



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORHAGIC STROKE (NHS) DI RUANG
ICU/ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

MONIKA THERESIA AVILA (NS2114901106)

NOVITA ABIN TUNA (NS2114901111)

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORHAGIC STROKE (NHS) DI RUANG
ICU/ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

MONIKA THERESIA AVILA (NS2114901106)

NOVITA ABIN TUNA (NS2114901111)

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

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. **Monika Theresia Avila (NS2114901106)**
2. **Novita Abin Tuna (NS2114901111)**

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

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

Makassar, 12 Juli 2022

yang menyatakan,



Monika Theresia Avila



Novita Abin Tuna

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

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

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Monika Theresia Avila / NS2114901106
2. Novita Abin Tuna / NS2114901111

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Rosdewi, S.Kp.,MSN)

NIDN: 0906097002

Pembimbing 2



(Asrijal Bakri, Ns.,M.Kep)

NIDN: 0918087701

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Monika Theresia Avila (NIM: NS2114901106)
2. Novita Abin Tuna (NIM: NS2114901111)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.


DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	: Rosdewi, S.Kp.,MSN	()
Pembimbing 2	: Asrijal Bakri, Ns.,M.Kep	()
Penguji 1	: Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes	()
Penguji 2	: Kristia Novia, Ns.,M.Kep	()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 12 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar


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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Monika Theresia Avila (NS2114901106)

Novita Abin Tuna (NS2114901111)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 12 Juli 2022

Yang menyatakan



Monika Theresia Avila



Novita Abin Tuna

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul: “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) Di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

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

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini penulis menyadari bahwa penulis banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih banyak kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dan yang dapat membantu penulis untuk menyempurnakan karya ilmiah akhir ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis secara khusus mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis saat penyusunan karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana Dan Prasarana STIK Stella Maris
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris.

5. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris.
6. Rosdewi,S.Kp.,MSN selaku pembimbing I dan Asrijal Bakri,Ns.,M.Kep selaku pembimbing II yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh Staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
8. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Monika Theresia Avila (Yunus Kanan dan Margaretha Pali), serta keluarga, teman-teman, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Novita Abin Tuna (Daud Abin Tuna dan Silva Timang Bura), serta keluarga dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
10. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Sukses buat kita semua.

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, kami menyadari bahwa KIA ini masih jauh dari kesempurnaan. Kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Makassar, 12 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Lampiran	xii
Halaman Daftar Tabel	xiii
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 Rumah Sakit	3
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Institusi Pendidikan	4
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	6
1. Pengertian	6
2. Anatomi dan Fisiologi	6
3. Klasifikasi	15
4. Etiologi	16
5. Patofisiologi	18
6. Manifestasi Klinik.....	22
7. Pemeriksaan Diagnostik	23
8. Penatalaksanaan Medis	24
9. Komplikasi.....	25
B. Konsep Dasar Keperawatan	26
1. Pengkajian Primer	26
2. Pengkajian Sekunder	29
3. Diagnosa Keperawatan	31

4. Intervensi Keperawatan.....	32
5. Evaluasi Keperawatan.....	39
6. Discharge Planning	40
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus	41
B. Pengkajian Primer	41
C. Diagnosa Keperawatan Primer	44
D. Pengkajian Sekunder	44
E. Pemeriksaan Penunjang.....	56
F. Analisa Data	58
G. Diagnosa Keperawatan.....	59
H. Intervensi Keperawatan	60
I. Implementasi Keperawatan	63
J. Evaluasi Keperawatan	74
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	89
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	94
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	104
B. Saran.....	105
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.....	21
-----------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lembaran Konsul Karya Ilmiah Akhir

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan	32
Tabel 3.1 Pengkajian Primer.....	41
Tabel 3.2 Analisa Data	58
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan.....	59
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	60
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	63
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan	74

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban pada masa modern ini berkembang sangat pesat, terutama pada bidang teknologi. Masyarakat di kota-kota besar khususnya sangat mengandalkan kemampuan teknologi dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga kurang melakukan aktivitas-aktivitas di luar rumah. Hal ini membuat masyarakat lalai dalam memperhatikan kesehatan tubuhnya. Kurang berolahraga, pola makan menjadi tidak teratur, jam kerja yang berlebihan serta konsumsi makanan cepat saji menjadi kebiasaan yang berpotensi menimbulkan berbagai macam penyakit pembuluh darah dan penyakit non-infeksi salah satunya adalah penyakit yang menyerang pembuluh darah otak yaitu stroke (Hisni et al., 2022).

Menurut *World Health Organization*, stroke disebabkan oleh gangguan suplai darah ke otak, biasanya karena pecahnya pembuluh darah atau penyumbatan oleh gumpalan darah. Hal ini memotong pasokan oksigen dan nutrisi, sehingga menyebabkan kerusakan pada jaringan otak. Gejala yang paling umum dari stroke adalah kelemahan mendadak atau mati rasa pada wajah, lengan atau kaki, paling sering pada satu sisi tubuh. Gejala lain termasuk kebingungan, kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan, kesulitan melihat dengan satu atau kedua mata, kesulitan berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan atau koordinasi, sakit kepala parah tanpa diketahui penyebabnya, pingsan atau tidak sadarkan diri (Puspitasari, 2020).

Menurut *World Stroke Organization* (2022) angka kejadian stroke di seluruh dunia pada tahun 2022 sebanyak 101,474,558 kasus dan 12,2 juta kasus stroke baru setiap tahunnya. Kasus stroke iskemik sebanyak 77,192,498 kasus sedangkan stroke hemoragik sebanyak

20,663,889 kasus. Menurut Kemenkes (2019), prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 kasus. Provinsi Kalimantan Timur dan DI Yogyakarta merupakan provinsi dengan prevalensi tertinggi stroke di Indonesia. Sementara itu, Papua, dan Maluku Utara memiliki prevalensi stroke terendah dibandingkan provinsi lainnya. Berdasarkan data Riskesdas Sulawesi Selatan (2019), angka kejadian stroke di tahun 2018 sebanyak 34.958 kasus, dan prevalensi stroke tertinggi pada kelompok umur ≥ 75 tahun.

Berdasarkan data-data diatas banyaknya penderita stroke di Indonesia, khususnya di RS Stella Maris Makassar, menunjukkan bahwa pola hidup yang sehat masih banyak diabaikan oleh masyarakat. Selain itu juga, penyakit ini membutuhkan perawatan dan pemulihan yang lama sehingga membutuhkan biaya yang besar. Penderita juga dapat mengalami gejala sisa atau kecacatan sehingga berdampak pada menurunnya tingkat produktivitas serta dapat menyebabkan terganggunya sosial ekonomi keluarga.

Peningkatan jumlah penderita, angka kecacatan yang tinggi, serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan juga cukup tinggi, hal ini menjadi masalah untuk kita semua terutama bagi dunia keperawatan, karena stroke masih menjadi masalah kesehatan yang perlu menjadi perhatian khusus, sehingga masalah kesehatan ini harus segera ditangani dengan serius dan dibutuhkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan profesional yang dapat meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Berdasarkan data tersebut maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Diagnosa *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU, Rumah Sakit Stella Maris Makassar" dengan harapan

mampu menerapkan asuhan keperawatan yang efektif dan berkualitas.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di RS pada pasien *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS)

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN).
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS)

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi petugas kesehatan khususnya perawat, agar dapat menjalankan tugas khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS)

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai bahan untuk mengembangkan dan meningkatkan pendidikan dalam bidang keperawatan secara profesional dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS)

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah ini adalah metode yang digunakan dalam studi kepustakaan, studi kasus, dan pengamatan kasus yang berupa wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

1. Studi Kepustakaan

Mempelajari literatur-literatur yang berkaitan atau relevan dengan karya tulis ilmiah baik dari buku-buku maupun internet.

2. Studi Kasus

Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan :

a. Observasi

Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya, pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

e. Dokumentasi

Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk hasil tes diagnostik

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana disetiap bab disesuaikan dengan sub bab antara lain bab I pendahuluan, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan, bab II tinjauan pustaka, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu, konsep dasar medik, yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi. Bab III pengamatan kasus, meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Bab IV pembahasan kasus, merupakan laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek. Bab V simpulan dan saran, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian Stroke

Menurut Morton et al. (2013), Stroke adalah defisit neurologis yang mempunyai awitan tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam, dan disebabkan oleh penyakit serebrovaskular. Stroke terjadi saat terdapat gangguan aliran darah ke bagian otak. Aliran darah terganggu karena adanya sumbatan pembuluh darah, karena trombus atau embolus, atau ruptur pembuluh darah.

Menurut Yogarajah (2015), Stroke adalah penyebab kematian ketiga tertinggi setelah serangan jantung dan kanker. Stroke adalah defisit neurologis fokal yang disebabkan gangguan vaskular. Awitan bersifat mendadak dengan tanda dan gejala menetap diatas 24 jam apabila pasien selamat.

Menurut Hisni et al. (2022) Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak. Gangguan saraf maupun kelumpuhan yang terjadi tergantung pada bagian otak mana yang terkena. Penyakit ini dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian.

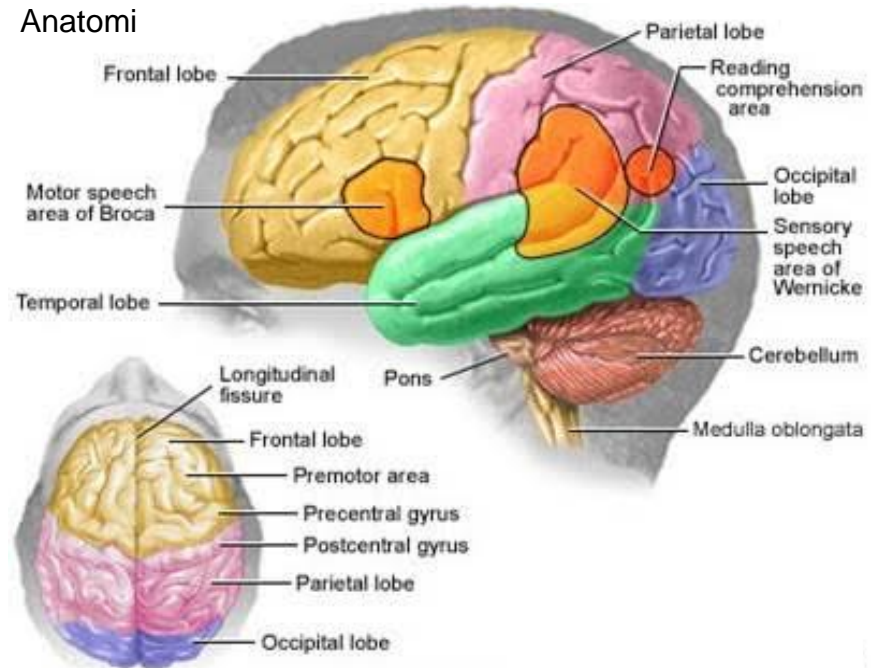
Berdasarkan beberapa definisi diatas penulis menyimpulkan bahwa stroke merupakan defisit neurologis yang terjadi secara tiba-tiba dengan tanda dan gejala menetap diatas 24 jam serta disebabkan karena trombus atau embolus.

2. Anatomi Fisiologis

Otak manusia kira-kira mencapai 2% dari berat badan dewasa. Otak bertanggung jawab terhadap bermacam-macam

sensasi atau rangsangan terhadap kemampuan manusia untuk melakukan gerakan-gerakan yang disadari, dan kemampuan untuk melaksanakan berbagai macam proses mental, seperti ingatan atau memori, perasaan emosional, intelegensi, berkomunikasi, sifat atau kepribadian, dan pertimbangan.

a) Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Elvarisya, 2021)

b) Fisiologis

1) Sistem saraf pusat

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

a) Otak Besar (Cerebrum)

Cerebrum merupakan bagian terbesar otak dan menempati *fossa cranial* tengah dan anterior. Otak besar mempunyai fungsi dalam mengatur semua aktifitas mental, yang berkaitan dengan kepandaian (intelegensi), ingatan

(memori), kesadaran, dan pertimbangan. Kecerdasan intelektual atau IQ manusia juga ditentukan oleh kualitas cerebrum.

Secara umum, belahan-belahan otak kanan mengontrol sisi kiri tubuh, dan belahan otak kiri mengontrol sisi kanan tubuh. Otak kanan terlibat dalam kreatifitas dan kemampuan artistik. Sedangkan otak kiri untuk logika dan berpikir rasional. Cerebrum dibagi menjadi 4 bagian yang disebut lobus:

(1) Lobus Frontal

Terletak di daerah otak bagian depan. Berfungsi dalam mengatur emosi, perencanaan, kreatifitas, penilaian, gerakan, dan pemecahan masalah. Lobus frontal dibagi kedalam korteks prefrontal, area premotor dan area motor.

(2) Lobus Parietal

Terletak di belakang lobus frontal dan di bagian belakang atas otak. Berfungsi dalam pengaturan suhu, rasa, tekanan, sentuhan, dan rasa sakit. Beberapa fungsi bahasa juga dapat dikendalikan di lobus parietal.

(3) Lobus Temporal

Terletak disetiap sisi otak. Kebanyakan pendengaran dan fungsi bahasa dikendalikan di lobus temporal. Proses emosi, belajar dan pendengaran juga terletak di lobus temporal.

(4) Lobus Oksipital

Terletak di bagian punggung bawah otak dibagian belakang kepala. Penglihatan dan kemampuan untuk mengenali objek dikendalikan di lobus oksipital. Retina mata mengirimkan masukan ke lobus oksipital otak yang kemudian menafsirkan sinyal sebagai gambar.

b) Otak Kecil (Cerebellum)

Cerebellum (otak kecil) terletak di *fossa cranii posterior* dan bagian superiornya ditutupi oleh tentorium cerebeli. Cerebellum mempunyai fungsi utama dalam koordinasi terhadap otot dan tonus otot, keseimbangan dan posisi tubuh. Cerebellum dibagi menjadi 3 lobus utama:

(1) Lobus Anterior: berfungsi dalam regulasi tonus otot dan mempertahankan sikap badan.

(2) Lobus Medius/Lobus Posterior: berfungsi dalam koordinasi dalam berbagai gerakan lincah.

(3) Lobus flocculonodularis: Berfungsi mempertahankan keseimbangan.

c) Batang Otak (*Brainstem*)

Batang otak merupakan struktur pada bagian posterior (belakang) otak. Pada gerak volunter, batang otak merupakan jalur yang dilalui implus rangsang sebelum mencapai cerebrum. Impuls rangsang diantarkan oleh traktus *ascendens* (serat-serat saraf yang menghantarkan implus ke otak) untuk diolah

otak, lalu impuls respon dihantarkan oleh traktus *descendens*. Pada perbatasan antara batang otak dan sum-sum tulang belakang medulla spinalis terjadi penyilangan serat-serat kortikospinal dari cerebrum ke medulla spinalis. Serat-serat kortikospinal dari otak kiri menyilang ke bagian kanan medulla spinalis begitupun sebaliknya. Penyilangan ini menyebabkan bagian tubuh kanan dikendalikan oleh otak kiri dan bagian tubuh kiri dikendalikan oleh otak kanan.

Batang otak merupakan sebutan untuk kesatuan dari 3 struktur yaitu medulla oblongata, pons dan mesencephalon.

(1) Mesencephalon (Otak Tengah)

Mesencephalon membentuk wilayah tengah otak dan merupakan bagian penting dari sistem saraf pusat. Mesencephalon melakukan sejumlah tugas individu sangat penting yaitu bangun atau tidur, kecemasan, kontrol motor, pendengaran, penglihatan, pengaturan suhu, reflek mata, tonus otot, serta fungsi posisi atau kedudukan tubuh.

(2) Medula Oblongata

Medula Oblongata menghubungkan pons yang terletak di superior dengan medulla spinalis yang terletak di inferior. Medula oblongata adalah titik awal saraf tulang belakang dari sebelah kiri badan menuju bagian kanan badan, begitu juga

sebaliknya. Medula mengontrol fungsi otomatis otak, seperti detak jantung, sirkulasi darah, pernapasan, dan pencernaan.

(3) Pons

Struktur utama di bagian atas dari batang otak yang disebut pons. Pons berada di depan Cerebellum, di bawah otak tengah. Pons terdiri atas saraf-saraf yang membentuk jembatan antara 2 hemisfer cerebellum, dan saraf yang melalui antara posisi otak yang lebih tinggi dan medulla spinalis. Pons bertugas untuk menghubungkan jalur sensoris dari medulla spinalis ke thalamus dan otak kecil (Cerebellum). Pons memiliki 2 peran yang pertama adalah regulasi pernapasan, mengontrol jumlah udara napas dan napas permenit, sensasi pendengaran rasa dan keseimbangan. Pons juga terlibat dalam regulasi tidur nyenyak maupun terjaga (Elvarisya, 2021).

d) 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-pembuluh darah yang bercabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lain

sehingga dapat menjalin suplai darah yang kuat untuk sel.

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

(1) Arteri karotis interna

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

maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular.

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

(2) 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 vetebrobasilaris memperdarahi medula oblongata, pons serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon (Yogarajah (2015)).

2) Sistem Saraf Tepi/Perifer

Sistem saraf perifer merupakan sistem saraf yang menghubungkan semua bagian tubuh dengan sistem saraf pusat. Sistem ini terdiri dari jaringan saraf yang berada dibagian luar otak dan medulla spinalis (sum-sum tulang belakang) seperti daerah kulit dan indra lainnya.

a) Saraf somatik

Saraf somatik terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medulla spinalis dan bersinaps secara langsung pada sel otot rangka. Neuron motorik merupakan saraf besar bermialin yang melepaskan asetilkolin ditaut neuromeskuler.

b) Sistem saraf otonom

(1) Sistem saraf simpatis

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

parasimpatik (kolenerjik) yang menonjol (Indra, 2012).

3. **Klasifikasi**

Menurut Darotin et al. (2017) klasifikasi dari stroke antara lain:

a. Stroke Iskemik atau penyumbatan

Stroke iskemik disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh 2 hal, yang pertama adalah karena adanya penebalan pada dinding pembuluh darah (arterosklerosis), dan pembekuan darah bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah yang dikenal dengan trombus, yang kedua adalah akibat tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari trombus di jantung

- 1) Stroke Emboli: bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang terangkut menuju otak.
- 2) Stroke Trombotik: bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak

b. Stroke Hemoragik atau perdarahan

Stroke Hemoragik merupakan perdarahan serebri. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadian saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat.

- 1) Perdarahan Intraserebral: Pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel-sel otak mati sehingga berdampak pada kerja otak berhenti. Penyebab tersering adalah hipertensi.

- 2) Perdarahan Subarachnoid: Pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor diantara otak dan tulang tengkorak. Penyebabnya bisa berbeda-beda, tetapi biasanya karena pecahnya aneurisma (Kemenkes, 2019).

4. Etiologi

Menurut Wijaya (2021) penyebab stroke antara lain:

a. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi 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:

- 1) Aterosklerosis

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

- 2) Hiperkoagulasi

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/hematokrit meningkat dapat memperlambat aliran darah serebri.

b. Embolisme Serebral

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

c. Tromboemboli

Emboli adalah partikel yang bergerak dipembuluh darah arteri. Kebanyakan emboli terdiri dari sel-sel darah beku. Bekuan darah disebut trombus dan bekuan darah yang bergerak dan menyumbat pembuluh darah disebut tromboemboli.

Menurut Kesuma et al. (2019) etiologi stroke berdasarkan faktor presipitasi dan predisposisi antara lain:

a. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan pecahnya maupun penyempitan pembuluh darah otak. Hipertensi dapat mempercepat pergeseran dinding pembuluh darah dan menyebabkan plak pada dinding pembuluh darah dan juga penyempitan pada lumen pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan terjadinya stroke iskemik

2) Diabetes Melitus

Diabetes melitus mampu menebalkan pembuluh darah otak yang berukuran besar, sehingga akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak yang mengakibatkan infark sel otak (Dinata et al., 2013).

3) Merokok

Merokok dapat meningkatkan terjadinya trombus akibat zat dalam rokok yaitu nikotin dan monoksida yang lama kelamaan mengakibatkan aterosklerosis.

4) Hiperkolesterolemi

Meningginya kadar kolesterol dalam darah terutama *Low Density Lipoprotein* (LDL) merupakan faktor resiko terjadinya arterosklerosis.

5) Penyakit Jantung

Kelainan pada jantung dapat menyebabkan stroke, terutama jika terjadi infeksi pada dinding katup mitral, sehingga dapat meningkatkan risiko terbentuknya trombus dan emboli yang dapat lepas ke sirkulasi perifer termasuk serebral.

b. Faktor Predisposisi

1) Usia

Faktor lanjut usia menjadi faktor risiko. Organ manusia mengalami kemunduran sejalan dengan makin bertambahnya usia seseorang.

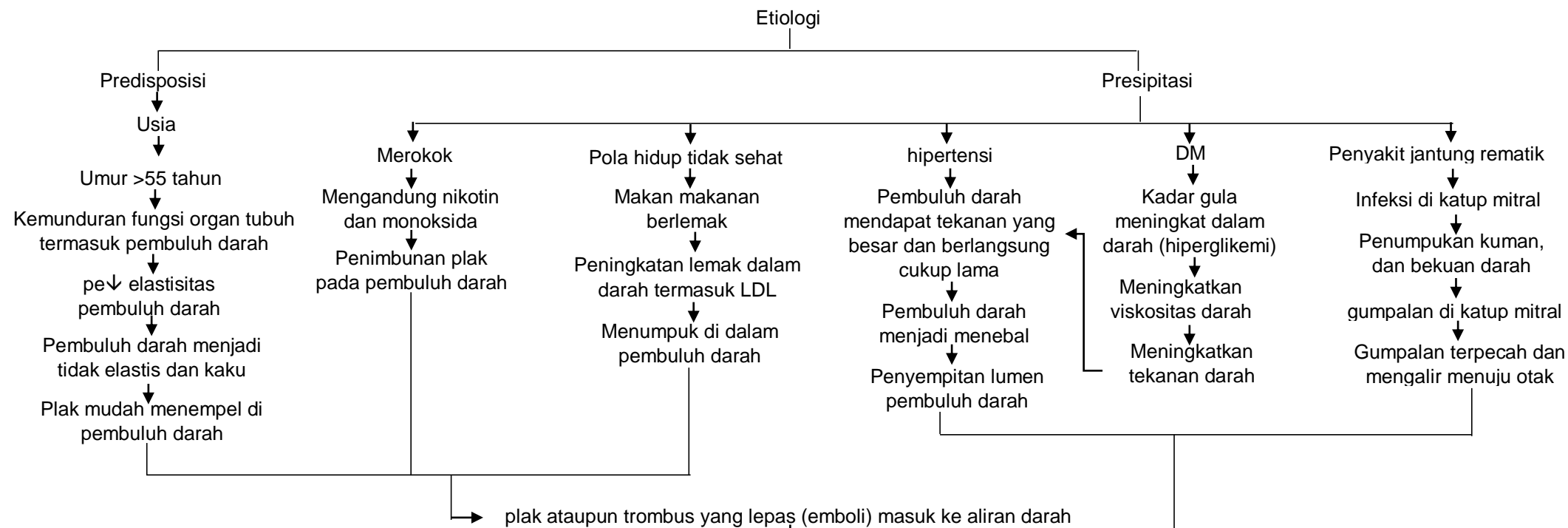
5. Patofisiologi

Infrak serebri adalah berkurangnya suplai darah ke otak. Luasnya infark bergantung pada faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Trombus dapat berasal dari plak arterosklerosis, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah pelambatan atau terjadi turbulensi, trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam pembuluh darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema di sekitar area.

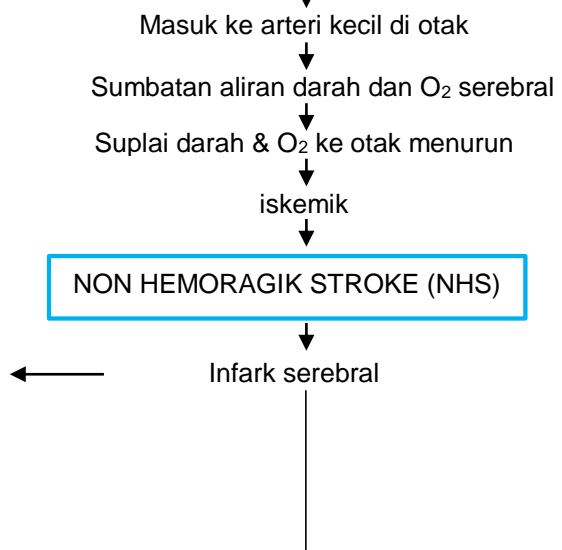
Umumnya, emboli akan mengakibatkan lebih banyak kematian jaringan karena pembuluh anastomi tidak mempunyai kesempatan melebar. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka akan terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala seperti kehilangan kesadaran. Apabila otak kekurangan oksigen dalam waktu yang lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark. Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan mengakibatkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama akan mengakibatkan iskemik otak.

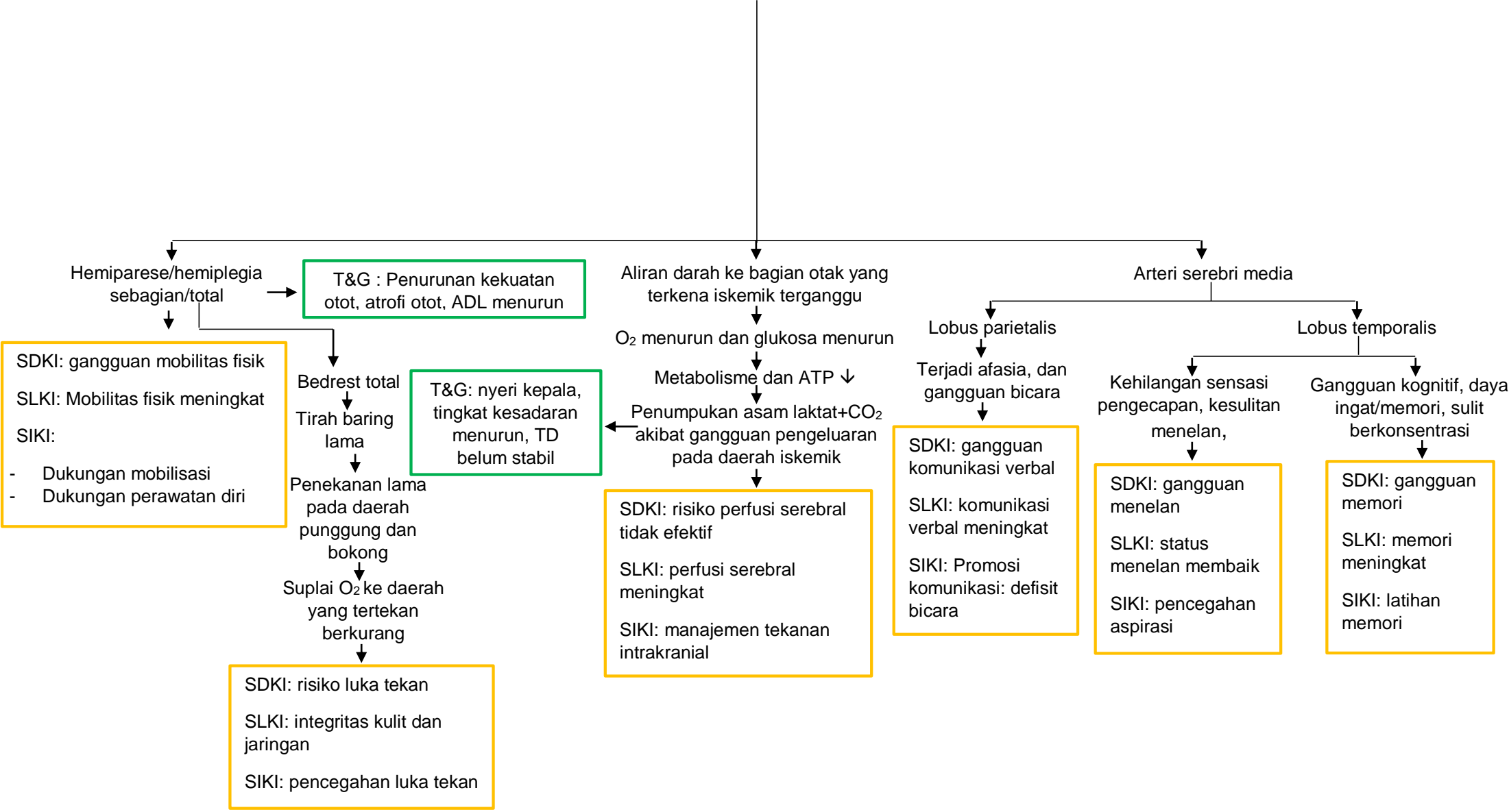
Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan metabolisme sel-sel neuron. Dimana sel-sel ini tidak

mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri yang menuju otak. Apabila hal ini tidak ditangani secara cepat dan tepat maka akan mengakibatkan kerusakan neurologis.



- Pemeriksaan Penunjang:**
1. CT-Scan: mengetahui jenis infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikel otak
 2. Angiografi serebri: membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri dan ruptur.
 3. MRI (*Magnetik Imaging Resonance*): menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.
 4. *Elektro encephalografi* (EEG): mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
 5. Pemeriksaan darah rutin: aktor pembekuan, trombosis, hematokrit, kolesterol, dan glukosa darah.





6. Manifestasi Klinis

Menurut Candra & Rakhma (2015) manifestasi klinik stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Gejala yang paling sering dijumpai pada penderita umumnya dikelompokkan atas 4 macam:

- a. *Dystensia* (gangguan fungsi motorik) berupa :
- 1) Kelumpuhan (hemiplegi atau paraplegi)
 - 2) Paralisis (kehilangan total dari gangguan kekuatan motoriknya)
 - 3) Paresis (kehilangan sebagian kekuatan otot motoriknya) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplagia (paralisis) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi. Kemudian adanya gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

- b. *Disnestasia* (gangguan fungsi sensorik) berupa :
- 1) *Hipoarasthesia dan Arasthesia.*
 - 2) Gangguan penciuman, penglihatan dan gangguan rasa pada lidah
Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal dan kerusakan pada saraf kranial III, IV, V

c. *Dyspasia* (gangguan berbicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri serebral media kiri.

Disatria (bicara pelo) terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan taring. Disfagia yaitu kesulitan menelan karena kerusakan nervus kranial IX

d. *Dymentia* (gangguan mental) dengan manifestasi :

- 1) Gangguan neurologis.
- 2) Gangguan psikologis.
- 3) Keadaan kebingungan.
- 4) Reaksi depresif.

e. Penurunan kesadaran, terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak akibat hipoksia. vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala karena peningkatan tekanan intrakranial

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. CT-Scan

Mengetahui jenis infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikel otak

b. Angiografi serebri

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri dan ruptur.

c. Lumbal pungsi

Menunjukkan adanya tekanan normal, jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan perdarahan intrakranial.

- d. MRI (*Magnetik Imaging Resonance*)
Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.
- e. *Elektro encephalografi* (EEG)
Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- f. Pemeriksaan laboratorium
Kimia darah (SGOT, SGPT, kreatinin, asam urat)
- g. Pemeriksaan darah rutin
Faktor pembekuan, trombosis, hematokrit, kolesterol, dan glukosa darah.
- h. Pemeriksaan darah lengkap
Untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

8. Penatalaksanaan Medis

Menurut Muttaqin (2008), penatalaksanaan medis dan keperawatan yaitu:

- a. Penatalaksanaan Medis
 - 1) Menurunkan kerusakan iskemik serebral
Tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.
 - 2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK
Dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari fleksi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason. Jika hipertensi tidak dikelola dengan baik dapat berakibat meluasnya area infark, edema serebral serta transformasi perdarahan. Penurunan tekanan darah yang terjadi dengan cepat

dapat mengakibatkan kerusakan organ semakin parah dan memperburuk kondisi klinik neurologis pasien (Handayani & Dominica, 2018).

3) Pengobatan

- a) Anti Koagulan: Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut
- b) Obat Anti Trombotik: Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik
- c) Diuretik : Untuk menurunkan edema serebral

4) Pembedahan

Enderterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
- 2) Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.
- 3) Tanda-tanda vital usahakan stabil
- 4) *Bedrest*
- 5) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
- 6) Hindari kenaikan suhu, batuk, konstipasi, atau cairan *suction* yang berlebih

9. Komplikasi

a. TIK meningkat

Tekanan Intrakranial (TIK) adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intrakranial, dan cairan *serebrospinal* (CSS) di dalam tengkorak

b. Herniasi Otak

Herniasi terjadi akibat peningkatan tekanan intrakranial yang berlebihan, bila tekanan atau pergeseran bertambah

di dalam ruang kranial maka akan mengganggu suplai darah ke otak atau penghentian aliran darah ke otak dan menyebabkan herniasi pada otak

c. Gagal napas

Dalam keadaan tidak sadar, harus tetap dipertahankan jalan napas. Salah satu gejala dari stroke adalah penurunan kesadaran yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas karena lidah mungkin rileks, yang menyumbat orofaring sehingga terjadi gagal napas

d. Disritmia jantung

Dengan adanya embolisme serebral akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Otak akan memicu jantung untuk memompa darah ke otak sesuai kebutuhan yang mengakibatkan terjadinya disritmia jantung

e. Malnutrisi

Salah satu manifestasi klinis dari stroke adalah disfagia (sulit menelan). Dengan adanya gejala ini mengakibatkan terjadinya anoreksia yang menyebabkan intake tidak adekuat, sehingga menimbulkan malnutrisi (Afandy, 2018).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian primer

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (*Brain*) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

a. B1 (*Breathing*)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran *compos mentis*, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

b. B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

c. B3 (*Brain*)

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. Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

b. B4 (*Bladder*)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine

eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

c. B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan 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.

d. B6 (*Bone*)

Stroke mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan 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.

2. Pengkajian Sekunder

- a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan
DS: adanya penyakit jantung (reumatik, penyakit jantung vaskuler), polistemia, riwayat hipotensi postural.
DO: hipertensi arterial (dapat ditemukan/ terjadinya pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.
- b. Pola Nutrisi dan Metabolik
DS: nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.
DO: kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas.
- c. Pola Eliminasi
DS: perubahan pola berkemih, seperti inkontenensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik)
DO: melihat apakah pasien terpasang kateter, pampers, serta melihat warna urine dan konsistensi feses.
- d. Pola aktivitas dan latihan
DS: merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot).
DO: gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralisis (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.
- e. Pola tidur dan istirahat
DS: susah untuk beristirahat

DO: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada obat.

f. Pola persepsi kognitif

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

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

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS: perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa

DO: emosi yang labil dan ketidakpastian untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk menggunakan perasaan)

DO: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: tidak adanya gairah seksual

DO: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual

j. Pola mekanisme coping dan stress

DS: perasaan tidak berdaya

DO: emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah

k. Pola sistem nilai kepercayaan

gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko embolisme (D.0017)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0054)
- c. Risiko luka tekan ditandai dengan faktor risiko penurunan mobilisasi (D.0144)
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119)
- e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (D.0063)
- f. Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak (D.0062) (PPNI, 2016).

4. Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko embolisme (D.0017)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kognitif meningkat - Tekanan intrakranial menurun - Sakit kepala menurun - Gelisah menurun - Nilai rata-rata tekanan darah membaik - Refleks saraf membaik 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK Rasional: deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia) Rasional: autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Rasional: untuk memberikan kenyamanan pasien 2. Berikan posisi semi fowler Rasional: dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral <p>Manajemen Trombolitik (I.02055) Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi > 94% Rasional: mencukupi kebutuhan oksigen di dalam tubuh

		<p>2. Berikan agen trombolitik sesuai indikasi Rasional: untuk menargetkan penumbra iskemik agar dapat berfungsi secara normal</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas Meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) - Kecemasan menurun - Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Rasional: mengetahui keluhan lain pasien dan rencana tindakan berikut yang dapat dilakukan 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Rasional: mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Rasional: keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan <p>Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185) Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif Rasional: untuk meningkatkan kenyamanan pasien dan mencegah kontraktur sendi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan melakukan rentang gerak pasif Rasional: untuk mencegah kontraktur pada sendi <p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p>

		<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kemandirian Rasional: mengetahui tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Rasional: mengetahui alat-alat yang diperlukan pasien dalam kebersihan diri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan keperluan pribadi (mis: sikat gigi dan sabun mandi) Rasional: agar alat yang diperlukan sudah siap sebelum melakukan tindakan 2. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Rasional: membantu pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Rasional: membantu pasien dalam melakukan perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Rasional: membiasakan pasien melakukan perawatan diri
--	--	--

<p>Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak (D.0062)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan memori meningkat (L.09079) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual meningkat - Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat - Verbalisasi pengalaman lupa menurun - Verbalisasi mudah lupa menurun 	<p>Latihan memori (I.06188)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah memori yang dialami Rasional: memberikan dasar perbandingan yang akan memengaruhi rencana intervensi 2. Identifikasi kesalahan terhadap orientasi Rasional: mengetahui kemampuan pasien dalam mengetahui atau mengingat orientasi tempat, maupun waktu 3. Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi Rasional: perubahan dapat mengindikasikan peningkatan atau penurunan kondisi yang mendasari <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan Rasional: untuk memberikan orientasi realitas 2. Koreksi kesalahan orientasi Rasional: untuk menghindari kebingungan 3. Fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal) Rasional: pengingat membantu membatasi informasi yang harus diingat pasien 4. Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi
---	--	--

		<p>Rasional: untuk melatih daya ingat pasien dengan lebih mudah menggunakan peristiwa yang baru saja terjadi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan <p>Rasional: agar pasien mengerti dengan latihan yang akan diajarkan</p>
<p>Risiko luka tekan ditandai dengan faktor risiko penurunan mobilisasi (D.0144)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun - Suhu kulit membaik 	<p>Pencegahan luka tekan (I.14566)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi luka (meliputi derajat luka, warna dasar luka, infeksi) <p>Rasional: mengetahui terjadinya kerusakan kulit pada daerah berisiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tanda dan gejala infeksi pada luka <p>Rasional: Mengetahui apakah ada tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p>Rasional: Menurunkan risiko terjadinya trauma</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melaporkan tanda-tanda kerusakan kulit <p>Rasional: mengetahui terjadinya luka</p>
<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal (L.13118) meningkat dengan kriteria hasil:</p>	<p>Promosi Komunikasi : defisit bicara (I.13491)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, volume dan diksi bicara

<p>neuromuskuler (D.0119)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan berbicara meningkat - Afasia menurun - Disfasia menurun - Pemahaman komunikasi membaik 	<p>Rasional: menyesuaikan kecepatan, volume dan diksi bicara</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan) Rasional: mempermudah untuk proses komunikasi 2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Rasional: membantu pemberian dan penyampaian pesan yang sesuai 3. Ulang apa yang disampaikan pasien Rasional: memastikan apa yang disampaikan pasien sesuai dengan persepsi 4. Berikan dukungan psikologis Rasional: membantu individu agar merasa dipertahankan, dipedulikan dan merasa dihargai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan bicara perlahan Rasional: memberikan kesempatan kepada pasien untuk dapat berbicara jelas 2. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis Rasional: memfasilitasi pasien untuk dapat melakukan terapi
<p>Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (D.0063)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menelan membaik (L.06052) dengan kriteria hasil:</p>	<p>Pencegahan aspirasi (I.01018)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan

	<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan makanan di mulut meningkat - Refleks menelan meningkat - Frekuensi tersedak menurun 	<p>Rasional: mengetahui adanya kelemahan nervus vagus sehingga mengganggu fungsi menelan</p> <p>2. Periksa kepatenan selang nasogatrik sebelum memberi asupan oral</p> <p>Rasional: mengetahui apakah selang nasogastrik masuk tepat di lambung</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral</p> <p>Rasional: mencegah pasien aspirasi</p> <p>2. Pertahankan posisi semi fowler pada pasien tidak sadar</p> <p>Rasional: mencegah pasien aspirasi</p> <p>3. Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak</p> <p>Rasional: mempermudah proses pencernaan dan merangsang nafsu makan</p> <p>4. Berikan obat oral dalam bentuk cair</p> <p>Rasional: memudahkan obat masuk ke saluran pencernaan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan makan secara perlahan</p> <p>Rasional: mencegah pasien aspirasi atau tersedak dan memberi kesempatan pasien mengunyah makanan dengan baik</p>
--	--	---

Tabel 2.1 (Sumber : PPNI, 2018)

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Purba (2015), evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam tahap perencanaan. Adapun tujuan dari evaluasi yaitu untuk:

- a. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
- b. Meneruskan rencana tindakan keperawatan
- c. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
- d. Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan
- e. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai

Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP:

- a. S : Subjektif. Perawat dapat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan
- b. O : Objektif. Data objektif yaitu data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung pada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- c. A : Analisis. Intervensi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah diagnostik baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.
- d. P : Planning. Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau perencanaan

yang ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

6. 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 dan berlemak.
- c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
- d. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
- e. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.
- f. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan
- g. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

BAB III PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisial Ny. R umur 65 tahun, jenis kelamin perempuan, bekerja sebagai ibu rumah tangga, agama islam, alamat jalan Rajawali lorong 13 A dengan diagnose medis *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS). Pasien masuk IGD pada tanggal 6 Juni 2022 dengan keluhan sakit kepala berat, ekstremitas kiri tidak dapat digerakkan sama sekali, dan sempat tidak sadarkan diri di rumah karena jatuh dari motor, sehingga dokter memutuskan untuk pasien dirawat dan dipantau di ruang ICU. Pada saat pasien selesai diberikan tindakan di IGD, pasien dipindahkan ke ruang ICU. Pengkajian dilakukan pada tanggal 7 Juni 2022, pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah 200/100 mmHg, nadi 56 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, suhu tubuh 36,2°C, SpO₂ 96%, terpasang kateter urin, IVFD NaCl 18 tetes per menit, kesadaran compos mentis, hemiparese sinistra, pemeriksaan CT-Scan kepala: infark cerebri bilateral, infark lama dan baru di kanan, dan EKG: sinus bradikardi.

B. Pengkajian Primer

B1 – <i>Breath</i>	Pergerakan Dada	Tampak simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu napas	- Ada - Tidak ada
	Palpasi	- Vocal Premitus : teraba getaran dinding paru kiri dan kanan sama - Nyeri tekan : tidak ada - Krepitasi : tidak ada
	Perkusi	- Redup - Sonor - Pekak
	Suara napas	- Vesikuler

		<ul style="list-style-type: none"> - Wheezing - Ronchi - Rales - Friction rub
	Batuk	<ul style="list-style-type: none"> - Produktif - Non produktif
	Sputum	<ul style="list-style-type: none"> - Coklat - Kental - Berdarah - Encer - Warna lain: putih - Tidak ada
	Alat bantu napas	<ul style="list-style-type: none"> - Ada (nasal kanul 5 L/menit) - Tidak ada
	Lain-lain	Pernapasan : 20x/menit SPO ₂ : 96%
<i>B2 – Blood</i>	Suara jantung	<div style="text-align: right; margin-bottom: 0;">S1 S2 S3 S4</div> <ul style="list-style-type: none"> - Tunggal ✓ ✓ - Gallop - Murmur
	Irama jantung	<ul style="list-style-type: none"> - Iregular - Regular
	CRT	<ul style="list-style-type: none"> - < 3 detik - > 3 detik
	JVP	<ul style="list-style-type: none"> - Normal - Meningkatkan
	CVP	<ul style="list-style-type: none"> - Ada - Tidak ada
	Edema	<ul style="list-style-type: none"> - Ada - Tidak ada
	EKG	Sinus Bradikardi
	Lain-lain	- TTV: TD: 200/100mmHg N: 56x/menit S: 36,2°C P: 20x/menit
<i>B3 – Brain</i>	Tingkat Kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> - Kualitatif: Compos Mentis - Kuantitatif : 15

		E : 4 V : 5 M : 6
	Reaksi pupil: - Kanan - Kiri	Ada, Isokor Ada, Isokor
	Refleks Fisiologis	Tangan Kanan (+) Kaki Kanan (+) Tangan Kiri (-) Kaki Kiri (-)
	Refleks Patologis	Tangan Kanan (-) Kaki Kanan (-) Tangan Kiri (-) Kaki Kiri (-)
	Meningeal sign	- Ada - Tidak ada
	Lain-lain	CT Scan: - Infark Cerebri Bilateral - Infark lama dan baru di kanan EKG: Sinus Bradikardi
B4 – <i>Bladder</i>	Urin	Jumlah : 1.300cc Warna : kuning jernih
	Kateter	- Ada - Tidak ada
	Kesulitan BAK	- Ada - Tidak ada
	Lain-lain	-
B5 – <i>Bowel</i>	Mukosa Bibir	- Lembab - Kering
	Lidah	Normal
	Keadaan gigi	Normal
	Nyeri tekan	Tidak ada
	Abdomen	Tidak ada distensi abdomen
	Peristaltik Usus	Normal : 26x/menit
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematemesis	Tidak ada
	Melena	Tidak ada
	Terpasang NGT	Tidak ada

	Terpasang Colostomy bag	Tidak ada
	Diare	Tidak ada
	Konstipasi	Tidak ada
	Asites	Tidak ada
	Lain-lain	
B6 – Bone	Turgor kulit	- Baik - Jelek
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Ikterus	Tidak ada
	Akral	- Dingin - Hangat
	Pergerakan sendi	- Bebas - Terbatas
	Fraktur	- Ada - Tidak ada
	Luka	- Ada - Tidak ada

Tabel 3.1

C. Diagnosa Keperawatan

1. B1 (*Breath*) : Tidak ada masalah keperawatan
2. B2 (*Blood*) : Tidak ada masalah keperawatan
3. **B3 (*Brain*) : Risiko Perfusi Serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko embolisme**
4. B4 (*Bladder*) : Tidak ada masalah keperawatan
5. B5 (*Bowel*) : tidak ada masalah keperawatan
6. B6 (*Bone*) : tidak ada masalah keperawatan

D. Pengkajian Sekunder

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

- a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting karena jika sehat pasien bisa melakukan aktivitasnya sehari-hari. Pasien juga mengatakan sudah memiliki riwayat hipertensi ± 10 tahun yang lalu, pasien mengatakan hanya minum

obat penurun tekanan darah tetapi tidak rutin dan tidak pernah memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan.

Riwayat penyakit saat ini:

1) Keluhan Utama: Hemiparese sinistra

2) Riwayat Keluhan Utama:

Keluarga pasien mengatakan sekitar 3 tahun yang lalu sudah mengalami stroke dan aktivitas sehari-harinya dibantu oleh keluarga. Sehari sebelum masuk rumah sakit pasien naik motor dengan keluarganya, kemudian saat akan turun dari motor pasien terjatuh dan tidak sadarkan diri kemudian keluarganya membawa pasien ke IGD RS Stella Maris Makassar. Setelah mendapatkan beberapa penanganan dan pasien sudah sadar di IGD selanjutnya pasien dibawa ke ruang ICU. Saat pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri kepala, dirasakan seperti tegang dan berat pada leher dan memberat ketika beraktivitas, skala nyeri 8 dan nyeri dirasakan menetap, kesadaran *compos mentis* serta pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kiri,

b. Riwayat kesehatan yang pernah dialami:

Keluarga pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi ± 10 tahun yang lalu

c. Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan ibu pasien memiliki riwayat hipertensi

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kebersihan rambut: tampak bersih

2) Kulit kepala: tampak tidak ada lesi

3) Kebersihan kulit: tampak bersih

4) *Hygine* rongga mulut: tampak kurang bersih

- 5) Kebersihan genetalia: tampak bersih
- 6) Kebersihan anus: tampak bersih

2. Pola Nutrisi dan Metabolik:

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan teratur 3x sehari dengan menu nasi, daging, dan sayur. Pasien mengatakan suka makan coto dan gorengan. Pasien juga mengatakan suka makan makanan tinggi garam karena pasien tidak suka makan makanan yang hambar. Keluarga pasien mengatakan pasien minum air putih ± 6-7 gelas sehari.

b. Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit hanya mengkonsumsi makanan dari rumah sakit dengan menu: bubur, ikan, dan sayur, dan minum air putih ±4-5 gelas sehari.

c. Observasi:

Tampak pasien hanya makan makanan dari rumah sakit dan tampak pasien makan dibantu oleh keluarga.

d. Pemeriksaan Fisik:

- 1) Keadaan rambut: tampak rambut beruban dan rontok
- 2) Hidrasi kulit: tampak baik
- 3) Palpebra/Conjungtiva: tampak tidak ada edema/tidak anemis
- 4) Sclera: tampak tidak ikterik
- 5) Hidung: tampak bersih
- 6) Rongga mulut: tampak kurang bersih
- 7) Gigi: tampak kurang bersih
Gigi palsu: tampak tidak ada
- 8) Kemampuan mengunyah: baik
- 9) Lidah: tampak bersih
- 10) Pharing: tampak tidak ada peradangan

- 11) Kelenjar getah bening: tampak tidak ada pembesaran
- 12) Kelenjar parotis: tampak tidak ada pembesaran
- 13) Abdomen
 - a) Inspeksi: tampak tidak ada ascites
 - b) Auskultasi: terdengar peristaltik usus 26 x/menit
 - c) Palpasi: tidak teraba adanya nyeri tekan
 - d) Perkusi: terdengar bunyi timpani
- 14) Kulit:
 - a) Edema: tidak ada
 - b) Icteric: tidak ada
 - c) Tanda-tanda radang: tidak ada

3. Pola Eliminasi

- a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit buang air kecil biasanya 5-6 kali sehari dengan warna kuning jernih. Sedangkan BAB biasanya 1 kali sehari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan.
- b. Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan sejak sakit pasien BAK melalui kateter sedangkan BAB setiap hari dengan konsistensi lunak.
- c. Observasi:

Tampak pasien menggunakan kateter dengan urine 1300cc dan berwarna kuning jernih.
- d. Pemeriksaan Fisik
 - 1) Peristaltik usus: 26 x/menit
 - 2) Palpasi kandung kemih: tidak teraba distensi kandung kemih
 - 3) Nyeri ketuk ginjal: tidak teraba nyeri ketuk ginjal
 - 4) Mulut uretra: tampak bersih
 - 5) Anus:
 - a) Peradangan: tidak ada

- b) Hemoroid: tidak ada
- c) Fistula: tidak ada

4. Pola Aktivitas dan Latihan

- a. Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien hanya di rumah dan tidak melakukan aktivitas di luar rumah.
- b. Keadaan sejak sakit: Pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur dan tidak dapat menggerakkan ekstremitas kirinya. Pasien juga mengatakan nyeri saat bergerak.
- c. Observasi: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Pengkajian level stroke: pasien berada pada level stroke 3.

1) Aktivitas harian:

- | | | |
|---------------|---|---------------------------|
| a) Makan: | 2 | 0: Mandiri |
| b) Mandi: | 2 | 1: bantuan dengan alat |
| c) Pakaian: | 2 | 2: bantuan orang |
| d) Kerapihan: | 2 | 3: bantuan alat dan orang |
| e) BAB: | 3 | 4: bantuan penuh |
| f) BAK: | 3 | |

g) Mobilisasi di tempat tidur: 2

- 2) Postur tubuh: tampak normal
- 3) Anggota gerak yang cacat: tidak ada
- 4) Gaya jalan: tampak pasien tidak mampu berjalan
- 5) Fiksasi: tidak ada
- 6) Tracheostomi: tidak ada
- 7) Pemeriksaan Fisik
 - a) Tekanan darah
Berbaring: 200/100 mmHg
Kesimpulan: hipertensi
 - b) HR: 56 x/menit

- c) Kulit:
 - Keringat dingin: tidak ada
 - Basah: tidak ada
- d) JVP: 5-2 cmH₂O
 - Kesimpulan: tidak ada peningkatan JVP (JVP normal)
- e) Perfusi pembuluh kapiler kuku: < 3 detik
- f) Thorax dan pernapasan
 - (1) Inspeksi
 - Bentuk Thorax: tampak simetris antara kiri dan kanan
 - Retraksi Interkostal: tidak ada
 - Sianosis: tampak tidak ada sianosis
 - Stridor: tidak terdengar
 - (2) Palpasi:
 - Vocal Premitus: teraba getaran paru kanan dan kiri sama
 - Krepitasi: tidak ada
 - (3) Perkusi:
 - Suara perkusi: sonor
 - Lokasi: thorax
 - (4) Auskultasi
 - Suara napas: vesikuler
 - Suara ucapan: normal
 - Suara tambahan: tidak ada
- g) Jantung
 - (1) Inspeksi
 - Ictus cordis: tidak tampak
 - (2) Palpasi
 - Ictus cordis: getaran dirasakan pada ICS 5 media klavikularis sinistra

(3) Perkusi

Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung: ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

(4) Auskultasi

BJ II A: tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

BJ II P: tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra

BJ I T: tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

BJ I M: tunggal ICS 5 linea midclavicularis sinistra

BJ III irama gallop: tidak terdengar

Mur-mur: tidak terdengar

Bruit: Aorta: Tidak ada

Arteri Renalis: Tidak terdengar

Arteri Femoralis: Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot: negatif

(2) Rentang gerak: terbatas pada tungkai kiri dan tangan kiri karena kelemahan otot

(3) Kaku sendi: tidak ada

Nyeri Sendi: tidak ada

Fraktur: tidak ada

Parese: pada kaki dan tangan kiri

Paralisis: Tidak ada

(4) Uji Kekuatan Otot:

	Kanan	Kiri
Tangan	5	0
Kaki	5	0

Keterangan:

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan 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 kekuatan otot, tidak mampu bergerak

i) Refleks fisiologis:

Bisep: kanan positif, kiri negatif

Trisep: kanan positif, kiri negatif

Patella: kanan positif, kiri negatif

j) Refleks patologi:

Babinski kiri: negatif

kanan: negatif

k) Columna vertebralis

Inspeksi: normal

Palpasi: normal

Kaku Kuduk: kaku kuduk tidak ditemukan

5. Pola Tidur & Istirahat

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien kadang-kadang tidur siang sekitar 1 jam dari jam 13.00-14.00. sedangkan tidur malam sekitar 7-8 jam dari jam 20.00-04.00.

- b. Keadaan sejak sakit
 Pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya berbaring ditempat tidur. Tampak pasien sejak sakit tidak tidur siang, dan tidur malam sekitar 9-10 jam dari jam 20.00 – 06.00
- c. Observasi
- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| Ekspresi wajah mengantuk | <input type="checkbox"/> Positif | <input checked="" type="checkbox"/> Negatif |
| Banyak menguap | <input type="checkbox"/> Positif | <input checked="" type="checkbox"/> Negatif |
| Palpebra inferior berwarna gelap | <input type="checkbox"/> Positif | <input checked="" type="checkbox"/> Negatif |

6. Pola Presepsi dan Kognitif

- a. Keadaan sebelum sakit
 Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan ataupun pendengaran dalam melakukan aktivitas.
- b. Keadaan sejak sakit
 Pasien mengatakan sejak sakit pasien juga tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran tetapi untuk aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien mengatakan tidak tahu dimana dia berada. Keluarga pasien mengatakan pasien sering lupa sejak masuk rumah sakit dan sulit untuk mengingat sehingga pasien harus ditanya berulang-ulang. Pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tengkuk dirasakan seperti tegang dan berat pada leher dan kepala, memberat ketika beraktivitas, skala nyeri 8, dan nyeri dirasakan menetap.
- c. Observasi
 Tampak pasien kebingungan, dan sesekali tidak nyambung ketika diajak berbicara
- d. Pemeriksaan Fisik
- 1) Penglihatan:
 - a) Kornea: tampak Jernih
 - b) Pupil: isokor

- c) Lensa mata: tampak jernih
 - d) Tekanan Intra Okuler (TIO): teraba kenyal pada kedua mata
- 2) Pendengaran
- a) Pina: tampak simetris antara kiri dan kanan
 - b) Kanalis: tampak bersih
 - c) membran timpani: tampak utuh dan memancarkan cahaya
- 3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai: pasien masih dapat merasakan sentuhan pada tangan dan kaki kiri tetapi tidak mampu mengangkatnya

7. Pola Presepsi dan Konsep diri

- a. Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan dirinya seorang ibu rumah tangga
- b. Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan sejak sakit merasa tidak berdaya dan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya
- c. Observasi:
 - 1) Kontak mata: tampak kontak mata baik
 - 2) Rentang perhatian: tampak rentang perhatian pasien baik
 - 3) Suara dan bicara: tampak pasien mampu bicara meskipun sesekali kurang jelas ketika bicara
- d. Postur tubuh: normal
- e. Pemeriksaan Fisik:
 - 1) Kelainan bawaan yang nyata: tidak ada
 - 2) Bentuk/posisi tubuh: normal
 - 3) Kulit: tampak bersih

8. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama

- a. Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan tinggal dengan suami dan anaknya, serta hubungannya dengan tetangganya baik-baik saja.
- b. Keadaan sejak sakit:
Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa kumpul dengan keluarganya namun hubungannya dengan keluarga dan tetangganya tidak berubah
- c. Observasi
Tampak pasien didampingi keluarganya di rumah sakit

9. Pola reproduksi dan seksualitas

- a. Keadaan sebelum sakit:
Pasien mengatakan pasien tidak mengalami masalah pada organ reproduksi dan seksualitasnya.
- b. Keadaan sejak sakit:
Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada masalah pada organ reproduksi dan seksualitasnya.

10. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

- a. Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan jika ada masalah biasanya pasien menceritakan pada suaminya atau keluarganya
- b. Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada yang berubah dari dirinya
- c. Observasi
Pasien tampak gelisah

11. Pola sistem nilai kepercayaan

- a. Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan sebelum sakit dia taat beribadah dengan menjalankan shalat 5 waktu

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit dia sudah tidak bisa beribadah seperti biasanya dikarenakan keterbatasan gerak

c. Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur.

UJI SARAF KRANIAL

1. N I (Olfactorius)

Pasien mampu mengenali bau minyak kayu putih dengan mata tertutup

2. N II (Optikus)

Pasien tidak mampu membaca pada jarak 30cm

3. N III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducens)

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, refleksi pupil isokor

4. N V (Trigeminus)

Sensorik: pasien dapat merasakan goresan tisu di dahi dan pipi

Motorik: kemampuan mengigit pasien lemah

5. N VII (Fascialis)

Sensorik: kemampuan pengecapan pasien baik pasien dapat merasa gula yang diberikan perawat

Motorik: pasien mampu mengangkat alis yang kanan dan tidak mampu mengangkat alis yang kiri, pasien tidak mampu mencucurkan bibir, bersiul, menggembungkan pipi.

6. N VIII (Vestibulo Acusticus)

Vestibularis: tidak dikaji, karena pasien tidak dapat berdiri akibat kelemahan pada ekstremitas.

Akustikus: pasien mampu mendengarkan gesekan jari pada kedua telinga

7. N IX, X (Glosopharyngeus & Vagus)
Pasien kurang mampu menjulurkan lidah dan letak uvula berada di tengah
8. N XI (Accesorius)
Pasien tidak dapat mengangkat bahu kiri
9. N XII (Hypoglossus)
Pasien mampu menjulurkan lidah

E. Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Parameter			Nilai Rujukan
WBC	8.23	[10 ³ /uL]	(4.80-10.20)
RBC	4.63	[10 ⁶ /uL]	(4.00-5.50)
HGB	13.5	[g/dL]	(12.2-16.2)
HCT	39.0	[%]	(37.7-47.9)
MCV	84.2	[fL]	(80.0- 97.0)
MCH	29.2	[pg]	(26.0- 31.0)
MCHC	34.6	[g/dL]	(31.8- 35.4)
PLT	309	[10 ³ /uL]	(150-450)
RDW-SD	38.0	[fL]	(37.0- 54.0)
RDW-CV	12.3	[%]	(11.5- 14.5)
PDW	10.5	[fL]	(9.0- 13.0)
MPV	9.8	[fL]	(7.2- 11.0)
P-LCR	22.9	[%]	(15.0-25.0)
PCT	0.30	[%]	(0.17- 0.35)
NEUT#	6.01	[10 ³ /uL]	(1.50- 7.00)
LYMPH#	1.34	[10 ³ /uL]	(1.00- 3.70)
MONO#	0.66	[10 ³ /uL]	(0.00- 0.70)
EO#	0.17	[10 ³ /uL]	(0.00- 0.40)
BASO#	0.05	[10 ³ /uL]	(0.00- 0.10)

IG#	0.01	[10 ³ /uL]	(0.00- 7.00)
NEUt%	73.0	[%]	(37.0- 80.0)
LYMPH%	16.3	[%]	(10.0- 50.0)
MONO%	8.0	[%]	(0.00- 14.0)
EO%	2.1	[%]	(0.00- 1.0)
BASO%	0.6	[%]	(0.00- 1.0)
IG%	0.1	[%]	(0.00- 72.0)

2. Kimia Darah

ELEKTROLIT	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
NATRIUM	136	136-145	mmol/L
KALIUM	↓ 3.2	3.4-4.5	mmol/L
CHLORIDA	↓ 97	100-108	mmol/L

3. Urine

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan
KREATININE	0.88	< 1.1	mg/dL

4. CT-Scan Kepala

Kesan: - infark cerebri bilateral

- Infark lama dan baru di kanan

5. EKG:

sinus bradikardi

F. Analisa Data

Analisa Data Primer

NO	DATA	FAKTOR RISIKO	MASALAH
1	DS: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala - Nyeri dirasakan seperti tegang dan berat pada leher dan kepala dan memberat ketika beraktivitas - Skala nyeri 8 dan nyeri dirasakan menetap DO: <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah meningkat - Bradikardi - TTV: <ul style="list-style-type: none"> • TD: 200/100mmhg • N: 54x/menit • P: 20x/menit • S: 36,2°C - Tampak lesu/lemah - Hasil CT-Scan: infark cerebri bilateral, infark lama dan baru di kanan 	Embolisme	Risiko perfusi serebral tidak efektif

Analisa Data Sekunder

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak DO: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak rentang gerak (ROM) menurun 	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik

	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak gerakan terbatas - Tampak fisik lemah - Uji kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \mid 0 \\ \hline 5 \mid 0 \end{array}$		
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak tahu dimana dia berada - Keluarga pasien mengatakan pasien sering lupa sejak masuk rumah sakit dan sulit untuk mengingat sehingga pasien harus ditanya berulang-ulang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kebingungan - Tampak pasien sesekali tidak nyambung ketika diajak berbicara 	Gangguan sirkulasi ke otak	Gangguan Memori

Tabel 3.2

G. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Primer

No	Diagnosa Keperawatan
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko embolisme

Diagnosa Sekunder

No.	Diagnosa Keperawatan
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
2	Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak

Tabel 3.3 (Sumber : PPNI, 2016)

H. Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko embolisme (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Sakit kepala menurun - Nilai rata-rata tekanan darah membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolik membaik - Refleks saraf membaik (L.02014)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi (<i>head up</i> 30°) Manajemen Trombolitik (I.02055) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan agen trombolitik sesuai indikasi
2.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Mobilitas Fisik meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas Meningkat - Kekuatan otot Meningkat - Rentang gerak (ROM) - Kecemasan Menurun 	Dukungan Mobilsasi (I.05173) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185) Terapeutik

		- Kelemahan Fisik Menurun (L.05042)	<p>1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan melakukan rentang gerak pasif</p> <p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tingkat kemandirian</p> <p>2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Siapkan keperluan pribadi (Mis: sikat gigi dan sabun mandi)</p> <p>2. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>3. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
3.	Gangguan memori b/d gangguan sirkulasi ke otak (D.0062)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan memori meningkat dengan kriteria hasil:	<p>Latihan memori (I.06188)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi masalah memori yang dialami</p> <p>2. Identifikasi kesalahan terhadap orientasi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual meningkat - Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat - Verbalisasi pengalaman lupa menurun - Verbalisasi mudah lupa menurun <p>(L.09079)</p>	<p>3. Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan 2. Koreksi kesalahan orientasi 3. Fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal) 4. Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan
--	--	--	---

Tabel 3.4 (Sumber : PPNI, 2018)

I. Implementasi Keperawatan

Tanggal	Waktu	DP	Implementasi	Perawat
Rabu, 8 Juni 2022	07.30	I	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak K.U lemah, kesadaran compos mentis, hemiparese sinistra	Monika
	07.35	I	Memberikan oksigen Hasil: Diberikan nasal kanul 5liter/menit, tampak pasien nyaman	Monika
	07.45	I	Mengidentifikasi peningkatan tekanan intrakranial pasien: Hasil: Pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tengkuk, tampak pasien sadar penuh	Monika
	08.00	I, II, III	Memberikan obat Hasil: diberikan citicoline 1amp/ 8 jam/ IV clopidogrel 1x1/oral	Monika
	08.30	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial: Hasil: TTV: TD: 180/110 mmHg N: 54 x/menit P: 20 x/menit S: 36,2°C	Monika
	09.15	I	Memberikan posisi elevasi kepala 30°: Hasil: Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya, tampak saturasi O ₂ 97%	Monika
	10.00	II	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya:	Monika

			Hasil: Pasien mengatakan nyeri kepala dan tidak bisa menggerakkan sisi tubuh bagian kirinya, pasien juga mengatakan nyeri saat bergerak	
10.30	II	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tidak mampu menggerakkan sisi tubuh bagian kirinya	Monika	
11.30	II	Memonitor tingkat kemandirian Hasil: Tampak aktifitas pasien dibantu keluarga dan perawat Tampak kekuatan otot ekstremitas kiri 0	Monika	
12.00	III	Mengidentifikasi masalah memori yang dialami Hasil: Pasien mengatakan tidak tahu dimana ia berada	Monika	
12.15	III	Mengidentifikasi kesalahan terhadap orientasi Hasil: Pasien tampak tidak bisa membedakan siang dan malam Tampak pasien disorientasi waktu, dan kebingungan.	Monika	
13.00	III	Mengoreksi kesalahan orientasi Hasil: Pasien mendengarkan apa yang dikatakan perawat bahwa saat ini siang bukan malam Tampak pasien sesekali tidak nyambung ketika diajak berbicara.	Monika	

14.00	III	Menstimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi Hasil: Perawat mengingatkan kepada pasien bahwa pasien baru saja selesai makan	Monika
14.40	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 180/100 mmHg N: 56 x/menit P: 20 x/menit S: 36,5°C	Novita
16.00	I, II, III	Melakukan Injeksi Obat Hasil: - Citicoline 1 amp/8 jam/IV - Diviti 1 Flc/24 jam/ SC	Novita
19.00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 170/90mmHg N: 56x/menit P: 18x/menit S: 36°C	Novita
19.30	I	Memberikan obat Hasil: Diberikan candesartan 16 mg / 24 jam / oral	Novita
20.00	I, II, III	Memberikan Obat Hasil: Diberikan Neurosanbe 1 amp/24jam/drips	Novita
21.30	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 180/100mmHg N: 60x/menit P: 22x/menit S: 36,4°C	Perawat
22.00	I, II, III	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil:	Perawat

			Tampak K.U lemah, kesadaran compos mentis, hemiparese sinistra	
	00.00		Memberikan injeksi obat Hasil: Diberikan citicoline 1 amp/ 8 jam/ IV	Perawat
	02.00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 180/100 mmHg N: 64 x/menit P: 20 x/menit S: 36,6°C	Perawat
	04.00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 170/90mmHg N: 70 x/menit P: 20 x/menit S: 36°C	Perawat
	06.00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 170/90mmHg N: 70 x/menit P: 18x/menit S: 36°C	Perawat
Kamis, 09 Juni 2022	07.30	I, II, III	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak KU lemah, kesadaran compos mentis, hemiparese sinistra Tampak pasien gelisah.	Monika
	08.00	I, II, III	Memberikan obat Hasil: Diberikan citicoline 1 amp/ 8 jam/ IV Clopidogrel 1 tab/24jam/oral	Monika
	08.15	I, II, III	Melakukan observasi TTV Hasil: TD: 180/100 mmHg S: 36,7°C	Monika

			N: 72 x/menit P: 20 x/menit SPO ₂ : 97%	
	08.30	I	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: Pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tengkuknya terasa tegang. Tampak pasien compos mentis	Monika
	09.00	I	Memberikan posisi head up 30° Hasil: Tampak kepala pasien dalam posisi 30° dibantu dengan bantal dan pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan	Monika
	09.45	II	Memberikan latihan ROM pasif Hasil: Tampak pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas kiri, tidak ada kontraktur dan kekuatan otot 0	Monika
	10.00	II	Memonitor tingkat kemandirian Hasil: tampak aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat	Monika
	10.30	II	Mendampingi pasien perawatan diri (mandi, dan berpakaian) Hasil: Pasien masih sulit melakukan perawatan diri secara mandiri, masih harus dibantu oleh perawat.	Monika
	11.35	III	Menstimulasi memori dengan pikiran yang terakhir kali diucapkan Hasil: Pasien mengatakan tidak ingat dengan yang terakhir ia ucapkan	Monika

12.00	II	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Keluarga pasien tampak membantu pasien untuk menggerakkan ekstremitas kirinya yang lemah	Monika
13.45	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TD: 170/90 mmHg S: 36,8 °C N: 76 x/menit P: 20 x/menit	Monika
14.00	I, II, III	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemah dan tidak dapat menggerakkan ekstremitas kiri, dan kesadaran compos mentis	Novita
14.15	I, II, III	Mengobservasi TTV Hasil: TD: 170/90 mmHg S: 36°C N: 76 x/menit P: 20 x/menit	Novita
15.00	I	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil: TD : 170/90 mmHg N : 76 x/menit Kesadaran compos mentis Tampak tidak ada peningkatan TIK	Novita
15.30	II	Memfasilitasi kemandirian pasien dan bantu jika pasien tidak mampu Hasil: Tampak pasien dibantu untuk duduk ketika mau makan, dan didampingi saat makan karena pasien tidak mampu duduk seimbang	Novita

16.00	I, II, III	Melakukan injeksi obat : Hasil: diberikan citicoline 1amp/ 8 jam/ IV Diviti 1flc / 24 jam / SC	Novita
16.45	III	Menstimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi Hasil: Perawat mengatakan sekarang jam 4 sore dan pasien mengerti dan mengatakan saat ini jam 4 sore	Novita
17.00	II	Memberikan latihan ROM pasif Hasil: Tampak pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas kiri, tidak ada kontraktur dan kekuatan otot 0	Novita
18.00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TD: 170/90 mmHg S: 36,3°C N: 78x/menit P: 18 x/menit SPO ₂ : 97%	Novita
19.30	I	Melakukan pemberian obat Hasil: diberikan candesartan 16mg/24 jam / oral	Novita
20.00	I, II, III	Memberikan Obat Hasil: Diberikan neurosanbe 1 amp / 24jam / drips	Novita
21.00	I, II, III	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemah, kesadaran compos mentis, hemiparese sinistra	Perawat
22.00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TD: 160/90 mmHg S: 36,2°C	Perawat

			N: 74 x/menit P: 18 x/menit	
	00.00	I, II ,I II	Memberikan injeksi obat Hasil: Diberikan citicoline 1 amp / 8 jam / IV	Perawat
	05.00	I, II, III	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak pasien lemah, tidak dapat menggerakkan ekstremitas kirinya, dan pasien compos mentis	Perawat
	06.00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TD: 170/110 mmHg S: 36,9°C N: 76 x/menit P: 18 x/menit	Perawat
Jumat, 10 Juni 2022	07.30	I	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak K.U lemah, kesadaran compos mentis, hemiparese sinistra	Novita
	07.45	I	Mengidentifikasi peningkatan tekanan intrakranial pasien: Hasil: Pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tengkuk, tampak pasien sadar penuh (compos mentis)	Novita
	08.00	I, II, III	Memberikan injeksi obat Hasil: Diberikan citicoline 1 amp / 8 jam / IV Clopidogrel 1 tab/24 jam/oral	Novita
	08.30	I	Memonitor tanda dan gejala peningkatan Tekanan Intrakranial: Hasil: TTV: TD: 160/110mmHg N: 54x/menit P: 20x/menit S: 36,2°C	Novita

08.45	I	Memberikan latihan ROM pasif Hasil: Tampak pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas kiri, tidak ada kontraktur dan kekuatan otot 0	Novita
09.15	I	Memberikan posisi head up 30° Hasil: Tampak pasien dalam posisi kepala 30° dan pasien merasa nyaman	Novita
10.00	II	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya: Hasil: Pasien mengatakan nyeri kepala dan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya	Novita
10.30	II	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas kiri dan sesekali pasien mengangkat tangan kirinya dengan tangan kanannya	Novita
11.30	II	Memonitor tingkat kemandirian Hasil: Tampak aktifitas pasien dibantu keluarga dan perawat	Novita
12.00	III	Mengidentifikasi masalah memori yang dialami: Hasil: Pasien mengatakan dirinya tahu bahwa dia berada di rumah sakit namun tidak tau alasan kenapa dia masuk rumah sakit	Novita
12.15	III	Mengidentifikasi kesalahan terhadap orientasi: Hasil:	Novita

		Pasien tampak tidak bisa membedakan siang dan malam	
13.00	III	Mengoreksi kesalahan orientasi Hasil: Perawat mengatakan saat ini pukul 13.00 siang hari dan pasien mendengarkan apa yang dikatakan perawat bahwa saat ini siang bukan malam	Novita
14.00	III	Menstimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi Hasil: Perawat mengingatkan bahwa pasien baru saja makan dan pasien mengatakan lupa kalau ia baru saja makan	Monika
14.40	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 180/100 mmHg N: 78 x/menit SPO ₂ : 98% P: 20 x/menit S: 36,5°C	Monika
16.00	I, II, III	Melakukan Injeksi Obat Hasil: -Citicoline 1 amp/8 jam/IV -Diviti 1 Flc/24 jam/ SC	Monika
17.30	II	Memberikan latihan ROM pasif Hasil: Tampak pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas kiri, tidak ada kontraktur dan kekuatan otot 0	Monika
19.00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 140/90mmHg N: 60x/menit P: 18x/menit S: 36°C	Monika
19.30	I	Melakukan pemberian obat	Monika

		Hasil: diberikan candesartan 16mg / 24 jam / oral	
20.00	I, II, III	Memberikan Obat Hasil: Neurosanbe 1 amp/24 jam/drips	Monika
21.00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 170/100mmHg N: 74x/menit P: 22x/menit S: 36,4°C	Monika
22.00	I, II, III	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: Tampak K.U lemah, kesadaran compos mentis, hemiparese sinistra	Perawat
00.00	I, II, III	Memberikan injeksi citicoline Hasil: Diberikan citicoline 1 amp / 8 jam / IV	Perawat
02.00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 160/90 mmHg N: 80 x/menit P: 20 x/menit S: 36,6°C	Perawat
04.00		Mengobservasi TTV: Hasil: TTV: TD: 170/90 mmHg N: 80 x/menit P: 20 x/menit S: 36°C	Perawat

Tabel 3.5

J. Evaluasi Keperawatan

Tanggal	DP	Evaluasi S O A P	Perawat
Rabu, 8 Juni 2022	I	<p>S: - Pasien mengatakan sakit kepala</p> <p>O: - Tekanan darah meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bradikardi - TTV: <p style="margin-left: 40px;">TD: 170/90mmHg S: 36°C</p> <p style="margin-left: 40px;">N: 56x/menit P: 18x/menit</p> <p style="margin-left: 40px;">SPO₂: 97%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi penyebab peningkatan TIK -Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia) -Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang -Berikan posisi (<i>head up 30°</i>) <p>Manajemen Trombolitik</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Berikan agen trombolitik sesuai indikasi 	Novita
	II	<p>S: - Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak <p>O: - Tampak pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak aktifitas pasien dibantu keluarga dan perawat - Tampak kekuatan otot ekstremitas kiri 0 <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Novita

	<p>Dukungan Mobilsasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya -Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Teknik Latihan Penguatan Sendi</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ajarkan melakukan rentang gerak pasif <p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitor tingkat kemandirian -Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Siapkan keperluan pribadi (Mis: sikat gigi dan sabun mandi) -Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri -Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	
III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak tau dimana dia berada - Pasien mengatakan saat ini siang bukan malam - Pasien tidak ingat jika ia sudah makan 	Novita

		<p>O: - Tampak pasien masih kebingungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak masih disorientasi waktu - Tampak pasien sesekali tidak nyambung ketika diajak berbicara <p>A: Masalah gangguan memori belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>Latihan memori</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi masalah memori yang dialami -Identifikasi kesalahan terhadap orientasi -Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan -Koreksi kesalahan orientasi -Fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal) -Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 	
Kamis 09 Juni 2022	I	<p>S: - Pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tengkuk nya terasa berat</p> <p>O: - Tekanan darah belum stabil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi TTV : TD: 170/100mmHg S: 36,4°C N: 74x/menit P: 22x/menit SPO₂ : 97% - Tampak pasien gelisah <p>A: Masalah risiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Novita

	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi penyebab peningkatan TIK -Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia) -Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang -Berikan posisi (<i>head up 30°</i>) <p>Manajemen Trombolitik</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Berikan agen trombolitik sesuai indikasi 	
II	<p>S: - Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan ekstremitas kirinya sama sekali</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidak bisa mandi sendiri dan beberapa aktivitas lainnya perlu dibantu perawat <p>O: - Tampak kekuatan otot ekstremitas kiri 0</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak gerakan terbatas - tampak pasien dibantu untuk duduk ketika mau makan, dan didampingi saat makan karena pasien tidak mampu duduk seimbang <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Dukungan Mobilsasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya -Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p>	Novita

	<p>-Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Teknik Latihan Penguatan Sendi Terapeutik</p> <p>-Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif</p> <p>Edukasi</p> <p>-Ajarkan melakukan rentang gerak pasif</p> <p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi</p> <p>-Monitor tingkat kemandirian</p> <p>-Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>-Siapkan keperluan pribadi (Mis: sikat gigi dan sabun mandi)</p> <p>-Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>-Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>-Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	
III	<p>S: - Pasien mengatakan tidak ingat dengan yang terakhir ia ucapkan</p> <p>- Perawat mengatakan sekarang jam 4 sore dan pasien mengerti dan mengatakan saat ini jam 4 sore</p> <p>O: - tampak pasien kebingungan</p> <p>- tampak pasien kadang tidak nyambung diajak berbicara</p> <p>A: Masalah gangguan memori belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi Latihan memori</p>	Monika

		<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi masalah memori yang dialami -Identifikasi kesalahan terhadap orientasi -Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan -Koreksi kesalahan orientasi -Fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal) -Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 	
Jumat, 10 Juni 2022	I	<p>S: - Pasien mengatakan kepalanya masih sakit</p> <p>O: - Tekanan darah belum stabil TD: 170/100mmHg S: 36,4°C N: 74x/menit P: 22 x/menit SPO₂ : 98%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi penyebab peningkatan TIK -Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia) -Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang -Berikan posisi (<i>head up 30°</i>) <p>Manajemen Trombolitik</p>	Monika

		<p>Terapeutik</p> <p>-Berikan agen trombolitik sesuai indikasi</p>	
II		<p>S: - Pasien mengatakan belum mampu menggerakkan sisi tubuh bagian kiri</p> <p>O: - Tidak ada kontraktur dan kekuatan otot 0</p> <p>- Tampak aktifitas pasien dibantu keluarga dan perawat</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>Dukungan Mobilsasi</p> <p>Observasi</p> <p>-Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>-Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>-Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Teknik Latihan Penguatan Sendi</p> <p>Terapeutik</p> <p>-Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif</p> <p>Edukasi</p> <p>-Ajarkan melakukan rentang gerak pasif</p> <p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi</p> <p>-Monitor tingkat kemandirian</p> <p>-Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>-Siapkan keperluan pribadi (Mis: sikat gigi dan sabun mandi)</p> <p>-Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>-Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>Edukasi</p>	Monika

		-Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	
III		<p>S: - Pasien mengatakan lupa kalau ia baru saja makan</p> <p>O: - Pasien tampak tidak bisa membedakan siang dan malam</p> <p>- Perawat mengatakan saat ini pukul 13.00 siang hari dan pasien mendengarkan apa yang dikatakan perawat bahwa saat ini siang bukan malam</p> <p>- Perawat mengingatkan bahwa pasien baru saja makan dan pasien mengatakan lupa kalau ia baru saja makan</p> <p>A: Masalah gangguan memori belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>Latihan memori</p> <p>Observasi</p> <p>-Identifikasi masalah memori yang dialami</p> <p>-Identifikasi kesalahan terhadap orientasi</p> <p>-Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi</p> <p>Terapeutik</p> <p>-Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan</p> <p>-Koreksi kesalahan orientasi</p> <p>-Fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal)</p> <p>-Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi</p> <p>Edukasi</p> <p>-Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p>	Novita

Tabel 3.5

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama Obat: Candesartan
2. Klasifikasi/Golongan Obat: Candesartan termasuk ke dalam obat golongan angiotensin receptor blockers (ARB).
3. Dosis Umum: Dewasa: 8mg/hari. Dosis dapat disesuaikan dengan respon tubuh pasien. Dosis maksimal 32mg/hari
4. Dosis untuk pasien: Candensartan 16mg 1x/24 jam/tablet
5. Cara pemberian obat:
 - a. Candesartan diberikan diberikan sekali sehari sebelum atau setelah makan.
 - b. Candesartan dapat diberikan bersamaan dengan obat antihipertensi lain.
 - c. Penggunaan pada anak-anak dan remaja, tidak ada pengalaman tentang keamanan dan efikasi pemberian candesartan pada anak-anak dan remaja.
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Candesartan termasuk ke dalam obat golongan angiotensin receptor blockers (ARB) yang 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:
 - a. Pada pasien Hipertensi
 - b. Pengobatan pada pasien dengan gagal jantung dan gangguan fungsi sistolik ventrikel kiri (LVEF \leq 40%) ketika obat penghambat ACE tidak ditoleransi.
8. Kontraindikasi:
 - a. Pasien yang hipersensitif terhadap *candesartan* atau komponen yang terkandung dalam formulasinya.
 - b. Wanita hamil dan menyusui

c. Gangguan hati yang berat dan/ kolestasis

9. Efek Samping:

Efek samping terjadi pada 1% atau lebih pasien yang menerima *Candesartan* meliputi back pain, pusing, infeksi saluran pernafasan atas, faringitis, dan rinitis. Kejadian efek samping tidak dipengaruhi usia, jenis kelamin, atau ras.

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama Obat: Citicoline
2. Klasifikasi/Golongan Obat: Neurotonik
3. Dosis Umum: 250mg/12jam
4. Dosis untuk pasien: 1amp/8jam
5. Cara pemberian obat: Injeksi/IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Mengatasi kerusakan pada jaringan otak akibat penyakit atau trauma
7. Alasan pemberian obat pada pasien:
Karena pasien mengalami kerusakan fungsi otak
8. Kontraindikasi:
Penderita yang hipertensiv pada citicoline dan komponen obat ini
9. Efek Samping:
Insomnia, sakit kepala, tekanan darah tinggi dan rendah, penglihatan terganggu, sakit pada bagian dada

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama Obat: Diviti
2. Klasifikasi/Golongan Obat: Obat Keras
3. Dosis Umum: 2,5mg/hari
4. Dosis untuk pasien: 1flc /SC
5. Cara pemberian obat: Subcutan
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Diviti merupakan antikoagulan obat yang digunakan untuk mencegah dan mengobati penyakit deep vein trombosis (DVT), yaitu suatu kondisi yang menyebabkan terbentuknya gumpalan darah dan penyumbatan dipembuluh darah tungkai. Diviti digunakan untuk pencegahan venous thromboembolic evens (VTE) pada pasien yang menjalani pembedahan ortopedi mayor pada anggota bagian bawah seperti fraktur tulang pinggul, oprasi penggantian lutut, pasien menjalani operasi perut yang beresiko komplikasi tromboemboli, pasien yang berisiko komplikasi tromboemboli karena penyakit akut, pengobatan akut deep vein trombosis, dan pengobatan akut plumonariembolism.
7. Alasan pemberian obat pada pasien:

Untuk mengobati penggumpalan darah di otak pada pasien
8. Kontraindikasi:
 - a. Hipersensitif terhadap komponen obat
 - b. Perdarahan aktif
 - c. Endokarditis bakterial akut (infeksi pada lapisan bagian dalam jantung)
 - d. Gangguan ginjal berat (kreatinin klirens <20mL/Liter).

9. Efek Samping:

Anemia, perdarahan (di berbagai tempat termasuk kasus jarang seperti perdarahan intracranial, intraserebral, retroperitoneal), purpura (peradangan pembuluh darah), hematoma (kumpulan darah tidak normal diluar pembuluh darah), hematuria (darah dalam urine), hemoptisis (batuk darah), perdarahan gusi.

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama Obat: Neurosanbe
2. Klasifikasi/Golongan Obat: Obat Bebas
3. Dosis Umum: 3ml/ 24jam
4. Dosis untuk pasien:3ml/12 Jam
5. Cara pemberian obat: Drips/IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Obat ini bekerja menormalkan pembentukan sel darah merah dan jaringan
7. Alasan pemberian obat pada pasien:
Masalah pada saraf, defisiensi vitamin B, serta masa pemulihan
8. Kontraindikasi:
Hindari pemberian Neurosanbe pada pasien yang hipersensitif terhadap vitamin B
9. Efek Samping:
 - a. Mati rasa
 - b. Kesemutan
 - c. Masalah pada indera peraba

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama Obat : Clopidogrel
2. Klasifikasi/golongan obat : Obat antiplatelet
3. Dosis Umum : 1 kali 1 tablet (75 mg)
4. Dosis untuk pasien : 1 tablet (75 mg) / 24 jam
5. Cara pemberian obat pada pasien : rute oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Obat ini bekerja dengan cara mencegah trombosit atau sel keping menempel dan membentuk gumpalan darah
7. Alasan pemberian obat pada pasien:
Untuk mencegah atau mengobati penyumbatan pembuluh darah dan membantu melancarkan peredaran darah
8. Kontraindikasi:
Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipersensitif terhadap clopidogrel dan perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intracranial
9. Efek samping:
Sakit kepala, pusing, ruam, insomnia, gangguan gastrointestinal (seperti sembelit atau muntah)

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Berikut penulis akan melakukan pembahasan asuhan keperawatan pada Ny R dengan diagnosis medis Non Hemoragik Stroke yang dirawat di Ruang ICU RS Stella Maris pada tanggal 7-9 Juni 2022.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny.R didapatkan diagnose utama yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko embolisme. Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu hipertensi atau tekanan darah tinggi 200/100mmHg, pasien mengeluh sakit kepala dan tegang pada leher, dan didapatkan hasil CT-Scan kepala infark lama dan baru disebelah kanan. 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 skali suplai oksigen. Sedangkan sel-sel otak yang masih iskemik (penumbra) suplai oksigennya berkurang. Sehingga tujuan diagnosa ini diangkat untuk menyelamatkan sel-sel otak yang masih iskemik (area penumbra). Pada kasus Ny R hasil CT scan tidak ditemukan adanya edema cerebri. Hal ini yang 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, sehingga harus segera diselamatkan.

Stroke yang terjadi pada pasien merupakan stroke berulang, dimana pasien pernah mengalami stroke pertama 3 tahun yang lalu. Dari hasil pengkajian keluarga mengatakan pasien tidak rutin minum obat hipertensi dan menyukai makanan yang berlemak yaitu coto dan

gorengan. Hal ini sesuai dengan teori bahwa hipertensi yang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko stroke iskemik, karena hipertensi terjadi penyempitan lumen pembuluh darah.

Intervensi keperawatan utama yang diberikan yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial yang meliputi tindakan observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK (edema serebral), monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia), dan monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), tindakan terapeutik: memberikan posisi semi fowler 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 mendapatkan suplai oksigen yang cukup dan otak dapat bekerja sesuai dengan fungsinya. Intervensi lainnya untuk mengatasi masalah perfusi serebral tidak efektif yaitu manajemen trombolitik pada tindakan terapeutik: berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi O₂ >94%, dan berikan agen trombolitik sesuai indikasi. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk merekanalisisasi arteri yang tersumbat melalui penghancuran trombus untuk menyelamatkan jaringan otak yang mengalami iskemia (penumbra). Terapi trombolitik yang diberikan kepada pasien yaitu terapi diviti dan clopidogrel yang berguna untuk mencegah terbentuknya gumpalan darah dan penyumbatan di pembuluh darah (tromboemboli).

Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari. Adapun evaluasi yang ditemukan pada pasien setelah pelaksanaan implementasi selama 3 hari yaitu masalah belum teratasi, dimana tekanan darah pasien belum stabil, keluhan sakit kepala masih dirasakan, dan refleks saraf masih pada sisi tubuh bagian kiri masih negatif

Adapun diagnosis keperawatan yang kedua pada kasus Ny R adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu pasien tidak dapat menggerakkan sisi tubuh bagian kiri, kekuatan otot ekstremitas kiri menurun dengan skor 0. 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 motorik ini. Rusaknya jalur motorik ini menyebabkan pasien stroke mengalami disfungsi motorik hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada satu sisi tubuh). Disfungsi motorik ini menyebabkan pasien stroke mengalami kemunduran fungsi mobilitas, keterbatasan kemampuan melakukan motorik halus dan motorik kasar (Sari et al., 2015). 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). Hal ini sejalan dengan hasil CT scan pada Ny. R yang menunjukkan adanya infark serebri kanan, yang bermanifestasi pada kelemahan motorik yang dialami Ny. R pada ekstremitas kiri

Intervensi keperawatan utama untuk masalah gangguan mobilitas fisik yang diberikan yaitu dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri. Intervensi dukungan mobilisasi meliputi observasi: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, tindakan terapeutik: libatkan

keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, serta intervensi teknik latihan penguatan sendi pada tindakan terapeutik: berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif, dan tindakan edukasi: ajarkan melakukan latihan rentang gerak pasif. Intervensi ini bertujuan mencegah kontraktur pada sendi. 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. Intervensi lainnya yaitu dukungan perawatan diri yang meliputi observasi: monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan, tindakan terapeutik: siapkan keperluan pribadi (mis: sikat gigi dan sabun mandi), dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, dan tindakan edukasi: anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Intervensi ini bertujuan untuk membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien atau *activity daily living* (ADL). Kelemahan motorik akibat penyakit stroke tersebut menyebabkan pasien mengalami *selfcare deficit* atau ketergantungan kepada orang lain dan membutuhkan bantuan keperawatan secara berkesinambungan. Pada umumnya penderita stroke akan menjadi bergantung pada bantuan orang lain dalam menjalankan aktifitas kehidupannya sehari-hari seperti makan dan minum, mandi, berpakaian dan sebagainya.

Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari dan 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, dan rentang gerak (ROM) belum ada dan fisik masih lemah.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny.R didapatkan pula diagnosa ketiga yaitu gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak. Tanda dan gejala utama yang ditemukan pasien mengatakan tidak tahu dimana dia berada, keluarga pasien mengatakan pasien sering lupa sejak masuk rumah sakit dan sulit untuk mengingat sehingga pasien harus ditanya berulang-ulang. Hal ini bisa terjadi karena stroke tidak hanya menyebabkan gangguan kesehatan secara fisik maupun psikososial tetapi juga menyebabkan gangguan kognitif (Nurani et al., 2019). Kerusakan otak kanan dan kiri memberikan gejala yang berbeda. Kerusakan otak pada sisi kanan akan menyebabkan gangguan persepsi fungsi visuospasial, visuomotor, ingatan, visual, dan koordinasi. Risiko gangguan kognitif berhubungan dengan usia, pendidikan dan pekerjaan. Mekanisme gangguan kognitif dapat terjadi karena adanya lesi neuroanatomi yang disebabkan oleh stroke pada lokasi yang strategis seperti hipokampus dan lesi pada jaringan putih di otak.

Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu latihan memori yang meliputi tindakan observasi: identifikasi masalah memori yang dialami, identifikasi kesalahan terhadap orientasi, monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi, tindakan terapeutik: stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan, koreksi kesalahan orientasi, fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal), stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi, tindakan edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur latihan. Intervensi ini bertujuan untuk memperbaiki fungsi memori pasien, dengan cara mengingatkan pasien tentang aktifitas yang baru saja dilakukan seperti ketika pasien diberikan makan perawat mengatakan “ibu, saat ini sedang makan ya”, atau “ibu saat ini jam 12 siang”. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rahayu &

Rustiana (2011) bahwa salah satu solusi untuk memperbaiki fungsi memori adalah dengan mengaktifasi otak pada masa regenerasi saraf. Lebih lanjut efek yang diperlihatkan adalah perbaikan dalam hal fungsi kognitif global, terutama terhadap fungsi memori. Upaya aktifasi otak diperlukan latihan yang berulang dan kesabaran sampai terjadi aktifasi otak. Menurut Yanuar et al. (2020) bahwa terapi memori otak sangat bermanfaat dalam mengembalikan fungsi kognitif dan ingatan pada penderita stroke non hemoragik.

Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari dan evaluasi yang ditemukan pada pasien yaitu masalah belum teratasi, yang ditandai dengan pasien masih belum mampu mengingat beberapa kegiatan yang pasien lakukan, dimana verbalisasi kemampuan mengingat informasi factual, mengingat peristiwa, pengalaman lupa, dan mudah lupa masih dialami.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul *Evidence Based Nursing* (EBN)

Judul *evidence based nursing* yang digunakan penulis yaitu “Pengaruh elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke”

Diagnosis keperawatan: risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko embolisme.

Luaran yang diharapkan: perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik, bradikardia membaik, refleks neurologis membaik.

Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN yaitu manajemen tekanan intrakranial pada tindakan observasi dan terapeutik. Pada tindakan observasi, penulis memonitor tanda atau gejala peningkatan tekanan intracranial (TIK), dan pada tindakan terapeutik, penulis memberikan posisi semi fowler.

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Elevasi kepala 30 derajat yaitu menaikkan kepala dari tempat tidur sekitar 30 derajat.

b. Tujuan/rasional EBN pada kasus askep

Elevasi kepala 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.

c. PICOT EBN

1) P (*Problem/Population*)

Masalah penelitian: 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 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.

Tujuan penelitian: memastikan efek kepala atas posisi 30° terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pada pasien stroke di rumah sakit Dr. Soedarsono, Pasuruan.

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.

2) I (*Intervention*):

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 (*pretest*) terlebih dahulu dilakukan 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 *posttest*).

3) C (*Comparison*):

Intervensi yang dilakukan pada pasien berdasarkan jurnal EBN ini berhasil dilakukan dan berpengaruh pada pasien. Elevasi kepala digunakan untuk meningkatkan perfusi oksigen ke otak dan tampak pada pasien saturasi oksigen meningkat serta tidak ada deficit neurologis yang terjadi.

4) O (*Outcome*):

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 secara optimal serta memberikan kenyamanan bagi pasien stroke. Hasil yang didapatkan pada pasien tampak tidak ada deficit neurologis yang menandakan bahwa perfusi oksigen ke otak tercukupi.

5) T (Time):

Intervensi ini diberikan pada hari pertama dan dipertahankan selama 3 hari (Pertami et al., 2019).

2. Judul *Evidence Based Nursing* (EBN)

Judul *evidence based nursing* yang digunakan penulis yaitu “kombinasi posisi kepala 30° dan pasive range of motion terhadap skor NIHSS pada pasien stroke”

Diagnosis keperawatan: risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko embolisme.

Luaran yang diharapkan: perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik, bradikardia membaik, refleks neurologis membaik.

Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN yaitu manajemen tekanan intrakranial pada tindakan observasi dan terapeutik. Pada tindakan observasi, penulis memonitor tanda atau gejala peningkatan tekanan intrakranial (TIK), dan pada tindakan terapeutik, penulis memberikan posisi semi fowler.

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan:

Tindakan pemberian posisi kepala pasien stroke merupakan tindakan sangat penting. Tindakan pemberian posisi dan aktivitas merupakan tindakan rutin perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pasien stroke. Pemberian posisi kepala ditinggikan 30° pada pasien stroke iskemik dan dilakukan PROM secara periodik. pemberian posisi kepala pada pasien stroke iskemik yaitu pertahankan posisi tirah baring dua sampai tiga hari, posisi anatomis atau pemberian posisi kepala ditinggikan 15° sampai 30°.

b. Tujuan/Rasional EBN pada kasus asuhan keperawatan:

Pemberian posisi kepala ditinggikan sampai 30° bertujuan untuk memperbaiki hemodinamik serebral yang pada akhirnya meningkatkan hasil perawatan pasien stroke.

c. PICOT EBN

1) P (*Problem/Population*):

Masalah penelitian: 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 .

Tujuan penelitian: Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk memfasilitasi peningkatan CBF dan memperbaiki metabolisme serebral diantaranya monitor tanda vital, pemberian posisi, aktivitas dan mempertahankan suhu tubuh normal. Tindakan memberi posisi tidur pasien stroke dan aktivitas merupakan tindakan mandiri perawat. Posisi kepala pasien stroke berpengaruh pada hemodinamik

serebral yang nantinya akan meningkatkan hasil perawatan pasien stroke.

Population: Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 14 responden yang dibagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

2) I (*Intervention*):

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, 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.

3) C (*Comparison*):

Intervensi yang dilakukan pada pasien berdasarkan jurnal EBN ini berhasil dilakukan dan berpengaruh pada pasien. Elevasi kepala digunakan untuk meningkatkan perfusi oksigen ke otak dan tampak pada pasien saturasi oksigen meningkat serta tidak ada defisit neurologis yang terjadi.

4) O (*Outcome*):

Hasil penelitian berdasarkan jurnal ini dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang signifikan skor NIHSS sebelum dan setelah diberikan kombinasi posisi kepala 30° dan PROM pada pasien stroke. Tindakan ini juga berhasil diterapkan pada pasien ny. R dimana tidak ada kontraktur pada sendi dan tidak ada defisit neurologis yang terjadi lebih lanjut.

5) T (*Time*):

Posisi kepala 30° dan PROM dilakukan 2 kali dalam sehari selama 3 hari (Kusuma & Anggraeni, 2021)

3. Judul *Evidence Based Nursing* (EBN)

Judul *evidence based nursing* yang digunakan penulis yaitu “efektivitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke”

Diagnosis keperawatan: risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko embolisme.

Luaran yang diharapkan: perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik, bradikardia membaik, refleks neurologis membaik.

Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN yaitu manajemen tekanan intrakranial pada tindakan observasi dan terapeutik. Pada tindakan observasi, penulis memonitor tanda atau gejala peningkatan tekanan intracranial (TIK), dan pada tindakan terapeutik, penulis memberikan posisi semi fowler.

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan:

Elevasi kepala 30° adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan mensejajarkan ekstremitas dengan badan (YaDeau et al., 2019). Nilai SPO₂ adalah sebagai tolak ukur perfusi jaringan dalam darah yang bermaksud untuk memberikan tindakan yang cepat dalam mengatasi permasalahan sehingga tidak memperburuk kondisi pasien

b. Tujuan/rasional EBN pada kasus asuhan keperawatan:

Pada pasien stroke suplai oksigen berkurang karena terjadi kerusakan di otak, sehingga perlu mendapatkan bantuan secepat mungkin, sedangkan posisi ini bertujuan dalam

tindakan keperawatan adalah mencegah terjadinya defisit perfusi serebral dan masalah yang mengancam jiwa

c. PICOT EBN

1) P (*Problem/Population*):

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 tersumbatnya suplai darah menuju otak, sehingga fungsi saraf otak berhenti secara langsung dalam waktu cepat.

Tujuan penelitian: perfusi jaringan otak dapat diperbaiki dengan terapi non farmakologi, berupa posisi semi fowler, *high fowler*, atau posisi elevasi kepala sebagai intervensi keperawatan, yang dapat mempengaruhi proses pertukaran gas didalam tubuh. Pemberian posisi *head up* sangat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik dengan memperlancar aliran darah menuju otak dan meningkatkan oksigenasi ke serebral.

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.

2) I (*Intervention*):

Data penelitian ini berbentuk *literature review*, pengambilan data ini dari hasil penelitian sebelumnya. PICO framework sebagai strategi dalam pencarian artikel. Data didapat melalui sumber database *Google Scholar*, *Proquest* dan *Pubmed*. Sebanyak 25 artikel yang dilakukan screening judul dan abstrak. Setelah dilakukan penyaringan terdapat 9 artikel yang akan dikaji kualitasnya dan disintesis dalam laporan literatur *review* kali ini. Tahap selanjutnya yaitu pengkajian secara full teks pada 9 artikel.

3) C (*Comparison*):

Hasil dari 9 artikel yang dilakukan review pada penelitian ini menyatakan bahwa posisi elevasi kepala 0° dan 15° bisa digunakan dalam perbaikan SPO₂ dalam tubuh tetapi posisi elevasi kepala 30° lebih baik.

4) O (*Outcome*):

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 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.

5) T (*Time*):

Tindakan ini dilakukan pada hari pertama dan dipertahankan selama 3 hari. (Kiswanto & Chayati, 2021).

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, tinjauan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan pada Ny. R dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian: dari hasil yang didapatkan dari Ny.R faktor terjadinya NHS yaitu memiliki riwayat hipertensi 10 tahun yang lalu dan kolesterol, serta faktor usia lanjut 65 tahun, ditemukan infark cerebri bilateral, infark lama dan baru di kanan. Didapatkan pula data hemiparese sinistra dengan kekuatan otot 0, dan pasien sulit untuk mengingat hal hal yang sedang terjadi.
2. Diagnosa Keperawatan yang ditemukan pada Ny.R dengan NHS, yaitu: risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak.
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis: meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Intervensi untuk masalah risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu manajemen tekanan intrakranial, dan manajemen trombolitik. Intervensi untuk masalah gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi dengan intervensi pendukung teknik latihan penguatan sendi dan dukungan perawatan diri. Sedangkan intervensi untuk masalah gangguan memori yaitu latihan memori.

4. Implementasi keperawatan: Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan: dari hasil evaluasi tidak ada diagnosa yang teratasi yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan memori karena perawatan pasien NHS membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.
6. Penerapan EBN pada pasien Ny.R dengan NHS yaitu tentang memberikan posisi elevasi kepala 30 derajat, dengan tujuan meningkatkan perfusi dan oksigen ke otak.

B. Saran

Penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditujukan

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Diharapkan pihak rumah sakit khususnya ruang ICU, pentingnya monitor secara ketat penanganan pasien NHS selama fase akut dalam meningkatkan perfusi oksigen ke otak untuk menyelamatkan sel-sel yang iskemik (penumbra).

2. Bagi Profesi Keperawatan

Untuk perawat diharapkan agar memantau perkembangan defisit neurologi pada pasien sebagai gambaran perfusi jaringan serebal.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi institusi pendidikan khususnya bagi bidang keperawatan dan dapat dijadikan salah satu pembelajaran khususnya dalam tindakan keperawatan pada pasien NHS untuk meningkatkan perfusi oksigen ke otak.

DAFTAR PUSTAKA

- Afandy, I. (2018). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan Tn . B dengan Diagnosa Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan Inovasi Pemberian Pelatihan Pemasangan Puzzle Jigsaw terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samar.*
- Candra, K. Y., & Rakhma, T. (2015). *Seorang Laki-Laki 60 Tahun Dengan Stroke Non Hemoragik Dan Pneumonia.* 252–258.
- Darotin, R., Nurdiana, & Nasution, T. H. (2017). *Analisis Faktor Prediktor Mortalitas Stroke Hemoragik Di Rumah Sakit Daerah Dr. Soebandi Jember.* *NurseLine Journal*, 2(2), 135–145.
- Dinata, C. A., Syafrita, Y., & Sastri, S. (2013). *Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012.* *Artikel Penelitian*, 2(2), 57–61.
- Elvarisya, S. (2021). *Anatomi Fisiologi Sistem Saraf Pusat* (pp. 1–20).
- Handayani, D., & Dominica, D. (2018). *Gambaran Drug Related Problems (DRP's) pada Penatalaksanaan Pasien Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik di RSUD Dr M Yunus Bengkulu.* *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 5(1), 36–44.
- Hisni, D., Saputri, M. E., & Sujarni. (2022). *Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Iskemik Di Instalasi Fisioterapi Rumah Sakit Pluit Jakarta Utara Periode Tahun 2021.* *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 1(1).
- Indra, I. (2012). *Aktivitas otonom.* 3, 180–186.
- Kemenkes. (2019). *Jenis-jenis Stroke.* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes. (2019). *Laporan Provinsi Sulawesi Selatan Riskesdas 2018.* Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Kemenkes. (2019). *Stroke* (R. Aprianda (ed.); pp. 03–06). Pusdatin Kemenkes.
- Kesuma, N. M. S. T., Dharmawan, D. K., & Fatmawati, H. (2019). *Gambaran faktor risiko dan tingkat risiko stroke iskemik berdasarkan stroke risk*

scorecard di RSUD Klungkung. *Original Article*, 10(3), 720–729.
<https://doi.org/10.15562/ism.v10i3.397>

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>

Morton, P. G., Fontaine, D., Hudak, C. M., & Gallo, B. M. (2013). *Keperawatan Kritis* (F. Ariani & A. O. Tampubolon (eds.); 8th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Neurologi*. Salemba Medika.

Nurani, R. S., Martini, S., & Marzela, F. (2019). *Risk Factors of Cognitive Impairment Post Ischemic Stroke*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(2), 295–302.

Pertami, S. B., Munawaroh, S., & Rosmala, N. W. D. (2019). *Pengaruh Elevasi Kepala 30 Derajat Terhadap Saturasi Oksigen Dan Kualitas Tidur Pasien Stroke*. 11(2), 134–145.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.

Purba, A. O. (2015). *Pelaksanaan Evaluasi Untuk Mengukur Pencapaian Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan*.

Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke. *Urnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 922–926.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.435>

Rahayu, U. B., & Rustiana, Y. (2011). *Aktifasi otak untuk meningkatkan kemampuan memori paska stroke*. 1–26.

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.

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













Wijaya, A. K. (2021). *Patofisiologi Stroke Non-Hemoragik Akibat Trombus.* 1–15.







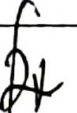








World Stroke Organization. (2022). *Global Stroke Factsheet* (pp. 2–25). WSO.

Yanuar, E., Warji, Sukarmin, Setianingrum, Y., & Estiningtyas. (2020). *Pengaruh Terapi Memori Terhadap Kemampuan Kognitif Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rsud Ra Kartini Jepara. Jurnal Perawat, 1(1), 8–14.*

Yogarajah. (2015). *Neurologi* (D. N. Lastri & F. Octaviana (eds.); 4th ed.). Elsevier Ltd.

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR

NO.	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN MAHASISWA	
				I	I	II
1.	07/06/2022	Mengajukan kasus "asuhan keperawatan pada pasien dengan NHS di ruang ICU RS Stella Maris Makassar"	Lanjutkan membuat pengkajian			
2.	10/06/2022	Asuhan keperawatan	Lengkapi asuhan keperawatan			
5.	17/06/2022	BAB II BAB III BAB IV	Perbaiki pathway sesuai konsep penyakit Perhatikan penyusunan intervensi – evaluasi Buat pembahasan sesuai kasus			
6.	20/06/2022	BAB II	Perbaiki pathway lebih sederhana			

		BAB IV	Tambahkan pembahasan mendalam sesuai diagnosa keperawatan yang diangkat			
7.	24/06/2022	BAB II BAB IV	Perbaiki Pathway Perbaiki susunan kalimat pada pembahasan asuhan keperawatan dan fokus pada kasus			
8.	27/06/2022	BAB IV	Tambahkan intervensi implementasi dan evaluasi yang dilakukan pada kasus			
9.	29/06/2022	BAB V	Perbaiki simpulan dan saran			
10	30/06/2022	BAB V	Perbaiki Simpulan dan Saran			

No.	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa	
				II	I	II
1.	17/06/2022	BAB I	Perhatikan tujuan khusus, sesuaikan dengan panduan			
2.	20/06/2022	BAB I	Tujuan dan manfaat sesuaikan panduan			
3	27/06/2022	BAB II	Perbaiki Penulisan			
4.	04/07/2022	BAB IV	Perbaiki pengetikan & spasi			