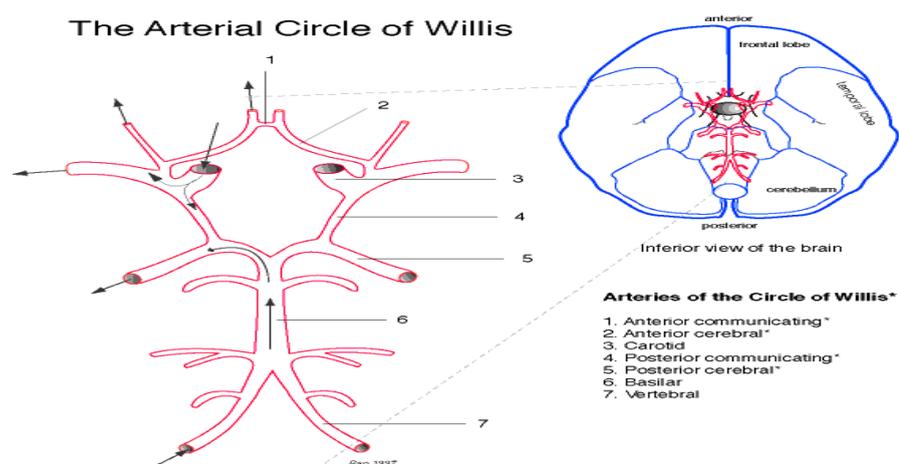
(2) Spinal Cord

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

dari otak dalam penghantar gerak, rasa, reflek tubuh (Cordier, 2019).

(3) Sirkulasi Serebral

Dalam sirkulasi darah ke otak diantaranya diperoleh dari 2% dari BB tubuh, 20% cardiac output digunakan otak, 25% oksigen untuk otak, 65% glukosa untuk otak dimana 90% secara aerobic dan 10% secara anaerob. Darah dari jantung ke otak dialirkan oleh 2 arteri carotis internal dan 2 arteri carotis eksternal kemudian saling berhubungan menjadi arteri basilaris pada otak. Apabila terjadi sumbatan dalam pembuluh darah dan sampai mengakibatkan aliran darah otak terhenti selama 3-10 menit maka akan menyebabkan gangguan Fungsional otak. Namun demikian masih ada suatu kompensasi otak kita terhadap kondisi tersebut. Adanya *sirkulus arteriosus willisi* (yang berfungsi memberikan bantuan aliran darah kolateral) dan *efek bayliss* (auto regulasi aliran darah ke otak) dalam rentang sistolik 50-200 mmHg dan diastolik 60-120 mmHg jumlah darah yang mengalir ke otak diatur konstan atau tetap (Vinet & Zhedanov, 2017).



Gambar 2. 5 Sirkulasi serebral

(4) Sirkulus Arteriosus Willisii

Terdapat pada dasar otak yang merupakan lingkaran arteri yang dibentuk dari cabang-cabang arteri carotid interna anterior dan arteri cerebral bagian tengah arteri, penghubung anterior dan posterior. Arteri-arteri pada sirkulus Willisii memberi rute alternative pada aliran darah jika salah satu arteri utama tersumbat (Vinet & Zhedanov, 2017)

3. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

1) Jenis Kelamin

Stroke menyerang laki-laki 19% lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormon esterogen yang berperan dalam mempertahankan kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau pelindung pada proses ateroskerosis. 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 diatas 50 tahun dibandingkan dengan yang berusia dibawah 50 tahun. Dimana pada usia tersebut semua organ tubuh termasuk pembuluh darah otak menjadi rapuh (Ummaroh, 2019).

3) Riwayat 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 keluarga mencerminkan suatu hubungan antara faktor genetis dengan tidak berfungsinya lapisan dinding pembuluh darah dalam arteri koronaria (Ummaroh, 2019).

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi, merupakan faktor risiko tunggal yang paling penting untuk stroke iskemik maupun stroke perdarahan. Pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar. Jika proses tekanan berlangsung lama, dapat menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah sehingga menjadi rapuh dan mudah pecah. Hipertensi juga dapat menyebabkan arterosklerosis dan penyempitan diameter pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak (Arief, 2020).

2) Penyakit Jantung

Faktor risiko berikutnya adalah penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih cepat dibandingkan di bagian-bagian lain jantung. Ini menyebabkan aliran darah menjadi tidak teratur dan secara insidental terjadi pembentukan gumpalan darah. Gumpalan-gumpalan inilah yang kemudian dapat mencapai otak dan menyebabkan stroke. 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 (Arum, 2017).

3) Diabetes Melitus

Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya stroke iskemik. Seseorang dikatakan menderita diabetes mellitus jika pemeriksaan gula darah puasa > 140 mg/dL, atau pemeriksaan 2 jam post prandial > 200 mg/dL. Penderita diabetes cenderung menderita obesitas, obesitas dapat mengakibatkan hipertensi dan tingginya kadar kolesterol, dimana keduanya merupakan faktor resiko stroke (Sudoyo, 2019).

4) Obesitas

Stroke terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolestrol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL yang (*low-density lipoprotein*) lebih tinggi dibandingkan kadar HDL (*high-density lipoprotein*).

5) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Merokok meningkatkan resiko terkena stroke dua sampai empat kali ini berlaku untuk semua jenis rokok dan untuk semua tipe stroke, terutama perdarahan subaraknoid karena terbentuknya aneurisma dan stroke iskemik. Asap rokok mengandung beberapa zat yang 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 (Cordier, 2019).

6) Dislipidemia

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

7) 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 (Rofifah, 2020).

8) Konsumsi Kopi

Konsumsi kopi dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke iskemik, di sebabkan oleh denyut jantung yang meningkat beberapa saat setelah mengkonsumsi segelas kopi, yang

dapat terjadinya aliran darah ke otak tidak stabil akibatnya kerja jantung yang meningkat sehingga kapasitas pembuluh darah bertambah dan akan beresiko terjadinya penyumbatan didalam Arteri (Arief, 2020).

9) Konsumsi alkohol

Makin banyak konsumsi alkohol maka kemungkinan stroke. Makin tinggi karena alkohol dapat menaikkan tekanan darah dan memperlemah jantung, mengentalkan darah serta menyebabkan kejang arteri. Konsumsi alkohol secara berlebihan dapat mempengaruhi jumlah platelet sehingga mempengaruhi kekentalan dan penggumpalan darah, yang menjurus ke perdarahan di otak serta memperbesar risiko stroke iskemik (Rofifah, 2020).

4. Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah kesetiap bagian otak terhambat karena thrombus, emboli dan thromboemboli. Thrombus disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pada pembuluh darah otak karena thrombus yang makin lama makin menebal sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah ini dapat menyebabkan iskemia. Tromboemboli (*artery to artery embolus*), terjadi akibat lepasnya plak aterotrombolik yang disebut sebagai emboli, yaitu akan menyumbat arteri disebelah distal dari arteri yang mengalami proses aterosklerotik. Emboli yang timbul dari lesi ateromatous yang terletak pada pembuluh yang lebih distal. Gumpalan-gumpalan kecil dapat terlepas dari thrombus yang lebih besar dan dibawah 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 (Vinet & Zhedanov, 2017).

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

Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian di bandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskulai; karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hernisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat

berkembang anoksia serebral: Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Sari, 2020).

5. Manifestasi Klinis

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

a. F (*Face/wajah*)

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

b. A (*Arms drive/gerakan lengan*)

Minta orang tersebut untuk mengangkat kedua lengan. Lengan diangkat lurus sejajar kedepan dengan sudut 90⁰ dan telapak tangan keatas selama 30 detik. Jika kelumpuhan lengan ringan dan tanpa disadari penderita, maka lengan lumpuh akan turun (menjadi tidak sejajar lagi), sedangkan kelumpuhan yang berat, lengan tersebut tidak bisa diangkat lagi dan tidak dapat digerakkan.

c. S (*Speech/bicara*)

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

d. T (*Time/waktu*)

Segera memanggil ambulans atau ke rumah sakit jika menemukan tiga gejala diatas seperti perubahan wajah,

kelumpuhan dan bicara atau disertai gejala seperti:

- 1) Kehilangan kesadaran (pingsan)
- 2) Pusing berputar (vertigo)
- 3) Kesemutan separuh badan
- 4) Penglihatan tiba-tiba kabur pada kedua atau salah satu mata

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

a. Kehilangan motorik

Disfungsi motorik paling umum adalah paralisis pada salah satu sisi atau hemiplegia karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Diawal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul adalah paralisis dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam atau penurunan 30 kekuatan otot untuk melakukan pergerakan, apabila refleks tendon dalam ini muncul kembali biasanya dalam waktu 48 jam, peningkatan tonus disertai dengan spastisitas atau peningkatan tonus otot abnormal pada ekstremitas yang terkena dapat dilihat (Arief, 2020).

b. Kehilangan Komunikasi

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

- 1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.

- 2) Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
 - 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.
- c. Gangguan Persepsi
- Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori (Vinet & Zhedanov, 2017).
- d. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologik
- Menurut (Juwani, 2015) gangguan persepsi sensori merupakan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Gangguan persepsi sensori pada stroke meliputi:
- a. Disfungsi persepsi visual, karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Kehilangan setengah lapang pandang terjadisementara atau permanen (homonimus hemianopsia). Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala penderita berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut yang disebut dengan amorfosintesis. Pada keadaan ini penderita hanya mampu melihat makanan pada setengah nampan, dan hanya setengah ruangan yang terlihat.
 - b. Gangguan hubungan visual-spasial yaitu mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial sering terlihat pada penderita dengan hemiplegia kiri. Penderita tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian kebagian tubuh.

- c. Kehilangan sensori, karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau berat dengan kehilangan proprioepsi yaitu kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius
 - d. Disfungsi kandung kemih
Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/bedpan (Arum, 2017).
6. Tes Diagnostik
- Menurut (Permatasari, 2020) pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke, yaitu:
- a. Radiologi
 - 1) *Elektroensefalogram* (EEG)
Mengidentifikasi penyakit yang didasarkan pada pemeriksaan pada gelombang otak dan memungkinkan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik. Pada pasien stroke biasanya dapat menunjukkan apakah terdapat kejang yang menyerupai dengan gejala stroke dan perubahan karakteristik EEG yang menyertai stroke yang sering mengalami perubahan (Vinet & Zhedanov, 2017)
 - 2) Angiografi Serebral
Pemeriksaan ini membantu untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik antara lain perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/rupture.
 - 3) 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.

4) 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.

5) *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.

6) Ultrasonografi Doppler

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

7) 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 *pothromin time*, *partial thromboplastin (PTT)*, *Internasional Normalized Ratio (INR)* dan *agregasi trombosit*. Keempat tes ini berguna untuk

mengukur seberapa cepat darah mengumpal. Pada pasien stroke biasanya ditemukan *PT/PTT* dalam keadaan normal.

3) Tes Kimia Darah

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

7. Penatalaksanaan Medis

Adapun penatalaksanaan medis menurut (Izzaty, 2019) yaitu:

a. Penatalaksanaan Medis

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.

b. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK Dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.

c. Pengobatan

1) Anti Koagulan: Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut.

2) Obat Anti Trombotik: Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik.

3) Diuretika: Untuk menurunkan edema serebral.

4) Pembedahan: Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

d. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika

hemodinamika stabil.

- 2) Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.
- 3) Tanda-tanda vital usahakan stabil.
- 4) *Bedrest*.
- 5) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- 6) Hindari kenaikan suhu, batuk, konstipasi, atau cairan yang berlebih.

8. Komplikasi

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

a. Bekuan Darah (trombosis)

Mudah terbentuk pada kaku yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (*edema*) selain itu juga dapat menyebabkan embolismen paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

b. Dekubitus

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

c. Pneumonia

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

d. Atrofi dan kontraktur (kekakuan sendi)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Data subjektif

Adanya penyakit jantung (rematik, penyakit jantung

vaskuler), polositemia, riwayat hipotensi postural.

2) Data objektif:

Hipertensi arterial (dapat ditemukan/terjadi pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Data subjektif:

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

2) Data objektif:

Kesulitan menelan (gangguan pada reflek palatum dan faringeal), obesitas.

c. Pola eliminasi

1) Data subjektif:

Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negative (*ileus paralitik*).

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Data subjektif:

Merasa kesulitan untuk aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (*hemiplegia*), merasa mudah lelah susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot).

2) Data objektif:

Gangguan tonus otot (*flaksid, spastis*), paralitik (*hemiplegia*) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.

e. Pola tidur dan istirahat

1) Data subjektif:

Susah untuk beristirahat.

- 2) Data objektif
Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.
- f. Pola persepsi kognitif
 - 1) Data subjektif:
Sinkope/ pusing, sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, mati/ lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain.
 - 2) Data objektif:
Status mental atau tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau paresis (*ipsilateral*), afasia (gangguan atau gangguan dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.
- g. Pola persepsi dan konsep diri
 - 1) Data subjektif:
Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.
 - 2) Data objektif:
Serta emosi yang labil dan ketidak siapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
- h. Pola peran dan hubungan sesama
 - 1) Data subjektif:
Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan).
 - 2) Data objektif:
Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.
- i. Pola reproduksi dan seksualitas
 - 1) Data subjektif:
Ketidakadanya gairah seksual.
 - 2) Data objektif:
Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

- j. Pola mekanisme dan koping
 - 1) Data subjektif:
Perasaan tidak berdaya
 - 2) Data objektif:
Emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.
 - k. Pola sistem nilai dan kepercayaan
Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.
2. Diagnosis Keperawatan
Diagnosa ditegakkan berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI).
- 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi (D.0017).
 - 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot (D.0054).
 - 3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuscular d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tetap, sulit mengucapkan kata-kata (D.0119).
 - 4) Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuscular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak (D.0063).
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan
- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi .
SLKI:
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dalam 3 hari maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:
 - 1) Tingkat kesadaran cukup meningkat
 - 2) Sakit kepala cukup membaik

3) Nilai rata-rata tekanan darah membaik.

SIKI:

Manajemen pemantauan tekanan intrakranial

1) Observasi

a) Monitor tingkat kesadaran (misalnya menggunakan GCS)

Rasional: Mengetahui adanya perubahan perubahan status kesadaran pada pasien (zainul et al.,2019).

b) Monitor tingkat orientasi

Rasional: Menilai adanya kecenderungan penurunan kesadaran.

c) Monitor keluhan sakit kepala

Rasional: mengidentifikasi peningkatan dan penurunan keluhan sakit kepala

d) Monitor respon terhadap pengobatan

Rasional: untuk melihat perkembangan pengobatan.

e) Monitor karakteristik bicara: kelancatan, kesulitan mencari kata.

Rasional: mengetahui adanya gangguan bicara.

f) Monitor tanda-tanda vital

Rasional: agar mengetahui kondisi pasien dan mengetahui perubahan tanda-tanda vital pasien.

g) Monitor kekuatan pegangan

Rasional: memonitor kerusakan neromotor.

h) Monitor kesimetrisan wajah

Rasional: mengidentifikasi kerusakan nervus pada system saraf.

2) Terapeutik

a) Tingkat frekuensi pemantauan neurologis, jika perlu

Rasional: untuk mendeteksi peningkatan TIK dan untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

b) Hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial

Rasional: peningkatan TIK menyebabkan perdarahan, infeksi dan kerusakan monitor otak.

c) Dokumentasikan hasil pemantauan

Rasional: untuk bukti pelaporan kegiatan yang dilakukan.

3) Edukasi

a) Informasikan pemantauan, jika perlu

Rasional: monitor perubahan yang terjadi.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas (D.0054).

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dalam 3 hari maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

1) Pergerakan ekstremitas cukup meningkat

2) Kekuatan otot meningkat

3) Rentang gerak (ROM) meningkat

SIKI:

Dukungan mobilisasi

1) Observasi

a) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya.

b) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Rasional: mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah pasien.

c) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

Rasional: mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan

mobilisasi (Syam, 2021).

2) Terapeutik

- a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)

Rasional: memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengureangi resiko jatuh.

- b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu

Rasional: meningkatkan status mobilitas fisik pasien.

- c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasioanl: keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan (Syam, 2021).

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

Rasioanal: memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan.

- b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

Rasioan: untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan.

- c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

Rasional: melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi (Syam 2021).

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan umum, kerusakan pada area wernick dan broca.

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dalam 3 hari maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria

hasil :

- 1) Kemampuan berbicara cukup meningkat
- 2) Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat
- 3) Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik
- 4) Pelo cukup menurun

SIKI:

Promosi komunikasi: Defisit bicara (I. 13492)

- 1) Observasi
 - a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara.
Rasional: menyesuaikan pola komunikasi dengan pasien.
- 2) Terapeutik
 - a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan)
Rasional: mempermudah untuk proses komunikasi.
 - b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
Rasional: membantu pemberian dan penyampaian pesan yang sesuai.
 - c) Berikan dukungan psikologis
Rasional: memberikan individu agar merasa diperhatikan, dipedulikan dan merasa dihargai.
 - d) Ulangi apa yang disampaikan pasien
Rasional: memastikan apa yang disampaikan pasien sesuai dengan persepsi.
- 3) Edukasi
 - a) Anjurkan berbicara perlahan
Rasional: memberikan kesempatan kepada pasien untuk dapat berbicara jelas.
- 4) Kolaborasi
 - a) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

Rasional: memfasilitasi pasien untuk dapat melakukan terapi.

d. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dalam 3 hari maka status menelan membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Reflek menelan cukup meningkat
 - 2) Batuk cukup menurun
 - 3) Frekuensi tersedak cukup menurun
- SIKI

Dukungan perawatan diri: makan/minum

1) Observasi

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

Rasional: mencegah resiko terjadinya aspirasi.

- b) Monitor status pernapasan

Rasional: mengidentifikasi masuknya makanan kedalam saluran pernapasan.

2) Terapeutik

- a) Posisikan semi fowler (30-40 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral.

- b) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak

Rasional: mempermudah klien mengunyah dan menyerap makanan.

- c) Berikan obat oral dalam bentuk cair

Rasional: mempermudah masuknya obat dan penyerapan lebih cepat.

3) Edukasi

- a) Anjurkan makan secara perlahan

Rasional: melatih fungsi dan memulihkan status mental.

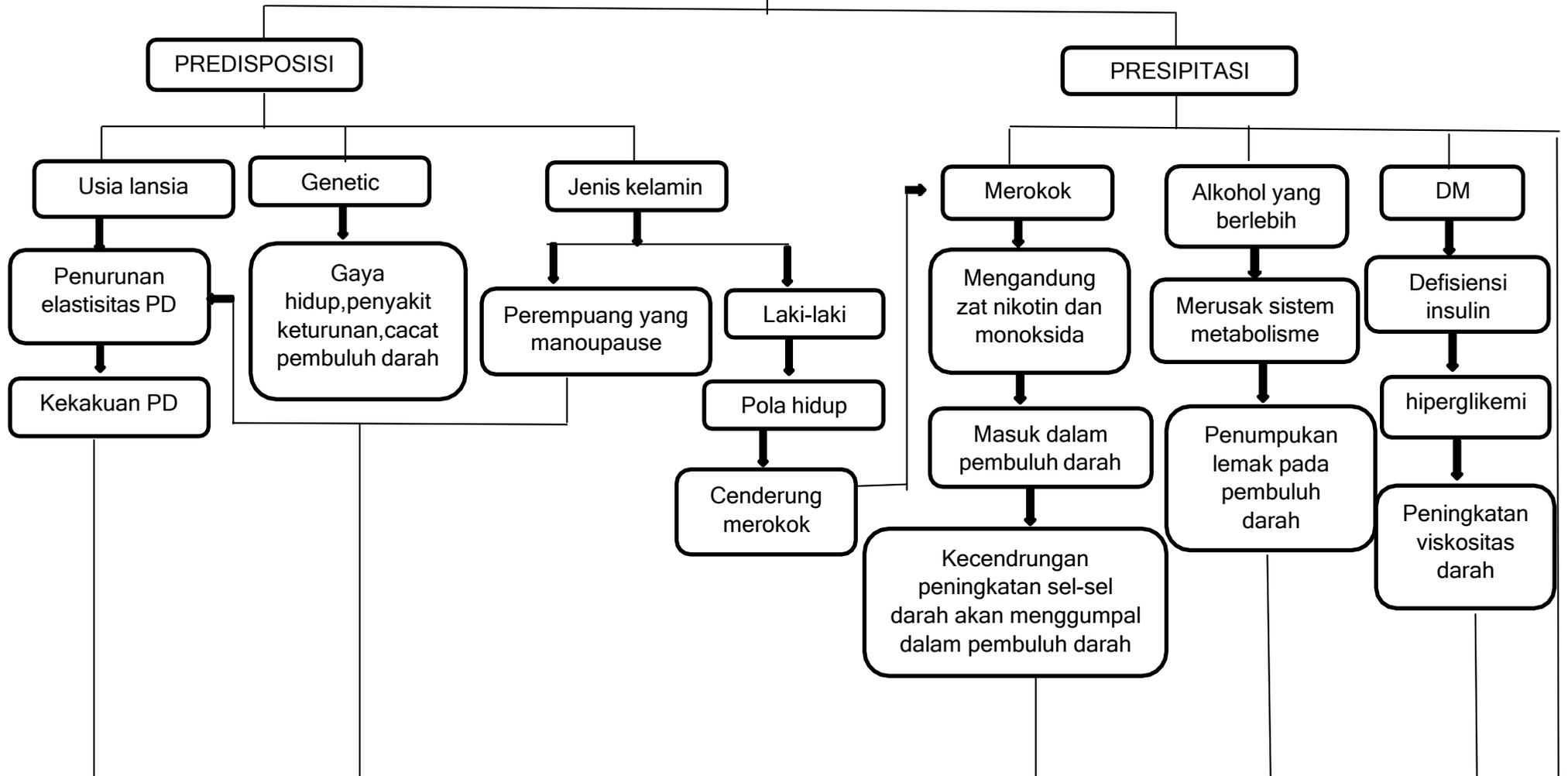
- b) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu
Rasioanal: melatih dan mempertahankan fungsi organ dan otot-otot dalam rongga mulut.

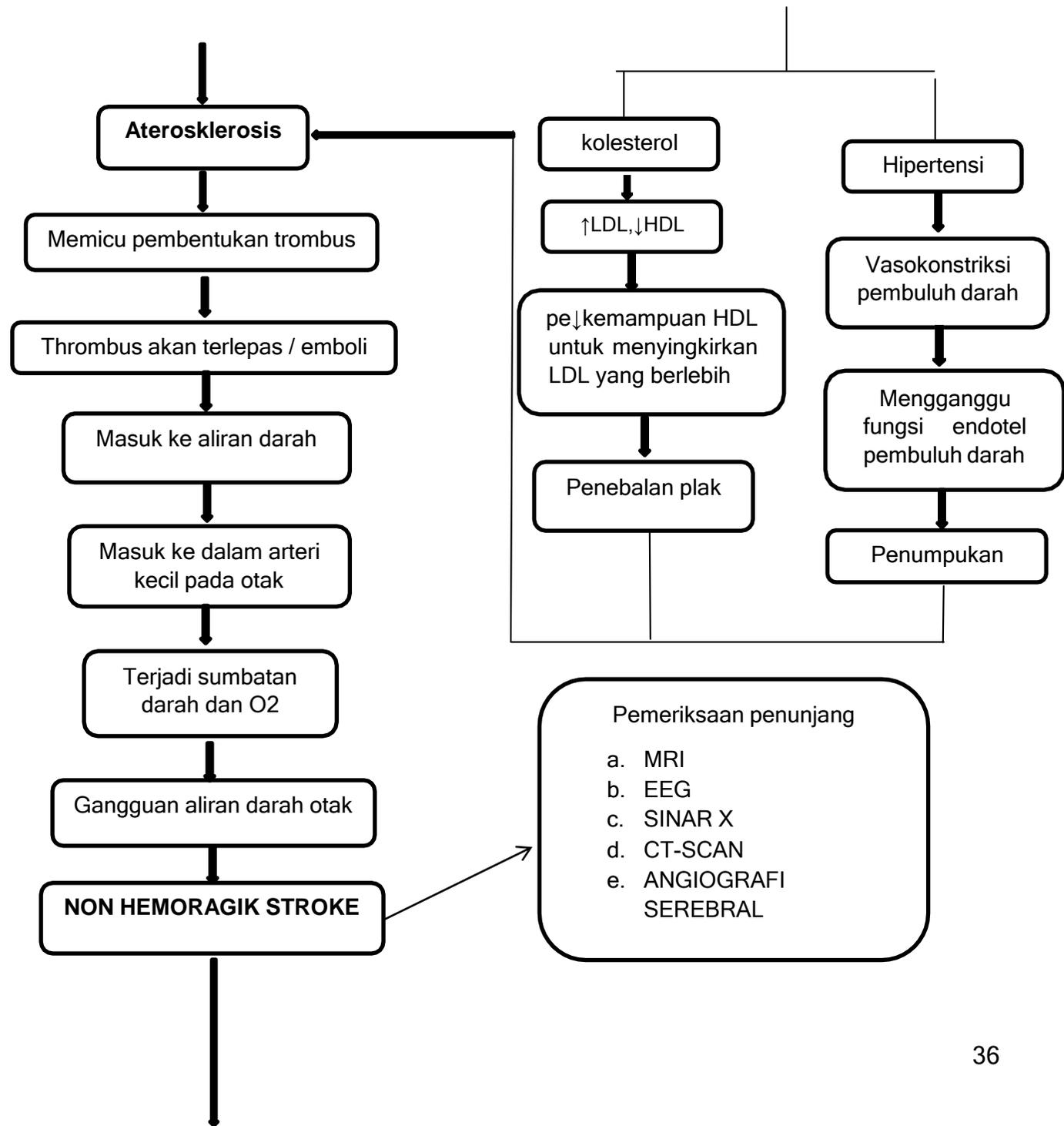
2. *Discharge planning* (perencanaan pulang)

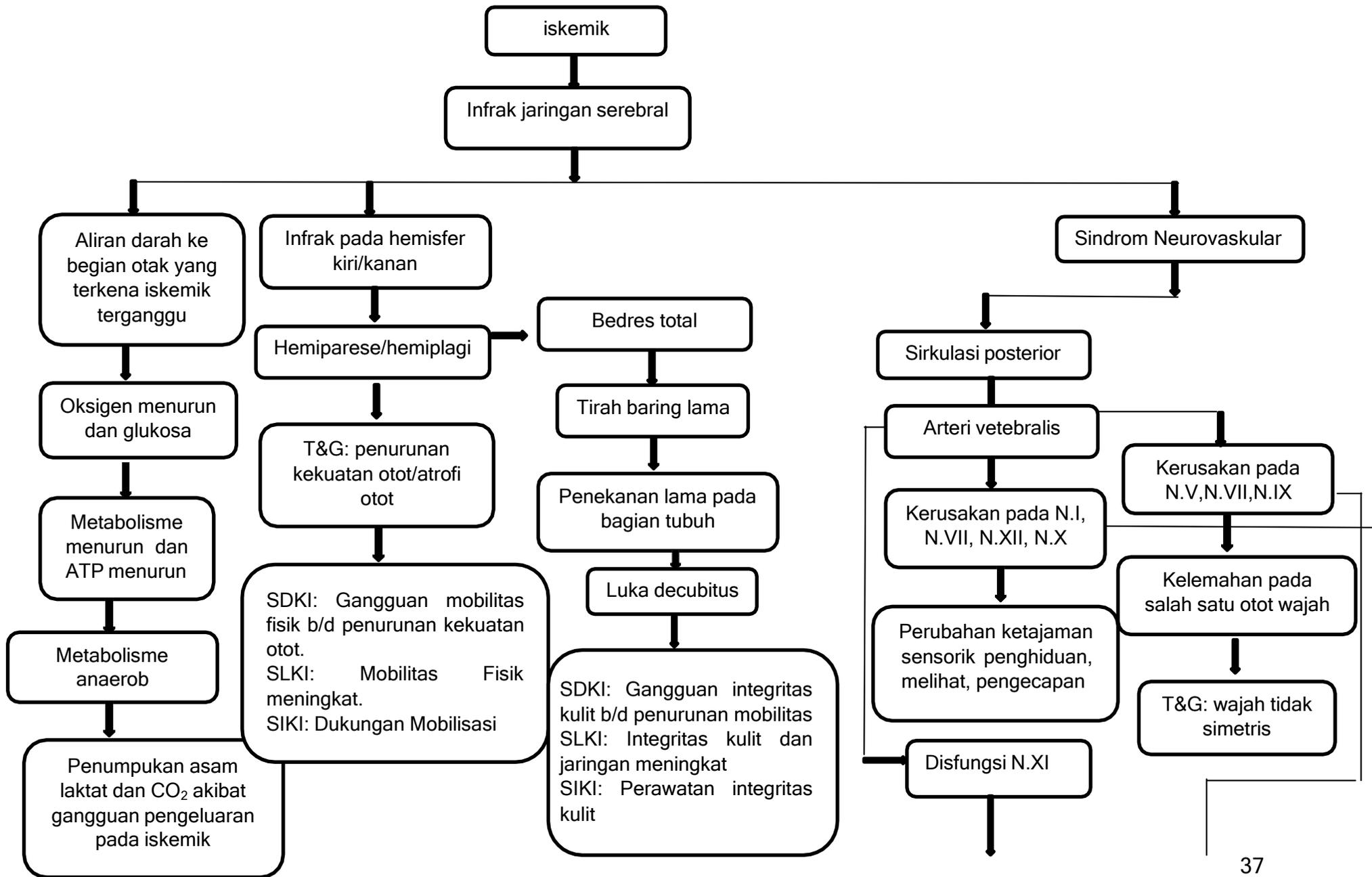
Adapun perawatan pada perencanaan pulang untuk penderita stroke secara garis besar adalah sebagai berikut:

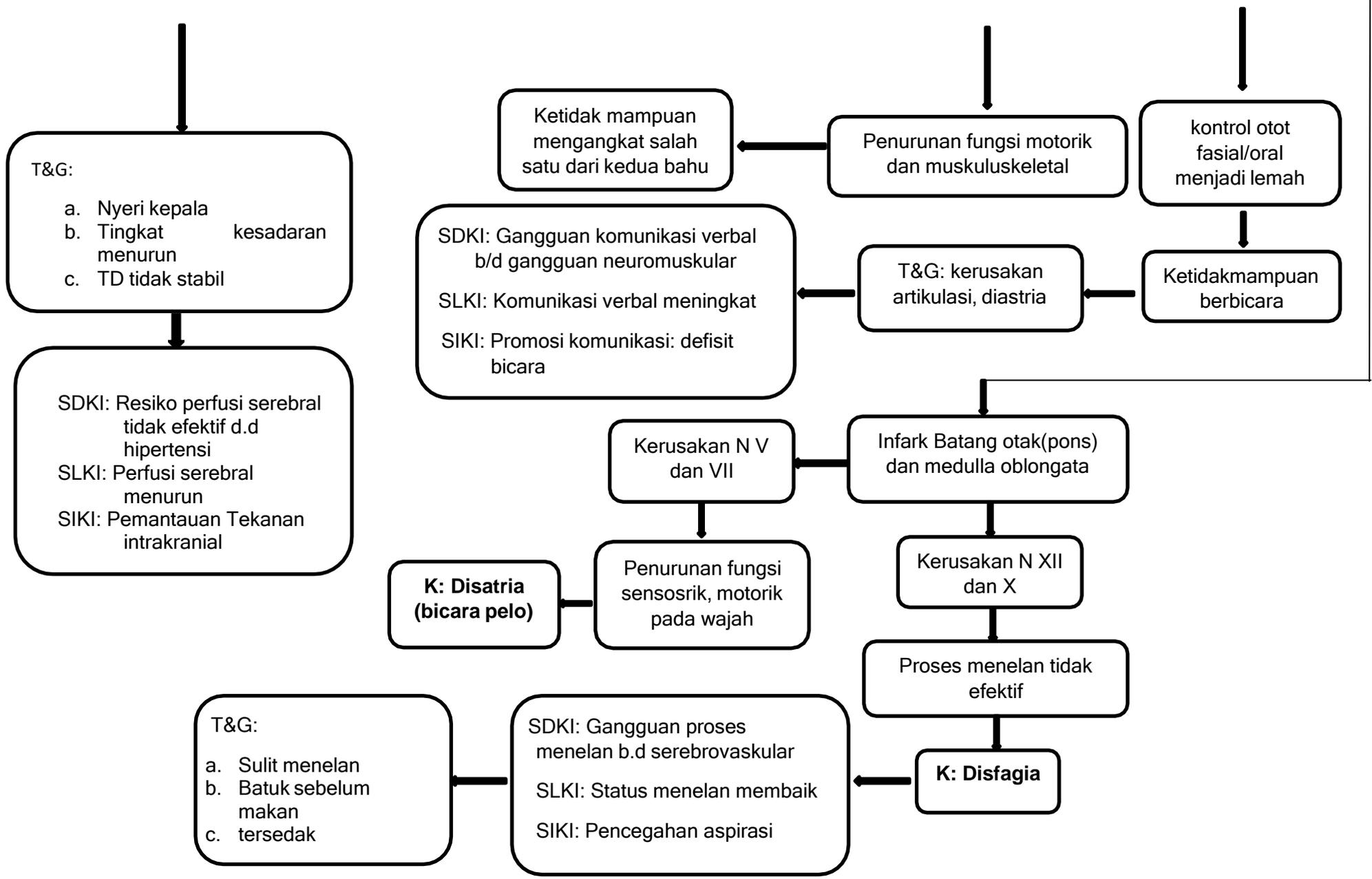
- a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
- b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam dan mengurangi makanan yang manis-manis.
- c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
- d. Menganjurkan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

ETIOLOGI









BAB III

PENGAMATAN KASUS

Seorang perempuan (Ny.M) usia 81 tahun diantar ke 2 kalinya pada tanggal 25 Mei 2022 di RS Stella Maris Makassar dengan diagnosa medis *Non Hemoragic Stroke* (NHS), keluarga pasien mengatakan sehari sebelum masuk ke RS pasien mengeluh sakit kepala dan tidak bisa menggerakkan bagian tubuh sebelah kanannya. Keluarga pasien mengatakan pasien telah dirawat di ruang ICU RS Stella Maris Makassar kurang lebih satu minggu. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi, stroke, riwayat diabetes mellitus dan keluarga pasien juga mengatakan pasien pernah jatuh 2 kali.

Saat dilakukan pengkajian tanggal 06 Juni 2022 di unit perawatan St. Bernadeth II kamar 503 bed 2, didapatkan keadaan umum pasien lemah, dan tidak dapat menggerakkan bagian sisi tubuh sebelah kanan, kesadaran pasien apatis dengan GCS12: M5V3E4, tampak pasien sesak, tampak pasien gelisah, tampak pasien batuk berlendir, tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, perawat, tampak pasien terpasang infus RL 500cc 24 tetes/ jam di tangan sebelah kiri, O² nasal kanul 4 liter/menit, tampak terpasang NGT, dan kateter urin. Hasil observasi TTV: TD: 160/100 mmHg, N: 98 x/m, S: 36,7°C, P: 26x/m, SpO²: 97%. Pasien mendapatkan terapi obat= B complex 1tab/3x1/oral, alzime 0-0-1/ oral, simvastatin 1mg/0-0-1/ oral, Citicolin 500mg/2x1/oral, Dexametazone 1amp/ekstra, Moxifloxasin 1btl/ 24j/iv, herbesar 100 mg/0-1-0/ oral, Flexotide 1 Tab/12 j/Nebu. Hasil Laboratorium RBC: 3.98, HGB: 10.9, HCT:30.2, MCV: 75.9, MCHC: 36.1, MONO#: 0.78. Hasil pemeriksaan foto thorax, kesan: Cardiomegaly, bendungan dini paru, gambaran bronchitis, diafragma kanan letak tinggi susp. Ec. Hepatomegaly, dan telah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala dan didapatkan hasil, kesan: Infark lama dan baru cerebri, *Fahr's disease*, *Atrofi cerebri*.

A. Pengkajian keperawatan

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji :	
Reslam Dalta Romersi (NS2114901122)	
Rosaria Parumpa (NS2114901127)	

Unit : Bernadeth II B Autoanamnese : ✓

Kamar: 503 Bed 2 Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS (dari IGD ke ICU) : 25 Mei 2022

Tanggal pindah dari ICU ke perawatan B.II : 01 Juni 2022

Tanggal pengkajian : 06 Juni 2022

I. Identifikasi

A. Pasien

Nama initial : Ny "M"
 Umur : 81 Tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Status perkawinan : Janda
 Jumlah anak : 7 anak kandung
 Agama/ suku : Kristen Protestan / Toraja
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : IRT
 Alamat rumah : BTN Batangase permai B2

B. Penanggung jawab

Nama : Ny "M"
 Umur : 45 Tahun
 Alamat : BTN Batangase permai B2
 Hubungan dengan pasien : Anak

II. Data medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Kesadaran Menurun + *Non Hemoragic Stroke* (NHS)

Saat pengkajian : *Non Hemoragic Stroke* (NHS)

III. Keadaan umum

A. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan :

Tampak keadaan umum pasien lemah terbaring di tempat tidur, tampak pasien terpasang NGT, tampak pasien terpasang infus RL 500 ml (24 tetes/menit) di tangan sebelah kiri, tampak pasien terpasang kateter urin, tampak terpasang nasal canul 4 liter/menit, tampak pasien sesak dan gelisah, tampak semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

B. Tanda-tanda vital

1. Kesadaran (kualitatif) : apatis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik 5

b) Respon bicara 3

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah 12

Kesimpulan : Pasien

2. Tekanan darah 160/100 mmHg

MAP 120 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal Tidak Memadai.

3. Suhu : 36,7 °C di Oral Axilla Rectal

4. Pernapasan 26x/menit

Irama : Teratur Bradipnea Takipnea

Kusmaul Cheynes-stokes

Jenis : Dada Perut

5. Nadi 89 x/menit

Irama : Teratur Bradikardi Takikardi

Kuat Lemah

C. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas 15 cm

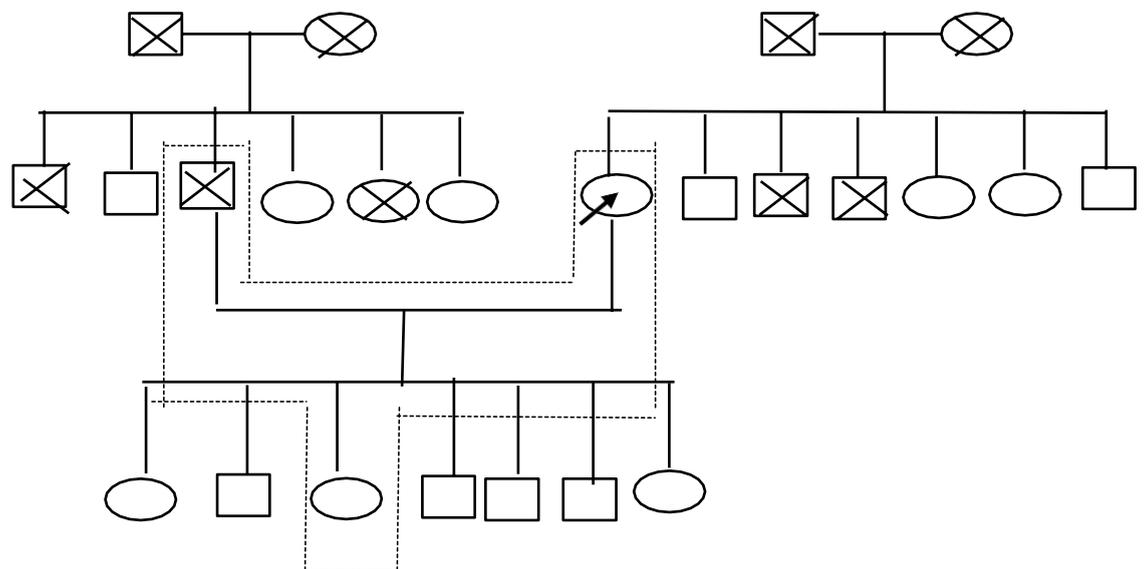
2. Tinggi badan 153 cm

3. Berat badan 50 kg

4. IMT (Indeks Massa Tubuh : 21,35

Kesimpulan : Berat Badan Ideal

D. Genogram



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

..... : Tinggal serumah

: Pasien

Keterangan: Keluarga pasien mengatakan bahwa kedua orang tua pasien telah meninggal karena faktor umur, kedua saudara pasien meninggal karena kecelakaan.

III. Pengkajian pola kesehatan

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 sering memeriksakan kesehatannya di pelayanan kesehatan terdekat, namun 2 tahun belakangan keluarga mengatakan pasien jarang melakukan kontrol rutin kesehatannya lagi dikarenakan anak pasien sibuk bekerja. Keluarga juga mengatakan pasien tidak lagi mengonsumsi obat hipertensi dan vitamin lainnya selama 7 bulan terakhir.

2. Riwayat penyakit saat ini:

Keluhan utama: Kelemahan dan kekakuan pada sisi tubuh sebelah kanan.

Riwayat keluhan utama: Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba mengalami kelemahan dan kekakuan pada sisi tubuh sebelah kanan disertai dengan kesulitan untuk bicara merasa gelisah saat di rumah, dan sakit kepala. Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran dan akhirnya dilarikan ke RS Stella Maris Makassar Pada tanggal 24 Mei 2022 pukul 20:10 WIB. Keluarga mengatakan saat pasien sampai di UGD Rumah Sakit Stella Maris, pasien pun di pindahkan ke ruang perawatan Bernadeth II B, belum selang 1 jam di ruang perawatan pasien mengalami penurunan kesadaran dan langsung dipindahkan ke ruang ICU untuk dipantau. Setelah dilakukan perawatan insentif di ICU kurang lebih 1 minggu, keadaan pasien pun mulai membaik dan di pindahkan kembali ke ruang perawatan biasa atau Bernadeth

II B. Keluarga mengatakan semenjak pasien di ICU pasien batuk berlendir dan sulit mengeluarkan lendirnya. Pada saat pasien di pindahkan kembali ke ruang perawatan Bernadeth II B perawat melakukan pengkajian, tampak keadaan umum pasien lemah terbaring di tempat tidur, tampak pasien gelisah dan merasa sesak, tampak terpasang oksigen nasal canul 4 liter/menit, tampak kesadaran pasien apatis, tampak pasien mengalami kelemahan dan kekakuan di bagian sisi tubuh sebelah kanan, tampak pasien sulit untuk berbicara dan suara tidak jelas. Tampak pasien bisa merespon pertanyaan perawat dengan anggukan kepala dan tampak pasien batuk berlendir.

3. Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien memiliki riwayat jatuh 2 kali dalam kurung waktu 10 tahun dan memiliki riwayat penyakit hipertensi, pernah mengalami stroke sejak 28 tahun yang lalu dan memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu.

4. Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit apapun.

Pemeriksaan fisik :

- a. Kebersihan rambut : Tampak bersih dan beruban
- b. Kulit kepala : Tampak bersih, tidak ada ketombe
- c. Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih dan kering
- d. Higiene rongga mulut :Tampak rongga mulut kotor.
- e. Kebersihan genitalia : Alat kelamin luar tampak bersih
- f. Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola nutrisi dan metabolik

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x1 sehari, makanan seperti nasi merah, sayur, ikan, buah-buahan

jika ada, pasien juga sering memakan makanan yang asin dan sangat suka mengonsumsi daging seperti coto dan bakso, meminum air putih sebanyak 5 gelas/hari ditambah dengan 2 gelas susu setiap pagi dan malam harinya.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya makan melalui NGT ± 300 cc bubur saring setiap hari dengan diet rendah garam dan susu 150 cc dan air putih 120 cc melalui selang NGT yang terpasang.

3. Observasi:

Tampak terpasang infus RL 500 ml pada tangan sebelah kiri pasien dan tampak terpasang NGT pada hidung sebelah kiri pasien. Tampak pasien makan bubur saring melalui NGT ± 300 cc per hari. Tampak pasien minum air putih 150 cc dan susu ± 150 cc melalui NGT.

4. Pemeriksaan fisik:

- a. Keadaan rambut: Tampak bersih dan beruban.
- b. Hidrasi kulit: Tampak kulit pasien elastis.
- c. Palpebra/conjungtiva: Tampak tidak edema/ tampak tidak anemis.
- d. Sclera: Tampak tidak ikterik.
- e. Hidung: Tampak hidung bersih, tidak ada serumen dan tidak tampak adanya polip.
- f. Rongga mulut: Tidak ada peradangan/ tampak kotor.
gusi: Tidak ada peradangan.
- g. Gigi: Tampak gigi tidak utuh.
gigi palsu : Tampak tidak ada.
- h. Kemampuan mengunyah keras : Tampak tidak mampu mengunyah keras.
- i. Lidah: Tampak kotor.
- j. Pharing: Tampak tidak ada Peradangan .

- k. Kelenjar getah bening: Tidak ada pembesaran.
- l. Kelenjar parotis: Tidak ada pembesaran.
- m. Abdomen:
 - Inspeksi : Tampak pasien tidak asites.
 - Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 12x/menit.
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan .
 - Perkusi : tympani.
- n. Kulit
 - a. Edema : Positif Negatif
 - b. Icteric : Positif Negatif
 - c. Tanda-tanda radang : Tidak ada peradangan
 - o. Lesi : Tidak ada lesi
- c. Pola eliminasi
 - 1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan dan BAK ± 5x sehari dengan urine berwarna kuning pekat dan berbau amoniak.
 - 2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan pasien sejak sakit BAB 1x sehari dengan konsistensi padat dengan menggunakan pempers, dan berwarna coklat serta BAK ±1100 cc/ hari berwarna kuning kecoklatan.
 - 3. Observasi:

Tampak pasien terpasang kateter urine dengan urine ± 800 cc dan urine berwarna kuning keruh dan menggunakan pempers.
 - 4. Pemeriksaan fisik:
 - a. Peristaltik usus: 12 x/menit
 - b. Palpasi kandung kemih: Penuh Kosong
 - c. Nyeri ketuk ginjal: Positif Negatif.
 - d. Mulut uretra: Tampak bersih.

e. Anus:

Peradangan : Tidak dikaji

Hemoroid : Tidak dikaji

Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga di keluarga anaknya dan keluarga mengatakan membatasi aktivitas pasien dikarenakan pasien sudah tua. Keluarga mengatakan, pasien tidak pernah berolahraga di rumah dan hanya menghabiskan waktunya untuk berjalan santai di depan kompleks dan menonton televisi bersama cucunya serta anaknya dan membantu anaknya seperti menyapu halaman depan komplek rumah saja.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur. Semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat karena mengalami kelemahan dan kekakuan di ekstermitas sebelah kanan.

3. Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

a. Aktivitas harian:

Makan : 1

Mandi : 2

Pakaian : 2

Kerapihan : 2

Buang air besar : 3

Buang air kecil : 2

Mobilisasi di tempat tidur : 3

b. Postur tubuh : tegak

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

- c. Gaya jalan : Tidak di kaji
 - d. Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
 - e. Fiksasi : Tidak ada
 - f. Tracheostomi : Tidak ada
4. Pemeriksaan fisik :
- a. Tekanan darah
Berbaring : 160/100 mmHg
Kesimpulan : Hipotensi ortostatik Positif Negatif
 - b. HR 89x/menit
 - c. Kulit
Keringat dingin : Tidak ada
Basah : Tidak ada
 - d. JVP : 5-2 cmH₂O
Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai.
 - e. Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam <3 detik
 - f. Thorax dan pernapasan
Inspeksi:
Bentuk thorax : Tmpak simetris kiri dan kanan.
Retraksi interkostal :Tampak tidak ada.
Sianosis : Tampak tidak ada
Stridor : Tampak tidak ada
Palpasi:
Vocal premitus: teraba sama getaran dinding kiri dan kanan pasien.
Krepitasi : tidak teraba adanya krepitasi.
Perkusi:
 Sonor Redup Pekak
Lokasi: kedua lapang paru
Auskultasi:
Suara napas: Vesikuler
Suara ucapan:

Suara tambahan: Ronchi

g. Jantung

Inspeksi:

Ictus cordis: Tidak ada pembesaran

Palpasi:

Ictus cordis: Teraba pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

Perkusi:

Batas atas jantung : ICS 2 lineasternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 4 linea midclavicularis sinistra.

Batas kanan jantung : ICS 5 lineasternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 linea axillaris anterior sinistra

Auskultasi:

Bunyi jantung II A : Iregular ICS 2 linea sternalis dextra

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

Bunyi jantung I T : Regular ICS 4 linea sternalis sinistra

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

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

h. Lengan dan tungkai

Atrofi otot: Positif Negatif

Rentang gerak

Kaku sendi : Ada di tangan dan kaki sebelah kanan

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Badan sebelah kanan

Paralisis : Ada di tangan sebelah kanan

Uji kekuatan otot

	Kanan Kiri	
Tangan	1	3
Kaki	1	3

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:

a) Ekstermitas atas

1) Kiri: bisep, trisep(+)

2) Kanan: bisep, trisep(+)

b) Ekstermitas bawah: patella dan achilles (tidak dilakukan pengkajian).

Refleks patologi:

Babinski: Kiri : Positif Negatif

Kanan : Positif Negatif

Clubing jari-jari: Tidak ada

Varises tungkai: Tidak ada

i. Columna vetebralis:

Inspeksi : Kelainan Bentuk: Tidak ada

Palpasi : Nyeri Tekan: Tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidurnya teratur \pm 8 jam setiap harinya dan pasien tidur siang hanya 2 jam dalam sehari. Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur dan sebelum tidur pasien nonton televisi dengan anaknya dan cucunya dan pasien selalu tidur bersama cucunya dan senang jika tidur dengan suasana gelap.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien sulit untuk memulai tidur. Keluarga mengatakan pada malam hari, jam tidurnya tidak menentu dan kurang nyenyak dan terbagun biasanya. Keluarga mengatakan dalam sehari pasien bisa tidur \pm 6 jam.

3. Observasi :

Tampak pasien sering menguap saat dilakukan pengkajian serta mata pasien tampak sayup

Ekspresi wajah mengantuk : positif

Banyak menguap : positif

Palpebra inferior berwarna gelap : negatif

f. Pola persepsi kognitif

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai daya ingat yang baik.

2. Keadaan sejak sakit:

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

3. Observasi:

Tampak pasien mampu mengingat suster yang datang mengkaji, tampak pasien mengetahui lokasi saat dilakukan pengkajian, pasien mampu mengingat hari, namun pasien tidak

mengetahui tanggal, bulan, dan tahun saat dilakukan pengkajian.

4. Pemeriksaan fisik:

a. Penglihatan

Kornea : Tampak jernih

Pupil : Tampak isokor

Lensa mata : Tampak jernih

Tekanan intra okuler (TIO): Tidak ada peningkatan tekanan intra okuler antara kiri dan kanan sama

b. Pendengaran

Pina : Tampak simetris

Kanalis : Tampak bersih

Membran timpani : Tampak utuh dan memantulkan cahaya.

c. Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Bagian ekstermitas sebelah kanan susah untuk digerakkan.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien merasa bangga dengan dirinya. Pasien adalah pribadi yang cerewet, humoris dan bersemangat dan penyayang kepada anak, menantu, cucu serta keluarga yang lainnya.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit, pasien tidak pernah melakukan aktivitasnya seperti biasa. Keluarga mengatakan pasien merasa tidak berdaya dan putus asa karena keadaannya sekarang. Keluarga mengatakan cara pasien untuk mengungkapkan perasaannya hanya dapat dilihat dari raut wajahnya, keluarga mengatakan bahwa pasien sangat merindukan suaminya yang telah meninggal dan ingin melihat cucunya yang sedang berada di kampung.

3. Observasi:
 - a. Kontak mata :Tampak kontak mata kurang.
 - b. Rentang perhatian :Tampak ada perhatian saat diajak bicara.
 - c. Suara dan cara bicara : Tidak jelas.
 - d. Postur tubuh : Tidak dikaji.
4. Pemeriksaan fisik:
 - a. Kelainan bawaan yang nyata : Tampak tidak ada kelainan
 - b. Bentuk/postur tubuh : Tidak ada
 - c. Kulit : Tampak kulit bersih dan kering (keriput)
- h. Pola peran dan hubungan dengan sesama
 1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama anaknya yang ke 3 dan cucunya, keluarga mengatakan pasien sangat akrab dan menjalin hubungan yang baik dengan keluarga besarnya yang lain dan tetangga rumahnya. Keluarga pasien saat ada sesuatu yang akan dilakukan pasien lebih suka untuk membicarakannya bersama anak dan menantunya serta biasanya menelfon anak-anaknya yang lain di kampung untuk mendapatkan saran serta masukan dalam melakukan sesuatu, serta keluarga pasien juga mengatakan pasien sangat merasa bahagia tinggal bersama anak dan cucunya.
 2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga dan tetangga disekitarnya masih terjalin dengan baik, keluarga mengatakan pasien tidak aktif lagi pada kegiatan kerohanian di gerejanya karena kondisinya. Keluarga pasien mengatakan bahwa mereka sangat berharap semoga pasien cepat sembuh dari penyakitnya dan berkumpul kembali bersama keluarganya.

3. Observasi :

Tampak keluarga dan anak yang lainnya datang untuk bergantian menjaga pasien serta tampak pasien sedang *video call* bersama cucu dan anaknya yang lain.
- i. Pola reproduksi dan seksualitas
 1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien tidak ada masalah pada alat reproduksinya dan pasien sudah tidak menstruasi sejak 30 tahun yang lalu.
 2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan selama sakit pasien tidak ada masalah pada alat reproduksinya
 3. Observasi :

Tampak pasien tidak berperilaku yang menyimpang dan tampak terpasang kateter urin.
- j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres
 1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien hidup dengan normal, tidak ada beban, santai dalam menjalani kehidupannya bersama anaknya dan cucunya. Keluarga pasien mengatakan pasien kadang-kadang marah jika ada keluarga yang membuat kesalahan, keluarga pasien mengatakan jika ada masalah yang tidak bisa ia selesaikan maka pasien meminta bantuan kepada anaknya serta menantunya dan keluarganya yang ada di kampung.
 2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan bahwa mereka sangat khawatir dengan kondisi pasien saat ini, keluarga pasien mengatakan semoga pasien cepat sembuh dan dapat berkumpul bersama dengan keluarga lagi.

3. Observasi:
Tampak pasien berbaring di tempat tidur.
- k. Pola sistem nilai kepercayaan
1. Keadaan sebelum sakit :
Keluarga mengatakan pasien menganut agama Kristen Protestan dan pasien rajin mengikuti kegiatan kerohanian di area kompleks rumahnya dan setiap hari pasien dan keluarga anaknya biasanya melakukan ibadah bersama di rumah selama adanya pandemi Covid-19.
 2. Keadaan sejak sakit :
Keluarga mengatakan sejak sakit pasien sudah tidak pernah lagi mengikuti kegiatan-kegiatan kerohanian karena kondisi yang kurang memungkinkan.
 3. Observasi :
Tampak di samping tempat tidur pasien terdapat alkitab.

IV. Uji saraf kranial

1. N I Olfactorius

Tampak pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

2. N II Opticus

Tampak pasien tidak mampu membaca tulisan dengan font 12 dengan jarak 30-40cm dan papan nama perawat.

3. N III Oculomotorius, IV Trochlearis, VI Abducens :

Tampak pasien mampu menggerakkan bola matanya ke segala arah. Pupil mengecil saat diberi cahaya, reflex akomodasi baik.

4. N V Trigeminus

Sensorik: Pasien mampu merasakan gesekan kapas dipipi sebelah kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup

Motorik: Pasien tidak mampu mengunyah dengan keras.

5. N VII Vacialis

Sensorik: Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.

Motorik: Pasien mampu tersenyum, mampu mengangkat alis, dan mengerutkan dahi serta mencucurkan bibir.

6. N VIII Vestibulo-Acusticus

Vestibularis Tidak dikaji pasien tidak mampu untuk berdiri

Akustikus: Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat

7. N IX Glosopharingeus

Tampak letak uvula pasien berada di tengah.

8. N X Vagus

Pasien mampu menelan (makanan yang lunak)

9. N XI Accesorius

Pasien tidak mampu mengangkat bahu kanan namun pasien mampu mengangkat bahu kiri

10. N XII Hipoglosus:

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

V. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Ny. M

Umur : 81 tahun

Tanggal : 06 Juni 2022

Tabel 1. 1 Hasil pemeriksaan darah rutin

Parameter	Nilai	Satuan	Nilai rujukan
RBC	3.98	$10^6/uL$	4.00-6.10
HGB	10.9	g/dl	12.2- 18.1
HCT	30.2	%	37.7-53.7
MCV	75.9	fL	80.0-97.0
MCHC	36.1	g/dl	31.8-35.4
MONO#	0.78	$10^3/uL$	0.00-0.70

Kimia darah

Tabel 1. 2 Hasil pemeriksaan kimia darah p

Natrium		132	Mmol/L	136-145
Kalium		4.2	Mmol/L	3.4-4.5
Chloride		104	Mmol/L	100-108

Pemeriksaan Foto Thorax Dewasa

Nama : Ny.M

Umur : 81 tahun

Tanggal : 1 Juni 2022

Pemeriksaan foto thorakx ap supine:

Pulmo: corakan vaskuler *suprahili promimens*, *bronchovaskuler* kasar, tak tampak *infiltrate ataunodul*, *hilus* tidak menebal.

Mediastinum tidak melebar, *Trachea* tidak *shift*.

Diafragma kanan letak tinggi

Sinus dan diafragma normal

Costa intak, *soft tissue* baik.

Kesan:

Cardiomegaly

Bendungan dini paru

Gambaran bronchitis

Diafragma kanan letak tinggi susp. Ec. Hepatomegaly

Pemeriksaan SCT Brain Polos

Nama : Ny. M

Umur : 81 tahun

Tanggal : 25 Mei 2022

Pemeriksaan CT scan kepala axial tanpa kontras:

Kontur kepala dan *soft tissue* normal

Tulang intak, densitas normal

Subcalvaria crani tak tampak lesi patologik.

Cortical sulci & fissure sylvian melebar

Fissure interhemisfer di midline

Lesi hipodes 10,6 HU pada *white matter lobus frontalis* kiri, lesi hipodens kecil 16,8 HU pada *caput nucleus caudatus* kiri. Lesi hipodens kecil pada nucleus lentiformis kiri. Kalsifikasi simteris pada *globus pallidum*

Pons dan *cerebellum* densitas normal.

Tak tampak pergeseran garis tengah atau *mass effect*

Ventrikel lateralis dilatasi, simetris, tak tampak lesi patologis

CPA, Sela & parasela normal

Sinus paranasalis dan *aircells* mastoid bersih

Kesan:

Infark lama dan baru cerebri

Fahr's disease

Atrofi cerebri

VI. Terapi

Daftar obat yang diberikan kepada pasien

1. Nama obat: B complex
 - a. Klasifikasi/golongan obat: Vitamin
 - b. Dosis umum: 3 x sehari 1 tablet
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3 x sehari 1 tablet
 - d. Cara pemberian obat: Oral
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi: berperan sebagai kofaktor enzim atau prekursor, pada berbagai proses metabolisme asam amino dan karbohidrat
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk meminimalisasi kerusakan dan mengoptimalkan regenerasi sel otak pasca stroke
 - g. Kontraindikasi: Pasien yang memiliki riwayat alergi dengan obat ini atau komponennya
 - h. Efek samping obat: Muntah, kadar gula darah tinggi, kulit memerah, dan bahkan kerusakan hati
2. Nama obat: Simvastatin
 - a. Klasifikasi/golongan obat: Statin
 - b. Dosis umum: Dewasa: 40 mg, 1 kali sehari, di malam hari. Anak usia 10-17 tahun: Dosis awal 10 mg, 1 kali sehari, di malam hari. Dosis tidak boleh lebih dari 40 mg per hari.
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 kali sehari (malam)
 - d. Cara pemberian obat: Oral
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi: Menurunkan kadar kolesterol dan LDL adalah dengan cara menghambat enzim 3-hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A (HMG-CoA) reduktase secara kompetitif. Obat ini menghambat aktivitas enzim HMG-CoA reduktase yang mengubah Asetil-CoA menjadi asam mevalonat

- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengontrol kadar kolesterol pasien
 - g. Kontraindikasi: Riwayat sensitivitas terhadap produk simvastatin dan pasien yang sedang hamil dan menyusui
 - h. Efek samping: Konstipasi, Hidung tersumbat, bersin, atau sakit tenggorokan, Mual atau sakit perut, sakit kepala.
3. Nama obat: Alzim/ donepezil
- a. Klasifikasi/golongan obat: Neurodegeneratif
 - b. Dosis umum: 1 tablet diminum 1 kali sehari sebelum tidur selama 1 bulan. Sesudah 1 bulan, dosis dapat ditingkatkan menjadi 2 tablet diminum 1 kali sehari. Dosis harian maksimal: 2 tablet
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 kali sehari (malam)
 - d. Cara pemberian obat: Oral
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi: Mengembalikan keseimbangan neurotransmitter (penghantar saraf) di otak.
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Pasien mengalami penurunan daya ingat
 - g. Kontraindikasi: Pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap Donepezil
 - h. Efek samping: Mual, muntah, dan diare, sulit tidur, kram otot dan kehilangan nafsu makan,
4. Nama Obat: Citicoline
- a. Klasifikasi: Neurotonik
 - b. Dosis umum: Dosis 1000 mg, 1 kali sehari. Dosis 500-1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari, disuntikkan selama 3-5 menit atau diberikan dengan kecepatan infus 40-60 tetes per menit.
 - c. Dosis yang bersangkutan: 500 mg/2x1

- d. Cara pemberian obat: Oral
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi: Mengatasi kerusakan pada jaringan otak akibat penyakit atau trauma
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan kepada pasien karena pasien mengalami kerusakan fungsi otak
 - g. Kontraindikasi: Penderita yang hipertensiv pada citicoline dan komponen obat ini
 - h. Efek samping: Insomnia, sakit kepala, tekanna darah rendah, tekanan darah tinggi, penglihatan terganggu, sakit pada bagian dada.
5. Nama obat: Dexamethasone
- a. meningkat Klasifikasi/golongan obat: Kortikosteroid
 - b. Dosis umum: Dosis awal: dosis 0,4-20 mg / hari diberikan melalui injeksi intravena (pembuluh darah)/ intranuskular (melalui otot) tergantung pada kondisi yang diobati, dosis dapat dipertahankan atau disesuaikan sampai tercapai respon yang memuaskan
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 ampul ekstra
 - d. Cara pemberian obat: Intravena
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi: Bekerja dengan menghambat pengeluaran zat kimia tertentu di dalam tubuh yang bisa memicu peradangan. Obat ini juga memiliki efek immunosupresan atau penekan sistem kekebalan tubuh
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mencegah peradangan
 - g. Kontraindikasi: pasien yang memiliki hipersensitif terhadap obat ini atau kortikosteroid lainnya. Kontraindikasi lain adalah pada pemberian bersamaan dengan vaksin yang mengandung virus hidup, pemberian intramuskular pada pasien yang

memiliki risiko perdarahan, misalnya menderita idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), dan infeksi jamur sistemik, kecuali bila dibutuhkan untuk mengatasi reaksi obat akibat amphotericin

h. Efek samping: Sakit perut, mual, sakit kepala, sulit tidur, atau nafsu makan

6. Nama Obat: Moxifloxacin

a. Klasifikasi: Antibiotik

b. Dosis Umum : 400 mg/hari

c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 400mg/24 jam

d. Cara pemberian: Injeksi/IV

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: membunuh bakteri dan menghambat laju perkembangannya di dalam tubuh

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Sel darah putih pasien mengalami peningkatan

g. Kontraindikasi: Pasien dengan hipersensitivitas terhadap moksifloksasina (moxifloxacin) atau antibiotik golongan kuinolon lainnya

h. Efek samping: Mual atau muntah, Diare atau sembelit (konstipasi) dan batuk

7. Nama obat: Herbesser

a. Klasifikasi/golongan obat: Antiangina; antagonis kalsium

b. Dosis umum: Untuk angina pektoris: 30 mg 4 kali sehari. Untuk hipertensi esensial ringan sampai sedang, dewasa oral 100-200 mg satu kali sehari

c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 100 mg/1 kali sehari (siang)

d. Cara pemberian obat: Oral

e. Mekanisme kerja dan fungsi: Obat ini digunakan untuk mengatasi tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi, sebagai terapi angina pektoris dan aritmia. Obat ini masuk ke

dalam golongan calcium channel blockers yang bekerja dengan cara menghambat ion-ion kalsium masuk ke sel otot polos jantung dan pembuluh darah.

- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengontrol tekanan darah pasien
 - g. Kontraindikasi: Hipersensitif
 - h. Efek samping: Bradikardia, hipotensi, bronkospasme.
8. Nama obat: Flexotide
- a. Klasifikasi/golongan obat: Anti Asma
 - b. Dosis umum: Dosis awal adalah 0.5 sampai 2.0 mg (500 sampai 2000 mikrogram) dua kali per hari. Flixotide Nebules 0.5mg/2ml memberikan dosis sebesar 500 mikrogram. Flixotide 2mg/2ml memberikan dosis sebesar 2000 mikrogra
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 0,5 mg/2 ml
 - d. Cara pemberian obat: Nebulizer
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi: Mengurangi pembengkakan dan iritasi pada paru-paru
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: pasien sesak dan batuk berlendir
 - g. Kontraindikasi: Hipersensitif
 - h. Efek samping:
 - 1) Tanda-tanda reaksi alergi obat: ruam, kesulitan bernapas, pembengkakan wajah, bibir, lidah, atau tenggorokan
 - 2) Mimisan yang parah atau berkelanjutan
 - 3) Pernapasan yang berbunyi, hidung meler, atau pengerasan kulit di sekitar lubang hidung
 - 4) Kemerah-merahan, luka, atau bercak putih di mulut atau tenggorokan
 - 5) Demam, kedinginan, kelemasan, mual, muntah, gejala flu
 - 6) Luka yang tidak sembuh

B. Analisa data

Nama/Umur : Ny. M/81 tahun

Unit/Kamar/Bed : St. Bernadeth II/503/2

Tabel 3. 1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba gelisah, sakit kepala dan tidak dapat berbicara dan mengalami penurunan kesadaran sehingga di bawah ke RS. b. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kanan. c. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat jatuh 2 kali 10 tahun yang lalu. d. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat stroke 28 tahun yang lalu dan diabetes mellitus 5 tahun yang lalu. <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak kesadaran pasien apatis GCS12 : M5E3V4. b. Tampak keadaan umum pasien lemah c. Tampak pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kanan d. Tampak pasien gelisah e. Tampak pasien mengeluh sakit kepala f. Hasil CT-Scan <ul style="list-style-type: none"> 1) Infark lama dan baru cerebri 2) <i>Fahr's disease</i> 3) Atrofi cerebri g. Hasil tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah : 160/100 mmHg Suhu : 36,7°C Pernapasan : 26x/menit Nadi : 89x/menit 	Faktor resiko Hipertensi	Resiko perfusi cerebral tidak efektif (D. 0017)

2.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga pasien mengatakan pasien batuk dan tidak mampu mengeluarkan lendirnya Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak pasien batuk berlendir. Tampak pasien tidak mampu untuk mengeluarkan lendirnya. Tampak terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit. Terdengar suara ronchi. Hasil tanda-tanda vital : Tekanan darah : 160/100 mmHg Suhu : 36,7°C Pernapasan : 26x/menit Nadi : 89x/menit Hasil foto thorax : Kesan: Bronkopneumonia (adanya bercak infiltrat pada paracardial kiri dan lapang bawah lateral kanan). 	Sekresi yang tertahan	Bersihan jalan napas tidak efektif (D. 0001)
3.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas di sebelah kanan Keluarga pasien mengatakan pasien dirawat dengan kesadaran menurun dan mengalami kelemahan pada tubuh bagian sebelah kanan. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien terbaring lemah di tempat tidur. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat. <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak keadaan umum pasien lemah. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. 	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik (D. 0054)

	<p>c. Tampak tubuh bagian sebelah kanan mengalami kelemahan.</p> <p>d. Tampak rentang gerak pasien terbatas.</p> <p>e. Uji kekuatan otot:</p> <table style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>f. Aktivitas harian :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tbody> <tr> <td>Makan</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pakaian</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kerapihan</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Buang air besar</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Buang air kecil</td> <td>: 3</td> </tr> <tr> <td>Mobilisasi di tempat tidur</td> <td>: 2</td> </tr> </tbody> </table> <p>g. Pasien tampak tidak dapat beraktifitas secara mandiri.</p>		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	Makan	1	Mandi	2	Pakaian	2	Kerapihan	2	Buang air besar	3	Buang air kecil	: 3	Mobilisasi di tempat tidur	: 2		
	Kanan	Kiri																								
Tangan	1	3																								
Kaki	1	3																								
Makan	1																									
Mandi	2																									
Pakaian	2																									
Kerapihan	2																									
Buang air besar	3																									
Buang air kecil	: 3																									
Mobilisasi di tempat tidur	: 2																									

C. Diagnosis keperawatan

Nama/Umur : Ny. M/81 tahun

Unit/Kamar/Bed : St. Bernadeth II/503/2

Tabel 3. 2 Diagnosis keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi (D. 0017)
2.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan pasien batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, suara napas tambahan ronchi (D. 0001).
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan tampak kekuatan otot dan rentang gerak (ROM) menurun (D. 0054).

D. Rencana keperawatan

Nama/Umur : Ny. M/81 tahun

Unit/Kamar/Bed : St. Bernadeth II/503/2

Tabel 3. 3 Rencana Keperawatan

Tanggal	Diagnosis Keperawatan SDKI	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			Meliputi: Tindakan Observasi, Terapeutik, Kolaborasi, Edukasi
06 Juni 2022	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba gelisah, sakit kepala, tidak dapat berbicara dan mengalami penurunan kesadaran sehingga di bawah ke RS 2. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kanan 3. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat jatuh 2 kali 10 tahun yang lalu 4. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat stroke 28 tahun yang lalu 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intrakranial menurun 3. Nilai rata-rata tekanan darah membaik. 	<p>Pemantauan tekanan intrakranial (I.06198).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Observasi penyebab peningkatan TIK b. Monitor peningkatan tekanan darah c. Monitor peningkatan kesadaran 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahan posisi kepala dan leher netral. 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>

	<p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak kesadaran pasien apatis 2. Tampak pasien mengeluh sakit kepala. 3. Tampak pasien gelisah 4. Tampak keadaan umum pasien lemah 5. GCS12: M5V3E4 6. Tampak kelemahan pada bagian tubuh sebelah kanan. 7. Hasil CT-Scan <ol style="list-style-type: none"> a. Infark lama dan baru cerebri b. Fahr's disease c. Atrofi cerebri 8. Hasil tanda-tanda vital : <p>TD : 160/100 mmHg Suhu : 36,7°C Pernapasan: 26x/menit Nadi : 89x/menit SpO²: 97%</p> 		
06 Juni 2022	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk dan tidak mampu mengeluarkan lendirnya 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 	<p>Latihan batuk efektif (I. 01006)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Atur posisi semi-fowler atau fowler

	<p>2. Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak</p> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien batuk berlendir 2. Tampak terpasang oksigen nasal canul 3 liter/menit 3. Terdengar suara ronchi 4. Hasil foto Thorax : kesan 5. Bronkopneumonia (adanya bercak infiltrat pada paracardial kiri dan lapang bawah lateral kanan). 6. Hasil tanda-tanda vital : TD: 160/100 mmHg Suhu : 36,7°C Pernapasan: 26x/menit Nadi : 89x/menit SpO² 97% 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Produksi sputum menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Pola napas membaik. 	<ol style="list-style-type: none"> b. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien c. Buang sekret pada tempat sputum <p>3. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif b. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik c. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali d. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 <p>4. Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, <i>jika perlu</i> <p>Manajemen jalan napas (I. 01011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b. Monitor bunyi napas tambahan c. Monitor sputum
--	---	--	--

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Posisikan semifowler atau fowler b. Berikan minum air hangat c. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Ajarkan teknik batuk efektif 4. Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>
06 Juni 2022	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot</p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas 2. Keluarga pasien mengatakan pasien dirawat dengan kesadaran menurun dan mengalami kelemahan pada tubuh bagian sebelah kanan 3. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien terbaring lemah di tempat tidur 4. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak keadaan umum pasien lemah 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik cukup meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat 3. Rentang gerak (ROM) cukup meningkat 4. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan b. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi aktivitas fisik dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) b. Fasilitasi melakukan pergerakan c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan mobilisasi dini

	<p>2. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</p> <p>3. Tampak tubuh bagian sebelah kanan mengalami kelemahan</p> <p>4. Tampak rentang gerak pasien terbatas</p> <p>5. Uji kekuatan otot :</p> <table border="1" data-bbox="537 526 851 686"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>6. Aktivitas harian :</p> <table border="1" data-bbox="537 766 851 1021"> <tbody> <tr> <td>Makan</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pakaian</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kerapihan</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Buang air besar</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Buang air kecil</td> <td>: 3</td> </tr> <tr> <td>Mobilisasi di tempat tidur</td> <td>: 2</td> </tr> </tbody> </table> <p>7. Pasien tampak tidak dapat beraktifitas secara mandiri.</p>		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	Makan	1	Mandi	2	Pakaian	2	Kerapihan	2	Buang air besar	3	Buang air kecil	: 3	Mobilisasi di tempat tidur	: 2		<p>b. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</p>
	Kanan	Kiri																								
Tangan	1	3																								
Kaki	1	3																								
Makan	1																									
Mandi	2																									
Pakaian	2																									
Kerapihan	2																									
Buang air besar	3																									
Buang air kecil	: 3																									
Mobilisasi di tempat tidur	: 2																									

E. Implementasi keperawatan

Nama/Umur : Ny. M/81 Tahun

Ruang/Kamar/Bed : St. Bernadeth II/503/2

Tabel 3. 4 Implementasi Keperawatan

Tanggal	Dx	Waktu	Implementasi	Perawat
Selasa, 07 Juni 2022 (DINAS PAGI)	I, II, III,	08.00	<p>Mengkaji keadaan umum dan keluhan pasien</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum lemah. b. Tampak pasien gelisah c. Kesadaran apatis d. GCS: M : 5 V : 3 E : 4 <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/>12 e. Observasi TTV f. Tampak pasien terpasang kateter g. Tampak pasien terpasang NGT h. Tampak pasien terpasang infus cairan RL 500 ml dan O² nasal kanul 4 liter. 	Rosaria
	III	08.30	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur b. Tampak pasien belum mampu melakukan pergerakan. c. Keluarga mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat d. Uji kekuatan otot : <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">Kanan Kiri Tangan 1 3 <li style="border-top: 1px solid black;">Kaki 1 3 e. Aktivitas harian : <ul style="list-style-type: none"> Makan 1 Mandi 2 Pakaian 2 Kerapihan 2 	Rosaria

			<p>Buang air besar : 3 Buang air kecil : 3 Mobilisasi di tempat tidur : 2</p>	
	I,II	09.00	<p>Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK dan pola napas. Hasil: a. Observasi tanda-tanda vital: TD :160/90 mmHg N : 89x/menit P : 26x/menit S : 36,7°C SpO² : 97%. b. Tampak pasien sesak. c. Tampak kesadaran pasien apatis</p>	Rosaria
	I,II	10.00	<p>Kolaborasi pemberian obat Hasil: a. Flexetide 1tube/12jam/nebu b. B complex 1 tablet 3x1/oral c. Herbeser 0-1-0/oral d. Citicolin 500mg/2x1/oral</p>	Rosaria
	I,II	10.30	<p>Memberikan posisi semi fowler/<i>head up</i> 30 derajat Hasil: a. Tampak pasien terbaring di tempat tidur b. Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul 4 liter. c. Saturasi oksigen sebelum pemberian posisi :97% d. Saturasi oksigen setelah pemberian posisi: 98%.</p>	Rosaria
	II	11.20	<p>Memonitor bunyi tambahan Hasil: a. Tampak terdengar suara tambahan ronchi b. Tampak pasien batuk berlendir</p>	Rosaria
	III	11.30	<p>Mengajarkan keluarga dan pasien mobilisasi sederhana yang harus di lakukan.</p>	Rosaria

			<p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak pasien bersedia (mengangguk) untuk melakukan mobilisasi sederhana. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. Tampak pasien terbaring dengan bantal menopang badan sebelah kanan. Keluarga pasien mengatakan mengerti tentang mobilisasi sederhana yang harus dilakukan 	
	III	11.55	<p>Memfasilitasi pasien melakukan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan bersedia untuk mengubah posisi. Tampak pasien berbaring ke sebelah kiri. 	Rosaria
	II	12.00	<p>Mengidentifikasi kemampuan batuk</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak pasien tidak mampu melakukan batuk efektif. 	Rosaria
	II	12.10	<p>Mengajarkan keluarga dan pasien untuk melakukan batuk efektif</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak keluarga dan pasien memahami dan mengikuti anjuran yang diberikan dari perawat Tampak keluarga selalu mendukung dan mengajarkan pasien. Tampak pasien mendapat Flexetide 1tube/12jam/nebu. Tampak pasien belum mampu batuk efektif. 	Rosaria
	I,II	13.00	<p>Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK. Tampak pasien masih gelisah. 	Rosaria

	I,II	13.50	<p>Mengobservasi tekanan darah dan pola pernafasan:</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Observasi TTV: Tekanan darah: 160/90 mmHg Nadi: 76X/menit Suhu: 37,7°C Pernapasan: 26x/menit</p> <p>b. Tampak pasien masih sesak</p> <p>c. Tampak pasien gelisah</p> <p>d. Kesadaran komposmentis.</p>	Rosaria																							
	III	14.30	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik dan melakukan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur</p> <p>b. Tampak pasien belum mampu melakukan pergerakan.</p> <p>c. Tampak KU pasien lemah</p> <p>d. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>e. Uji kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td>Kanan</td> <td>Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>f. Aktivitas harian :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Makan</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Pakaian</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kerapihan</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Buang air besar</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Buang air kecil :</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Mobilisasi di tempat tidur :</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	Makan	1	Mandi	2	Pakaian	2	Kerapihan	2	Buang air besar	3	Buang air kecil :	3	Mobilisasi di tempat tidur :	2	Rosaria
	Kanan	Kiri																									
Tangan	1	3																									
Kaki	1	3																									
Makan	1																										
Mandi	2																										
Pakaian	2																										
Kerapihan	2																										
Buang air besar	3																										
Buang air kecil :	3																										
Mobilisasi di tempat tidur :	2																										
(DINAS SIANG)	III	15.18	<p>Memfasilitasi pasien melakukan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Pasien mengatakan bersedia untuk mengubah posisi</p>	Reslam																							

	I	15.50	<p>Memberikan posisi semifowler atau head 30 derajat</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK Kesadaran apatis Saturasi oksigen sebelum pemberian posisi : 98% Saturasi oksigen setelah pemberian posisi : 99% 	Reslam
	III	16.00	<p>Mengajarkan keluarga dan pasien mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak pasien bersedia (mengangguk) untuk melakukan sederhana Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur Keluarga pasien mengatakan mengerti tentang mobilisasi sederhana yang harus dilakukan 	Reslam
	I,II	17.00	<p>Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter/kolaborasi</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Flexetide 1tube/12jam/nebu B complex 1 tablet 3x1/oral Dexa 1 amp/extra/iv 	Reslam
	II	17.30	<p>Memonitor bunyi napas tambahan</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak terdengar suara tambahan ronchi Keluarga mengatakan pasien batuk. Tampak pasien batuk berlendir. Tampak pasien belum bisa mengeluarkan lendirnya. 	Reslam
	I,II	17.40	<p>Memonitor peningkatan tekanan darah dan pola napas</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hasil observasi tanda - tanda vital : 	Reslam

			<p>TD : 150/110 mmHg N : 87x/menit P : 26x/menit S : 37° C</p> <p>b. Tampak pasien sesak c. Tampak terpasang O2 nasal kanul 4liter/menit. d. Tampak kesadaran pasien apatis</p>	
	II	17.55	<p>Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien Hasil: a. Tampak pasien tidak mampu melakukan batuk efektif.</p>	Reslam
	III	18.20	<p>Memfasilitasi pasien melakukan pergerakan Hasil: a. Tampak pasien terbaring di tempat tidur b. Tampak posisi pasien terlentang c. Tampak ada bantal yang menopang badan sebelah kanan d. Tampak pasien berbaring ke sebelah kiri.</p>	Reslam
	III	19.00	<p>Memonitor kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi. Hasil: a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak pergerakan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</p>	Reslam
	II	19.30	<p>Mengajarkan keluarga dan pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: a. Tampak pasien belum mampu batuk efektif b. Tampak pasien memahami dan mengikuti anjuran yang diberikan dari perawat</p>	Reslam

			c. Tampak keluarga selalu mendukung dan mengajarkan pasien	
	III	20.00	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Keluarga pasien mengatakan mau terlibat dalam meningkatkan pergerakan	Reslam
	III	21.25	Memfasilitasi pasien melakukan pergerakan Hasil: a. Pasien mengatakan bersedia untuk mengubah posisi b. Tampak pasien berbaring ke sebelah kanan c. Tampak pergerakan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat	Reslam
	I,II	22.00	Memonitor peningkatan tekanan darah dan pola napas Hasil: a. Observasi tanda - tanda vital: TD : 150/90 mmHg N : 97x/menit P : 24x/menit S : 36,8° C b. Tampak pasien sesak c. Tampak kesadaran pasien apatis	Reslam
Dinas Malam	I,II	08.20	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter/kolaborasi Hasil: a. B complex 1 tablet 3x1/oral b. Moxifloxasin 1bt//iv c. Citicolin 500mg/2x1/oral	Perawat Ivon
	III	08.30	Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan Hasil: a. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur b. Tampak pasien belum mampu melakukan pergerakan.	Perawat Ivon

(Rabu, 08 Juni 2022) (Dinas pagi)	I,II	09.15	<p>c. Keluarga mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>d. Uji kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table> <p>e. Aktivitas harian :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tbody> <tr> <td>Makan</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Pakaian</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Kerapihan</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Buang air besar</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Buang air kecil</td> <td style="text-align: right;">: 3</td> </tr> <tr> <td>Mobilisasi di tempat tidur</td> <td style="text-align: right;">: 2</td> </tr> </tbody> </table>		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	Makan	1	Mandi	2	Pakaian	2	Kerapihan	2	Buang air besar	3	Buang air kecil	: 3	Mobilisasi di tempat tidur	: 2	Rosaria
		Kanan	Kiri																								
	Tangan	1	3																								
Kaki	1	3																									
Makan	1																										
Mandi	2																										
Pakaian	2																										
Kerapihan	2																										
Buang air besar	3																										
Buang air kecil	: 3																										
Mobilisasi di tempat tidur	: 2																										
I,II,	09.30	<p>Mengkaji keadaan umum dan keluhan pasien</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Keadaan umum lemah.</p> <p>b. Tampak pasien gelisah</p> <p>c. Kesadaran apatis</p> <p>d. GCS: M: 5 V: 3 E: 4 <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>12</p> <p>d. Observasi TTV</p> <p>e. Tampak pasien terpasang kateter</p> <p>f. Tampak pasien terpasang NGT</p> <p>g. Tampak pasien terpasang infus cairan RL 500 ml dan O2 nasal kanul 3 liter.</p>	Rosaria																								
I,II	09.50	<p>Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK dan pola napas</p> <p>Hasil:</p>	Rosaria																								

			<p>a. Observasi tanda - tanda vital TD : 170/104 mmHg P : 25x/menit N : 94x/menit S :36,4° C</p> <p>b. Tampak kesadaran pasien apatis</p> <p>c. Tampak keadaan umum pasien masih lemah.</p>	
	I,II	10.20	<p>Kolaborasi pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <p>a. Flexetide 1tube/12jam/nebu</p> <p>b. B complex 1 tablet 3x1/oral</p> <p>c. Herbeser 0-1-0/oral</p> <p>d. Citicolin 500mg/2x1/oral</p>	Rosaria
	II	10.40	<p>Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum</p> <p>Hasil :</p> <p>a. Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru</p> <p>b. Pasien mengatakan banyak lendirnya tertahan di leher.</p> <p>c. Tampak pasien masih belum bisa melakukan batuk efektif.</p> <p>d. Tampak lender tidak bisa keluar,</p>	Rosaria
	I	11.00	<p>Memberikan posisi <i>head up</i> 30°</p> <p>Hasil :</p> <p>a. Saturasi oksigen sebelum pemberian posisi :97%</p> <p>b. Saturasi oksigen setelah pemberian posisi: 98%.</p>	Rosaria
	III	11.50	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <p>a. Tampak pasien berbaring berbaring lemah di tempat tidur</p> <p>b. Tampak pasien belum mampu melakukan pergerakan</p> <p>c. Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</p>	Rosaria

			<p>d. Uji kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Tangan</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">1</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Kaki</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">1</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>e. Aktivitas harian :</p> <p>Makan 1 Mandi 2 Pakaian 2 Kerapihan 2 Buang air besar 3 Buang air kecil : 3 Mobilisasi di tempat tidur : 2</p>		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	
	Kanan	Kiri											
Tangan	1	3											
Kaki	1	3											
	III	12.15	<p>Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <p>a. Tampak pasien bersedia melakukan pergerakan</p> <p>b. Tampak pergerakan pasien dibantu oleh perawat dan keluarganya</p> <p>c. Tampak tangan dan kaki kanan pasien susah untuk digerakkan</p> <p>d. Tampak seluruh badan pasien masih mengalami kelemahan dan kekakuan.</p>	Rosaria									
	II	12.45	<p>Memonitor bunyi napas tambahan dan mengidentifikasi kemampuan batuk.</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak terdengar suara tambahan ronchi, dan tampak pasien belum mampu melakukan batuk efektif</p>	Rosaria									
	III	13.00	<p>Memfasilitasi pasien melakukan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan bersedia untuk mengubah posisi</p>	Rosaria									
	I	13.25	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <p>Tekanan darah: 155/90 mmHg Nadi: 80X/menit</p>	Rosaria									

(Dinas siang)	II	13.43	Suhu: 37°C Pernapasan: 25x/menit Memonitor terapi oksigen Hasil : a. Tampak terpasang O ² nasal kanul 3 liter/menit.	Rosaria
	I,II	14.55	Mengkaji keadaan umum dan keluhan pasien Hasil: a. Keadaan umum lemah. b. Kesadaran apatis c. GCS: M: 5 V: 3 E: 4 —— 12 d. Observasi TTV e. Tampak pasien terpasang kateter urin f. Tampak pasien terpasang NGT	Reslam
	I,II	15.30	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter/kolaborasi Hasil: a. Flexetide 1tube/12jam/nebu b. B complex 1 tablet 3x1/oral c. Dexta 1 amp/extra/iv	Reslam
	I,II	16.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: Tekanan darah: 165/113 mmHg Nadi: 88X/menit Suhu: 37,2°C Pernapasan: 24x/menit	Reslam
	III	16.20	Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan. Hasil: a. Tampak pasien terbaring di tempat tidur. b. Keluarga mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga	Reslam

			<p>c. Uji kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table> <p>d. Aktivitas harian :</p> <p>Makan 1</p> <p>Mandi 2</p> <p>Pakaian 2</p> <p>Kerapihan 2</p> <p>Buang air besar 3</p> <p>Buang air kecil : 3</p> <p>Mobilisasi di tempat tidur : 2</p>		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	
	Kanan	Kiri											
Tangan	1	3											
Kaki	1	3											
	II	16.50	<p>Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru</p> <p>b. Tampak pasien batuk berlendir</p> <p>c. Tampak lendir pasien berwarna putih bening</p>	Reslam									
	I	17.00	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Tampak tidak ada tanda-tanda gejala peningkatan TIK pada pasien</p> <p>b. Tampak pasien tidak gelisah.</p>	Reslam									
	III	17.30	<p>Memfasilitasi pasien dalam melakukan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan bersedia melakukan pergerakan</p>	Reslam									
	I,II	18.00	<p>Memberikan posisi head up 30 derajat dan memonitor oksigen</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Saturasi oksigen sebelum pemberian posisi :98%</p> <p>b. Saturasi oksigen sebelum pemberian posisi :99%</p>	Reslam									

Kamis, 09 juni 2022 (Dinas pagi)	I,II	18.05	c. tampak terpasang O ² nasal kanul 3 Liter/menit. Mengobservasi tanda-tanda vital. Hasil: a. Observasi tanda-tanda vital : TD : 140/85 mmHg N : 100 x/menit S : 37,8 ⁰ C P : 24 x/menit SPO ² : 99% b. Tampak kesadaran pasien apatis	Reslam
	II	20.15	Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum Hasil: a. Terdengar suara ronchi b. Tampak pasien batuk berlendir	Reslam
	I,II	22.15	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter/kolaborasi Hasil: a. B complex 1 tablet 3x1/oral b. Citicolin 500mg/2x1/oral c. Moxifloxasin 1btl/24jam/iv	Perawat Marlina
	I,II	08.20	Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan. Hasil: a. Tampak pasien terbaring di tempat tidur. b. Keluarga mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga c. Tampak pasien masih lemah. d. Uji kekuatan otot : Kanan Kiri Tangan 1 3 Kaki 1 3 e. Aktivitas harian : Makan 1 Mandi 2 Pakaian 2	Rosaria

			Kerapihan 2 Buang air besar 3 Buang air kecil 3 Mobilisasi di tempat tidur : 2	
	I	08.45	Mengkaji keadaan umum dan keluhan pasien Hasil: a. Keadaan umum lemah. b. Kesadaran apatis c. GCS: M: 5 V: 3 E: 4 <u> </u> 12 d. Observasi TTV e. Tampak pasien terpasang kateter f. Tampak pasien terpasang NGT g. dan O2 nasal kanul 2 liter.	Rosaria
	III	09.30	Memonitor suara nafas tambahan pasien dan sputum Hasil: a. Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru b. Tampak pasien batuk berlendir c. Tampak pasien sudah bisa melakukan batuk efektif. d. Tampak lendir pasien berwarna putih bening	Rosaria
	I	09.45	Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: a. Tampak tidak ada tanda-tanda gejala peningkatan TIK pada pasien b. Tampak pasien tidak gelisah.	Rosaria
	I,II	10.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/95 mmHg N : 97 x/menit S : 37,6°C P : 17 x/menit SpO ² : 99%	Rosaria

	I,II	10.15	Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat Hasil: Selesai pemberian obat: Mecobalamin 1 tab/ 12 jam/ Oral Clopidogrel 1 tab /24 jam /Oral Xarelto 10 mg 1 tab/24 jam/Oral Flexotide 1tab/12jam/nebu	Rosaria
	I	10.50	Memberikan posisi semifowler/head up 30° Hasil: a. Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur dengan posisi <i>Head Up</i> 30°. b. Tampak pasien merasa nyaman c. Saturasi oksigen sebelum pemberian posisi :98% d. Saturasi oksigen setelah pemberian posisi: 99%.	Rosaria
	II	11.00	Memantau pola pernapasan Hasil : a. Tampak pernapasan pasien teratur b. SpO ² 99% c. Terpasang O ₂ nasal kanul 2 liter d. Tampak pasien batuk berlendir, berwarna putih bening.	Rosaria
	III	11.20	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: a. Keluarga pasien mengatakan mau terlibat dalam meningkatkan pergerakan. b. Tampak keluarga ikut serta dalam meningkatkan pergerakan pasien.	Rosaria
	III	12.40	Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan Hasil:	Rosaria

			<p>a. Tampak pasien terbaring di tempat tidur.</p> <p>b. Keluarga mengatakan aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga</p> <p>c. Uji kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">1 3</td> <td style="text-align: center;"> 3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"> 3</td> </tr> </table> <p>d. Aktivitas harian :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Makan</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Pakaian</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Kerapihan</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Buang air besar</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Buang air kecil</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Mobilisasi di tempat tidur</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Kanan	Kiri	Tangan	1 3	3	Kaki	1	3	Makan	1	Mandi	2	Pakaian	2	Kerapihan	2	Buang air besar	3	Buang air kecil	3	Mobilisasi di tempat tidur	2	
	Kanan	Kiri																									
Tangan	1 3	3																									
Kaki	1	3																									
Makan	1																										
Mandi	2																										
Pakaian	2																										
Kerapihan	2																										
Buang air besar	3																										
Buang air kecil	3																										
Mobilisasi di tempat tidur	2																										
	I,II	13.00	<p>Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK dan pola napas</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Observasi TTV :</p> <p style="margin-left: 20px;">TD : 152/98 mmHg</p> <p style="margin-left: 20px;">N : 82x/ menit</p> <p style="margin-left: 20px;">S : 36,2⁰C</p> <p style="margin-left: 20px;">P : 24x/ menit</p> <p>b. Terpasang 02 nasal kanul 2 liter/menit</p> <p>c. SpO²: 98%</p>	Rosaria																							
	III	13.30	<p>Memfasilitasi pasien dalam melakukan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Tampak pasien duduk di tempat tidur</p> <p>b. Tampak tangan dan kaki kanan pasien sulit digerakkan</p> <p>c. Tampak seluruh badan pasien masih mengalami kelemahan</p>	Rosaria																							

	I,II	15.50	Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : Selesai pemberian obat: a. Flexetide 1tube/12jam/nebu b. B complex 1 tablet 3x1/oral c. Herbesar 100mg/0-1-0/oral d. Dexta 1 amp/extra/iv	Reslam
	I	16.20	Monitor tanda-tanda vital: Hasil: Observasi tanda-tanda vital : TD : 170/95 mmHg N : 77 x/menit S : 36,6 ⁰ C P : 18 x/menit SpO ² : 99%	Reslam
	II	17.00	Memantau pola pernapasan Hasil: a. Tampak pernapasan pasien teratur b. SpO ² 99% c. Terpasang 02 nasal kanul 2 liter d. Tampak pasien batuk berlendir, berwarna putih bening.	Reslam
	II	17.20	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: a. Tidak terdengar suara napas tambahan b. Tampak batuk berlendir c. Tampak lendir berwarna putih bening. d. Pernapasan 18x/menit e. Spo2 99%	Reslam
	I	17.30	Mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : a. Tampak pasien tidak sakit kepala, tidak mutah. b. Tampak pasien tidak gelisah.	Reslam

	II	20.00	<p>Mengkaji tingkat kesadaran pasien</p> <p>Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak keadaan umum pasien baik Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien GCS : M5V3E4 (apatis) Tampak badan sebelah kanan pasien masih tidak bisa digerakan dan tampak kaku Tampak badan sebelah kanan pasien mengalami kelemahan Tampak pasien sudah bisah duduk di tempat tidur dengan bantuan posisi head up dan bantuan keluarga. 	Reslam									
	I	20.17	<p>Memberikan posisi Head Up 30° derajat</p> <p>Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur dengan posisi <i>Head Up</i> 30°. Tampak pasien tidak gelisah Tampak pasien tidak sesak Tampak pasien merasa nyaman 	Reslam									
	III	20.23	<p>Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas.</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak pasien terbaring di tempat tidur Keluarga mengatakan aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga. Tampak pasien tidak gelisah Terpasang O2 nasal kanul 2 liter/menit dan kateter urin. Uji kekuatan otot <table border="1" data-bbox="702 1792 989 1971" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table> 		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	Reslam
	Kanan	Kiri											
Tangan	1	3											
Kaki	1	3											

			<p>f. Aktivitas harian :</p> <p>Makan 1</p> <p>Mandi 2</p> <p>Pakaian 2</p> <p>Kerapihan 2</p> <p>Buang air besar 3</p> <p>Buang air kecil : 3</p> <p>Mobilisasi di tempat tidur : 2</p>	
	I,II	20.40	<p>Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK dan pola napas</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Observasi TTV :</p> <p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>N : 92x/ menit</p> <p>S : 36⁰C</p> <p>P : 24x/ menit</p> <p>b. Terpasang 02 nasal kanul 2 liter, SpO² 99%</p>	Reslam
	II	20.50	<p>Memonitor suara tambahan</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Tampak pasien masih batuk berlendir</p> <p>b. Pernapasan 24x/menit</p>	Reslam
(Dinas malam)	I,II	21.50	<p>Mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat</p> <p>Hasil: Selesai pemberian obat:</p> <p>a. Flexetide 1tube/12jam/nebu</p> <p>b. B complex 1 tablet 3x1/oral</p> <p>c. Simvastin 1mg 0-0-1/oral</p> <p>d. Moxifloxasin 1bt/24jam/iv</p>	Perawat Amel

F. Evaluasi keperawatan

Nama/Umur : Ny. M/81 Tahun

Ruang/Kamar/Bed : St. Bernadeth II/503/2

Tabel 3. 5 Evaluasi keperawatan

Tanggal	Evaluasi (S O A P)	Perawat
Selasa, 07 Juni 2022 (Dinas Pagi)	<p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan dan kaku pada bagian badan sebelah kanan. b. Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba sulit untuk berbicara dan suara tidak jelas. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak pasien gelisah c. Tampak pasien sesak d. Tampak badan sebelah kanan mengalami kelemahan dan susah untuk di gerakan e. Tampak rentang gerak pasien terbatas f. Tampak terpasang NGT dan kateter urin g. Pemberian obat: B complex 1 tab 3x1/oral, citicolin 500 mg/2x1/oral. h. Kesadaran apatis i. GCS: M: 5 V: 3 E: 4 <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/>12 j. Observasi TTV TD: 160/100 N: 89x/menit S: 36,7 °C P: 26x/menit SpO²: 97% k. Tampak pasien terpasang kateter l. Tampak pasien terpasang NGT m. Tampak pasien terpasang infus cairan RL 500 ml dan O₂ nasal kanul 4 liter. <p>A: Resiko perfusi serebral belum teratasi P: Lanjutkan intervensi pemantauan tekanan intrakranial</p>	Rosaria

	<p>a. Observasi penyebab peningkatan TIK b. Monitor peningkatan darah c. Monitor peningkatan kesadaran d. Berikan posisi semi fowler e. Kolaborasi pemberian obat</p> <p>2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan</p> <p>S:</p> <p>a. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir b. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak</p> <p>O :</p> <p>a. Tampak pasien batuk berlendir b. Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan lendirnya c. Terdengar suara tambahan Ronchi d. Telah diberikan terapi flexotide 12jam/Nebu e. Tampak terpasang oksigen nasal canul 4 liter/menit f. Hasil tanda-tanda vital : Tekanan darah : 160/100 mmHg Suhu : 36,7°C Pernapasan : 26x/menit Nadi : 89x/menit SpO2 : 97%</p> <p>A: Bersihan jalan nafas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas</p> <p>a. Monitor pola napas b. Monitor bunyi napas tambahan c. Monitor sputum d. Berikan posisi semifowler e. Berikan terapi oksigen f. Kolaborasi pemberian obat</p> <p>3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>S:</p> <p>a. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien terbaring lemah di tempat tidur. b. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>O:</p> <p>a. Tampak keadaan umum pasien lemah</p>	<p>Rosaria</p> <p>Rosaria</p>
--	--	-------------------------------

	<p>b. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</p> <p>c. Tampak tubuh bagian sebelah kanan mengalami kelemahan</p> <p>d. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga</p> <p>e. Tampak rentang gerak pasien terbatas</p> <p>f. Uji kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Tangan</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Kaki</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>g. Akti vitas harian :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Makan</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Pakaian</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Kerapihan</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Buang air besar</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Buang air kecil</td> <td style="text-align: right;">: 3</td> </tr> </table> <p>Mobilisasi di tempat tidur : 2</p> <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan b. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi c. Fasilitasi aktivitas fisik dengan alat bantu d. Fasilitasi melakukan pergerakan e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	Makan	3	Mandi	2	Pakaian	2	Kerapihan	2	Buang air besar	3	Buang air kecil	: 3	
	Kanan	Kiri																					
Tangan	1	3																					
Kaki	1	3																					
Makan	3																						
Mandi	2																						
Pakaian	2																						
Kerapihan	2																						
Buang air besar	3																						
Buang air kecil	: 3																						
<p>Selasa, 07 Juni 2022 (Dinas Siang)</p>	<p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada sisi badan sebelah kanan. b. Keluarga pasien mengatakan pasien sulit untuk berbicara dan suara tidak jelas. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tampak keadaan umum pasien lemah. b. Tampak pasien mengangguk saat diberi pertanyaan. c. Tampak badan sebelah kanan mengalami kelemahan dan susah untuk di gerakan. d. Telah diberikan herbesar 100 mg/0-1-0/oral e. Tampak rentang gerak pasien terbatas. f. Kesadaran apatis 	<p>Reslam</p>																					

	<p>g. GCS: M: 5 V: 3 E: 4 <hr/>12</p> <p>h. Observasi TTV TD: 150/110 N: 87x/menit S: 37°C P: 26x/menit SpO²: 97%</p> <p>i. Tampak pasien terpasang kateter j. Tampak pasien terpasang NGT k. Tampak pasien terpasang infus cairan RL 500 ml dan O₂ nasal kanul 4 liter. l. Tampak pasien diberikan posisi <i>Head Up</i> 30°</p> <p>A: Resiko perfusi serebral belum teratasi P: Lanjutkan intervensi pemantauan tekanan intrakranial</p> <ol style="list-style-type: none"> Observasi penyebab peningkatan TIK Monitor peningkatan darah Monitor peningkatan kesadaran Berikan posisi semi fowler Kolaborasi pemberian obat <p>2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga mengatakan pasien batuk berlendir Keluarga mengatakan pasien masih sesak Keluarga pasien mengatakan belum mengetahui cara batuk efektif. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak pasien batuk berlendir Terdengar suara tambahan Ronchi Tampak pasien belum bisa melakukan batuk efektif Tampak pasien diberikan posisi <i>Head Up</i> 30° Terapi flexotide 1tab/12jam/Nebu. Tampak terpasang oksigen nasal canul 4 liter/menit. Tampak pasien sesak dan gelisah. Hasil tanda-tanda vital : Tekanan darah : 150/110 mmHg Suhu : 37°C Pernapasan : 26x/menit Nadi : 87x/menit 	Reslam
--	---	--------

	<p>SpO² : 97%</p> <p>A: Bersihan jalan nafas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor pola napas Monitor bunyi napas tambahan Monitor sputum Berikan posisi semifowler Berikan terapi oksigen Kolaborasi pemberian obat <p>3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien terbaring lemah di tempat tidur. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien di bantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak keadaan umum pasien lemah Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur Tampak tubuh bagian sebelah kanan mengalami kelemahan Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga Tampak pasien terpasang kateter urin dan pempers. Tampak rentang gerak pasien terbatas Uji kekuatan otot : <table border="1" data-bbox="574 1411 893 1568"> <tr> <td></td> <td>Kanan</td> <td>Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </table> Aktivitas harian : <table border="0" data-bbox="542 1590 798 1881"> <tr> <td>Makan</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pakaian</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kerapihan</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Buang air besar :</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Buang air kecil</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mobilisasi di tempat tidur :</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	Makan	3	Mandi	2	Pakaian	2	Kerapihan	2	Buang air besar :	3	Buang air kecil	3	Mobilisasi di tempat tidur :	2	Reslam
	Kanan	Kiri																							
Tangan	1	3																							
Kaki	1	3																							
Makan	3																								
Mandi	2																								
Pakaian	2																								
Kerapihan	2																								
Buang air besar :	3																								
Buang air kecil	3																								
Mobilisasi di tempat tidur :	2																								

	<ul style="list-style-type: none"> b. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi c. Fasilitasi aktivitas fisik dengan alat bantu d. Fasilitasi melakukan pergerakan e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	
Rabu, 08 Juni 2022 (Dinas pagi)	<p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan dan kaku pada bagian badan sebelah kanan. b. Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba sulit untuk berbicara dan suara tidak jelas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak pasien masih gelisah c. Tampak badan sebelah kanan mengalami kelemahan dan susah untuk di gerakan d. Tampak rentang gerak pasien terbatas e. Kesadaran apatis f. GCS: M: 5 V: 3 E: 4 <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/>12 g. Observasi TTV TD: 170/104 mmHg N: 94x/menit S: 37,5°C P: 26x/menit, SpO²: 97% h. Tampak pasien terpasang kateter i. Tampak pasien terpasang NGT j. Tampak pasien terbaring dalam posisi <i>head up</i>. k. Tampak pasien terpasang infus cairan RL 500 ml dan O2 nasal kanul 3 liter. <p>A: Resiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi pemantauan tekanan intrakranial</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Observasi penyebab peningkatan TIK b. Monitor peningkatan darah c. Monitor peningkatan kesadaran d. Berikan posisi semi fowler e. Kolaborasi pemberian obat 	Rosaria

	<p>2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak b. Keluarga pasien mengatakan sudah mengetahui cara batuk efektif <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien batuk berlendir. b. Tampak lendir belum bisa di keluarkan. c. Terapi Flexotide 1tab/12jam/Nebu. d. Terdengar suara tambahan Ronchi. e. Tampak pasien berbaring ke samping kiri. f. Tampak terpasang oksigen nasal canul 3 liter/menit g. Hasil tanda-tanda vital : Tekanan darah : 170/104 mmHg Suhu : 36,4°C Pernapasan : 26x/menit Nadi : 94x/menit SpO² : 97% <p>A: Bersihan jalan nafas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor pola napas b. Monitor bunyi napas tambahan c. Monitor sputum d. Berikan posisi semifowler/<i>head up</i> e. Berikan terapi oksigen f. Kolaborasi pemberian obat. 	Rosaria
	<p>3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien terbaring lemah di tempat tidur. b. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur c. Tampak tubuh bagian sebelah kanan mengalami kelemahan d. Tampak rentang gerak pasien terbatas 	Rosaria

	<p>e. Uji kekuatan otot :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>f. Aktivitas harian :</p> <p>Makan 1 Mandi 2 Pakaian 2 Kerapihan 2 Buang air besar 3 Buang air kecil : 3 Mobilisasi di tempat tidur : 2</p> <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi dukungan mobilisasi</p> <p>a. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan b. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi c. Fasilitasi aktivitas fisik dengan alat bantu d. Fasilitasi melakukan pergerakan e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	
	Kanan	Kiri									
Tangan	1	3									
Kaki	1	3									
<p>Rabu, 08 Juni 2022 (Dinas siang)</p>	<p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>S:</p> <p>a. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan dan kaku pada bagian badan sebelah kanan. b. Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba sulit untuk berbicara dan suara tidak jelas</p> <p>O:</p> <p>a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak pasien masih gelisah c. Pemberian obat citicolin 500mg 2x1/0ral, Herbesser 100mg/Oral d. Tampak badan sebelah kanan mengalami kelemahan dan susah untuk di gerakan e. Tampak rentang gerak pasien terbatas f. Kesadaran apatis</p> <p>g. GCS: M: 5 V: 3</p>	<p>Reslam</p>									

	<p style="text-align: center;">E: 4 — 12</p> <p>h. Observasi TTV TD: 165/113 mmHg N: 88x/menit S: 37,2 °C P: 24x/menit SpO²: 98%</p> <p>i. Tampak pasien terpasang kateter j. Tampak pasien terpasang NGT k. Tampak pasien terpasang infus cairan RL 500 ml dan O² nasal kanul 3 liter.</p> <p>A: Resiko perfusi serebral belum teratasi P: Lanjutkan intervensi pemantauan tekanan intracranial</p> <p>a. Observasi penyebab peningkatan TIK b. Monitor peningkatan darah c. Monitor peningkatan kesadaran d. Berikan posisi semi fowler e. Kolaborasi pemberian obat</p> <p>2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan</p> <p>S:</p> <p>a. Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak b. Keluarga pasien mengatakan sudah mengetahui cara batuk efektif</p> <p>O:</p> <p>a. Tampak pasien batuk berlendir b. Tampak pasien sudah bisa mengeluarkan lendirnya. c. Tampak lender berwarna putih bening. d. Tampak pasien terbaring di tempat tidur e. Terdengar suara tambahan Ronchi f. Tampak terpasang oksigen nasal canul 3 liter/menit g. Hasil tanda-tanda vital : TD: 165/113 mmHg N: 88x/menit P: 24x/menit S: 37,2 °C</p> <p>A: Bersihan jalan nafas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas</p> <p>a. Monitor pola napas</p>	Reslam
--	--	--------

	<p>b. Monitor bunyi napas tambahan c. Monitor sputum d. Berikan posisi semifowler e. Berikan terapi oksigen f. Kolaborasi pemberian obat.</p> <p>3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>S:</p> <p>a. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien terbaring lemah di tempat tidur. b. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>O:</p> <p>a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur c. Tampak tubuh bagian sebelah kanan mengalami kelemahan d. Tampak rentang gerak pasien terbatas e. Uji kekuatan otot :</p> <table border="1" data-bbox="542 1075 821 1232"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>f. Aktivitas harian :</p> <p>Makan 1 Mandi 2 Pakaian 2 Kerapihan 2 Buang air besar : 3 Buang air kecil : 3 Mobilisasi di tempat tidur : 2</p> <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi dukungan mobilisasi</p> <p>a. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan b. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi c. Fasilitasi aktivitas fisik dengan alat bantu d. Fasilitasi melakukan pergerakan</p>		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	Reslam
	Kanan	Kiri									
Tangan	1	3									
Kaki	1	3									

	<p>c. Tampak pasien sudah bisa mengeluarkan lendirnya</p> <p>d. Frekuensi pernapasan pasien 18x/menit dan SpO²: 99%</p> <p>A: Bersihan jalan napas teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kelemahan pada badan sebelah kanan dan kekakuan pada ekstermitas sebelah kanan. Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur. Semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak ekstermitas kanan mengalami kekakuan Tampak pasien apatis Tampak semua aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat Uji kekuatan otot : <table border="1" data-bbox="558 1142 861 1299"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> Aktivitas harian : <table border="0" data-bbox="542 1344 798 1612"> <tr> <td>Makan</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pakaian</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kerapihan</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Buang air besar :</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Buang air kecil :</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mobilisasi di tempat tidur :</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Fasilitasi aktivitas fisik dengan alat bantu Fasilitasi melakukan pergerakan Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	Makan	1	Mandi	2	Pakaian	2	Kerapihan	2	Buang air besar :	3	Buang air kecil :	3	Mobilisasi di tempat tidur :	2	Rosaria
	Kanan	Kiri																							
Tangan	1	3																							
Kaki	1	3																							
Makan	1																								
Mandi	2																								
Pakaian	2																								
Kerapihan	2																								
Buang air besar :	3																								
Buang air kecil :	3																								
Mobilisasi di tempat tidur :	2																								

	<p>e. Frekuensi pernapasan pasien 20x/menit dan SpO²: 99%</p> <p>A: Bersihkan jalan napas teratasi P: Hentikan intervensi</p> <p>3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kelemahan pada badan sebelah kanan dan kekakuan pada ekstermitas sebelah kanan. Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur. Semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak ekstermitas kanan mengalami kekakuan Tampak pasien apatis Tampak semua aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat Uji kekuatan otot : <table border="1" data-bbox="558 1064 837 1209"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> Aktivitas harian : <table data-bbox="558 1254 845 1534"> <tbody> <tr> <td>Makan</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pakaian</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kerapihan</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Buang air besar</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Buang air kecil</td> <td>: 3</td> </tr> <tr> <td>Mobilisasi di tempat tidur</td> <td>: 2</td> </tr> </tbody> </table> <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Fasilitasi aktivitas fisik dengan alat bantu Fasilitasi melakukan pergerakan Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 		Kanan	Kiri	Tangan	1	3	Kaki	1	3	Makan	1	Mandi	2	Pakaian	2	Kerapihan	2	Buang air besar	3	Buang air kecil	: 3	Mobilisasi di tempat tidur	: 2	Reslam
	Kanan	Kiri																							
Tangan	1	3																							
Kaki	1	3																							
Makan	1																								
Mandi	2																								
Pakaian	2																								
Kerapihan	2																								
Buang air besar	3																								
Buang air kecil	: 3																								
Mobilisasi di tempat tidur	: 2																								

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus yang ada di lapangan pada pasien Ny "M" dengan *Non Hemoragic Stroke* di ruang perawatan St. Bernadeth II RS Stella Maris Makassar

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien yang dilakukan melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien, melalui pemeriksaan fisik atau observasi langsung agar dapat mengidentifikasi dan mengenali masalah serta didukung oleh pemeriksaan penunjang seperti hasil CT-Scan Kepala. Pengkajian yang dilakukan pada Ny "M" usia 81 tahun diantar ke 2 kalinya pada tanggal 25 Juni 2022, oleh anak dan keluarganya ke RS Stella Maris Makassar dengan diagnosa medis *Non Hemoragic Stroke* (NHS) dan keluarga mengatakan sehari sebelum masuk ke RS pasien mengeluh sakit kepala dan tidak bisa menggerakkan bagian tubuh sebelah kanannya. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir saat dirawat kurang lebih satu minggu di ruang ICU RS Stella Maris Makassar. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi, stroke, riwayat diabetes mellitus dan keluarga pasien juga mengatakan pasien pernah jatuh 2 kali.

Saat dilakukan pengkajian tanggal 06 Juni 2022 di unit perawatan St. Bernadeth II kamar 503 bed 2, didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran pasien apatis dengan GCS12: M5V3E4, tampak pasien tidak dapat menggerakkan sisi tubuh

sebelah kanan, tampak pasien sesak, tampak pasien gelisah, tampak pasien batuk berlendir dan tidak mampu mengeluarkan lendirnya, tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, tampak pasien terpasang infus RL 500cc 24 tetes/ jam di tangan sebelah kiri, O² nasal canul 4 liter/menit, tampak terpasang NGT dan kateter urin. Hasil observasi TTV: TD: 160/100 mmHg, N: 98 x/m, S: 36,7°C, P: 26x/m, SpO²: 97%. Pasien mendapatkan terapi obat= B complex 1tab/3x1/oral, alzime 0-0-1/ oral, simvastatin 1mg/0-0-1/ oral, Citicolin 500mg/2x1/oral, Dexametazone 1amp/ekstra, Moxifloxasin 1btl/ 24j/iv, herbesar 100 mg/0-1-0/ oral, Flexotide 1 Tab/12j/Nebu. Hasil Laboratorium RBC: 3.98, HGB: 10.9, HCT:30.2, MCV: 75.9, MCHC: 36.1, MONO#: 0.78. Hasil pemeriksaan foto thorax, Kesan: Cardiomegaly, Bendungan dini paru, Gambaran bronchitis, Diafragma kanan letak tinggi susp. Ec. Hepatomegaly, dan telah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala dan didapatkan hasil, Kesan: Infark lama dan baru cerebri, *Fahr's disease*, Atrofi cerebri.

Pada Ny "M" ditemukan keluhan kelemahan pada tubuh sebelah kanan dan tiba-tiba suaranya tidak jelas pada saat berbicara ini sesuai dengan teori dimana keluhan tersebut merupakan tanda dan gejala pada pasien stroke (Ginting, 2017). Kelemahan salah satu sisi tubuh atau *hemiparese* adalah suatu keadaan dimana pasien masih bisa menggerakkan sisi tubuh yang mengalami gangguan namun hanya berupa gerakan kecil yang lemah yang akan membuat pasien mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas. Pada saat pengkajian keluarga pasien di bawah ke rumah sakit bicaranya tidak jelas ini terjadi karena adanya kerusakan jaringan pada salah satu sisi otak yang disebabkan oleh cedera kepala, tumor otak, infeksi otak dan paling banyak disebabkan oleh stroke yang berfungsi mengatur motorik untuk bicara.

Berdasarkan teori ada dua faktor penyebab dari stroke yang faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi meliputi, jenis kelamin, usia, riwayat stroke dalam keluarga. Sedangkan faktor presipitasi yakni hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, obesitas, merokok, dislipidemia, stress, konsumsi kopi dan konsumsi alkohol.

Pada pengkajian ditemukan bahwa Ny "M" mempunyai riwayat stroke 28 tahun yang lalu menurut asumsi penulis menjadi penyebab pasien mengalami stroke berulang, pada kasus usia Ny "M" adalah 81 tahun, riwayat hipertensi 30 tahun yang lalu dan telah mengalami menopause ini berarti bahwa telah terjadi penurunan hormon estrogen di mana hormon ini berperan mempertahankan kekebalan tubuh dan sebagai proteksi atau pelindung pada proses aterosklerosis pembuluh darah yang dapat menyebabkan penyempitan diameter pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak yang dapat mengakibatkan stroke.

2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan yang akan muncul pada kasus stroke berdasarkan pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017, yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot dan hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia.

Berdasarkan data hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny "M" didapatkan 3 diagnosis keperawatan yang sesuai dengan teori yaitu :

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

Risiko perfusi serebral tidak efektif adalah keadaan dimana beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Pada kasus penulis mengangkat diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi karena berdasarkan pada data – data yang ditemukan dan divalidasi faktor risiko pada Ny “M” meliputi hasil tanda-tanda vital tekanan darah yang tinggi dengan hasil 170/100 mmHg.

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Pada kasus penulis mengangkat diagnosis keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan berdasarkan pada data yang ditemukan dan dapat divalidasi pada saat pengkajian yakni tampak masih batuk berlendir dan tidak dapat mengeluarkan lendirnya, terdengar suara ronchi.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan otot

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Dari hasil pengkajian penulis mengangkat diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot berdasarkan pada data yang ditemukan dan dapat divalidasi meliputi tampak pasien sulit menggerakkan ekstremitas sehingga semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat, tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur rentang gerak ekstremitas terbatas dengan hasil uji kekuatan otot pada tangan dan kaki kanan nilai 1 (satu) tampak ada kontraksi namun sedikit gerakan dan hasil uji kekuatan otot pada tangan dan kaki kiri nilai 3 (tiga) mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan.

Diagnosis pada teori yang tidak diangkat yakni :

- a. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran. Penulis tidak mengangkat diagnosis tersebut dengan alasan intervensi yang akan dilakukan pada diagnosis ini dapat teratasi ketika intervensi pada gangguan mobilitas fisik meningkat dan akan mendukung perawatan diri dalam hal makan/minum.
- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia. Penulis tidak mengangkat diagnosis tersebut dengan alasan pada diagnosis ini tanda dan gejala mayor yang ditemukan pada pasien hanya sekitar 50% atau hanya satu tanda/gejala mayor yang dapat divalidasi.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Penulis tidak mengangkat diagnosis tersebut dengan alasan intervensi yang akan dilakukan pada diagnosis ini dapat teratasi ketika intervensi pada gangguan mobilitas fisik meningkat dan akan mendukung perawatan diri.

3. Intervensi

Berdasarkan analisa pengkajian dan penegakkan diagnosis keperawatan penulis kemudian menetapkan rencana keperawatan yang terdiri dari perumusan tujuan, tindakan dan hasil apa yang ingin dicapai dari rangkaian asuhan keperawatan yang telah ditetapkan. Dalam intervensi keperawatan tindakan yang dilakukan perawat yaitu tindakan yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny "M" dengan masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi dengan tujuan tindakan setelah dilakukan

intervensi keperawatan selama 7 jam dalam 3 hari maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, tekanan intrakranial menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik, kesadaran membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik. Intervensi yang dilakukan yakni pemantauan tekanan intrakranial (I.06198) meliputi observasi penyebab peningkatan TIK, monitor peningkatan tekanan darah, monitor peningkatan kesadaran, pertahankan posisi kepala dan leher netral, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan kepada keluarga pasien.

b. Bersihan jalan napas tidak efektif

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny "M" dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif di tandai dengan sekresi yang tertahan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam dalam 3 hari maka bersihan jalan meningkat dengan kriteria hasil: batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, frekuensi napas membaik, pola napas membaik. Intervensi yang dilakukan yakni latihan batuk efektif (I. 01006) dan manajemen jalan napas (I. 01011) meliputi : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) monitor bunyi napas tambahan, identifikasi kemampuan batuk, jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif kemudian atur posisi semi-fowler atau fowler, pasang pernak dan bengkak di pangkuan pasien, anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik, anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3, buang sekret pada tempat sputum dan kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, monitor sputum.

c. Gangguan mobilitas fisik

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny "M" dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik ditandai dengan penurunan kekuatan otot dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam dalam 3 hari maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kelemahan fisik menurun. Intervensi yang dilakukan yaitu dukungan mobilisasi (I.05173) meliputi identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas fisik dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah gambaran dari kriteria hasil yang diharapkan dari rencana keperawatan yang telah disusun untuk mencapai asuhan keperawatan yang baik. Implementasi yang dilakukan pada ny "M" dari hari pertama sampai hari ketiga berjalan lancar tanpa hambatan karena pasien keluarga pasien dan pihak-pihak lain yang terkait sangat kooperatif selama proses tindakan keperawatan dilakukan oleh penulis.

5. Evaluasi

Evaluasi yang didapat setelah 3 hari berdasarkan perbandingan tujuan yang telah ditetapkan dan tindakan yang telah dilakukan pada ny "M" yakni :

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Hingga pada hari ke 3 setelah dilakukan tindakan

masalah ini belum teratasi karena tekanan darah pasien masih dalam kategori tinggi yakni 150/90 mmHg, dan pasien masih mengalami kelemahan pada bagian sebelah kanan.

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Hingga pada hari ke 3 setelah dilakukan tindakan masalah ini teratasi karena tampak pasien sudah bisa mengikuti anjuran batuk efektif yang diajarkan oleh perawat, tampak pasien sudah bisa melakukan batuk efektif, tampak pola pernafasan pasien membaik, suara nafas tambahan ronchi tidak terdengar, tampak produksi sputum pasien berkurang.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan otot. Hingga pada hari ke 3 setelah dilakukan tindakan masalah ini belum teratasi karena pasien belum dapat menggerakkan ekstremitasnya dan seluruh aktivitas harian pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat.

B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing (EBN)

1. Judul EBN

Pemberian posisi *head up 30°*

2. Diagnosis keperawatan

Resiko perfusi serebral tidak efektif.

3. Luaran yang diharapkan

Setelah diberikan posisi *head up 30°* diharapkan dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Pemantauan tekanan intrakranial: Berikan posisi semifowler atau *Head Up 30°*.

5. Pembahasan tindakan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan

Posisi *head up 30°* yaitu posisi kepala di tinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit.

b. Tujuan/rasional EBN pada kasus askep

Posisi *head up 30°* yang memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral karena pasien stroke aliran darah tidak lancar yang berakibat pada gangguan hemodinamik yang sangat mempengaruhi fungsi pengantaran oksigen dalam tubuh yang akhirnya mempengaruhi fungsi jantung. Setelah dilakukan intervensi pemberian posisi *head up 30°* selama 3 hari dengan pemberian posisi 1 kali pada shift pagi dan 1 kali pada shift siang tampak saturasi oksigen pasien meningkat dan tampak pola napas pasien membaik. Tampak setelah pemberian posisi *head up 30°*

dari hari pertama hingga pada hari ketiga saturasi pasien meningkat dari 97% menjadi 99%. Tampak juga pola napas pasien membaik dan pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan.

c. PICOT EBN (Problem, Intervension, Comparison, Outcome, dan Time)

TELAAH JURNAL PICOT	Posisi <i>Head Up 30°</i> Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Hemoragik Dan Non Hemoragik	Kombinasi posisi kepala 30 ⁰ dan <i>pasive range of motion</i> terhadap skor NHS pad pasien stroke	Pengaruh elevasi kepala 30° terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pada pasien stroke
PROBLEM/POPULASI	Untuk mengetahui pengaruh posisi <i>Head Up 30°</i> terhadap saturasi oksigen pada pasien Stroke Jumlah responden dalam penelitian ini adalah berjumlah 30 pasien yang menderita penyakit stroke hemoragik dan non hemoragik.	Untuk mengetahui pengaruh kombinasi posisi kepala 30 ⁰ dan <i>pasive range of motion</i> terhadap skor NHS pad pasien stroke. Sampel berjumlah 14 responden yang dibagi menjadi 2 kelompok yakni kelompok intervensi dan kelompok kontrol	Untuk mengetahui pengaruh posisi elevasi kepala 30 derajat dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke Populasi yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 34 responden dimana saturasi oksigen pada responden sebelum diberikan posisi head-up yaitu 93%
INTERVENSI	cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah saturasi oksigen yaitu dengan pemberian posisi <i>head-up 30°</i> . Posisi ini diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan 30o dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan extra bantal sesuai dengan kenyamanan selama 30menit.	Posisi kepala 30 ⁰ dan <i>pasive range of motion</i> diberikan 3 kali dalam sehari selama 4 hari	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu terapi non-farmakologi pemberian elevasi kepala 30° dimana pengaturan posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak serta dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral.

COMPARITION	Penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu posisi kepala yang lebih tinggi 15° dan tinggi 30°. Penelitian yang lainnya menyatakan bahwa tindakan elevasi kepala dapat memfaisilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.	Hal ini sejalan dengan jurnal pembanding yang ada pada jurnal tersebut yang menyatakan bahwa pemberian posisi kepala 30° dan <i>pasive range of motion</i> adalah tindakan kombinasi yang dapat memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dan kemampuan motoric.	Dalam penelitian 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
OUTCOME	Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen setelah intervensi (sebelum pemberian posisi 97.07% dan setelah pemberian posisi 98.33%). Hasil uji statistik wilcoxon didapatkan p value = 0.009 (< 0.05) yang artinya ada pengaruh pada saturasi oksigen setelah dilakukan pemberian posisi <i>head up</i> 30°.	Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh kombinasi posisi kepala 30° dan ROM terhadap skor NHS pada pasien stroke dengan P <i>value</i> = 0,002 ($\alpha < 0,05$). Sehingga disarankan perawat dapat menerapkan kombinasi 30° dan ROM sebagai intervensi mandiri keperawatan pada pasien stroke dalam upaya memberikan penyembuhan yang lebih cepat dan menjadikan salah satu SOP dalam perawatan pasien stroke di rumah sakit.	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 <i>head-up</i> 30o didapatkan nilai reeata saturasi oksigen 96% dan termasuk dalam kategori normal hal ini memiliki makna bahwa saturasi oksigen setelah diberikan intervensi terjadi peningkatan.

TIME	Penelitian ini dilakukan di ICU RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri pada tahun 2017.	Jurnal ini diteliti pada tahun 2021.	Penelitian ini di laksanakan pada tahun 2019.
-------------	--	--------------------------------------	---

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah pembahasan konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan kasus pada pasien Ny “M” dengan penyakit *Non Hemoragik Stroke* (NHS) II Di Ruang Perawatan St Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny “M” ditemukan data sebagai berikut:

Pengamatan kasus:

Seorang Perempuan (Ny.M) usia 81 tahun diantar ke 2 kalinya pada tanggal 25 Juni 2022, oleh anak dan keluarganya ke RS Stella Maris Makassar dengan diagnosa medis *Non Hemoragic Stroke* (NHS) dan keluarga mengatakan sehari sebelum masuk ke RS pasien mengeluh sakit kepala dan tidak bisa menggerakkan bagian tubuh sebelah kanannya. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir saat dirawat kurang lebih satu minggu di ruang ICU RS Stella Maris Makassar. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi, stroke, riwayat diabetes mellitus dan keluarga pasien juga mengatakan pasien pernah jatuh 2 kali.

Saat dilakukan pengkajian tanggal 06 Juni 2022 di unit perawatan St. Bernadeth II kamar 503 bed 2, didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran pasien apatis dengan GCS12: M5V3E4, tampak pasien tidak dapat menggerakkan sisi tubuh sebelah kanan, tampak pasien sesak, tampak pasien gelisah, tampak pasien batuk berlendir dan tidak mampu mengeluarkan lendirnya, tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, tampak pasien terpasang infus RL 500cc 24 tetes/ jam di tangan sebelah kiri, O² nasal canul 4 liter/menit, tampak terpasang

NGT dan kateter urin. Hasil observasi TTV: TD: 160/100 mmHg, N: 98 x/m, S: 36,7°C, P: 26x/m, SpO²: 97%. Pasien mendapatkan terapi obat= B complex 1tab/3x1/oral, alzime 0-0-1/ oral, simvastatin 1mg/0-0-1/ oral, Citicolin 500mg/2x1/oral, Dexametazone 1amp/ekstra, Moxifloxasin 1btl/ 24j/iv, herbesar 100 mg/0-1-0/ oral, Flexotide 1 Tab/12j/Nebu. Hasil Laboratorium RBC: 3.98, HGB: 10.9, HCT:30.2, MCV: 75.9, MCHC: 36.1, MONO#: 0.78. Hasil pemeriksaan foto thorax, Kesan: Cardiomegaly, Bendungan dini paru, Gambaran bronchitis, Diafragma kanan letak tinggi susp. Ec. Hepatomegaly, dan telah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala dan didapatkan hasil, Kesan: Infark lama dan baru cerebri, *Fahr's disease*, Atrofi cerebri.

Dari hasil pengkajian yang didapat pada Ny”M”, maka diagnosa keperawatan yang diangkat adalah:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi.
 - b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
 - c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
2. Intervensi yang tersusun untuk mengatasi masalah keperawatan:
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi.
Intervensi: Observasi penyebab peningkatan TIK, monitor peningkatan tekanan darah, monitor peningkatan kesadaran, berikan posisi *Head Up* atau Semi fowler, kolaborasi pemberian diuretic, jika perlu.
 - c. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
Intervensi: Identifikasi kemampuan batuk, atur posisi semi-fowler atau fowler, monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan,

monitor sputum, berikan posisi semifowler, berikan terapi oksigen, ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Intervensi: Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktifitas fisik dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

3. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacu pada perencanaan yang dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap pelaksanaan ini penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga dan perawat. Sebelum melakukan tindakan keperawatan, terlebih dahulu penulis menjelaskan tindakan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga. Dari keluhan yang ditemukan pada pasien masalah:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dengan implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosis ini yaitu: pemantauan tekanan intrakranial.
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dengan implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosis ini yaitu: latihan batuk efektif dan manajemen jalan napas.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosis ini yaitu: Dukungan mobilisasi.

4. Evaluasi Keperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan masalah ini belum teratasi karena tampak hasil observasi tanda-tanda vital pasien (tekanan darah) masih dalam kategori tinggi dan tingkat kesadaran pasien apatis.
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan masalah ini teratasi karena tampak pasien sudah bisa mengikuti anjuran batuk efektif yang diajarkan oleh perawat, tampak pasien sudah bisa melakukan batuk efektif, tampak pola pernafasan pasien membaik, suara nafas tambahan ronchi tidak terdengar, tampak produksi sputum pasien berkurang.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan masalah ini belum teratasi karena pasien aktivitas pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat, tampak rentang gerak pasien tidak mengalami perubahan.

B. Saran

Dengan melihat kenyataan yang ada dalam urian-uraian diatas, maka penulis akan mengajukan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat kesehatan, guna kemajuan keperawatan profesional dan meningkat derajat kesehatan dimasyarakat antara lain:

1. Bagi Instusi Pendidikan

Penulis berharap agar institusi pendidikan menghasilkan lulusan mahasiswa/mahasiswi yang berkualitas agar kedepannya menjadi perawat yang professional dan dapat digunakan sebagai referensi dalam meningkatkan saturasi oksigen dan mencegah terjadinya peningkatan TIK pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

2. Bagi Instasi Rumah Sakit

Diharapkan instasi rumah sakit dapat menyusun standar operasional prosedur tentang pemberian posisi *head up* 30 derajat pada klien dengan *stroke Hemrogik* sebagai acuan bagi perawat di ruang perawatan.

3. Bagi Profesi

Diharapkan profesi dapat mengaplikasikan intervensi hasil penelitian ini untuk pasien *Stroke Non Hemoragik* di ruang perawatan dengan pengenalan level stroke dan pemberian posisi *head up* 30 derajat dalam meningkatkan saturasi oksigen. Dan diharapkan dapat mencari intervensi lain berbasis EBN pada pemberian asuhan keperawatan pasien *Non Hemoragik Stroke*.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief, M. P. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Ketidak Efektifan Perfusi Jaringan Serebral. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101607><https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.034><https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cjag.12228><https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104773><https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.011>
- Arum, P. S. (2017). STROKE, kenali, Cegah & Obati. *Yogyakarta : Notebook*.
- Batticaca, F. B. (2018). Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. *Salemba Medika*.
- Cordier. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Stroke Non Hemoragik*.
- Ginting, M. W. (2017). Hubungan Faktor Risiko dengan Tipe Stroke di RSUP H. Adam Malik Medan. *Universitas Sumatera Utara Medan*. <https://doi.org/org/1031539/joting.v1i2.985>
- H Kara, O. A. M. A. (2019). Penyakit Stroke Non Hemoragik. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 7(2), 107-115. <https://doi.org/org/10.36990/hijp.v11i2.133>
- Izzaty. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Tn.W Dengan Stroke Non Hemoragik. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 5-24. <https://doi.org/org/10.35816/jiskh.v11i1.273>
- Juwani. (2015). 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.pdf
- Katrisoni, R. (2019). Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. NG dengan Salah Satu Anggota Keluarga Ny. T Mengalami Post Stroke Haemorhagic Di Wilayah Kerja Puskesmas Mantrijeron Kota Yogyakarta. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia POoliteknik Kesehatan Yogyakarta Jurusan Keperawatan*. <https://doi.org/org/10.26630/jak.v7i2.1201>
- Kemenkes RI. (2018). *Stroke Dont Be The One* (p. 10).
- Kharti Gempitasari, F., & Betriana, F. (2019). Implementasi Evidence Based Nursing pada Pasien dengan Stroke Non-Hemoragik: Studi Kasus. *Jurnal Endurance*, 4(3), 601. <https://doi.org/10.22216/jen.v4i3.4421>
- Permatasari, N. (2020). Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan

Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus dan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 298-304.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.273>

Ratnasari, S. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik. *Universitas Muhammadiyah Ponorogo*.
<https://doi.org/org/10.32583/jkg.v3i2.57>

Rofifah, D. (2020). FAKTOR RESIKO TERHADAP KEJADIAN STROKE DI RSUD Dr. KOESNADI BONDOWOSO. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 12-26.
<https://doi.org/org/10.31539/joting.v1i2.924>

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*.

Sudoyo. (2019). *Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik*. 66(July), 37-39.

Udani, G. (2018). Faktor Resiko Kejadian Stroke. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, VI(1). <https://doi.org/10.26630/jkep.v14i1.1006>

Ummaroh, E. N. (2019). Pasien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) dengan gangguan komunikasi verbal Di Ruang Aster RSUD Dr. Harjono. *[Universitas Muhammadiyah Ponorogo]*.
<http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/5088>

Vinet, L., & Zhedanov, A. (2017). Asuhan keperawatan pada klien Dengan Stroke Non Hemoragik Yang di Rawat Di Rumah Sakit. In *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical* (Vol. 44, Issue 8).
<https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>

LAMPIRAN

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama : Reslam Dalta Romersi
Tempat/Tanggal Lahir : Nosu, 30 November 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen
Alamat : Jl. Angkasa V no.16, Panaikang

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Bpk. Allo / Ibu Yohana, S.Pd
Agama : Kristen
Pekerjaan : Petani/PNS
Alamat : Nosu, Sulawesi Barat

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 011 Inpres Nosu : 2004-2010
SMPN 1 Nosu : 2010-2013
SMK Tunas Bangsa : 2014-2016
D-III Politeknik Kesehatan Makassar : 2016-2019
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2019-2021
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : 2021-2022

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama : Rosaria Parumpa
Tempat/Tanggal Lahir : Jayapura, 05 Mei 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Datumuseng No.22, Kota Makassar

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Bpk. Marthen Bulan Parumpa /Ibu. Veronika
Agama : Katolik
Pekerjaan : Karyawan Swasta/Ibu rumah tangga
Alamat : Deri, Sulawesi Selatan

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Kuala Kencana Jayapura : 2003-2004
SDN 2 Entrop : 2004-2010
SMPN 2 Kota Raja : 2010-2013
SMA Katolik Rantepao' : 2014-2017
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2017-2021
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : 2021-2022

Lampiran 2: Lembar konsultasi bimbingan karya ilmiah akhir

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Nama dan NIM : 1. Nama : Reslam Dalta Romersi

NIM : NS2114901122

2. Nama : Rosaria Parumpa

NIM : NS2114901127

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Ny "M" Dengan *Non Hemoragic Stroke* (Nhs) Di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing I : Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Pebimbing	Peneliti	
				I	II
1	Senin, 06 Juni 2022	a. Konsul Kasus: <i>Non Hemoragik Stroke</i> (NHS) b. ACC Kasus: <i>Non Hemoragik Stroke</i> (NHS)			
2	Selasa, 07 Juni 2022	a. Konsul Pengkajian b. Konsul diagnosis keperawatan c. Revisi pengkajian d. Konsul Jurnal EBN			
3	Rabu, 08 Juni 2022	Revisi diagnosis Revisi bab 3 Revisi PICOT			
4	Jumat, 17 Juni 2022	Konsul dan revisi bab 3-5			

5	Jumat, 24 Juni 2022	Konsul dan revisi bab 3-5	<i>Fandi</i>		
6	Minggu, 26 Juni 2022	Konsul dan revisi bab 3-5	<i>Fandi</i>		
7	Senin, 27 Juni	Konsul dan revisi bab 3-5	<i>Fandi</i>		
8	Selasa, 28 Juni 2022	Konsul dan revisi bab 3-5	<i>Fandi</i>		
9	Rabu, 29 Juni 2022	Konsul keseluruhan Karya Ilmiah Akhir	<i>Fandi</i>		
10	Kamis, 30 Juni 2022	Revisi Bab 1-5	<i>Fandi</i>		
11	Jumat, 01 Juni 2022	Acc Bab 1-5	<i>Fandi</i>		
12	Senin, 04 Juni 2022	Konsul power point	<i>Fandi</i>		

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Nama dan NIM : 1. Nama : Reslam Dalta Romersi

NIM : NS2114901122

2. Nama : Rosaria Parumpa

NIM : NS2114901127

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Ny "M" Dengan *Non Hemoragic Stroke* (Nhs) Di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing II : Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Pebimbing	Peneliti	
				I	II
1	Rabu, 22 Juni 2022	Konsul Bab 1	a		
2	Jumat, 24 Juni 2022	Konsul dan revisi bab 1 Acc bab 1 dan konsul bab 2	b		
3	Senin, 27 Juni 2022	Konsul bab 2 Revisi Bab 2 a. Tambahkan referensi dari jurnal b. Cara penulisan yang tepat c. Dan masih ada beberapa yang perlu diperbaiki	b		
4	Selasa, 28 Juni 2022	Konsul bab 2 Revisi Bab 2 a. Perbaiki patoflodiagram b. Perhatikan margin c. Perbaiki citation, sambungkan dengan Mendeley	b		
5	Rabu, 29 Juni 2022	Revisi bab 2 (perhatikan kesalahan penulisan)	a		
6	Jumat, 01 2022	Acc 2	a		