



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

MERLIN PARANDUK (NS2114901102)

MODESTA B A YABARMASE (NS2114901104)

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

MERLIN PARANDUK (NS2114901102)

MODESTA B A YABARMASE (NS2114901104)

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

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Merlin Paranduk (NS2114901102)
2. Modesta B A Yabarmase (NS2114901104)

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

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

Makassar, 5 Juli 2022

Yang menyatakan,



Merlin Paranduk



Modesta B A Yabarmase

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

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

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Merlin Paranduk (NS2114901102)
2. Modesta B A Yabarmase (NS2114901104)

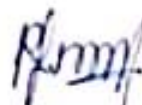
Disetujui oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2




(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)
NIDN: 0904078805



(Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes)
NIDN: 0925117501

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



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Merlin Paranduk (NS2114901102)
2. Modesta B A Yabarmase (NS2114901104)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep ()
Pembimbing 2 : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes ()
Penguji 1 : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB ()
Penguji 2 : Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep ()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 5 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Merlin Paranduk (NS2114901102)

Modesta B A Yabarmase(NS2114901104)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 5 Juli 2022

Yang menyatakan



Merlin Paranduk



Modesta B A Yabarmase

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya ilmiah akhir ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragik Stroke(NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”**.

Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.kep., Sp.KMB selaku wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery sambo, Ns., M.Kep, selaku ketua Program Studi S1 Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
4. Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
5. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep, selaku dosen pembimbing I dan Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.

7. Teristimewa kepada kedua orang tua tercinta dari Merlin Paranduk, Bapak Malino Paranduk dan Ibu Neli Bua' serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Teristimewa kepada orang tua tercinta Modesta B A Yabarmase, Bapak Etmondus Yabarmase dan Ibu Rosa Delima Nanaryain serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Ilmiah ini. Oleh karena itu penulis mohon kritik dan masukan yang membangun dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 5 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PEGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xii
Halaman Daftar Lampiran	xiii
Halaman Daftar Tabel	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
1. Bagi Instansi RS.....	3
2. Bagi Profesi Pendidikan	3
3. Bagi Institusi Penulisan	4
D. Metode Penulisan.....	4
1. Studi Kepustakaan	4
2. Studi Kasus	4
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar.....	7
1. Pengertian.....	7
2. Anatomi dan Fisiologi.....	8
3. Etiologi	13

4. Patofisiologi.....	16
5. Patoflow Diagram.....	18
6. Manifestasi Klinik	21
7. Tes Diagnostik	21
8. Penatalaksanaan Medis.....	22
9. Komplikasi.....	25
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	26
1. Pengkajian	26
2. Diagnosis Keperawatan	30
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan.....	31
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	39

BAB III PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi kasus.....	41
B. Pengkajian Primer	42
C. Diagnosis Keperawatan Primer	44
D. Tindakan yang dilakukan berdasarkan diagnosis.....	44
E. Evaluasi Hasil Tindakan	45
F. Pengkajian Sekunder	49
G. Diagnosis Keperawatan.....	65
H. Identifikasi Masalah	68
I. Diagnosis Keperawatan.....	70
J. Intervensi Keperawatan.....	71
K. Implementasi Keperawatan	76
L. Evaluasi Keperawatan.....	76
M. Daftar Obat.....	128

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	138
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	149

BAB V KESIMPULAN

A. Simpulan	159
B. Saran.....	160

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi fisiologi.....	8
Gambar 2.2 Stroke Iskemik	8

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer.....	42
Tabel 3.2 Evaluasi Hasil Tindakan.....	45
Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang	63
Tabel 3.4 Prinsip-prinsip Tindakan.....	65
Tabel 3.5 Identifikasi Masalah.....	68
Tabel 3.6 Diagnosis Keperawatan	70
Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan	71
Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan.....	76
Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan	76
Tabel 4.1 PICOT	152

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Non hemoragik stroke (NHS) didefinisikan sebagai defisit neurologis fokal yang timbul akut dan berlangsung lebih dari 24 jam (Hutagalung, 2021). Non hemoragik stroke (NHS) merupakan terjadinya penyumbatan pembuluh darah di otak oleh trombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan menyebabkan kematian sel atau jaringan otak (Wijaya & Putri 2013 dalam Nggebu 2019).

Menurut *World Health Organization* (2021) angka kejadian stroke di seluruh dunia pada tahun 2021 sebanyak 101,474,558 kasus dan 12,2 juta kasus stroke baru setiap tahunnya sedangkan kasus stroke iskemia sebanyak 77,192,498 kasus.

Data Kemenkes tahun 2018 menunjukkan prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter, jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 kasus. Untuk Indonesia, provinsi Kalimantan Timur dan Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan provinsi dengan prevalensi tertinggi stroke, sedangkan Papua dan Maluku Utara memiliki prevalensi stroke terendah. Berdasarkan data Riskesdas Sulawesi Selatan (2019), angka kejadian stroke pada tahun 2018 sebanyak 48,2% atau sekitar 968 kasus, dan prevalensi stroke tertinggi pada umur ≥ 75 tahun dan sekitar 12,3% adalah masyarakat yang tinggal diperkotaan.

Berdasarkan data yang didapatkan dari MRO RS Stella Maris Makassar pada tahun 2020 (Januari- Desember) jumlah pasien stroke rawat inap sebanyak 197 orang, sedangkan yang mengalami kematian berjumlah 26 orang.

Tujuan dari penanganan stroke fase akut pada pasien NHS adalah menstabilkan kondisi pasien dan mengevaluasi pemeriksaan penunjang termasuk MRI ataupun CT scan dan laboratorium. Pada fase

akut perlu penanganan secara cepat dan tepat dengan melakukan atau mempertahankan jalan napas, memantau tanda-tanda vital, pemberian posisi kepala, membantu dalam melaksanakan aktivitas dan latihan, dan pemberian pengobatan secara farmakologis. Setelah melewati fase akut gejala yang masih ada adalah kelumpuhan, kelemahan salah satu sisi badan, dan bicara pelo, sehingga perlu dilakukan pemulihan di mana pasien stroke membutuhkan penanganan yang komprehensif, salah satunya adalah pemulihan dan rehabilitasi jangka panjang yang dilakukan secara terus-menerus. Jika penanganan yang diberikan tidak cepat dan tepat maka akan menyebabkan orang tersebut mengalami penurunan kesadaran, status tidak stabil dan keadaan mengancam jiwa sehingga membutuhkan perawatan dan penanganan di ruang *intensif care unit*, di mana pasien dapat dipantau oleh dokter maupun perawat secara ketat baik secara farmakologis ataupun non farmakologis serta tindakan segera secara intensif (Khotimah et al, 2021).

Berdasarkan trend peningkatan kasus stroke dan permasalahan yang dialami pasien maka perlu mendapat perhatian yang serius karena angka kematian yang cukup tinggi maka, perawat mempunyai peranan yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan profesional yang dapat meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Berdasarkan data tersebut maka penulis tertarik untuk membahas kasus ini lebih mendalam tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosis Medis Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum :

Memperoleh suatu pengalaman yang nyata dan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke.

2. Tujuan khusus :

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.
- b. Menetapkan/merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.
- c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.
- e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat di dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke, sehingga perawat dapat menerapkan standar asuhan keperawatan dengan optimal dan menunjang mutu pelayanan yang berpusat pada pasien maupun pada keluarga pasien.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai masukan untuk menambah informasi, referensi dan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke sehingga mampu mengoptimalkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Non Hemoragik Stroke.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan wawasan yang lebih luas dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke melalui

pemanfaatan sumber informasi pengetahuan dibidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik dibidang pendidikan maupun praktik keperawatan

D. Metode Penulisan

1. Studi Kepustakaan/literatur

Menggunakan literatur yang berkaitan dan relevan dengan karya ilmiah baik dari buku-buku, jurnal penelitian, laporan penelitian (skripsi, tesis, disertasi), literatur internet (hasil seminar nasional atau internasional).

2. Studi Kasus

Untuk mengumpulkan data atau informasi langsung mengenai masalah keperawatan yang dialami oleh pasien yang dapat dilakukan melalui cara:

a. Observasi

Perawat melihat dan mengamati secara langsung kondisi pasien selama perawatan di ruang *intensive care unit* pada pasien yang menderita Non Hemoragik Stroke untuk memperoleh data seperti tampak pasien lemas, pusing, kelemahan anggota gerak.

b. Wawancara

Perawat melakukan wawancara secara langsung dengan keluarga pasien, dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien untuk memperoleh data subjektif mengenai keluhan pasien, riwayat penyakit pasien.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk mengumpulkan data pasien yang menderita Non Hemoragik Stroke dengan melakukan teknik pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke yaitu:

- 1) Keadaan umum: kesadaran peningkatan pola bicara, tanda-tanda vital seperti kenaikan tekanan darah.
- 2) Pemeriksaan mata: gangguan penglihatan.
- 3) Pemeriksaan leher: kaku kuduk.
- 4) Pemeriksaan dada: napas pendek, perubahan irama jantung, *takipnea*.
- 5) Pemeriksaan ekstremitas atas, ekstremitas bawah, dan persendian: adanya edema, gangguan koordinasi, cara jalan.

d. Diskusi

Dapat melakukan diskusi dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya, dosen pembimbing institusi, perawat di Rumah Sakit, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya serta rekan mahasiswa/i untuk mencari solusi pemecahan masalah yang dialami oleh pasien.

e. Dokumentasi

Mencatat hasil dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk data - data pasien mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana pada setiap bab dengan sub-bab antara lain:

1. BAB I pendahuluan, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.
2. BAB II tinjauan pustaka, dimana pada bab ini diuraikan tentang konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah yaitu, konsep dasar yang meliputi pengertian, etiologi, klasifikasi, anatomi fisiologis, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik,

- penatalaksanaan medis, komplikasi. Konsep dasar keperawatan yang meliputi pengkajian, analisis data, diagnosis keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
3. BAB III tinjauan kasus, di mana terdiri dari pengamatan kasus pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
 4. BAB IV pembahasan kasus, merupakan laporan ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktik.
 5. BAB V penutup membahas tentang simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

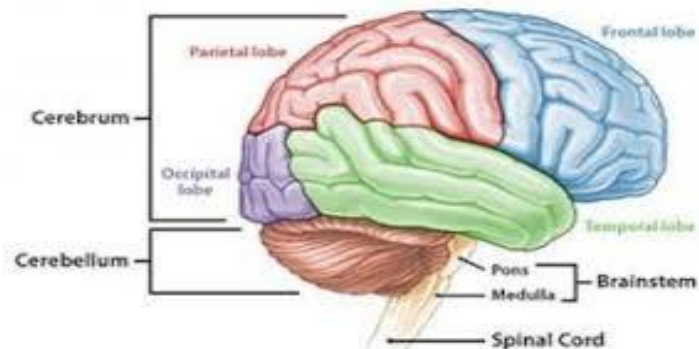
Non hemoragik stroke merupakan penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan menyebabkan kematian sel atau jaringan otak (Wijaya & Putri 2013 dalam Nggebu 2019).

Non hemoragik stroke merupakan kurangnya darah ke otak karena adanya penyumbatan pembuluh darah oleh deposit lemak yang disebut plak sehingga jaringan otak mengalami iskemia (Puspitasari, 2020)

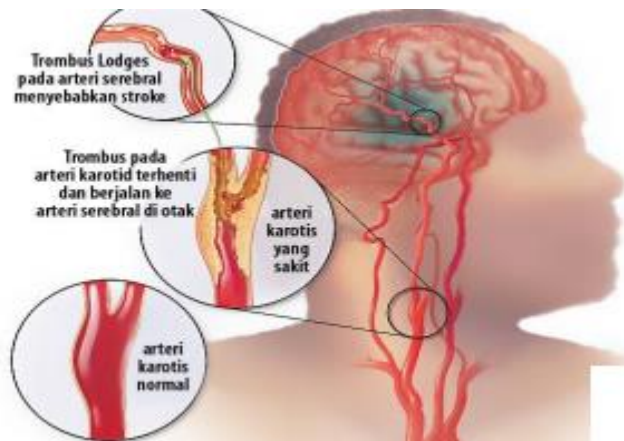
Non Hemoragik Stroke didefinisikan sebagai defisit neurologis lokal yang timbul akut dan berlangsung lebih dari 24 jam (Hutagalung, 2021).

Berdasarkan pengertian di atas sehingga dapat disimpulkan bahwa Non Hemoragik Stroke merupakan adanya gangguan suplai darah ke otak yang biasanya disebabkan adanya sumbatan oleh gumpalan darah. Hal ini menyebabkan gangguan pasokan oksigen dan nutrisi di otak sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Asri Kusyani, 2022)



Gambar 2.2 Non Hemoragik Stroke (Asri Kusyani, 2022)

a. Anatomi

1) Sistem saraf pusat

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

a) Otak besar (*cerebrum*)

Serebrum merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Masing-masing disebut fossa kranial anterior atas dan fosa kranial media. Otak

mempunyai dua permukaan atas dan bawah. Kedua permukaan ini dilapisi oleh lapisan kelabu yaitu pada bagian korteks serebral dan zat putih terdapat pada bagian dalam yang mengandung serabut saraf. Pada otak besar terdapat beberapa lobus yaitu:

- (1) Lobus frontal, adalah bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentral. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di broca area untuk kontrol motorik bicara.
- (2) Lobus temporal, terdapat di bawah lateral dari sulkus serebral dan di depan lobus oksipital. Berfungsi dalam menyimpan ingatan visual, memahami bahasa, emosi, pendengaran dan penglihatan.
- (3) Lobus parietal, adalah daerah korteks yang terletak di belakang sulkus sentral, di atas sulkus lateral dan meluas ke belakang sulkus parieto-oksipitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.
- (4) Lobus oksipital, adalah lobus posterior korteks cerebrum. Lobus ini terletak di bagian posterior dari lobus parietal dan di atas sulkus parieto-oksipital. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.

b) Batang otak

Terdapat pada anterior, bagian-bagian batang otak terdiri dari :

- (1) Diensefalon, bagian otak paling atas terdapat di antara otak kecil dan otak tengah. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporal terdapat kapsul internal dengan sudut menghadap ke samping. Fungsi dari diensefalon yaitu penyempitan pembuluh

darah, respiratori, mengontrol kegiatan refleks dan membantu kerja jantung.

- (2) Otak tengah terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua di sebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.
- (3) Pons varoli, batang otak tengah (*brachium pontis*) yang menghubungkan otak tengah dan pons varoli dengan otak kecil, terletak di depan otak kecil di antara otak tengah dan medula oblongata. Fungsinya yaitu: penghubung antara kedua bagian otak kecil dan pusat saraf nervus trigeminus.
- (4) 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 pernafasan dan mengontrol kegiatan refleks.

c) Otak kecil

Otak kecil terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh sulkus transversal dibelakangi oleh pons varoli dan di atas medula oblongata. Organ ini banyak menerima serabut saraf sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi.

d) Sistem limbik

Sistem limbik terletak di bagian otak tengah, membungkus batang otak. Komponen limbik antara lain hipotalamus, talamus, amigdala, hippocampus dan

korteks limbik. Sistem limbik berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormon, memelihara homeostatis, rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolisme dan juga memori jangka panjang.

2) Sistem saraf tepi/perifer

a) Saraf somatik

Saraf somatik terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medulla spinalis dan bersiap secara langsung pada sel otot rangka. Neuron motorik merupakan saraf besar yang diisolasi oleh selubung pelindung yang melepas neurotransmitter.

b) Sistem saraf otonom

(1) Sistem saraf simpatis. Fungsi dari sistem ini adalah: siap siaga untuk membantu proses kedaruratan, keadaan stres baik yang disebabkan oleh fisik maupun emosional yang dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada impuls simpatis, sebagai akibatnya yaitu: Bronkiolus berdilatasi untuk pertukaran gas, kontraksi jantung yang kuat dan cepat, dilatasi arteri menuju jantung dan otot volunter yang membawa lebih banyak darah. Kontraksi pembuluh darah perifer yang membuat kulit pada kaki dingin, dilatasi pada pupil, hati mengeluarkan glukosa untuk energi cepat, peristaltik makin lambat, rambut berdiri dan peningkatan keringat.

(2) Sistem saraf parasimpatis. Berfungsi sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam, kondisi tanpa stres, impuls dan serabut-serabut saraf kolinergik yang menonjol.

b. Fisiologi

1) Sistem peredaran darah otak

Sistem saraf pusat sangat bergantung pada aliran darah yang memadai untuk nutrisi dan pembuangan sisa-sisa makanan serta metabolisme. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh darah yang bercabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjalin suplai darah yang kuat untuk sel.

Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vertebral dan arteri karotis. Kedua arteri ini merupakan sistem arteri terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh anastomosis yang membentuk sirkulasi arterious Willis.

a) Arteri karotis internal.

Arteri karotis internal dan eksternal bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dan aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis eksternal memperdarahi wajah, tiroid, lidah dan faring. Arteri karotis internal sedikit berdilatasi tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotis, di mana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespons terhadap perubahan tekanan darah arteri, yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis internal terbagi menjadi dua yaitu arteri serebral anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri *ophthalmic* yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan rongga udara. Bila

arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular.

Arteri serebral media menyuplai darah untuk bagian lobus temporal, parietal dan frontal korteks serebri dan membentuk penyebaran pada penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

b) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang dari sistem vertebrobasilaris memperdarahi medula oblongata, pons cerebellum, otak tengah dan sebagian diensefalon (Asri Kusyani, 2022).

3. Etiologi

Penyebab Non hemoragik strokemenurut (Kesuma et al., 2019) antara lain:

a. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan adanya gangguan aliran darah di mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. Berkurangnya aliran darah ke otak, maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati.

2) Penyakit jantung

Penyakit jantung merupakan salah satu faktor terjadinya penyakit stroke. Jantung merupakan pusat aliran

darah didalam tubuh, jika jantung mengalami kerusakan maka aliran darah pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak dan dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

3) Diabetes mellitus

Pembuluh darah pada penderita DM umumnya lebih kaku atau tidak lentur, karena adanya peningkatan atau peningkatan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

4) Obesitas

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

5) Merokok

Orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibandingkan orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menyempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

b. Faktor predisposisi

1) Usia

Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh, termasuk otak.

2) Jenis kelamin

Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung berisiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait bahwa laki-

laki cenderung merokok, bahaya merokok dapat menimbulkan plak pada pembuluh darah.

3) Riwayat keluarga

Jika salah satu dari keluarga pasien menderita stroke, maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke.

c. Dari kedua faktor di atas maka akan mengakibatkan:

1) Trombosis serebral

Trombosis serebral pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan trombosis stroke yaitu :

a) Aterosklerosis

Mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

b) Hiperkoagulasi

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas atau hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebri.

c) Embolisme serebral

Merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara yang berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri.

d) Iskemia serebral

Pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak.

e) Thromboemboli

Terjadi akibat lepasnya plak aterotrombolik yang disebut sebagai emboli, yaitu akan menyumbat arteri disebelah

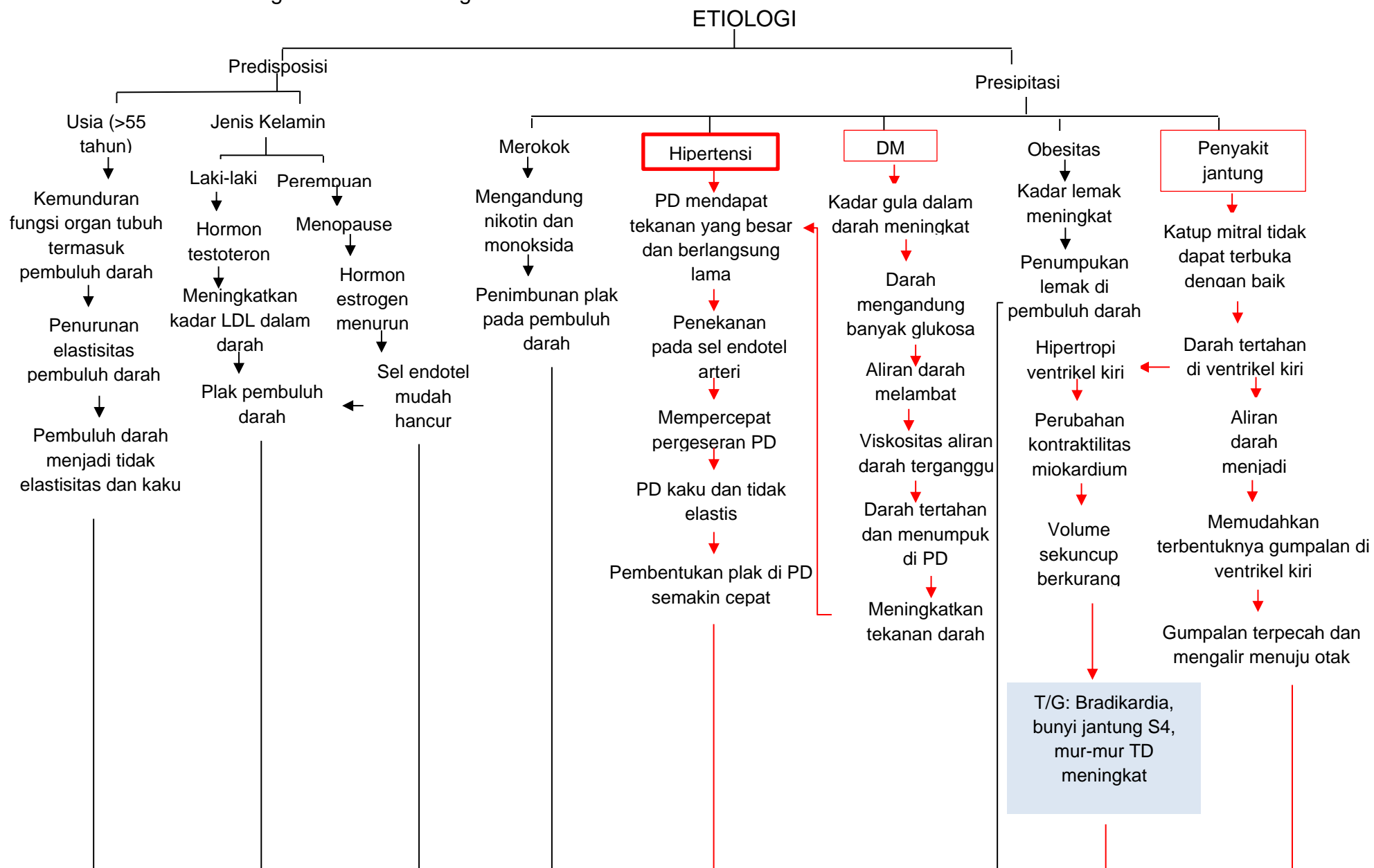
distal dari arteri yang mengalami proses aterosklerotik (Asri Kusyani, 2022).

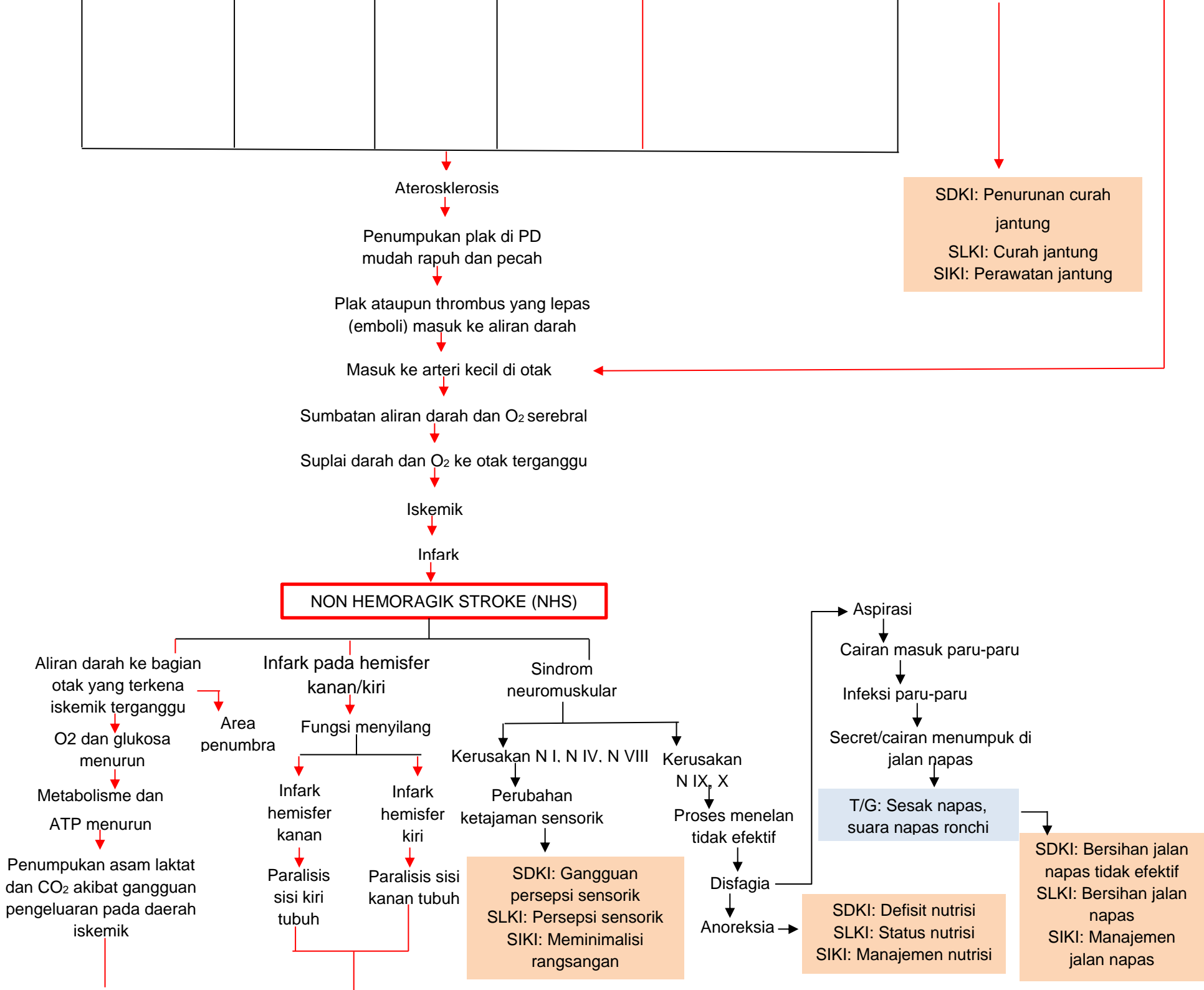
4. Patofisiologi

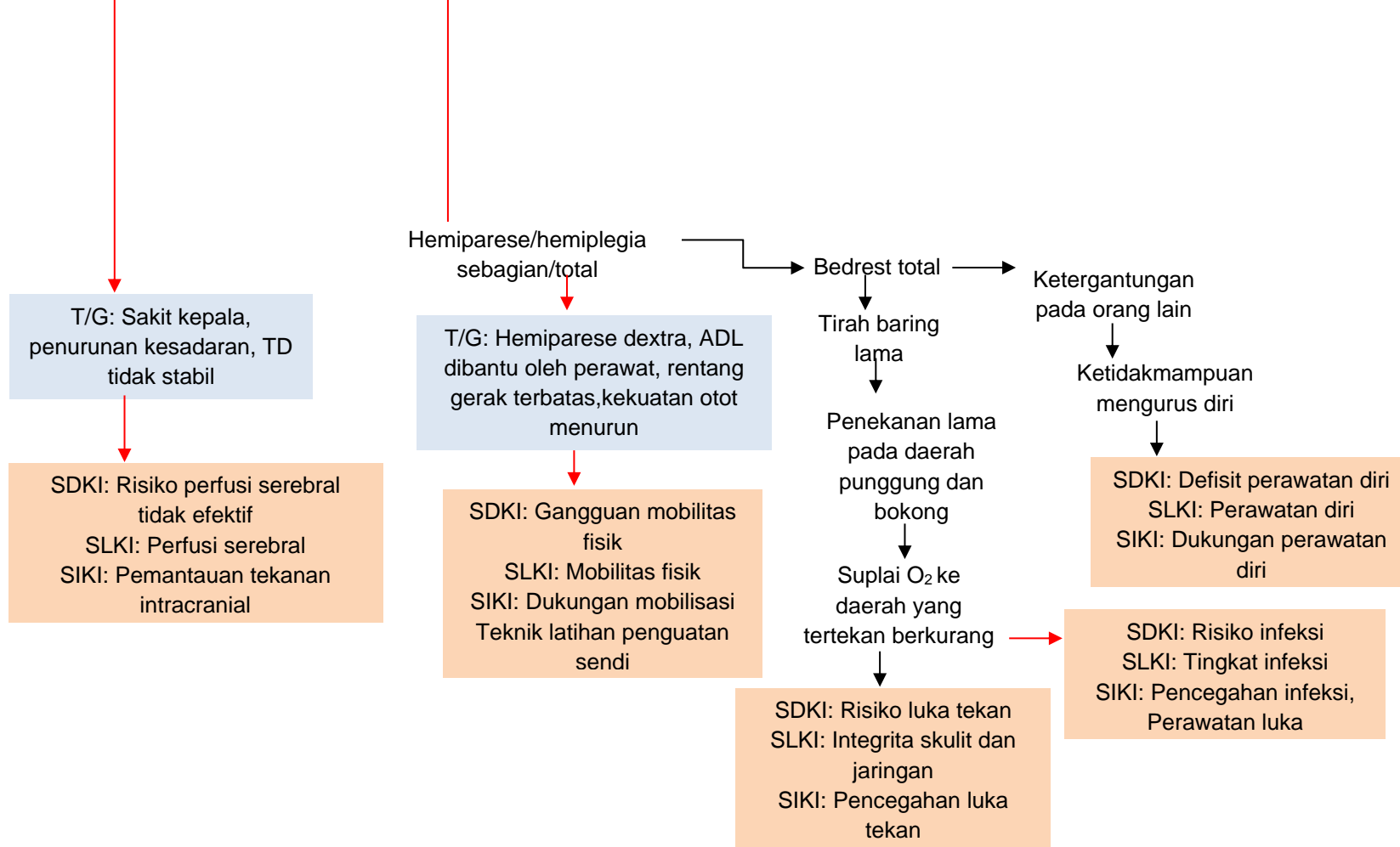
Stroke trombotik dapat dibagi menjadi stroke pada pembuluh darah besar (termasuk sistem arteri karotis) dan pembuluh darah kecil (termasuk sirkulus Wilis dan sirkulus posterior). Tempat terjadinya trombosis yang paling sering adalah titik percabangan arteri serebral utamanya pada daerah distribusi dari arteri karotis internal. Adanya stenosis arteri dapat menyebabkan terjadinya turbulensi aliran darah. Energi yang diperlukan untuk menjalankan kegiatan neuronal berasal dari metabolisme glukosa dan disimpan di otak dalam bentuk glukosa atau glikogen untuk persediaan pemakaian selama 1 menit. Bila tidak ada aliran darah lebih dari 30 detik gambaran EEG akan mendatar, bila lebih dari 2 menit aktivitas jaringan otak berhenti, bila lebih dari 5 menit maka kerusakan jaringan otak dimulai, dan bila lebih dari 9 menit manusia dapat meninggal. Bila aliran darah jaringan otak berhenti maka oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk pembentukan ATP akan menurun, akan terjadi penurunan Na^+ K^+ ATP-ase, sehingga membran potensial akan menurun. K^+ berpindah ke ruang ekstraselular, sementara ion Na dan Ca berkumpul di dalam sel. Hal ini menyebabkan permukaan sel menjadi lebih negatif sehingga terjadi membran depolarisasi. Saat awal depolarisasi membran sel masih reversibel, tetapi bila menetap terjadi perubahan struktural ruang menyebabkan kematian jaringan otak. Keadaan ini terjadi segera apabila perfusi menurun dibawah ambang batas kematian jaringan, yaitu bila aliran darah berkurang hingga dibawah 10 ml/100 gram/menit. Akibat kekurangan oksigen terjadi asidosis yang menyebabkan gangguan fungsi enzim, karena tingginya ion Hidrogen. Selanjutnya asidosis menimbulkan edema serebral yang ditandai pembengkakan sel, terutama jaringan glia, dan berakibat

terhadap mikrosirkulasi. Oleh karena itu terjadi peningkatan resistensi vaskuler dan kemudian penurunan dari tekanan perfusi sehingga terjadi perluasan daerah iskemia (Wijaya, 2013)

5. Patoflowdiagram Non Hemoragik Stroke







6. Manifestasi klinis

Gejala-gejala *Cerebrovascular Accident* (CVA) muncul akibat daerah tertentu tak berfungsi yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah ke tempat tersebut. Gejala itu muncul bervariasi, tergantung pada bagian otak yang terganggu. Menurut (Asri Kusyani, 2022), gejala-gejala itu antara lain:

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

7. Tes diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang diperlukan dalam membantu menegakkan diagnosis klien stroke meliputi :

a. CT-Scan

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

b. *Magnetic imaging resonance* (MRI)

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

c. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

d. EEG (Elektroensefalografi).

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

e. Pemeriksaan darah rutin dan kimia darah (Asri Kusyani, 2022).

8. Penatalaksanaan medik

Penatalaksanaan menurut (Nurarif & Hardhi, 2015, dalam Nusatirin, 2018) sebagai berikut :

a. Stadium Hiperakut:

- 1) Tindakan farmakologis: Pada stadium ini pasien diberi oksigen 2 liter/menit dan cairan kristaloid/koloid; hindari pemberian cairan dekstrosa atau salin dalam H₂O. Dilakukan pemeriksaan CT-scan otak, elektrokardiografi, foto toraks, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protrombin time/INR, glukosa darah, kimia darah (termasuk elektrolit), jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah.
- 2) Tindakan non farmakologis adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

b. Stadium Akut

1) Stroke Iskemik

- a) Terapi khusus: ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan anti koagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rtPA (recombinant tissue Plasminogen Actiator). Dapat juga diberikan agen neuroproteksi yaitu sitikolin atau piracetam (jika didapatkan afasia).

b) Terapi farmakologis:

- (1) Bebaskan jalan nafas dengan memberikan oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisis gas darah. Jika perlu dilakukan intubasi.
- (2) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebab harus dikoreksinya jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten). Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik.
- (3) Pemberian nutrisi per oral hanya jika fungsi menelannya baik, jika didapatkan gangguan menelan atau kesadaran menurun dianjurkan melalui selang nasogastrik.
- (4) Kadar gula darah $>150\text{mg}$ harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama. Hipoglikemia (kadar gula darah $>60\text{ mg}$ atau $>80\text{ mg}$ dengan gejala) diatasi segera dengan dekstrosa 40% IV sampai kembali normal dan harus dicari penyebabnya. Nyeri kepala atau mual dan muntah diatasi dengan pemberian obat-obatan sesuai gejala.
- (5) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan kecuali bila tekanan sistolik $>220\text{ mmHg}$, diastol $>120\text{ mmHg}$. *Mean arterial Blood Pressure* (MAP) $>130\text{ mmHg}$ (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.

- (6) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan: Natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfabet, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
- (7) Jika terjadi Hipotensi yaitu tekanan sistol < 90 mmHg diastol < 70 mmHg diberi Nacl 0,9 % 250 ml selama 1 jam dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai hipotensi dapat diatasi. Jika belum terkoreksi yaitu tekanan darah sistol masih <90 mmHg dapat diberikan dopamin 2-20µg/kg/menit sampai tekanan darah sistolik >110 mmHg. Jika kejang diberi diazepam 5-20 mg/iv pelan-pelan selama 3 menit, maksimal 100 mg perhari dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin karbamaxepin).
- (8) Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan anikonvulsan peroral jangka panjang. Jika didapatkan tekanan ntrakranial meningkat, diberi manitol bolus intavena 0,25 sampai 1g/kgBB per 30 menit, dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setiap 6 jam selama 3-5 hari.

c. Stadium Sub akut

Tindakan medis dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, terapi wicara, dan bladder training (termasuk terapi fisik). Mengingat perjalanan penyakit yang panjang, dibutuhkan penatalaksanaan khusus intensif pasca stroke di rumah sakit dengan tujuan kemandirian pasien, mengerti, memahami dan melaksanakan program preventif primer dan sekunder.

Terapi fase subakut: Melanjutkan terapi sesuai kondisi akut sebelumnya, penatalaksanaan komplikasi, restorasi/rehabilitasi

(sesuai kebutuhan pasien), yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi, prevensi sekunder, edukasi keluarga dan *discharge planning*.

9. Komplikasi

Komplikasi non hemoragik stroke menurut Asri Kusyani (2022).

a. Edema cerebri

Saat aliran darah melewati daerah jaringan otak yang infark, sel-sel mati tersebut membengkak sehingga menyebabkan peningkatan massa dalam otak. Edema serebri timbul dalam beberapa jam setelah onset stroke akut dan mencapai puncak dalam 2 – 5 hari. Kondisi pembengkakan ini dapat merusak dan mengubah struktur otak, meningkatkan tekanan intracranial, dan sekitar 2% – 3% dari kasus menyebabkan herniasi dan kematian.

b. Peningkatan TIK

Infark cerebri luas atau perdarahan akan terjadi edema cerebri yang menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial

c. Dekubitus

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

d. Pneumonia

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

e. Atrofi dan kekakuan sendi (kontakur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

f. Gagal napas

Gagal napas dapat terjadi sebagai akibat langsung dari lesi stroke pada batang otak yang mengatur sistem respirasi,

bersamaan dengan hilangnya tonus otot faring baik saat batuk, menelan, maupun reflex muntah yang sebenarnya juga memiliki peran fisiologis bagi sistem respirasi.

g. Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Adapun keluhan utama yang sering dijumpai yaitu kelemahan anggota gerak tubuh, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya pada Non Hemoragik Stroke bisa terjadi secara mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhari perubahan perilaku juga umum terjadi.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obatan adiktif, dan kegemukan. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan ini mengacu pada pengkajian fokus B1-B6 dengan fokus pemeriksaan ini ditujukan pada gejala yang mungkin muncul pada kasus Non Hemoragik Stroke.

1) B1 (*Breathing*/pernafasan)

Pada inspeksi didapatkan peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

2) B2 (*Blood*/sirkulasi)

Kaji adanya tanda-tanda peningkatan TIK yaitu terjadinya peningkatan tekanan darah yang sering terjadi pada pasien stroke.

3) B3 (*Brain*/persarafan)

Kaji adanya keluhan nyeri kepala hebat, kaji status mental, tingkah laku, gaya bicara, ekspresi wajah dan aktivitas motorik. Kaji fungsi intelektual observasi adanya

penurunan dalam ingatan dan memori serta penurunan kemampuan berhitung. Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

4) B4 (*Bladder*/perkemihan)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine akibat ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih.

5) B5 (*Bowel*/pencernaan)

Kaji adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

6) B6 (*Bone*/tulang dan integumen)

Kaji pada daerah kulit, kulit tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

g. Pengkajian Tingkat Kesadaran

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan

semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan

h. Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer.

1. Status Mental.

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

2. Fungsi Intelektual.

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami brain damage yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

3. Kemampuan Bahasa.

Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Apraksia

(ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya(Haryono R & Utami, 2019).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien Non Hemoragic Stroke berdasarkan SDKI (2019), yaitu :

- a. Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif(D.0017)
Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak
- b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri
- c. Defisit perawatan diri (D.0109)
Definisi: Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri
- d. Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
Definisi: Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol
- e. Gangguan menelan (D.0063)
Definisi: Fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus.
- f. Pola napas tidak efektif (D.0005)
Definisi: Inspirasi dan/atau ekspresi yang tidak memberikan ventilasi adekuat
- g. Penurunan curah jantung (D.0008)
Definis: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan berdasarkan SLKI dan SIKI (2019), yaitu:

- a. Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif dengan faktor risiko gangguan aliran darah arteri atau vena, hipertensi, cedera kepala

SLKI:

Ekspetasi : Perfusi serebral meningkat

Kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan intra kranial menurun, kecemasan menurun (L. 02014).

SIKI:

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)

1) Observasi

- a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral).
- b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun).
- c) Monitor MAP (*Mean Arteri Pressure*).
- d) Monitor CVP (*Central Venous Pressure*).
- e) Monitor ICP (*intra Cranial Pressur*), jika tersedia
- f) Monitor CCP (*Cerebral Perfusion Pressure*).
- g) Monitor gelombang ICP.
- h) Monitor status pernafasan .
- i) Monitor intake dan output cairan.
- j) Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsistensi).

2) Terapeutik

- a) Berikan posisi semi fowler.
- b) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

- c) Cegah terjadinya kejang.
 - d) Hindari penggunaan PEEP.
 - e) Pertahankan suhu tubuh normal.
 - f) Hindari pemberian cairan IV hipotonik.
 - g) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal.
 - h) Hindari manuver valsava.
- 3) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, *jika perlu*.
 - b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, *jika perlu*.
 - c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu*
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot
- SLKI:
- Ekspektasi: mobilitas fisik meningkat
- Kriteria hasil: pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat (L. 05042)
- SIKI:
- Dukungan Ambulasi (I. 06171)
- 1) Observasi
- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
 - b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.
 - c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.
 - d) Montior kondisi umum selama melakukan ambulasi.
- 2) Terapeutik
- a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk).
 - b) Fasilitasi omelakukan mobilisasi fisik, *jika perlu*.

- c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.
 - b) Anjurkan melakukan ambulasi dini.
 - c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskular, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh gangguan fungsi kognitif.

SLKI:

Ekspetasi: perawatan diri meningkat

Kriteria hasil: kemampuan mandi meningkat, kemampuan menggunakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat (L. 11103).

SIKI :

Dukungan Perawatan Diri (L. 11348).

- 1) Observasi
- a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.
 - b) Monitor tingkat kemandirian.
 - c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.
- 2) Terapeutik
- a) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi).

- b) Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi dan sabun mandi).
 - c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.
 - d) Fasilitasi untuk menerima keadaan letergantungan.
 - e) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.
 - f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri.
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia, penurunan sirkulasi serebral

SLKI:

Ekspektasi : komunikasi verbal meningkat

Kriteria hasil:kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, afasia, difasia, pelo, gagap menurun (L. 13118)

SIKI :

Promosi Komunikasi Defisit Bicara (I. 13492)

1) Observasi

- a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara.
- b) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis, memori, pendengaran, dan bahasa).
- c) Monitor friustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara.
- d) Identifikasi perilaku emosional dan fisil sebagai bentuk komunikasi.

2) Terapeutik

- a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis, menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer).
 - b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis, berdiri di depan pasien, dengarkan dengan saksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien).
 - c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan.
 - d) Berikan dukungan psikologis.
 - e) Gunakamn juru bicara, *jika perlu*.
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan berbicara perlahan.
 - b) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara.
- 4) Kolaborasi
- a) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis.
- e. Gangguanmenelan berhubungan dengan kerusakan neuromuscular, kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran, akalasia.

SLKI:

Ekspetasi: Status menelan membaik

Kriteria hasil: refleks menelan meningkat, usaha menelan meningkat, batuk menurun, frekuensi tersedak menurun, produksi saliva membaik (L. 06053).

SIKI:

Dukungan Perawatan Diri: Makanan/minum (I. 11351)

1) Observasi

- a) Identifikasi diet yang dianjurkan.
 - b) Monitor kemampuan menelan
 - c) Monitor status hidrasi pasien, *jika perlu*.
- 2) Terapeutik
- a) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan.
 - b) Atur posisi yang yaman untuk makan/minum.
 - c) Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, *jika perlu*.
 - d) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat.
 - e) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan.
 - f) Sediakan makanan dan minuman yang disukai.
 - g) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, *jika perlu*.
 - h) Motivasi untuk makan di ruang makan, *jika tersedia*.
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis, sayur di jam 12, rendang di jam 3).
- 4) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian obat (mis, analgesik, antimietik), sesuai indikasi.
- f. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- SLKI:
- Ekspetasi: Pola napas membaik
- Kriteria hasil: Dispnea menurun, penggunaan otot bantu pernafasan menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman

napas membaik, pemanjangan fase ekspirasi menurun
(L.01004)

SIKI:

Manajemen jalan napas (I.01011)

- 1) Observasi
 - a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
 - b) Monitor bunyi napas tambahan (mis, mengi, *wheezing*)
 - c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- 2) Terapeutik
 - a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-tilt* (*jaw-thrust* jika curiga trauma servikal)
 - b) Berikan minum air hangat
 - c) Posisikan semi fowler atau fowler
 - d) Lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*
 - e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
 - f) Berikan oksigen, *jika perlu*
- 3) Edukasi
 - a) Ajarkan teknik batuk efektif
 - b) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, *jika tidak kontraindikasi*
- 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*
- g. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan afterload

SLKI:

Ekspetasi : curah jantung meningkat

Kriteria hasil: kekuatan nadi perifer meningkat, *ejection fraction* (EF) meningkat, bradikardia menurun, dispnea menurun, suara

jantung S₄ menurun, tekanan darah membaik, CRT membaik (L.02008).

SIKI:

Perawatan jantung (I.02075)

1) Observasi

- a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi, dispnea, kelelahan, edema, ortopnea *paroxysmal nocturnal dyspnea*, peningkatan CPV)
- b) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi, peningkatan berat badan, hepatomegali distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- c) Monitor tekanan darah (termasuk tekanandarah ortostatik, *jika perlu*)
- d) Monitor intake dan output cairan
- e) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- f) Monitor saturasi oksigen
- g) Monitor keluhan nyeri dada (mis, intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)
- h) Monitor EKG 12 sadapan
- i) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- j) Monitor nilai laboratorium jantung (mis, elektrolit, enzim jantung, BNP)
- k) Monitor fungsi alat pacu jantung
- l) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktifitas

2) Terapeutik

- a) Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- b) Berikan diet jantung yang sesuai (mis, batasi asupan kafein, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak)

- c) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi hidup sehat
 - d) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, *jika perlu*
 - e) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
 - b) Anjurkan beraktivitas secara bertahap
 - c) Anjurkan berhenti merokok
 - d) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian
 - e) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
- 4) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian anti aritmia, *jika perlu*
 - b) Rujuk ke program rehabilitasi jantung

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, minum minuman beralkohol.
- d. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
- e. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.

- f. Mengajarkan kepada pasien untuk teratur mengonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
- g. Mengajarkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan initial Ny.M umur 53 tahun, jenis kelamin perempuan, bekerja sebagai pegawai swasta, agama katolik, alamat Taman Sudiang Indah dengan diagnosa medis Non Hemoragik Stroke. Pasien masuk IGD di antar keluarganya pada tanggal 03 Juni 2022 dengan keluhan sakit kepala berat, muntah, tekanan darah meningkat, demam serta nyeri pada luka diabetesnya, sehingga dokter memutuskan untuk pasien di opname. Pada saat pasien selesai diberikan tindakan di IGD, pasien dipindahkan ke ruangan perawatan pada tanggal 03 Juni 2022, pasien dirawat di ruang perawatan selama 2 hari dari tanggal 03 – 04 Juni 2022, dan pada saat tanggal 05 Juni 2022 pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran dan tidak bisa menggerakkan badan sebelah kanan sehingga langsung dipindahkan ke ruangan ICU pada tanggal 05 Juni 2022. Pengkajian dilakukan pada tanggal 05 Juni 2022, pemeriksaan fisik di didapatkan hasil TD: 160/110 mmHg, N: 54 x/menit, S: 37°C, P: 28 x/menit, SpO₂: 96%, terpasang NGT, terpasang kateter, IVFD NaCl 18 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 6 ltr/menit, kesadaran somnolen (GCS 8), *hemiparese dextra*, *dypsnea*, pemeriksaan *CT-scan* kepala: infark luas serebri bilateral lesi kiri lebih luas, *Echokardiography*: LVEF: 42%, EKG: *sinus bradycardi*, Foto thorax: *bronchitis cardiomegaly* dan dilatasi aorta, WBC: 14.56 10³/uL, HCT: 34.2%.

B. Pengkajian Primer

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan dada	Simetris antara dada kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu pernapasan	Tampak pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan
	Palpasi	Vocal premitus: kiri dan kanan (tidak dikaji)
	Perkusi	Terdengar redup antara ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra, katup aorta
	Suara napas	Terdengar suara napas tambahan ronchi di ICS 2 linea sternalis sinistra
	Batuk	Tampak pasien tidak batuk
	Sputum	Pasien tidak mengeluarkan sputum, Tampak tidak ada sputum
	Alat bantu pernapasan	Ada, jenis: Oksigen Nasal Kanul 6 ltr/menit
	Lain-lain	Tampak pasien sesak napas, pernapasan 28 ^x /m
<i>Blood</i> (B2)	Suara jantung	Terdengar bunyi mur-murdi S4, fase diastole, ICS 5 midclavicular sinistra, katup aorta
	Irama jantung	Irregular
	CRT	Memanjang 4 detik
	JVP	Normal, tidak ada peningkatan JVP (5-2 CmH ₂ O)
	CPV	Tidak ada
	Edema	Tampak tidak ada edema
	EKG	Sinus bradycardi
	Lain-lain	Tanda-tanda Vital: TD : 160/100 mmHg N : 54 ^x /m P : 28 ^x /m S : 37°C SpO ₂ : 96 %
<i>Brain</i> (B3)	Tingkat kesadaran	Kualitatif : Tampak pasien Somnolen Kuantitatif: GCS:8 (E : 3. V : 1, M : 4)
	Reaksi pupil <ul style="list-style-type: none"> • Kanan • Kiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Ada, diameter : tampak respon pupil melambat • Ada, diameter : tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya, diameter ± 3mm
	Refleks fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> • Ada <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekstremitas atas dextra/sinistra: Biseps dextra positif

		Biceps sinistra negatif Trisep dextra positif Trisep sinistra negatif 2. Ekstremitas bawah dextra/sinistra Patella dextra positif Patella sinistra negatif
	Refleks patologis	<ul style="list-style-type: none"> Ada Babinski dextra positif Babinski sinistra negatif Kaku kuduk: tidak dikaji
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS 8) Hasil ct-scan kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas
<i>Bladder</i> (B4)	Urin	Jumlah : 350 cc / 8 jam Warna : kuning jernih
	Kateter	Ada, hari ke : 1 Jenis : folley kateter ukuran 16 fr
	Kesulitan BAK	Tidak
	Lain-lain	Pasien terpasang kateter karena mengalami penurunan kesadaran
<i>Bowel</i> (B5)	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir pasien kering dan pecah-pecah
	Lidah	Tampak lidah pasien kotor berwarna putih
	Keadaan gigi	Tampak gigi pasien lengkap tidak ada yang tanggal dan tidak ada gigi palsu
	Nyeri tekan	Tidak ada
	Abdomen	Tampak tidak terdapat distensi abdomen
	Peristaltik usus	Normal : 10 x/menit
	Mual	Tampak pasien tidak mual
	Muntah	Tampak pasien tidak muntah
	Hematemesis	Tampak tidak ada hematemesis
	Melena	Tampak pasien tidak melena
	Terpasang NGT	Ya (tampak pasien terpasang NGT ukuran 16 fr)
	Terpasang colostomy bag	Tampak pasien tidak terpasang colostomy bag
	Diare	Tidak terjadi diare pada pasien
	Konstipasi	Tampak pasien tidak konstipasi
Asites	Tampak pasien tidak asites	
Lain-lain	-	

<i>Bone</i> (B6)	Turgor kulit	Tidak elastis (tampak turgor kulit menurun)									
	Perdarahan kulit	Tampak tidak terjadi perdarahan kulit pada pasien									
	Ikterus	Tampak pasien tidak ikterus									
	Akral	Dingin dan pucat (teraba akral pasien dingin dan tampak pasien pucat)									
	Pergerakan sendi	Terbatas Uji kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2
		Kanan	Kiri								
	Tangan	0	2								
	Kaki	0	2								
Fraktur	Tampak pasien tidak fraktur										
Luka	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Jenis : ulkus diabetikum • Lokasi : ekstremitas bawah jari kaki bagian kiri 										
Lain-lain	Tampak luka diabetes pasien mengalami tanda-tanda infeksi seperti kemerahan dan cairan berbau busuk serta luka tersebut berlubang										

C. Diagnosis Keperawatan (berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)

- B1 (*Breath*) : Tidak ada masalah keperawatan
 B2 (*Blood*) : Penurunan curah jantung
 B3 (*Brain*) : Risiko perfusi serebral tidak efektif
 B4 (*Bladder*) : Tidak ada masalah keperawatan
 B5 (*Bowel*) : Tidak ada masalah keperawatan
 B6 (*Bone*) : Risiko Infeksi

D. Tindakan Keperawatan Yang Dilakukan (Berdasarkan diagnosis)

1. Memantau tanda-tanda vital
2. Memantau tingkat kesadaran
3. Melakukan pemeriksaan level stroke
4. Pemberian O₂ nasal kanul 6 ltr/menit
5. Mengatur posisi kepala pasien (*Head up 30°*)
6. Melakukan ROM pasif dan membantu pasien miring kanan-miring kiri

7. Kolaborasi pemasangan NGT (*nasogastric tube*)
8. Kolaborasi pemasangan kateter urine
9. Kolaborasi pemberian obat *Citicoline* 250 mg, *Ranitidine* 25 mg, *Candesartan*, *Cefoperazone* 1 gram/IV/12 jam, *Methylprednisolone* 125 mg, *Clopidogrel* 75 mg, *Miniaspi* 80 mg, *amlodipine* 5 mg

E. Evaluasi Hasil Tindakan (Kondisi Yang Didapatkan Setelah Tindakan Yang Dilakukan Untuk Mengatasi Masalah Keperawatan

NO	EVALUASI	PERAWAT
1	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun 2. Tampak pola napas ireguler 3. Tampak respon pupil sebelah kanan melambat 4. Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 155/100 mmHg P: 27 x/menit N: 56 x/menit 5. Hasil EKG: <i>sinus bradikardi</i> 6. Hasil Ct-scan kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan intrakranial (I.06198)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> 	Merlin Modesta

	<p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)</p>	
2	<p>Penurunan curah jantung</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak 2. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol 3. Keluarga pasien mengatakan, pasien masih sangat lemah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT memanjang 4 detik 6. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 2 parasternal linea dextra, katup aorta regurgitasi 7. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 8. TD: 155/100 mmHg P: 27 x/menit N: 56 x/menit S:36 °C <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <p>perawatan jantung</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (dypsnea, peningkatan CRT) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (ronchi, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. posisikan pasien (<i>Head up 30°</i>) atau posisi nyaman 2. berikan dukungan emosional dan spiritual 3. berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Kolaborasi</i></p>	Merlin Modesta

	1. Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan)	
3	<p>Risiko infeksi</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan, sebelum pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien mengeluh nyeri pada luka diabetesnya 2. Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis 6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ) 7. WBC: 14.56 + [10³/UI] <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Perawatan Luka</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 	Merlin Modesta

	<ol style="list-style-type: none">3. Bersihkan jaringan nekrotik4. Pasang balutan sesuai jenis luka5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)	
--	---	--

F. Pengkajian Sekunder (Pengkajian riwayat keperawatan dan Head To Toe)

KAJIAN KEPERAWATAN

Unit : Intensive care unit (ICU) Autoanamnese
 Kamar : HCU Alloanamnese
 Tgl masuk RS : 05 Juni 2022
 Tgl pengkajian : 05 Juni 2022

A. IDENTIFIKASI

1. Pasien

Nama/initial : Ny. M
 Umur : 53 Tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Jumlah anak : 3 (Tiga)
 Agama/Suku : Katolik/Toraja
 Warga Negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
 Pendidikan : S1
 Pekerjaan : Pegawai Swasta
 Alamat rumah : Taman Sudiang Indah

2. Penanggung Jawab

Nama : Tn. Y
 Umur : 54 Tahun
 Alamat : Taman Sudiang Indah
 Hubungan dengan pasien: Suami Pasien

B. DATA MEDIK

Diagnosa Medik

Saat masuk : Penurunan kesadaran dan Hemiparese dextra
 Saat pengkajian : NHS (Non-Hemoragik Stroke)

C. KEADAAN UMUM

1. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan:

Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur dengan kesadaran somnolen GCS 8, tampak terpasang IVFD NaCl 18 tts/menit, tampak pasien terpasang NGT, tampak terpasang kateter, tampak terpasang O₂ nasal kanul 6 ltr/menit, tampak terpasang *syringe pump* (insulin), monitor *EKG: sinus bradycardia*.

2. Tanda-tanda Vital

a) Kesadaran (kualitatif) : Somnolen

Skala coma Glasgow (kuantitatif)

1) Respon motoric : 4

2) Respon verbal : 1

3) Respon membuka mata : 3

Jumlah : 8

Kesimpulan : Somnolen

b) Tekanan darah : 160/110 mmHg

MAP : 126 mmHg

Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai

c) Suhu : 37°C di Axilla

d) Pernapasan : 28 x/menit

Irama: Takipnea

Jenis: Dada

e) Nadi : 54 x/menit

Irama: Bradikardi/lemah

3. Pengukuran

a) Lingkar lengan atas : 24,3 cm

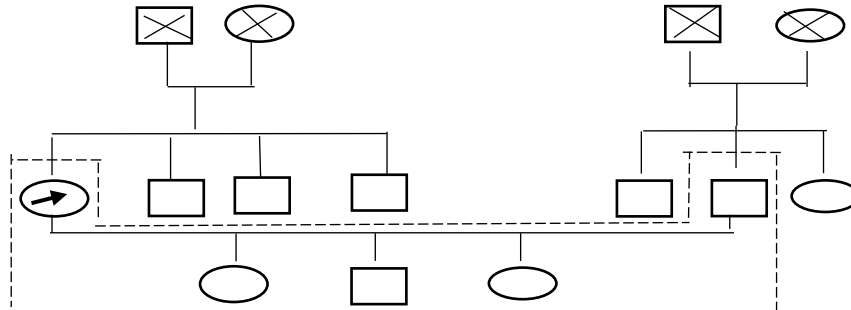
b) Tinggi badan : 157 cm

c) Berat badan : 60 kg

d) IMT : 24,35

Kesimpulan : berat badan ideal

4. Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- ┌└ : Garis keturunan
- ➔ : Pasien
- : Tinggal serumah

D. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi mulai sejak \pm 4 tahun yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien suka mengkonsumsi makanan berlemak seperti coto, keluarga pasien mengatakan, pasien pernah mengkonsumsi obat amlodipine 5 mg tapi tidak rutin dan terputus sejak 6 bulan yang lalu dan pasien jarang memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan terdekat

b. Riwayat penyakit saat ini

- 1) Keluhan utama : Penurunan kesadaran
- 2) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan, sebelum pasien masuk rumah sakit pasien mengeluh sakit kepala berat, muntah, tekanan

darah meningkat, demam dan nyeri diluka diabetesnya sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke rumah sakit pada tanggal 03 Juni 2022. Pada saat di rumah sakit, dokter menyarankan untuk opname, setelah diberikan tindakan di IGD pasien kemudian dipindahkan ke ruang perawatan pada tanggal 03 Juni 2022, dan saat di ruangan tanggal 04 Juni 2022 pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran dan tidak bisa menggerakkan badan bagian sebelah kanannya serta tidak mampu bicara sehingga pasien langsung pindahkan ke ruangan ICU tanggal 05 Juni 2022. Pengkajian dilakukan tanggal 05 Juni 2022, pemeriksaan fisik didapatkan hasil: tampak kesadaran somnolen GCS: 8, TD: 160/110 mmHg, N: 54 x/menit, S: 37°C, P: 28 x/menit, SpO₂: 96%. Tampak pasien tidak mampu bicara, hemiparese dextra, tampak terpasang IVFD 18 tpm, tampak terpasang O₂ nasal kanul 6 ltr/menit

3) Riwayat kesehatan yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Keluarga pasien mengatakan, pasien pernah mengkonsumsi obat amlodipine 5 mg tapi tidak teratur dan terputus sejak 6 bulan yang lalu dikarenakan pasien bosan mengkonsumsi obat terus-menerus.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan, ibu dari pasien memiliki penyakit hipertensi dan diabetes mellitus

5) Pemeriksaan fisik

- a) Kebersihan rambut : tampak rambut pasien bersih
- b) Kulit kepala : tampak kulit kepala bersih
- c) Kebersihan kulit : tampak kulit bersih

- d) Hygiene rongga mulut : tidak dikaji (pasien tidak mampu membuka mulut)
- e) Kebersihan genitalia : tampak genitalia kotor dan terdapat keputihan
- f) Kebersihan anus : tampak anus bersih

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki nafsu makan baik, makan dengan teratur 3 kali sehari porsi sedang dengan menu nasi, daging, ikan, sayur dan buah serta air putih \pm 8 gelas sehari dan kadang-kadang minum kopi. Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengkonsumsi makanan yang berlemak, seperti coto, keluarga pasien mengatakan pasien membatasi makanan yang manis-manis karena memiliki penyakit DM.

b. Keadaan sejak sakit

Sejak sakit pasien mengkonsumsi makanan dari rumah sakit seperti bubur saring dan juga susu serta air putih melalui slang NGT dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran.

c. Observasi

Tampak pasien diberi makan melalui NGT dengan jenis makanan bubur saring 200 cc dan air putih 50 cc.

Pemeriksaan fisik:

- 1) Keadaan rambut: tampak rambut pasien bersih dan beruban
- 2) Hidrasi kulit: tampak kulit tidak elastis, turgor kulit menurun
- 3) Palpebra/conjungtiva: tampak tidak edema/tampak tidak anemis
- 4) Sclera: tampak sclera tidak ikterik
- 5) Hidung: tampak ada secret di hidung pasien
- 6) Rongga mulut: tampak rongga mulut kotor

- 7) Gigi: tampak gigi bersih dan gigi lengkap, tampak tidak ada gigi palsu
- 8) Kemampuan mengunyah: pasien tidak mampu mengunyah karena mengalami penurunan kesadaran
- 9) Lidah: tampak lidah kotor
- 10) Pharing: tampak tidak ada pembesaran
- 11) Kelenjar getah bening: tampak tidak ada pembesaran dan benjolan
- 12) Kelenjar parotis: tampak tidak ada peradangan
- 13) Abdomen
 - a) Inspeksi: tampak perut datar, tidak ada pembengkakan
 - b) Auskultasi: peristaltik usus 10 x/menit
 - c) Palpasi: teraba tidak ada nyeri tekan
 - d) Perkusi: terdengar tympani
- 14) Kulit
 - a) Edema: negatif
 - b) Icteric: negatif
 - c) Tanda-tanda radang: negatif

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya BAB 1 x/hari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan, keluarga pasien mengatakan sebelum sakit BAK lancar \pm 4 kali sehari berwarna kuning jernih.

b. Keadaan sejak sakit

Sejak sakit pasien jarang BAB dan BAK seperti biasa akan tetapi menggunakan kateter.

c. Observasi

Tampak pasien menggunakan kateter dengan produksi urine 350 cc / 8 jam

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Peristaltik usus: 10 kali/menit
- 2) Palpasi kandung kemih: kosong
- 3) Nyeri ketuk ginjal: negatif
- 4) Mulut uretra: tampak mulut uretra kotor, tampak ada keputihan
- 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 sebelum sakit pasien sangat aktif bekerja mulai dari pukul 09:00 am sampai pukul 17:00 pm dan sebelum pergi bekerja pasien menyempatkan diri kurang lebih 15 menit untuk jalan santai di kompleksnya

b. Keadaan sejak sakit

Sejak sakit pasien hanya terbaring lemah di atas tempat tidur kesadaran menurun dan semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat.

c. Observasi

Tampak pasien hanya terbaring lemah di atas tempat tidur dan aktivitasnya dibantu oleh perawat

1) Aktivitas harian

- | | |
|------------------------------|-----|
| a) Makan | : 3 |
| b) Mandi | : 2 |
| c) Pakaian | : 2 |
| d) Kerapihan | : 2 |
| e) BAB | : 2 |
| f) BAK | : 3 |
| g) Mobilisasi ditempat tidur | : 2 |

Keterangan:

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

2) Postur tubuh : tidak dikaji (*bedrest*)

- 3) Gaya jalan: tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran dan pasien hemiparese
 - 4) Anggota gerak yang cacat: tampak ibu jari kaki pasien diamputasi karena luka diabetesnya
 - 5) Gaya jalan: tidak dikaji
 - 6) Fiksasi: tampak tidak ada fiksasi
 - 7) Tracheostomy: tampak tidak ada tracheostomi
- d. Pemeriksaan fisik
- 1) Tekanan darah
Berbaring: 160/110 mmHg
kesimpulan: hipotensi ortostatik: negatif
 - 2) HR: 54 x/menit
 - 3) Kulit
Keringat dingin: tidak ada
Basah: tidak ada
 - 4) Jvp: 5 – 2 cmH₂O (normal)
 - 5) Perfusi pembuluh kapiler kuku: crt memanjang 4 detik
 - 6) Thorax dan pernapasan
 - a) Inspeksi :
Bentuk thorax: simetris antara kiri dan kanan
Retraksi intercostal: tidak ada
Sianosis: tampak pasien tidak sianosis
Stridor: tidak terdengar
 - b) Palpasi
Vocal premitus: tidak dikaji
Krepitasi: tidak ada
 - c) Perkusi: redup
Lokasi: antara ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra, katup aorta
 - d) Auskultasi

Suara napas: ronchi

Suara ucapan: tidak dikaji

Suara tambahan: ronchi

Lokasi: ICS 2 linea sternalis sinistra

7) Jantung

a) Inspeksi

Ictus cordis: tidak tampak adanya ictus cordis

b) Palpasi

Ictus cordis: getaran dirasakan pada ICS 5
medioclavicularis sinistra

c) Perkusi

Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung: ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

d) Auskultasi

BJ II A: tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

BJ I P: tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra

BJ I T: tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

BJ I M: tunggal ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

BJ III irama gallop : tidak terdengar

Mur-mur: terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS
2 parasternal line dextra, katup aorta regurgitasi

Bruit: Aorta: tidak dikaji

A. Renalis: tidak terdengar

A. Femoralis: tidak terdengar

8) Lengan dan tungkai

a) Atrofi otot: negatif

b) Rentang gerak: terbatas pada tungkai kanan bagian atas
dan bawah karena kelemahan otot

c) Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	0	2
Kaki	0	2

Keterangan:

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

d) Reflex fisiologi :

- Ekstremitas atas dextra/sinistra:

Biceps dextra positif Biceps sinistra negatif

Trisep dextra positif Trisep sinistra negatif

- Ekstremitas bawah dextra/sinistra

Patella dextra positif Patella sinistra negative

e) Reflex patologi: Babinski dextra positif Babinski sinistra negatif

9) Columna vertebralis

a) Inspeksi :

b) Palpasi: tidak ada nyeri tekan

c) Kaku kuduk: tidak di kaji

5. Pola tidur dan istirahat

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, sebelum sakit pasien tidur normal dan cukup tidur pada malam hari sekitar 7-8 jam, tapi kadang tidak tidur siang karena bekerja

b. Keadaan sejak

Selama sakit pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga tetap tirah baring di atas tempat tidur

c. Observasi

Ekspresi wajah mengantuk: negatif

Banyak menguap: negatif

Palpebra inferior berwarna gelap: negatif

6. Pola persepsi kognitif

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kacamata dalam melakukan aktivitas seperti bekerja dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran

b. Keadaan sejak sakit

Sejak sakit tubuh pasien terlihat lemah dan respon pasien terhadap lingkungan dan orang sekitar terbatas karena pasien hanya terbaring di atas tempat tidur

c. Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran

d. Pemeriksaan fisik

1) Penglihatan

Kornea: jernih

Pupil: isokor

Lensa mata: tampak jernih

Tekanan intra okuler: teraba kenyal pada kedua mata

2) Pendengaran

Pina: tampak simetris antara kiri dan kanan

Kanalis: tampak bersih

Membrane timpani: tampak utuh dan memancarkan cahaya

3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai: pasien masih dapat merasakan sentuhan pada tangan kiri dan kanan

7. Pola persepsi dan konsep diri

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak pernah mengeluh tentang dirinya

b. Keadaan sejak sakit

Sejak sakit pasien mengalami penurunan kesadaran, sehingga semua aktivitas dibantu oleh perawat

c. Observasi

1) Kontak mata: tampak kontak mata pasien kurang

2) Rentang perhatian: tampak rentang perhatian pasien kurang

3) Suara dan bicara: tampak pasien tidak mampu bicara

d. Postur tubuh: normal

e. Pemeriksaan fisik

1) Kelainan bawaan yang nyata: tidak ada

2) Bentuk/postur tubuh: normal

3) Kulit: tampak bersih

8. Pola peran dan hubungan dengan sesama

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal serumah dengan 3 anaknya, dan dirinya sendiri/suami

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa berkumpul bersama keluarga dirumah dan jarang bertemu dengan keluarga lain

c. Observasi

Tampak pasien didampingi oleh suaminya

9. Pola reproduksi dan seksualitas

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak mengalami masalah dalam organ reproduksi maupun seksualitas.

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengalami masalah dalam organ reproduksi

c. Observasi : tidak dikaji

d. Pemeriksaan fisik : tidak dikaji

10. Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stress

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, jika pasien mengalami masalah kecil dia akan menyelesaikan sendiri tapi jika mengalami masalah besar dia akan menyelesaikan bersama keluarganya

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien menerima kondisinya saat ini

c. Observasi

Pasien tampak tenang tapi kadang-kadang gelisah

11. Pola sistem nilai kepercayaan

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien beragama katolik dan rutin ke gereja setiap hari minggu serta rutin mengikuti kegiatan gereja seperti kumpulan dan koor

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa lagi ke gereja dikarenakan kondisinya saat ini

c. Observasi

Tampak kalung Rosario berada disamping kepala pasien

E. UJI SARAF KRANIAL

1. N I (olfactorius)

Tidak dikaji (penurunan kesadaran)

2. N II (opticus)

Tidak dikaji (penurunan kesadaran)

3. N III, IV, VI (oculomotorius, trochlearis, abducens)

Kanan : respon pupil melambat

Kiri : tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya, diameter $\pm 3\text{mm}$

4. N V (trigeminus)

Sensorik: tidak dikaji

Motorik : tidak dikaji

5. N VII (facialis)

Sensorik : tidak dikaji

Motorik : tidak dikaji

6. N VIII (vestibulo acustikus)

Vestibularis : tidak dikaji, karena pasien tidak dapat berdiri dan mengalami penurunan kesadaran

Akustikus : pasien mampu mendengar gerakan petikan jari pada kedua telinganya tapi saat diberikan gesekan jari, pasien tidak merespon dengan baik

7. N IX (glosopharyngeus)

Tidak dikaji karena pasien sulit membuka mulutnya

8. N X (vagus)

Tidak dikaji

9. N XI (accesorius)

Tidak dikaji

10. N XII (hypoglossus) Tidak dikaji

F. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan laboratorium (Tanggal pemeriksaan: 04 Juni 2022)

PARAMETER	NILAI RUJUKAN
-----------	---------------

WBC	14.56 + [10 ³ /ul]	(4.80 - 10.20)
HGB	12.1 - [g/dl]	(12.2 - 16.2)
HCT	34.2 - [%]	(37.7 - 47.9)
PLT	288 * [10 ³ /ul]	(150 - 450)
RDW-SD	36.5 - [fl]	(37.0 - 54.0)
PDW	14.8 * [fl]	(9.0 - 13.0)
MPV	11.8 * [fl]	(7.2 - 11.1)
P-LCR	37.6 * [%]	(15.0 - 25.0)
PCT	0,34 * [%]	(0.17 - 0.35)
NEUT#	10.80 + [10 ³ /ul]	(1.50 - 7.00)
MONO#	1.33 + [10 ³ /ul]	(0.00 - 0.70)

2. *Ct-Scan* kepala

Tanggal pemeriksaan: 05 Juni 2022

Kontur kepala dan soft tissue normal
 Tulang intak, densitas normal.
 Subcalvaria cranii tak tampak lesi patogenik, cortical sulci & fissure Sylvian normal
 Fissura interhemisfer di midline
 Lesi hipodens luas 17,1-19,4 HU pada white dan gray matter lobus frontotemporo-parietalis kiri, Lesi hipodens 16,1 HU pada white matter lobus frontalis kanan, Pons dan Cerebellum densitas normal.
 Tak tampak pergesaran garis tengah atau mass effect
 Ventrikel dan cisterna normal, tak tampak lesi patologis CPA, Sela & parasela normal.
 Sinus paranasalis dan aircells mastoid bersih
Kesan: infark luas cerebri bilateral, lesi kiri lebih luas

3. *Elektrokardiogram*

Tanggal pemeriksaan: 05 Juni 2022

Hasil: *sinus bradycardia*

4. Foto thorax

Tanggal pemeriksaan: 04 Juni 2022

Corakan bronchovaskuler kedua lapangan paru kasar, tidak tampak gambaran spesifik pada kedua paru
 Kedua kelenjar Hilus tidak menebal
 COR: bentuk dan ukuran membesar CTI = 60% dan dilatasi aorta.
 Mediastinum tidak melebar. Trachea tidak shift
 Sinus dan diafragma normal. Costa intak, soft tissue baik.
Kesan: Gambaran bronchitis. Cardiomegaly dan dilatasi aorta

5. *Echocardiography*

Tanggal pemeriksaan: 04 Juni 2022

Measurements	
2D	M-Mode & PW
	IVSd 1.20 cm
	LVIDd 5.17 cm
	LVPWd 1.08 cm
	IVSs 1.32 cm
	LVIDs 4.10 cm
	LVPWs 1.41 cm
	EDV (Teich) 127.92 ml
	ESV (Teich) 74.07 ml
	EF (Teich) 42.09 %
	%FS 20.80 %
	SV (Teich) 53.85 ml
	LVd Mass (ASE) 229.25 g
	RWT 0.42
	MV E Vel 0.83 m/s
	MV DecT 252.25 ms
	MV Dec Slope 3.27 m/s ²
	MV A Vel 1.04 m/s
	MV E/A Ratio 0.79
	MV PHT 73.15 ms
	MVA By PHT 3.01 cm ²
	PV AccT 80.92 ms
	PV Acc Slope 10.54 m/s ²
	MPAP 37.58

<i>Conclusion</i>

Summary

Dilated left atrium and left ventricle

Reduced left ventricular systolic function, hypokinetic mid anterior, mid anteroseptum, mid anterolateral, anteroapical, septoapical, and lateroapical wall, left ventricular hypertrophy is present, lvef = 42 %

Grade 1 distolic dysfunction

Normal right ventrikular size and systolic function

Normal aortic valve

Mild mitral valve regurgitation

Normal pulmonary valve

G. Diagnosis Keperawatan (Sesuai Dengan Pengkajian Sekunder)

1. Gangguan mobilitas fisik
2. Risiko infeksi

H. Prinsip-prinsip Tindakan (Tindakan Mandiri dan Kolaborasi Serta Rasional Tindakan)

PRINSIP DAN TINDAKAN	RASIONAL
Tindakan keperawatan melakukan ROM pasif (<i>range of motion</i>) 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan (gunakan handscoon)	Untuk mencegah penyebaran mikroorganisme sehingga mengurangi penyebaran bakteri maupun penularan penyakit lainnya
2. Menvalidasi identitas pasien	Agar tidak terjadi kesalahpahaman yang akan diberikan tindakan, dilakukan sesuai dengan identitas pasien yang dituju
3. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan dari ROM tersebut	Agar keluarga pasien mengetahui tindakan dan fungsi dari ROM ini Tujuan:

4. Kontraindikasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Meningkatkan kemampuan tonus otot b. Melancarkan peredaran darah ke seluruh tubuh dan mencegah terbentuknya decubitus c. Mencegah terjadinya kontraktur
	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien yang mengalami penurunan kemampuan tonus otot (<i>hemiparese</i>) b. Dislokasi sendi c. Fraktur
Tindakan keperawatan posisi	
Head up 30°	
1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan (gunakan handscoon)	Mencegah penyebaran mikroorganisme sehingga mengurangi penyebaran bakteri
2. Menvalidasi identitas pasien 3. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan tujuan dari pemberian posisi <i>Head up 30°</i>	<p>maupun penyakit menular Agar tidak terjadi kesalahpahaman kepada pasien yang akan diberikan tindakan, dilakukan sesuai dengan identitas pasien yang dituju Agar keluarga pasien mengetahui tindakan dan manfaat dari tindakan tersebut Tujuan: Dapat memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke otak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral</p>

I. Monitor Klien (Monitor/pengkajian berkelanjutan dan Hasil Yang Didapatkan)

DS :

1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan badan sebelah kanannya
2. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi dan Diabetes Melitus

3. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak

DO :

1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur
2. Tampak pasien sesak
3. Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran
4. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat
5. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra
6. Tampak luka diabetes pasien mengalami tanda-tanda infeksi

J. Evaluasi Diri: (Selama Merawat Pasien)

1. Kerjasama
2. Teliti
3. Tenang
4. Sabar
5. Peka

IDENTIFIKASI MASALAH

DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
DS: - DO: 1. Tampak tingkat kesadaran menurun, GCS: 8 (Somnolen) 2. Observasi TTV: TD: 155/100 mmHg P: 28 x/menit N: 56 x/menit S: 37 °C 3. Hasil Ct-scan kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas	Faktor risiko: embolisme	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)
DS: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak 2. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol 3. Keluarga pasien mengatakan, pasien masih sangat lemah DO: 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT memanjang 4 detik 6. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 2 parasternal linea dextra, katup aorta regurgitasi 7. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 8. Observasi TTV: TD: 155/100 mmHg S: 37 °C P: 27 x/menit N: 56 x/menit	Perubahan afterload	Penurunan curah jantung (D.0008)
DS: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba tidak bisa menggerakkan badan sebelah kanan sehingga pasien dipindahkan ke ICU	Gangguan neuromuscular	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

<p>2. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas harian pasien dibantu oleh perawat</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ku pasien lemah 2. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra 3. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat 4. Rentang gerak terbatas 5. Babinski dextra positif 6. Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42% 7. Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Kanan</th> <th style="text-align: center;">Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> 8. Aktivitas harian <table style="margin-left: 40px;"> <tr><td>Makan</td><td>: 3</td></tr> <tr><td>Mandi</td><td>: 2</td></tr> <tr><td>Pakaian</td><td>: 2</td></tr> <tr><td>Kerapihan</td><td>: 2</td></tr> <tr><td>BAB</td><td>: 2</td></tr> <tr><td>BAK</td><td>: 3</td></tr> <tr><td>Mobilisasi ditempat tidur:</td><td>2</td></tr> </table> 		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2	Makan	: 3	Mandi	: 2	Pakaian	: 2	Kerapihan	: 2	BAB	: 2	BAK	: 3	Mobilisasi ditempat tidur:	2		
	Kanan	Kiri																							
Tangan	0	2																							
Kaki	0	2																							
Makan	: 3																								
Mandi	: 2																								
Pakaian	: 2																								
Kerapihan	: 2																								
BAB	: 2																								
BAK	: 3																								
Mobilisasi ditempat tidur:	2																								
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan, sebelum pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien mengeluh nyeri pada luka diabetesnya 2. Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis 6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ) 7. WBC: 14.56 + [10³/UI] 	<p>Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</p>	<p>Risiko infeksi (D.0142)</p>																							

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSIS
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme ditandai dengan tekanan darah meningkat, hasil CT-Scan kepala: infark luas cerebri bilateral, lesi kiri lebih luas(D.0017)
2	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan bradikardia, dispnea, tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, capillary refill time > 3 detik, warna kulit pucat, terdengar suara jantung S4, ejection fraction menurun (D.0008)
3	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan kekuatan menurun, rentang gerak (ROM) menurun, fisik lemah, gerakan terbatas (D.0054)
4	Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus) ditandai dengan kadar sel darah putih membaik, kemerahan menurun, cairan berbau busuk menurun (D.0142)

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme: DS: - DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun, GCS: 8 (Somnolen) 2. Observasi TTV: TD: 155/100 mmHg P: 28 x/menit N: 56 x/menit 3. Hasil Ct-scan kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: (L.06049)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah membaik 	<p>Pemantauan tekanan intrakranial (I.06198) Tindakan <i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)
<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan: DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: (L.02008)</p>	<p>Perawatan jantung Tindakan <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea, peningkatan CRT)

<p>2. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol</p> <p>3. Keluarga pasien mengatakan, pasien masih sangat lemah</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT memanjang 4 detik 6. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 2 parasternal linea dextra, katup aorta regurgitasi 7. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 8. Observasi TTV: TD: 155/100 mmHg P: 27 x/menit N: 56 x/menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer cukup meningkat 2. Ejection fraction (EF) cukup meningkat 3. Bradikardia cukup meningkat 4. Dipsnea cukup menurun 5. Pucat cukup menurun 6. Suara jantung S4 cukup menurun 7. Mur-mur jantung cukup menurun 8. Tekanan darah cukup menurun 9. Capillary refill time cukup membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (ronchi, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien (<i>Head up 30°</i>) atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan)
---	--	---

<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba tidak bisa menggerakkan badan sebelah kanan sehingga pasien dipindahkan ke ICU 2. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas harian pasien dibantu oleh perawat <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ku pasien lemah 2. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra 3. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat 4. Rentang gerak terbatas 5. Babinski dextra positif 6. Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42% 7. Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat 3. Rentang gerak ROM cukup meningkat 4. Gerakan terbatas cukup menurun 5. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i>) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif 2. Fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak pasif 3. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi
	Kanan	Kiri									
Tangan	0	2									
Kaki	0	2									

<p>8. Aktivitas harian</p> <p>Makan : 3</p> <p>Mandi : 2</p> <p>Pakaian : 2</p> <p>Kerapihan : 2</p> <p>BAB : 2</p> <p>BAK : 3</p> <p>Mobilisasi ditempat tidur:2</p>		<p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama 2. Melakukan latihan gerak pasif secara sistematis <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus):</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan, sebelum pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien mengeluh nyeri pada luka diabetesnya 2. Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun 2. Kadar sel darah putih membaik 3. Cairan berbau busuk menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi

<p>3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam</p> <p>4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien</p> <p>5. Hasil foto thorax: Bronchitis</p> <p>6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ)</p> <p>7. WBC 14.56 + [10³/UI]</p>		<p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)
--	--	---

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/53 Tahun

Ruang/Kamar : Intensive Care Unit/HCU

Perawatan hari pertama

Hari/Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
Senin, 06 Juni 2022 (Pukul: 08.00 WITA)	I, II	08:20	Memberikan dan mempertahankan posisi kepala pasien (<i>Head up 30°</i>) Hasil: Tampak SpO ₂ pasien semakin membaik saat diberikan posisi kepala 30° (sebelum: SpO ₂ 95%, Sesudah: SpO ₂ 97%)	Merlin
	I,II,II I	08:50	Mengobservasi atau memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 145/96 mmHg N: 60 ^x /m S: 36,4°C P: 24 ^x /m	Modesta
	III	09:00	Mengkaji kekuatan otot pasien Hasil: Kanan Kiri Tangan $\begin{array}{c c} 0 & 2 \\ \hline 0 & 2 \end{array}$ Kaki Tampak ekstremitas sebelah kanan lemah dan tidak mampu untuk digerakkan sama sekali atau hemiprase dextra	Merlin
	I,II	09:10	Memberikan obat <i>Citicolin</i> 250 mg, <i>Amlodipine</i> 5 mg dan <i>Miniaspi</i> 80 mg serta <i>Clopidogrel</i> 75 mg (melalui sonde) Hasil: 1. Tampak tidak ada reaksi apapun dari pasien saat obat <i>Citicoline</i> di Injeksikan 2. Tekanan darah pasien mulai membaik saat diberikan obat <i>Amlodipine</i> dan <i>Clopidogrel</i> . TD:138/100 mmHg	Modesta

			3. Tampak tidak ada reaksi dari obat <i>Miniaspi</i> saat diberikan ke pasien										
	I, II	09:20	Memonitor frekuensi, pola napas dan irama napas Hasil: 1. Frekuensi napas: 24 \times /m 2. Pola napas: takipnea 3. Irama pernapasan: ireguler atau tidak teratur	Merlin									
	IV	09:25	Melakukan perawatan luka dan memonitor karakteristik luka Hasil: tampak luka pasien berwarna kemerahan dan jaringan sekitar kehitaman serta cairan berbau busuk	Merlin									
	II	09:50	Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (tanda-tanda perubahan afterload) Hasil: 1. Tampak pasien masih sesak 2. Tampak warna kulit pucat 3. CRT memanjang 4 detik 4. Nadi teraba lemah	Modesta									
	III	10:00	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif Hasil: 1. Tampak pasien masih lemah 2. Uji kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2	Merlin
	Kanan	Kiri											
Tangan	0	2											
Kaki	0	2											
	III	10:15	Mengedukasi keluarga pasien untuk melakukan latihan ROM pasif secara sistematis Hasil: Tampak keluarga pasien mengerti dengan edukasi yang diberikan dan ikut berpartisipasi dengan perawat dalam melakukan ROM	Modesta									
	I,II, III	10:25	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 148/90 mmHg N: 60 \times /m S: 36 °C P: 24 \times /m	Merlin									

	II	10:30	Mengidentifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung Hasil: 1. Tampak pasien pucat 2. Terdengar suara napas tambahan ronchi 3. Tampak pasien tidak batuk	Modesta
	I	11:00	Memonitor tingkat kesadaran pasien Hasil: Kesadaran somnolen, GCS 8 (M:4 V:1 E:3)	Merlin
	IV	11:30	Kolaborasi pemberian obat insulin apidra 10 μ Hasil: GDS sebelum: 256 mg/dl GDS setelah: 200 mg/dl	Modesta
	I, II, III	12:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 150/100 mmHg N: 65 \times / _m S: 36 $^{\circ}$ C P: 24 \times / _m	Merlin
	II	12:30	Memonitor EKG Hasil: Sinus Bradicardia	Modesta
	I	12:50	Memonitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil Hasil: Kanan: respon pupil melambat Kiri: tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya, diameter \pm 3mm	Merlin
	III	13:00	Mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi Hasil: Tampak pasien belum mampu menggerakkan badan sebelah kanan (hemiparese dextra)	Modesta
	II	13:30	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO ₂ :95%	Merlin
	I, II, III	14:00	Memantau tanda-tana vital Hasil: TD: 140/105 mmHg N: 58 \times / _m S: 36 $^{\circ}$ C	Modesta

P: 22^x/m

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	DP	Evaluasi (S O A P)
Senin, 06 Juni 2022 (Pukul: 14.00 WITA)	I	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS:8 2. Tampak pola napas ireguler 3. Tampak respon pupil sebelah kanan melambat 4. Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 159/100 mmHg P: 26 x/menit N: 64 x/menit S: 36,2 °C 5. Hasil EKG: <i>sinus bradikardi</i> 6. Hasil <i>Ct-scan</i> kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan intrakranial</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)</p>
	II	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload</p> <p>S: -</p> <p>O:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 3. Tampak pasien sesak 4. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 5. Teraba nadi lemah 6. CRT memanjang 4 detik 7. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 5 midclavicular sinistra, katup aorta regurgitasi 8. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 9. Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 159/100 mmHg P: 26 x/menit N: 64 x/menit S: 36,2 °C <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (<i>dypsnea</i>, peningkatan CRT) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (<i>ronchi</i>, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien (<i>Head up 30°</i>) atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan)
III	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ganggguanneuromuskular</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ku pasien lemah 2. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra 3. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat 4. Rentang gerak terbatas 5. Babinski dextra positif

		<p>6. Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42%</p> <p>7. Aktivitas harian</p> <p>Makan : 3</p> <p>Mandi : 2</p> <p>Pakaian : 2</p> <p>Kerapihan : 2</p> <p>BAB : 2</p> <p>BAK : 3</p> <p>Mobilisasi ditempat tidur: 2</p> <p>8. Uji kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i> dan miring kiri-miring kanan) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif 2. Fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak pasif 3. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi <p><i>Edukasi</i></p>		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2
	Kanan	Kiri									
Tangan	0	2									
Kaki	0	2									

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama 2. Melakukan latihan gerak pasif secara sistematis <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
	IV	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis 6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ) 7. WBC: 14.56 + [10³/UI] <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (ke keluarga pasien) <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Terapeutik</i></p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)
--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
Senin, 06 Juni 2022 (Pukul: 14.00 WITA)	I, II, III	14:25	Memantau tingkat kesadaran pasien Hasil: Kesadaran somnolen, GCS 8 (M:4 V:1 E:3)	Merlin
	I,II	15:00	Mempertahankan posisi kepala pasien (<i>Head up 30°</i>) Hasil: Tampak SpO ₂ sebelum pemberian elevasi kepala: SpO ₂ 95%, Sesudah: SpO ₂ 97%)	Merlin
	I, II, III	16:00	Mengobservasi atau memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 68 ^x / _m S: 36,4°C P: 23 ^x / _m	Merlin
	III	16:15	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif Hasil: 1. Ekstremitas sebelah kanan masih lemah pada saat dilatih ROM 2. Uji kekuatan otot	Merlin

			Kanan Kiri Tangan $\frac{0}{0} \mid \frac{2}{2}$ Kaki $\frac{0}{0} \mid \frac{2}{2}$	
I, II, III	18:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 130/100 N: 66 \times/m S: 37°C P: 25 \times/m	Merlin	
IV	20:10	Pemberian obat <i>Ranitidine</i> 25 mg dan <i>Methylprednizolone</i> 125 mg Hasil: Tampak pasien merasa tidak nyaman saat obat di injeksikan melalui IV (pasien menarik tangannya)	Merlin	
I, II, III	20:20	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 150/90 mmHg N: 75 x/menit S: 36°C P: 25 x/menit	Merlin	
I, II	21:40	Mengatur posisi kepala pasien Hasil: Tampak pasien merasa nyaman saat diberikan posisi kepala 30° SpO ₂ sebelum: 96% SpO ₂ sesudah: 98%	Ns. Anto	
I, II, III	22:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 152/90 mmHg N: 74 \times/m S: 37 °C P: 25 \times/m	Ns. Anto	
I, II	22:30	Memonitor tingkat kesadaran pasien Hasil: Kesadaran somnolen, GCS 8 (M:4 V:1 E:3)	Ns. Anto	
IV	22:40	Pemberian obat <i>Cefoperazone</i> 1 gram /iv/12 jam Hasil:	Ns. Anto	

			Tampak tidak ada reaksi apapun dari pasien saat di injeksikan obat tersebut	
	I, II, III	00:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 140/100 mmHg N: 87 ^x / _m S: 36,3°C P: 22 ^x / _m	Ns. Anto
	I	00:20	Pemberian obat <i>Citicoline</i> 250 mg/IV/12 jam Hasil: Tampak pasien menarik tangan saat obat diberikan melalui IV	Ns. Anto
	I, II, III	05:00	Memonitor penurunan tingkat kesadaran Hasil: Kesadaran somnolen, GCS 8	Ns. Anto
	I, II, III	06:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 150/90 mmHg N: 70 ^x / _m S: 36°C P: 24 ^x / _m	Ns. Anto

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	DP	Evaluasi (S O A P)
Senin, 06Juni 2022 (Pukul 21.00 WITA)	I	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS:8 2. Tampak pola napas ireguler 3. Tampak respon pupil sebelah kanan melambat 4. Observasi TTV: TD: 145/108 mmHg P: 24 x/menit N: 58 x/menit S: 36,8 °C 5. Hasil EKG: <i>sinus bradikardi</i> 6. Hasil <i>Ct-scan</i> kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan</p>

		<p>intrakranial</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan <i>jika perlu</i> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)
	II	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien masih sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT memanjang 4 detik 6. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 5 midclavicular sinistra, katup aorta 7. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 8. Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 145/108 mmHg P: 24 x/menit N: 58 x/menit S: 36,8 °C <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (<i>dyspnea</i>, peningkatan CRT) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (<i>ronchi</i>, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien (<i>Head up 30°</i>) atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual

	<p>3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan)</p>									
III	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ganggguanneuromuskular</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ku pasien lemah 2. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra 3. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat 4. Rentang gerak terbatas 5. Babinski dextra positif 6. Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42% 7. Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 BAB : 2 BAK : 3 Mobilisasi ditempat tidur: 2 8. Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">Kanan</th> <th style="padding: 0 5px;">Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i> dan miring kiri-miring kanan) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2
	Kanan	Kiri								
Tangan	0	2								
Kaki	0	2								

		<p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif 2. Fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak pasif 3. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama 2. Melakukan latihan gerak pasif secara sistematis <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
	IV	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis 6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ) 7. WBC: 14.56 + [10³/U] <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

		<p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (ke keluarga pasien) <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis: warna, ukuran bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luk 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)
--	--	---

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	DP	Evaluasi (S O A P)
Senin, 07 Juni 2022 (Pukul 07.00 WITA)	I	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS:8 2. Tampak pola napas ireguler 3. Tampak respon pupil sebelah kanan melambat 4. Observasi TTV: TD: 150/90 mmHgN: 70 \times/m S: 36°C P: 24 \times/m 5. Hasil <i>Ct-scan</i> kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan intrakranial</p>

	<p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan <i>jika perlu</i> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)
II	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien masih sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT memanjang 4 detik 9. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 5 midclavicular sinistra, katup aorta 6. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 7. Observasi TTV: TD: 150/90 mmHgN: 70 ^x/_m S: 36°CP: 24 ^x/_m <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (<i>dypsnea</i>, peningkatan CRT) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (<i>ronchi</i>, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien (<i>Head up 30°</i>) atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual

	<p>3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan)</p>									
III	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ganggguanneuromuskular</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ku pasien lemah 2. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra 3. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat 4. Rentang gerak terbatas 5. Babinski dextra positif 6. Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42% 7. Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 BAB : 2 BAK : 3 Mobilisasi ditempat tidur: 2 8. Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">Kanan</th> <th style="padding: 0 5px;">Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i> dan miring kiri-miring kanan) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2
	Kanan	Kiri								
Tangan	0	2								
Kaki	0	2								

		<p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif 2. Fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak pasif 3. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama 2. Melakukan latihan gerak pasif secara sistematis <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
	IV	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis 6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ) 7. WBC: 14.56 + [10³/UI] <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (ke keluarga pasien)

		<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)
--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Perawatan hari kedua

Hari/Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
Selasa, 07 Juni 2022 (Pukul: 08.00 WITA)	I, II	08:00	Memberikan dan mempertahankan posisi kepala pasien (<i>Head up 30°</i>) Hasil: Tampak SpO ₂ pasien semakin membaik saat diberikan posisi kepala 30° (sebelum: SpO ₂ 96%, Sesudah: SpO ₂ 98%)	Modesta
	I,II, III	08:50	Mengobservasi atau memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 139/80 mmHg N: 78 ^x / _m S: 36,9 °C P: 22 ^x / _m	Modesta
	I,II, IV	09:20	Pemberian obat <i>Cefoperasone</i> 1 flc, <i>Miniaspi</i> 80 mg, <i>amlodipine</i> 5 mg, dan <i>Clopidogrel</i> 75 mg (melalui sonde)	Modesta

			<p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tidak ada reaksi yang dirasakan oleh pasien saat di injeksikan obat <i>cefoperazone</i>. 2. TD pasien sedikit menurun saat diberikan obat <i>amlodipine</i> dan <i>Clopidogrel</i>. TD:130/90 mmHg 3. Tampak tidak ada reaksi dari obat Miniaspi saat diberikan 										
	I, II, III	10:00	<p>Memantau tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 140/90 mmHg</p> <p>N: 78 x/menit</p> <p>S: 36,4°C</p> <p>P: 24 x/menit</p> <p>SpO2: 97 %</p>	Modesta									
	IV	10:05	<p>Melakukan perawatan luka dan memonitor karakteristik luka</p> <p>Hasil: tampak luka pasien berwarna kemerahan, cairan berbau busuk dan luka sekitar mengalami nekrotik serta luka berlubang</p>	Modesta									
	III	10:30	<p>Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien lemah saat dilakukan ROM 2. Kekuatan otot pasien <p>Hasil:</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Kanan</td> <td>Kiri</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> </table>	Kanan	Kiri		Tangan	0	2	Kaki	0	2	Modesta
Kanan	Kiri												
Tangan	0	2											
Kaki	0	2											
	III	11:00	<p>Mengedukasi keluarga pasien untuk melakukan latihan ROM pasif secara sistematis</p> <p>Hasil:</p> <p>Keluarga pasien mengerti edukasi yang dijelaskan serta ikut membantu perawat dalam melakukan ROM</p>	Modesta									
	II	11:50	<p>Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (tanda-tanda perubahan afterload)</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien masih sesak 	Modesta									

			2. Tampak warna kulit pucat 3. CRT memanjang 4 detik 4. Nadi teraba lemah	
	I, II, III	12.00	Memantau tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas Hasil: TD: 138/90 mmHg N: 78 x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit	Modesta
	I, II, II	13:50	Memantau tingkat kesadaran pasien Hasil: Kesadaran somnolen, GCS: 8 (M:4 V:1 E:3)	Modesta
		14:00	Memberikan waktu untuk pasien istirahat	Modesta

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	DP	Evaluasi (S O A P)
Selasa, 07 Juni 2022 (Pukul: 14.00 WITA)	I	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS:8 2. Tampak pola napas ireguler 3. Tampak respon pupil sebelah kanan melambat 4. Observasi TTV: TD: 150/90 mmHg P: 25 x/menit N: 60 x/menit S: 36,2 °C 5. Hasil EKG: <i>sinus bradikardi</i> 6. Hasil <i>Ct-scan</i> kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan intrakranial</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran

	<p>5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan <i>jika perlu</i> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)
II	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT memanjang 4 detik 6. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 5 midclavicular sinistra, katup aorta 7. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 8. Observasi TTV: TD: 150/90 mmHg P: 25 x/menit N: 60 x/menit S: 36,2 °C <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (<i>dypsnea</i>, peningkatan CRT) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (<i>ronchi</i>, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien (<i>Head up 30°</i>) atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

		<p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan) 									
	III	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguanneuromuskular</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak ku pasien lemah Tampak pasien mengalami hemiparese dextra Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat Rentang gerak terbatas Babinski dextra positif Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42% Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 BAB : 2 BAK : 3 Mobilisasi ditempat tidur: 2 Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">Kanan</th> <th style="padding: 0 5px;">Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <p><i>Observasi</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i> dan miring kiri-miring kanan) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2
	Kanan	Kiri									
Tangan	0	2									
Kaki	0	2									

		<p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif 2. Fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak pasif 3. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama 2. Melakukan latihan gerak pasif secara sistematis <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
	IV	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis 6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ) 7. WBC: 14.56 + [10³/UI] <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

		<p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (ke keluarga pasien) <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)
--	--	---

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
Selasa, 07 Juni 2022 (Pukul: 14.00 WITA)	I, II, III	14:30	Mengobservasi atau memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 150/100 mmHg N: 88 ^x / _m S: 36°C P: 25 ^x / _m	Merlin
	I,II	15:20	Mempertahankan posisi kepala pasien (<i>Head up 30°</i>)	Merlin

			Hasil: Tampak SpO ₂ sebelum pemberian elevasi kepala: SpO ₂ 95%, Sesudah: SpO ₂ 97%)	
	III	15:40	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif Hasil: Tampak pasien kaku saat dilatih ROM pasif	Merlin
	I, II	15:55	Memonitor tingkat kesadaran pasien Hasil: GCS 8 (M:4 V:1 E:3) somnolen	Merlin
	I, II, III	16:00	Mengobservasi atau memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 150/100 mmHg N: 66 ^x / _m S: 36,7 °C P: 26 ^x / _m	Merlin
	I, II	16:30	Mengidentifikasi tanda gejala sekunder Penurunan curah jantung Hasil: 1. Tampak pasien pucat dan akral teraba dingin 2. Terdengar suara napas tambahan ronchi	Merlin
	I, II	17:00	Mempertahankan posisi kepala pasien Hasil: Tampak pasien merasa nyaman saat diberikan posisi kepala 30°	Merlin
	I, II, III	18:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 78 ^x / _m S: 36°C P: 24 ^x / _m	Merlin
	IV	19:00	Kolaborasi pemberian obat insulin apidra 10μ Hasil: GDS sebelum: 250 mg/dl GDS setelah: 199 mg/dl	Merlin

I, II, III	20:00	Memantau keadaan umum pasien Hasil: Tampak keadaan umum pasien lemah	Merlin
IV	20:40	Pemberian obat <i>Ranitidine</i> 25 mg/ml iv/8 jam, <i>Methylprednisolone</i> 125 mg/iv/8 jam Hasil: Tampak pasien menariktangannya saat di injeksikan obat	Merlin
I, II, III	20:50	Memantau tanda-tana vital Hasil: TD: 152/90 mmHg N: 55 ^x /m S: 37°C P: 25 ^x /m	Merlin
I, II	21:40	Mengatur posisi pasien Hasil: Diberikan posisi <i>Head up</i> 30° dan tampak pasien terlihat nyaman denganposisi tersebut	Ns. Hendrik
I, II	21:50	Memantau kesadaran pasien Hasil: Tampak keadaan umum lemah dan kesadaran somnolen, GCS: 8 (M:4 V:1 E:3)	Ns. Hendrik
I, II, III	22:00	Memantau tanda-tanda vital dan saturasi oksigen Hasil: TD: 140/100 mmHg N: 80 ^x /m S: 36,5°C P: 24 ^x /m SpO ₂ : 96%	Ns. Hendrik
IV	00:00	Pemberian obat <i>Cefoperazone</i> 1 gram /IV/12 jam Hasil: Tampak tidak ada reaksi apapun dari pasien	Ns. Hendrik
I	05:00	Memberikan obat <i>Citicolin</i> 250 mg 1amp/IV/12 jam Hasil: Tampak tidak ada reaksiapapun dari pasien	Ns. Hendrik

	IV	06:00	Memberikan obat <i>Methylprednisolone</i> 125 mg/ 1 flc/ 8 jam, <i>Ranitidine</i> 1 amp/iv/8 jam Hasil: Tampak pasien menarik tangannya saat obat tersebut diinjeksikan	Ns. Hendrik
	I, II, III	06:10	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 150/100 mmHg N: 89 ^x / _m S: 36,3°C P: 24 ^x / _m	Ns. Hendrik

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	DP	Evaluasi (S O A P)
Selasa, 07 Juni 2022 (Pukul 21.00 WITA)	I	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS:8 2. Tampak pola napas ireguler 3. Tampak respon pupil sebelah kanan melambat 4. Observasi TTV: TD: 152/90 mmHg N: 55 ^x/_m S: 37°C P: 25 ^x/_m 5. Hasil <i>Ct-scan</i> kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan intrakranial</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan <i>jika perlu Kolaborasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)
	II	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien masih sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT memanjang 4 detik 6. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 5 midclavicular sinistra, katup aorta 7. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 8. Observasi TTV: TD: 152/90 mmHgN: 55 \times/m S: 37°C CP: 25 \times/m <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (<i>dypsnea</i>, peningkatan CRT) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (<i>ronchi</i>, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien (<i>Head up 30°</i>) atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan)
	III	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ganggguanneuromuskular</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ku pasien lemah 2. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra

		<p>3. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat</p> <p>4. Rentang gerak terbatas</p> <p>5. Babinski dextra positif</p> <p>6. Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42%</p> <p>7. Aktivitas harian</p> <p>Makan : 3</p> <p>Mandi : 2</p> <p>Pakaian : 2</p> <p>Kerapihan : 2</p> <p>BAB : 2</p> <p>BAK : 3</p> <p>Mobilisasi ditempat tidur: 2</p> <p>8. Uji kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">0</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black;">0</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i> dan miring kiri-miring kanan) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif 2. Fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak pasif 		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2
	Kanan	Kiri									
Tangan	0	2									
Kaki	0	2									

		<p>3. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama 2. Melakukan latihan gerak pasif secara sistematis <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
	IV	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis 6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ) 7. WBC: 14.56 + [10³/UI] <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (ke keluarga pasien) <p>Perawatan Luka</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran bau)

		<p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)
--	--	---

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	DP	Evaluasi (S O A P)
Rabu, 08 Juni 2022 (Pukul 07.00 WITA)	I	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS:8 2. Tampak pola napas ireguler 3. Tampak respon pupil sebelah kanan melambat 4. Observasi TTV: TD: 150/100 mmHgN: 89 \times/m S: 36,3$^{\circ}$CP: 24 \times/m 5. Hasil <i>Ct-scan</i> kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas <p>A:Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan intrakranial</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil <p><i>Terapeutik:</i></p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan <i>jika perlu</i> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)
	II	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien masih sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT memanjang 4 detik 6. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 5 midclavicular sinistra, katup 7. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 8. Observasi TTV: TD: 150/100 mmHgN: 89 \times/m S: 36,3°C CP: 24 \times/m <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (<i>dypsnea</i>, peningkatan CRT) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (<i>ronchi</i>, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien (<i>Head up 30°</i>) atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan)
	III	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ganggguanneuromuskular</p> <p>S:</p> <p>O:</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ku pasien lemah 2. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra 3. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat 4. Rentang gerak terbatas 5. Babinski dextra positif 6. Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42% 7. Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 BAB : 2 BAK : 3 Mobilisasi ditempat tidur: 2 8. Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;"></th> <th style="padding: 2px 10px;">Kanan</th> <th style="padding: 2px 10px;">Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">Tangan</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">0</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">Kaki</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">0</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 10px;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : Dukungan mobilisasi <i>Observasi</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i> dan miring kiri-miring kanan) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Teknik latihan penguatan sendi <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif 2. Fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak pasif 		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2
	Kanan	Kiri									
Tangan	0	2									
Kaki	0	2									

		<p>3. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama 2. Melakukan latihan gerak pasif secara sistematis <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
	IV	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis 6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ) 7. WBC: 14.56 + [10³/UI] <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (ke keluarga pasien) <p>Perawatan Luka</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi

		<p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)
--	--	---

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Perawatan hari ketiga

Hari/Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat												
Rabu, 08 Juni 2022 (Pukul: 08.00 WITA)	I, II,III	08:10	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD: 150/100 mmHg N: 65 ^x / _m S: 36°C P: 24 ^x / _m	Merlin												
	I,II,III	08:30	Memonitor tingkat kesadaran pasien Hasil: Kesadaran somnolen, GCS: 8	Merlin												
	III	08:40	Mengkaji kekuatan otot Hasil: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Kanan</td> <td style="padding: 0 10px;">Kiri</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="padding: 0 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Tangan</td> <td style="padding: 0 10px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; text-align: center;">0</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Kaki</td> <td style="padding: 0 10px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; text-align: center;">0</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; text-align: center;">2</td> </tr> </table> Tampak pasien mengalami kelemahan otot sebelah kanan	Kanan	Kiri			Tangan		0	2	Kaki		0	2	Merlin
	Kanan	Kiri														
Tangan		0	2													
Kaki		0	2													
I, II	09.10	Memberikan dan Mempertahankan posisikepala pasien (<i>Head up 30°</i>) Hasil: Tampak SpO2 pasien semakin membaik saat diberikan posisi kepala 30° (Sebelum, SpO2 96% Sesudah, SpO2: 97%)	Merlin													

	I,II	09:30	Pemberian obat <i>Citicoline</i> 250 mg, <i>Miniaspi</i> 1 x 1, <i>amlodipine</i> 5 mg Hasil: 1. Tampak tidak ada reaksi yang dirasakan oleh pasien saat di injeksikan obat <i>cefoperazone</i> . 2. TD pasien sedikit menurun saat diberikan obat <i>amlodipine</i> , TD:130/100 mmHg 3. Tampak tidak ada reaksi dari obat <i>Miniaspi</i> saat diberikan	Merlin
	I, II, III	10:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 69 ^x / _m S: 36,5°C P: 25 ^x / _m	Merlin
	IV	10:05	Melakukan perawatan luka dan memonitor karakteristik luka Hasil: tampak luka pasien berwarna kemerahan jaringan sekitar nekrotik, cairan berbau busuk serta luka tersebut berlubang	Merlin
	III	10:20	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif Hasil: 1. Tampak pasien lemah saat dilakukan ROM 2. Kekuatan otot pasien Hasil: Kanan Kiri Tangan 0 2 Kaki 0 2	Merlin
	III	10:50	Mengedukasi keluarga pasien untuk melakukan latihan ROM pasif secara sistematis Hasil: Keluarga pasien mengerti edukasi yang dijelaskan serta ikut membantu perawat dalam melakukan ROM	Merlin
	II	11:00	Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (tanda-tanda perubahan afterload) Hasil:	Merlin

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien masih sesak 2. Tampak warna kulit pucat 3. CRT \leq 3 detik 4. Nadi teraba lemah 	
	I, II	11:20	<p>Memonitor frekuensi, pola napas dan irama napas pasien</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas : 24 \times/m 2. Pola napas : takipnea 3. Irama pernapasan: ireguler/tidak teratur 	Merlin
	I, II, III	12:10	<p>Memantau tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 138/90 mmHg</p> <p>N: 78 \times/m</p> <p>S: 36 $^{\circ}$C</p> <p>P: 24 \times/m</p>	Merlin
	II	13:00	<p>Mengidentifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien pucat dan akral teraba dingin</p> <p>Terdengar suara napas tambahan ronchi</p>	Merlin
	I, II, II	13:20	<p>Memantau tingkat kesadaran pasien</p> <p>Hasil:</p> <p>Kesadaran somnolen, GCS: 8 (M:4 V:1 E:3)</p>	Merlin
		14:00	Memberikan waktu untuk pasien istirahat	Merlin

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	DP	Evaluasi (S O A P)
Selasa, 08 Juni 2022 (Pukul: 14.00 WITA)	I	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS:8 2. Tampak pola napas ireguler

	<p>3. Tampak respon pupil sebelah kanan melambat</p> <p>4. Observasi TTV: TD: 138/90 mmHg N: 78 ^x/_m S: 36 °CP: 24 ^x/_m</p> <p>5. Hasil EKG: <i>sinus bradikardi</i></p> <p>6. Hasil <i>Ct-scan</i> kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas</p> <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan intrakranial</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan <i>jika perlu</i> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)
II	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT ≤ 3 detik 6. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 5 midclavicular sinistra, katup aorta 7. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 8. Observasi TTV: TD: 138/90 mmHg N: 78 ^x/_m S: 36 °CP: 24 ^x/_m <p>A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung</p> <p><i>Observasi</i></p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (<i>dypsnea</i>, peningkatan CRT) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (<i>ronchi</i>, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien (<i>Head up 30°</i>) atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan) 									
III	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ganggguanneuromuskular</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ku pasien lemah 2. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra 3. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat 4. Rentang gerak terbatas 5. Babinski dextra positif 6. Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42% 7. Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2 BAB : 2 BAK : 3 Mobilisasi ditempat tidur: 2 8. Uji kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">Kanan</th> <th style="padding: 0 5px;">Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <p><i>Observasi</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2
	Kanan	Kiri								
Tangan	0	2								
Kaki	0	2								

		<p>2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i> dan miring kiri-miring kanan) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif 2. Fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak pasif 3. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama 2. Melakukan latihan gerak pasif secara sistematis <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
	IV	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis

		<p>6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ)</p> <p>7. WBC: 14.56 + [10³/UI]</p> <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p style="padding-left: 20px;">Pencegahan Infeksi</p> <p style="padding-left: 20px;">Tindakan</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Observasi</i></p> <p style="padding-left: 20px;">1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Terapeutik</i></p> <p style="padding-left: 20px;">1. Batasi jumlah pengunjung</p> <p style="padding-left: 20px;">2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p style="padding-left: 20px;">3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Edukasi</i></p> <p style="padding-left: 20px;">1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (ke keluarga pasien)</p> <p style="padding-left: 20px;">Perawatan Luka</p> <p style="padding-left: 20px;">Tindakan</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Observasi</i></p> <p style="padding-left: 20px;">1. Monitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran bau)</p> <p style="padding-left: 20px;">2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Terapeutik</i></p> <p style="padding-left: 20px;">1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan</p> <p style="padding-left: 20px;">2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan</p> <p style="padding-left: 20px;">3. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p style="padding-left: 20px;">4. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p style="padding-left: 20px;">5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p style="padding-left: 20px;">6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Edukasi</i></p> <p style="padding-left: 20px;">1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Kolaborasi</i></p> <p style="padding-left: 20px;">1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)</p>
--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
----------	----	-------	-------------------------	---------

Rabu, 08 Juni 2022 (Pukul: 14.00 WITA)	I, II, III	14:00	Mengobservasi atau memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 85 ^x / _m S: 36,6 °C P: 24 ^x / _m	Modesta
	I, II	14:20	Memonitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil Hasil: Pupil kanan: respon pupil melambat pupil kiri: refleks pupil mengecil saat diberikan cahaya, diameter ± 3 mm	Modesta
	III	15:20	Mempertahankan posisi kepala pasien (<i>Head up 30°</i>) Hasil: Tampak SpO ₂ sebelum pemberian elevasi kepala: SpO ₂ 95%, Sesudah: SpO ₂ 97%)	Modesta
	III	15:40	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif Hasil: Tampak pasien kaku saat dilatih ROM pasif	Modesta
	I, II	15:55	Memonitor tingkat kesadaran pasien Hasil: GCS 8 (M:4 V:1 E:3) somnolen	Modesta
	I, II, III	16:00	Mengobservasi atau memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 155/90 mmHg N: 70 ^x / _m S: 36,9 °C P: 22 ^x / _m	Modesta
	II	16:30	Mengidentifikasi tanda gejala sekunder Penurunan curah jantung Hasil: 1. Tampak pasien pucat dan akral teraba dingin 2. Terdengar suara napas tambahan ronchi	Modesta
	I, II, III	17:00	Memonitor tingkat kesadaran pasien Hasil:	Modesta

			GCS 8 (M:4 V:1 E:3) somnolen	
I, II, III	18:00		Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 140/80 mmHg N: 90 ^{x/m} S: 36°C P: 24 ^{x/m}	Modesta
IV	19:00		Kolaborasi pemberian obat insulin drips apidra 10 μ Hasil: GDS sebelum: 315 mg/dl GDS setelah: 245 mg/dl	Modesta
I, II, III	20:00		Memantau keadaan umum pasien Hasil: Tampak keadaan umum pasien lemah	Modesta
IV	20:20		Pemberian obat <i>Ranitidine</i> 25 mg/ml iv/8 jam, <i>Methylprednisolone</i> 125 mg/iv/8 jam Hasil: Tampak pasien menarik tangannya saat di injeksikan obat	Modesta
I, II, III	20:30		Memantau tanda-tana vital Hasil: TD: 150/100 mmHg N: 88 ^{x/m} S: 37°C P: 23 ^{x/m}	Modesta
I, II	21:40		Mengatur posisi pasien Hasil: Diberikan posisi <i>Head up</i> 30° dan tampak pasien terlihat nyaman dengan posisi tersebut	Ns. Anas
I, II	21:50		Memantau kesadaran pasien Hasil: tampak keadaan umum lemah dan kesadaran somnolen, GCS: 8 (M:4 V:1 E:3)	Ns. Anas
I	00:00		Memberikan obat <i>Citicolin</i> 250 mg 1amp/IV/12 jam Hasil: Tampak tidak ada reaksi apapun dari pasien	Ns. Anas

	IV	05:00	Memberikan obat <i>Ranitidine</i> 25 mg/8 jam <i>Methylprednisolone</i> 125 mg 1 flc/8 jam Hasil: Tampak tidak ada reaksi apapun dari pasien	Ns. Anas
	I, II	06:00	Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 148/90 mmHg N: 84 ^{x/m} S: 36,5°C P: 25 ^{x/m}	Ns. Anas

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	DP	Evaluasi (S O A P)
Rabu, 08 Juni 2022 (Pukul 21.00 WITA)	I	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS:8 2. Tampak pola napas ireguler 3. Tampak respon pupil sebelah kanan melambat 4. Observasi TTV: TD: 150/100 mmHg N: 88^{x/m} S: 37°C P: 23^{x/m} 5. Hasil <i>Ct-scan</i> kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan intrakranial</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan <i>jika perlu</i> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)
	II	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien masih sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT \leq 3 detik 6. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 5 midclavicular sinistra, katup 7. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 8. Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 150/100 mmHgN: 88^{x/m} S: 37^oCP: 23 ^{x/m} <p>A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (<i>dypsnea</i>, peningkatan CRT) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (<i>ronchi</i>, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien (<i>Head up 30^o</i>) atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan)
	III	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ganggguanneuromuskular</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ku pasien lemah 2. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra 3. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat

		<p>4. Rentang gerak terbatas</p> <p>5. Babinski dextra positif</p> <p>6. Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42%</p> <p>7. Aktivitas harian</p> <p style="padding-left: 20px;">Makan : 3</p> <p style="padding-left: 20px;">Mandi : 2</p> <p style="padding-left: 20px;">Pakaian : 2</p> <p style="padding-left: 20px;">Kerapihan : 2</p> <p style="padding-left: 20px;">BAB : 2</p> <p style="padding-left: 20px;">BAK : 3</p> <p style="padding-left: 20px;">Mobilisasi ditempat tidur: 2</p> <p>8. Uji kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">Kanan</td> <td style="padding: 0 5px;">Kiri</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <p style="padding-left: 20px;">Dukungan mobilisasi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i> dan miring kiri-miring kanan) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif Fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak pasif Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi <p><i>Edukasi</i></p>		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2
	Kanan	Kiri									
Tangan	0	2									
Kaki	0	2									

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama 2. Melakukan latihan gerak pasif secara sistematis <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
	IV	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hita 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis 6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ) 7. WBC: 14.56 + [10³/U] <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (ke keluarga pasien) <p>Perawatan Luka</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)
--	--	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	DP	Evaluasi (S O A P)
Kamis, 09 Juni 2022 (Pukul 07.00 WITA)	I	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS:8 2. Tampak pola napas ireguler 3. Tampak respon pupil sebelah kanan melambat 4. Observasi TTV: TD: 148/90 mmHgN: 84^x/m S: 36,5°C P: 25^x/m 5. Hasil <i>Ct-scan</i> kepala: infark luas serebri bilateral, lesi kiri lebih luas <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan intrakranial</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung 3. Monitor ireguleritas irama napas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (<i>Head up 30°</i>) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan <i>jika perlu</i>

		<p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat (Clopidogrel, Citicoline)</p>
	II	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur 2. Tampak pasien masih sesak 3. Tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun 4. Teraba nadi lemah 5. CRT \leq 3 detik 6. Terdengar bunyi mur-mur di S4, fase diastole, ICS 5 midclavicular sinistra, katup aorta 7. Ejection fraction (EF) menurun 42,09% 8. Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 1548/90 mmHgN: 84^x/m S: 36,5^oCP: 25^x/m <p>A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (<i>dypsnea</i>, peningkatan CRT) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (<i>ronchi</i>, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor EKG <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien (<i>Head up 30^o</i>) atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia (Miniaspi, Amlodipine, Candesartan)
	III	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguanneuromuskular</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ku pasien lemah 2. Tampak pasien mengalami hemiparese dextra 3. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat 4. Rentang gerak terbatas

		<p>5. Babinski dextra positif</p> <p>6. Hasil <i>Echocardiografi</i> : LVEF: 42%</p> <p>7. Aktivitas harian</p> <p>Makan : 3</p> <p>Mandi : 2</p> <p>Pakaian : 2</p> <p>Kerapihan : 2</p> <p>BAB : 2</p> <p>BAK : 3</p> <p>Mobilisasi ditempat tidur: 2</p> <p>8. Uji kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <p><i>Observasi</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i> dan miring kiri-miring kanan) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif 2. Fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak pasif 3. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi <p><i>Edukasi</i></p>		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2
	Kanan	Kiri									
Tangan	0	2									
Kaki	0	2									

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama 2. Melakukan latihan gerak pasif secara sistematis <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
	IV	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka diabetes melitus di ibu jari kaki sebelah kiri 2. Tampak luka diabetes melitus berlubang dan berwarna hitam 3. Tampak luka kemerahan dan jaringan sekitar berwarna hitam 4. Tercium cairan bau busuk diluka diabetes pasien 5. Hasil foto thorax: Bronchitis 6. Pasien diberikan insulin (apidra 10μ) 7. WBC: 14.56 + [10³/UI] <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (ke keluarga pasien) <p>Perawatan Luka</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan plester dan balutan secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan

		<ol style="list-style-type: none">3. Bersihkan jaringan nekrotik4. Pasang balutan sesuai jenis luka5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefoperazone, Methylprednizolone, Apidra)
--	--	---

DAFTAR OBAT

A. Ranitidine

1. Nama obat : *Ranitidine*
2. Klasifikasi/ golongan obat : Antasida, antirefluks/*Antagonis H₂*
3. Dosis umum : Dewasa: 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/kg berat badan/jam melalui infus. Lalu, diberikan secara oral dengan dosis 150 mg, minum sebanyak dua kali per hari. Anak: 1 mg/kg berat badan (maksimal 50 mg) melalui intravena. Lakukan setiap 6-8 jam
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp/IV/8 jam
5. Cara pemberian obat : Melalui intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ranitidin bekerja dengan cara menghambat produksi asam lambung yang berlebih, sehingga gejala tersebut dapat meredah.
7. Alasan pemberian obat padapasien yang bersangkutan : Untuk mengurangi asam lambung
8. Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap *ranitidine*
9. Efek samping obat : Paling sering: sakit kepala, konstipasi, diare, mual, muntah, nyeri perut.

B. Candesartan

1. Nama obat : *Candesartan*
2. Klasifikasi/ golongan obat : *Angiotensin receptor blockers (ARB)*
3. Dosis umum: Dewasa : 8 mg, sekali sehari. Dosis dapat disesuaikan dengan respons tubuh pasien. Dosis maksimal 32 mg. Anak usia 1–6 tahun: 0,2 mg/kgBB, 1 kali sehari. Dosis dapat dinaikkan atau diturunkan sesuai respons tubuh pasien, dengan dosis harian berkisar antara 0,05–0,4 mg/kgBB per hari. Dosis maksimal 0,4 mg/kgBB. Anak usia di atas 6 tahun dengan berat badan <50 kg: 4–8 mg, 1 kali sehari. Dosis dapat dinaikkan atau diturunkan sesuai respons tubuh pasien, dengan dosis harian berkisar antara 2–16 mg per hari. Anak usia di atas 6 tahun dengan berat badan ≥50 kg: 8–16 mg, 1 kali sehari. Dosis dapat dinaikkan atau diturunkan sesuai respons tubuh pasien, dengan dosis harian berkisar antara 4–32 mg per hari.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg 1x1/ oral/ tablet
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Bekerja dengan cara menghambat reseptor angiotensin II. Saat angiotensin II dihambat, pembuluh darah akan lemas dan melebar, sehingga jantung akan lebih mudah dalam memompa darah dan tekanan darah pun turun.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk mengatasi hipertensi dan gagal jantung
8. Kontra indikasi : Pasien yang hipersensitif terhadap *candesartan* atau komponen yang terkandung dalam formulasinya. Pasien dengan gangguan hati yang berat dengan atau tanpa ketoasidosis. Wanita hamil dan menyusui.
9. Efek samping obat : Sakit kepala, nyeri punggung, pusing, batuk, bersin, hidung tersumbat, ruam kulit

C. Cefoperazone

1. Nama obat : *Cefoperazone*
2. Klasifikasi/ golongan obat : Antibiotic/*sefalosporin* generasiii
3. Dosis umum : Dewasa: dosis 2-4 gram setiap hari dalam 2 dosis terbagi, tingkatkan dosis menjadi 12 gram setiap hari dalam 2-4 dosis terbagi untuk infeksi berat yang diberikan sebagai infus intravena atau injeksi intramuskular (melalui otot)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 *flacon*/12 jam/IV
5. Cara pemberian obat : Intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Bekerja dengan cara mengganggu pembentukan dinding sel bakteri, sehingga akan membunuh dan menghambat perkembangan bakteri penyebab infeksi. Cefoperazone hanya dapat mengatasi infeksi bakteri dan tidak bisa menangani infeksi virus, seperti flu
7. Alasan pemberian obat padapatient yang bersangkutan : Untuk mengatasi infeksi bakteri
8. Kontra indikasi : Hindari penggunaan pada pasien yang hipersensitif terhadap sefalosporin
9. Efek samping obat : Batuk, diare, sakit kepala atau pusing, sudah memar atau mimisan, menggigil, demam, badan terasa lemah atau lelah, mual, urine berwarna gelap atau buang air besar berdarah, nyeri saat buang air kecil, jantung berdebar, nyeri punggung

D. Methylprednizolone

1. Nama obat : *Methylprednizolone*
2. Klasifikasi/ golongan obat : *Kortikosteroid*
3. Dosis umum: Dewasa: Methylprednisolone sodium succinate 10–500 mg per hari. Dosis <250 mg diberikan dengan suntikan selama minimal 5 menit. Sementara, dosis >250 mg diberikan dengan suntikan perlahan selama minimal 30 menit. Anak-anak: 0,5–1,7 mg/kgBB per hari.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 125 mg/ 8 jam/ IV
5. Cara pemberian obat : Intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Bekerja dengan cara mencegah tubuh melepaskan senyawa kimia yang memicu peradangan. Dengan begitu, gejala peradangan, seperti nyeri dan pembengkakan, akan berangsur mereda
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk meredakan peradangan pada berbagai kondisi, termasuk radang sendi, radang usus, asma, psoriasis, lupus, hingga multiple sclerosis.
8. Kontra indikasi : Alergi terhadap methylprednizolone, infeksi fungal sistemik, administrasi intramuskular pada idiopathic thrombocytopenic purpura, pada kondisi ini methylprednizolone dapat diberikan secara intravena, pemberian dosis immunosupresan bersamaan dengan vaksinasi.
9. Efek samping obat : Susah tidur, nafsu makan menurun, mual, muntah, pusing, sakit kepala, nyeri otot

E. Citicolin

1. Nama obat : *Citicolin*
2. Klasifikasi/ golongan obat : *Neurotonics*
3. Dosis umum : Untuk kehilangan kesadaran akibat trauma kepala atau operasi otak : 100 mg sampai 500 mg, 1 – 2 kali sehari secara drip intravena atau intravena biasa. Gangguan kesadaran pada infark serebri stadium akut : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama dua minggu berturut-turut. Pasca hemiplegia apoplektik : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama 4 minggu berturut-turut, jika tampak perbaikan dilanjutkan selama 4 minggu lagi. Kaplet: 1000-2000 mg per hari dalam dosis terbagi dengan atau tanpa makanan.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 250 mg/ IV/ 12 jam
5. Cara pemberian obat : Intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku
8. Kontra indikasi : Hipersensitif terhadap *citicoline*
9. Efek samping obat : Ruam, mual, muntah, pusing, kejang, insomnia

F. Clopidogrel

1. Nama obat : *Clopidogrel*
2. Klasifikasi/ golongan obat : Obat antiplatelet/*thienopyridine*
3. Dosis umum : dewasa : 75 mg 1 x sehari, secara oral.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 75 mg 1x1/oral/tablet
5. Cara pemberian obat : oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Obat ini bekerja dengan menghalangi platelet saling menempel dan mencegah mereka dari pembentukan gumpalan berbahaya. CPG membantu menjaga darah mengalir lancar dalam tubuh.
7. Alasan pemberian obat padapatient yang bersangkutan: Untuk membantu mencegah serangan jantung dan stroke pada pasien dengan penyakit jantung, stroke, atau penyakit sirkulasi darah (penyakit pembuluh darah perifer)
8. Kontra indikasi : Jangan menggunakan obat ini untuk pasien yang memiliki riwayat alergi obat clopidogrel, untuk pasien yang menderita perdarahan patologis aktif (misalnya tukak peptik atau perdarahan intrakranial), pasien dengan kerusakan hati parah, CPG Tablet (Clopidogrel) sebaiknya tidak digunakan untuk ibu menyusui
9. Efek samping obat: Clopidogrel memiliki efek samping seperti hematoma (gumpalan darah tidak normal yang berada di luar pembuluh darah), mimisan, diare, nyeri lambung, nyeri perut, memar, pendarahan pada daerah luka bekas tusukan, sakit kepala, pusing, gangguan parestesia, gastrointestinal dan hematologi, ruam, pruritus.

G. NACL 0,9%

1. Nama obat : NACL 0,9%
2. Klasifikasi/ golongan obat : Cairan *kristaloid*
3. Dosis umum : ICP refraktori tinggi karena berbagai etiologis (misalnya, pendarahan subarachnoid, trauma, neoplasma), sindrom herniasi transtentorial (penggunaan tanpa label): IV: Hypertonic saline: 23,4% (30-60 mL) diberikan 2-20 menit diberikan melalui pusat akses vena saja
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : Nacl 500 cc
5. Cara pemberian obat : Melalui intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh anda. sodium juga memainkan peran pada bagian impuls saraf dan kontraksi otot. sodium chloride adalah nama kimia untuk garam.
7. Alasan pemberian obat padapatient yang bersangkutan : Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi
8. Kontra indikasi : Kondisi dimana pemberian natrium klorida dapat membahayakan. Gagal Jantung Kongestif.
9. Efek samping obat : Pembengkakan terutama pada kaki, rasa kelelahan, mulut kering, infeksi pada daerah penyuntikan, dada sesak

H. Miniaspi

1. Nama obat: Miniaspi
2. Klasifikasi/golongan obat: Antikoagulan
3. Dosis umum: Pada pengobatan penderita dengan serangan jantung dosis dewasa Miniaspi yang dianjurkan yaitu 2 tablet 80 mg sampai dengan 4 tablet 80 mg yang diberikan 1 kali sehari (dalam tempo 2 x 24 jam pasca stroke) dan 1 tablet 80 mg yang diberikan 1 kali sehari (pada saat rumatan)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 80 mg/tablet/oral
5. Cara pemberian obat: Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Akan bekerja pada tubuh dengan cara menghambat aktivitas enzim siklo-oksigenase melalui proses asetilasi yang bersifat ireversibel (tidak dapat kembali seperti semula).
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mencegah terjadinya pembekuan darah, stroke, serangan jantung, serta serangan penyempitan darah ke otak
8. Kontraindikasi: Riwayat asma, tukak lambung, kehamilan trimestar ketiga, hipersensitif terhadap obat miniaspi
9. Efek samping obat: Mual, muntah, ruam kulit, nyeri pada tukak lambung, perdarahan pada saluran pencernaan, iritasi pada saluran pencernaan, penurunan trombosit

I. Amlodipin

1. Nama obat: Amlodipin
2. Klasifikasi/golongan obat: *Calcium-channel Blocker* (CCB)/ antihipertensi dan antiangina
3. Dosis umum: Pada kondisi hipertensi (Dewasa: 5–10 mg per hari dan Anak-anak 6–17 tahun: 2,5–5 mg per hari), pada kondisi angina pektoris (Dewasa: 5–10 mg per hari)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 5 mg/tablet/oral
5. Cara pemberian obat: Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Dengan cara membantu melemaskan otot pembuluh darah. Dengan begitu, pembuluh darah akan melebar, darah dapat mengalir dengan lebih lancar, dan tekanan darah dapat menurun
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi
8. Kontraindikasi: Penyempitan katup kantung berat (stenosis aorta derajat tinggi), alergi terhadap amlodipine, tekanan darah rendah (hipotensi) berat.
9. Efek samping obat: Pusing, munculnya rasa melayang, kantuk, sakit kepala, bengkak pada kaki, sakit perut atau mual, lelah yang tidak biasa, rasa hangat dan panas di wajah, leher atau dada

J. Apidra

1. Nama obat: Apidra
2. Klasifikasi/golongan obat: *Insulin Long Acting Atau Rapid Acting Insulin*
3. Dosis umum: Total kebutuhan setiap orang terhadap insulin ini dapat berbeda-beda. Biasanya dosisnya berada pada kisaran 0,5 sampai 1 unit/mL per kilogram berat badan per hari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 10 μ
5. Cara pemberian obat: *Syringe pump*
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Bekerja dengan membantu gula darah (glukosa) masuk ke dalam sel-sel sehingga tubuh dapat menggunakannya untuk energi. Apidra dapat digunakan sendiri atau dengan obat oral diabetes lainnya.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengontrol kadar gula darah tinggi pada orang dengan diabetes
8. Kontraindikasi: Hindari pemberian pada pasien dengan kondisi hipersensitif (efek berlebih atau sangat sensitif) terhadap insulin dan sedang mengalami hipoglikemia (kadar gula darah rendah)
9. Efek samping obat: Cemas, sakit kepala, linglung, sesak napas, keringat dingin, penglihatan kabur, gemetar, kehilangan kesadaran.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.M umur 53 tahun dengan diagnosis medis Non Hemoragik Stroke yang dirawat di ICU RS Stella Maris Makassar pada tanggal 05 Juni – 08 Juni 2022. Adapun pengambilan data melalui pendekatan proses keperawatan yaitu melalui pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data pengkajian diperoleh melalui wawancara ke keluarga pasien dan hasil observasi langsung oleh perawat, serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung. Dari pengkajian kasus didapatkan data Ny.M umur 53 tahun. Pasien dipindahkan ke ICU tanggal 05 Juni 2022 dengan keluhan penurunan kesadaran dan *hemiparese dextra*, pengkajian dilakukan pada tanggal 05 Juni 2022 dan pemeriksaan fisik didapatkan hasil TD: 160/110 mmHg, N: 54 x/menit, S: 37°C, P: 28 x/menit, SpO₂: 96%, tampak pasien terpasang NGT, terpasang kateter, IVFD NaCl 0,9% 18 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 6 ltr/menit, kesadaran somnolen, *hemiparese dextra*, *dypsnea*.

Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan darah lengkap didapatkan: WBC: 14.56 10³/uL, HCT: 34.2 %. Hasil CT-Scan: infark luas serebri bilateral lesi kiri lebih luas, hasil *elektrokardiogram* didapatkan hasil *sinus bradycardia*, hasil foto thorax: *bronchitis cardiomegaly* dan dilatasi aorta, *Echokardiography*: LVEF: 42% dan suara jantung mur-mur.

Berdasarkan teori yang penulis dapatkan ada beberapa tanda gejala pada pasien stroke non hemoragik yaitu: lemah/mati rasa

pada bagian wajah, tangan dan kaki terutama salah satu bagian tubuh, gangguan bicara, kehilangan kesadaran, nyeri kepala, penglihatan kabur/difungsi persepsi visual (Ginting, 2020).

Tanda dan gejala utama yang didapatkan pada pasien yaitu: penurunan kesadaran dengan GCS 8 (somnolen), dan kelemahan badan sebelah kanan dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 0 dan ekstremitas kiri 2.

Penurunan kesadaran terjadi karena pasokan darah dan oksigen ke otak yang terkena iskemik terganggu sehingga darah, oksigen dan glukosa menjadi menurun dan menyebabkan penumpukan asam laktat dan CO₂ akibat gangguan pengeluaran pada daerah iskemik yang tidak sampai ke otak (Pambudiasih, 2021). Sedangkan kelemahan badan sebelah kanan atau hemiparese dextra terjadi karena gangguan peredaran darah otak disebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Sebaliknya, gangguan pada otak sebelah kiri akan mengakibatkan kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Hal ini disebabkan karena adanya persilangan traktus kortikospinalis lateralis dari otak kiri menyilang ke bagian kanan medulla spinalis begitupun sebaliknya (Widyastuti & Dwitasari, 2017).

Selain itu pada Ny.M tanda dan gejala lain yaitu hipertensi, DM (terdapat luka diabetikum), sesak serta tedengar suara jantung mur-mur. Hipertensi dan DM dapat menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah arteri, sehingga lumen dari pembuluh darah tersebut menyempit dan proses ini disebut aterosklerosis. Penyempitan pembuluh darah ini akan menyebabkan aliran darah menjadi lambat bahkan tersumbat sehingga aliran darah pada pembuluh darah coroner yang fungsinya memberi oksigen ke jantung menjadi berkurang. Kurangnya oksigen akan menyebabkan otot jantung menjadi lemah, serangan jantung bahkan kematian mendadak (Elizabeth, 2018).

Kesenjangan yang didapatkan pada teori dan kasus, dimana pada kasus didapatkan pemberian O₂ nasal kanul 6 liter/menit, sedangkan teori mengatakan bahwa pemberian nasal kanul dengan aliran 1 - 5 liter/menit dengan konsentrasi 24 – 44 %. Sedangkan sesak disebabkan oleh pembuluh darah di otak mengalami iskemik, kekurangan pasokan darah yang mengandung darah O₂ dan nutrisi, hal tersebut yang menjadi salah satu pencetus terjadinya sesak (Lona, 2017 dalam Elizabeth, 2018). Mur-mur disebabkan oleh pembukaan katub yang tidak sempurna atau memaksa darah melewati bukaan sempit (*stetonic*) atau oleh regurgitasi yang disebabkan oleh penutupan katub yang tidak sempurna dan mengakibatkan aliran balik darah dengan kecepatan tinggi atau penyebab lainnya adalah kebocoran septum yang memisahkan jantung bagian kiri dan kanan sehingga darah mengalir dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan sehingga menyimpangkan sirkulasi sistemik (Antonisia & Wiryadinata, 2008).

Pada Ny.M didapatkan hasil pemeriksaan penunjang CT-Scan: infark luas serebri bilateral lesi kiri lebih luas, hasil *elektrokardiogram* didapatkan hasil *sinus bradycardia*, hasil foto thorax: *bronchitis cardiomegaly* dan dilatasi aorta, *Echokardiography*: LVEF: 42%.

Infark terjadi karena beberapa faktor seperti hipertensi, DM dan penyakit jantung, dimana penyakit tersebut menyebabkan aliran darah dan kadar gula yang meningkat sehingga aliran darah menjadi lambat yang memudahkan terbentuknya gumpalan atau penumpukan plak di pembuluh darah mudah rapuh dan pecah yang menyebabkan plak atau thrombus yang lepas (emboli) masuk ke aliran darah hingga ke arteri kecil di otak dan menyebabkan suplai darah dan O₂ ke otak terganggu yang menyebabkan iskemik dan terjadi infark (Rahmawati et al., 2019)

Penyebab terjadinya *bradycardia* adalah karena adanya gangguan pada jantung, dimana katub mitral tidak dapat terbuka dengan baik sehingga darah tertahan di ventrikel kiri yang menyebabkan hipertropi yang dapat menyebabkan terjadinya perubahan kontraktilitas miokardium dan volume sekuncup berkurang yang ditandai dengan bradikardia (Safridawat, 2020).

Cardiomegaly diakibatkan oleh mekanisme yaitu semakin besar isi jantung sewaktu diastole, semakin besar jumlah darah yang dialirkan ke aorta dalam batas-batas fisiologis, jantung memompakan ke seluruh tubuh darah yang kembali ke jantung tanpa menyebabkan penumpukan vena jantung dapat memompakan jumlah darah yang mengalir kembali ke vena, pada kegagalan jantung diastole mengalami peningkatan karena ketidakmampuan pengosongan ventrikel. Keadaan tersebut akan direspon dengan adanya penambahan jumlah sarkomer (unit dasar dari otot) pada miokardium. Keadaan *cardiomegaly* akan berefek pada penurunan kualitas kontraksi dan ventrikel dalam memompakan darah ke seluruh tubuh (Shin et al., 2016). Sedangkan *bronchitis* terjadi karena peradangan pada bronkus, mengakibatkan terjadinya penyempitan pada saluran napas yang penuh dengan lendir ataupun saliva yang menumpuk sebagai bentuk respons dari imunitas tubuh saat menangkap zat infeksi maupun non-infeksi yang menyebabkan bronkitis (Lona, 2017 dalam Elizabeth, 2018).

Fraction ejection dinilai dengan menggunakan parameter *echocardiography* dengan nilai normal 55%-70% dan < 40% dianggap sudah disfungsi ventrikel kiri. *Fraction ejection* ini mewakili isi sekuncup sebagai presentasi dari volume air diastolik ventrikel kiri (Sari & Habib, 2021). *Ejection fraction* terjadi ketika jantung tidak mampu memompa darah dalam jumlah cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic tubuh sehingga menyebabkan

kontraktilitas jantung (disfungsi sistolik) maupun pengisian jantung (diastolic) sehingga curah jantung menurun dan juga adanya kelainan otot jantung akibat menurunnya kontraktilitas jantung, aterosklerosis koroner yang akan mengakibatkan disfungsi miokardium, hipertensi sistemik atau pulmonal (perubahan afterload) yang akan memicu terjadinya hipertrofi serabut otot jantung akibat beban kerja jantung bertambah/berlebih serta faktor sistemik yang berperan terhadap perkembangan dan beratnya gagal jantung sehingga terjadi kontraktilitas jantung menurun (Padila, 2013).

DM (luka diabetikum) pada pasien tampak nekrotik atau jaringan mati dan berlubang serta terjadinya peningkatan WBC: $14,56 + [10^3/UL]$, nekrotik pada luka pasien disebabkan karena adanya emboli pembuluh darah besar arteri pada bagian tubuh sehingga suplai darah terhenti dan dapat terjadi sebagai akibat dari proses inflamasi yang memanjang, proses degeneratif dan gangguan metabolik (Maryunani, 2013)

Peningkatan WBC terjadi karena pada penderita diabetes melitus memiliki kandungan glukosa yang tinggi dalam urin yang merupakan media yang sangat baik sebagai tempat pertumbuhan bakteri khususnya proses pembelahan bakteri, karena glukosa mengandung banyak unsur karbon dan nitrogen, sehingga bakteri pada urin normal. Bakteri pada urin penderita diabetes melitus akan menimbulkan infeksi atau radang pada ginjal dan saluran kemih yang kemudian merangsang respon tubuh untuk pembentukan leukosit sehingga terjadi peningkatan jumlah leukosit pada urin penderita diabetes melitus (Fischbach, 2009)

2. Diagnosis Keperawatan

Dari hasil pengkajian maka ditentukan 4 diagnosis keperawatan, dimana diagnosis ini memenuhi tanda mayor 80%, yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral dibuktikan dengan faktor risiko embolisme.

Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu hipertensi atau tekanan darah 160/100 mmHg. Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk RS, pasien mengeluh sakit kepala berat, hasil CT-scan kepala: infark luas cerebri bilateral, lesi kiri lebih luas. Hal ini mendukung diagnosa keperawatan yang diangkat karena embolisme yang terjadi di pembuluh darah otak menyebabkan penurunan sirkulasi darah ke otak, akibatnya ada bagian sel-sel otak yang mengalami infark karena tidak mendapat sama sekali suplai oksigen (Hartono et al.2019). Sedangkan sel-sel otak yang iskemik (penumbra/daerah sekitar iskemik) suplai oksigennya berkurang, sehingga tujuan diagnosa ini diangkat untuk menyelamatkan sel-sel otak yang masih iskemik (area penumbra).

Pada kasus Ny.M hasil CT-scan tidak ditemukan adanya edema cerebri. Hal ini membuat penulis tidak mengangkat diagnosis penurunan kapasitas adaptif intracranial, penulis lebih memilih diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif karena area penumbra yang berisiko menjadi infark jika tidak segera ditangani akan menimbulkan infark di area penumbra.

- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu tampak pasien sesak, tampak warna kulit pucat dan turgor kulit menurun, nadi teraba lemah, CRT memanjang 4 detik, terdengar bunyi mur-mur S4, ejection fraction menurun: 42,09%, TD:155/100 mmHg, hasil foto thorax cardiomegaly dan dilatasi aorta. Data yang diperoleh dari keluarga yaitu pasien memiliki riwayat hipertensi kurang lebih 4 tahun yang lalu,

keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengkonsumsi obat *Amlodipine* tapi terputus sejak 6 bulan yang lalu dan jarang memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan.

Hal yang mendukung diagnosa keperawatan yang diangkat karena LVEF pada pasien sudah menurun yaitu 42%. Hal ini sejalan dengan teori bahwa terjadinya gagal jantung dapat disebabkan salah satunya riwayat penyakit jantung yang mengakibatkan daya pompa jantung melemah sehingga darah tidak beredar sempurna ke seluruh tubuh (Akhmad et al., 2021).

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.

Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu pasien tidak dapat menggerakkan sisi tubuh bagian kanan, kekuatan otot ekstremitas kanan menurun dengan skor 0 dan ekstremitas kiri skor 2. Hal ini mendukung diagnosa keperawatan yang diangkat karena terjadinya infark di otak terutama di area motorik di korteks serebral yang merupakan pusat pengaturan motorik. Apabila terjadi gangguan aliran darah otak akibat sumbatan (tromboemboli) yang mengakibatkan area ini kekurangan suplai oksigen (iskemik) atau bahkan tidak mendapat sama sekali suplai oksigen hingga mengalami kematian jaringan (infark), sehingga dapat merusak jalur motoric ini. Rusaknya jalur motoric ini menyebabkan pasien stroke mengalami disfungsi motoric hemiplegia (paralisis pada satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada salah satu sisi tubuh). Disfungsi motorik ini menyebabkan pasien stroke mengalami kemunduran fungsi mobilitas, keterbatasan kemampuan melakukan motoric halus dan kasar (S. H. Sari et al., 2015). Hal ini sejalan dengan hasil CT-Scan pada Ny.M yang menunjukkan adanya infark luas cerebri bilateral, lesi kiri lebih luas.

- d. Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)

Tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien adalah tampak adanya luka diabetes di ekstremitas kiri bagian bawah pasien yang mengalami tanda-tanda infeksi seperti kemerahan dan cairan berbau busuk serta jaringan sekitar nekrotik, hasil foto thorax: bronchitis. Hal ini yang mendukung penulis mengangkat diagnosis keperawatan yang diangkat

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Intervensi utama yang diberikan pada diagnosis pertama yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif adalah pemantauan tekanan intrakranial yang meliputi tindakan observasi: monitor peningkatan tekanan darah, monitor penurunan frekuensi jantung, monitor ireguleritas irama napas, monitor penurunan tingkat kesadaran, monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil. Tindakan terupetik: pertahankan posisi kepala 30° dengan tujuan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak. Sejalan dengan *evidence based nursing* elevasi kepala 30° oleh Pertami et al,(2019) yang bertujuan untuk mempengaruhi *venous return* menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai dengan fungsinya.

Penulis juga menambahkan intervensi tentang pemberian obat untuk mengatasi glukosa darah pasien, dimana diabetes mellitus terjadi akibat kadar gula darah meningkat sehingga menghambat aliran darah dan darah tertahan dan menumpuk di pembuluh darah yang menyebabkan peningkatan tekanan darah dan membentuk plak di pembuluh darah (Rahmawati et

al., 2019). Hal ini sejalan dengan hasil pemeriksaan glukosa darah pasien adalah 256 mg/dl

Salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu pemberian posisi *head up 30°*. *Head up 30°* tujuannya untuk mempengaruhi *venous return* menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai fungsinya (Muti, 2020 dalam Rahmawati, et al., 2019).

- b. Intervensi yang disusun penulis pada diagnosa penurunan curah jantung adalah perawatan jantung yang meliputi: observasi: identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (*dypsnea*, peningkatan CRT), identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (ronchi, kuli pucat), monitor TD, monitor saturasi oksigen. Teraupetik: memberikan posisi *head up 30°*, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen lebih dari 94%. Kolaborasi: pemberian obat antiaritmia (Miniaspi 80 mg dan Amlodipine 5 mg)

Salah satu kolaborasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa penurunan curah jantung adalah pemberian obat antiaritmia (Miniaspi) untuk meningkatkan status kesehatan Ny.M. Miniaspi adalah obat anti koagulan bekerja pada tubuh dengan cara menghambat aktivitas enzim siklo-oksigenase melalui proses asetilasi yang bersifat ireversibel (tidak dapat kembali seperti semula).

- c. Intervensi keperawatan utama untuk masalah gangguan mobilitas fisik yang diberikan yaitu dukungan mobilisasi dan teknik latihan penguatan sendi. Intervensi dukungan mobilisasi meliputi, observasi: monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum

selama melakukan mobilisasi. Teraupetik: fasilitasi melakukan pergerakan (ROM), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, serta teknik latihan penguatan sendi, teraupetik: berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas ketahanan dan mobilitas sendi, edukasi: ajarkan latihan gerak pasif secara sistematis. Intervensi ini bertujuan mencegah kontraktur pada sendi.

Sejalan dengan evidence yang dilakukan yaitu ROM pasif, dimana Latihan ROM pasif merupakan gerakan dimana energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain atau alat mekanik. ROM pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot individu lain secara pasif, misalnya perawat membantu mengangkat dan menggerakkan kaki pasien. Kelemahan motoric akibat penyakit stroke tersebut menyebabkan pasien mengalami selfcare deficit atau ketergantungan kepada orang lain dan membutuhkan bantuan perawatan secara berkesinambungan. Pada umumnya penderita stroke akan menjadi bergantung pada bantuan orang lain dalam menjalankan aktifitas kehidupannya sehari-hari seperti makan, minum, mandi berpakaian dan sebagainya.

Maka dari itu, ROM perlu dilakukan secara dini pada pasien dengan non hemoragik stroke fase akut agar pasien terhindar dari depresi, meningkatkan kualitas hidup (Ngatini et al., 2016). Adapun alasan lain latihan ROM dilakukan secara dini agar tidak muncul komplikasi stroke seperti kontraktur, untuk memperbaiki pernapasan, sirkulasi dari peredaran darah serta dapat berperan maksimal dalam perawatan diri (Murtaqib, 2013).

- d. Intervensi yang diangkat pada diagnosa terakhir yaitu pencegahan infeksi dan perawatan luka

4. Implementasi Keperawatan

- a. Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari, pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif, adapun evaluasi yang ditemukan pada pasien setelah pelaksanaan implementasi selama 3 hari yaitu masalah teratasi sebagian, dimana tekanan darah pasien mulai stabil, akan tetapi tingkat kesadaran pasien masih menurun.
- b. Penulis melakukan implementasi 3 hari berturut-turut pada diagnosa kedua yaitu penurunan curah jantung, dengan bantuan dari perawat ruangan dan sesama mahasiswa dari hari pertama sampai hari ketiga, penulis melakukan semua tindakan sesuai didapatkan penulis yaitu penurunan curah jantung teratasi sebagian yang dibuktikan dengan $CRT \leq 3$ detik, tekanan darah mulai membaik.
- c. Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari pada diagnosa gangguan mobilitas fisik. Evaluasi yang ditemukan pada pasien setelah pelaksanaan implementasi selama 3 hari yaitu, masalah belum teratasi dimana pasien masih dibantu oleh perawat dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari, dimana pergerakan ekstremitas, kekuatan otot sebelah kanan masih 0, kekuatan otot sebelah kiri 2, dan rentang gerak (ROM) belum ada dan fisik masih lemah dan kendala yang didapatkan selama melakukan intervensi ROM yaitu, saat melakukan ROM pasien sangat lemah.
- d. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari berturut-turut pada diagnosa risiko infeksi. Evaluasi yang ditemukan pada pasien setelah pelaksanaan implementasi selama 3 hari yaitu, masalah belum teratasi, dimana luka diabetes pasien masih mengalami tanda-tanda infeksi dan hasil foto thorax: bronchitis.

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan EBN yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko embolisme di mana keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat hipertensi, Keluarga pasien mengatakan, sebelum masuk RS pasien mengeluh sakit kepala berat, tekanan darah 160/100 mmHg, kesadaran menurun, EKG: bradycardia, pola napas ireguler, reflex neurologis terganggu, respon pupil sebelah kanan melambat.
- b. Gangguan mobilitas fisik dimana pasien tampak mengalami hemiparese dextra, rentang gerak terbatas, uji kekuatan otot ekstremitas sebelah kanan 0 dan ekstremitas sebelah kiri 2 serta semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat.

2. Luaran keperawatan

Luaran yang diharapkan setelah diberikan intervensi keperawatan yaitu:

- a. Pemberian posisi Elevasi Kepala 30° untuk mencegah terjadinya defisit perfusi serebral dan untuk mempengaruhi *venous return* menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan otak
- b. Pemberian ROM Pasif untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot, tonus otot dan kekuatan otot.

3. Implementasi keperawatan

- a. Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN yaitu pemantauan tekanan intrakranial pada tindakan observasi dan terapeutik. Pada tindakan observasi penulis memonitor peningkatan tekanan darah, monitor penurunan frekuensi jantung, monitor

- ireguleritas irama napas, monitor penurunan tingkat kesadaran, monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil dan pada tindakan terapeutik, penulis memberikan posisi kepala *head up 30°*.
- b. Kemudian intervensi prioritas pada gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi dan teknik latihan penguatan sendi di mana perawat melakukan intervensi yang didasarkan pada pengetahuan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik adalah Latihan *Range Of Motion* (ROM) Pasif.
4. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
- a. Pengertian tindakan
 - 1) Elevasi kepala (*head up 30°*) adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan mensejajarkan ekstremitas dengan badan (Wahidin, Ngabdi Supraptini, 2020)
 - 2) Latihan *Range Of Motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Agusrianto, 2020).
 - b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus asuhan keperawatan
 - 1) Posisi *head up 30°* dalam tindakan keperawatan bertujuan untuk mencegah terjadinya defisit perfusi serebral dan masalah yang mengancam jiwa dan untuk mempengaruhi *venous return* menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai fungsinya (Kiswanto & Chayati, 2021)

- 2) Latihan ROM biasanya dilakukan pada pasien semi koma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total. Latihan ini bertujuan mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk. Penerapan latihan ROM pasif dilakukan dua kali sehari pagi dan sore hari dengan waktu pemberian 15-20 menit untuk meningkatkan kekuatan otot (Agusrianto, 2020).

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

1. *Head Up*30°

	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III
Judul	Efektivitas penerapan elevasi kepala (<i>head up</i> 30°) terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke	Pengaruh elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke	Kombinasi posisi kepala 30° dan <i>pasive range of motion</i> terhadap skor NIHSS pada pasien stroke
P (<i>Problem/Population</i>) Masalah penelitian	Stroke adalah penyakit serebral yang menyerang otak dikarenakan kurangnya oksigen yang diangkut darah ke otak, yang disebabkan adanya sumbatan di pembuluh darah ke otak, ditandai dengan hipoksia, gangguan kualitas tidur dan penyebab kecacatan secara global (Riberholt et al., 2020). Stroke ini memakan korban 15 juta lebih per tahunnya, yang terdiri dari kecacatan permanen dan kematian. Stroke merupakan penyakit nomor tiga yang menyebabkan kematian dan kecacatan terbanyak di dunia. Cedera serebrovaskuler yaitu gangguan saraf otak akibat	Penyumbatan pembuluh darah merupakan penyebab terjadinya stroke, jika terjadi stroke maka aliran darah ke serebral menjadi tidak adekuat. Hal ini dapat mengakibatkan ketidakseimbangan suplai oksigen di otak, dan metabolisme dalam otak akan mengalami gangguan. Jika masalah ini tidak segera ditangani maka otak yang tidak dialiri darah yang mengangkut oksigen maka dapat mengakibatkan hipoksia jaringan, dan metabolisme dalam otak juga terganggu yang dapat menimbulkan perubahan pada fungsi otak yang terkena. Pada keadaan kritis pasien dengan stroke non hemoragik membutuhkan penatalaksanaan baik farmakologis maupun non	Masalah utama pada stroke iskemik yaitu gangguan CBF. Proses ini berlanjut dan dapat menyebabkan terjadinya edema cerebri. Guna mengurangi dampak iskemik, maka tindakan memperbaiki CBF dan metabolisme merupakan tindakan yang sangat penting dan segera dilakukan. Populasi: Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 14 responden yang dibagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

	<p>tersumbatnya suplai darah menuju otak, sehingga fungsi saraf otak berhenti secara langsung dalam waktu cepat.</p> <p>Populasi: Hasil telaah artikel didapat berdasarkan desain, instrumen dan populasi penelitian yang berbeda-beda dalam mengetahui peningkatan perfusi jaringan pada pasien stroke menggunakan elevasi kepala.</p>	<p>farmakologis dengan tujuan memperbaiki perfusi oksigen ke otak. Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu terapi nonfarmakologi berupa tindakan elevasi kepala, posisi kepala yang paling umum yaitu menaikkan kepala dari tempat tidur sekitar 30°, intervensi ini dilakukan pada pasien pasca serangan stroke.</p> <p>Populasi: populasi penelitian ini adalah pasien stroke. yang rawat inap di ruang interna 1 di RSUD Dr. R. Soedarsono Pasuruan, pemilihan yang dilakukan terhadap sampel, berdasarkan kriteria pasien yang bersedia ikut serta dalam penelitian menjadi responden dengan GCS 12-15.</p>	
I (<i>Intervention</i>)	<p>Intervensi dalam penelitian ini yaitu pemberian elevasi kepala 30° pada pasien stroke non hemoragik</p>	<p>Dalam penelitian ini peneliti mengobservasi saturasi oksigen dan kualitas tidur pada pasien stroke sebelum dilakukan elevasi kepala 30°, kemudian diobservasi saturasi oksigen dan kualitas tidurnya setelah dilakukan elevasi kepala 30°. Dimana saat sebelum dilakukan intervensi (<i>pretest</i>) terlebih dahulu dilakukan</p>	<p>Penelitian ini membandingkan skor NIHSS sebelum dan sesudah perlakuan diberikan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu NIHSS yang terdiri dari 11 komponen penilaian. NIHSS tidak saja menilai derajat defisit neurologis pada pasien stroke,</p>

		pengukuran saturasi oksigen dan kualitas tidur terhadap subjek. Setelah dilakukan intervensi (selama 3 hari, selanjutnya dilakukan pengukuran kembali saturasi oksigen dan kualitas tidur terhadap subjek <i>posttest</i>).	melainkan juga memudahkan komunikasi antara tenaga medis dengan pasien, mengenali kemungkinan adanya sumbatan pembuluh darah, menentukan prognosis awal dan komplikasi serta menetapkan tindakan yang diperlukan.
C (<i>Comparasion</i>)	Hasil dari 9 artikel yang dilakukan review pada penelitian ini menyatakan bahwa posisi elevasi kepala 0° dan 15° bisa digunakan dalam perbaikan SPO ₂ dalam tubuh tetapi posisi elevasi kepala 30° lebih baik.	Peneliti tidak menggunakan pembandingan apapun.	Peneliti tidak menggunakan pembandingan dalam penelitian ini.
O (<i>Outcome</i>)	Stroke disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah otak yang berdampak pada pecahnya pembuluh darah serebral, sehingga menyebabkan nilai saturasi menurun dan perfusi jaringan otak tidak efektif. Nilai saturasi oksigen dan perfusi jaringan otak dapat diperbaiki menggunakan posisi kepala	Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pemberian elevasi kepala 30° pada pasien stroke berpengaruh terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pada pasien tersebut. Dimana tindakan ini dapat mempertahankan kestabilan fungsi dari kerja organ agar tetap lancar khususnya sistem pernafasan dan sistem regulasi dini yang bisa bekerja	Hasil penelitian ini dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang signifikan skor NIHSS sebelum dan setelah diberikan kombinasi posisi kepala 30° dan PROM pada pasien stroke dengan nilai P value 0,002 ($\alpha < 0,05$).

	<p>yang menghasilkan perbedaan di setiap posisi, tetapi tidak begitu bermakna. Meski tidak bermakna tetapi tetap terjadi perbaikan kadar saturasi oksigen dan perfusi jaringan. Posisi kepala sangat direkomendasikan dalam tindakan keperawatan dan untuk elevasi kepala 30° lebih dianjurkan walaupun tidak ada perbedaan yg terlalu tinggi dengan posisi lainnya.</p>	<p>secara optimal serta memberikan kenyamanan bagi pasien stroke.</p>	
T (<i>Time</i>)	<p>Penelitian ini dilakukan pada tahun 2021 (Kiswanto & Chayati, 2021).</p>	<p>Penelitian ini berlokasi di RSUD Dr. Soedarsono Pasuruan. Penelitian di laksanakan pada bulan periode Januari-Juni 2019. (Pertami et al., 2019).</p>	<p>Posisi kepala 30° dan PROM dilakukan 3 kali dalam sehari selama 4 hari (A. H. Kusuma & Anggraeni, 2021)</p>

2. Range Of Motion (ROM)

	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III	Jurnal IV
Judul	Penerapan Prosedur Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Sediti Mungkin Pada Pasien Non Hemoragik Stroke <i>Literatur Review</i>	Penerapan latihan ROM pasif terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas pada pasien dengan kasus stroke	Pengaruh penerapan ROM pada ekstremitas terhadap kekuatan otot pada pasien NHS di RS. Panti nirmala	Pengaruh ROM terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien NHS
P (Problem/Population)	Pada jurnal ini peneliti tidak melibatkan responden, namun menggunakan 5 artikel pendukung dengan intervensi terkait ROM dengan peningkatan kekuatan otot pada pasien NHS	Latihan range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus. Populasi dalam penelitian ini melibatkan satu orang pasien yang mengalami NHS dengan kelumpuhan ekstremitas yang di rawat	Dalam penelitian ini peneliti ingin menganalisis pengaruh penerapan ROM pada ekstremitas terhadap kekuatan otot pasien NHS di RS. Panti Nirmala. Populasi dalam penelitian ini sejumlah 42 orang.	Dalam penelitian ini peneliti ingin menganalisis pengaruh ROM terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien NHS di RSUP H. Adam Malik Medan. Populasi dalam penelitian ini sejumlah 90 orang.

		di ruang neuro stroke center RSUD Poso.		
I (ntervention)	Pada penelitian ini peneliti tidak menggunakan intervensi namun hanya menganalisa 5 artikel sesuai dengan kriteria	Pada penelitian ini, peneliti menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu analisis penerapan latihan ROM pasif pada asuhan keperawatan kasus NHS yang mengalami kelumpuhan ekstremitas. Penelitian ini dilakukan dua kali sehari (pagi dan sore) dengan waktu pemberian 15-20 menit untuk meningkatkan kekuatan otot.	Pada penelitian ini, peneliti memberikan intervensi dengan desain penelitian yang digunakan adalah <i>pre experimental</i> dengan pendekatan <i>one grup</i> pre dan post test, penelitian ini dilakukan untuk menilai apakah ada pengaruh penerapan ROM pada ekstremitas terhadap kekuatan otot pasien stroke di RS Panti Nirmala	Pada penelitian ini, peneliti memberikan intervensi dengan desain penelitian yang digunakan adalah <i>pre experimental</i> dengan pendekatan <i>one grup</i> pre dan post test, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kekuatan otot sebelum intervensi (pre-test)
C (Comparison)	Penelitian ini tidak menggunakan tindakan pembandingan namun hanya membandingkan intervensi dari 5 jurnal yang dianalisa	Pada penelitian ini, peneliti tidak menggunakan pembandingan apapun	Penelitian ini tidak menggunakan tindakan pembandingan karena peneliti hanya menggunakan desain penelitian <i>pre-experimental</i> dengan pendekatan <i>one grup</i> pre dan post test	Pembandingan pada penelitian ini, hanya terdapat satu kelompok yaitu kelompok perlakuan sekaligus menjadi kelompok kontrol.
O (Outcome)	Berdasarkan hasil analisa dapat disimpulkan bahwa ROM harus dilakukan	Penerapan latihan ROM pasif didapatkan ada peningkatan kekuatan otot	Penerapan latihan ROM pasif dapat dilakukan pada pasien NHS, hal ini	Hasil penelitian tersebut menunjukkan ada perbedaan

	sedini mungkin dan secara terus-menerus minimal pelaksanaan 4 minggu. Latihan ROM harus dilakukan sedini mungkin untuk mencegah terjadinya komplikasi stroke (kontraktur), melancarkan sirkulasi peredaran darah, dan meningkatkan kualitas hidup.	yang dicapai yaitu pada ekstremitas kanan atas/bawah dari semula skala 2 naik menjadi skala 3 yang artinya dapat mengangkat tangan dan kaki tetapi tidak dapat melawan gaya gravitasi dan pada ekstremitas kiri atas dan bawah dari semula skala 0 menjadi skala 1 yang artinya hanya dapat menggerakkan jari-jari tangan dan kaki	menunjukkan adanya peningkatan skala kekuatan otot dari sebelum dan sesudah dilakukan penerapan ROM pada ekstremitas terhadap kekuatan otot pada pasien NHS di RS Panti Nirmala.	kekuatan otot ekstremitas pada tangan dan kaki sebelum dan sesudah dilakukan Range Of Motion (ROM) pasif pada responden. Hal ini membuktikan bahwa Range Of Motion (ROM) pasif berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas pada tangan dan kaki.
T (<i>Time</i>)	Penelitian ini dilakukan pada tanggal 10 Oktober 2020(A. S. Kusuma & Oktavia, 2020)	Penelitian ini dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018 hingga 30 Juni 2018 (Agusrianto, 2020)	Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2019 (Cicilia Mardiyanti, Luluk Nur Aini, 2019)	Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2018 (Anggriani et al., 2018)

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada kasus Ny.M dengan Non Hemoragik Stroke, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dari hasil yang didapatkan dari Ny.M faktor terjadinya NHS yaitu memiliki riwayat hipertensi 4 tahun lalu, DM dan penyakit jantung. Ditemukan infark serebri bilateral, lesi kiri lebih luas, didapatkan pula data pasien mengalami penurunan kesadaran GCS 8 dan hemiparese dextra dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 0 dan ekstremitas kiri 2.

2. Diagnosis keperawatan yang diangkat penulis adalah:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko embolisme
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
- d. Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (mis, diabetes melitus)

3. Intervensi keperawatan

Dalam intervensi keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi: observasi, teraupetik, edukasi, kolaborasi. Intervensi untuk masalah risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu: pemantauan tekanan intrakranial dan intervensi pendukung pemberian obat. Intervensi untuk penurunan curah jantung yaitu: perawatan jantung. Sedangkan intervensi untuk gangguan mobilitas fisik yaitu: dukungan mobilisasi dan intervensi pendukung

teknik latihan penguatan sendi. Intervensi untuk risiko infeksi adalah pencegahan infeksi dan perawatan luka.

Implementasi yang dilaksanakan pada Ny.M sesuai dengan intervensi yang ditetapkan dan menggunakan *evidence based nursing* (EBN) yaitu *head up 30°* dan *range of motion* (ROM) pasif.

4. Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari dari tiga diagnosa yaitu diagnosa pertama risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian, penurunan curah jantung teratasi sebagian, gangguan mobiltas fisik tidak teratasi dan risiko infeksi tidak teratasi.

B. Saran

1. Bagi Instasi Rumah Sakit

Diharapkan pihak rumah sakit khususnya ruang ICU, pentingnya monitor secara ketat penanganan pasien NHS selama fase akut dalam peningkatan perfusi oksigen ke otak dengan menerapkan *evidence based nursing head up 30°* dan *range of motion* (ROM) dilakukan secara dini agar dapat meningkatkan kekuatan otot karena dapat menstimulasi motor unit yang terlibat maka akan terjadi peningkatan kekuatan otot.

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 Hemoragik Stroke.

3. Bagi Instusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan menambah jumlah literatur, buku keperawatan yang berkaitan dengan Non Hemoragik Stroke sehingga mempermudah penulis untuk mencari literatur.

DAFTAR PUSTAKA

- Agusrianto, N. R. (2020). Penerapan latihan range of motion (rom) pasif terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas pada pasien dengan kasus stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 2(2), 61–66.
- Akhmad, A. N., Primanda, Y., & Istanti, Y. P. (2021). Kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif (gjk) berdasarkan karakteristik demografi. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 11(1), 27.
- Anggriani, Zulkarnain, Sulaiman, & Gunawan, R. (2018). Pengaruh rom (range of motion) terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke non hemoragic. *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 3(2), 64. <https://doi.org/10.34008/jurhesti.v3i2.46>
- Antonisfia, Y., & Wiryadinata, R. (2008). Ekstraksi ciri pada isyarat suara jantung menggunakan power spectral density berbasis metode welch. *Media Informatika*, 6(1), 71–84. <https://doi.org/10.20885/informatika.vol6.iss1.art5>
- Asri Kusyuni, B. A. K. (2022). Asuhan keperawatan stroke untuk mahasiswa dan perawat profesional(Guepedia (ed.); Cetakan). Guepedia.
- Cicilia Mardiyanti, Luluk Nur Aini, Z. A. (2019). Pengaruh penerapan rom pada ekstremitas terhadap kekuatan otot pasien stroke non hemoragik di RS Panti Nirmala. *Jurnal Kendedes Malang*, July, 1–23.
- Elizabeth, W. (2018). Tinjauan pustakan non hemoragik stroke. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101607>
- Fischbach dan Dunning. (2009). A manual of laboratory and diagnostic test. Edisi 8, Lippincott wiliam and Walkins, Philadelphia.
- Ginting, M. W. (2020). Hubungan faktor risiko dengan tipe stroke di RSUP H. Adam Malik Medan. *Jurnal Pembangunan Wilayah & Kota*, 1(3), 82–91.
- Hartono, E., Puspitasari, M., & Adam, O. (2019). Gambaran tekanan darah

pada pasien stroke hemoragik dengan diabetes melitus dan non diabetes melitus di Bagian Saraf Rumkital Dr.Ramelan Surabaya. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699

Kemendes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendagri Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.

Kesuma, N. M. T. S., Krismashogi Dharmawan, D., & Fatmawati, H. (2019). Gambaran faktor risiko dan tingkat risiko stroke iskemik berdasarkan stroke risk scorecard di RSUD Klungkung. *Intisari Sains Medis*, 10(3), 720–729. <https://doi.org/10.15562/ism.v10i3.397>

Khotimah, N., Handayani, R. N., & Susanto, A. (2021). Asuhan keperawatan hambatan mobilitas fisik pada Ny. S dengan stroke non hemoragik di ruang anggrek RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1462–1467.

Kiswanto, L., & Chayati, N. (2021). Efektivitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke. *Journal of Telenursing*, 3(2), 519–525.

Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2021). Kombinasi posisi kepala 30° dan *pasive range of motion* terhadap skor nihss pada pasien stroke. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada*, 12(01), 30–37. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v12i1.251>

Kusuma, A. S., & Oktavia, S. (2020). Penerapan prosedur latihan range of motion (rom) pasif sedini mungkin pada pasien non hemoragik stroke (nhs). *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 5(10), 1015–1021.

Maryunani, Anik. (2013). Perawatan luka (*modern woundcare*) terlengkap dan terkini. Jakarta: In media

Murtaqib. (2013). Pengaruh latihan range of motion (rom) aktif terhadap perubahan rentang gerak sendi pada penderita stroke di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. *Jurnal IKESMA*, Volume 9 2, 106–115.

Ngatini, Wardaningsih, S., & Afandi, M. (2016). Pengaruh latihan pasrah diri

dan latihan range of motion melalui discharge planning terhadap perubahan activity daily living pada pasien stroke iskemik. *Indonesian Journal of Nursing Practices*, 1(1), 48–54. <https://doi.org/10.18196/ijnp.1150>

Nusatirin. (2018). Asuhan keperawatan Tn. H dengan non hemoragik stroke Di Ruang Bougenvil Rumah Sakit Tk. II Dr. Soedjono Magelang. In *Karya Tulis Ilmiah* [Politeknik Kesehatan Yogyakarta], [https://file:///D:/JURNAL NHS/KTI NUSATIRIN\(4\).pdf](https://file:///D:/JURNAL NHS/KTI NUSATIRIN(4).pdf)

Pambudiasih, I. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien dewasa penderita non hemoragik stroke dengan masalah keperawatan defisit nutrisi. 6. [Universitas Muhammadiyah Ponorogo][http://eprints.umpo.ac.id/6741/20/HALAMAN DEPAN .pdf](http://eprints.umpo.ac.id/6741/20/HALAMAN%20DEPAN.pdf)

Padila. 2013. Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam. Yogyakarta: Nuha Medika

Pertami, B. S., Munawaroh, S., & Rosmala, N. W. D. (2019). Pengaruh elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 11(2), 133–144. <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i2.133>

Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 922–926. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435>

PPNI. (2019). Standar diagnosis keperawatan indonesia: Definisi dan indikator diagnostik, (1st ed). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2019). Standar intervensi keperawatan indonesia: Definisi dan rencana tindakan keperawatan, (1st ed). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2019). Standar luaran keperawatan indonesia: Definisi dan tujuan keperawatan, (1st ed). Jakarta: DPP PPNI

Rahmawati, FitriaSuarniati, & Helmiati. (2019). Penerapan range of motion (rom) terhadap kekuatan otot pasien stroke dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas. *Jurnal Media Keperawatan*, 10(01), 59–66.

Sari, S. H., Agianto, & Wahid, A. (2015). Batasan karakteristik dan faktor

yang berhubungan (etiologi) diagnosa keperawatan: Hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke. 3(1), 12–21.

Sari, R. N., & Habib, F. (2021). Hubungan nilai fraksi ejeksi ventrikel kiri pada pasien gagal jantung dengan tingkat gejala depresi yang diukur dengan the beck depression inventory II (BD-II). *Jurnal Pandu Husada*, 2(1), 46. <https://doi.org/10.30596/jph.v2i1.5377>

Safridawat. (2020). Keperawatan kolaboratif pada pasien sindrome koroner akut infark anterior dan inferior potential complication of bradycardia is collaborative nursing problems in acute coronary syndrome patients infarct anterior and inferior. *Idea Nursing Journal*, XI(2), 34–40.

Shin, M. C. P., Lee, M. Y., Huang, J. C., Tsai, Y. C., Chen, J. H., Chen, S. C., Chang, J. M., & Chen, H. C. (2016). Association of brachial-ankle pulse wave velocity and cardiomegaly with aortic arch calcification in patients on hemodialysis. *Medicine (United States)*, 95(19), 1–5. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003643>

Wahidin, Ngabdi Supraptini. (2020). Penerapan teknik head up 30° terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien yang mengalami cedera kepala sedang. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 7–13. <https://doi.org/10.53510/nsj.v1i1.14>

Widyastuti, K., & Dwitasari, M. A. D. (2017). Neurofisiologi batang otak.

WHO.(2021). Cardiovascular diseases. World Health Organization. [https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Wijaya, A. K. (2013). Patofisiologi non hemoragik stroke akibat trombus. *E-Jurnal Medika Udayana*, 2(10), 1–14




LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Nama Mahasiswa/Nim : Merlin Paranduk (NS2114901102)

Modesta B A Yabarmase (NS21901104)

Nama Pembimbing I & II : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep

Rosmina Situngkir, Ns., M Kep

No	Materi Konsultasi	Masukan Dari Pembimbing	TTD Pembimbing
1.	Bab I dan II	a. Pada bagian latar belakang tambahkan tentang penanganan stroke dan fase b. Pada bagian studi kasus tambahkan tindakan pemeriksaan fisik c. Pada bagian konsep dasar keperawatan fokus ke pengkajian BI sampai B6 d. Pada anatomi masukkan saja gambar otak dan fokus ke gambar yang menunjukkan letak penyumbatan di otak e. Pada bagian diagnosis keperawatan disesuaikan dengan SDKI, SLKI, SIKI	
2.	Bab I, bab II, serta pathway	a. Di latar belakang jelaskan tujuan penanganan stroke, fase stroke dan data prevalensi dari dunia, Indonesia, Sulawesi Selatan mengenai stroke. b. Di tinjauan teoritis fokus saja ke NHS c. Pada diagnosis keperawatan dipisahkan dengan intervensi keperawatan dan tidak menggunakan point-point d. Pada pathway bedakan warnanya pada bagian predisposisi, SDKI, SLKI, SIKI agar dapat dibedakan mana yang ada pada pasien dan mana yang secara umum	
3.	Bab I	Di latar belakang tambahkan gejala apabila pasien telah melewati fase akut dan tambahkan penyebab jika penanganan stroke tidak dilakukan secara cepat dan tepat	

4.	Bab I, bab II, serta pathway	ACC	<i>fsm</i>
5.	Bab III	Pada pengkajian primer langsung saja dijelaskan data yang ditemukan pada pasien dan jangan menggunakan point-point agar mudah dipahami	<i>oli</i>
6.	Bab III	Perbaiki diagnosis keperawatan dan masukkan juga hasil pemeriksaan (lab, CT scan, radiologi, dll), serta tanggal pemeriksaan	<i>oli</i>
7.	Bab III	Pada intervensi keperawatan sesuaikan dengan cara penulisan yang berada pada buku SDKI dan tambahkan tindakan yang dilakukan berdasarkan EBN	<i>oli</i>
8.	Bab III	Tambahkan diagnosis keperawatan tentang penurunan curah jantung karena pada pasien terdapat data yang mendukung	<i>oli</i>
9.	Bab III dan bab IV	<ul style="list-style-type: none"> a. Pada bagian evaluasi dibuat per shift (pagi dan sore) b. Pada pembahasan askep bagian pengkajian fokuskan saja ke data yang ditemukan pada pasien dan gejala yang didapatkan dari teori dan kasus apakah memperberat atau memperingan kondisi pasien 	<i>oli</i>
10.	Bab III	ACC	<i>oli</i>
11.	Bab IV dan bab V	<ul style="list-style-type: none"> a. Di pembahasan askep perbaiki dan sesuaikan dengan panduan b. Pada bagian pengkajian masukkan data khas yang didapatkan pada pasien dan sesuaikan dengan tanda dan gejala apakah lebih berat atau ringan c. Pada bagian simpulan pada pengkajian fokus saja saat pasien telah pindah ke ICU d. Pada pathway tambahkan tentang penumbra e. Pada bagian saran dimasukkan kendala yang ditemukan saat melakukan ROM apakah perlu untuk dilakukan sedini mungkin. 	<i>oli</i>

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Penulis

Nama : Merlin Paranduk
Tempat/Tanggal lahir : Deri, 24 Maret 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Jambu Losari No.10

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Malino Paranduk
Ibu : Neli Bua'
Agama : Katolik
Pekerjaan
Ayah : Petani
Ibu : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Deri

C. Pendidikan yang Ditempuh

SDN 9 SESEAN	Tamat 2011
SMPN 2 SESEAN SULOARA'	Tamat 2014
SMK MATALLO RANTEPAO	Tamat 2017
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan)	Tamat 2021
STIK Stella Maris Makassar (Profesi Ners)	Tamat 2022

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Penulis

Nama : Modesta B A Yabarmase
Tempat/Tanggal lahir : Sifnana, 05 Oktober 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Bomaki, Kepulauan Tanimbar

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Etmondus Yabarmase
Ibu : Rosa Delima Nanaryain
Agama : Katolik
Pekerjaan :
Ayah : Petani
Ibu : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Bomaki, Kepulauan Tanimbar

C. Pendidikan yang Ditempuh

SDNK Xaverius Bomaki	Tamat 2009
SMP St. Theresia Langgur	Tamat 2012
SMA Sanata Karya Langgur	Tamat 2015
Akademi Keperawatan Gunung Maria Tomohon	Tamat 2019
STIK Stella Maris Makassar(S1 Keperawatan)	Tamat 2021
STIK Stella Maris Makassar (Profesi Ners)	Tamat 2022