



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE HEMORAGIK DI RUANG INTENSIVE
CARE UNIT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
MAKASSAR**

OLEH:

KRISTINA ARRUAN (NS2114901078)

LUDOVICA LAMATOKAN (NS2114901084)

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE HEMORAGIK DI RUANG INTENSIVE
CARE UNIT RUMAH AKIT BHAYANGKARA
MAKASSAR**

OLEH:

KRISTINA ARRUAN (NS2114901078)

LUDOVICA LAMATOKAN (NS2114901084)

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

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Kristina Arruan (NS2114901078)
2. Ludovika Lamatokan (NS2114901084)

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, 12 Juli 2022

Yang menyatakan,

Kristina Arruan

Ludovika Lamatokan

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

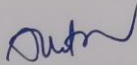
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Hemoragic Stroke* di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Kristina Arruan / NS2114901078
2. Ludovika Lamatoka / NS2114901084

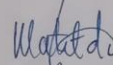
Disetujui oleh

Pembimbing 1



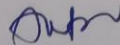
(Fransiska Anita E.R.S.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB)
NIDN: 0913098201

Pembimbing 2



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

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



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Kristina Arruan (NIM: NS2114901078)
2. Ludovika Lamatokan (NIM: NS2114901084)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Hemoragik Stroke di Ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Fransiska Anita E.R.S, Ns., Sp.Kep.MB. (*Fransiska*)
Pembimbing 2 : Matilda Marta Paseno., Ns., M.Kes. (*Matilda*)
Penguji 1 : Siprianus Abdu, S.Si., Ns, M.Kes. (*Siprianus*)
Penguji 2 : Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep. (*Jenita*)
Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 12 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Kristina Arruan (NS2114901078)

Ludovika Lamatokan (NS2114901084)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 12 Juli 2022

Yang menyatakan

Kristina Arruan

Ludovika Lamatokan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan *Hemoragic Stroke* di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”.

Tujuan dari penyusunan karya ilmiah akhir ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program profesi NERS STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan, dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes. Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama dan selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan arahan dan masukan selama penyusunan karya ilmiah akhir di STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana dan selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan arahan dan masukan selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir di STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi.

5. Mery Sambo, Ns., M.Kep. Selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners.
6. Asrijal Bakri, Ns., M.Kep. Selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat.
7. Mery Solon, Ns., M.Kep. Selaku Ketua Unit Penjamin Mutu.
8. Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep. selaku penguji II yang telah banyak memberikan masukan dan arahan.
9. Kepada seluruh staf dosen, pengajar dan pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan arahan dan masukan selama kami menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Kepada Rumah Sakit Bhayangkara Makassar yang telah menerima dan mengizinkan kami untuk melakukan praktik klinik sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
11. Kepada orang tua dari Kristina Arruan yaitu Yohanis Buttu (ayah) dan Elisabeth Indan (ibu), dan patner saya Ludovika Lamatoka yaitu Alm. Rofinus K.Boli (ayah) dan Maria O. Lanan (ibu) serta sanak saudara penulis yang selalu memberikan semangat, doa dan dukungan baik moril maupun materi.
12. Kepada teman-teman seperjuangan mahasiswa profesi Ners angkatan 2021 STIK Stella Maris Makassar serta sahabat-sahabat yang tidak berhenti memberikan dukungan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Akhir kata, kami menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan. Oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk menyempurnakan penyusunan karya ilmiah akhir ini agar dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, 12 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Tabel	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit	4
2. Bagi Profesi Keperawatan	5
3. Bagi Institusi Pendidikan	5
D. Metode Penulisan	5
1. Studi Kepustakaan	5
2. Studi Kasus	5
E. Sistem Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis.....	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi dan Fisiologi	8
3. Klasifikasi Stroke.....	14
4. Etiologi.....	15
5. Patofisiologi.....	18
6. Manifestasi Klinik.....	19
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	22
8. Penatalaksanaan Medis.....	21
9. Komplikasi.....	24
B. Konsep Dasar Keperawatan	25
1. Pengkajian.....	25
2. Diagnosa Keperawatan	28
3. Luaran,Intervensi dan Rasional.....	30
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	36
5. Pathway Hemoragik Stroke.....	37

BAB III PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus	41
B. Pengkajian	42
C. Diagnosis Keperawatan	61
D. Perencanaan Keperawatan	62
E. Implementasi Keperawatan	68
F. Evaluasi Keperawatan	91
G. Daftar Obat	99

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep	106
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	116

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan	121
B. Saran	122

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak	8
Gambar 2.2 Sirkulus Willisi	12

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Diagnosis Keperawatan	52
Tabel 3.2	Rencana Keperawatan.....	53
Tabel 3.3	Implementasi Keperawatan.....	59
Tabel 3.4	Evaluasi Keperawatan	81

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada zaman sekarang ini ilmu pengetahuan dan teknologi semakin berkembang, demikian juga dengan tingkat kemakmuran masyarakat dan gaya hidup masyarakat yang sudah mulai berubah terutama di kota-kota besar. Perubahan gaya hidup masyarakat terjadi karena meningkatnya kemakmuran dan kesejahteraan yang berdampak pada berubahnya pola hidup, pola makan dan gaya hidup. Pengaruh pola makan disebabkan oleh karena pengaruh globalisasi di mana pola makan budaya barat yang kini banyak diminati oleh masyarakat dengan tinggi lemak, tinggi karbohidrat, dan rendah serat. Pola makan dengan gaya hidup seperti inilah yang berisiko menyebabkan tingginya angka penyakit non infeksi seperti penyakit *Jantung Koroner (PJK)* dan *stroke*.

Stroke masih menjadi salah satu masalah utama kesehatan yang cukup serius karena angka kematian dan kesakitan yang tinggi di dunia baik di negara maju maupun berkembang. Stroke dapat menimbulkan kecacatan yang berlangsung kronis dan bukan hanya terjadi pada orang lanjut usia melainkan juga pada usia muda. Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga dan penyebab kecacatan nomor satu di seluruh dunia (Kemenkes RI, 2018).

Prevalensi stroke menurut data *World Stroke Organization* (WHO) menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Selama 15 tahun terakhir, rata-rata stroke terjadi dan menyebabkan kematian lebih banyak pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara berpendapatan tinggi. Prevalensi stroke bervariasi di

berbagai belahan dunia. Di negara Indonesia sendiri berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari 7% menjadi 10,9%. Prevalensi penyakit stroke yang tinggal di daerah perkotaan lebih besar yaitu 63,9% dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan sebesar 36,1% (Kemenkes RI, 2018). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang menyatakan bahwa pada tahun 2013, Sulawesi selatan merupakan provinsi dengan prevalensi tertinggi kejadian stroke (17,9%), sedangkan pada tahun 2018 turun menjadi 10,6%.

Salah satu komplikasi stroke yaitu perfusi serebral yang ditandai dengan hipoksia jaringan serebral dan insomnia. Hal tersebut akan berdampak pada gangguan hemodinamik serta saturasi oksigen, sehingga dapat memperburuk transfusi oksigen ke sistem saraf pusat. Stroke disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah otak yang berdampak pada pecahnya pembuluh darah serebral, sehingga menyebabkan nilai saturasi menurun dan perfusi jaringan otak tidak efektif (Sands et al., 2020). Perfusi jaringan otak dapat diperbaiki dengan terapi non farmakologi, salah satunya adalah posisi elevasi kepala sebagai intervensi keperawatan yang dapat mempengaruhi proses pertukaran gas didalam tubuh (Mustikarani & Mustofa, 2020). Pemberian posisi *head up* sangat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik dengan memperlancar aliran darah menuju otak dan meningkatkan oksigenasi ke serebral (Ya Deau et al., 2019).

Elevasi kepala 30° adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan mensejajarkan ekstremitas dengan badan (Wahidin & Supraptini, 2020). Pada pasien stroke suplai oksigen berkurang karena terjadi kerusakan di otak, sehingga perlu mendapatkan bantuan secepat mungkin, sedangkan posisi ini bertujuan dalam tindakan keperawatan adalah mencegah terjadinya defisit perfusi serebral dan masalah yang mengancam jiwa (Ya Deau et al., 2019).

Sebagian besar pasien stroke dapat dikelola dengan perawatan di bangsal atau melalui UGD, namun sekitar 15-20% pasien membutuhkan penanganan di ruang perawatan intensif (ICU). *Intensive Care Unit* (ICU) merupakan suatu fasilitas yang mandiri dari rumah sakit dengan staf dan perlengkapan khusus untuk merawat pasien yang memerlukan pemantauan ketat atau tindakan segera secara intensif. Pasien stroke dengan status tidak stabil atau disertai keadaan yang mengancam jiwa membutuhkan perawatan di ICU. Stroke perdarahan sifatnya lebih berat dibandingkan dengan stroke penyumbatan, pasien dapat mengalami gejala tidak sadarkan diri dan kelemahan setengah bagian tubuhnya serta berisiko terhadap keselamatan jiwanya. Adanya perdarahan yang muncul di bagian otak dapat mempengaruhi fungsi otak dan dapat mengumpul di bagian otak yang dapat mendesak otak yang akhirnya semakin meningkatkan kerusakan bagian otak yang terkait. Suplai darah tidak dapat masuk ke otak, oksigen tidak mencapai bagian otak secara optimal dan nutrisi otak juga tidak dapat mencapai bagian otak secara optimal sehingga kerusakan bagian otak dan kerusakan fungsi otak terjadi dengan berbagai komplikasinya. Proses pemulihan stroke perdarahan biasanya lebih lama dibandingkan stroke penyumbatan, dan gejala sisa stroke perdarahan biasanya juga lebih lama pemulihannya. Rata-rata pasien dengan stroke perdarahan dapat mengalami pemulihan sekitar 30 hari. Namun lama waktu pemulihan juga bervariasi bagi setiap individu, implikasi serangan akut saat ini masih perlu dikontrol dan diawasi oleh dokter yang merawat. Fungsi pernapasan, kesadaran, asupan cairan, dan nutrisi kontrol penyakit yang menyertai fungsi jantung dan aliran darah serta mempertahankan bagian otak yang baik dari mencegah kerusakan otak semakin luas (Melisa, 2015).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menerapkan asuhan keperawatan dan melakukan intervensi pada pasien dengan *Hemoragic Stroke* di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

B. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penulisan karya tulis ini ialah:

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hemoragik Stroke* di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian kritis pada pasien *Hemoragik Stroke (HS)*
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien *Hemoragik Stroke (HS)*.
- c. Menetapkan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hemoragik Stroke (HS)*.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Hemoragik Stroke (HS)*.
- e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan *Hemoragic Stroke*.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat di dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hemoragic Stroke*, sehingga perawat dapat menerapkan standar asuhan

keperawatan dengan optimal dan menunjang mutu pelayanan yang berpusat pada pasien maupun pada keluarga pasien.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat menjadi sumber informasi dan sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik/ mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Hemoragic Stroke*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan wawasan yang lebih luas dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien *Hemoragic Stroke* melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan dibidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik dibidang pendidikan maupun praktik keperawatan.

D. Metode Penulisan

1. Studi kepustakaan

Menggunakan literatur yang berkaitan dan relevan dengan karya ilmiah baik dari buku-buku, internet dan data yang diperoleh secara langsung dari keluarga pasien.

2. Studi kasus

Dalam studi kasus, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data:

a. Observasi

Perawat melihat dan mengamati secara langsung kondisi pasien selama perawatan di ruang *intensive care unit*

b. Wawancara

Perawat melakukan wawancara secara langsung dengan keluarga pasien, dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

c. Diskusi

Dapat melakukan diskusi dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya, dosen pembimbing institusi, perawat di Rumah Sakit, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya serta rekan-rekan mahasiswa/i.

d. Dokumentasi

Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk hasil test diagnostik.

E. Sistem Penulisan

Penulisan karya tulis akhir ini disusun secara sistematis yang dimulai dari BAB I (Pendahuluan) meliputi latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistem penulisan. BAB II (Tinjauan Pustaka) meliputi teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medik yang meliputi definisi, anatomi dan fisiologi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi dan pencegahan. Sedangkan konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *discharge planning* dan patoflowdiagram. BAB III (Pengamatan Kasus) meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi, evaluasi serta daftar obat pasien. BAB IV (Pembahasan Kasus) meliputi pembahasan askep, pembahasan penerapan *Evidence Based Nursing*. BAB V (Simpulan dan Saran) yang merupakan akhir karya tulis yang meliputi simpulan dan saran yang dapat diajukan sebagai masukan yang kiranya dapat bermanfaat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

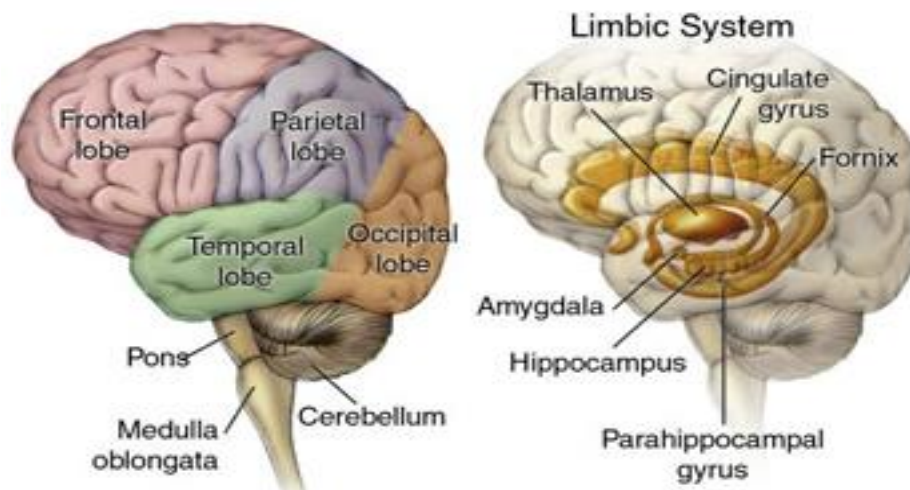
Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang akibat penyumbatan (Stroke Iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (Stroke Hemoragik) dengan tanda dan gejala sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (Junaidi 2017). Stroke adalah suatu keadaan yang mengakibatkan seseorang mengalami kelumpuhan atau kematian karena terjadinya gangguan perdarahan di otak yang menyebabkan kematian jaringan otak (Batticaca, 2012). Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik. Stroke dapat juga diartikan sebagai kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan (*ischemic stroke*) atau perdarahan (*haemorrhagic stroke*) (Arum, 2015).

Stroke hemoragik adalah pecahnya pembuluh darah di otak sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya (Amanda, 2018). Stroke hemoragik merupakan disfungsi neurologis fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan pada substansi otak yang terjadi secara spontan bukan oleh karena trauma kapitis, akibat pecahnya pembuluh arteri dan pembuluh kapiler (Nugraha, 2018). Stroke hemoragik adalah jenis stroke yang penyebabnya adalah pecahnya pembuluh darah di otak atau bocornya pembuluh darah otak

terjadi karena tekanan darah otak yang mendadak, meningkat dan menekan pembuluh darah, sehingga pembuluh darah tersumbat, tidak dapat menahan tekanan tersebut (Wati, 2019).

Berdasarkan tinjauan teori di atas penulis menyimpulkan bahwa stroke adalah gangguan peredaran otak yang dapat mengakibatkan fungsi otak terganggu dan bila gangguan yang terjadi cukup besar akan mengakibatkan kematian jaringan otak atau sebagian sel saraf. Pada penyakit stroke kondisi otak akan mengalami kerusakan karena adanya aliran atau suplai darah ke otak terhambat yang terjadi akibat penyumbatan (Stroke Iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (Stroke Hemoragik). Stroke hemoragik adalah salah satu jenis stroke yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah di otak sehingga darah tidak dapat mengalir secara semestinya yang menyebabkan otak mengalami hipoksia dan berakhir dengan kelumpuhan.

2. Anatomi dan Fisiologi Otak



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Sumber: Michael, 2012)

a. Sistem saraf pusat

Otak adalah struktur pusat pengaturan yang memiliki volume sekitar 1.350 cc dan terdiri dari seratus juta sel saraf dan neuron. Secara garis besar otak terdiri dari 3 bagian utama yaitu:

1) Serebrum (otak besar)

Serebrum merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak berbentuk telur, mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Fungsi serebrum yaitu mengingat pengalaman yang lalu, pusat persarafan yang menangani aktivitas mental, akal, intelegensi, keinginan dan memori, pusat menangis, BAB dan BAK.

Pada serebrum ditemukan beberapa lobus yaitu :

a) Lobus frontalis

Area ini mengontrol perilaku individu, membuat keputusan, kepribadian dan menahan diri.

b) Lobus parientalis

Area ini menginterpretasikan sensasi. Sensasi rasa yang tidak berpengaruh adalah bau. Lobus ini mengatur individu mampu mengetahui posisi dan letak bagian tubuhnya.

c) Lobus temporalis

Berfungsi mengintegrasikan sensasi pengecap, penghiduan, pendengaran. Ingatan jangka pendek sangat berhubungan dengan daerah ini.

d) Lobus oksipitalis

Bagian ini bertanggung jawab menginterpretasikan penglihatan.

2) Batang otak

Batang otak terdiri dari:

- a) Diensefalon, yang berfungsi sebagai vasokonstriksi, mengecilkan pembuluh darah, respiratori, membantu proses persarafan, mengontrol kegiatan refleksi, membantu kerja jantung.
 - b) Mesensefalon, yang berfungsi untuk membantu pergerakan mata dan mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.
 - c) Pons varoli, berfungsi sebagai penghubung antara kedua bagian serebelum dan juga antara medulla oblongata dengan serebrum, pusat saraf nervus trigeminus.
 - d) Medula oblongata, fungsinya untuk mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah (Vasokonstriksi), pusat pernafasan, pengontrol kegiatan reflex.
- 3) Serebelum (otak kecil)
- Berfungsi sebagai:
- a) Arkhiserebelum (vestibulo serebelum), serabut afferen berasal dari telinga dalam yang diteruskan oleh nervus VIII (vestibullo) untuk keseimbangan dan rangsangan pendengaran ke otak.
 - b) Paleaserebelum (spinoserebelum), sebagai pusat penerima impuls dari reseptor sensasi umum medulla spinalis dan nervus V (N.Trigeminus) kelopak mata, rahang atas dan bawah serta sebagai otot pengunyah.
 - c) Neoserebelum (pontaserebelum), korteks serebelum menerima informasi tentang gerakan yang sedang dan yang akan dikerjakan dan mengatur gerakan sisi badan.

b. Susunan saraf kranial

Susunan saraf terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak dan melewati lubang yang terdapat pada tulang tengkorak,

berhubungan erat dengan otot panca indra telinga, hidung, lidah dan kulit. 12 Saraf kranial terdiri dari :

- 1) Nervus olfaktorius (N I)
Sensorik: sensasi bau dan penciuman
- 2) Nervus optikus (N II)
Sensorik: ketajaman penglihatan
- 3) Nervus okulomotorius (N III)
Motorik: pergerakan mata, mengangkat kelopak mata.
- 4) Nervus troklearis (N IV)
Motorik: perubahan kontriksi pupil
- 5) Nervus trigeminus (N V)
Motorik dan sensorik: gerakan rahang
- 6) Nervus abduksen (N VI)
Motorik: pergerakan bola mata ke segala arah
- 7) Nervus facialis (N VII)
Motorik: kemampuan mengangkat alis, mengerutkan dahi, tersenyum, meringis.
Sensorik: menerima rangsang dari bagian anterior lidah untuk di proses di otak sebagai sensasi rasa.
- 8) Nervus vestibulo (N VIII)
Sensori: mengendalikan keseimbangan dan pendengaran
- 9) Nervus glasofaringeus (N IX)
Sensorik: menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa.
Motorik: mengendalikan organ-organ dalam
- 10) Nervus vagus (N X)
Motorik: letak uvula berada di tengah atau deviasi
Sensorik: Kemampuan menelan.
- 11) Nervus accessorius (N XI)

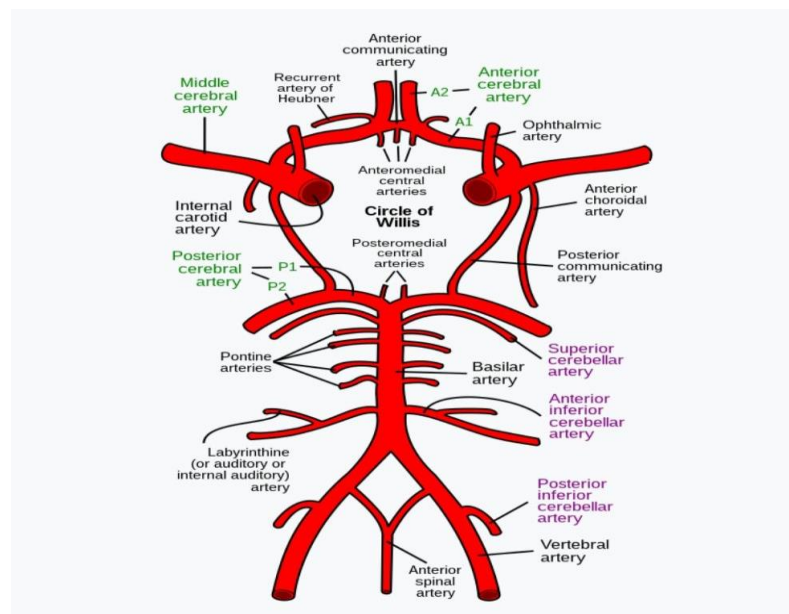
Motorik: mengangkat bahu kiri dan kanan, mengendalikan pergerakan kepala

12) Nervus hypoglossus (N XII)

Motorik: mengendalikan pergerakan lidah.

c. Sistem peredaran darah otak

Sistem saraf pusat sangat bergantung pada aliran darah yang memadai untuk nutrisi dan pembangunan sisa-sisa makanan serta metabolisme. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lainnya sehingga dapat menjamin suplai darah yang kuat untuk sel. Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vertebralis dan arteri karotis. Kedua sistem ini merupakan sistem arteri terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh anastomosis yang membentuk sirkulasi arteriogenesis willisi (Arif Muttaqin, 2011).



Gambar 2.2 Sirkulus Willis (Sumber: Muresan 2017)

Sirkulus arteriosus Willisii atau lingkaran Willisii adalah sistem anastomosis arteri yang berhubungan satu sama lain melalui susunan pembuluh darah berbentuk seperti lingkaran dan terletak di dasar otak. Lingkaran Willisii mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi penting antara pasokan darah otak depan dan otak belakang.

1) Suplai arteri karotis

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dari aorta, tetapi arteri karotis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis interna sedikit berdialitas tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinuskarotikus, dimana terdapat pada ujung-ujung saraf khusus yang berespon terhadap perubahan tekanan darah arteri yang secara reflex mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis interna terbagi menjadi 2 yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan bagian sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat maka akan mengakibatkan monocular. Arteri serebri menyuplai darah untuk bagian lobus temporalis, parietalis, dan frontalis korteks serebri dan membentuk penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

2) Suplai arteri veterbralis

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

3. Klasifikasi Stroke

Secara garis besar stroke dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu stroke perdarahan (hemoragik) dan stroke non perdarahan atau stroke iskemik atau infark karena sumbatan arteri otak (Junaidi, 2017).

a. Stroke perdarahan dibagi lagi sebagai berikut:

- 1) Perdarahan subarachnoid (PSA): darah yang masuk ke selaput otak.
- 2) Perdarahan intraserebral (PIS), intraparenkim atau intraventrikel: darah yang masuk kedalam struktur atau jaringan otak.

b. Stroke non perdarahan (iskemik/infark)

Penggolongan berdasarkan perjalanan klinisnya dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) *Transient Ischemic Attack* (TIA): serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND): gejala neurologis akan menghilang antara > 24 jam sampai dengan 21 hari.

- 3) *Progressing stroke* atau *stroke in evolution*: kelainan atau defisit neurologik berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.
- 4) Stroke komplit atau *completed stroke*: kelainan neurologis sudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi.

4. Etiologi

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan (*stroke Hemoragik*) disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh stress psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya, seperti mengedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik (Junaidi, 2017).

Selain hal-hal yang disebutkan diatas, ada faktor-faktor lain yang menyebabkan stroke (Arum, 2015) diantaranya:

a. Faktor yang tidak dapat dikontrol (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 aterosklerosis. Namun setelah perempuan tersebut mengalami menopause, besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama.

2) Usia

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

b. Faktor yang dapat dikontrol (presipitasi)

1) Hipertensi

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

2) Alkohol

Makin banyak konsumsi alkohol maka kemungkinan stroke. Makin tinggi karena alkohol dapat menaikkan tekanan darah, memperlemah jantung, mengentalkan darah dan 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.

3) Merokok

Merokok merupakan faktor resiko stroke yang sebenarnya paling mudah dirubah. Perokok berat menghadapi resiko lebih besar di bandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan resiko stroke iskemik, terlepas dari faktor resiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan resiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5%. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, resiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2 sampai 4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui merokok memicu produksi fibrinogen (faktor pengumpul darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

4) Gaya hidup (*Life style*)

Life style atau gaya hidup seringkali dikaitkan sebagai pemicu berbagai penyakit yang menyerang, baik pada usia produktif maupun usia lanjut. Salah satu contoh *life style* yaitu berkaitan dengan pola makan. Generasi muda biasanya sering menerapkan pola makan yang tidak sehat dengan seringnya mengkonsumsi makanan siap saji yang serat lemak dan kolesterol namun rendah serat. Kemudian, seringnya mengonsumsi makanan yang digoreng atau makanan dengan kadar gula tinggi dan berbagai jenis makanan yang ditambah zat pewarna/penyedap/pemanis dan lain-lain. Faktor gaya hidup lain yang dapat beresiko terkena stroke yaitu *sedentary life style* atau kebiasaan hidup santai dan malas berolah raga. Hal ini dapat mengakibatkan kurangnya kemampuan

metabolisme tubuh dalam pembakaran zat-zat makanan yang dikonsumsi. Sehingga, beresiko membentuk terjadinya tumpukan kadar lemak dan kolestrol dalam darah yang beresiko membentuk ateroskelorosis (plak) yang dapat menyumbat pembuluh darah yang dapat berakibat pada munculnya serangan jantung dan stroke.

5. Patofisiologi

Perdarahan intrakranial atau intraserebri meliputi perdarahan didalam ruang subarachnoid atau di dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena hipertensi dan aneurisma. Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, edema dan mungkin herniasi otak kemudian menjadi defisit neurologi yang menyebabkan gangguan pada lobus frontal, temporal, parietalis dan oksipitalis. Adanya edema otak menyebabkan hipoksia jaringan serebral kemudian mengganggu kesadaran karena ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Hipoksia jaringan serebral juga dapat menyebabkan infark serebri dextra kemudian terjadi hemiparese sinistra. Terjadinya gangguan pada ekstremitas dapat menyebabkan pasien dapat mengalami tirah baring. Tirah baring lama sangat beresiko menyebabkan terjadinya infeksi paru (*pneumonia*) karena adanya penumpukan saliva di mulut dan penggunaan alat bantu NGT.

6. Manifestasi Klinis *Hemoragic Stroke*

Menurut Tarwoto (2013) manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke hemoragik, gejala klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparese*) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
- c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara)
Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri middle sebelah kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu :
 - 1) Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak

dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

- 2) Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren.
- 3) Afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.
- 4) Disatria (bicara cadel atau pelo)
Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
- 5) Gangguan penglihatan (diplopia)
Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI.
- 6) Disfagia
Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.
- 7) Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

- 8) Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Robinson (2014) pemeriksaan diagnostik yang di perlukan dalam membantu menegakkan diagnosis stroke, meliputi:

- a. Angiografi serebri

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma.

- b. Lumbal fungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragik pada subarachnoid atau perdarahan intrakranial.

- c. CT-Scan

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti.

- d. *Magnetic Imaging Resonance* (MRI)

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

- e. EEG (Elektroensefalografi).

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

- f. Pemeriksaan darah lengkap seperti : Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.
- g. Test kimia darah
Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dll. Apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. Kedua penyakit ini termasuk ke dalam salah satu pemicu stroke.

8. Penatalaksanaan Medis

Menurut Tarwoto (2013) penatalaksanaan stroke terbagi atas:

a. Penatalaksanaan umum

1) Pada fase akut

- a) Terapi cairan, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. The American Heart Association sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah stroke hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan hemoestasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara hemoestasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.
- b) Terapi oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga

kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.

- c) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan. Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah.
 - d) Monitor fungsi pernapasan: Analisa Gas Darah
 - e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
 - f) Evaluasi status cairan dan elektrolit
 - g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
 - h) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi labung dan pemberian makanan
 - i) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
 - j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflex.
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
 - b) Program manajemen bladder dan bowel
 - c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
 - d) Pertahankan integritas kulit
 - e) Pertahankan komunikasi yang efektif

- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- g) Persiapan pasien pulang
- 3) Pembedahan
 - Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikuloperitoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.
- 4) Terapi obat-obatan
 - a) Antihipertensi: Katropil, antagonis kalsium
 - b) Diuretic: manitol 20%, furosemid
 - c) Antikolvasan: fenitoin

9. Komplikasi

Menurut Tarwoto (2013) beberapa komplikasi stroke yang bisa terjadi adalah:

- a. Peningkatan tekanan intrakranial
 - Tekanan intrakranial merupakan kumpulan sejumlah volume darah intrakranial dan cairan serebrospinal di dalam tengkorak.
- b. Herniasi Otak
 - Apabila jaringan otak bergeser dari daerah tekanan tinggi ke tekanan rendah maka akan terjadi herniasi otak.
- c. Gagal pernapasan
 - Dalam keadaan tidak sadar, harus tetap di pertahankan jalan napas, karena salah satu gejala dari stroke yaitu penurunan kesadaran yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas karena lidah mungkin rileks dan menyumbat orofaring sehingga terjadi gagal napas.
- d. Iskemik cerebri
 - Stroke yang paling sering terjadi (85%), yang disebabkan karena adanya gangguan aliran darah yang disebabkan karena sumbatan

pembuluh darah otak yang mengakibatkan adanya hipoperfusi jaringan otak yang signifikan.

e. Malnutrisi

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

a. Pengkajian primer

1) B1 (Breath/pernafasan)

Perlu dikaji adanya:

- a) Sumbatan jalan nafas karena penumpukan sputum dan kehilangan refleks batuk.
- b) Adakah tanda-tanda lidah jatuh ke belakang.
- c) Auskultasi suara nafas mungkin ada tanda stridor.
- d) Catat frekuensi dan irama napas.

2) B2 (Blood/sirkulasi)

Deteksi adanya: tanda-tanda peningkatan TIK yaitu peningkatan tekanan darah disertai dengan pelebaran nadi dan penurunan jumlah nadi.

- 3) B3 (Brain/persyarafan, otak)
Kaji adanya keluhan sakit kepala hebat. Periksa adanya pupil unilateral, observasi, tingkat kesadaran.
 - 4) B4 (Bladder/perkemihan):
Kaji adanya tanda -tanda inkontinensia urin
 - 5) B5 (Bowel/ pencernaan):
Kaji adanya tanda -tanda inkontinensia alvi
 - 6) B6 (Bone/tulang dan integumen):
Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan, tanda-tanda dekubitus karena tirah baring lama, kekuatan otot.
- b. Pengkajian sekunder (Pola Gordon)
- 1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan
Data Subjektif: adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol, merokok.
Data Objektif: hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme.
 - 2) Pola Nutrisi dan Metabolik
Data Subjektif: nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.
Data Objektif: kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.
 - 3) Pola Eliminasi
Data Subjektif: perubahan pola berkemih, seperti inkotinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus parolitik).
 - 4) Pola Aktivitas dan Latihan

Data Subjektif: merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah susah untuk beristirahat (nyeri/ kejang otot).

Data Objektif: gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.

5) Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif: susah untuk beristirahat.

Data Objektif: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.

6) Pola Persepsi Kognitif

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

Data Objektif: status mental/ tingkat tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau paresis (ipsilateral), afasia (gangguan atau gangguan dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data Subjektif: perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

Data Objektif: emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

8) Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

Data Subjektif: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan).

Data Objektif: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data Subjektif: tidak adanya gairah seksual.

Data Objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

10) Pola Mekanisme Stress dan Koping

Data Subjektif: perasaan tidak berdaya.

Data Objektif: emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

11) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan, gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah klinis tentang respons aktual dan potensial individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan. Diagnosa keperawatan yang sering muncul adalah (Tarwoto, 2013):

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D. 0005)
- b. Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko Hipertensi (D. 0017)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot (D. 0054)
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskular, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh gangguan fungsi kognitif (D. 0109)

- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia, penurunan sirkulasi serebral (D. 0119)

3. Luaran, Intervensi dan Rasional

SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
Pola napas tidak efektif b/d gangguan neuromuskular (D.0005)	Setelah dilakukan intervensi diharapkan membaik: <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu napas menurun - Frekuensi napas membaik 	Dukungan ventilasi (I.01002) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis.penggunaan otot bantu napas, saturasi oksigen) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Berikan posisi semi fowler atau fowler 6. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (non rebreathing 10 L/m) Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya kelelahan otot bantu napas. 2. Untuk mengetahui perubahan posisi terhadap pola napas pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan 3. Agar kebutuhan oksigen dapat terpenuhi secara adekuat 4. Untuk menjaga keadekuatan ventilasi 5. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga oksigen didalam paru-paru semakin meningkat. 6. Meringankan kerja paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh.

		<p>7. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8. Kolaborasi pemberian obat, <i>jika perlu</i></p>	<p>7. Untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi dini.</p>
<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi (D.0017)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi diharapkan perfusi serebral membaik (L.01004):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat - Tekanan intrakranial cukup menurun - Demam cukup menurun - Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik - Kesadaran cukup membaik - Tekanan darah sistolik 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor status pernafasan 4. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Cegah terjadinya kejang 6. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien atau untuk memberikan perawatan intensif dalam pemantauan terhadap peningkatan TIK. 2. Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intracranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien atau untuk memberikan perawatan intensif dalam pemantauan terhadap peningkatan TIK. 3. Untuk mengetahui ada atau tidaknya perubahan pola napas pasien 4. Mengetahui keseimbangan cairan pasien 5. Membantu mengetahui secara dini sehingga mencegah kejang. 6. Karena suhu tubuh yang terlalu tinggi dapat menyebabkan ganggun pada otak dan sstem saraf.

		<p>7. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, <i>jika perlu</i></p> <p>Pemantauam Neurologis (I.06197)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Monitor tanda-tanda vital <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> 	<p>7. Pemberian diuretic osmosis dapat membantu menurunkan tekanan darah.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan tingkat kesadaran pasien dapat menjadi faktor pemicu, serta mengidentifikasi perubahan TIK dan kerusakan otak. 2. Pemantauan tanda-tanda vital seperti adanya hipertensi/ hipotensi, mengindikasikan perbaikan/ perusakan perfusi jaringan serebral. 3. Untuk mencegah peningkatan intrakranial 4. Untuk menentukan intervensi selanjutnya
<p>Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neurumuskular (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat</p>	<p>Teknik latihan penguatan sendi (I.05185)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi. <p>Terapeutik:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan batas gerakan yang akan dilakukan latihan 2. Memberikan rasa nyaman pada pasien saat dilakukan teknik latihan

	<ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas cukup meningkat - Kekuatan otot cukup meningkat - Rentang gerak cukup meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi pasif 3. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan pada keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mencegah rasa sakit pada saat melakukan latihan 4. Agar pasien dan keluarga dapat mengetahui bahwa imobilisasi penting untuk mencegah risiko terjadinya decubitus maupun kekakuan otot. 5. Memberikan bantuan yang mantap untuk mengembangkan rencana terapi.
Defisit perawatan diri b/d kelemahan (D.0109)	<p>Setelah dilakukan intervensi diharapkan perawatan diri meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi cukup meningkat - Kemampuan mengenakan 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien mampu dalam melakukan perawatan diri secara mandiri 2. meningkatkan motivasi bagi pasien dalam berpakaian dan berhias serta makan.

	<p>pakaian cukup meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan makan cukup meningkat - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) cukup meningkat 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi) 4. Siapkan keperluan pribadi (sikat gigi dan sabun mandi). 5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 6. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. menjaga kehormatan pasien, agar pasien merasa nyaman dan bisa melakukannya dengan baik. 4. memudahkan pasien untuk menjangkau keperluan pribadinya dan juga agar pasien bisa merawat dirinya dengan baik. 5. Untuk melatih pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri 6. Membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri klien.
<p>Gangguan komunikasi verbal b/d afasia, penurunan sikulasi serebral (D.0119)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan berbicara cukup meningkat - Kemampuan mendengar cukup meningkat 	<p>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif yang berkaitan dengan bicara (mis, memori, pendengaran, dan bahasa) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk mengucapkan kalimat dan tidak menyadari bahwa komunikasi yang diucapkan tidak sesuai. 2. Membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi. 3. Memudahkan keluarga dan tim medis dalam memahami kondisi pasien.

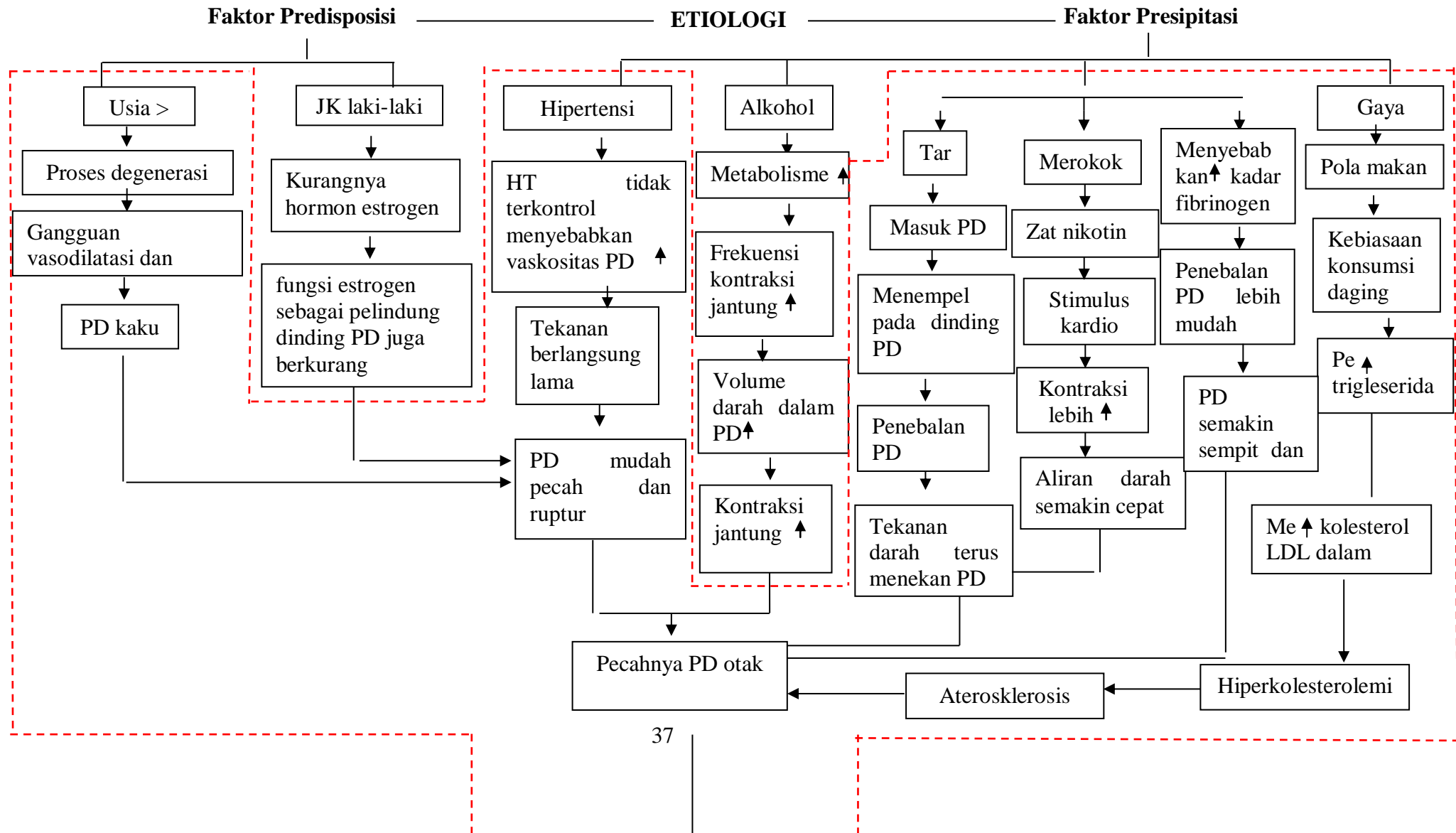
	<p>- Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh cukup meningkat</p>	<p>mata berkedip, isyarat tangan).</p> <p>4. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri tepat disamping pasien dan dengarkan dengan seksama dan bicara dengan perlahan).</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Anjurkan berbicara perlahan</p>	<p>4. Menghindari kesalahan persepsi yang sebenarnya diucapkan oleh pasien.</p> <p>5. Agar kata-kata yang diucapkan dapat dipahami oleh keluarga dan perawat</p>
--	--	--	--

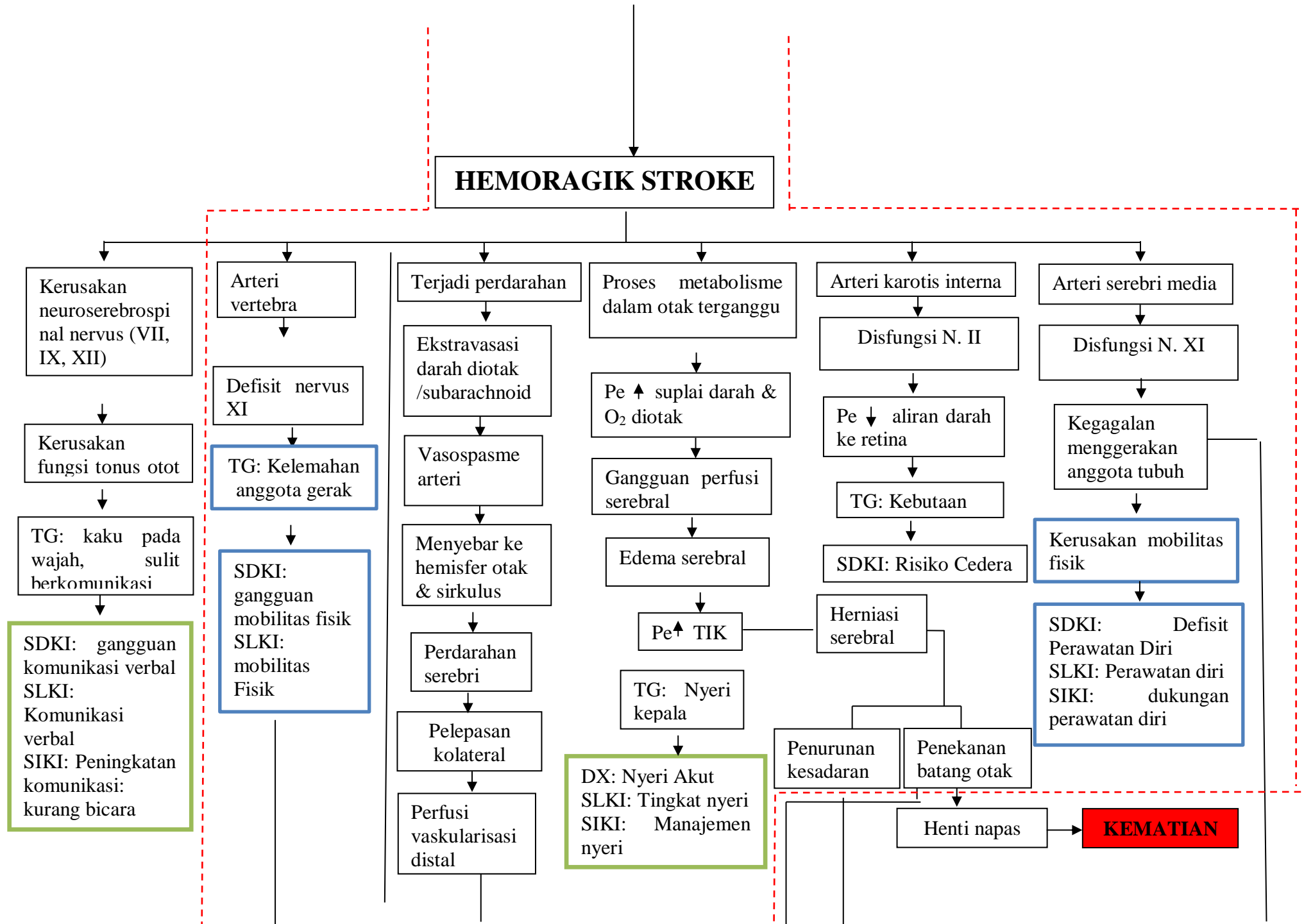
4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

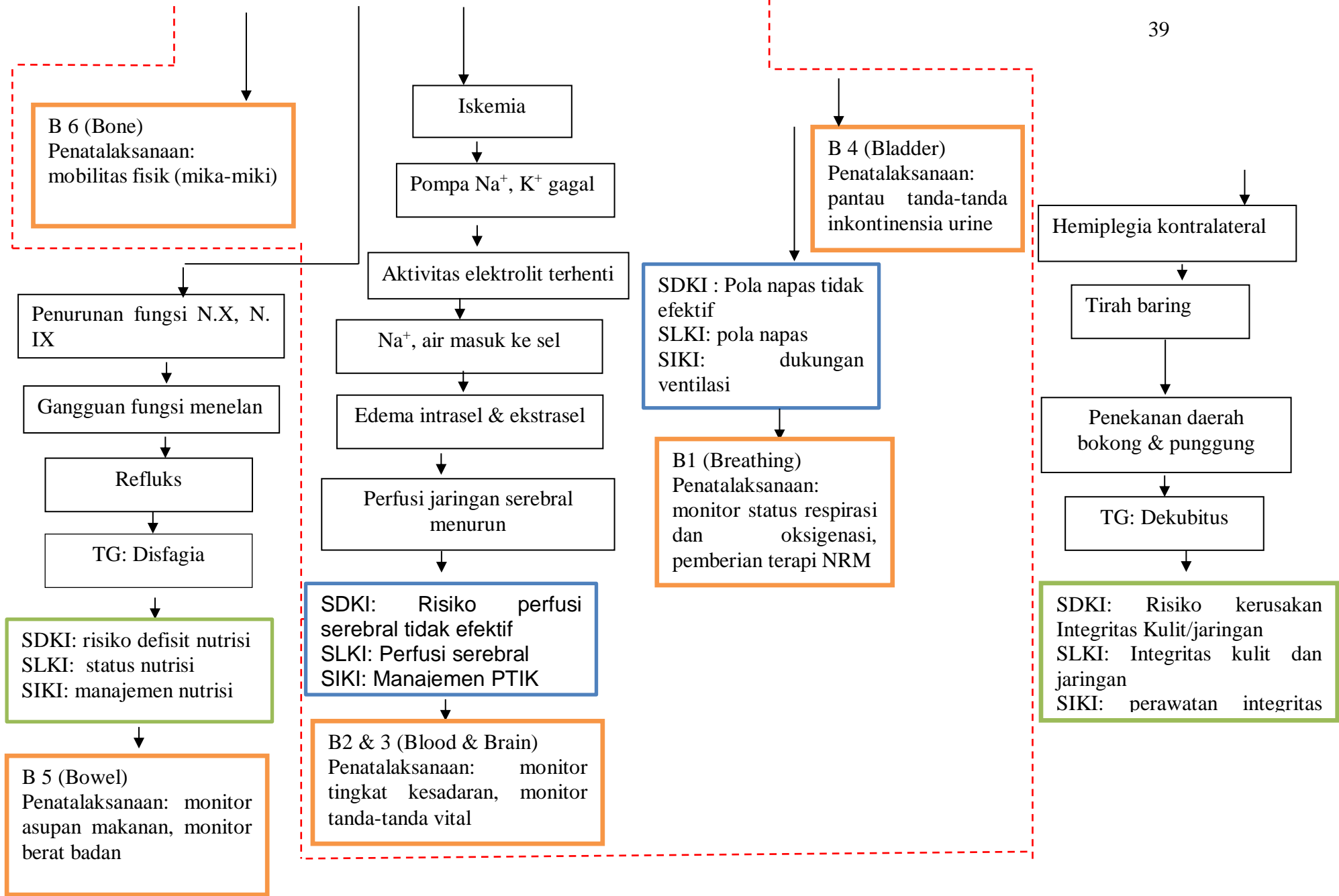
Pendidikan kesehatan untuk pasien dengan kasus stroke sangat penting untuk dapat mengembalikan atau memaksimalkan kualitas hidup klien. Beberapa hal yang perlu di ajarkan pada pasien dan keluarga yaitu (Purwani, 2017) ;

- a. Rutin kontrol tekanan darah.
- b. Anjurkan untuk mematuhi terapi pengobatan.
- c. Berhenti merokok dan konsumsi miras.
- d. Ajarkan keluarga pasien latihan ROM dirumah, perawatan diri, dan pencegahan dekubitus.
- e. Ajarkan keluarga untuk memantau komplikasi yang harus segera mencari pertolongan.
- f. Rujuk ketempat rehabilitasi untuk mendapatkan terapi fisik jika memungkinkan.
- g. Ajarkan diet makanan yang tinggi kolestrol.
- h. Intruksikan untuk melakukan olahraga setiap hari sesuai keadaan (kemampuan).
- i. Ajarkan keluarga untuk terus memotivasi klien dalam menjalani proses penyembuhan.

PATHWAY HEMORAGIK STROKE







Keterangan:

—— : penghubung

——> : menyebabkan

- - - - : Alur perjalanan penyakit pasien

Sumber:

Arif Muttaqin (2011), Arum, S.P. (2015), Batticaca, F.B. (2016), Junaidi, (2017), Michael Frotschar , Baehr Mathias. (2020), PPNI. (2018), Purwani, Dwi Rahayu. (2017), Robinson, J.M., & Saputra, L. (2014), Tarwoto. (2013),

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien atas nama Tn. S berumur 62 tahun dengan berat badan 60 kg, masuk Rumah Sakit Bhayangkara pada tanggal tanggal 31 Mei 2022 dengan *Hemoragic Stroke*. Pasien masuk dengan kelemahan pada badan sebelah kanan dan mengalami penurunan kesadaran. Pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur, dengan kesadaran somnolen, GCS 8, sesak napas, terpasang infus RL 500 cc di tangan kiri, terpasang O2 NRM (Non Rebreathingmask) 10L/m, terpasang kateter dan terpasang selang NGT. Tanda-tanda vital didapatkan TD: 196/100 mmHg, N: 130x/m, P: 40x/m, S:38⁰C. Dari hasil pemeriksaan CT Scan Kepala didapatkan *Intraventrikel Hemorhagik* dan *Brain Atrofi*, foto thorax didapatkan *Bronchitis*.

Terapi obat yang diberikan yaitu manitol 5x100cc, nicardipin 0,2mg/cc, citicoline 1 amp/12 jam/IV, ranitidine 1 amp/12 jam/IV, ceftriaxone 1gr/12 jam/IV, neurosanbe 1 amp/drips/12 jam/IV, amlodipine 10 mg 1x1 (sonde), clonidine 0.15 g/ NGT, PCT tablet 500 mg 3x1 (sonde).

Dari data yang didapatkan penulis mengangkat 4 diagnosa, yaitu: pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular, risiko ketidakefektifan perfusi serebral dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

A. Pengkajian

1. Pengkajian primer

Nama pasien / usia : Tn. S / 62 tahun
 Diagnosa medis : Hemoragik Stroke
 Tanggal pengkajian : 01 Juni 2022

Breath (B1)	Pergerakan Dada	<ul style="list-style-type: none"> • Sesak, tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan • Dispnea
	Pemakaian otot bantu nafas	<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan otot bantu pernapasan (diafragma)
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> • Vocal premitus: teraba getaran sama antara kiri dan kanan • Nyeri tekan • Krepitasi
	Perkusi	<ul style="list-style-type: none"> • Redup • Sonor • Pekak
	Suara nafas	<ul style="list-style-type: none"> • Vesikuler • Wheezing • Ronchi • Rales • Friction rub • Lokasi:
	Batuk	<ul style="list-style-type: none"> • Produktif • Tidak produktif
	Sputum	<ul style="list-style-type: none"> • Coklat • Kental • Berdarah • Encer • Warna lain: Tidak ada
	Alat bantu napas	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada • Ada Jenis: NRM 10L/m SPO2: 90%
	Lain-lain	Pernapasan 40x/menit
Blood (B2)	Suara jantung	<ul style="list-style-type: none"> • S1 S2 S3 S4 • Tunggal • Gallop

		<ul style="list-style-type: none"> • Murmur
	Irama jantung	<ul style="list-style-type: none"> • Irreguler • Reguler
	CRT	<ul style="list-style-type: none"> • < 3 detik • > 3 detik
	JVP	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Meningkat
	CPV	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak ada • Nilai
	Edema	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak ada • Lokasi
	Ekg	
	Lain-lain	TTV: TD: 196/100 mmHg N: 130 x/menit S: 38 ⁰ c P: 40x/menit SPO2: 90%
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitatif: somnolen • Kuantitatif (GCS) E: 2 V: 2 M: 4
	Reaksi pupil <ul style="list-style-type: none"> • Kanan • kiri 	<ul style="list-style-type: none"> • ada, tampak refleks pupil mengecil saat diberikan cahaya • tidak ada • ada, tampak refleks pupil mengecil saat diberikan cahaya • tidak ada
	Refleks fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> • ada • tidak ada
	Refleks patologis	<ul style="list-style-type: none"> • ada • tidak ada
	Meningeal sign	<ul style="list-style-type: none"> • ada • tidak ada
	Lain-lain	Hasil CT-Scan: <ul style="list-style-type: none"> - intraventrikel haemorrhagik - brain atrophy
Bladder (B4)	Urin	<ul style="list-style-type: none"> • jumlah: 600 cc • warna: kuning jernih

	Kateter	<ul style="list-style-type: none"> • ada, hari ke: 1 masuk ICU • jenis: indwelling catheter (kateter uretral/suprapubik) • tidak ada
	Kesulitan BAK	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak
	Lain-Lain	
Bowel (B5)	Mukosa bibir	<ul style="list-style-type: none"> • lembab • kering
	Lidah	<ul style="list-style-type: none"> • kotor • bersih
	Keadaan gigi	<ul style="list-style-type: none"> • lengkap • gigi palsu
	Nyeri telan	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak
	Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • distensi • tidak distensi
	Peristaltik usus	<ul style="list-style-type: none"> • normal • menurun • meningkat • nilai: 13x/menit
	Mual	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak
	Muntah	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak • jumlah • frekuensi
	Hematemesis	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak • jumlah • frekuensi
	Melena	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak • jumlah • frekuensi
	Terpasang NGT	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak
	Terpasang Colostomy bag	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak
	Diare	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak

		<ul style="list-style-type: none"> • jumlah • frekuensi
	Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak • sejak
	Asites	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak
	Lain-lain	
Bone (B6)	Turgor	<ul style="list-style-type: none"> • baik • jelek
	Perdarahan kulit	<ul style="list-style-type: none"> • ada • tidak ada • jenis
	Icterus	<ul style="list-style-type: none"> • ya • tidak
	Akral	<ul style="list-style-type: none"> • hangat • kering • merah • dingin • pucat • basah
	Pergerakan sendi	<ul style="list-style-type: none"> • bebas • terbatas • skala:
	Fraktur	<ul style="list-style-type: none"> • ada • tidak ada • jenis • lokasi:
	Luka	
	Lain-lain	

a. Diagnosa keperawatPengkajian primer

1) B1: Pola napas tidak efektif b/d gangguan neuromuskular

- 2) B2-B3: Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi
- 3) B4: Tidak ada masalah keperawatan
- 4) B5: Tidak ada masalah keperawatan
- 5) B6: Tidak ada masalah keperawatan

2. Pengkajian Sekunder

a. Identifikasi

Nama initial : Tn. S
 Umur : 62 tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Status perkawinan : menikah
 Jumlah anak : 4
 Agama/ suku : Islam/Jeneponto
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Petani
 Alamat rumah : Jeneponto
 Diagnosa medik saat pengkajian: Hemoragik stroke

Keadaan umum:

1) Keadaan sakit

Pasien tampak sakit ringan/ sedang / **berat** / tidak tampak sakit

Alasan: tampak pasien sakit berat, terpasang infus RL 300cc, tampak terpasang NRM 10 l/m, tampak terpasang kateter, terpasang NGT, tampak pasien terbaring tidak sadarkan diri di tempat tidur dan terpasang monitor.

2) Tanda-tanda vital

Kesadaran (kualitatif): Somnolen

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

- a) Respon motorik : 4
 b) Respon bicara : 2
 c) Respon membuka mata : 2
 Jumlah : 8

Tekanan darah: 196/100 mmHg

MAP: 131 mmHg

Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai

- 3) Suhu: 38°C di Oral **Axilla** Rectal
- 4) Pernapasan: 40x/menit
 Irama: Teratur Bradipnea **Takipnea** Kusmaul
 Cheynes-stokes
 Jenis: **Dada** Perut
- 5) Nadi: 130x/menit
 Irama: Teratur Bradikardi **Takikardi**
Kuat Lemah
- 6) Pengukuran
 Tinggi badan : 158 cm
 Berat badan : 60 kg
 IMT (Indeks Massa Tubuh: 19 kg/m²)
 Kesimpulan: berat badan dalam kategori ideal

b. Pengkajian Pola Kesehatan (Pola Gordon)

1) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting. Keluarga mengatakan pasien jarang memeriksakan kesehatannya di pelayanan kesehatan. Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien tidak pernah menjaga pola makannya, pasien sangat menyukai makanan yang asin dan daging. Sebelum sakit pasien juga merokok 1 bungkus per hari kadang lebih dari 1 bungkus.

Keluarga mengatakan pasien sudah diberikan obat amlodipine oleh dokter tetapi pasien tidak teratur meminumnya dengan alasan nanti kalau leher terasa tegang baru diminum.

b) Riwayat penyakit saat ini:

Keluhan utama: penurunan kesadaran

Riwayat keluhan utama:

Keluarga pasien mengatakan sebelum pasien masuk RS, sekitar jam 10.00 wita pasien sempat mengeluh kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan secara tiba-tiba dan pasien mengeluh sakit kepala dan muntah, kemudian pasien tidak sadarkan diri dan keluarga langsung membawa pasien ke Rumah Sakit Bhayangkara Makassar jam 15.00 wita.

(1) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat Hipertensi \pm 20 tahun yang lalu dan stroke ringan \pm 1 tahun yang lalu tetapi pasien masih bisa melakukan aktivitas seperti biasanya.

(2) Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan ayah dan saudara dari pasien memiliki penyakit yang sama yaitu Hipertensi.

(3) Pemeriksaan fisik:

(a) Kebersihan rambut: tampak rambut bersih dan beruban

(b) Kulit kepala: tampak bersih, tidak ada lesi, tidak berbau, dan tekstur kepala keras.

- (c) Kebersihan kulit: tampak kulit bersih
- (d) Higiene rongga mulut: tampak mulut bersih, tidak ada radang mukosa, tidak ada sariawan
- (e) Kebersihan genetalia: tidak dapat dikaji
- (f) Kebersihan anus: tidak dapat dikaji

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan menu nasi, sayur dan ikan/daging. Pasien sering mengonsumsi Coto dan menyukai makanan yang asin-asin. Keluarga mengatakan pasien biasanya mengonsumsi air putih 5-6 gelas per hari sudah termasuk kopi 1 gelas setiap hari. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengonsumsi vitamin, dan juga tidak melakukan diet Hipertensi.

b) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya diberikan susu melalui selang.

Observasi:

- (1) Tampak pasien terpasang NGT
- (2) Tampak pasien diberikan sonde (Susu peptisol 3x100 cc dan bubur saring 3x100 cc) melalui NGT.

Pemeriksaan fisik:

- (1) Keadaan rambut: tampak rambut bersih dan beruban
- (2) Hidrasi kulit: hidrasi kulit kembali < 3 detik
- (3) Palpebra/conjungtiva: tampak palpebra tidak edema/ conjungtiva tampak anemis

- (4) Sclera: tampak tidak ikterik
- (5) Hidung: tampak hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip
- (6) Rongga mulut: tampak bersih, tidak ada radang mukosa, tidak ada sariawan. Gusi: tampak tidak ada peradangan
- (7) Gigi: tampak gigi bersih, ada karang karang gigi, ada sisa akar gigi dan ada gigi yang tanggal. gigi palsu: tampak tidak ada gigi palsu
- (8) Kemampuan mengunyah keras: pasien tidak mampu mengunyah keras
- (9) Lidah: tampak bersih
- (10) Pharing: tampak tidak ada peradangan
- (11) Kelenjar getah bening: tidak ada pembesaran
- (12) Kelenjar parotis: tidak teraba pembesaran
- (13) Abdomen:
 - Inspeksi: tampak perut datar, tidak ada benjolan
 - Auskultasi: peristaltik usus 13x/menit
 - Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
 - Perkusi: timpani
- (14) Kulit:
 - Edema: Positif **Negatif**
 - Icteric: Positif **Negatif**
 - Tanda-tanda radang: tidak ada tanda-tanda peradangan
- (15) Lesi: tidak ada lesi

3) Pola Eliminasi

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, warna kecoklatan dan BAK ± 6 kali sehari warna kekuningan dengan jumlah $\pm 150-200\text{cc}$. Keluarga mengatakan pasien mampu mengontrol keinginan berkemih dan BAB.

b) Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan pasien terpasang kateter untuk BAK dan menggunakan pampers untuk BAB.

Observasi:

Tampak pasien terpasang kateter dan menggunakan pampers.

Pemeriksaan fisik:

(1) Peristaltik usus: 13 x/menit

(2) Palpasi kandung kemih: Penuh **Kosong**

(3) Nyeri ketuk ginjal: Positif **Negatif**

(4) Mulut uretra : tidak dikaji

(5) Anus :

- Peradangan: tidak dikaji
- Hemoroid: tidak dikaji
- Fistula: tidak dikaji

4) Pola Aktivitas dan Latihan

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien adalah seorang petani dan bekerja setiap hari di kebun dan di sawah. Keluarga pasien mengatakan jika pasien memiliki waktu senggang pasien biasanya menonton tv dan berkumpul bersama keluarga. Pasien melakukan aktivitasnya dengan mandiri.

b) Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan sejak sakit semua aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga.

Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah

(1) Aktivitas harian:

- Makan	: 4	0 : mandiri
- Mandi	: 4	1: bantuan dengan alat
- Pakaian	: 4	2: bantuan orang
- Kerapihan	: 4	3: bantuan alat dan orang
- Buang air besar	: 4	4: bantuan penuh
- Buang air kecil	: 4	
- Mobilisasi di tempat tidur	: 4	

(2) Postur tubuh: tidak dikaji

(3) Gaya jalan: tidak dikaji

(4) Anggota gerak yang cacat: tidak ada

(5) Fiksasi: tampak tidak ada anggota gerak yang cacat

(6) Tracheostomi: tidak ada

c) Pemeriksaan fisik

(1) Tekanan darah

Berbaring: 196/100 mmHg

Kesimpulan: Hipotensi ortostatik : Positif

Negatif

(2) HR: 130 x/menit

(3) Kulit:

Keringat dingin: tidak ada

Basah: tidak ada

(4) Perfusi pembuluh kapiler kuku: kembali dalam waktu < 3 detik

(5) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi:
Bentuk thorax: tampak simetris
Retraksi intercostal : tidak ada
Sianosis: tidak ada
Stridor: tidak ada
- Palpasi:
Vocal premitus: getaran pada kedua lapang paru kanan dan kiri sama.
Krepitasi: tidak ada
- Perkusi:
Sonor Redup Pekak
- Auskultasi:
Suara napas : vesikuler
Suara ucapan : tidak dikaji
Suara tambahan : tidak ada

(6) Jantung

- Inspeksi: Ictus cordis: tidak tampak
- Palpasi: 130x/menit
- Perkusi:
Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalis sinistra
Batas bawah jantung: ICS 5 linea medioclavicularis sinistra
Batas kanan jantung: ICS 2 linea sternalis dextra
Batas kiri jantung: ICS 6 linea axiaris anterior sinistra
- Auskultasi:
Bunyi jantung II A: tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P: tunggal, ICS 2 dan 3
linea sternalis dextra

Bunyi jantung I T: tunggal, ICS 4 linea
sternalis sinistra

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

Bunyi jantung III irama gallop: tidak ada

(7) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : Positif Negatif
- Rentang gerak :
Kaku sendi : tidak ada
Nyeri sendi : tidak ada
Fraktur : tidak ada
Parese : dextra
Paralisis : tidak ada
- Uji kekuatan otot
Kesan: hemiparese dextra
- Refleks fisiologi: biceps (+), Triceps (+)
- Refleks patologi:
Babinski Kiri: **Positif** Negatif
Kanan **Positif** Negatif
- Clubing jari-jari : tidak ada
- Varises tungkai : tidak ada
- Columna vetebraalis:
Inspeksi : tidak ada kelainan
Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Kaku kuduk : tidak ada

5) Pola Tidur dan Istirahat

a) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien baik, dalam sehari pasien tidur \pm 7-8 jam. Pasien mengatakan jarang tidur siang, pasien mengatakan ketika bangun dipagi hari pasien merasa segar dan dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari. Pasien mengatakan ketika tidur suka dalam suasana gelap.

b) Keadaan sejak sakit: tidak dapat dikaji

Observasi:

Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur.

Ekspresi wajah mengantuk: Positif **Negatif**

Banyak menguap Positif **Negatif**

Palpebra inferior berwarna gelap Positif

Negatif

6) Pola Persepsi Kognitif

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pendengaran dan penglihatan pasien baik, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran tapi kadang menggunakan kaca mata. Keluarga pasien mengatakan mampu mengenali orang sekitar, lingkungan, dan mampu mengenal waktu. Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengingat masa mudanya dan keluarganya.

b) Keadaan sejak sakit: tidak dapat dikaji

Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur

Pemeriksaan fisik:

- (1) Penglihatan
 - Kornea: tampak jernih
 - Pupil: tampak isokor kanan dan kiri
 - Lensa mata: tampak jernih
 - Tekanan intra okuler (TIO): teraba sama kiri dan kanan
 - (2) Pendengaran
 - Pina: tampak simetris kiri dan kanan
 - Kanalis: tampak bersih
 - Membran timpani: tampak utuh
 - (3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai kanan.
- 7) Pola Persepsi dan Konsep Diri
- a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien adalah seorang petani dan memiliki 4 orang anak. Pasien tinggal bersama istri dan dua orang anaknya. Keluarga mengatakan pasien jarang merasa frustrasi karena ada istri dan anak-anaknya yang selalu mendukungnya dalam keadaan apapun.
 - b) Keadaan sejak sakit: tidak dapat dikaji
 - c) Observasi:
 - (1) Kontak mata: tidak dapat dikaji
 - (2) Rentang perhatian: tidak dapat dikaji
 - (3) Suara dan cara bicara: tidak dapat dikaji
 - (4) Postur tubuh: tidak dapat dikaji
 - d) Pemeriksaan fisik:
 - (1) Kelainan bawaan yang nyata: tidak ada

- (2) Bentuk/postur tubuh: tidak dapat dikaji
 - (3) Kulit: tidak ada lesi
- 8) Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama
- a) Keadaan sebelum sakit:
Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama istri dan anaknya. Pasien memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan keluarga. Pasien juga memiliki hubungan yang baik dengan tetangga di sekitar rumah.
 - b) Keadaan sejak sakit: tidak dapat dikaji
 - c) Observasi: tampak pasien selalu didampingi oleh istri dan anaknya
- 9) Pola Reproduksi dan Seksualitas
- a) Keadaan sebelum sakit: tidak dapat dikaji
 - b) Keadaan sejak sakit: tidak dapat dikaji
 - c) Observasi: tidak dapat dikaji
- 10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres
- a) Keadaan sebelum sakit:
Keluarga mengatakan ketika ada masalah pasien selalu membicarakannya dengan istrinya dan meminta pendapat dari anak-anaknya.
 - b) Keadaan sejak sakit: tidak dapat dikaji
- 11) Pola Sistem Nilai Kepercayaan
- a) Keadaan sebelum sakit:
Keluarga mengatakan semua keluarganya beragama islam dan selalu meluangkan waktu untuk sholat 5 waktu.
 - b) Keadaan sejak sakit: tampak istri dan anaknya selalu berada di sampingnya untuk mendoakan kesembuhan pasien.

c. Uji Saraf Kranial

- 1) Nervus Olfaktorius (N I): tidak dapat dikaji
- 2) Nervus Optikus (N II): tidak dapat dikaji
- 3) Nervus Okulomotorius (N III), nervus troklearis (IV), nervus abduksen (VI): Tampak pupil isokor dan refleks terhadap cahaya positif
- 4) Nervus Trigeminus (N V):
Sensorik: tidak dapat dikaji
Motorik: tidak dapat dikaji
- 5) Nervus Facialis (N VII):
Sensorik: tidak dapat dikaji
Motorik: tampak bibir simetris kiri dan kanan
- 6) Nervus Vestibulo (N VIII):
Vestibularis: tidak dapat dikaji
Akustikus: tidak dapat dikaji
- 7) Nervus Glasofaringeus (N IX): tidak dapat dikaji
- 8) Nervus Vagus (N X): tidak dapat dikaji
- 9) Nervus Accessorius (N XI): tidak dapat dikaji
- 10) Nervus Hypoglossus (N XII): tidak dapat dikaji

d. Pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
WBC	14.0	$10^3/uL$	4.0-10.0
RBC	5.95	$10^6/uL$	4.0-5.50
Hgb	18.6	g/dl	11.0-16.0

2) CT-SCAN

Kesan: Intraventrikel haemorrhagik & brain atrophy

3) Foto Thorax

Kesan: Bronchitis

e. Terapi

- 1) IVFD RL 21 tpm/IV
- 2) Manitol 5x100cc/ IV
- 3) Nicardipin 0,2mg/cc/ IV
- 4) O2 NRM 10 liter/menit
- 5) Citicoline 1 amp/12 jam/IV
- 6) Ranitidine 1 amp/12 jam/IV
- 7) Ceftriaxone 1gr/12 jam/IV
- 8) Neurosanbe 1 amp/drips/12 jam/IV
- 9) Amlodipine 10 mg 1x1/ oral (NGT)
- 10) PCT tablet 500 mg 3x1/ oral (NGT)
- 11) Clonidine 0.15 mg/ oral (NGT)

f. Analisa data

Nama/ umur: Tn. S / 62 tahun

Ruang/ kamar: ICU RS Bhayangkara Makassar

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : - DO : - Dispnea - Penggunaan otot bantu penapasan (diafragma) - Pola napas abnormal (takipnea) - Tampak pasien sesak - Frekuensi napas 40x/menit - Spo2 90%	Gangguan Neuromuscular	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)
2	DS : - DO : - Keadaan umum lemah - Tingkat kesadaran menurun (somnia) - GCS : 8 E2 V2 M4 - TD: 196/100 mmHg Nadi: 130x/menit Suhu: 38 ^o c Pernapasan: 40x/menit - Hasil CT Scan kepala: intraventrikel hemoragik dan brain atrophy - Hasil foto thorax : bronchitis - WBC 14.00 10 ³ uL	Faktor Resiko: Hipertensi	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)
3	DS : - Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas

	<p>oleh perawat dan keluarga</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur - Hemiparese sinistra - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak menurun - Semua aktivitas harian pasien dibantu penuh 		Fisik (D.0054)
4	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak mampu mandi/makan/ketoilet/berhias secara mandiri 	Kelemahan	Defisit Perawatan Diri (D.0109)

B. Diagnosa Keperawatan

Nama/ umur: Tn. S / 62 tahun

Ruang/ Kamar: ICU RS Bhayangkara Makassar

No.	Diagnosis Keperawatan
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal, tampak pasien sesak
2.	Risiko perfusi serebral dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi ditandai dengan tingkat kesadaran menurun, demam meningkat, tekanan darah meningkat
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan pergerakan ekstremitas menurun, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun
4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan kemampuan perawatan diri menurun

C. Perencanaan Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Pola napas tidak efektif b/d gangguan neuromuskular (D.0005)</p> <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea - Penggunaan otot bantu pernapasan (diafragma) - Pola napas abnormal (takipnea) - Tampak pasien sesak - Frekuensi napas 40x/menit - Spo2 90% 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas (L.01004) membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak adanya penggunaan otot bantu pernapasan - Frekuensi napas membaik dari 40x/m menjadi 24 x/m 	<p>Dukungan Ventilasi (I.01002)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 10. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 11. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis.penggunaan otot bantu napas, saturasi oksigen) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Pertahankan kepatenan jalan napas 13. Berikan posisi semi fowler atau fowler 14. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (non rebreathing 10 L/m) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Kolaborasi pemberian obat, <i>jika perlu</i>
<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi (D.0017)</p> <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral (L.02014) meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat dari somnolen ke compos mentis 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 9. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 10. Monitor status pernafasan 11. Monitor intake dan output cairan

<ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran menurun (sopor) - GCS : 8 E2 V2 M4 - TD: 196/100 mmHg Nadi: 130x/menit Suhu: 38⁰c Pernapasan: 40x/menit - Hasil CT Scan kepala: intraventrikel hemoragik dan brain atrophy - Hasil foto thorax : bronchitis - WBC 14.00 10³uL 	<ul style="list-style-type: none"> - Demam menurun dari 38⁰c menjadi 36.8⁰c - Pertahankan nilai tekanan darah dalam batas normal 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 12. Cegah terjadinya kejang 13. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 14. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis: manitol 5x100cc, nicardipine 0.2 mg/cc, citicoline 1 ampul/12 jam/IV, amlodipine 10 mg 1x1, clonidine 0,15 mg/oral, neurosanbe 1 ampul/12 jam/IV. <p>Pemantauam Neurologis (I.06197)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Monitor tingkat kesadaran 6. Monitor tanda-tanda vital <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 7. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial dengan memberikan edukasi (tidak mengedan, batuk) 8. Elevasi kepala 30⁰ <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 9. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> <p>Pemberian Obat</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat
--	--	---

		<p>2. Monitor tanda vital dan laboratorium sebelum pemberian obat, <i>jika perlu</i></p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi)</p> <p>4. Perhatikan jadwal pemberian obat antibiotik ceftriaxone 1gr/12 jam/IV</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neurumuskular (D.0054)</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur - Hemiparese sinistra - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak menurun 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas cukup meningkat - Kekuatan otot cukup meningkat - Rentang gerak cukup meningkat 	<p>Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185)</p> <p>Observasi</p> <p>6. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi.</p> <p>Terapeutik</p> <p>7. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi.</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Jelaskan pada keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>

<p>- Semua aktivitas harian pasien dibantu penuh</p>		
<p>Defisit perawatan diri b/d kelemahan DS: - DO: - Tampak pasien tidak mampu mandi/makan/ketoilet/berhias secara mandiri</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi cukup meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian cukup meningkat - Kemampuan makan cukup meningkat - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) cukup meningkat 	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Monitor tingkat kemandirian 8. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi) 10. Siapkan keperluan pribadi (sikat gigi dan sabun mandi) 11. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 12. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK (I.11349) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Buka pakaian yang diperlukan untuk eliminasi 3. Jaga privasi selama eliminasi 4. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 5. Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), <i>jika perlu</i> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan BAB/BAK secara rutin 7. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, <i>jika perlu</i>

		<p>Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian (I.11350)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">2. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau3. Sediakan pakaian pribadi, <i>jika perlu</i>4. Fasilitasi mengenakan pakaian, <i>jika perlu</i>5. Fasilitasi berhias(mis.merapikan kumis/jenggot)6. Jaga privasi selama berpakaian7. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">8. Informasikan pakaian yang dipilih, <i>jika perlu</i>9. Ajarkan mengenakan pakaian, <i>jika perlu</i> <p>Dukungan Perawatan Diri: Makan/minum (I.11351)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi diet yang dianjurkan2. Monitor kemampuan menelan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">3. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan4. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum5. Sediakan sedotan untuk minum sesuai kebutuhan
--	--	---

		<ol style="list-style-type: none">6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai8. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, <i>jika perlu</i> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">9. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi <p>Dukungan Perawatan Diri: Mandi (I.11352)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan2. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">3. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampo)4. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman5. Fasilitasi menggosok gigi sesuai kebutuhan6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">7. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan8. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan, <i>jika perlu</i>
--	--	--

D. Implementasi Keperawatan

Nama / umur : Tn. S / 62 tahun

Ruangan/ kamar : ICU RS Bhayangkara Makassar

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
01-06-2022	I,II,III	07.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: - Injeksi Neurosanbe 1 ampul/drips RL 500 cc/24 jam	Kristina
	I,II,III	08.00	Mengkaji dan memonitor TTV Hasil : - TD: 180/95 mmHg - N: 136x/m - S: 38,2°C - P: 40x/m	Kristina
	IV	08.15	Memberikan perawatan personal hygiene dan oral hygiene Hasil: - Tampak pasien dimandikan oleh perawat - Tampak pasien bersih dan rapi	Kristina
	II	08.20	Memberikan posisi elevasi kepala 30° Hasil: - Tampak pasien dalam posisi kepala 30°	Kristina
	I,II	08.30	Memonitor status repirasi dan oksigenasi Hasil: - Terpasang NRM 10l/m - SPO2 93% - Pernapasan 38x/m	Kristina

	II	08.45	Memonitor dan mengkaji tingkat kesadaran dan tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Kesadaran somnolen - GCS: 8	Kristina
	I,II	09.00	E: 2 V: 2 M: 4 - TD: 170/99 mmHg Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan Hasil: - Pernapasan 38x/m - NRM 10L/m - SPO2 95%	Kristina
	II	09.30	Memberikan nutrisi via NGT Hasil: - Susu peptisol 100 cc - PCT tablet 500 mg/NGT	Kristina
	I,II,III	10.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 166/97 mmHg - N: 131x/m - P: 38x/m - S: 38.6°C - SPO2: 92%	Kristina
	II	10.20	Memberikan posisi elevasi kepala 30° Hasil: - Tampak pasien dalam posisi kepala 30°	Kristina
	II	10.30	Melaksanakan advis dokter Hasil: - Terpasang manitol 100 cc/IV	Kristina

	II	11.00	Mencegah terjadinya kejang dan mempertahankan suhu tubuh Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Kompres di bagian yang terdapat pembuluh darah besar seperti pangkal paha dan ketiak serta di dahi - Suhu tubuh: 38°C 	Kristina
	I,II,III	12.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 198/99 mmHg - N: 136x/m - P: 44x/m - S: 38°C - SPO2: 95% 	Kristina
	II	12.20	Memberikan posisi elevasi kepala 30° Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30° 	Kristina
	II	12.30	Melaksanakan advis dokter Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang Nicardipine 0,2mg/cc/SP 	Kristina
	II	13.00	Memberikan nutrisi via NGT Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Bubur saring 100 cc 	Kristina
	II,III	13.40	Memberikan posisi miring kiri Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien miring ke kiri 	Kristina
	I,II,III	14.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 170/86 mmHg 	Ludovika

			<ul style="list-style-type: none"> - N: 133x/m - P: 44x/m - S: 39.1°C - SPO2: 93% 	
	II	14.10	<p>Mengganti cairan RL</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang RL 500 cc 20 tpm 	Ludovika
	II	14.20	<p>Memberikan posisi elevasi kepala 30⁰</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30⁰ 	Ludovika
	II	14.30	<p>Mencegah terjadinya kejang dan mempertahankan suhu tubuh</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompres di bagian yang terdapat pembuluh darah besar seperti pangkal paha dan ketiak serta di dahi - Suhu tubuh: 38.5°C 	Ludovika
	II	15.00	<p>Mengkaji tingkat kesadaran</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran somnolen - GCS: 8 E: 2 V: 2 M: 4 - TD: 170/99 mmHg 	Ludovika
	II	15.30	<p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manitol 100 cc/IV 	Ludovika
	I,II,III	16.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 181/90 mmHg - N: 116x/m - P: 37x/m 	Ludovika

			<ul style="list-style-type: none"> - S: 38.9°C - SPO2: 93% 	
	II	16.20	<p>Memberikan posisi elevasi kepala 30⁰</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30⁰ 	Ludovika
	II,III	16.40	<p>Memberikan posisi miring kiri</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien miring ke kiri 	Ludovika
	I,II	17.00	<p>Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - NRM 10L/m - SPO2: 94% 	Ludovika
	I,II,III	18.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 170/92 mmHg - N: 134x/m - P: 40x/m - S: 38.9°C - SPO2: 95% 	Ludovika
	I,II	18.15	<p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi Ranitidine 1 ampul/IV - Injeksi Ceftriaxone 1 gr/IV - Injeksi Citicolin 1 ampul/IV 	Ludovika
	II	19.00	<p>Memberikan nutrisi via NGT</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bubur saring 100 cc <p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCT tablet 500 mg/NGT - Amlodipin 10mg/NGT 	Ludovika

	I,II,III	20.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 169/90 mmHg - N: 130x/m - P: 38x/m - S: 38.7°C - SPO2: 93% 	Ludovika
	II	20.15	Memberikan posisi elevasi kepala 30° Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30° 	Ludovika
	II	20.30	Melaksanakan advis dokter Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang Manitol 100 cc/IV 	Ludovika
	II	21.30	Memberikan nutrisi via NGT Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Susu peptisol 100 cc Melaksanakan advis dokter Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - PCT tablet 500 mg/NGT 	Perawat Rahmat
	I,II,III	22.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 170/93 mmHg - N: 134x/m - P: 34x/m - S: 39.4°C - SPO2: 93% 	Perawat Rahmat
	II	22.15	Mencegah terjadinya kejang dan mempertahankan suhu tubuh Hasil:	Perawat Rahmat

			<ul style="list-style-type: none"> - Kompres di bagian yang terdapat pembuluh darah besar seperti pangkal paha dan ketiak serta di dahi - Suhu tubuh: 39°C 	
	II	23.00	<p>Mengganti cairan RL</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang RL 500 cc 20 tpm 	Perawat Rahmat
	I,II,III	00.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 178/92 mmHg - N: 130x/m - P: 36x/m - S: 39°C - SPO2: 93% 	Perawat Rahmat
	II	01.30	<p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang Manitol 100 cc 	Perawat Rahmat
	I,II,III	02.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 185/106 mmHg - N: 140x/m - P: 43x/m - S: 39.2°C - SPO2: 92% 	Perawat Rahmat
	I,II	03.00	<p>Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - NRM 10L/m - SPO2: 93% 	Perawat Rahmat

	I,II,III	04.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 198/112 mmHg - N: 131x/m - P: 34x/m - S: 38.6°C - SPO2: 92% 	Perawat Rahmat
	II	05.50	Mengecek gula darah Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - 121 mg/dl 	Perawat Rahmat
	I,II,III	06.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 192/99 mmHg - N: 130x/m - P: 41x/m - S: 38°C - SPO2: 95% 	Perawat Rahmat
	II	06.15	Memberikan nutrisi via NGT Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Bubur saring 100 cc Melaksanakan advis dokter Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - PCT tablet 500 mg/NGT 	Perawat Rahmat
	II	06.30	Melaksanakan advis dokter Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang Manitol 100 cc Memonitor intake dan output cairan selama 24 jam Hasil:	Perawat Rahmat

			<ul style="list-style-type: none"> - Output urine pasien selama 24 jam 2.100cc berwarna kuning jernih - Cairan masuk selama 24 jam 2.600cc <p>Balance cairan: Output: Urine 2.100 cc/24jam Balance: Input – (Output + IWL) = 2.600-(2.100+900) =2.600-3000= - 400cc/24jam</p>	
--	--	--	---	--

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
02-06-2022	I,II,III	07.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Neurosanbe 1 ampul/drips RL 500 cc/24 jam 	Kristina
	IV	07.30	Memberikan perawatan personal higiene dan oral higiene Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dimandikan oleh perawat - Tampak pasien rapi dan bersih 	Kristina
	II	07.40	Memberikan posisi elevasi kepala 30 ⁰ Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30⁰ 	Kristina
	I,II,III	08.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 129/71 mmHg 	Kristina
			<ul style="list-style-type: none"> - N: 95x/m - P: 23x/m - S: 38⁰C - SPO2: 97% 	

	II	08.20	<p>Mengkaji tingkat kesadaran</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran somnolen - GCS: 10 E: 3 V: 3 M: 4 - Keluarga mengatakan pasien sudah mulai membuka matanya saat diajak bicara - Keluarga megatakan pasien sudah bisa bicara meskipun suaranya tidak jelas - Tampak pasien ditemani oleh keluarganya 	Kristina
	I,II	08.40	<p>Memonitor status repirasi dan oksigenasi</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SPO2 97% - Pernapasan 26x/m 	Kristina
	I,II	09.00	<p>Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nasal kanul 5 L/m - SPO2 95% 	Kristina
	II	09.40	<p>Memberikan nutrisi via NGT</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Susu peptisol 100 cc <p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCT tablet 500 mg/NGT 	Kristina
	I,II,III	10.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 145/91 mmHg - N: 98x/m 	Kristina

			<ul style="list-style-type: none"> - P: 20x/m - S: 38.3°C - SPO2: 98% 	
	II	10.15	<p>Mencegah terjadinya kejang dan mempertahankan suhu tubuh</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompres di bagian yang terdapat pembuluh darah besar seperti pangkal paha dan ketiak serta di dahi - Suhu tubuh 38°C 	Kristina
	II	10.30	<p>Memberikan posisi elevasi kepala 30°</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30° 	Kristina
	II	11.00	<p>Mengidentifikasi dan memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK 	Kristina
	II,III	11.30	<p>Memberikan posisi miring kiri</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien miring ke kiri 	Kristina
	I,II,III	12.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 165/93mmHg - N: 106x/m - P: 22x/m - S: 38.5°C - SPO2: 98% 	Kristina
	II	12.15	<p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p>	Kristina

			- Terpasang manitol 100cc/IV	
	II	13.00	Memberikan posisi elevasi kepala 30 ⁰ Hasil: - Tampak pasien dalam posisi kepala 30 ⁰	Kristina
	II	13.30	Memberikan nutrisi via NGT Hasil: - Bubur saring 100 cc Melaksanakan advis dokter Hasil: - PCT tablet 500 mg/NGT	Kristina
	I,II,III	14.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 192/107 mmHg - N: 106x/m - P: 22x/m - S: 38.4 ⁰ C - SPO2: 96%	Ludovika
	II	14.10	Mengganti cairan RL Hasil: - Terpasang RL 500cc 20 tpm	Ludovika
	III	14.30	Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien Hasil: - Keluarga mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki kanannya - Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur	Ludovika
	II	15.40	Memberikan nutrisi via NGT	Ludovika

	I,II,III	16.00	<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Susu peptisol 100 cc - PCT tblet 500 mg/NGT <p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 165/99 mmHg - N: 105x/m 	Ludovika
	II	16.30	<ul style="list-style-type: none"> - P: 28x/m - S: 38.7°C - SPO2: 96% <p>Memberikan posisi elevasi kepala 30°</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30° 	Ludovika
	III	17.00	<p>Mengkaji tingkat kemandirian pasien</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan semua aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat - Tampak pasien masih terbaring lemah diata tempat tidur 	Ludovika
	I,II,III	18.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 177/96 mmHg - N: 120x/m - P: 25x/m - S: 39°C - SPO2: 93% 	Ludovika
	I,II	18.15	<p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang manitol 100 cc/IV 	Ludovika

	II	19.00	<ul style="list-style-type: none"> - Injeksi Ranitidine 1ampul/IV - Injeksi Citicolin 1 ampul /IV - Injeksi Ceftriaxone 1 gr/IV <p>Memberikan nutrisi via NGT Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bubur saring 100 cc <p>Melaksanakan advis dokter Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amlodipin 10mg/NGT 	Ludovika
	I,II	19.30	<p>Memonitor status repirasi dan oksigenasi Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SPO2 96% - Pernapasan 26x/m 	Ludovika
	I,II	19.40	<p>Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nasal kanul 5 L/m - SPO2 97% 	Ludovika
	I,II,III	20.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 145/90 mmHg - N: 102x/m - P: 24x/m - S: 38.3°C - SPO2: 97% 	Ludovika
	II	21.40	<p>Memberikan nutrisi via NGT Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Susu peptisol 100 cc - PCT tablet 500 mg 	Perawat Marzuki
	I,II,III	22.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil:</p>	Perawat Marzuki

			<ul style="list-style-type: none"> - TD: 180/102 mmHg - N: 118x/m - P: 30x/m - S: 38⁰C - SPO2: 93% 	
	II	22.15	<p>Mengganti cairan RL</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang RL 500 cc 	Perawat Marzuki
	II	22.20	<p>Memberikan posisi elevasi kepala 30⁰</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30⁰ 	
	I,II	22.30	<p>Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nasal kanul 5 L/m - SPO2 95% 	Perawat Marzuki
	I,II,III	00.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 147/99 mmHg - N: 100x/m - P: 28x/m - S: 37.7⁰C - SPO2: 97% 	Perawat Marzuki
	II	00.15	<p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang manitol 100cc 	Perawat Marzuki
	I,II,III	02.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - T: 181/102 mmHg - N: 105x/m - P: 28x/m - S: 38.2⁰C - SPO2: 98% 	Perawat Marzuki

	I,II,III	04.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 169/97 mmHg - N: 101x/m - P: 34x/m - S: 38°C - SPO2: 97% 	Perawat Marzuki
	II	05.50	Mengecek gula darah Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - 122 mg/dl 	Perawat Marzuki
	I,II,III	06.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 166/99 mmHg - N: 116x/m - P: 22x/m - S: 37.8°C - SPO2: 98% 	Perawat Marzuki
	II	06.10	Memberikan posisi elevasi kepala 30° Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30° 	Perawat Marzuki
	II	06.15	Memberikan nutrisi via NGT Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Bubur saring 100 cc <p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCT tablet 500 mg/NGT - Clonidin 0.15 g/NGT - Injeksi Ranitidine 1 ampul/IV - Injeksi Citicolin 1 ampul/IV - Injeksi Ceftriaxone 1 gr/IV 	Perawat Marzuki
		06.30	Memonitor intake dan output cairan selama 24 jam Hasil:	Perawat Marzuki

			<ul style="list-style-type: none"> - Output urine pasien selama 24 jam 2.050cc berwarna kuning jernih - Cairan masuk selama 24 jam 2.600cc <p>Balance cairan: Output: Urine 2.050 cc/24jam Balance: Input – (Output + IWL)</p> $= 2.600 - (2.050 + 900)$ $= 2.600 - 2.950 = -$ <p>350cc/24jam</p>	
--	--	--	---	--

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
03-06-2022	I,II,III	07.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Neurosanbe 1 ampul/drips RL 500 cc/24 jam 	Perawat Rosma
	IV	07.15	Memberikan perawatan personal higiene dan oral higiene Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dimandikan oleh perawat 	Perawat Rosma
	II	07.30	Memberikan posisi elevasi kepala 30° Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30° 	Perawat Rosma
	I,II,III	08.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 139/61 mmHg - N: 89x/m - P: 19x/m - S: 38°C - SPO2: 97% 	Perawat Rosma
	II	09.45	Memberikan nutrisi via NGT	Perawat

			<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Susu peptisol 100 cc <p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCT tablet 500 mg/NGT 	Rosma
	I,II,III	10.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 146/79 mmHg - N: 98x/m - P: 23x/m - S: 38°C - SPO2: 96% 	Perawat Rosma
	III	10.30	<p>Memberikan posisi mika miki</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien miring kanan 	Perawat Rosma
	II	11.00	<p>Memberikan posisi elevasi kepala 30°</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30° 	Perawat Rosma
	I,II,III	12.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 139/74 mmHg - N: 96x/m - P: 30x/m - S: 37°C - SPO2: 100% 	Perawat Rosma
	II	12.15	<p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang Manitol 100 cc 	Perawat Rosma
	II	13.00	<p>Memberikan nutrisi via NGT</p> <p>Hasil:</p>	Perawat Rosma

	I,II,III	14.00	<ul style="list-style-type: none"> - Bubur saring 100 cc <p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 166/86 mmHg - N: 96x/m - P: 22x/m - S: 37.8°C - SPO2: 96% 	Kristina
	II	14.30	<p>Mengkaji tingkat kesadaran</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran kompos mentis - GCS: 13 E: 4 V: 5 M: 4 - Keluarga mengatakan pasien sudah sudah sadar penuh - Keluarga mengatakan pasien sudah bisa diajak bicara dan nyambung - Tampak pasien berkomunikasi dengan baik ditemani oleh keluarganya 	Kristina
	III	15.00	<p>Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kanannya - Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur - Tampak pasien terbaring diatas tempat tidur 	Kristina

	II	15.40	Memberikan nutrisi via NGT Hasil: - Susu peptisol 100 cc	Kristina
	II	15.50	Memberikan posisi elevasi kepala 30 ⁰ Hasil: - Tampak pasien dalam posisi kepala 30 ⁰	Kristina
	I,II,III	16.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 160/91 mmHg - N: 100x/m - P: 26x/m - S: 37.8 ⁰ C - SPO2: 98%	Kristina
		16.30	Mengkaji kekuatan otot Hasil: - Tampak ada kontraksi otot dan ada sedikit gerakan pada tangan kanan dan kaki kanan - Pasien mampu mengangkat tangan dan kaki kirinya akan tetapi tidak mampu melawan tekanan	Kristina
	III	17.00	Mengkaji dan memonitor tingkat kemandirian pasien Hasil: - Keluarga mengatakan pasien masih belum bisa melakukan aktivitas hariannya	Kristina
			- Keluarga mengatakan semua aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat - Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur	

		17.30	Mengajarkan kepada keluarga untuk memberikan latihan ROM pasif dan aktif kepada pasien Hasil: - Tampak keluarga mengerti dengan apa yang diajarkan perawat	Kristina
	I,II,III	18.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 163/87 mmHg - N: 98x/m - P: 23x/m - S: 37.2°C - SPO2: 97%	Kristina
	I,II,III	18.15	Melaksanakan advis dokter Hasil: - Terpasang RL 500 cc 20tpm - Injeksi Ranitidine 1 ampul/IV - Injeksi Ceftriaxone 1 gr/IV - Injeksi Citicolin 1 ampul/IV	Kristina
	II	19.00	Memberikan nutrisi via NGT Hasil: - Bubur saring 100 cc Melaksanakan advis dokter Hasil: - Amlodipin 10 mg/NGT	Kristina
	I,II	19.15	Memonitor status respirasi dan oksigenasi Hasil: - SPO2 96% - Pernapasan 24x/m	Kristina
	II	19.30	Memberikan posisi elevasi kepala 30° Hasil: - Tampak pasien dalam posisi kepala 30°	Kristina

	I,II	19.40	Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Nasal kanul 3 L/m - SPO2 97% 	Kristina
	I,II,III	20.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 172/97 mmHg - N: 106x/m - P: 26x/m - S: 37.4°C - SPO2: 98% 	Kristina
	II	20.15	Melaksanakan advis dokter Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang Manitol 100 cc 	Kristina
	II	21.30	Memberikan nutrisi via NGT Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Susu peptisol 100 cc 	Ludovika
	II	21.40	Memberikan posisi elevasi kepala 30° Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30° 	Ludovika
	I,II,III	22.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 173/95 mmHg - N: 102x/m - P: 24x/m - S: 37.6°C - SPO2: 99% 	Ludovika
	II	23.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK 	Ludovika

	I,II,III	00.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 176/97 mmHg - N: 101x/m - P: 22x/m - S: 37.8°C - SPO2: 98% 	Ludovika
	II	01.00	Memberikan posisi elevasi kepala 30° Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dalam posisi kepala 30° 	Ludovika
	I,II,III	02.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 178/97 mmHg - N: 103x/m - P: 22x/m - S: 37°C - SPO2: 97% 	Ludovika
	II	02.10	Mengganti cairan RL Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang RL 500 cc 20 tpm 	Ludovika
	I,II,III	04.00	Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 180/90 mmHg - N: 102x/m - P: 22x/m - S: 37.6°C - SPO2: 98% 	Ludovika
	II	04.15	Melaksanakan advis dokter Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang Manitol 100cc 	Ludovika
	II	05.50	Mengecek kadar gula darah	Ludovika

			<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 120 mg/dl 	
		05.30	<p>Memonitor intake dan output cairan selama 24 jam</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Output urine pasien selama 24 jam 2.000 cc berwarna kuning jernih - Cairan masuk selama 24 jam 2.600cc <p>Balance cairan: Output: Urine 2.000 cc/24jam Balance: Input – (Output + IWL) = 2.600-(2.000+900) =2.600-2.900= - 300cc/24jam</p>	Ludovika
	I,II,III	06.00	<p>Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 185/100 mmHg - N: 107x/m - P: 28x/m - S: 36.7°C - SPO2: 99% 	Ludovika
	I,II,III	06.15	<p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi Ranitidine 1 ampul/IV - Injeksi Citicolin 1 ampul/IV - Injeksi Ceftriaxone 1 gr/IV 	Ludovika
	II	06.20	<p>Memberikan nutrisi via NGT</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bubur saring 100 cc <p>Melaksanakan advis dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clonidine 0.15 mg/NGT 	Ludovika

	II	06.30	Memberikan posisi elevasi kepala 30 ⁰ Hasil: - Tampak pasien dalam posisi kepala 30 ⁰	Ludovika
--	----	-------	---	----------

E. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur: Tn. S 62 tahun

Ruangan kamar: ICU RS Bhayangkara Makassar

Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
01-06-2022	<p>DP I: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien masih sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak adanya penggunaan otot bantu pernapasan. - Tampak pasien terpasang oksigen NRM 10L/m - Tanda-tanda vital TD: 181/90 mmHg N: 116x/m P: 37x/m S: 38.9°C SPO2: 93% <p>A :</p> <p>Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis.penggunaan otot bantu napas, saturasi oksigen) - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian obat 	Kristina Ludovika

	<p>DP II: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien masih belum sadarkan diri dan masih terbaring lemah diatas tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Tampak pasien dengan kesadaran menurun - Kesadara samnolen - GCS 8 : E2 V2 M4 - Tanda-tanda vital : TD: 192/99 mmHg N: 130x/m P: 41x/m S: 38°C SPO2: 95% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah risiko perfusi jaringan serebral belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lanjutkan intervensi - Monitor status pernafasan - Pertahankan suhu tubuh normal - Kolaborasi pemberian diuretic osmosis: manitol 5x100cc, nicardipine 0.2 mg/ cc, citicoline 1 ampul/12 jam/IV, amlodipine 10 mg 1x1, clonidine 0,15 mg/oral, neurosanbe 1 ampul/12 jam/IV - Monitor tingkat kesadaran - Monitor tanda-tanda vital 	Kristina Ludovika
	<p>DP IV: Defisit perawatan diri b/d kelemahan</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien dimandikan oleh perawat - Tampak pasien rapi dan bersih <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah defisit perawatan diri belum teratasi 	Kristin Ludovika

	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan - Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi) - Siapkan keperluan pribadi (sikat gigi dan sabun mandi) - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 	
Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
02-06-2022	<p>DP I: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien sudah tidak terlalu sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Tampak adanya penggunaan otot bantu pernapasan - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 5L/m - Tanda-tanda vital TD : 145/91 mmHg N : 98x/m P : 28x/m S : 38.3°C SPO2 : 98% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis.penggunaan otot bantu napas, saturasi oksigen) 	Kristin Ludovika

	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian obat 	
	<p>DP II: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien sudah mulai membuka matanya saat diajak bicara - Keluarga megatakan pasien sudah bisa bicara meskipun suaranya tidak jelas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Tampak pasien dengan kesadaran menurun - Kesadaran somnolen - GCS 10: E3 V3 M4 - Tanda-tanda vital: TD: 166/99 mmHg N: 116x/m P: 22x/m S: 37.8°C SPO2: 98% - Tampak pasien di dampingi oleh keluarganya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah risiko perfusi jaringan serebral belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Monitor status pernafasan - Pertahankan suhu tubuh normal - Kolaborasi pemberian diuretic osmosis: manitol 5x100cc, nicardipine 0.2 mg/ cc, citicoline 1 ampul/12 jam/IV, amlodipine 10 mg 1x1, clonidine 0,15 mg/ oral, neurosanbe 1 ampul/12 jam/IV. - Monitor tingkat kesadaran - Monitor tanda-tanda vital 	Kristin Ludovika
	<p>DP III: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neurumuskular</p> <p>S :</p>	Kristin Ludovika

	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki kanannya - Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi - Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi - Jelaskan pada keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama - Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan 	
	<p>DP IV: Defisit perawatan diri b/d kelemahan</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien dimandikan oleh perawat - Tampak pasien rapi dan bersih <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah defisit perawatan diri belum teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 	<p>Kristin Ludovika</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi) - Siapkan keperluan pribadi (sikat gigi dan sabun mandi) - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 	
Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
03-06-2022	<p>DP I: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang hanya sesekali saja dan belum bisa banyak gerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu menurun - Frekuensi napas membaik - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 3L/m - Tanda-tanda vital: TD: 166/86 mmHg N: 96x/m P: 22x/m S: 37.8°C SPO2: 99% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah pola napas tidak efektif teratasi <p>P :</p> <p>Hentikan intervensi</p>	
	<p>DP II: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien sudah sudah sadar penuh - Keluarga mengatakan pasien sudah bisa diajak bicara dan nyambung <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat (kompos mentis) - GCS: 13 	Kristin Ludovika

	<p>E: 4 V: 5 M: 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demam menurun Suhu tubuh 37.8°C - Tampak pasien berkomunikasi dengan baik ditemani oleh keluarganya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah risiko perfusi serebral teratasi sebagian <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status pernafasan - Pertahankan suhu tubuh normal - Kolaborasi pemberian diuretic osmosis: manitol 5x100cc, nicardipine 0.2 mg/cc, citicoline 1 ampul/12 jam/IV, amlodipine 10 mg 1x1, clonidine 0,15 mg/ oral, neurosanbe 1 ampul/12 jam/IV, - Monitor tingkat kesadaran - Monitor tanda-tanda vital 	
	<p>DP III: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neurumuskular</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kanannya - Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 	<p>Kristin Ludovika</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi - Jelaskan pada keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama - Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan 	
	<p>DP IV: Defisit perawatan diri b/d kelemahan</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien dimandikan oleh perawat - Tampak pasien rapi dan bersih <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah defisit perawatan diri belum teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan - Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi) - Siapkan keperluan pribadi (sikat gigi dan sabun mandi) - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 	<p>Kristin Ludovika</p>

F. Daftar Obat

1. Manitol

- a. Nama obat : manitol
- b. Klasifikasi/ golongan obat : diuretik
- c. Dosis umum : 500-600cc/ hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 5x100cc
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: menurunkan tekanan dalam tempurung kepala ketika meningkat dan ketika terjadi perdarahan di dalam tempurung kepala. Manitol adalah suatu hiperosmotik agent yang digunakan untuk meningkatkan aliran darah otak dan menghantarkan O₂ untuk menurunkan tekanan intrakranial.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: pada hasil CT Scan pasien didapatkan perdarahan.
- h. Kontra indikasi : wanita hamil dan menyusui, anuria, penderita gagal jantung kongesif
- i. Efek samping obat : gangguan keseimbangan cairan tubuh dan elektrolit, gangguan pencernaan, pusing, demam, mual, muntah, hipotensi.

2. Citicoline

- a. Nama obat : citicoline
- b. Klasifikasi/ golongan obat : vasodilator perifer dan activator serebral
- c. Dosis umum: kondisi akut 250 - 500 mg/ IV drips atau bolus injeksi 1-2 hari, kondisi kronik 100-300 mg/ IV 1-2/hari dan gangguan serebrovaskuler sampai dengan 1000 mg/ IM/IV
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 ampul/ 12 jam/ IV
- e. Cara pemberian obat : IV

- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: mekanisme kerjanya yaitu dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama *phosphatidylcholine*. Zat ini berperan penting untuk fungsi pengiriman sinyal-sinyal dari dan menuju otak.
- g. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan : pasien menderita HS dengan gejala penurunan kesadaran.
- h. Kontra indikasi : alergi terhadap citicoline, ketegangan otot tinggi dan menurunnya kemampuan otot (hipotonia) pada sistem saraf parasimpatis
- i. Efek samping obat : sakit kepala, denyut jantung lambat/cepat, gelisah, konstipasi, mual, muntah, sakit perut, hipotensi

3. Ranitidine

- a. Nama obat : ranitidine
- b. Klasifikasi/ golongan obat : antagonis H₂
- c. Dosis umum : 50 mg setiap 6-8 jam dan dosis tidak melebihi 400 mg/ hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 ampul/ 12 jam
- e. Cara pemberian obat : IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: ranitidine mensupresi sekresi asam lambung dengan 2 mekanisme: histamin yang diproduksi oleh sel ECL gaster diinhibisi karena ranitidine menduduki reseptor H₂ yang berfungsi menstimulasi sekresi asam lambung.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi asam yang berlebihan pada lambung.
- h. Kontra indikasi : penderita gangguan fungsi ginjal dan hati, ibu hamil dan menyusui, anak-anak.
- i. Efek samping obat : sakit kepala, pusing, mual dan muntah, gatal-gatal pada kulit.

4. Amlodipine

- a. Nama obat : amlodipine
- b. Klasifikasi/ golongan obat : antihipertensi
- c. Dosis umum : 1 mg hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 10 mg 1x1
- e. Cara pemberian obat : oral (NGT)
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: amlodipine bekerja dengan cara membantu melemaskan otot pembuluh darah. Dengan begitu pembuluh darah akan melebar, darah dapat mengalir dengan lancar dan tekanan darah menurun.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi hipertensi yang dialami pasien
- h. Kontra indikasi : hipersensitifitas/ reaksi alergi (reaksi yang berlebihan yang bersifat patologis yang ditimbulkan oleh sistem imun tubuh yang menimbulkan beberapa gejala yang tidak diinginkan), hipotensi (tekanan darah rendah).
- i. Efek samping obat : merasa lelah atau pusing, jantung berdegup kencang, merasa mual atau tidak nyaman di perut, pergelangan kaki membengkak.

5. Nicardipine

- a. Nama obat : nicardipine
- b. Klasifikasi/ golongan obat : antihipertensi
- c. Dosis umum : maksimal 15 mg/ jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 0,2 mg/ cc
- e. Cara pemberian obat : IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: nicardipine merupakan obat antagonis kalsium yang berkerja dengan cara menghambat dan mengendalikan aliran kalsium kedalam sel jantung dan pembuluh darah, sehingga pembuluh darah lebih relaks dan aliran darah lebih lancar.

- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi hipertensi yang dialami pasien
- h. Kontra indikasi : pasien dengan stenosis aorta lanjut, angina tidak stabil, syok kardiogenik, serangan angina akut.
- i. Efek samping obat : sakit kepala, pusing, mual dan muntah, frekuensi urine meningkat, mulut kering, takikardi, hipotensi dan badan lemas

6. Ceftriaxone

- a. Nama obat : ceftriaxone
- b. Klasifikasi/ golongan obat : antibiotik
- c. Dosis umum : 1-2 gr/ 12-24 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1gr/ 12 jam
- e. Cara pemberian obat : IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: ceftriaxone bekerja dengan cara mencegah bakteri membuat dinding sel, dengan demikian bakteri tidak akan memiliki pelindung sel, menjadi lemah dan lama kelamaan akan mati.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pada hasil foto thorax pasien terdapat bronchitis.
- h. Kontra indikasi : hipersensitif terhadap ceftriaxone atau Sefalosporin lain, neonatus kurang dari 41 minggu, bayi baru lahir, terutama bayi prematur dengan bilirubin yang tinggi, penggunaan bersamaan infus yang mengandung kalsium pada bayi lebih dari 41 minggu.
- i. Efek samping obat : feses berwarna gelap, nyeri dada, menggigil, batuk, demam, kesulitan berkemih, nafas pendek-pendek, tenggorokan nyeri, pembengkakan kalenjar, pendarahan atau memar yang tidak biasa, serta kelelahan/kelemahan yang tidak biasa.

7. Neurosanbe

- a. Nama obat : neurosanbe
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Vitamin B1, B6, B12
- c. Dosis umum : 1 amp/12 jam/ 24 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 amp/drips/IV/24 jam
- e. Cara pemberian obat : IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Vitamin B1 berperan sebagai koenzim pada proses dekarboksilasi asam alfa-keto dan berperan dalam proses metabolisme karbohidrat.

Vitamin B6 akan berubah menjadi piridoksal fosfat dan piridoksamin fosfat yang akan membantu dalam proses metabolisme protein dan asam empedu.

Vitamin B12 berperan dalam sintesa asam nukleat yang berpengaruh pada pematangan sel dan pemeliharaan integritas jaringan saraf.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien dalam kondisi tidak sadar dan mengalami gangguan saraf
- h. Kontra indikasi : hindari pemberian neurosanbe pada pasien yang hipersensitif terhadap vitamin B.
- i. Efek samping obat : mati rasa, kesemutan, masalah pada indera peraba, agranulositosis (sumsum tulang tidak memproduksi sel darah putih jenis tertentu).

8. Paracetamol

- a. Nama obat : paracetamol
- b. Klasifikasi/ golongan obat : analgesik non-opioid
- c. Dosis umum : maksimal 4000 mg/ hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg 3x1 (NGT)
- e. Cara pemberian obat : oral/ NGT
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: mekanisme kerja Parasetamol sebagai analgesik yaitu dengan cara menghambat enzim siklooksigenase (cox-1 dan cox-2). Berawal dari inflamasi/peradangan pada tubuh, tubuh akan mengeluarkan reaksi pencegahan atau reaksi protektif.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien demam
- h. Kontra indikasi : orang-orang yang pernah memiliki reaksi alergi terhadap parasetamol atau obat lain di masa lalu, memiliki masalah hati atau ginjal, memiliki kebiasaan minum alkohol, sedang minum obat epilepsi, sedang menjalani pengobatan tuberkulosis, dan mengonsumsi obat-obatan pengencer darah.
- i. Efek samping obat : mual, sakit perut bagian atas, gatal-gatal, kehilangan nafsu makan, urine berwarna gelap, feses berwarna pucat, dan kuning pada kulit dan mata.

9. Clonidine

- a. Nama obat : clonidine
- b. Klasifikasi/ golongan obat : antihipertensi
- c. Dosis umum : 50-100 mcg 3 x 1
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 0.15 mg / 1x1/ oral/ NGT
- e. Cara pemberian obat : oral/ NGT
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: obat ini dapat melewati peredaran darah otak atau *Blood Brain Barrier* dan masuk ke hipotalamus. Interaksi obat dan hipotalamus otak akan menurunkan tekanan darah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi hipertensi yang dialami pasien
- h. Kontra indikasi : pasien dengan hipersensitivitas terhadap clonidine, dan pada pasien dengan bradikardia berat.
- i. Efek samping obat : mulut kering sembelit (konstipasi), sakit kepala atau pusing, rasa kantuk, kelelahan atau lemas, gangguan tidur (insomnia), nyeri perut, mual atau muntah, nafsu makan hilang.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan ASKEP

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dengan kasus nyata dari penerapan asuhan keperawatan kritis di ruang ICU pada Tn. "S" usia 62 tahun dengan kasus *Hemoragik Stroke* di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 1 Juni - 3 Juni 2022.

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

1. Pengkajian

Pengkajian primer:

a. B1 (*Breathing*)

Pada pengkajian B1 yang dilakukan pada pasien Tn. "S", tampak pasien sesak, tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan, hasil foto thorax: *bronchitis*. Dari hasil analisa pada pasien Tn. "S" terjadinya bronkitis itu bisa diakibatkan oleh paparan infeksi maupun non infeksi. Apabila terjadi iritasi maka timbullah inflamasi yang mengakibatkan vasodilatasi, kongesti, edema mukosa dan bronkospasme. Hal ini dapat menyebabkan aliran udara menjadi tersumbat

sehingga *mucocilliary defence* pada paru mengalami peningkatan serta kerusakan, dan cenderung lebih mudah terjadi infeksi maka aliran udara menjadi terhambat baik itu aliran udara kecil maupun aliran udara yang besar. Pembengkakan bronkus akan mengakibatkan rusaknya jalan pada pernafasan dan terganggunya pertukaran gas pada alveolus terutama pada saat ekspirasi. Saluran pernafasan akan terperangkap di distal paru dan akan mengalami kolaps. Rusaknya hal tersebut dapat mengakibatkan penurunan ventilasi alveolar, asidosis, dan hipoksia. Apabila oksigennya kurang maka akan terjadinya resiko ventilasi yang tidak normal, maka penurunan PaO₂ akan terjadi dan apabila sampai ventilasi rusak maka akan mengalami peningkatan PaCO₂, yang akan menyebabkan sianosis.

b. B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 didapatkan pasien mengalami hipertensi TD: 196/100 mmHg, takikardia N: 130x/m. Dari hasil analisa pada pasien Tn. "S" yaitu meningkatnya cardiac output atau meningkatnya resistensi pembuluh darah dan hormon *Renin Angiotensin Aldosterone System* (RAAS). Cardiac output meningkat karena adanya retensi Na⁺ atau kadar Na di dalam tubuh meningkat karena Na ini akan meningkatkan osmolaritas darah. Hal ini menyebabkan cairan yang ada diluar pembuluh darah akan berosmosis masuk kedalam pembuluh darah. Kemudian hormon *Renin Angiotensin Aldosterone System* (RAAS) akan merangsang reabsorpsi Na⁺ dan pengeluaran K⁺ sehingga meningkatkan volume darah yang berdampak pada peningkatan tekanan darah.

c. B3 (*Brain*)

Pada pengkajian B3 di dapatkan penurunan kesadaran dengan GCS 8 yaitu sopor, hal ini terjadi karena pasien mengalami hipertensi yang tidak terkontrol yang menyebabkan terjadinya peningkatan viskositas pembuluh darah dimana jika berlangsung lama akan menyebabkan pembuluh darah mudah pecah dan ruptur sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan stroke hemoragik. Ketika kekurangan suplai oksigen menuju ke serebral akan menyebabkan penurunan kinerja dari sistem saraf di otak, maka pasien masuk pada kondisi penurunan kesadaran.

d. B4 (*Bladder*)

Pada pengkajian cairan yang masuk selama 24 jam yaitu 2.100 cc dan cairan keluar yaitu 2.600 cc. Pasien tampak terpasang foley kateter dengan jumlah urine sebanyak 600cc dan berwarna kuning pekat. Pemasangan kateter urine dilakukan untuk memonitor dan membantu output pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

e. B5 (*Bowel*)

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

f. B6 (*Bone*)

Pada saat pengkajian pasien tidak memiliki masalah ataupun kelainan pada tulang, tendon maupun sendi dan pada pengkajian *bone* juga tidak di kaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

Pengkajian sekunder:

Pengkajian 11 pola gordon menurut Nuryanti, (2020) dilakukan secara komprehensif yang mencakup seluruh aspek kerangka pengkajian kesehatan fungsional pada pasien Tn. "S" pengkajian 11 pola gordon hanya di kaji berdasarkan pola - pola yang bermasalah antara lain :

Pengkajian pada kasus ini penulis memperoleh data melalui wawancara dengan keluarga pasien. Pasien masuk RS pada tanggal 31 Mei 2022 dengan diagnosa medik Hemoragik Stroke. Data yang diperoleh dari keluarga bahwa pasien Tn. "S" (62 tahun) sebelumnya pernah mengalami stroke ringan kurang lebih 1 tahun yang lalu akan tetapi pasien masih bisa melakukan aktivitasnya seperti biasa sehingga keluarga tidak membawa pasien ke rumah sakit. Keluarga pasien mengatakan 1 hari sebelum masuk RS pasien mengeluh mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanannya. Keluarga mengatakan pada saat makan sekitar pukul 10.00 wita tiba-tiba makanan yang dipegang pasien jatuh dan pasien langsung tidak sadarkan diri sehingga pasien langsung dibawa ke RS Bhayangkara Makassar sekitar pukul 15.00 wita. Pada saat pengkajian tampak pasien tidak sadarkan diri, kesadaran sopor, GCS 8. Keluarga juga mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat Hipertensi sejak 15 tahun yang lalu, pasien juga pernah mengalami stroke ringan kurang lebih 1 tahun yang lalu.

Pada saat pengkajian penulis juga menemukan beberapa tanda dan gejala pada pasien yaitu kelemahan pada bagian tubuh sebelah kanan, dengan kekuatan otot pada tangan kanan 1, kaki kanan 1, tangan kiri 5 dan kaki kiri 5. Tanda-tanda vital: TD: 196/100 mmHg, N: 130x/m, P: 40x/m, S: 38⁰C, SPO2: 90%.

Untuk pemeriksaan penunjang pasien dilakukan CT Scan kepala dengan hasil *intraventrikel haemorhagik* dan *brain atrophy*.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2017) data dari pengkajian, penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan paa Tn. "S" yaitu:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penulis mengangkat diagnosa ini karena ditemukan data pada pasien yaitu dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan (diafragma), pola napas abnormal (takipnea), tampak pasien sesak, frekuensi napas 40x/m, SPO2 90%.
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko Hipertensi, penulis mengangkat diagnosa ini karena ditemukan data pada pasien yaitu tingkat kesadaran menurun (sopor), GCS 8: E2 V2 M4, TD: 196/100 mmHg, N: 130x/m, P: 40x/m, S: 38^oC. hasil CT Scan kepala : intraventrikel hemorhagik dan brain atrophy.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penulis mengangkat diagnosa ini karena ditemukan data pada pasien yaitu penurunan kesadaran, hemiparese sinistra, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, dan semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, penulis mengangkat diagnosa ini karena ditemukan data pada pasien yaitu pasien tidak sadarkan diri, semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat.

Berdasarkan teori ada beberapa diagnosa yang tidak diangkat oleh penulis yaitu:

- a. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena

pada saat pengkajian pasien dalam keadaan penurunan kesadaran.

- b. Risiko kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena selama perawatan pasien dilakukan mika-miki untuk mencegah dekubitus.
- c. Risiko defisit nutrisi dengan kondisi klinis terkait stroke, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena berat badan pasien dalam batas normal dan pasien terpasang NGT untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

3. Intervensi Keperawatan

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular
 - 1) Dukungan ventilasi
 - Observasi:** Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas, Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan, Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis.penggunaan otot bantu napas, saturasi oksigen).
 - Terapeutik:** Pertahankan kepatenan jalan napas, Berikan posisi semi fowler atau fowler, Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (non rebreathing 10 L/m).
 - Edukasi:** Ajarkan mengubah posisi secara mandiri.
 - Kolaborasi:** pemberian antibiotik ceftriaxone 1gr/12 jam/IV
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko Hipertensi
 - 1) Manajemen peningkatan tekanan intrakranial
 - Observasi:** Identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, pola napas

ireguler, kesadaran menurun), monitor status pernafasan, monitor intake dan output cairan.

Terapeutik: Cegah terjadinya kejang, pertahankan suhu tubuh normal, mika-miki setiap 2 jam, elevasi kepala 30°.

Kolaborasi: Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, *jika perlu*.

2) Pemantauam Neurologis

Observasi: Monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital.

Terapeutik: Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.

Edukasi : Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

1) Teknik latihan penguatan sendi

Observasi: Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi.

Terapeutik: Berikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi pasif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi.

Edukasi: Jelaskan pada keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama.

Kolaborasi: Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan.

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

1) Dukungan perawatan diri

Observasi: Monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.

Terapeutik: Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi), siapkan keperluan pribadi (sikat gigi dan sabun mandi), dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.

Edukasi: Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

4. Implementasi Keperawatan

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

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular, implementasi hari pertama yang dilakukan oleh penulis adalah mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu pernapasan, monitor status respirasi dan oksigenasi, dan memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi hari pertama dan semua intervensi yang telah disusun.
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko Hipertensi, implementasi hari pertama yang dilakukan oleh penulis adalah mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital, mengkaji tingkat kesadaran, pasien memantau tanda-tanda peningkatan TIK, serta melakukan advis dokter dalam pemberian obat antihipertensi dan obat diuretik. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi hari pertama dan semua intervensi yang telah disusun.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, implementasi hari pertama yang dilakukan oleh

penulis adalah mengkaji kemampuan mobilisasi pasien, mengkaji tingkat kesadaran pasien, mengkaji kekuatan otot pasien, serta mengajarkan kepada keluarga cara melakukan latihan ROM pasif dan aktif kepada pasien. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi hari pertama dan semua intervensi yang telah disusun.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, implementasi hari pertama yang dilakukan oleh penulis adalah mengkaji tingkat kemandirian dan tingkat kesadaran pasien. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi hari pertama dan semua intervensi yang telah disusun.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 01 Juni 2022 – 03 Juni 2022 pada Tn. S merupakan tahap akhir untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam evaluasi ini dilakukan selama 3x24 jam.

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Evaluasi: sampai pada hari ketiga perawatan masalah pola napas telah teratasi. Tampak pasien sudah tidak sesak, tanda-vital pasien dalam batas normal N:96x/m, P: 22x/m, S: 37,8⁰C, SPO2: 98%. Tampak pasien dalam kesadaran penuh.

- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko Hipertensi.

Evaluasi: sampai pada hari ketiga perawatan masalah teratasi sebagian karena pasien sudah dalam kondisi kesadaran penuh,

pasien sudah bisa diajak bicara dan nyambung. Akan tetapi tekanan darahnya masih tinggi 185/100 mmHg.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Evaluasi: sampai pada hari ketiga perawatan masalah belum dapat teratasi dimana pasien masih belum mampu menggerakkan kaki dan tangan kanannya, pasien juga masih dibantu oleh perawat dan keluarga dalam pemenuhan kebutuhannya.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Evaluasi: sampai pada hari ketiga perawatan masalah belum teratasi karena pasien belum mampu mandiri dalam pemenuhan aktivitasnya.

B. Pembahasan Penerapan EBN pada Tindakan Keperawatan

1. Judul EBN

Pengaruh efektifitas penerapan elevasi kepala 30⁰ terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke.

2. Diagnosis keperawatan

Risiko perfusi serebral tidak efektif

3. Luaran yang diharapkan

Diharapkan tingkat kesadaran meningkat, demam menurun, nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik, kesadaran membaik, tekanan darah sistolik dan diastolik cukup membaik.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Pemantauan neurologis dan manajemen peningkatan tekanan intrakranial.

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

- a. Pengertian tindakan

Elevasi kepala 30° adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan mensejajarkan ekstremitas dengan badan (Wahidin, Supraptini, 2020).

b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep

Tujuan dilakukannya elevasi kepala 30° adalah untuk mempengaruhi venous return menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai fungsinya.

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

1) P (*Problem*)

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, ditemukan 1 pasien atas nama Tn. "S" dengan diagnosa medis stroke hemoragik. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 1 Juni 2022 didapatkan tanda-tanda vital TD:196/100 mmHg, N: 130x/m, P: 40x/m, S: 38°C, saturasi oksigen 90%, terpasang oksigen NRM 10L/m, tampak pasien kesadaran menurun.

2) I (*Intervention*)

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu terapi nonfarmakologi berupa tindakan elevasi kepala 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen dan perfusi jaringan serebri yang akan berdampak pada peningkatan kesadaran dan tekanan darah membaik.

3) C (*Comparison*)

Penelitian yang dilakukan oleh Logi Kiswanto dan Nur Chayati (2021) tentang efektivitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien *Stroke*, Hasil penelitian menunjukkan bahwa elevasi kepala 30° lebih

direkomendasikan dalam perbaikan perfusi jaringan cerebral, walaupun nilai perbedaan tidak terlalu tinggi.

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Martina et al., 2017) yang berjudul “penerapan posisi *Head up 30°* sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien *Stroke Hemoragik* dan *Stroke Non Hemoragik*, yang hasilnya menunjukkan terdapat pengaruh posisi *head up 30°* terhadap saturasi pada pasien stroke. Pemberian posisi *Head Up 30°* dapat dilakukan pada pasien *Stroke Hemoragik* maupun *Non Hemoragik* karena dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

Adapun penelitian yang dilakukan oleh Afif dan Akhmad (2020) dalam jurnal yang berjudul peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi *head up* menunjukkan bahwa *Penerapan Evidence Based Practice Nursing* yaitu pemberian posisi *head up 30°* terbukti efektif dalam menaikkan kadar saturasi oksigen dari 94% ke 98% pada pasien stroke hemoragik di RSUP dr. Kariadi Semarang.

Pada penelitian yang dilakukan oleh penulis di ruang Intensive care unit (ICU) RS Bhayangkara Makassar dengan memberikan terapi nonfarmakologis yaitu elevasi kepala 30° menunjukkan bahwa terjadi peningkatan saturasi oksigen setelah diberikan terapi elevasi kepala.

Jika dibandingkan cara yang dilakukan oleh penulis dengan memberikan terapi elevasi kepala 30° maupun cara yang dilakukan oleh peneliti pada EBN yaitu dengan memberikan terapi elevasi kepala 30° sama-sama efektif yaitu menunjukkan hasil terjadi peningkatan saturasi oksigen setelah dilakukan elevasi kepala.

4) O (*Outcome*)

Dari hasil intervensi elevasi kepala 30⁰ pada pasien Tn. "S" didapatkan terjadi peningkatan saturasi oksigen setelah dilakukan intervensi selama 30 menit. Saturasi oksigen sebelum dilakukan intervensi yaitu 93% menjadi 95%.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Logi Kiswanto dan Nur Chayati (2021) tentang Efektivitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien *Stroke*, didapatkan adanya perbaikan perfusi jaringan serebral walaupun nilainya tiak terlalu tinggi.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh (Martina et al., 2017) yang berjudul "Penerapan posisi *Head up 30⁰* sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien *Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik*, didapatkan hasil bahwa terapat peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen setelah intevensi (sebelum pemberian posisi 97% dan setelah pemberian posisi 98%).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Afif dan Akhmad (2018) dalam jurnal yang berjudul Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien *Stroke*, didapatkan hasil saturasi oksigen meningkat dari 94% ke 98%.

Pada penelitian yang penulis jadikan sebagai *Evidence Based Nursing* didapatkan pemberian elevasi kepala 30⁰ pada pasien stroke berpengaruh terhadap saturasi oksigen. Dimana tindakan ini dapat mempertahankan kestabilan fungsi dari kerja organ agar tetap lancar khususnya sistem pernafasan dan sistem regulasi dini yang bisa bekerja secara optimal serta memberikan kenyamanan bagi pasien stroke yang ditandai dengan penurunan tekanan darah dan peningkatan kesadaran.

5) T (*Time*)

Pelaksanaan intervensi elevasi kepala 30° dilakukan pada tanggal 1-3 Juni 2022 di ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar dan walaupun dilakukan mika-miki tetap mempertahankan elevasi kepala.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. *Hemoragic stroke*, perdarahan yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah ke otak karena tekanan darah tinggi atau hipertensi. Sisanya bisa disebabkan oleh *rupture* atau pecahnya *aneurysma*, yaitu pembuluh darah yang bertekstur tipis dan mengembang, atau bisa juga karena *rupture* pada *arterovenomalformation* (AVM).
2. Dari hasil pengkajian yang dilakukan, didapatkan tanda dan gejala pada Tn. "S" kelemahan pada tubuh sebelah kanan dan dari data yang diperoleh melalui observasi didapatkan: keadaan umum lemah, pasien tidak sadarkan diri dengan kesadaran sopor, GCS 8: E2 V2 M4, TD: 196/100 mmHg, N: 130x/m, P:40x/m, S:38⁰C. hasil CT Scan kepala menunjukkan "intraventrikel hemorhagik dan brain atrophy".
3. Dari tanda dan gejala yang muncul pada Tn. "S" penulis merumuskan 4 diagnosa keperawatan. Diagnosa yang pertama yaitu Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular, yang kedua yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko Hipertensi, yang ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, yang keempat yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
4. Pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan intervensi telah dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan. Implementasi disusun berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan

yaitu pemberian tindakan terapeutik berupa pemberian terapi nonfarmakologis yaitu elevasi kepala 30°.

5. Pada tahap evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan tindakan berdasarkan kriteria hasil dari masalah keperawatan yang diangkat yaitu adanya peningkatan saturasi oksigen dan peningkatan kesadaran.
6. Intervensi EBN elevasi kepala 30° yang diberikan kepada pasien memperoleh hasil yang cukup baik dimana pasien mengalami peningkatan saturasi oksigen dan peningkatan kesadaran setelah diberikan intervensi. Dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi nonfarmakologi yaitu elevasi kepala 30° dapat mengatasi masalah risiko perfusi serebral tidak efektif pada pasien Stroke Hemoragik di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

B. Saran

Mengacu pada manfaat penulisan karya ilmiah akhir ini, maka penulis menyampaikan saran sebagai pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan kemajuan untuk rumah sakit, perawat, dan institusi pendidikan.

1. Perawat

Diharapkan kepada tenaga keperawatan khususnya dalam penanganan asuhan keperawatan pasien stroke hemoragik secara holistik dan dapat memanfaatkan dan memaksimalkan intervensi pemberian terapi elevasi kepala 30° dalam mencegah gangguan hemodinamik serta saturasi oksigen.

2. Rumah Sakit

Sebaiknya pihak rumah sakit menyiapkan alat-alat yang diperlukan untuk mobilisasi pasien stroke misalnya kursi, tempat

yang dapat diatur khususnya di ruangan ICU, serta menyiapkan ruangan khusus untuk pasien stroke.

3. Institusi Pendidikan

Sejalan dengan visi dan misi STIK Stella Maris Makassar yaitu menjadi sekolah tinggi ilmu kesehatan yang unggul dalam keperawatan neurorehabilitasi dengan berlandaskan pelayanan cinta kasih sehingga diharapkan meningkatkan mutu pendidikan khususnya dalam memberikan mata kuliah dan memperbanyak persediaan buku-buku dipergustakaan yang ter-update yang membahas tentang penyakit *Hemoragik Stroke*.

DAFTAR PUSTAKA

Afif Mustikarani, Akhmad Mustofa. (2020). Peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi head up. *Ners Muda, Vol 1 No 2*, 114-119. <https://DOI: 10.26714/nm.v1i2.5750>

Arif Muttaqin. (2011). *Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

Amanda, Arora Nexi. (2018). *Asuhan keperawatan gangguan oksigenasi pada pasien stroke hemoragik di ruang rawat inap syaraf rsup dr. m. djamil padang*. Karya Tulis Ilmiah. Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang, Program studi D-III Keperawatan. Diakses dari: http://pustaka.poltekkespdg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=5196

Arum, S.P. (2015). *Stroke kenali, cegah dan obati*. Yogyakarta: EGC.

Batticaca, F.B. (2016). *Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

Hidayah, Mellisa. (2015). Faktor-faktor yang berhubungan dengan outcome pasien stroke yang dirawat di ICU RSUP Dr Kariadi Semarang. *Media Medika Muda, Vol 4 No 4*, 1186-1196. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/medico>

Junaidi, (2017). *Stroke waspadai ancamannya*. Yogyakarta: Andi Offset.

Kemenkes RI, 2018, Hasil utama RISKESDAS 2018, Kemenkes RI: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Diakses dari: <https://www.litbang.kemkes.go.id/hasil-utama-riskesdas-2018/>

Logi Kiswanto, Nur Chayati. (2021). Efektivitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke, *Jurnal*

of *Telenursing (JOTING)*, 3(2), 519-525.
<https://doi.org/10.31539/joting.v3i2.2559>

Martina Ekacahyaningtyas , Dwi Setyarini , Wahyu Rima Agustin , Noerma Shovie Rizqiea. (2017). Posisi head up 30° sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 55-59.
<https://adihusada.ac.id/jurnal/index.php/AHNJ/article/view/98>

Michael Frotschar , Baehr Mathias. (2020). *Diagnosis topik neurologi duus: anatomi, fisiologi, tanda, gejala*. Jakarta: EGC.

PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia: definisi dan dpp rencana tindakan keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tujuan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Purwani, Dwi Rahayu. (2017). *Strokes home care pencegahan, penanganan, dan perawatan stroke dalam keluarga*. Yogyakarta: Healthy.

Robinson, J.M., & Saputra, L. (2014). *Visual nursing (medikal-bedah)*. Jilid 1. Tangerang: Binarupa Aksara.

Sands, E., Wong, L., Lam, M. Y., Panerai, R. B., Robinson, T. G., & Minhas, J. S. (2020). The effects of gradual change in head positioning on the relationship between systemic and cerebral haemodynamic parameters in healthy controls and acute ischaemic stroke patients. *Brain Sciences*, 10(9), 1-17. <https://doi.org/10.3390/brainsci10090582>.

- Tarwoto. (2013). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wahidin, W., & Supraptini, N. (2020). Penerapan teknik head up 30° terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien yang mengalami cedera kepala sedang. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 7-13. <https://doi.org/10.53510/nsj.v1i1.14>
- YaDeau, J. T., Kahn, R. L., Lin, Y., Goytizolo, E. A., Gordon, M. A., Gadulov, Y., Garvin, S., Fields, K., Goon, A., Armendi, I., Dines, D. M., & Craig, E. V. (2019). Cerebral oxygenation in the sitting position is not compromised during spontaneous or positive-pressure ventilation. *Hospital of Special Surgery (HSS) Journal*, 15(2), 167–175. <https://doi.org/10.1007/s11420-018-9642-4>.