



KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN *NON-HEMORRHAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG INTENSIVE CARE UNIT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR

OLEH:

**MARIA ROSALIA Y.GOSAL (NS2114901091)
MARIA SINTIANI RUIG (NS2114901092)**

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



KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN *NON-HEMORRHAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG INTENSIVE CARE UNIT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR

OLEH:

**MARIA ROSALIA Y.GOSAL (NS2114901091)
MARIA SINTIANI RUIG (NS2114901092)**

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Maria Rosalia Y. Gosal (NS2114901021)
2. Maria Sintiani Ruing (NS21149092)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners 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,



Maria Rosalia Y. Gosal



Maria Sintiani Ruing

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS) 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. Maria Rosalia Y. Gosal / NS2114901091
2. Maria Sintiani Ruing / NS2114901092

Disetujui oleh

Pembimbing 1



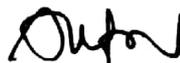
(Fransiska Anita E.R.S.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB)
NIDN: 0913098201

Pembimbing 2



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

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Maria Rosalia Y. Gosal (NIM: NS2114901021)
2. Maria Sintiani Ruing (NIM: NS2114901092)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Fransiska Anita E.R.S.,Ns.,M.Kep., Sp.Kep.MB ()

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

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

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

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 12 Juli 2022

Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Maria Rosalia Y. Gosal (NS2114901091)

Maria Sintiani Ruing (NS2114901092)

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



Maria Rosalia Y. Gosal



Maria Sintiani Ruing

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karena berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan Dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) pada Ny. N (63 Tahun) di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Karya Ilmiah Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (S.Kep., Ns) di STIK Stella Maris Makassar.

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

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

serta memberikan dukungan dan dorongan untuk menyelesaikan penyusunan KIA ini.

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

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

Makassar, 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 Penelitian.....	4
1. Bagi Instalasi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	4
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	5
4. Metode Penulisan.....	5
5. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar.....	7
1. Pengertian.....	7
2. Anatomi Fisiologi.....	8
3. Etiologi.....	13
4. Patofisiologi.....	17
5. Manifestasi Klinis.....	18
6. Pemeriksaan Penunjang.....	18
7. Penatalaksanaan.....	20
8. Komplikasi.....	23

B. Konsep Dasar Keperawatan	24
1. Pengkajian Kritis.....	24
2. Diagnosa Keperawatan	26
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	29
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>).....	36
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus	37
B. Pengkajian	38
C. Diagnosa Keperawatan	58
D. Intervensi Keperawatan	59
E. Implementasi Keperawatan	64
F. Evaluasi Keperawatan	87
G. Daftar Obat	92
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep.....	108
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	118
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	126
B. Saran	127
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Stroke Iskemik.....	7
Gambar 2.2	Anatomi Otak.....	8

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Luaran dan Perencanaan Keperawatan.....	29
-----------	---	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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 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. Sebanyak 80-85% merupakan stroke non hemoragik (Kemenkes RI, 2019). Pada *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) terdapat sumbatan yang disebabkan oleh thrombus (bekuan) yang terbentuk didalam pembuluh darah otak, hal ini menyebabkan gangguan pasokan oksigen dan nutrisi di otak sehingga terjadi kerusakan jaringan otak.

Prevalensi stroke menurut data *World Stroke Organization* (WSO) 2019, menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah. Prevalensi stroke bervariasi di berbagai belahan dunia. Di negara Indonesia sendiri berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2018 prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari 7% menjadi 10,9%. Prevalensi penyakit stroke yang tinggal di daerah perkotaan lebih besar yaitu 63,9% dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan sebesar 36,1% (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 prevalensi stroke tertinggi terdapat di Kalimantan Timur (14.7%) dan yang terendah berada di Papua (4.1%). Sedangkan angka kejadian Stroke di Sulawesi Selatan yaitu sebesar 10,6%. Prevalensi penyakit stroke

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

Terdapat beberapa faktor terjadinya resiko stroke non hemoragik, antara lain: usia lanjut, hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, hiperkolesterolemia, merokok dan kelainan pembuluh darah otak. Pada tahun 2011 WHO menyebutkan bahwa penyakit darah tinggi atau hipertensi menyumbang 17,5 juta kasus stroke di dunia (Nasution, 2013).

Penderita stroke sering mengalami tanda dan gejala berupa kelemahan atau kelumpuhan akibat defisit neurologis. Akibatnya, penderita tersebut mengalami tirah baring lama tanpa mampu mengubah posisi dan membutuhkan *bedrest* total serta ketergantungan dalam setiap aktifitasnya (Fadila et al., 2017). Pasien dengan stroke umumnya mengalami penurunan tingkat kesadaran dan gangguan hemodinamik yang menyebabkan terjadinya penurunan kualitas hidup penderita (Filya & Feni, 2019). Selain itu, pada penderita stroke aliran darah dalam tubuh tidak lancar sehingga dapat mengakibatkan gangguan suplai oksigen. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan dan penanganan yang komprehensif demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius (Afif Mustikarani, 2020).

Untuk mengatasi stroke, diperlukan penanganan yang komprehensif sebagai peran perawat demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Penerapan *evidence-based nursing* (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan hasil penelitian, untuk memberikan *outcome* yang lebih baik demi kesembuhan pasien. Berdasarkan beberapa hasil penelitian, pengaturan *head-up* 30⁰ dan Terapi Murrotal merupakan dua intervensi EBN yang sudah diteliti dan direkomendasikan pada pasien stroke.

Pengaturan *head-up* 30⁰ telah banyak digunakan sebagai intervensi untuk memperbaiki saturasi oksigen. Penelitian yang dilakukan di Brazil oleh Martinez et. al (2015) menunjukkan bahwa pengaturan posisi *head-up* 30⁰ memberikan *outcome* positif terhadap komplikasi dinamik pasien dengan ventilasi mekanik. Selain itu, studi kasus yang telah dilakukan oleh Filya & Femi (2019) menunjukkan terjadinya peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke setelah diberikan intervensi posisi *head-up* 30⁰ yang dilaksanakan selama 3 hari. Seperti halnya pengaturan posisi *head-up* 30⁰, Terapi Murrotal juga telah banyak digunakan untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan pasien. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Filya & Femi (2019) membuktikan bahwa pemberian Terapi Murrotal selama 7 hari menunjukkan peningkatan GCS pasien dari GCS 7 menjadi GCS 11. Terapi Murrotal tidak hanya memberikan efek terapeutik untuk fisik saja tetapi juga psikologis dan spiritual.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil studi kasus dan melakukan intervensi keperawatan kepada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) yang dirawat di ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara.
- b. Menetapkan Diagnosa Keperawatan pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU RS Bhayangkara

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Membantu Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan terutama perawatan intensif pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS).

2. Bagi Profesi Keperawatan

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

3. Bagi Institusi Pendidikan

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

D. Metode Penulisan

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

1. Studi Kepustakaan

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

2. Studi Kasus

Penulis mengumpulkan dan menganalisis data-data melalui:

a. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga pasien serta pihak lainnya.

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan Fisik

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

d. Dokumentasi

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil test diagnostik.

E. Sistem Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain BAB I PENDAHULUAN, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II TINJAUAN PUSTAKA, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu Konsep Dasar Medik yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi

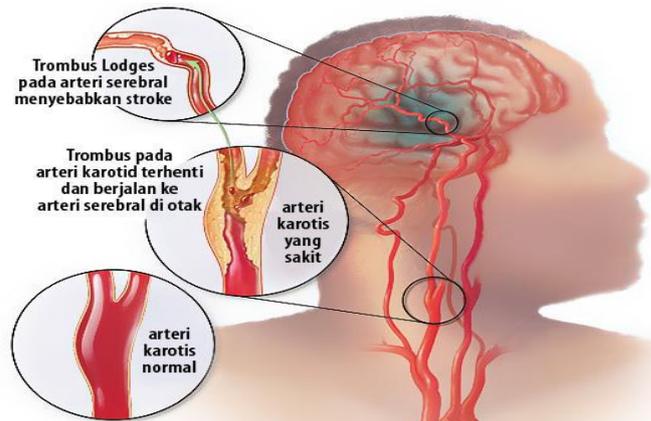
klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi, dan juga Konsep Dasar Keperawatan berupa pengkajian, diagnosis keperawatan, luaran dan perencanaan keperawatan, serta perencanaan pulang (*discharge planning*). BAB III PENGAMATAN KASUS, yang meliputi ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. BAB IV PEMBAHASAN KASUS, yang menguraikan pembahasan asuhan keperawatan dan pembahasan penerapan *evidence based nursing*. BAB V PENUTUP, yang terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian



Gambar 2.1 Stroke iskemik

Stroke (*cerebrovascular disease*) merupakan suatu penyakit pembuluh darah otak yang biasanya muncul akibat gangguan fungsi pada otak karena terdapat kerusakan ataupun kematian pada jaringan otak yang disebabkan berkurangnya atau tersumbatnya aliran darah serta oksigen yang masuk ke otak (Ummaroh & Nurul, 2019).

Stroke adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan (*ischemic stroke*) atau pendarahan (Ridah Daration, et. al., 2017).

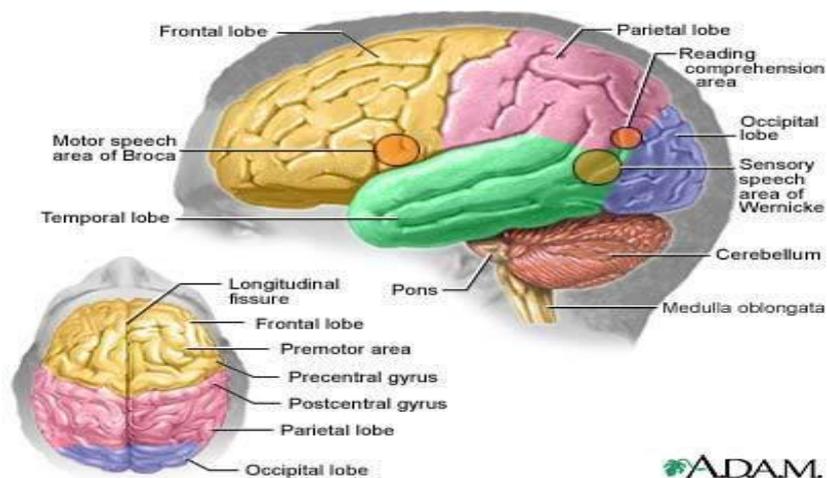
Stroke non hemoragik merupakan tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak (Kabi et. al., 2015).

Stroke non hemoragik adalah penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak berhenti sebagian atau seluruhnya (Lloyd-Jones et. al, 2013)

Stroke non hemoragik yaitu tertutupnya pembuluh darah oleh bekuan darah atau gumpalan hasil terbentuknya thrombus (Risma, 2021).

Berdasarkan definisi diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) merupakan penyumbatan pembuluh darah di otak yang disebabkan oleh bekuan darah atau gumpalan trombus sehingga suplai darah dan oksigen ke otak terhenti sebagian atau seluruhnya yang mengakibatkan gangguan fungsi pada otak yang berakibat pada kerusakan/kematian pada jaringan otak.

2. Anatomi dan Fisiologis



Gambar 2.2 Anatomi Otak

a. Otak

Otak merupakan pusat kendali fungsi tubuh yang rumit dengan sekitar 100 miliar sel saraf, walaupun berat total otak hanya sekitar 2,5% dari berat tubuh, 70% oksigen dan nutrisi yang diperlukan tubuh ternyata digunakan oleh otak. Otak tidak

mampu menyimpan nutrisi agar bisa berfungsi, otak tergantung dari pasokan darah, yang secara kontinyu membawa oksigen dan nutrisi. Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu :

- 1) Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensori (rasa) dan kontrol gerakan yang halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu :
 - a) Lobus frontalis, adalah bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di area brocca untuk kontrol motorik bicara.
 - b) Lobus temporalis, terdapat di bawah lateral dari fisura serebralis dan didepan lobus oksipitalis. Berfungsi dalam integrasi somatisasi, pendengaran dan penglihatan.
 - c) Lobus parietalis, adalah daerah korteks yang terletak dibelakang sulkus sentralis, diatas fisura lateralis dan meluas kebelakang fisura parieto-oksipitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.
 - d) Lobus oksipitalis, adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak disebelah posterior dari lobus parietalis dan diatas fisura-fisura parieto-oksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.
- 2) Otak kecil yaitu otak yang terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut aferen sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi.
Otak kecil terbagi atas :

- a) Arkhiserebelum (vestibuloserebelum), serabut aferen berasal dari telinga dalam yang diteruskan oleh nervus VIII (auditorius) untuk keseimbangan dan rangsangan pendengaran ke otak.
 - b) Paleaserebelum (spinoserebelum), sebagai pusat penerima implus dari reseptor sensasi umum medulla spinalis dan nervus vagus (N. trigeminus) kelopak mata, rahang atas dan bawah serta pengunyah.
 - c) Neoserebelum (pontaserebelum), korteks serebelum menerima informasi tentang gerakan yang sedang dan yang akan dikerjakan dan mengatur gerakan sisi badan.
- 3) Batang otak yaitu otak yang berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan beberapa fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernapasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari:
- a) Diensefalon, bagian batang otak paling atas terdapat di antara serebelum dan mesensefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap kesamping. Fungsi dari diensefalon yaitu vasoktriktor, respiratori, mengontrol kegiatan reflex, dan membantu kerja jantung.
 - b) Mesensefalon, atap dari mesensefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas di sebut korpus kuadrigeminus superior dan dua dari sebelah bawah di sebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.
 - c) Pons varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesensefalon dan pons varoli dengan serebelum, terletak

di depan serebelum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu penghubung antara kedua bagian serebelum dan pusat saraf nervus trigeminus.

- d) Medulla oblongata, merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernapasan, mengontrol kegiatan reflex.

b. Saraf Kepala

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.

Saraf kepala terbagi menjadi dua belas yaitu:

- 1) Nervus olfaktorius: sensorik sensasi bau dan penciuman.
- 2) Nervus optikus: sensorik bola mata, ketajaman pengelihatan.
- 3) Nervus okulomotorius: bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot pergerakan bola mata), menghantarkan serabut-serabut para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- 4) Nervus troklearis: bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf pergerakan mata.
- 5) Nervus trigeminus: bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang, fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar, sarafnya yaitu:
 - a) Nervus oltamikus: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata.

- b) Nervus maksilaris: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung rongga hidung, dan sinus maksilaris.
 - c) Nervus mandibula: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah, serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.
- 6) Nervus abduksen: sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf pengoyang sisi mata.
 - 7) Nervus fasialis: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk mengantarkan rangsangan pengecap.
 - 8) Nervus vestibulokoklearis: sifatnya sensori, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.
 - 9) Nervus glosofaringeus: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawahkan rangsangan citra rasa ke otak.
 - 10) Nervus vagus: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esophagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa.
 - 11) Nervus asesorius: saraf ini mensarafi muskulus sternocleidomastoid dan muskulus trapezium, fungsinya sebagai saraf tambahan.

- 12) Nervus hipoglasus: saraf ini mensarafi otot-otot lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyambung. (Sulistiyawati, 2020)

3. Etiologi

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Gabriella & Fitria, 2012).

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motoric atas (upper motor neuron) dan hipertensi (Gabriella & Fitria, 2012).

Menurut Ratnasari (2020), stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke terbagi menjadi dua, yaitu:

a. Faktor predisposisi

1) Umur

Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi resikonya. Setelah berumur 55 tahun, resikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi

pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin.

2) Jenis kelamin

Pria lebih beresiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Resiko stroke pria lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan kata lain, walaupun lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor resiko utama yang menyebabkan pengerasan atau penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor resiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum stroke. Secara medis, tekanan darah diatas 140/90 mmHg tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena itu dampak dari hipertensi keseluruhan resiko stroke menurun seiring dengan pertambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar terhadap resiko stroke. Orang yang tidak menderita hipertensi, resiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Sejumlah penelitian menunjukkan obat-obatan anti hipertensi dapat mengurangi resiko stroke sebesar 38% dan pengurangan angka kematian karena stroke sebesar 40%.

2) Diabetes mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor resiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intrakranial maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, missal pembuluh darah penetrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposisi hialin, produk lipid amorphous, dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami aterosklerosis tersebut dan selanjutnyadapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imajing.

Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Pengendalian diabetes sangat membantu dalam menurunkan terjadinya stroke.

3) Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah

Kenaikan level *Low Density Lipoprotein* (LDL) merupakan faktor penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol di atas 240 mg%. setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 m mol (38,7 mg%) menurunkan

terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke.

4) Kebiasaan mengkonsumsi alkohol

Mengkonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistensi, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan terjadinya stroke. Mengkonsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat trombosit sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin.

5) 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.

6) Stress

Stress yaitu suatu reaksi adaptif bersifat sangat individual, sehingga respon stress akan sangat berbeda antar individu. Stress yang terus menerus dapat menimbulkan gejala

seperti sakit kepala, mudah marah, tidak bisa tidur yang dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan fisik maupun psikis. Stress yang bersifat konstan dan terus menerus mempengaruhi kinerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memproduksi hormone adrenalin, tiroksin, dan kortisol sebagai hormon utama stress akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistem homeostasis. Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sistem saraf simpatis berpengaruh terhadap kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksi selain meningkatkan Basal Metabolism Rate (BMR), juga menaikkan denyut jantung dan frekuensi napas. Peningkatan denyut jantung inilah yang akan memperberat aterosklerosis.

4. Patofisiologi

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) disebabkan oleh trombosit akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah luar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (atheroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

Thrombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan akan terbawah hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen. Sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak

sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Sulistiyawati, 2020).

5. Manifestasi klinis

Menurut Maria (2021), manifestasi klinis stroke sebagai berikut:

- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
- b. Tiba-tiba hilang rasa peka
- c. Gangguan bicara dan bahasa
- d. Mulut mencong atau tidak simetris
- e. Berbicara pelo
- f. Gangguan pengelihatatan
- g. Vertigo
- h. Gangguan daya ingat
- i. Kesadaran menurun
- j. Gangguan fungsi otak
- k. Proses kencing terganggu

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Praditiya (2017), pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik adalah sebagai berikut:

- a. CT-Scan
Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.
- b. Pemeriksaan foto thorax
Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda

hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

c. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan darah rutin

2) Pemeriksaan kimia darah, pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

d. Elektro encefalography

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

e. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi/nuptur.

f. Sinar X tengkorak

Mengambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trubus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

g. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masala sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/arterosklerosis).

h. Magnetic resonance imagine (MRI)

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnois / perdarahan intracranial.

7. Penatalaksanaan Medik

Menurut Sulistiyawati (2020), penatalaksanaan medik pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) dibedakan menjadi 2, yaitu sebagai berikut:

a. Farmakologi

Ditunjukkan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (*Recombinant Tissue Plasminogen Activator*). Selain itu, dapat juga diberi agen neuroproteksi yaitu sitikoin atau pirasetam (jika didapatkan afasia). Terapi farmakologis yang digunakan pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS), yaitu :

1) Fibrinolitik / trombolitik (rtPA)

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, tenecteplase dan reteplase, namun yang tersedia diindonesi hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang biasa terjadi adalah resiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna serta angioedema. Rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang 3-4, atau 5 jam setelah onset gejala.

2) Antikoagulan

Terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya heparin dan warfarin.

3) Antiplatelet

Golongan obat ini sering digunakan untuk mencegah terjadinya stroke berulang pada pasien stroke dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan untuk pasien stroke.

4) Antihipertensi

a) Pasien dapat menerima rtAP namun tekanan darah >185/110 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg/iv selama 1-2 menit, dapat diulang satu kali atau nikardipin 5 mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam, setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai <185/110 mmHg, maka jangan diberikan rtPA.

b) Pasien sudah dapat rtAP, namun tekanan darah sistolik >180-230 mmHg atau diastolic >105-120mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg/IV, kemudian infus kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA <180/105 mmHg, monitor tiap 15 menit selama 2 jam dari mulainya rtPA, lalu tiap 30 menit selama 6 jam dan kemudian tiap jam selama 16 jam.

b. Non Farmakologi

1) Fase akut

a) Letakan posisi kepala pasien pada posisi 30⁰, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap dua jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.

- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
 - c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
 - d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonic, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-200 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
 - e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg%, dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
 - b) Pertahankan integritas kulit
 - c) Pertahankan komunikasi yang efektif
 - d) Program manajemen *bladder* dan *bowel*
 - e) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).
 - 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 ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

8. Komplikasi

Menurut Maria (2021), komplikasi yang dapat terjadi pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS), yaitu:

a. Kekakuan otot sendi

Tirah baring yang lama akan menyebabkan otot dan sendi menjadi kaku, agar tidak terjadi kekakuan maka dilakukan fisioterapi.

b. Dekubitus

Tirah baring yang lama akibat lumpuh menyebabkan luka pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat tirah baring, seperti pinggul, bokong, sendi kaki, tumit. Apabila dibiarkan luka ini dapat menyebabkan infeksi. Cara agar terhindar dari luka atau dekubitus adalah dengan mengubah posisi tidur secara berkala atau penggunaan kasur dekubitus.

c. Bekuan darah

Menumpuknya cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru, bekuan darah sering terjadi di kaki yang lumpuh.

d. Pneumonia

Ketidakmampuan pasien stroke untuk batuk dan menelan secara benar, sehingga hal ini menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi.

e. Stress atau depresi

Hal ini dapat terjadi pada pasien stroke karena pasien merasa tak berdaya dan takut akan masa depannya.

- f. Nyeri pundak dan subluxation/dislokasi
Gerakan ganti pakaian atau saat ditopang orang lain dapat menyebabkan rusaknya otot pada sekitar bahu yang mengontrol sendi, maka dari itu lengan pasien stroke diletakkan papan atau kain untuk menahan agar tidak terkulai.
- g. Pembengkakan otak
- h. Infeksi: saluran kemih, paru (pneumonia aspirasi)
- i. Kardiovaskuler: gagal jantung, serangan jantung, emboli paru
- j. Gangguan proses pikir dan ingatan: demensia (pikun)

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, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Kritis

a. Pengkajian primer

1) B1 (*Breath* / pernapasan)

Perlu dikaji adanya:

- a) Sumbatan jalan napas karena penumpukan sputum dan kehilangan refleks batuk.
- b) Adakah tanda-tanda lidah jatuh ke belakang.
- c) Auskultasi suara napas 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)
Tanda-tanda inkontinensia urin.
- 5) B5 (*Bowel* / pencernaan)
Tanda-tanda inkontinensia alfi.
- 6) B6 (*Bone* / tulang dan integument)
Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan, tanda-tanda dekubitus karena tirah baring lama, kekuatan otot.

b. Pengkajian Sekunder

- 1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
 - a) Data subjektif:
Adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol, merokok.
 - b) Data objektif:
Hipertensi arterial sehubungan adanya embolisme
- 2) Pola nutrisi dan metabolik
 - a) Data subjektif:
Nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.
 - b) Data objektif:
Terjadinya kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.
- 3) Pola eliminasi
Perubahan pada perkemihan seperti inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan) dan bising usus negatif (ileusparalitik).

- 4) Pola aktivitas dan latihan
 - a) Data subjektif:

Merasa sulit melakukan aktifitas, karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.
 - b) Data objektif:

Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan gangguan pengelihatan, dan gangguan kesadaran.
- 5) Pola tidur dan istirahat
 - a) Data subjektif:

Susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot)
 - b) Data objektif:

Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot.
- 6) Pola persepsi sensorik dan kognitif
 - a) Data subjektif:

Sinkope atau pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat dengan adanya pendarahan intraserebral, subaraknoid, kesemutan (biasanya selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain).
 - b) Data objektif:

Status mental atau tingkat kesadaran biasa terjadi koma pada tahap awal hemoragik.
- 7) Pola persepsi dan konsep diri
 - a) Data subjektif:

Perasaan putus asa
 - b) Data objektif:

Emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marahh, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

- 8) Pola peran dan hubungan dengan sesama
 - a) Data subjektif:
Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.
 - b) Data objektif:
Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata)
- 9) Pola reproduksi dan seksualitas
 - a) Data subjektif:
Tidak adanya gairah seksual.
 - b) Data objektif:
Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.
- 10) Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stress
 - a) Data subjektif:
Perasaan tidak berdaya, putus asa
 - b) Data objektif:
Emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
- 11) Pola sistem nilai kepercayaan
Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) menurut SDKI (2017), yaitu:

- a. Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Gangguan Metabolisme
- b. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung
- c. Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi

- d. Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah
- e. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.1
Luaran dan Perencanaan Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme (D.0004)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka Ventilasi spontan (L.01007) meningkat dengan kriteria hasil : a. Dispnea cukup menurun b. Penggunaan otot bantu napas cukup menurun c. Takikardi cukup membaik	Dukungan Ventilasi (I.01002)	
		<i>Observasi</i>	
		Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan	Untuk mengetahui keefektifan dari tindakan yang diberikan
		Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. Frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)	Untuk mengetahui / mengawasi frekuensi, kedalaman, usaha napas, ada tidaknya sumbatan/ masalah pada jalan napas klien.
		<i>Terapeutik</i>	
		Pertahankan kepatenan jalan napas	Untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut
		Berikan posisi <i>head-up</i> 30 ^o	Untuk meningkatkan status pernapasan dan hemodinamik
		Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin	Memberikan kenyamanan pada pasien
Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (mis. nasal kanul, masker wajah, <i>rebreathing mask</i> , <i>non rebreathing mask</i>)	Untuk meringankan kerja paru dalam memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh.		

		<i>Edukasi</i>	
		Jelaskan pada keluarga tujuan pemberian posisi <i>head-up</i> 30°	Untuk meningkatkan hubungan saling percaya dan kerjasama yang baik dengan keluarga pasien.
		<i>Kolaborasi</i>	
		Kolaborasi pemberian mukolitik	Untuk mengurangi kekentalan sekret dan untuk merelaksasi otot-otot pada saluran pernapasan.
		Manajemen Jalan Napas (I.01011)	
		<i>Observasi</i>	
		Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)	Untuk mengetahui adanya penumpukan secret
		<i>Terapeutik</i>	
		Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	Untuk membebaskan jalan napas dan mencegah terjadinya obstruksi/aspirasi.
		Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal	Untuk mempertahankan kepatenan jalan napas agar klien tidak mengalami hipoksia saat dilakukan penghisapan.
		Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> .	Meringankan kerja paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh.

		<i>Edukasi</i>	
		Jelaskan pada keluarga tujuan pemberian posisi <i>head-up</i> 30°	Untuk meningkatkan hubungan saling percaya dan kerjasama yang baik dengan keluarga pasien.
		<i>Kolaborasi</i>	
		Kolaborasi pemberian mukolitik	Untuk mengurangi kekentalan sekret dan merelaksasi otot-otot pada saluran pernapasan.
Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung (D.0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka Curah Jantung (L.02008) meningkat dengan kriteria hasil : a. Takikardia cukup menurun b. Gambaran EKG aritmia cukup menurun c. Edema cukup menurun d. Dispnea cukup menurun e. Tekanan Darah cukup membaik	Perawatan Jantung (I.02075)	
		<i>Observasi :</i>	
		Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, peningkatan CVP)	Untuk mengetahui ada tidaknya tanda/gejala penurunan curah jantung pada klien
		Monitor tekanan darah	Pemantauan tekanan darah seperti adanya hipertensi/ hipotensi, mengindikasikan perbaikan/perusakan perfusi jaringan serebral.
		Monitor intake dan output cairan	Untuk mengetahui keseimbangan cairan
		Monitor saturasi oksigen	Untuk mengetahui apakah pasokan oksigen dalam tubuh klien terpenuhi atau tidak.

		Monitor EKG	Untuk mengetahui dan mendeteksi masalah kesehatan jantung.
		Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)	Untuk mengetahui nilai laboratorium jantung pada klien
		<i>Terapeutik</i>	
		Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman	Untuk meningkatkan ekspansi paru, memaksimalkan oksigenasi dan memberikan rasa nyaman pada klien.
		Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak.	Pemberian asupan makanan yang tidak memacu kerja jantung lebih keras
		Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%	Untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi pada klien
		<i>Kolaborasi</i>	
		Kolaborasi pemberian obat vasodilator	Untuk melebarkan pembuluh darah agar darah dapat mengalir dengan lebih lancar

Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka Perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil : a. Kesadaran cukup membaik b. Demam cukup menurun c. Tekanan darah sistolik cukup membaik d. Tekanan darah diastolik cukup membaik.	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)	
		<i>Observasi :</i>	
		Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas irreguler)	Agar dapat mendeteksi secara dini adanya peningkatan tekanan intrakranial
		Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)	Untuk menggambarkan hemodinamik pada klien
		Monitor status pernapasan	Agar perapasan pasien tetap terkontrol dan mendeteksi tanda-tanda bahaya.
		Monitor intake dan output cairan	Untuk mengetahui keseimbangan cairan dalam tubuh dan agar tetap terkontrol
		<i>Terapeutik</i>	
		Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	Untuk memberikan rasa nyaman pada klien
Berikan posisi semi-fowler (Elevasi kepala 30 ⁰)	Untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan meningkatkan aliran darah ke otak serta mencegah terjadinya		

			peningkatan TIK
		Pertahankan suhu tubuh normal	Untuk mencegah terjadinya demam pada klien
		Berikan dukungan emosional dan spiritual : Terapi auditori murrotal	Memberikan kenyamanan, memenuhi kebutuhan religious pasien, dan meningkatkan status kesadaran pasien.
		<i>Edukasi</i>	
		Jelaskan dan anjurkan keluarga untuk memberikan terapi murrotal kepada pasien	Membina hubungan kerjasama dengan keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan
		<i>Kolaborasi :</i>	
		Kolaborasi pemberian sedasi	Untuk mencapai keadaan pasien yang kooperatif, tidak cemas atau sakit dan meminimalkan akibat dari intervensi
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil : a. Kadar glukosa dalam darah cukup membaik	Manajemen Hiperglikemia (I.03115)	
		<i>Observasi</i>	
		Monitor kadar glukosa darah	Agar kadar glukosa darah dapat terkontrol dengan baik.
		Monitor intake dan output cairan	Untuk mengetahui keseimbangan cairan dalam tubuh dan agar tetap terkontrol dengan baik.

		<i>Terapeutik</i>	
		Berikan asupan cairan oral	Untuk mempertahankan hidrasi/volume sirkulasi.
		<i>Kolaborasi</i>	
		Kolaborasi pemberian obat	Untuk mempertahankan keseimbangan kadar gula darah dan meminimalisasi resiko komplikasi
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka Perawatan diri (L.11103) meningkat dengan kriteria hasil : a. Mempertahankan kebersihan diri meningkat b. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348)	
		<i>Observasi</i>	
		Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.	Meningkatkan motivasi bagi pasien dalam berpakaian dan berhias serta makan.
		<i>Terapeutik</i>	
		Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)	Menjaga kehormatan pasien, agar pasien merasa nyaman dan bisa melakukannya dengan baik.
		Siapkan keperluan pribadi	Memudahkan pasien untuk menjangkau keperluan pribadinya dan juga agar pasien bisa merawat dirinya dengan baik.
		Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	Membantu dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri klien

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

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

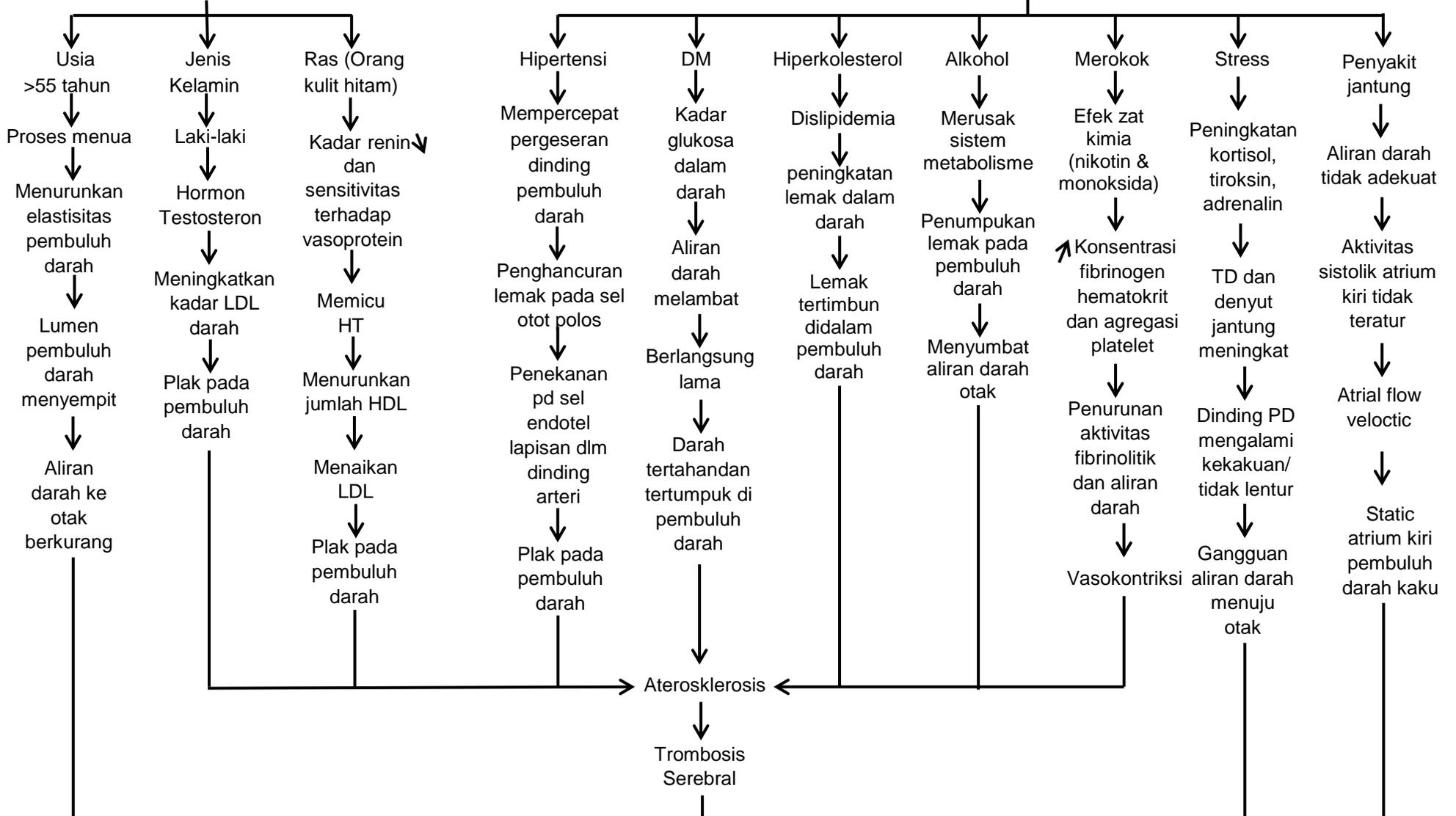
- a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
- b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam dan mengurangi dan mengurangi makanan yang manis-manis.
- c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
-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

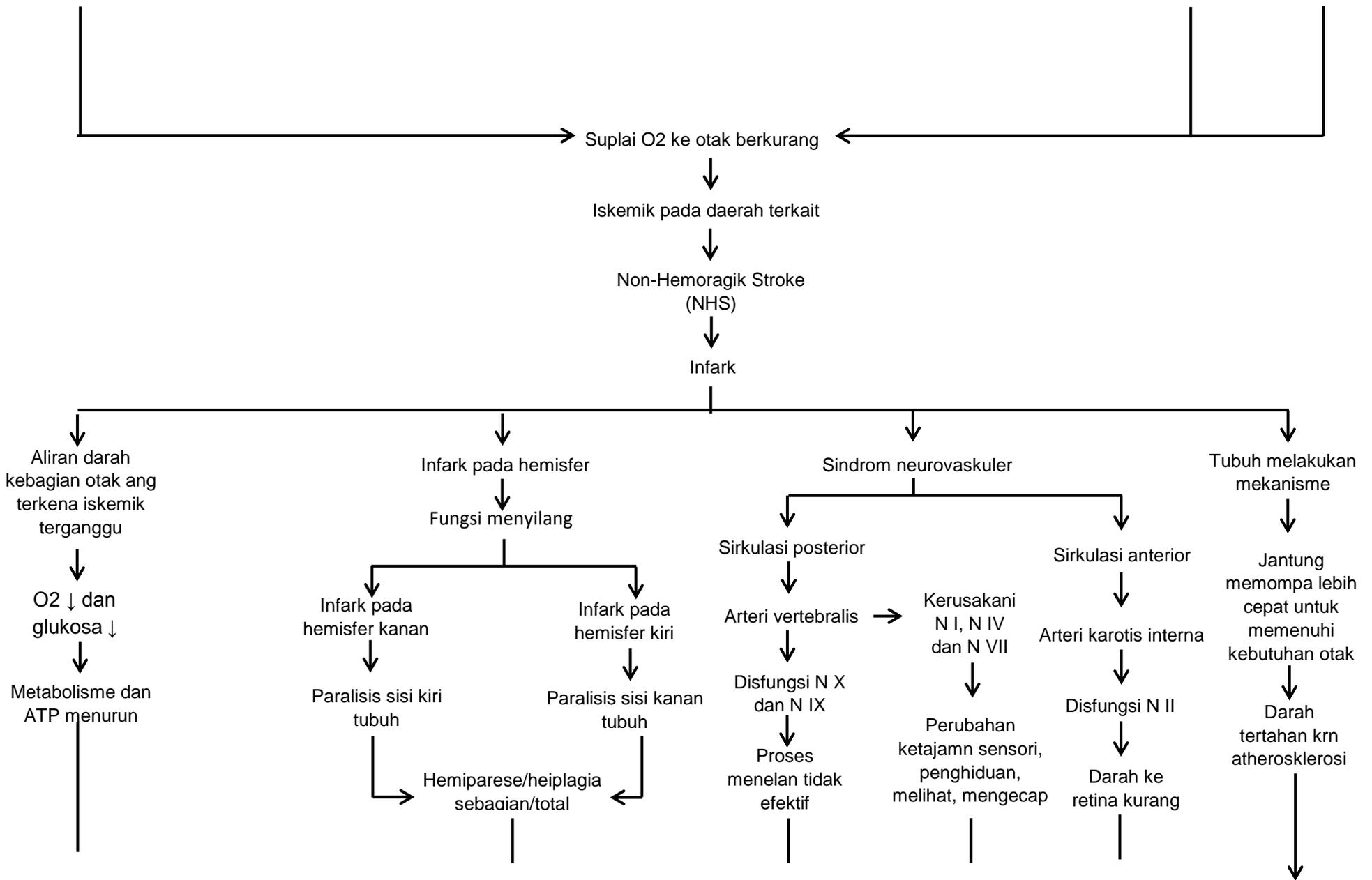
PATHWAY NHS

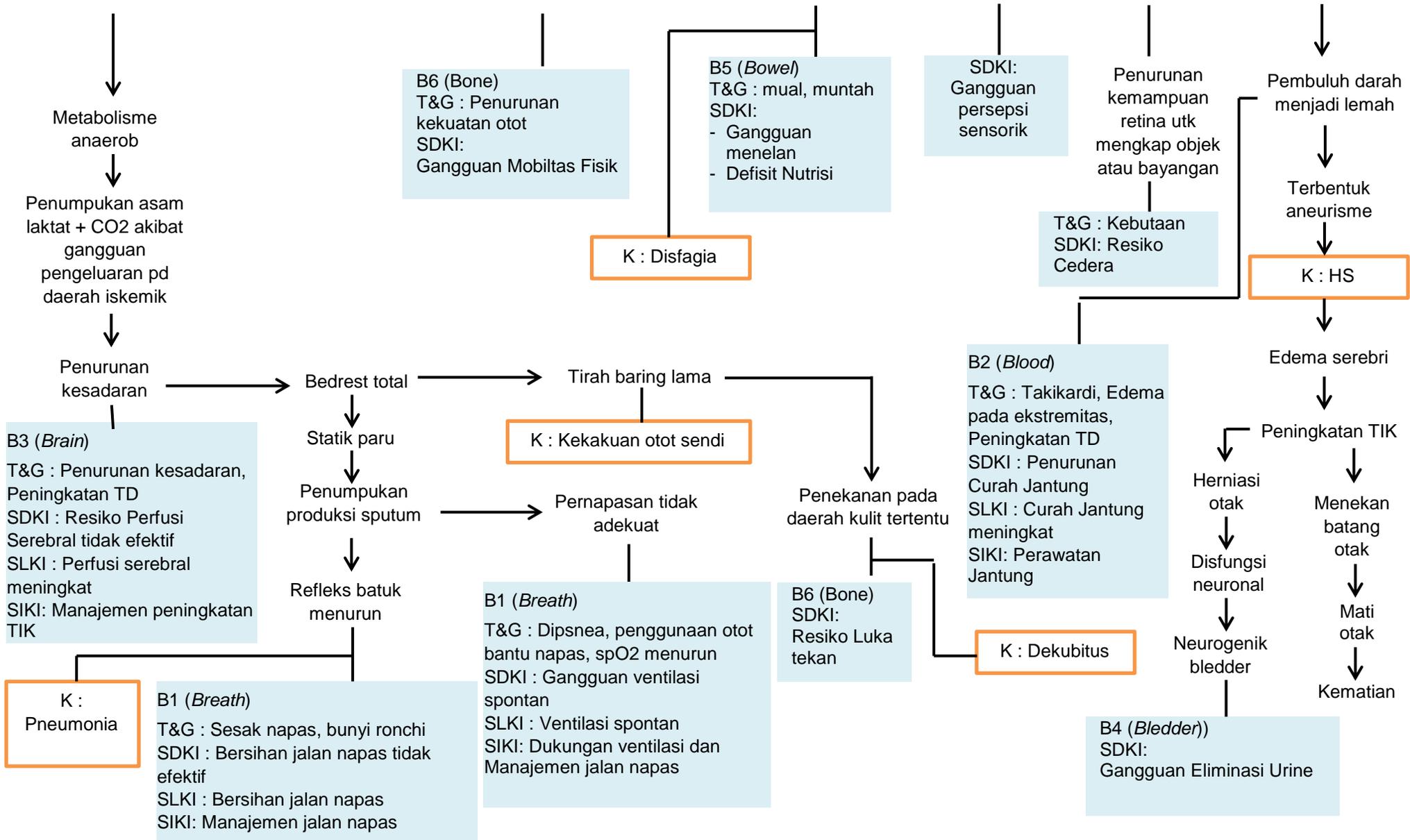
ETIOLOGI

Predisposisi

Presipitasi







BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien atas nama Ny. N umur 63 tahun masuk ICU Rumah Sakit Bhayangkara pada tanggal 03 Juni 2022 dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS). Pasien masuk dengan kelemahan badan sebelah kanan dan penurunan kesadaran. Pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak terbaring lemah ditempat tidur dengan kesadaran somnolen, GCS 9 (E2V2M5), tampak sesak napas, terpasang oksigen dengan NRM 15 liter, terpasang kateter urine dan NGT. Hasil observasi tanda-tanda vital didapatkan TD: 210/99 mmHg, N: 134 x/menit, S: 39.5⁰C, P: 45 x/menit, SpO₂ 92%. Hasil pemeriksaan CT Scan didapatkan Atrofi cerebri, Infark multiple di temporoparietal kiri dan basal ganglia kiri. Hasil foto thorax cardiomegaly disertai tanda-tanda edema paru, dilatation et. Atherosclerosis aortae. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil Natrium 156 mmol/L, Kalium 2.7 mmol/L, Klorida 115 mmol/L, dan HbA1C 6.1%.

Terapi obat yang diberikan yaitu Nicardipine 10.5 cc/jam, Sp. Fentanyl 20 mcg (2cc/jam), Sp. Miloz 1 mg (1cc/jam), Sp. Recovol 50 mg (5cc/jam) Sp. Insulin bolus 4UI/jam, Ranitidine 1 amp/ 12 jam, Citicolin 1 amp/12 jam, Ceftriaxone 1 gr/12 jam, sucalfate syrup 3x15 cc, Manitol 100 cc/12jam, Santagesik 1 gr/ 8 jam, ISDN 10 mg 2x1, N. Acetylcysteine caps. 200mg 3x1, Piracetam 3gr/8 jam, Amlodipine 10 mg (0-0-1), Atorvastatin 20 mg (0-0-1).

Dari data yang didapatkan, penulis mengangkat 5 diagnosis keperawatan yaitu Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme, Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, Ketidakseimbangan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah, dan Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

A. Pengkajian Keperawatan Kritis

1. Pengkajian Primer

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan Dada	- Tampak simetris kiri dan kanan - Tampak sesak
	Pemakaian otot bantu nafas	- Tampak pemakaian otot bantu napas diafragma
	Palpasi	- Tidak teraba adanya krepitasi - Vokal premitus tidak dikaji karena penurunan kesadaran
	Perkusi	Terdengar bunyi sonor pada kedua lapang paru pasien
	Suara nafas	Terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien, dan terdengar penumpukan lendir lebih banyak pada paru kiri pasien.
	Batuk	Tampak pasien tidak mampu batuk dan mengeluarkan lendir
	Sputum	Tampak sputum kental
	Alat bantu napas	Tampak pasien terpasang oksigen via <i>Non-Rebreathing Mask</i> (NRM) 15 liter
	Lain-lain	RR : 45x/menit SpO ₂ : 92%
<i>Blood</i> (B2)	Suara jantung	Terdengar suara jantung S1 dan S2
	Irama jantung	Terdengar irama jantung Irreguler dan tampak takikardi
	CRT	Tampak CRT kembali dalam 4 detik
	JVP	Hasil : 5 cmH ₂ O
	CPV	Tidak dikaji
	Edema	Tampak edema pada semua ekstremitas yaitu lengan kanan dan kiri, serta kaki kanan dan kiri.
	EKG	Hasil : Aritmia

	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda Vital : <ul style="list-style-type: none"> TD : 210/99 mmHg N : 134 x/menit S : 39.5⁰c P : 45 x/menit SpO₂ : 92% - Hasil Pemeriksaan Laboratorium : Natrium 156 mmol/L Clorida 115 mmol/L
<i>Brain</i> (B3)	Tingkat kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> Kualitatif : Somnolen Kuantitatif (GCS) = 9 E : 2 V : 2 M : 5
	Reaksi pupil	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak isokor kiri dan kanan - Tampak ada refleks cahaya kiri dan kanan
	Refleks fisiologis	Tidak dikaji
	Refleks patologis	Tidak dikaji
	Meningeal sign	Tidak dikaji
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 210/99 mmHg N : 134 x/menit S : 39.5⁰c P : 45 x/menit SpO₂ : 92%
<i>Bladder</i> (B4)	Urine	Tampak urine berwarna kuning pekat dengan jumlah 150cc
	Kateter	Tampak pasien terpasang foley catheter size 16
	Kesulitan BAK	Tidak dikaji karena penurunan kesadaran
	Lain-Lain	-

Bowel (B5)	Mukosa bibir	Tampak bibir kering
	Lidah	Tampak lidah kotor
	Keadaan gigi	- Tampak gigi pasien tidak lengkap - Tidak terpasang gigi palsu
	Nyeri telan	Tidak dikaji karena penurunan kesadaran
	Abdomen	Tampak tidak ada distensi
	Peristaltik usus	Terdengar peristaltik usus 8x/menit
	Mual	- Ya - tidak ✓
	Muntah	- ya - tidak ✓ - jumlah - frekuensi
	Hematemesis	- ya - tidak ✓ - jumlah - frekuensi
	Melena	- ya - tidak ✓ - jumlah - frekuensi
	Terpasang NGT	Tampak pasien terpasang NGT size 16
	Terpasang Colostomybag	- ya - tidak ✓
	Diare	- ya - tidak ✓ - jumlah - frekuensi
Konstipasi	- ya - tidak ✓ - sejak	

	Asites	- ya - tidak ✓
	Lain-lain	
<i>Bone</i> (B6)	Turgor	Tampak turgor kulit baik
	Perdarahan kulit	Tidak tampak adanya perdarahan kulit
	Icterus	Tidak tampak ikterus
	Akral	Tampak pucat dan teraba dingin
	Pergerakan sendi	Tampak pergerakan sendi bebas
	Fraktur	Tampak tidak ada fraktur
	Luka	Tampak tidak ada luka
	Lain-lain	

2. Pengkajian Sekunder

a. Identifikasi

1) Pasien

Nama initial : Ny. N
 Umur : 63 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Status perkawinan : Menikah
 Jumlah anak : 9 orang
 Agama/ suku : Islam/Makassar
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : IRT
 Alamat rumah : Jl. Kelapa III

2) Penanggung jawab

Nama : Ny. T
 Umur : 39 tahun
 Alamat : Jln. Kelapa III
 Hubungan dengan pasien : Anak I

b. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Hipertensi Urgency

Saat pengkajian : *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)*

c. Keadaan Umum

1) Keadaan sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan: Tampak pasien sesak napas, terpasang oksigen via NRM 15 liter, infus RL 500cc dan syringepump Nicardipine 5mcg/KgBB di tangan kanan, tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan terpasang monitor.

2) Tanda-tanda vital

a) Kesadaran (kualitatif): Somnolen

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

(1) Respon motorik : 5

(2) Respon verbal : 2

(3) Respon membuka mata : 2

Jumlah : 9

Kesimpulan: Kesadaran Menurun

b) Tekanan darah: 210/99 mmHg

MAP: 136mmHg

Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai

c) Suhu: 39.5⁰C di Oral Axilla Rectal

d) Pernapasan : 43x/menit

Irama: Teratur Bradipnea Takipnea Kusmaul

Jenis: Dada Perut

e) Nadi: 134x/menit

Irama: Teratur Bradikardi Takikardi

Kuat Lemah

3) Pengukuran

a) Lingkar lengan atas : tidak dikaji

b) Tinggi badan : 160 cm

c) Berat badan : 70 kg

d) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 27,3 kg/m²

Kesimpulan : berat badan lebih

d. Pengkajian Pola Kesehatan

1) Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit ringan atau sedang, mereka hanya akan mengkonsumsi obat sesuai kebutuhan, namun jika sakit yang diderita berat keluarga akan segera membawa ke Rumah Sakit terdekat. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien jarang melakukan kontrol kesehatan dan keluarga mengetahui bahwa pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan Diabetes Militus sejak ±10 tahun yang lalu, namun pasien tidak ingin melakukan kontrol kesehatan dengan alasan keluarga mempunyai alat tensimeter dirumah. Bila pasien merasa pusing dan kaku pada leher, pasien akan memeriksa tekanan darahnya dengan bantuan anggota keluarga dan mengkonsumsi obat anti hipertensi yang dianjurkan oleh salah satu keluarga yang memiliki pekerjaan sebagai tenaga medis. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengkonsumsi obat tersebut secara teratur, hanya saat

gejala muncul. Keluarga pasien mengatakan pasien juga mengkonsumsi obatan herbal untuk mengatasi penyakit Hipertensi dan DM.

b) Riwayat penyakit saat ini:

(1) Keluhan utama : Kesadaran Menurun

(2) Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan badan sebelah kanan dan sulit bicara tiba-tiba setelah bangun tidur, kemudian keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke IGD RS Bhayangkara. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah mengalami nyeri kepala sejak 1 minggu yang lalu disertai tegang pada leher dan muntah 1 kali. Keluarga pasien mengatakan pada saat sakit kepala pasien hanya istirahat dan minum obat antihipertensi atau paracetamol namun tidak ada perubahan.

(3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga mengatakan bahwa pasien sudah mengalami Hipertensi dan DM sejak ±10 tahun yang lalu.

(4) Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan saudara pasien memiliki penyakit yang sama yaitu Hipertensi.

(a) Pemeriksaan fisik:

- Kebersihan rambut : tampak rambut bersih dan beruban
- Kulit kepala : tampak bersih, tidak ada lesi, tidak berbau, dan tekstur kepala keras.
- Kebersihan kulit : kulit tampak bersih

- Hygiene rongga mulut : tampak saliva berwarna putih, tidak ada radang
- Kebersihan genitalia : tampak bersih
- Kebersihan anus : tampak bersih

2) Pola nutrisi dan metabolik

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan menu nasi, sayur dan ikan/daging secukupnya, serta biasanya mengkonsumsi air putih 5-6 gelas per hari. Keluarga pasien mengatakan pasien menghindari makanan yang asin karena hipertensi yang dialami pasien.

b) Keadaan sejak sakit:

Tampak pasien terpasang NGT Fr. 16 dengan Diet Bubur Saring 2x100cc, Dextrose 5% 3x50cc atau Susu Diabetasol 3x100cc

c) 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 saliva berwarna putih, tidak ada radang mukosa.
- (7) Gusi : tampak tidak ada peradangan

- (8) Gigi : tampak ada karang gigi,
tidak ada gigi palsu
- (9) Kemampuan mengunyah keras : pasien tidak mampu
mengunyah keras
- (10) Lidah : tampak bersih
- (11) Pharing : tampak tidak ada
peradangan
- (12) Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran
- (13) Kelenjar parotis : tidak teraba pembesaran
- (14) Abdomen :
- Inspeksi : tampak tidak ada benjolan
 - Auskultasi : peristaltik usus 8x/ menit
 - Palpasi : tidak ada benjolan
 - Perkusi : terdengar bunyi timpani
- (15) Kulit :
- Edema : Positif Negatif
 - Icteric : Positif Negatif
 - Tanda-tanda radang : tidak ada tanda-tanda
peradangan
 - Lesi : tidak ada lesi

3) Pola eliminasi

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien mampu BAK dan BAB dengan baik sebelum sakit dan tidak ada keluhan apapun mengenai masalah pencernaannya.

b) Keadaan sejak sakit:

Pasien terpasang pampers dan BAB setiap pagi dengan konsistensi lunak. Pasien juga terpasang *Foley Catheter size 16* dengan jumlah urine 400-1000cc/ 8 jam, berwarna kuning pekat dan bau menyengat.

c) Pemeriksaan fisik:

- (1) Peristaltik usus : 8 x/menit
- (2) Palpasi kandung kemih : Penuh Kosong
- (3) Nyeri ketuk ginjal : Positif Negatif
- (4) Mulut uretra : tampak bersih
- (5) Anus :
- (a) Peradangan : tampak tidak ada peradangan
- (b) Hemoroid : tampak tidak ada hemoroid
- (c) Fistula : tampak tidak ada fistula

4) Pola aktivitas dan latihan

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Aktivitas yang biasa pasien lakukan yaitu membersihkan rumah, mencuci dan memasak. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga dan jika ada waktu senggang pasien hanya akan menonton TV dan berkumpul dengan keluarga atau tetangga.

b) Keadaan sejak sakit

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur.

(1) Aktivitas harian:

- (a) Makan : 4
- (b) Mandi : 4
- (c) Pakaian : 4
- (d) Kerapihan : 4
- (e) Buang air besar : 4
- (f) Buang air kecil : 4
- (g) Mobilisasi di tempat tidur : 4

<p>Keterangan</p> <p>0 : mandiri</p> <p>1 : bantuan dengan alat</p> <p>2 : bantuan orang</p> <p>3 : bantuan alat dan orang</p> <p>4 : bantuan penuh</p>

- (2) Postur tubuh : tidak dikaji

- (3) Gaya jalan : tidak dikaji
- (4) Anggota gerak yang cacat : tampak tidak ada anggota gerak yang cacat
- (5) Fiksasi: : -
- (6) Tracheostomi : Rencana konsul ke THT untuk pemasangan tracheostomy
- c) Pemeriksaan fisik
- (1) Tekanan darah
- Berbaring : 210/99 mmHg
- Duduk : - mmHg
- Berdiri : - mmHg
- Kesimpulan : Hipotensi ortostatik: Positif Negatif
- (2) HR: 134x/menit
- (3) Kulit :
- Keringat dingin : -
- Basah : -
- (4) JVP: 5cmH₂O
- Kesimpulan: pemompaan ventrikel memadai
- (5) Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam waktu 4 detik
- (6) Thorax dan pernapasan
- (a) Inspeksi
- Bentuk thorax : tampak simetris
- Retraksi interkostal : tidak ada
- Sianosis : tampak sianosis
- Stridor : tidak ada
- (b) Palpasi
- Vocal premitus : tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
- Krepitasi : tidak ada
- (c) Perkusi : Sonor Redup Pekak

Lokasi : Intracosta

(d) Auskultasi

Suara napas : terdengar ronchi pada kedua lapang paru pasien

Suara ucapan : pasien tidak mampu berbicara

(7) Jantung

(a) Inspeksi : Ictus cordis: tidak tampak

(b) Palpasi : 134x/menit

(c) 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 axialis anterior sinistra

(d) 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

Murmur : tidak ada

Bruit : Aorta: tidak ada

A.Renalis: tidak ada

A. Femoralis: tidak ada

(8) Lengan dan tungkai

(a) Atrofi otot : Positif Negatif

(b) Rentang gerak

Kaku sendi : pasien mengalami penurunan kesadaran

Nyeri sendi : pasien mengalami penurunan kesadaran

Fraktur : tampak tidak ada fraktur

(c) Uji kekuatan otot : Kesan: Hemiparesis Dextra

(d) Refleks fisiologi : biceps (+), Triceps (+)

(e) Refleks patologi

Babinski, Kiri : Positif NegatifKanan : Positif Negatif

(f) Clubing jari-jari : tidak ada

(g) Varises tungkai : tidak ada

(h) Columna vetebralis:

Inspeksi : tampak tidak ada kelainan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : tidak ada

5) Pola tidur dan istirahat

a) Keadaan sebelum sakit

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

b) Keadaan sejak sakit

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur.

Ekspresi wajah mengantuk : Positif NegatifBanyak menguap : Positif NegatifPalpebra inferior berwarna gelap : Positif Negatif

- 6) Pola persepsi kognitif
- a) Keadaan sebelum sakit:
Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kaca mata, mampu mengenali orang sekitar, lingkungan, dan mampu mengenal waktu.
 - b) Keadaan sejak sakit:
Tampak pasien tidak mampu berbicara, kesadaran somnolen, GCS-9 (E2V2M5)
 - c) Pemeriksaan fisik:
 - (1) Penglihatan
 - (a) Kornea: tampak jernih
 - (b) Pupil: tampak isokor kanan dan kiri
 - (c) Lensa mata: tampak jernih
 - (d) Tekanan intra okuler (TIO): teraba sama kiri dan kanan
 - (2) Pendengaran
 - (a) Pina: tampak simetris kiri dan kanan
 - (b) Kanalis: tampak bersih
 - (c) Membran timpani: tampak utuh
 - (3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai
Pasien tidak mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai kanan.
- 7) Pola persepsi dan konsep diri
- a) Keadaan sebelum sakit
Pasien tidak mampu berbicara, tampak pasien lemah.
 - b) Keadaan sejak sakit
Pasien tidak mampu berbicara, tampak pasien lemah.
 - c) Observasi:
 - (1) Kontak mata : Tidak ada kontak mata

- (2) Rentang perhatian : Pasien mengalami penurunan kesadaran
- (3) Suara dan cara bicara : Pasien tidak mampu berbicara
- (4) Postur tubuh : Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur

d) Pemeriksaan fisik

- (1) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
- (2) Bentuk/postur tubuh : tampak pasien Terbaring lemah ditempat tidur
- (3) Kulit : tampak tidak ada lesi

8) Pola peran dan hubungan dengan sesama

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama suaminya, dan anak-anaknya atau cucu-cucunya bergantian tinggal bersama dengan pasien untuk merawat dan memperhatikan kondisi pasien dan suami pasien yang sudah lanjut usia.

b) Keadaan sejak sakit:

Observasi: Tampak keluarga pasien menemani pasien selama dirawat di ICU, dan dikunjungi oleh saudara-saudara pasien.

9) Pola reproduksi dan seksualitas

a) Keadaan sebelum sakit:

Tidak dikaji karena penurunan kesadaran

b) Keadaan sejak sakit:

Tidak dikaji karena penurunan kesadaran

c) Observasi: Tidak dikaji karena penurunan kesadaran

- 10) Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stress
 - a) Keadaan sebelum sakit:

Tidak dikaji karena penurunan kesadaran
 - b) Keadaan sejak sakit:

Tidak dikaji karena penurunan kesadaran

 - 11) Pola sistem nilai kepercayaan
 - a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama islam dan sebelum sakit pasien selalu meluangkan waktu untuk sholat.
 - b) Keadaan sejak sakit:

Tampak keluarga pasien membacakan doa untuk pasien.
- e. Uji Saraf Kranial
- 1) Nervus I
Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
 - 2) Nervus II
Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
 - 3) Nervus III, IV, VI
Tampak pupil isokor dan refleks terhadap cahaya positif
 - 4) Nervus V
Sensorik : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
Motorik : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
 - 5) Nervus VII
Sensorik : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Motorik : Tampak pasien mengerutkan dahi saat diberi rangsangan nyeri

6) Nervus VIII

Vestibularis : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Akustikus : Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

7) Nervus IX

Tampak letak uvula pasien berada di tengah

8) Nervus X

Tampak pasien mampu menelan

9) Nervus XI

Pasien tidak mampu mengangkat bahu kanan dan kiri

10) Nervus XII

Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

f. Pemeriksaan Penunjang

1) CT-SCAN

Kesan: Atrofi Cerebri, Infark multiple di temporoparietal kiri dan basal ganglia kiri

2) Foto Thorax

Kesan: Cardiomegaly disertai tanda-tanda edema paru. Dilatation et. Atherpsclerosis Aortae.

3) Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Darah		
Gula Darah Sewaktu	326 mg/dL	100 – 140
Hb	14.5 g/dL	11.0 – 16.0
Leukosit	8.50/mm ³	3.5 – 10.0 (x10 ³)
PCV/HCT	42.1%	35.0 – 50.0

Trombosit	260/mm ³	100 – 300 (x10 ³)
FH		
SGOT	25 U/L	<37
SGPT	33 U/L	<43
Albumin	3.8 g/dL	3.8 – 4.4
BUN	34 mg/dL	9.0 – 18.0
Creatinin	1.4 mg/dL	0.6 – 1.1
Natrium	156 mmol/L	135 – 145
Kalium	2.7 mmol/L	3.5 – 5.5
Clorida	115 mmol/L	94 – 110
Lainnya		
HbA1C	6.1%	<5.7
Swab PCR	Negatif	Negatif

g. Analisa Data

Data	Etiologi	Problem
<p>Data Subjektif: -</p> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Tampak pemakaian otot bantu napas diaphragma - Terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien dan terdengar penumpukan cairan lebih banyak pada paru kiri pasien. - Tampak pasien tidak mampu batuk dan tidak mampu mengeluarkan lendir - Tampak sputum kental - Tampak pasien terpasang oksigen via <i>Non-Rebreathing Mask</i> (NRM) 15 liter - RR: 45x/menit - SpO₂ : 92% 	Gangguan Metabolisme	Gangguan Ventilasi Spontan
<p>Data Subjektif: -</p> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdengar irama jantung Irreguler dan tampak takikardi - Tampak edema pada semua ekstremitas yaitu lengan kanan dan kiri, serta kaki kanan dan kiri - Tampak CRT kembali dalam 4 detik - Hasil EKG Aritmia - Pasien tampak sesak - Tanda – Tanda Vital: TD : 210/99 mmHg N : 134 x/menit 	Perubahan Irama Jantung	Penurunan Curah Jantung

<p>P : 45 x/menit SpO₂ : 92%</p> <p>- Hasil Pemeriksaan: Laboratorium: Natrium 156 mmol/L Clorida 115 mmol/L Foto Thorax: Cardiomegaly disertai tanda-tanda edema paru. Dilatation et. Atherosclerosis aortae</p>		
<p>Data Subjektif: -</p> <p>Data Objektif: - Nilai GCS 9 (E2V2M5) - Tingkat kesadaran Somnolen - Hasil Pemeriksaan TTV: TD : 210/99 mmHg N : 134x/menit S : 39.5⁰C P : 45x/menit SpO₂ : 92%</p>	Hipertensi	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
<p>Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat Penyakit DM sejak ±10 tahun yang lalu - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien hanya mengkonsumsi obat-obatan herbal</p> <p>Data Objektif: - GDS 326 mg/dL - Urine berbau menyegat - HbA1C 6.1%</p>	Gangguan Toleransi Glukosa Darah	Ketidaksei mbangan Kadar Glukosa Darah

<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak semua aktivitas harian pasien dengan bantuan penuh 	Kelemahan	Defisit Perawatan Diri
---	-----------	------------------------

B. Diagnosa Keperawatan

Kode	Diagnosa Keperawatan
D.0004	Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Gangguan Metabolisme
D.0003	Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung
D.0017	Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi
D.0227	Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah
D.0109	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan

C. Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
D.0004 Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Gangguan Metabolisme	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Ventilasi Spontan (L.01007) meningkat, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea cukup menurun - Penggunaan otot bantu napas cukup menurun - Takikardia cukup membaik 	<u>I.01002 Dukungan Ventilasi</u> <i>Observasi :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. Frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas bunyi napas tambahan, saturasi oksigen) <i>Terapeutik :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan kepatenan jalan napas - Pemasangan intubasi - Berikan posisi <i>head-up</i> 30⁰ - Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (mis. Nasal kanul, masker wajah, masker <i>rebreathing</i>, atau <i>non-rebreathing</i>) <i>Edukasi :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pada keluarga pasien tujuan pengaturan posisi <i>head-up</i> 30⁰ <i>Kolaborasi :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, <i>jika perlu</i> Nebu dengan combivent <u>I.01011 Manajemen Jalan Napas</u> <i>Observasi:</i>

		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal - Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan kepada keluarga tujuan pengaturan posisi <i>head-up 30°</i> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian mukolitik : N.Acetylcysteine caps. 200 mg 3x1 / oral
D.0003 Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Curah Jantung (L.02008) meningkat, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Takikardia cukup menurun - Gambaran EKG aritmia cukup menurun - Edema cukup menurun - Dispnea cukup menurun - Tekanan Darah cukup membaik 	<u>I.02075 Perawatan Jantung</u> <i>Observasi:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, peningkatan CVP) - Monitor tekanan darah - Monitor intake dan output cairan - Monitor saturasi oksigen - Monitor EKG - Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi <i>head-up 30°</i> pada pasien - Berikan diet jantung yang

		<p>sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan kepada keluarga tujuan pengaturan posisi <i>head-up</i> 30⁰ pada pasien <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian obat vasodilator: ISDN 10mg 2x1 / oral Amlodipine 10 mg 0-0-1 / oral
D.0017 Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Perfusi Serebral (L.02014) meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran cukup membaik - Demam cukup menurun - Tekanan darah sistolik cukup membaik - Tekanan darah diastolik cukup membaik 	<p><u>I.06194 Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</u></p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas irreguler) - Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) - Monitor status pernapasan - Monitor intake dan output cairan <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Berikan posisi semi-fowler (Elevasi kepala 30⁰) - Berikan dukungan emosional dan spiritual : Terapi auditori murrotal.

		<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan suhu tubuh normal <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan dan anjurkan keluarga pasien untuk memberikan terapi auditori murrotal kepada pasien <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian sedasi: Sp. Fentanyl 5mcg/jam/IV Sp. Miloz 1mg/jam/IV Sp. Recofol 50mg/jam/IV - Kolaborasi pemberian terapi Citicolin 250mg/12 jam/IV Piracetam 3gr/8jam/IV Manitol 100cc/12jam/IV
D.0227 Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) meningkat, dengan kriteria hasil Kadar glukosa dalam darah cukup membaik	I.03115 <u>Manajemen Hiperqlikemia</u> <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar glukosa darah - Monitor intake dan output cairan <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan asupan cairan oral <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat: Sp. Insulin 4ui/jam/IV Atorvastatin 20mg 0-0-1 / oral

<p>D.0109 Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x8 jam, maka Perawatan Diri (L11103) meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan kebersihan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan mulut meningkat 	<p>I.11348 <u>Dukungan Perawatan Diri</u></p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) - Siapkan keperluan pribadi <p>Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p>
---	---	---

D. Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny.N

Umur : 63 tahun

Tanggal	DP	Waktu	Tindakan Keperawatan	Perawat
3 Juni 2022	I, II, III	13.30	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola napas - Memonitor Tekanan Darah - Memonitor saturasi oksigen - Memonitor MAP Hasil : TD : 210/99 mmHg N : 134 x/menit S : 39.5 ⁰ c P : 45 x/menit SpO ₂ : 92% MAP: 136 mmHg	Rosalia & Sintiani
	I		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan Oksigen melalui <i>Non-Rebreathing Mask</i> (NRM) dengan 15 liter - Memonitor sputum Hasil: Sputum tampak kental	Yayuk
	II		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor EKG Hasil: Aritmia <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor nilai laboratorium jantung Hasil: SGOT : 25 U/L (normal <37) Natrium : 156 mmol/L (normal 135 - 145) Kalium : 2.7 mmol/L (normal 3.5 – 5.5) Klorida : 115 mmol/L (normal 94 – 110)	Rosalia Dhata

	I, II		- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30 ⁰ pada pasien dengan cara meninggikan bagian kepala pada tempat tidur pasien.	Sintiani
	I		- Melakukan penghisapan lendir (<i>suction</i>) kurang dari 15 detik Hasil : tampak lendir berwarna putih dengan konistensi kental	
	III		- Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil : memberikan kompres dingin pada leher, ketiak, dan selangkangan pasien.	Marini
	IV	13.35	- Memonitor kadar glukosa darah Hasil: GDS 367 mg/dL	Rosalia
	II,IV		- Penatalaksanaan pemberian terapi: Hasil: Sp. Nicardipine 5 mcg/KgBB (10.5 cc / jam / IV) Cairan Infus RL 500cc 20 tpm Sp. Insulin 4 unit / jam / IV	Rahman
	IV	14.00	- Memonitor output cairan Hasil: Tampak urine pasien 150cc berwarna kuning pekat dan berbau menyengat.	Rosalia
		15.30	- Memonitor GDS : 229 mg/dL	Jeslin
	III		- Penatalaksanaan pemberian terapi untuk persiapan prosedur pemasangan intubasi Hasil: Sp. Fentanyl 20mcg/jam/IV Sp. Miloz 1mg/jam/IV (1cc/jam) Sp. Recovol 5cc/jam/IV	Sri

	I, II		- Membantu dokter pemasangan intubasi menggunakan ETT no. 7,5 cm dengan kedalaman cuff 20cm.	Rahmat
		16.00	- Memonitor TTV TD : 154/92 mmHg N : 125x/menit S : 38.5 ⁰ C P : 25x/menit SpO ₂ : 97%	Mario
		16.15	- Memberikan asupan nutrisi Hasil: Pemberian Susu Diabetasol 100cc melalui NGT	Lisa
	IV	17.00	- Menjelaskan dan menganjurkan keluarga pasien untuk memberikan terapi auditori murrotal kepada pasien	Lina
	I, II	17.30	- Memberikan posisi head-up 30 ⁰ pada pasien di tempat tidur	Lisa
		18.00	- Mengidentifikasi efek pengaturan posisi head-up 30 ⁰ - Memonitoring TTV Hasil : TD : 157/87mmHg N : 90x/menit S : 37 ⁰ C P : 24x/menit SpO ₂ : 97% Tampak adanya pengurangan beban kerja otot bantu napas	Jeslin
	III	18.05	- Penatalaksanaan pemberian terapi Hasil : Ranitidine 1amp/12jam/IV Citicolin 1amp/12jam/IV Ceftriaxone 1gr/12jam/IV	Mario

	IV	19.00	- Memonitoring GDS : 216 mg/dL - Pemberian asupan nutrisi dan terapi Hasil: Diberikan bubur saring 100 cc Sucralfate syrup 3x15cc/ oral Infus Manitol 100 cc/12 jam/ IV	Lina
	I	19.50	- Melakukan suctioning melalui ETT Hasil: Tampak penumpukan lendir berkurang, lendir berwarna putih	Lina
	III	20.00	- Pemberian terapi obat Santagesik 1gr/8jam/IV - Memberikan cairan RL 500 cc 20 tpm/ 8jam / IV	Jeslin
		20.05	- Memonitor TTV Hasil : TD : 144/82mmHg N : 90x/menit S : 36.5 ⁰ C P : 18x/menit SpO2 : 98%	Lisa
	IV	20.30	- Memonitor urine pasien Hasil: tampak urine berwarna kuning pekat dengan jumlah 500cc	Mario
	III	21.00	- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan cara membatasi kunjungan.	Lisa
	I, II	21.30	- Mانتaince posisi head-up 30 ⁰ pada pasien di tempat tidur - Mengidentifikasi efek pengaturan posisi head-up 30 ⁰ Hasil: Tampak adanya pengurangan beban kerja otot	Angel

	IV	22.00	<p>bantu napas, frekuensi napas 18x/menit, Saturasi oksigen stabil dengan range 97%-99%, dan tekanan darah 148/80mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring GDS : 218 mg/dL - Memberikan asupan nutrisi Susu Diabetasol 100cc melalui NGT - Memonitoring TTV <p>Hasil :</p> <p>TD : 190/101mmHg N : 138x/menit S : 37.7⁰C P : 24x/menit SpO2 : 98%</p>	Joseva
	I		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan suctioning melalui ETT <p>Hasil: Terdengar bunyi ronchi berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan lingkungan yang nyaman dan tenang 	Angel
		00.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring TTV <p>Hasil :</p> <p>TD : 178/89mmHg N : 95x/menit S : 37.7⁰C P : 20x/menit SpO2 : 99%</p>	Marga
	I, II	01.30		Lusia
		02.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi head-up 30⁰ pada pasien di tempat tidur - Mengidentifikasi efek pengaturan posisi head-up 30⁰ - Memonitoring TTV <p>Hasil :</p> <p>Tampak adanya pengurangan</p>	Lusia

			<p>beban kerja otot bantu napas dengan hasil TTV:</p> <p>TD : 162/89mmHg N : 105x/menit S : 37.1⁰C P : 19x/menit SpO2 : 97%</p>	Joseva
	I	03.00	<p>- Mengobservasi status pernapasan Hasil: terdengar bunyi ronchi dan penumpukan lendir, RR: 25x/menit, SpO₂ : 98%</p>	Joseva
		04.00	<p>- Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan lendir - Melakukan suctioning melalui ETT Hasil: Terdengar bunyi ronchi berkurang, tampak sputum berwarna putih, RR: 22x/menit.</p>	Marga
	III		<p>- Memonitoring TTV TD : 177/97mmHg N : 98x/menit S : 37⁰C P : 20x/menit SpO2 : 99%</p>	Lusia
	I,II	04.30	<p>- Penatalaksanaan pemberian Santagesik 1gr/8jam/IV - Memberikan cairan RL 500cc 20tpm / 8jam / IV</p>	Angel
		05.00	<p>- Mantaince posisi head-up 30⁰ pada pasien di tempat tidur - Mengidentifikasi efek pengaturan posisi head-up 30⁰ Hasil: Tampak adanya pengurangan beban kerja otot bantu napas, frekuensi napas</p>	Angel

	IV	05.55	18x/menit, Saturasi oksigen stabil dengan range 97%-99%, dan tekanan darah 170/80mmHg	Joseva
			<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDS 126mg/dL - Memonitoring TTV Hasil : TD : 176/85mmHg N : 112x/menit S : 37.0⁰C P : 20x/menit SpO2 : 99% 	Marga
	III, IV	06.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan asupan nutrisi Dextrose 5% 50cc melalui NGT - Penatalaksanaan pemberian terapi: Ceftriaxone 1gr/12jam/IV Ranitidine 1amp./12jam/IV Citicolin 1gr/12jam/IV - Memonitor dan mendokumentasikan balance cairan: Hasil: Input : RL 1500cc/18jam Manitol 100cc NGT 350cc/18jam Total input : 1950cc/18jam 	Angel Angel
	III, IV		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor dan mendokumentasikan balance cairan: Hasil: Input : RL 1500cc/18jam Manitol 100cc NGT 350cc/18jam Total input : 1950cc/18jam Output: Urine 150+500+700 =1350cc/18jam IWL : (10 x BB) / 24 (10 x 70) / 24 = 29.1x18jam = 523 Balance : Input – (Output + IWL) 	Irma

	II, III	07.00	<p>1950cc – (1350cc+523) = 1950 – 1673 = (+) 77cc/18jam</p> <p>- Penatalaksanaan pemberian: Manitol 100cc/12 jam/IV Sucralfate 3x15ct/oral ISDN 2x10mg / oral</p>	Angel
04 Juni 2022	V	07.30	<p>- Mengidentifikasi kebutuhan perawatan diri</p> <p>- Menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat dan privasi) Hasil: Melakukan personal hygiene dan oral hygiene pada pasien.</p>	Sintiani Rosalia
	I, II, III	08.00	<p>- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30⁰ pada pasien</p> <p>- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>- Memonitor pola napas</p> <p>- Memonitor Tekanan Darah</p> <p>- Memonitor saturasi oksigen</p> <p>- Memonitor MAP</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 168/84 mmHg N : 102 x/menit S : 36.4⁰c P : 24 x/menit SpO₂ : 98% MAP: 131.3 mmHg</p>	Rosalia
	I, II III	08.30	<p>- Mengidentifikasi efek pengaturan posisi <i>head-up</i> 30⁰</p> <p>Hasil: Tampak adanya pengurangan beban kerja otot bantu napas, frekuensi napas 22x/menit, tekanan darah</p>	Sintiani

			165/83mmHg	
	IV	09.00	- Memberikan loading balance cairan RL 300cc/8jam/IV	Marini
		09.45	- Memonitoring GDS : 192 mg/dL - Pemberian asupan nutrisi Susu Diabetasol 100cc via NGT	Sintiani
			Penatalaksanaan pemberian terapi Insulin 4 UI/jam melalui <i>syringe pump</i>	Rosalia
		10.00	- Memonitor Tanda-Tanda Vital Hasil : TD : 162/80 mmHg N : 98x/menit P : 26x/menit S : 36.8 ⁰ C SpO2 : 99%	Rosalia
	I	10.15	- Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: terdengar suara napas tambahan ronchi - Memberikan hiperoksigenasi (100%) sebelum dilakukan penghisapan endotrakeal - Melakukan penghisapan lendir Hasil: Tampak lendir berwarna putih, terdengar penumpukan lendir berkurang	Sintiani
	III	11.00	- Memberikan dukungan emosional dan spiritual Hasil : Keluarga pasien memberikan terapi auditori murrotal selama jam besuk	Rosalia

		11.55	- Memonitor Tanda-Tanda Vital Hasil : TD : 170/98 mmHg N : 95x/menit P : 24x/menit S : 36.8 ⁰ C SpO2 : 98%	Yayuk
	III	12.00	- Penatalaksanaan pemberian obat: Inj. Santagesik 1gr/8jam/IV Inj. Piracetam 3gr/8jam/IV Inj. Neurobion 3ml/24jam/IV Terpasang Cairan Infus RL 500cc/8jam/IV 20 tpm	Rosalia
	IV	13.00	-Memonitoring GDS : 147 mg/dL -Pemberian asupan nutrisi Bubur saring 100cc via NGT	Rosalia Sintiani
	II	13.15	- Pemasangan CVC	
	V	15.30	- Melakukan oral hygiene	Lina
	IV	16.00	- Pemberian asupan nutrisi Susu Diabetasol 100cc via NGT - Memonitor TTV Hasil : TD : 177/90mmHg N : 94x/menit S : 36.7 ⁰ C P : 26x/menit SpO2 : 99%	Mario Lisa
	I	16.20	- Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: terdengar suara napas	Litwina

			tambahan ronchi	
			- Memberikan hiperoksigenasi (100%) sebelum dilakukan penghisapan endotrakeal - Melakukan penghisapan lendir Hasil: Tampak lendir berwarna putih, tidak terdengar suara napas tambahan, RR: 21x/menit	
	I, II	16.30	- Memberikan posisi <i>head-up</i> 30 ⁰ pada pasien di tempat tidur	Mario
		17.00	- Mengidentifikasi efek pengaturan posisi <i>head-up</i> 30 ⁰ Hasil: Tampak adanya pengurangan beban kerja otot bantu napas, frekuensi napas 18x/menit, tekanan darah 165/90mmHg	Lisa
	III		- Memberikan loading balance cairan RL 300cc/8jam/IV	Lina
		17.15	- Memberikan dukungan emosional dan spiritual Hasil : Keluarga pasien memberikan terapi auditori murrotal	Jeslin
		17.55	- Memonitoring TTV Hasil : TD : 166/92mmHg N : 94x/menit S : 36.7 ⁰ C P : 20x/menit SpO2 : 99%	Lina

	III, IV		<p>- Memonitor dan mendokumentasikan balance cairan</p> <p>Input : RL 500cc Loading RL 600cc NGT 400cc Manitol 100cc Total input 1600cc/12jam</p> <p>Output: Urine 700 + 500 =1200 cc/12jam</p> <p>IWL : (10 x BB)/24 (10 x 70)/24 = 29.1x12jam = 349/12jam</p> <p>Balance: Input – (Output + IWL) 1600cc –(1200cc + 349) = 1600 - 1549 = (+) 149 cc/12jam</p>	Rahman
III	18.00		<p>- Penatalaksanaan pemberian terapi :</p> <p>Ranitidine 1amp/12jam/IV Citicolin 1amp/12jam/IV Ceftriaxone 1gr/12jam/IV</p>	Jeslin
IV	18.55		<p>- Memonitoring GDS : 146mg/dL</p>	Lisa
II, III, IV	19.00		<p>- Pemberian asupan nutrisi dan terapi</p> <p>Hasil: Diberikan bubur saring 100cc Sucralfate syrup 3x15cc / oral ISDN 5mg 2x1 / oral</p>	Lisa

			Amlodipine 10mg / 0-0-1 / oral Infus Manitol 100cc / 12 jam / IV	
	II	19.30	Mengidentifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung Hasil: Tampak sesak berkurang dengan RR 20x/menit, tampak edema pada kedua ekstremitas atas dan bawah.	Litwina
		20.00	- Pemberian terapi obat Santagesik 1gr/8jam/IV - Memberikan cairan RL 500cc 20tpm / 8jam / IV	Mario Lisa
		20.05	- Memonitor TTV Hasil : TD : 156/88mmHg N : 100x/menit S : 36.6 ⁰ C P : 20x/menit SpO2 : 99% - Memonitor urine pasien Hasil: tampak urine berwarna kuning pekat dengan jumlah 900cc	Lisa
	I, II	20.30	Mantaince posisi head-up 30 ⁰ pada pasien di tempat tidur	Lina
	IV	20.50	Memonitoring output urine Hasil : Urine berwarna kuning dengan jumlah 500cc	Litwina
	I, II	21.00	- Mengidentifikasi efek pengaturan posisi head-up 30 ⁰ Hasil: Frekuensi napas tampak stabil dengan range 18-	Lina

			20x/menit dalam 30 menit, tekanan darah 154/83mmHg	
	IV	22.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan asupan susu Diabetasole 100cc melalui NGT - Menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman - Memonitoring TTV Hasil : TD : 157/91mmHg N : 104x/menit S : 36.7 ⁰ C P : 18x/menit SpO2 : 99%	Angel
	I	23.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status pernapasan Hasil: terdengar suara napas tambahan ronchi dan penumpukan lendir, RR: 25x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan hiperoksigenasi (100%) sebelum dilakukan penghisapan endotrakeal - Melakukan penghisapan lendir Hasil: Tampak lendir berwarna putih, penumpukan lendir tampak berkurang dengan frekuensi pernapasan 19x/menit	Joseva
		00.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring TTV Hasil : TD : 160/97mmHg N : 100x/menit S : 36.6 ⁰ C P : 20x/menit SpO2 : 99%	Lusia
	I, II	00.30	Maintaince posisi head-up 30 ⁰ pada pasien di tempat tidur	Marga

	III	01.00	- Memberikan loading balance cairan RL 300cc/8jam/IV	Angel
	I, II		- Mengidentifikasi efek pengaturan posisi head-up 30 ⁰ Hasil: Tampak adanya pengurangan beban kerja otot bantu napas, frekuensi napas 18x/menit, tekanan darah 158/90mmHg	Marga
		02.00	- Memonitoring TTV Hasil : TD : 152/87mmHg N : 101x/menit S : 37 ⁰ C P : 20x/menit SpO2 : 99%	Lusia
		04.00	- Penataaksanaan pemberian Santagesik 1gr/8jam/IV - Pemberian cairan Infus RL 500cc/8jam/IV 20tpm	Lusia
			- Memonitoring TTV Hasil : TD : 177/97mmHg N : 102x/menit S : 37.3 ⁰ C P : 26x/menit SpO2 : 99%	Angel
			- Memberikan hiperoksigenasi (100%) sebelum dilakukan penghisapan endotrakeal - Melakukan penghisapan lendir Hasil : Pernapasan 19x/menit, SpO2 99%, tidak terdengar bunyi napas tambahan	Angel

	I, II	04.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mantaince posisi head-up 30⁰ pada pasien di tempat tidur - Mengidentifikasi efek pengaturan posisi head-up 30⁰ Hasil: Tampak adanya pengurangan beban kerja otot bantu napas, frekuensi napas 18x/menit, tekanan darah 166/90mmHg 	Joseva Joseva
	IV II	05.50	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDS 138 mg/dL - Mengukur nilai CVP Hasil : 8.8 	Lusia
		05.55	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring TTV Hasil : TD : 156/85mmHg N : 89x/menit S : 37.0⁰C P : 20x/menit SpO2 : 99% 	Angel
	IV III	06.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan asupan nutrisi Dextrose 5% 50cc melalui NGT - Penatalaksanaan pemberian terapi: Ceftriaxone 1gr/ 12 jam/ IV Ranitidine 1amp/ 12 jam/ IV Citicolin 1amp./ 12 jam /IV 	Marga
	III, IV		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor dan mendokumentasikan balance cairan Input : RL 500cc NGT 200cc Loading 300cc 1000cc/12jam Output: Urine 700cc/18jam 	Lusia

	II	07.00	<p>IWL : $(10 \times \text{BB})/24$ $(10 \times 70)/24 = 29.1 \times 12 \text{jam}$ $= 349$</p> <p>Balance : Input – (Output + IWL) $1000 \text{cc} - (700 \text{cc} + 349)$ $= 2200 - 1049$ $= (-) 49 \text{ cc}/12 \text{jam}$</p> <p>Penatalaksanaan pemberian terapi Sucralfate syrup 3x15cc/oral ISDN 10mg 2x1 / oral</p>	Joseva
5 Juni 2022	V	07.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kebutuhan perawatan diri - Menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat dan privasi) <p>Hasil: Melakukan personal hygiene dan oral hygiene pada pasien.</p>	Dhata
	I, II		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi <i>head-up</i> 30⁰ pada pasien - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 	Dhata
	I, II, III	08.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola napas - Memonitor Tekanan Darah - Memonitor saturasi oksigen - Memonitor MAP <p>Hasil :</p> <p>TD : 166/94 mmHg N : 97x/menit S : 36.9⁰c P : 22 x/menit SpO₂ : 99% MAP : 118 mmHg</p>	Dian

	I		- Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: tidak terdengar suara napas tambahan - Maintenance posisi head-up 30 ⁰	
	I, II	08.30	- Mengidentifikasi efek pengaturan posisi head-up 30 ⁰ Hasil: beban kerja otot bantu napas tampak berkurang, frekuensi napas 18x/menit, Saturasi oksigen stabil dengan range 97%-99%, dan tekanan darah 150/89mmHg	Sri
	III	09.00	Memberikan loading balance cairan RL 300cc/8jam/IV	Rahman
		10.00	- Memonitor Tanda-Tanda Vital Hasil : TD : 166/93 mmHg N : 87x/menit P : 20x/menit S : 36.8 ⁰ C SpO2 : 99%	Rahman
	IV		- Memonitoring GDS 158 mg/dL - Memberikan asupan nutrisi susu diabetasol 100cc melalui NGT	Marni
	III	11.00	- Memberikan dukungan emosional dan spiritual Hasil : Keluarga pasien memberikan terapi auditori murrotal selama jam kunjungan berlangsung	Dian

		12.00	- Memonitor Tanda-Tanda Vital Hasil : TD : 168/94 mmHg N : 102x/menit P : 22x/menit S : 36.9 ⁰ C SpO2 : 98%	Marni
	III		- Penatalaksanaan pemberian obat: Inj. Santagesik 1gr/8jam/IV Inj. Piracetam 3gr/8jam/IV Inj. Neurobion 1amp./IV Terpasang Cairan Infus RL 500cc/20 tpm/8 jam/ IV	Rahman
		12.30	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : Kesadaran compos mentis dengan GCS 9 (E2V2M5), Tanda-Tanda Vital TD : 160/90 mmHg N : 98x/menit P : 21x/menit S : 36.5C SpO2 : 100%	Sri
	IV	13.00	- Memberikan bubur saring 100cc melalui NGT - Penatalaksanaan pemberian Surcralfate syrup 3x15cc/oral	Dian
	I	13.30	- Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: terdengar suara napas ronchi - Melakukan hiperoksigenasi sebelum suctioning Hasil: Tampak lendir berwarna putih, tidak terdengar suara	Dhata

	I, II	14.00	<p>napas tambahan setelah dilakukan suctioning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenance posisi head up 30⁰ - Mengidentifikasi efek pengaturan posisi head-up 30⁰ <p>Hasil: pasien tampak nyaman di tempat tidur dengan tanda-tanda vital:</p> <p>TD : 155/92 mmHg N : 95x/menit P : 20x/menit S : 37⁰C SpO2 : 99%</p>	Dhata
	IV		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring GDS : 138mg/dL 	Rahmat
	III, IV		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake dan output cairan <p>Hasil: Jumlah urine pasien adalah 900cc selama 8 jam, tampak urine berwarna kuning pekat.</p>	Rahmat
	I, II, III	14.30	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor Keadaan umum pasien <p>Hasil : Kesadaran pasien somnolen, tampak pasien masih terpasang intubasi dengan ETT No. 7.5cm terpasang NGT dan urine catheter, pasien tampak rapi dengan posisi <i>head-up</i> 30⁰ di tempat tidur, Terpasang CVC dan cairan Infus RL 20 tpm</p>	Rosalia
	II	15.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor nilai laboratorium: <p>Hasil :</p> <p>Natrium 155 mmol/L (<i>High</i>) Kalium 3.0 mmol/L (<i>Low</i>) Klorida 118 mmol/L (<i>High</i>)</p>	Irma

	V	16.00	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan oral hygiene - Memonitor Tanda-Tanda Vital <p>Hasil :</p> <p>TD : 179/100 mmHg N : 109x/menit P : 28x/menit S : 38.1⁰C SpO2 : 100%</p>	Sintiani Yayuk
	I		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan hiperoksifinasi sebelum suctioning <p>Hasil: Tampak lendir berwarna putih, tidak terdengar suara napas tambahan setelah dilakukan suctioning</p>	Rosalia
		16.15	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor frekuensi pernapasan 26x/menit 	
	III		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan kompres dingin pada area yang terdapat pembuluh darah besar seperti ketiak, leher dan selangkangan. 	Marini
	IV		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan asupan nutrisi <p>Hasil: memberikan susu diabetasol 100cc melalui NGT</p>	Sintiani
	I, II	16.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengelevasikan kepala 30⁰ 	Rosalia
		17.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi efek pengaturan posisi <i>head-up</i> 30⁰ dan pemberian kompres <p>Hasil: tampak penggunaan otot bantu napas berkurang dengan RR 22x/menit, TD 155/92 mmHg, N : 99x/menit, S: 37.3⁰C, SpO2 99%</p>	Rosalia

	III	17.15	- Memberikan dukungan emosional dan spiritual Hasil : Keluarga pasien memberikan terapi auditori murrotal	Sintiani
	III	18.00	- Penatalaksanaan pemberian obat: Inj. Ranitidine 1 amp/12 jam/ IV Inj. Ceftriaxone 1 vial/12 jam/ IV Inj. Citicolin 1amp/12 jam/ IV	Sintiani
			- Memonitor Tanda-Tanda Vital Hasil : TD : 154/95 mmHg N : 93x/menit P : 21x/menit S : 37°C SpO2 : 100%	Marini
	III, IV		- Memonitor dan mendokumentasikan balance cairan Input : RL 500cc NGT 400cc Loading 600cc Total Input 1500cc/12jam Output: Urine 900cc/18jam IWL : (10 x BB) / 24 (10 x 70) / 24 = 29.1 x 12jam = 349 Balance : Input – (Output + IWL) 1500cc – (900cc + 349) = 1500 - 1249 = (+)250 cc/12jam	Rosalia

	IV I, II, IV	18.55 19.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitoring GDS 146 mg/dL - Memberikan bubur saring 100cc melalui NGT - Penatalaksanaan pemberian obat oral: Surcralfate syrup 3x15cc / oral Amlodipine 10mg/ 0-0-1 / oral ISDN 10mg / 2x1 / oral Atorvastatin 20mg / 0-0-1 / oral N.Acetylcysteine caps. 200mg / 3x1 / oral 	Sintiani Yayuk
	III	20.00	<p>Penatalaksanaan pemberian obat Santagesic 1 amp/8jam/IV Piracetam 1gr/8jam/IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor Tanda-Tanda Vital <p>Hasil :</p> <p>TD : 149/82 mmHg N : 94x/menit P : 19x/menit S : 37.1^oC SpO2 : 100%</p>	Rosalia Sintiani
	III	20.30	<p>Memonitoring tanda dan gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil: Pasien tampak tidak tremor, tekanan darah 147/83mmHg, Nadi 95x/menit , RR 19x/menit, SpO2 100%</p>	Rosalia
	I, II	21.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi head-up 30^o - Mengidentifikasi efek pengaturan posisi <i>head-up</i> 30^o <p>Hasil: tampak penggunaan otot bantu napas berkurang dengan RR 18x/menit, TD 148/83mmHg, N : 87x/menit, S: 36.5^oC, SpO2 100%</p>	Sintiani Rosalia
	III		<ul style="list-style-type: none"> - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 	Marini

E. Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny.N

Umur : 63 tahun

Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
3 Juni 2022	<p><u>B1 Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Gangguan Metabolisme</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tampak dispnea bila produksi sputum meningkat - Tampak penggunaan otot bantu napas berkurang - Takikardi belum membaik dengan frekuensi nadi 112x/menit</p> <p>A : Masalah Gangguan ventilasi spontan mulai teratasi</p> <p>P : - Rencana konsul ke THT untuk pemasangan Trakeostomi - Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani
	<p><u>B2 Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tampak edema pada kedua ekstremitas atas dan bawah - TD: 186/85 mmHg - N : 112x/menit - P : 20x/menit</p> <p>A : Masalah Penurunan Curah Jantung belum teratasi</p> <p>P : - Rencana pemasangan CVC - Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani
	<p><u>B3 Resiko Perfusi Serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tingkat kesadaran tersedasi - TD: 186/85 mmHg - S : 37⁰C</p>	Rosalia & Sintiani

	<p>A : Masalah Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
	<p><u>Diagnosa IV Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : Hasil GDS : 126 mg/dL</p> <p>A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah mulai teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani
	<p><u>Diagnosa V Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tampak pemenuhan kebersihan diri dan mulut pasien dalam bantuan penuh</p> <p>A : Masalah defisit perawatan diri teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani
4 Juni 2022	<p><u>B1 Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Gangguan Metabolisme</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tampak dispnea bila produksi sputum meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak penggunaan otot bantu napas berkurang - Takikardi mulai membaik dengan frekuensi nadi 89x/menit <p>A : Masalah Gangguan ventilasi spontan mulai teratasi</p> <p>P : - Rencana konsul ke THT untuk pemasangan Trakeostomi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan Intervensi 	Rosalia & Sintiani
	<p><u>B2 Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tampak edema pada kedua ekstremitas</p>	Rosalia & Sintiani

	<p>atas dan bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 156/85 mmHg - N : 89x/menit - P : 20x/menit <p>A : Masalah Penurunan Curah Jantung mulai teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
	<p><u>B3 Resiko Perfusi Serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tingkat kesadaran tersedasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 156/85 mmHg - S : 37⁰C <p>A : Masalah Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani
	<p><u>Diagnosa IV Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : Hasil GDS : 138 mg/dL</p> <p>A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah mulai teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani
	<p><u>Diagnosa V Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tampak pemenuhan kebersihan diri dan mulut pasien dalam bantuan penuh</p> <p>A : Masalah defisit perawatan diri</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani
5 Juni 2022	<p><u>B1 Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Gangguan Metabolisme</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tampak dispnea bila produksi sputum meningkat</p>	Rosalia & Sintiani

	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak penggunaan otot bantu napas berkurang - Takikardi mulai membaik dengan frekuensi nadi 94x/menit <p>A : Masalah Gangguan ventilasi spontan teratasi sebagian</p> <p>P : - Rencana konsul ke THT untuk pemasangan Trakeostomi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan Intervensi 	
	<p><u>B2 Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tampak edema pada kedua ekstremitas atas dan bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 149/82 mmHg - N : 94x/menit - P : 19x/menit <p>A : Masalah Penurunan Curah Jantung teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani
	<p><u>B3 Resiko Perfusi Serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - GCS 9 (kesadaran compos mentis)</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 149/82 mmHg - S : 37.1 °C <p>A : Masalah Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani
	<p><u>Diagnosa IV Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : Hasil GDS : 146 mg/dL</p> <p>A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah mulai teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani

	<p><u>Diagnosa V Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan</u></p> <p>S : (tidak ada)</p> <p>O : - Tampak pemenuhan kebersihan diri dan mulut pasien dalam bantuan penuh</p> <p>A : Masalah defisit perawatan diri</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Rosalia & Sintiani
--	--	--------------------------

F. Daftar Obat

1. Nicardipine

- a. Klasifikasi / golongan : Antihipertensi
- b. Dosis umum : maksimal 15 mg/jam
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5mcg/kgbb
- d. Cara pemberian obat : IV (*Syringepump*)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : bekerja dengan cara menghambat dan mengendalikan aliran kalsium ke dalam sel jantung dan pembuluh darah, sehingga pembuluh darah lebih relaks dan aliran darah lebih lancar. Dengan begitu, pasokan darah dan oksigen ke jantung akan meningkat, dan beban kerja jantung akan berkurang.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Untuk menurunkan tekanan darah pasien
- g. Kontra indikasi : Pasien dengan stenosis aorta lanjut, Angina tidak stabil, syok kardiogenik, Serangan angina akut.
- h. Efek samping : pusing, sakit kepala, sakit perut atau *heartburn* , *flushing* atau rasa hangat di wajah, leher atau dada, mual, kram otot, konstipasi, pembengkakan pada tungkai atau kaki, mulut kering, rendahnya tekanan darah (hipotensi).

2. Citicolin

- a. Klasifikasi / golongan : Vasodilator perifer dan activator serebral
- b. Dosis umum :
 - 1) Kondisi akut : 250-500 mg/ IV drips atau bolus injeksi 1-2 hari
 - 2) Kondisi kronik : 100-300 mg/IV 1-2/hari dan gangguan serebrovaskuler sampai dengan 1000 mg/IM/IV
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500mg/12 jam
- d. Cara pemberian obat : Intravena
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : citicoline bekerja dengan cara merangsang pembentukan phosphatidylcholine di otak, selain itu dapat menghambat aktivasi fosfolipase.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : sebagai neuroproteksi untuk mencegah kerusakan otak dan membantu pembentukan membran sel di otak (*neurorepair*).
- g. Kontra indikasi : hipersensitif terhadap citicoline
- h. Efek samping : ruam-ruam, insomnia, sakit kepala, pusing, mual, anoreksia, perubahan tekanan darah sementara atau malaise.

3. ISDN

- a. Klasifikasi / golongan : Nitrat
- b. Dosis umum : 5-120 mg/hari, dosis maksimal 240 mg/hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg 2x1
- d. Cara pemberian obat : Oral (NGT)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Isosorbide Dinitrate (ISDN) bekerja sebagai vasodilator dengan cara melebarkan pembuluh darah, sehingga aliran darah ke otot jantung lebih lancar dan beban kerja jantung berkurang.
- f. Fungsi obat isosorbide dinitrate adalah obat untuk mencegah dan meredakan angina pectoris (nyeri dada) akibat penyakit jantung koroner. Obat ini juga dapat digunakan dalam pengobatan gagal jantung.
- g. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Membantu melebarkan pembuluh darah khususnya pada area yang mengalami penyumbatan agar melancarkan aliran darah.
- h. Kontra indikasi : hipersensitif terhadap isosorbide dinitrate, anemia berat, syok, tekanan darah sangat rendah
- i. Efek samping : pusing atau kepala terasa ringan, sakit kepala, mual, *flushing* atau sensasi panas di sekitar wajah dan leher

4. Ranitidine

- a. Klasifikasi / golongan obat : antagonis reseptor histamin h₂
- b. Dosis umum : 50 mg setiap 6-8 jam dan dosis tidak melebihi 400mg / hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 50mg / 12 jam
- d. Cara pemberian obat : Intravena (IV)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : cara kerja ranitidine adalah dengan cara menghambat secara kompetitif kerja reseptor histamine h₂, yang sangat berperan dalam sekresi asam lambung.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : untuk mengatasi asam yang berlebihan pada lambung akibat efek samping dari obat lainnya.
- g. Kontra indikasi : hipersensitivitas terhadap ranitidine, penderita gangguan hati dan ginjal, ibu hamil dan menyusui.
- h. Efek samping : diare, nyeri otot, pusing, mual, muntah, konstipasi, sakit kepala, sakit perut, mudah memar atau berdarah, detak jantung yang tidak teratur dan pengelihan buram.

5. Ceftriaxone

- a. Klasifikasi / golongan : Antibiotik sefalosporin
- b. Dosis umum : 1-2 gr/12 jam atau 24 jam
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :1 gr / 12 jam
- d. Cara pemberian obat : IV
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Selain itu, ceftriaxone juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada saat operasi.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : mencegah komplikasi pasien kearah yang lebih buruk
- g. Kontra indikasi : hipersensitif terhadap antibiotik cephalosporin dan neonatus.
- h. Efek samping : bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan, sakit kepala, pusing, mual atau muntah, diare, gatal pada vagina atau keputihan, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringat berlebihan.

6. Santagesik

- a. Klasifikasi / golongan : Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS)
- b. Dosis umum : Santagesik merupakan golongan obat keras, sehingga penggunaannya harus sesuai dengan resep dokter. Dosis dan cara penggunaan santagesik injeksi : Dosis: 2-5 ml melalui injeksi intramuscular (melalui otot) dan intravena (pembuluh darah) sebagai dosis tunggal. Dosis hingga 10 ml/hari sebagai dosis harian. Dosis dan cara penggunaan santagesik sirup : dosis: 2-4 sendok takar (10-40 ml) diberikan tiap 6-8 jam. Maksimal: 4 sendok takar (20 ml) diberikan 4 kali sehari.
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr / 8 jam
- d. Cara pemberian obat : IV
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Fungsi santagesik adalah obat yang mengandung metamizole natrium, digunakan untuk membantu mengatasi nyeri akut dan kronik berat seperti sakit kepala, sakit gigi, tumor, nyeri pasca operasi, dan nyeri pasca cedera.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Untuk mengurangi tingkat nyeri yang dirasakan pasien. Dalam kasus ini, secara verbal pasien tidak dapat mengungkapkan nyeri yang dirasakan. Namun dilihat dari konsisi pasien yang mengalami penyumbatan pada pembuluh darah otak akan menyebabkan nyeri pada kepala.
- g. Kontra indikasi : tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat santagesik.
- h. Efek samping : reaksi alergi parah (anafilaksis), sesak nafas, gatal, ruam, angioedema berat atau bronkospasme, aritmia kordis, tekanan darah rendah

7. Sucralfate

- a. Klasifikasi / golongan : Antasida
- b. Dosis umum : 1 gram/hari selama 4-8 minggu, dosis maksimal 8 gram/hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3 x 15cth
- d. Cara pemberian obat : Oral (NGT)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : sucralfate bekerja dengan cara membentuk lapisan pelindung pada tukak untuk melindunginya dari infeksi dan kerusakan lebih lanjut. Lapisan pelindung ini akan membantu mempercepat proses penyembuhan tukak (peradangan).
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Untuk mencegah efek samping dari obat-obatan lain yang dikonsumsi pasien. Obat-obatan yang memiliki efek samping mual dan muntah, sehingga obat ini mampu menetralkan kondisi pada tukak lambung.
- g. Kontra indikasi : penderita yang hipersensitif terhadap komponen obat ini.
- h. Efek samping : efek samping yang mungkin timbul setelah mengonsumsi sucralfate adalah: konstipasi, sakit kepala, mulut kering, pusing, diare, insomnia, perut kembung, mual atau muntah

8. Amlodipine

- a. Klasifikasi / golongan : Antihipertensi
- b. Dosis umum : 5–10 mg per hari.
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg (0-0-1)
- d. Cara pemberian obat : Oral (NGT)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat ini bekerja dengan cara membantu melemaskan otot pembuluh darah. Dengan begitu, pembuluh darah akan melebar, darah dapat mengalir dengan lebih lancar, dan tekanan darah dapat menurun. Fungsi obat untuk menurunkan tekanan darah tinggi
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : membantu menurunkan tekanan darah pasien
- g. Kontra indikasi : penggunaan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini. Amlodipine juga sebaiknya tidak digunakan (kontraindikasi relatif) pada pasien dengan syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipotensi berat, gagal jantung, dan gangguan hepar.
- h. Efek samping : pusing, munculnya rasa melayang, kantuk, atau sakit kepala, bengkak pada kaki, rasa hangat dan panas di wajah, leher, atau dada (*flushing*), sakit perut atau mual, lelah yang tidak biasa

9. Fentanyl

- a. Klasifikasi/golongan : obat antinyeri golongan Opioid
- b. Dosis umum : 1-100 mcg/kgBB/jam
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 mcg/jam
- d. Cara pemberian obat : IV (*Syringepump*)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : bekerja dengan cara memblokir sinyal rasa sakit pada sel syaraf menuju otak. Fungsi obat ini adalah meredakan nyeri hebat dan menjadi obat tambahan yang digunakan saat prosedur anestesi atau pembiusan
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Sebagai sedasi sebelum dilakukan tindakan intubasi pada pasien
- g. Kontra indikasi : tidak boleh diberikan pada pasien yang memiliki riwayat depresi pernafasan, cedera kepala, dan asma akut dan tidak boleh diberikan pada ibu hamil dan menyusui.
- h. Efek samping : depresi nafas, otot menjadi kaku, tekanan darah menurun, detak jantung menurun, mual dan muntah, berhalusinasi.

10. Miloz

- a. Klasifikasi / golongan : Benzodiazepine
- b. Dosis umum : 1mg/jam dan 5mg/jam
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 mg/jam
- d. Cara pemberian obat : IV (*Syringepump*)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menimbulkan efek menenangkan dengan cara meningkatkan aktivitas zat kimia alami dalam tubuh yang disebut asam gamma-aminobutirat (gaba) yang memperlambat kerja saraf otak dan sistem saraf. Selain sebagai obat penenang sebelum operasi, midazolam juga bisa diberikan kepada pasien icu yang memerlukan pemasangan alat bantu napas atau ventilator.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Sebagai sedasi sebelum dilakukan tindakan intubasi pada pasien
- g. Kontra indikasi : gagal napas berat atau depresi pernapasan akut, glaukoma sudut sempit akut, miastenia gravis, sindrom apnea tidur; gangguan hati berat.
- h. Efek samping : sakit kepala, kantuk, cegukan, mual atau muntah, amnesia sementara, nyeri, kemerahaan atau bengkak di area penyuntikan.

11. Recofol

- a. Klasifikasi / golongan :
- b. Dosis umum : 4-12 mg / kg / jam dengan infus berkelanjutan.
25-50 mg secara berulang bolus injeksi tergantung pada respons.
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 50mg/jam
- d. Cara pemberian obat : IV (*Syringe pump*)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : mekanisme kerjanya sampai saat ini belum diketahuin tetapi diperkirakan efek primernya berlangsung di reseptor gaba-a (gamma amino butired acid). Recofol digunakan untuk induksi dan pemeliharaan anestesi umum, dan sedasi selama perawatan intensif.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Sebagai sedasi sebelum dilakukan tindakan intubasi pada pasien
- g. Kontra indikasi : sedasi dalam pengaturan icu pada anak usia <16 tahun.
- h. Efek samping : nyeri pada tempat injeksi, hipotensi (tekanan darah rendah), kejang, edema paru, sakit kepala, mual, muntah, henti jantung, perubahan warna urin berwarna hijau atau kemerahan, mengubah perilaku seksual

12. Insulin

- a. Klasifikasi/golongan : Antidiabetik
- b. Dosis umum :
Kondisi:
Dewasa: dosis diberikan melalui infus dengan dosis awal 6 unit per jam, dosis digandakan 2 atau 4 kali lipat jika kadar gula darah tidak juga turun.
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 4 ui/ jam
- d. Cara pemberian obat : IV (*Syringepump*)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : cara kerja insulin buatan ini hampir sama dengan hormon insulin alami dalam tubuh manusia, yaitu mengontrol kadar gula darah dengan cara mengolahnya menjadi energi. Selain itu, insulin juga dapat mencegah organ hati memproduksi gula secara berlebihan.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Pasien memiliki penyakit Diabetes Militus
- g. Kontra indikasi : Hipoglikemia dan pasien dengan riwayat hipersensitivitas obat ini
- h. Efek samping : Kenaikan berat badan awal saat sel mulai mengambil glukosa, gula darah yang turun terlalu rendah atau hipoglikemia.

13. Atorvastatin

- a. Klasifikasi / golongan : Statin
- b. Dosis umum : 10-20mg/hari, dosis maksimal 80/hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 20 mg (0-0-1)
- d. Cara pemberian obat : Oral (NGT)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : atorvastatin menurunkan jumlah kolesterol dalam tubuh dengan cara menghambat enzim yang bertugas memproduksi kolesterol di hati. Dengan demikian, jumlah kolesterol jahat dalam darah akan turun.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Pasien memiliki riwayat penyakit DM
- g. Kontra indikasi : pasien dengan hipersensitivitas terhadap komponen obat ini
- h. Pasien dengan penyakit hati aktif atau peningkatan transaminase serum lebih dari tiga kali batas atas normal yang menetap dan tidak dapat dijelaskan. Kehamilan, menyusui, atau berpotensi hamil yang tidak menggunakan kontrasepsi yang adekuat. Atorvastatin harus diberikan pada wanita usia subur hanya jika sangat tidak mungkin hamil dan telah diinformasikan potensi bahayanya terhadap janin.
- i. Efek samping : nyeri sendi dan otot, sakit kepala, hidung tersumbat, sakit tenggorokan, diare, mual, konstipasi, kembung, mimisan

14. N-Acetylcysteine caps.

- a. Klasifikasi / golongan : obat mukolitik (pengencer dahak)
- b. Dosis umum : 200 mg 3 kali sehari, dosis maksimal 600 mg/hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200 mg / 3x1
- d. Cara pemberian obat : Oral (NGT)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : n-acetylcysteine bekerja dengan cara memecah ikatan disulfida pada mucoprotein, sehingga terjadi penurunan kekentalan dari mucus. Obat ini berfungsi untuk mengencerkan dahak
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Membantu mengencerkan dahak pasien sehingga memudahkan pasien dalam memperoleh oksigenasi.
- g. Kontra indikasi : bubuk oral untuk larutan dan tablet effervescent tidak boleh diberikan kepada anak usia di bawah 2 tahun.
- h. Efek samping : mual, muntah, sakit perut, pilek, sariawan, demam

15. Manitol

- a. Klasifikasi / golongan : Diuretik Osmotik
- b. Dosis umum : 500-600 cc/hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 100cc/12 jam hari pertama, hari kedua 100/24 jam
- d. Cara pemberian obat : IV
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : bekerja dengan cara meningkatkan jumlah cairan yang akan dikeluarkan oleh ginjal, sekaligus menghambat penyerapan cairan kembali oleh ginjal. Fungsi obat ini adalah untuk mengurangi tekanan dalam otak (tekanan intrakranial), tekanan dalam bola mata (tekanan intraokular), dan pembengkakan otak (cerebral edema)
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Untuk mengurangi tekanan dalam otak, sehingga dapat membantu untuk peningkatan kesadaran.
- g. Kontra indikasi : mannitol tidak boleh diberikan pada pasien dengan gagal jantung kongestif, kongesti paru atau edema paru, perdarahan intrakranial (kecuali selama kraniotomi), pasien dalam keadaan dehidrasi, pasien yang edema metabolik (edema bukan karena penyakit ginjal, jantung atau hepar) yang berhubungan dengan kerapuhan kapiler/permeabilitas abnormal. Demikian pula pada pasien dengan kegagalan fungsi ginjal, kecuali apabila setelah diberi mannitol 0,2 gram/kgbb yang diberikan 3-5 menit dapat menghasilkan sedikitnya 40 ml urin/jam, dan diamati selama 2-3 jam.
- h. Efek samping : demam, menggigil, sakit kepala, pilek, buang air kecil jadi lebih sering, pusing atau penglihatan kabur, mual atau muntah.

16. Piracetam

- a. Klasifikasi / golongan : Nootropic
- b. Dosis umum : 1-5 gram/hari, dosis maksimal 20 gram/hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3 gram / 8 jam
- d. Cara pemberian obat : Oral (NGT)
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : bekerja dengan cara melancarkan aliran darah dan oksigen ke otak, khususnya ke bagian otak bernama korteks. Piracetam adalah obat yang berfungsi untuk meningkatkan fungsi kognitif, mioklonus serta dapat mengatasi kedutan pada otot, disleksia, vertigo dan cedera pada kepala. Piracetam mempengaruhi otak dan sistem saraf dengan melindungi korteks serebri agar tidak kekurangan oksigen.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien bersangkutan : Sebagai neuroprotektis terhadap kematian sel-sel saraf otak.
- g. Kontra indikasi : kontraindikasi piracetam adalah pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap piracetam atau derivat pyrrolidone, pasien dengan gangguan fungsi ginjal berat, gagal ginjal tahap akhir, pasien dengan riwayat perdarahan otak, dan pasien yang menderita *huntington's chorea*.
- h. Efek samping : kecemasan, iritabilitas, insomnia, tremor, agitasi, rasa lelah, somnolence, gangguan gastrointestinal, mulut kering, meningkatnya libido, meningkatnya berat badan dan reaksi hipersensitif pada kulit.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam bab ini penulis akan menganalisa kasus yang dikaitkan dengan tujuan teoritis baik medis maupun keperawatan berdasarkan kasus nyata pada Ny. N umur 63 tahun dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

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 kontinue, yang mengulangi kembali kontak dengan pasien. Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut.

a. Pengkajian Kritis, meliputi :

1) B1 (*Breath*)

Pada pengkajian B1 (*Breath*) didapatkan hasil pengkajian pasien tampak sesak dengan jumlah pernapasan 45x/menit dan SpO₂ 92%. Pasien juga tampak menggunakan otot bantu pernapasan diafragma. Selain itu, terdengar juga bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien dan terdengar penumpukan lendir lebih banyak pada paru kiri pasien. Dari kondisi pasien diatas, dapat disimpulkan bahwa pasien

mengalami penumpukan cairan akibat penurunan kesadaran dan penurunan cadangan energi, yang membuat refleks batuk pasien menurun dan tidak mampu bernapas secara adekuat sehingga terjadi sesak napas pada pasien.

2) B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 (*Blood*) didapatkan hasil berupa peningkatan tekanan darah 210/99 mmHg dan peningkatan frekuensi nadi 134x/menit. Selain itu, kedua ekstremitas atas dan bawah juga tampak edema, dimana hal ini dikarenakan terganggunya aktivitas elektrolit akibat iskemik pada daerah terkait. Hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan laboratorium dimana jumlah Natrium yang tinggi (156 mmol/L) dan juga nilai Clorida 115 mmol/L.

Peningkatan tekanan darah dan nadi pada pasien juga dapat disebabkan karena beban kerja jantung yang berat akibat penumpukan plak pada pembuluh darah, sehingga terjadi ketidakadekuatan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

3) B3 (*Brain*)

Hasil pengkajian B3 (*Brain*) didapatkan tingkat kesadaran pasien somnolen dengan GCS 9 dimana pasien hanya membuka mata dan melokalisir saat diberikan rangsangan nyeri serta mengeluarkan suara yang tidak jelas. Tampak reaksi pupil isokor kiri dan kanan. Menurut penulis, penurunan kesadaran pasien terjadi karena adanya infark serebral yang dibuktikan dengan hasil CT-scan yaitu ditemukan adanya infark multiple di temporoparietal kiri.

4) B4 (*Bladder*)

Pada pengkajian ini, pasien tampak terpasang foley kateter dengan jumlah urine sebanyak 150cc dan berwarna kuning pekat. Pemasangan kateter urine dilakukan untuk memonitor

dan membantu output pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

5) 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.

6) B6 (*Bone*)

Pada saat pengkajian B6 (*Bone*), akral tampak pucat dan teraba dingin. Hal ini disebabkan karena kurangnya suplai oksigen dalam tubuh pasien yang dibuktikan dengan sesak napas dan nilai SpO₂ 92%.

b. Pengkajian 11 Pola Gordon

Menurut Nuryanti (2020), Pengkajian 11 Pola Gordon dilakukan secara komprehensif yang mencakup seluruh aspek kerangka pengkajian kesehatan fungsional. Pada kasus Ny. N pengkajian 11 pola gordon dilakukan seluruhnya dan diperoleh beberapa pola yang bermasalah, antara lain :

Pada saat pengkajian hasil observasi didapatkan pasien tampak sakit berat dengan kondisi terpasang cairan infus RL dan Sp. Nicardipine 5mcg/KgBB. Tampak pasien sesak dan terpasang NRM 15 liter. Kesadaran pasien somnolen dengan GCS 9 (E2V2M5). Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien yaitu TD: 210/99mmHg, MAP: 136mmHg, Nadi 134x/menit, Suhu Badan 39.5⁰C, Pernapasan 43x/menit, SpO₂ 92%. Pasien tampak terpasang NGT dan kateter urine. Hasil laboratorium pasien didapatkan nilai GDS 326 mg/dL, Natrium 156mmol/L, Kalium 2.7 mmol/L, Klorida 115 mmol/L, dan HbA1C 6.1%. Pemeriksaan lain yang juga dilakukan adalah CT-Scan dengan

hasil pemeriksaan adanya atrofi cerebri, infark multiple di temporoparietal kiri dan basal ganglia kiri, serta pemeriksaan Foto Thorax dengan hasil yang menunjukkan adanya Diastation et. Atherosclerosis Aortae.

Adapun pengkajian yang dilakukan penulis kepada keluarga pasien untuk mendapatkan hasil data subjektif, yaitu keluarga pasien mengatakan bahwa sebelum dibawa ke rumah sakit, pasien mengalami kelemahan badan dan tiba-tiba sulit bicara. Keluarga mengatakan bahwa pasien sudah mengalami nyeri kepala 1 minggu sebelumnya disertai rasa kaku pada leher dan pernah muntah 1 kali, namun pasien hanya meminum obat antihipertensi atau paracetamol dan tidak ada perubahan. Keluarga juga mengatakan bahwa pasien mengetahui bahwa ia memiliki riwayat Hipertensi dan DM sejak kurang lebih 10 tahun yang lalu, namun pasien sendiri tidak ingin memeriksakan kesehatan secara rutin ataupun berobat ke klinik. Keluarga mengatakan pasien hanya akan memeriksakan tekanan darah menggunakan alat tensi meter yang ada dirumah. Bila pasien merasa pusing dan kaku pada leher, pasien akan meminum obat antihipertensi. Keluarga mengatakan bahwa obat tersebut tidak dikonsumsi secara rutin melainkan hanya saat gejala muncul. Selain itu, keluarga mengatakan bahwa pasien juga mengkonsumsi obat herbal untuk mengatasi masalah kesehatan pasien.

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

Berdasarkan beberapa data diatas, kasus pada Ny. N sesuai dengan teori yang ada, yaitu Hipertensi dan penyakit DM merupakan pemicu dari *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS).

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 5 diagnosis keperawatan pada Ny. N sesuai SDKI, yaitu :

- a. Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme

Diagnosis ini diangkat berdasarkan data-data yang mendukung pada pengkajian B1 (*Breath*), dimana didapatkan 3 dari 5 tanda dan gejala mayor di SDKI yaitu adanya dispnea, penggunaan otot bantu napas yang meningkat, dan SaO₂ yang menurun.

- b. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung

Diagnosis ini diangkat berdasarkan data-data pada pengkajian B2 (*Blood*) dengan 80% tanda dan gejala mayor yang sesuai pada SDKI, yaitu terdapat takikardi, gambaran EKG aritmia, Edema, Tekanan darah yang meningkat, CRT <3 detik, dan sianosis.

- c. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi

Diagnosis ini diambil sesuai dengan data-data yang ada pada pengkajian B3 (*Brain*) dan data subjektif pada pengkajian sekunder. Dalam SDKI, salah satu faktor resiko dari diagnosis ini adalah Hipertensi, dengan kondisi klinis terkait Stroke.

- d. Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah

Pada hasil pengkajian sekunder baik subjektif maupun objektif, diagnosis ini sesuai untuk diangkat dan diberikan tindakan agar

tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. Terdapat 100% data mayor pada SDKI yang sesuai dengan kondisi Ny. N.

e. Defisit Perawatan Diri

Diagnosis ini diangkat berdasarkan data-data pada pengkajian sekunder pasien berdasarkan 80% data mayor dan kondisi klinis terkait yang ada di SDKI.

Adapun diagnosa keperawatan yang ada pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) namun penulis tidak mengangkatnya, yaitu Gangguan Mobilitas Fisik. Diagnosis tersebut tidak diangkat penulis karena status kesehatan pasien yang tidak memungkinkan untuk dilakukan intervensi sesuai diagnosis tersebut. Menurut penulis, Intervensi untuk meningkatkan status mobilitas pada pasien stroke seperti ROM belum sesuai dengan kasus Ny. N. Pasien dengan sesak napas dan peningkatan tekanan darah serta frekuensi nadi belum dapat dilakukan aktivitas fisik tambahan, kecuali bila tanda-tanda vital pasien membaik.

3. Intervensi Keperawatan

Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018), setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosis keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan diagnosis keperawatan yaitu :

a. Gangguan Ventilasi Spontan

Intervensi:

1) Dukungan ventilasi

- a) Observasi: Identifikasi status perubahan posisi terhadap status pernapasan, Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. Frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)

- b) Terapeutik: Pertahankan kepatenan jalan napas, Berikan posisi *head-up* 30⁰, fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin, berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (mis. Nasal kanul, masker wajah, masker *rebreathing* atau *non rebreathing mask*).
 - c) Edukasi: Jelaskan tujuan pengaturan posisi *head-up* 30⁰ pada keluarga pasien
 - d) Kolaborasi: Kolaborasi pemberian mukolitik (N.Acetylcysteine caps. 200mg)
- 2) Manajemen Jalan Napas
- a) Observasi: Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
 - b) Terapeutik: Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal, Berikan oksigen
 - c) Edukasi: Jelaskan pada keluarga pasien tujuan pengaturan posisi *head-up* 30⁰
 - d) Kolaborasi: Pemberian mukolitik N.Acetylcysteine caps. 200mg
- b. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung
- Intervensi: Perawatan Jantung
- 1) Observasi: Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, peningkatan CVP), Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Monitor saturasi oksigen, Monitor EKG, Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)
 - 2) Terapeutik: Posisikan pasien semi-fowler : elevasi kepala 30⁰, Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak),

Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

- 3) Edukasi: Jelaskan pada keluarga pasien tujuan pengaturan posisi *head-up* 30⁰
- 4) Kolaborasi: Pemberian obat vasodilator ISDN 10mg 2x1 dan Amlodipine 10mg

c. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi

Intervensi: Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

- 1) Observasi: Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas irreguler), Monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), Monitor status pernapasan, Monitor intake dan output.
- 2) Terapeutik: Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi-fowler (Elevasi kepala 30⁰), Pertahankan suhu tubuh normal
- 3) Edukasi: Jelaskan dan anjurkan keluarga pemberian Terapi Murrotal pada pasien.
- 4) Kolaborasi: pemberian sedasi (Sp. Fentanyl 5mcg/jam, Sp. Miloz 1mg/jam, Sp. Recofol), dan Citicolin 1amp/IV, Piracetam 3gr, Manitol 100cc.

d. Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah

Intervensi: Manajemen Hiperglikemia

- 1) Observasi: Monitor kadar glukosa darah, Monitor intake dan output cairan
- 2) Terapeutik: Berikan asupan cairan oral
- 3) Kolaborasi: pemberian obat Sp. Insulin bolus 4IU/jam, Atorvastatin 20mg (0-0-1)

- e. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan
Intervensi: Dukungan Perawatan Diri
- 1) Observasi: Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
 - 2) Terapeutik: Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi), Siapkan keperluan pribadi, Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.

4. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan kritis yang diberikan. Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan kritis yang diberikan pada pasien.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah dari kelima diagnosis keperawatan mulai teratasi.

- a. Diagnosis Keperawatan: Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme

Hasil evaluasi pada diagnosis ini mulai teratasi ditandai dengan status pernapasan pasien yang mulai membaik. Pada hari ke-3 implementasi, didapatkan hasil observasi RR: 19x/menit dan SpO₂ 99% dengan bantuan ventilator, pengaturan posisi *head-up* 30⁰ dan tindakan *suctioning*. Pasien direncanakan konsul THT untuk pemasangan trakeostomi dengan alasan adanya penumpukan secret berlebihan yang membuat pasien harus terus dilakukan *sactioning*. Pernapasan pasien kadang meningkat hingga 28x/menit jika jalan napas kembali tersumbat oleh lendir.

b. **Diagnosis Keperawatan: Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung**

Hasil evaluasi setelah dilakukan implementasi selama 3x24 jam mulai teratasi. Hal ini ditandai dengan tekanan darah dan frekuensi nadi pasien yang cukup menurun. Selama 3 hari implementasi, *range* Tekanan darah sistol pasien adalah 150-190mmHg dan diastole 80-100mmHg, sedangkan frekuensi nadi pasien juga mulai membaik dengan nilai ≥ 80 x/menit, namun masih tampak edema pada kedua ekstremitas pasien.

c. **Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi**

Hasil evaluasi menunjukkan sebagian masalah teratasi. Tingkat kesadaran pasien belum membaik karena pasien masih dengan tingkat kesadaran somnolen. Namun, tekanan darah pasien mulai menunjukkan adanya penurunan. Pada hari ke-3 implementasi, didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah mulai menurun hingga 149/82 mmHg. Begitupun dengan suhu tubuh pasien yang sudah membaik sejak 1 hari implementasi.

d. **Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah**

Hasil evaluasi selama tiga hari implementasi didapatkan masalah mulai teratasi. Pemeriksaan GDS setelah hari pertama implementasi adalah dari 367mg/dL menjadi 126mg/dL, pada hari kedua implementasi hasil GDS 138mg/dL, dan hari ketiga implementasi GDS 146mg/dL. Pasien dalam terapi obat oral Atorvastatin 20mg.

e. **Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan**

Evaluasi dari diagnosis ini adalah terjaganya kebersihan diri dan mulut pasien, dimana perawat juga bekerjasama dengan keluarga untuk mempertahankan status kebersihan diri pasien.

B. Pembahasan Penerapan EBN (Pada Tindakan Keperawatan)

Evidence Based I : Posisi Head-up 30⁰

1. Judul EBN:

Penerapan Posisi *Head Up* 30⁰ Sebagai Upaya untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen pada Ny. N (63 Tahun) dengan Diagnosis Medis *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS).

2. Diagnosis Keperawatan:

- a. Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme
- b. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung

3. Luaran yang diharapkan:

- a. Ventilasi spontan meningkat dengan kriteria hasil dispnea cukup menurun, penggunaan otot bantu napas cukup menurun, takikardia cukup membaik.
- b. Curah jantung meningkat dengan kriteria hasil takikardi cukup menurun, Gambaran EKG aritmia cukup menurun, Edema cukup menurun, Dispnea cukup menurun, tekanan darah cukup membaik.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN:

- a. Dukungan Ventilasi dan Manajemen Jalan Napas
- b. Perawatan Jantung

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Pengatauran posisi *Head Up* 30⁰ adalah tindakan meposisi kepala setinggi 30⁰ dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit.

b. Tujuan / rasional EBN pada kasus askep

Pengaturan posisi *Head Up* 30⁰ ini bertujuan untuk memperbaiki status hemodinamik dan meningkatkan saturasi oksigenasi.

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

P: Problem

Stroke merupakan kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan atau perdarahan. Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga dan penyebab kecacatan nomor satu di seluruh dunia, Sebanyak 80-85% merupakan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS). *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) merupakan penyumbatan pembuluh darah di otak sebagian atau seluruhnya, yang disebabkan oleh gumpalan thrombus sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke otak berkurang. Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan hemodinamik termasuk saturasi oksigen. Oleh karena itu diperlukan pemantauan dan penanganan yang tepat karena kondisi hemodinamik sangat mempengaruhi fungsi pengantaran oksigen dalam tubuh yang pada akhirnya akan mempengaruhi fungsi jantung.

I : Intervention

Tindakan *head-up* 30⁰ ini dilakukan dengan cara mengatur posisi kepala pasien setinggi 30⁰ di tempat tidur menggunakan bantal atau dengan menaikkan tempat tidur bagian kepala, sehingga dapat memfasilitasi aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

C : Comparison

- a. Pada penelitian yang dilakukan oleh Afif Mustikarni dan Akhmad (2020) yang dilaksanakan di RSUP dr. Kariadi Semarang, mengemukakan bahwa penerapan *evidence based practice nursing* yaitu *head up* 30⁰ terbukti efektif dalam menaikkan kadar saturasi oksigen pada pasien stroke.

- b. Adapun penelitian Filya dan Feni (2019) dalam jurnal yang berjudul “Implementasi *Evidence Based Nursing* pada pasien dengan Stroke Non-Hemoragik : Studi Kasus” membuktikan bahwa hasil implementasi EBN *Head up 30°* selama 3 hari menunjukkan terjadinya peningkatan saturasi oksigen setelah intervensi dilaksanakan.
- c. Penelitian lainnya dilakukan oleh Kadir (2018) menunjukkan hasil ada pengaruh kepala elevasi 30° terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik, dimana pada saat posisi supinasi saturasi oksigen 96% sedangkan saat kepala dielevasi 30 ° selama 30 menit saturasi meningkat menjadi 98% (Kadir, 2018).
- d. Adapun penelitian yang dilakukan oleh Martina et. al (2017) yaitu penerapan posisi *head-up 30⁰* yang menunjukkan adanya pengaruh intervensi tersebut dengan saturasi oksigen pada pasien stroke. Dalam jurnalnya menyebutkan bahwa pemberian posisi *head-up 30⁰* dapat dilakukan pada pasien NHS maupun HS karena dapat memnfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memenuhi kebutuhan oksigenasi jaringan serebral.
- e. Hasil riset lain yang berjudul “*influence of different degrees of head elevation on respiratory mechanics in mechanically ventilated patients*”, saturasi oksigen lebih baik pada posisi *head elevation* dibandingkan posisi 0⁰ (Martinez, 2015)

O: Outcome

Dari hasil intervensi pengaturan posisi *head-up 30⁰* pada Ny. N dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) yang dilakukan selama tiga hari, didapatkan adanya peningkatan saturasi oksigen dari 92% menjadi 99%.

T: Time

Intervensi dilakukan setiap hari yang dimulai pada hari pertama perawatan (3 Juni 2022) sampai hari ke-3 perawatan (5 Juni 2022). Intervensi ini dilakukan 5-6 kali sehari selama 30 menit.

Evidence Based II : Penerapan Terapi Murrotal

1. Judul EBN:

Pemberian terapi stimulus auditori menggunakan murrotal pada Ny. N (63 tahun) dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) yang menyebabkan penurunan kesadaran.

2. Diagnosis Keperawatan:

- a. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung
- b. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Hipertensi

3. Luaran yang diharapkan:

- a. Curah jantung meningkat dengan kriteria hasil takikardi cukup menurun, Gambaran EKG aritmia cukup menurun, Edema cukup menurun, Dispnea cukup menurun, tekanan darah cukup membaik.
- b. Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil kesadaran cukup membaik, demam cukup menurun, Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN:

- a. Perawatan Jantung
- b. Manajemen peningkatan tekanan intracranial

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Terapi Murrotal merupakan tindakan non-farmakologi dengan memberikan stimulasi auditory yang dapat bertindak sebagai rangsangan untuk menciptakan respon fisiologi dan psikologi

yang optimal. Terapi murrotal merupakan salah satu intervensi yang direkomendasikan karena tidak hanya memberikan efek terapeutik untuk fisik saja tetapi juga psikologis dan spiritual (Saged et. al., 2018). Beberapa penelitian membuktikan bahwa terapi murrotal mempunyai pengaruh efektif bukan hanya terhadap perbaikan tekanan darah tetapi juga untuk peningkatan kesadaran pada pasien stroke.

b. Tujuan / rasional EBN pada kasus askep

Pemberian terapi murrotal pada Ny. N bertujuan untuk memberikan stimulasi auditori untuk peningkatan GCS pasien serta bertujuan untuk menurunkan tekanan darah pasien.

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

P: Problem

Stroke merupakan suatu sindrom klinik yang ditandai dengan hilangnya fungsi neurologis yang menjadi penyebab utama disabilitas kronis. Salah satu penyebab terjadinya stroke yaitu adanya riwayat hipertensi pada pasien. Stroke dapat menyebabkan penurunan kesadaran. Pada kasus stroke dengan penurunan kesadaran dapat mengakibatkan pasien mengalami kematian. Upaya medis dalam meningkatkan kesadaran pasien berfokus pada terapi farmakologis sehingga memerlukan terapi non-farmakologis seperti terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) untuk membantu proses pemulihan kesadaran. Salah satu terapi auditori yang telah banyak dilakukan penelitian dan terbukti efektif dalam peningkatan GCS pada pasien stroke serta dapat menurunkan tekanan darah yaitu Terapi Murrotal.

I: Intervensi

Pada studi kasus ini, Ny. N beragama Islam sehingga intervensi yang diberikan adalah terapi murrotal bacaan Al-Quran dengan menggunakan media *handphone* selama 30 menit. Perawat juga bekerja sama dengan keluarga pasien dalam pemberian terapi ini. Keluarga juga memberikan dukungan emosional dan spiritual dengan mengaplikasikan intervensi terapi murrotal pada pasien bukan hanya melalui media *handphone* tetapi juga membacakan ayat Al-Quran langsung di telinga pasien selama 30 menit.

C: Comparison

- a. Penelitian yang dilakukan oleh Mansouri et al., (2017) menunjukkan bahwa anda-tanda vital (sistolik dan diastolik, denyut nadi jantung dan pernapasan rate) berkurang setelah diberikan intervensi terapi murrotal dibandingkan dengan sebelum diberikan intervensi pada pasien, dengan menunjukkan perbedaan berarti secara statistik dengan nilai $p < 0,00$.
- b. Penelitian lain yang mendukung juga dilakukan oleh Filya dan Feni (2019) dalam jurnalnya "Implementasi *Evidence Based Nursing* pada Pasien dengan Stroke Non-Hemoragik : Study Kasus" yang dilaksanakan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat, membuktikan bahwa hasil implementasi EBN terapi murrotal menunjukkan hasil yang diharapkan. Pemberian terapi murrotal selama 7 hari menunjukkan peningkatan GCS pasien dari GCS 7 menjadi GCS 11.
- c. Penelitian lainnya dilakukan oleh Dwi Pudjonarko (2019). Dalam jurnalnya peneliti menggunakan skor *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) sebagai luaran

klinis neurologis. Hasil dari penelitiannya menunjukkan, mendengarkan terapi murrotal Al-Qur'an berpengaruh pada perbaikan NIHSS pasien stroke iskemik di RSUP dr. Kariadi Semarang.

- d. Penelitian terapi auditori yang dilakukan oleh Cirilia et. al (2020) membuktikan bahwa terjadi peningkatan nilai GCS psetelah diberikan intervensi pada pasien stroke di RSD dr. Soebandi Jember.
- e. Penelitian lainnya dibuktikan dalam jurnal berjudul "Aplikasi terapi murrotal Al-Qur'an terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Nagrak Cianjur" oleh Ega dan Burhanudin (2021). Penelitian ini membuktikan adanya pengaruh terapi murrotal terhadap penderita hipertensi setelah diberikan intervensi selama 7 hari.
- f. Adapun penelitian yang dilakukan oleh Irman et. al. tahun 2021 dengan judul Stimulasi Auditori menggunakan murrotal terhadap *vital signs* pasien stroke fase akut". Hasil penelitian menyimpulkan secara signifikan intervensi terapi murrotal dapat menurunkan tekanan darah dan *heart rate* pasien stroke fase akut.

O: Outcome

Dari hasil intervensi pemberian terapi murrotal pada Ny. N dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) selama 3 hari implementasi, belum menunjukkan adanya peningkatan kesadaran pasien, namun status tekanan darah pasien mulai menunjukkan adanya penurunan. Dalam hal ini, penulis menyimpulkan bahwa belum ada peningkatan kesadaran dikarenakan implementasi dan evaluasi yang hanya berlangsung selama 3 hari, sedangkan dalam penelitian-

penelitian terapi murrotal ini dilakukan selama 7 hari berturut-turut. Oleh karena itu, penulis berharap agar intervensi ini tetap diimplementasikan seterusnya dengan bantuan dan partisipasi dari keluarga pasien.

T: Time

Intervensi mulai terlaksana pada hari perawatan pertama hingga perawatan hari ke-3 (tanggal 3-5 Juni 2022). Intervensi dilakukan saat jam kunjungan keluarga yaitu pada pukul 09.00-13.00 dan 17.00 – 21.00.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) merupakan penyumbatan pembuluh darah di otak yang disebabkan oleh bekuan darah atau gumpalan thrombus sehingga suplai darah dan oksigen ke otak terhenti sebagian atau sepenuhnya.
2. Dari hasil pengkajian primer dan sekunder yang dilakukan, didapatkan data-data terkait kondisi pasien berupa penurunan kesadaran, dengan GCS 9 (E2V2M5), kesadaran somnolen, pasien tampak sesak napas dengan pemakaian otot bantu napas diafragma, terdengar bunyi ronchi pada kedua lapang paru, takikardi, tampak edema pada kedua ekstremitas atas dan bawah, Hasil EKG aritmia, TD : 210/99 mmHg, N : 134x/menit, P: 45x/menit, S: 39.5⁰C, SpO₂ 92%, GDS 367 mg/dL, hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan Nilai Natrium 156 mmol/L (H), Kalium 2,7 mmol/L (L), Klorida 115mmol/L (H), CT-Scan menunjukkan Infark multiple di temporoparietal kiri dan basal ganglia kiri, hasil Foto Thorax menunjukkan adanya cardiomegaly disertai tanda-tanda edema paru, dilatation et. atherosclerosis aortae. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi dan DM.
3. Dari data-data hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis merumuskan 5 diagnosis keperawatan yaitu:
 - a. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme
 - b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.

- c. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi.
 - d. Ketidakseimbangan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah.
 - e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
4. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari sesuai intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dan dipadukan dengan penerapan *evidence based nursing* (EBN) yang sesuai dengan kondisi pasien yaitu pengaturan posisi *head-up* 30⁰ dan terapi murrotal.
 5. Pada tahap evaluasi, dilakukan penilaian terhadap tindakan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan, sesuai dengan kriteria hasil dari masalah keperawatan yang diangkat.
 6. Intervensi EBN yang diterapkan menunjukkan hasil yang cukup baik. Intervensi pengaturan posisi *head-up* 30⁰ menunjukkan adanya peningkatan status pernapasan selama 3 hari implementasi. Sedangkan intervensi terapi murrotal belum menunjukkan adanya peningkatan kesadaran pasien, namun tujuan lainnya dari terapi murrotal yaitu penurunan tekanan darah yang memberikan hasil cukup baik, dimana mulai terjadi penurunan tekanan darah selama 3 hari implementasi.

B. Saran

1. Bagi instansi Rumah Sakit

Diharapkan dapat menjadi tambahan informasi dan bahan masukan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS), dengan menerapkan *evidence based nursing* (EBN) yaitu pengaturan posisi *head-up* 30⁰ dan Terapi Murrotal.

2. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah didapatkan selama proses perkuliahan dalam memberikan pelayanan yang komprehensif pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS).

3. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan menambah jumlah literatur, buku keperawatan yang berkaitan dengan *Non-Hemoragic Stroke* (NHS) sehingga mempermudah penulis dalam mendapatkan referensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriliani, E., Basri, B., & Mulyadi, E. (2021). Aplikasi terapi murottal al-quran terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Nagrak Cianjur. *Jurnal Lentera*, 4(1), 17–27. <https://doi.org/10.37150/jl.v4i1.1395>
- Aripratiwi, C., Sutawardana, J. H., & Hakam, M. (2020). Pengaruh familial auditory sensory training pada tingkat kesadaran pasien stroke di RSD dr. Soebandi Jember. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 6(2), 137–146. <https://doi.org/10.17509/jpki.v6i2.26917>
- Eka Cahya, M., et al. (2017). Posisi head up 30 derajat sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 55–59. <https://akper-adihusada.ac.id/repository/jurnal/ahnj322017/322017.10.pdf>
- Irman, Natashia, D., & Gayatri, D. (2021). Stimulasi auditori menggunakan murottal terhadap vital signs pasien stroke fase akut. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(Maret), 6. <https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JKS/article/view/1926>
- Kabi, G., Tumewah, R., & Kembuan, M. (2015). Gambaran faktor risiko pada penderita stroke iskemik yang dirawat inap neurologi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Juli 2012 - Juni 2013. *Jurnal E-Clinic*, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.35790/ecl.3.1.2015.7404>
- Kharti Gempitasari, F., & Betriana, F. (2019). Implementasi evidence based nursing pada pasien dengan stroke non-hemoragik: Studi kasus. *Jurnal Endurance*, 4(3), 601. <https://doi.org/10.22216/jen.v4i3.4421>
- Lemone, et al. (2016). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.
- Lingga, Lanny. (2013). *All about stroke hidup sebelum dan pasca stroke*. Jakarta: Kompas Gramedia.

Maria, I. (2021). *Asuhan keperawatan diabetes melitus dan asuhan keperawatan stroke*. Yogyakarta: CV Budi Utama.

Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi *head up*. *Ners Muda*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5750>

PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan indonesia: Definisi dan indikator diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

Praditiya, Winda Ns. Arief Wahyudi Jadmiko, S. Kep., M. K. (2017). Upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke hemoragik. Thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta. Diakses dari <http://eprints.ums.ac.id/52226/6/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf>

Ratnasari, S. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Universitas Muhammadiyah Ponorogo. Diakses dari <http://eprints.umpo.ac.id/6185/>

Sulistiyawati. (2020). Asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik yang di rawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Diakses dari <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1079/1/KTI%20SULISTYAWATI.pdf>

Ummaroh, & Nurul, E. (2019). *Asuhan keperawatan pasien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) dengan gangguan komunikasi verbal di ruang Aster RSUD Dr. Harjono*. Diakses dari <http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/5088>

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING I

Nama Mahasiswa : Maria Rosalia Y. Gosal (NS2114901091)

Maria Sintiani Ruing (NS2114901092)

Nama Pembimbing : Fransiska Anita E.R.S.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB

Judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien *Non-Hemorrhagic Stroke*
(NHS) di Ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar"

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Jumat, 3/06/2022	Lapor Kasus	st	[Signature]	[Signature]
Rabu, 15/06/2022	Konsultasi BAB III a. Melengkapi dan memperbaiki data pengkajian b. Memperhatikan diagnose yang diangkat c. Memperhatikan penulisan tindakan keperawatan yang dilakukan d. Memperbaiki intervensi dan implementasi keperawatan	f	[Signature]	[Signature]
Senin, 20/06/2022	Konsultasi revisi BAB III a. Sesuaikan data, SLKI dan Evaluasi b. Perhatikan data-data pada pengkajian c. Perhatikan penulisan analisa data	A	[Signature]	[Signature]

	disesuaikan dengan SDKI			
Senin, 04/07/2022	Konsultasi revisi BAB III a. Mengganti diagnosa keperawatan dari bersihan jalan napas ke diagnosa gangguan ventilasi spontan b. Memperbaiki intervensi dan implementasi keperawatan	d	m	sp
Rabu, 06/07/2022	Konsultasi revisi BAB III dan Konsultasi BAB IV a. Memperhatikan dan memperbaiki kata-kata pada implementasi b. Memperbaiki EBN	d	m	sp
Jumat, 08/07/2022	Konsultasi hasil revisi BAB I, II, III, IV, dan V a. Memperdalam penjelasan EBN menyangkut diagnose yang ditangani b. Menilai keseluruhan isi keseluruhan KIA c. ACC KIA	d	m	sp

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING II

Nama Mahasiswa : Maria Rosalia Y. Gosal (NS2114901091)

Maria Sintiani Ruing (NS2114901092)

Nama Pembimbing : Matilda Martha Paseno, Ns., M. Kes

Judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar"

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Rabu, 22/06/2022	<p>Konsultasi BAB I dan II serta pathway</p> <p>a. Menghapus kalimat-kalimat yang tidak sesuai di BAB I</p> <p>b. Memperhatikan urutan dan sinkronisasi kalimat per kalimat</p> <p>c. Memperbaiki isi dari metode penulisan dan sistem penulisan</p> <p>d. Memperhatikan penulisan sumber</p> <p>e. Mengganti gambar anatomi Otak</p> <p>f. Memperbaiki kesimpulan dari pengertian NHS</p>			
Jumat, 24/06/2022	<p>Konsultasi revisi BAB I, II, dan pathway</p> <p>a. Memperbaiki penempatan kalimat yang tepat pada latar</p>			

	<p>belakang.</p> <p>b. Penempatan sumber pada gambar</p> <p>c. Memperbaiki kata-kata typo</p> <p>d. Memperbaiki pathway</p>			
<p>Selasa, 28/06/2022</p>	<p>Konsultasi revisi BAB I, II, dan pathway</p> <p>a. Memperbaiki penggunaan kalimat yang tepat pada latar belakang</p> <p>b. Memperbaiki pathway</p>			
<p>Jumat, 01/07/2022</p>	<p>Konsultasi revisi BAB I, II, dan pathway</p> <p>a. Memperbaiki penyusunan nomor</p> <p>b. Memperbaiki penulisan daftar Pustaka</p> <p>c. Memasukan intervensi keperawatan ke dalam bentuk tabel serta rasional</p> <p>d. Menambahkan peran perawat berupa penjelasan EBN dalam latar belakang</p>			
<p>Senin, 04/07/2022</p>	<p>Konsultasi revisi BAB I, II, III, dan IV</p> <p>a. Menambahkan tulisan B1-B6 pada pathway</p> <p>b. Memperbaiki margin pada lembar tabel</p> <p>c. Memperbaiki kata-kata typo</p>			

<p>Jumat, 8/07/2022</p>	<p>Konsultasi revisi BAB I, II</p> <ul style="list-style-type: none">a. Menilai keseluruhan isi dari KIAb. Memperbaiki penulisan daftar Pustaka berdasarkan style APAc. ACC KIA			
-----------------------------	---	---	---	---

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Maria Rosalia Yoana Gosal
Tempat/Tanggal Lahir : Limboto, 02 September 1993
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Maipa Lrg. 35

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Yohannes Gosal / Mareyke Teteregoh
Agama : Katolik
Pekerjaan : Tani / PNS
Alamat : Parigi Moutong, Sulawesi Tengah

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Negeri 1 Tinombo : Tahun 1999 - 2005
SMP Negeri 1 Tinombo : Tahun 2005 - 2008
SMA Negeri 1 Tinombo Selatan : Tahun 2008 - 2011
AKPER Bala Keselamatan Palu : Tahun 2011 - 2014
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2019 - 2022

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Maria Sintiani Ruing
Tempat/Tanggal Lahir : Palesan, 27 Juni 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Maipa no. 9

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Alm. Zosimus Wengi Ruing / Elvi Tutu Allo
Agama : Katolik
Pekerjaan : PNS
Alamat : Lewoleba Barat, Lembata, NTT

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK St. Dominika : Tahun 2004 - 2005
SDI Lewoleba 1 : Tahun 2005 - 2011
SMP St. Pius X Lewoleba : Tahun 2011 - 2014
SMA Negeri 2 Nubatukan : Tahun 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2017 - 2022