



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH

**SUSAN SOUHOKA (NS2214901160)
SUSANTI PALAMBA (NS2214901161)**

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

2023



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH

**SUSAN SOUHOKA (NS2214901160)
SUSANTI PALAMBA (NS2214901161)**

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

2023

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini, nama:

1. Susan Souhoka (NS2214901160)
2. Susanti Palamba (NS2214901161)

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

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

Makassar, 15 Juni 2023

Yang menyatakan,


Susan Souhoka


Susanti Palamba

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

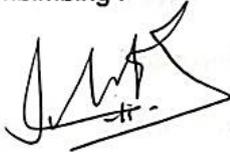
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa / Nim : 1. Susan Suhouka/ NS2214901160
2. Susanti Palamba/ NS2214901161

Disetujui oleh

Pembimbing I



(Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep)
NIDN: 0931126345

Pembimbing II



(Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep)
NIDN: 0921109102

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



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

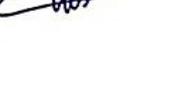
Nama : 1. Susan Suhouka (NS2214901160)
2. Susanti Palamba (NS2214901161)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) di Ruang
St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep ()
Pembimbing 2 : Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep ()
Penguji 1 : Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes ()
Penguji 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN ()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 15 Juni 2023

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

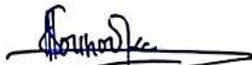
1. Susan Suhouka (NS2214901160)
2. Susanti Palamba (NS2214901161)

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, 15 Juni 2022

Yang menyatakan,


Susan Suhouka


Susanti Palamba

KATA PENGANTAR

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

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

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris.
3. Mathilda 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 Sambo, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
6. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris Makassar.
7. Yuliana Tola'ba, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir di STIK Stella Maris Makassar.
8. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir di STIK Stella Maris Makassar.

9. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
11. Segenap dosen beserta seluruh staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
12. Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin dan pengarahan untuk melaksanakan studi kasus di ruang Bernadeth III, Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
13. Teristimewa kepada orang tua tercinta dari Susan Souhoka (Lucas dan Lea) dan Susanti Palamba (Benni dan Rosina), kakak dan adik serta keluarga dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, nasihat, cinta dan kasih sayang serta bantuan moral dan material dalam menyusun karya ilmiah akhir ini.
14. Seluruh teman-teman seperjuangan mahasiswa/i angkatan 2022 Program Studi Profesi Ners, dan sahabat-sahabat yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung. Semoga kita semua bisa menjadi orang yang sukses dikemudian hari.

Akhir kata, kami berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir.

Makassar, 15 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN SAMBUNG | i |
| HALAMAN JUDUL | ii |
| PERNYATAAN ORISINALITAS | iii |
| HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN | v |
| HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI | vi |
| KATA PENGANTAR | vii |
| DAFTAR ISI | ix |
| Halaman Daftar Gambar | xi |
| Halaman Daftar Tabel | xii |
| Halaman Daftar Lampiran | xiii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Tujuan Penulisan | 4 |
| 1. Tujuan Umum | 4 |
| 2. Tujuan Khusus | 4 |
| C. Manfaat Penulisan | 4 |
| 1. Bagi Rumah Sakit | 4 |
| 2. Bagi Profesi Keperawatan | 5 |
| 3. Bagi Institusi Pendidikan | 5 |
| D. Metode Penulisan | 5 |
| E. Sistematika Penulisan | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Konsep Dasar | 7 |
| 1. Pengertian | 7 |
| 2. Anatomi Fisiologi | 7 |
| 3. Etiologi | 12 |
| 4. Patofisiologi | 16 |
| 5. Manifestasi Klinis | 17 |
| 6. Tes Diagnostik | 17 |
| 7. Penatalaksanaan Medis | 19 |
| 8. Komplikasi | 22 |
| B. Konsep Dasar Keperawatan <i>Non-Hemorrhagic Stroke</i> | 23 |
| 1. Pengkajian Keperawatan | 23 |
| 2. Diagnosis Keperawatan | 25 |
| 3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan | 25 |
| 4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>) | 33 |
| 5. Patoflow Diagram | 35 |
| BAB III PENGAMATAN KASUS | |
| A. Ilustrasi Kasus | 40 |
| B. Pengkajian | 41 |
| C. Diagnosis Keperawatan | 67 |
| D. Perencanaan Keperawatan | 68 |
| E. Implementasi Keperawatan | 72 |

| | |
|---|-----|
| F. Evaluasi Keperawatan | 80 |
| BAB IV PEMBAHASAN KASUS | |
| A. Pembahasan Askep | 89 |
| B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN) | 96 |
| BAB V SIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Simpulan | 104 |
| B. Saran | 106 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---------------------------------------|---|
| Gambar 2.1 Anatomi Otak Manusia | 7 |
|---------------------------------------|---|

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 3.1 Identifikasi Masalah | 64 |
| Tabel 3.2 Diagnosis Keperawatan | 67 |
| Tabel 3.3 Perencanaan Keperawatan | 68 |
| Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan | 72 |
| Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan | 80 |
| Tabel 4.1 Telaah jurnal metode picot | 99 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsultasi
- Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke masih menjadi salah satu masalah utama kesehatan yang cukup serius karena angka kematian dan kesakitan yang tinggi di dunia baik di negara maju maupun berkembang. Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak (serebrovaskuler) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (infrak serebral). Ini disebabkan karena adanya penyumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak sehingga pasokan darah dan oksigen ke otak menjadi berkurang dan menimbulkan serangkaian reaksi biokimia yang akan merusakkan atau mematikan sel-sel saraf otak (Arum, 2011).

Prevalensi stroke menurut data World Stroke Organization (WSO) 2019, menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi pada Negara berpendapatan rendah dan menengah. Prevalensi stroke bervariasi di berbagai belahan dunia (Laurin et al.,2022).

Di negara Indonesia sendiri berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari 7% menjadi 10,9%. Prevalensi penyakit stroke yang tinggal di daerah perkotaan lebih besar yaitu 63,9% dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan sebesar 36,1%. Berdasarkan data Riset Kesehatan Daerah tahun 2018 prevalensi stroke tertinggi terdapat di Kalimantan Timur (14.7%) dan yang terendah berada di Papua (4.1%). Sedangkan angka kejadian Stroke di Sulawesi Selatan yaitu sebesar 10,6%. Prevalensi penyakit stroke juga meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus stroke tertinggi adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan lebih banyak pria (11,1%)

dibandingkan dengan wanita (10,9%) (RISKESDAS, 2018).

Pada kasus *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) biasanya proses pengobatan sering kali mengalami kesulitan dalam menjalankan pengobatan. Pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit sering mengalami kesulitan dalam biaya pengobatan dikarenakan perawatan pasien stroke yang begitu lama dan memerlukan biaya pengobatan yang besar. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Aulia et al, (2017) dalam jurnalnya di jelaskan biaya langsung adalah biaya yang terkait dengan pelayanan kesehatan dan harus ditanggung oleh seorang pasien selama rawat inap di rumah sakit. Biaya langsung meliputi biaya rawat inap pasien per malam, biaya pemeriksaan, konsultasi, penunjang/laboratorium/alat, biaya tindakan medis, obat serta biaya administrasi, biaya tertinggi adalah biaya penunjang. Biaya penunjang terdiri dari biaya laboratorium, *CT-Scan*, *Sinar X* dan lainnya. Jenis biaya ini merupakan jenis biaya yang selalu merupakan biaya terbesar pada hampir keseluruhan penyakit lainnya dan biaya tidak langsung adalah biaya yang dikeluarkan untuk aktivitas yang tidak berhubungan langsung dengan proses pengobatan atau penyembuhan. Biaya tidak langsung pasien rawat inap terdiri dari biaya transportasi (pergi dan pulang dari rumah sakit).

Adapun kesulitan lainnya pasien tidak bisa berbicara jelas dan membuat perawat kesulitan untuk memahami apa yang disampaikan oleh pasien, tidak bisa bergerak dengan bebas karena hanya bisa terbaring di tempat tidur. Jarak rumah ke fasilitas kesehatan cukup jauh sehingga ketika pasien dipulangkan pasien kesulitan untuk pergi mengontrol kesehatannya. Penelitian yang dilakukan oleh Zahra dalam Neila Sulung et al. (2018) dalam penelitian juga menjelaskan semakin rendah penghasilan seseorang dapat mempengaruhi seseorang untuk memperoleh informasi tentang status kesehatan dan keterbatasan biaya menjangkau fasilitas kesehatan di masyarakat baik media informasi ataupun pusat pelayanan kesehatan. Panjang masa

pengobatan, beratnya suatu penyakit, dan harga obat yang mahal dapat menjadi faktor untuk munculnya beban finansial. Pada pasien stroke sebaiknya melakukan fisioterapi setelah keluar dari RS agar lebih mempercepat kesembuhan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Neila Sulung et al. (2018) terapi rehabilitasi diberikan kepada sebagian besar pasien setelah keluar dari rumah sakit. Namun, pasien mungkin tidak memperoleh manfaat maksimal dari terapi rehabilitasi karena faktor-faktor seperti akses terbatas ke penyedia yang tepat, peningkatan biaya yang mengurangi jumlah perawatan yang diberikan, kesulitan melakukan perjalanan untuk bertemu. Tindakan perawat secara menyeluruh dari berbagai aspek biologis, psikososial, spiritual yang dapat mencegah terjadi stroke serta komplikasi yang lebih serius. Penerapan *evidence based nursing* (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan hasil penelitian, untuk memberikan *outcome* yang lebih baik demi kesembuhan pasien.

Berdasarkan beberapa hasil penelitian, *mirror therapy* merupakan intervensi EBN yang sudah diteliti dan direkomendasikan pada pasien stroke. *mirror Therapy* telah banyak digunakan sebagai intervensi untuk meningkatkan status fungsional pada sensorik motorik dalam meningkatkan kekuatan otot. Penelitian yang dilakukan oleh Herman et al. (2021) menunjukkan yang menunjukkan outcome positif terhadap masalah stroke yang di alami pasien. Selain itu, study kasus yang dilakukan oleh Davit Herman et a. (2021) *mirror therapy* adalah bentuk rehabilitasi latihan yang mengandalkan dan melatih pembayangan atau imajinasi motorik pasien, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual kepada otak (saraf motorik serebral yaitu ipsilateral atau kontralateral untuk pergerakan anggota tubuh yang hemiparisis) melalui observasi dari pergerakan tubuh yang akan ditiru seperti cermin oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan (Maisyaroh et al., 2021).

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

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan status *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (ENB) di ruang St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1) Bagi Instansi Rumah Sakit

Membantu rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan

pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)*.

2) Bagi Profesi Keperawatan

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

3) Bagi Institusi Pendidikan

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

D. Metode Penulisan

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

1. Studi Kepustakaan

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

2. Studi Kasus

Penulis mengumpulkan dan menganalisis data-data melalui:

a. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga pasien serta pihak lainnya.

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan Fisik

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

d. Dokumentasi

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil test diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain Bab I Pendahuluan, dalam bab ini menguraikan tentang latarbelakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan Pustaka, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu Konsep Dasar Medik yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi, dan juga Konsep Dasar Keperawatan berupa pengkajian, diagnosis keperawatan, luaran dan perencanaan keperawatan, serta perencanaan pulang (*discharge planning*). Bab III Pengamatan Kasus, yang meliputi ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Bab IV Pembahasan Kasus, yang menguraikan pembahasan asuhan keperawatan dan pembahasan penerapan *evidence based nursing*. Bab V Penutup, yang terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

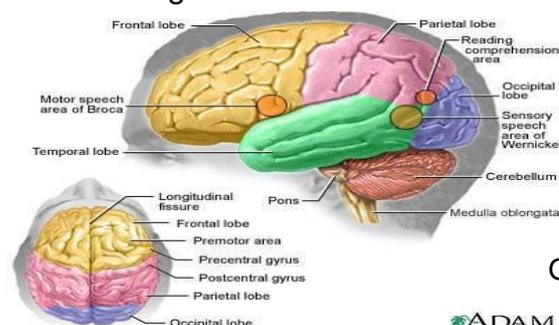
Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) merupakan tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak (Kabi et al., 2015).

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Ratnasari, 2020).

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) adalah penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak berhenti sebagian atau seluruhnya (Haryanti H, 2013).

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

2. Anatomi Fisiologis



Gambar 2.1 Anatomi Otak
(Sulistiyawati, 2020).

a. Otak

Otak merupakan pusat kendali fungsi tubuh yang rumit dengan sekitar 100 miliar sel saraf, walaupun berat total otak hanya sekitar 2,5% dari berat tubuh, 70% oksigen dan nutrisi yang diperlukan tubuh ternyata digunakan oleh otak. Otak tidak mampu menyimpan nutrisi agar bisa berfungsi, otak tergantung dari pasokan darah, yang secara kontinyu membawa oksigen dan nutrisi. Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu :

- 1) Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensori (rasa) dan kontrol gerakan yang halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu:
 - a) Lobus frontalis, adalah bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di area brocca untuk kontrol motorik bicara.
 - b) Lobus temporalis, terdapat di bawah lateral dari fisura serebralis dan didepan lobus oksipitalis. Berfungsi dalam integrasi somatisasi, pendengaran dan pengelihatian.
 - c) Lobus parietalis, adalah daerah korteks yang terletak dibelakang sulkus sentralis, diatas fisura lateralis dan meluas kebelakang fisura parieto-oksipitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.
 - d) Lobus oksipitalis, adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak disebelah posterior dari lobus parietalis dan diatas fisura-fisura parieto-oksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata (Sulistiyawati, 2020).

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

sebelah bawah di sebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata. Pons varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesenfalon dan pons varoli dengan serebelum, terletak di depan serebelum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu penghubung antara kedua bagian serebelum dan pusat saraf nervus trigeminus.

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

b. Saraf Kepala

Susunan saraf terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak dan melewati lubang yang terdapat pada tulang tengkorak, berhubungan erat dengan otot panca indra telinga, hidung, lidah dan kulit.

Saraf kepala terbagi menjadi dua belas yaitu:

- 1) Nervus olfaktorius: sensorik sensasi bau dan penciuman.
- 2) Nervus optikus: sensorik bola mata, ketajaman pengelihatan.
- 3) Nervus okulomotorius: bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot pergerakan bola mata), menghantarkan serabut-serabut para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- 4) Nervus troklearis: bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf pergerakan mata.
- 5) Nervus trigeminus: bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang, fungsinya sebagai saraf

kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar, sarafnya yaitu:

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

- 11) Nervus asesorius: saraf ini mensarafi muskulus sternocleidomastoid dan muskulus trapezium, fungsinya sebagai saraf tambahan.
- 12) Nervus hipoglasus: saraf ini mensarafi otot-otot lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyambung (Sulistiyawati, 2020).

3. Etiologi

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Ernasari et al., 2023).

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

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

1. Umur

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

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

2. Hipertensi

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

3. Diabetes mellitus

Pada penderita DM, khususnya non insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor resiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intrakranial maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil,

missal pembuluh darah penentrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposisi hialin, produk lipid amorphous, dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami aterosklerosis tersebut dan selanjutnyadapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imaging.

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

4. Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah

Kenaikan level *low density lipoprotein* (LDL) merupakan faktor penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol di atas 240 mg%. setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 m mol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke.

5. Merokok

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

Perlu diketahui merokok memicu produksi fibrinogen (faktor pengumpul darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

6. Stress

Stress yaitu suatu reaksi adaptif bersifat sangat individual, sehingga respon stress akan sangat berbeda antar individu. Stress yang terus menerus dapat menimbulkan gejala seperti sakit kepala, mudah marah, tidak bisa tidur yang dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan fisik maupun psikis. Stress yang bersifat konstan dan terus menerus mempengaruhi kinerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memproduksi hormon adrenalin, tiroksin, dan kortisol sebagai hormon utama stress akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistem homeostasis. Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sistem saraf simpatis berpengaruh terhadap kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksi selain meningkatkan basal metabolisme rate (BMR), juga menaikkan denyut jantung dan frekuensi napas. Peningkatan denyut jantung inilah yang akan memperberat aterosklerosis.

7. Jenis kelamin

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

8. Kebiasaan mengkonsumsi alcohol

Mengkonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma,

peningkatan plasma homosistensi, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan terjadinya stroke. Mengonsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat trombosit sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin.

4. Patofisiologi

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

Thrombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan akan terbawah hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen. Sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Sulistiyawati, 2020).

5. Manifestasi klinis

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

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

Gejala stroke dikenal dengan istilah FAST:

- a) *Face* (Wajah); salah satu sisi mulut atau wajah terlihat turun sebelah atau tidak simetris
- b) *Arms drive* (gerakan lengan); salah satu lengan mati rasa atau lemah. Atau jika kedua tangan diangkat, salah satu tangan terlihat lebih turun dari lengan satunya
- c) *Speech* (Bicara); sulit berbicara, berbicara tetapi tidak jelas atau bahkan tidak dapat berbicara
- d) *Time* (waktu); segera cari pertolongan medis (Retnaningsih, D. 2023).

6. Tes Diagnostik

Menurut Praditiya (2017) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)* adalah sebagai berikut:

a. *CT-Scan*

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

b. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

c. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan darah rutin

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

d. Elektro encefalography

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

e. Angiografi serebral

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

f. Sinar X tengkorak

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

g. Ultrasonography Doppler

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

h. Magnetic resonance imagine (MRI)

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Tekanan meningkat dan cairan

mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnois/ perdarahan intracranial.

7. Penatalaksanaan Medik

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

a. Farmakologi

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

1) Fibrinolitik / trombolitik (rtPA)

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

2) Antikoagulan

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

3) Antiplatelet

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

4) Antihipertensi

Pasien dapat menerima rtAP namun tekanan darah $>185/110$ mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg/iv selama 1-2 menit, dapat diulang satu kali atau

a) nikardipin 5 mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam, setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai $<185/110$ mmHg, maka jangan diberikan rtPA.

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

b. Non Farmakologi

1) Fase akut

a) Letakan posisi kepala pasien pada posisi 30° , kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap dua jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.

- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
 - c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
 - d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonic, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-200 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
 - e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg%, dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
 - b) Pertahankan integritas kulit
 - c) Pertahankan komunikasi yang efektif
 - d) Program manajemen *bladder* dan *bowel*
 - e) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).
 - f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
 - g) Persiapan pasien pulang
- 3) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrocefalus obstruksi akut.

8. Komplikasi

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

a. Kekakuan otot sendi

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

b. Dekubitus

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

c. Bekuan darah

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

d. Pneumonia

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

e. Stress atau depresi

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

f. Nyeri pundak dan sublaxation/dislokasi

Gerakan ganti pakaian atau saat ditopang orang lain dapat menyebabkan rusaknya otot pada sekitar bahu yang mengontrol sendi, maka dari itu lengan pasien stroke diletakkan papan atau kain untuk menahan agar tidak terkulai.

g. Pembengkakan otak.

h. Infeksi: saluran kemih, paru (pneumonia aspirasi).

- i. Kardiovaskuler: gagal jantung, serangan jantung, emboli paru.
- j. Gangguan proses pikir dan ingatan: demensia (pikun).

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Menurut Sulistiyawati. (2020) proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian yang digunakan dalam pengumpulan data menggunakan pengkajian 11 pola gordon:

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- 1) Data subjektif: adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol, merokok.
- 2) Data objektif: hipertensi arterial sehubungan adanya embolisme.

b. Pola nutrisi dan metabolik

- 1) Data subjektif: nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.
- 2) Data objektif: terjadinya kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

c. Pola eliminasi

- 1) Data subjektif: perubahan pada perkemihan seperti inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan) dan bising usus negatif (*ileusparalitik*).

- d. Pola aktivitas dan latihan
 - 1) Data subjektif: merasa sulit melakukan aktifitas, karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.
 - 2) Data objektif: gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan gangguan pengelihatatan, dan gangguan kesadaran.
- e. Pola tidur dan istirahat
 - 1) Data subjektif: susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot)
 - 2) Data objektif: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot.
- f. Pola persepsi sensorik dan kognitif
 - 1) Data subjektif: sinkope atau pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat dengan adanya pendarahan intraserebral, subaraknoid, kesemutan (biasanya selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain).
 - 2) Data objektif: status mental atau tingkat kesadaran biasa terjadi koma pada tahap awal hemoragik.
- g. Pola persepsi dan konsep diri
 - 1) Data subjektif: perasaan putus asa
 - 2) Data objektif: emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marahh, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
- h. Pola peran dan hubungan dengan sesama
 - 1) Data subjektif: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.
 - 2) Data objektif: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata).

- i. Pola reproduksi dan seksualitas
 - 1) Data subjektif: tidak adanya gairah seksual.
 - 2) Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.
- j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress
 - 1) Data subjektif: perasaan tidak berdaya, putus asa
 - 2) Data objektif: emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
- k. Pola sistem nilai kepercayaan
 - Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)* adalah sebagai berikut (PPNI, 2017):

- a. Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi (D.0017).
- b. Gangguan Mobilisasi Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot (D.0017).
- c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurangnya Kontrol Tidur (D.0055).
- d. Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping (D.0096).
- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan Neuromuskuler (D.0119).
- f. Gangguan menelan berhubungan dengan Gangguan Saraf Kranial (D.0063).

3. Luaran Dan Perencanaan Keperawatan

Adapun luaran dan rencana keperawatan yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh pasien *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)* (PPNI, 2018):

- a. Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi (D.0017).

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama..., maka Perfusi serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Gelisah cukup menurun
- 3) Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik

SIKI:

Pemantauan tekanan intrakranial (I.06198)

- 1) Observasi

- a) Monitor peningkatan tekanan darah Monitor peningkatan tekanan darah

Rasional: Agar dapat mendeteksi secara dini adanya peningkatan tekanan intrakranial.

- b) Monitor penurunan perfusi jantung

Rasional: Untuk mengetahui perubahan dalam peningkatan atau penurunan frekuensi jantung.

- 2) Teraupetik

- a) Pertahankan posisi kepala dan leher netral

Rasional: untuk meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral dan mengurangi resiko peningkatan TIK.

- b) Dokumentasi hasil pemantauan

Rasional: Untuk mengetahui perubahan pada peningkatan TIK.

- 3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan prosedur pemantauan

Rasional: Agar pasien dan keluarga mengerti tindakan yang dilakukan oleh perawat.

- b. Gangguan Mobilisasi Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot (D.0017).

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama..., maka mobilitas fisik meningkat (L.05042) dan toleransi aktivitas meningkat (L.05047) dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas cukup meningkat
- 2) Kekuatan otot cukup meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM)
- 4) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat

SIKI:

Dukungan mobilisasi (I.05173)

1) Observasi

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: Untuk mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien.

- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: untuk mengetahui dan batasan pasien terait latihan/gerak yang aan dilauan beritunya.

- c) Memonitor toleransi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Rasional: Memantau kemampuan jantung dan tekanan darah sebelum dilakukan mobilitas fisik.

2) Teraupetik

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Rasional: Membantu pasien untuk lebih mudah melakukan mobilisasi fisik.

- b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu

Rasional: Melatih pasien untuk melakukan pergerakan.

- c) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional: untuk mendorong keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sedang sakit.

3) Edukasi

a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Rasional: Memberi tahu kepada pasien dan keluarga tentang langkah-langkah dalam melakukan pergerakan.

b) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

Rasional: Memberi tahu pasien dan keluarga cara latihan pergerakan dini.

c) Anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Rasional: Memberikan pilihan/arahan pada pasien dan keluarga untuk melakukan terapi.

Dukungan perawatan diri : mandi (I.11352)

1) Observasi

a) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan

Rasional: Mengetahui jenis bantuan apa yang dibutuhkan pasien.

b) Monitor kebersihan tubuh (mis, rambut, mulut, kulit, kuku)

Rasional: Mengobservasi/melihat kebersihan tubuh pasien sebelum dan sesudah diberikan tindakan.

c) Monitor integritas kulit

Rasional: Mengobservasi/melihat kerusakan pada kulit pasien.

2) Teraupetik

a) Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan

Rasional: Membersihkan tubuh pasien.

b) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Rasional: Membantu sesuai kemampuan pasien.

3) Edukasi

a) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan

Rasional: Memberi tahu pasien dan keluarga manfaat dan dampak jika tidak mandi pada kesehatan pasien.

b) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

Rasional: Memberi tahu cara memandikan pasien dengan benar.

c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurangnya Kontrol Tidur (D.0055)

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama..., maka pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan sulit tidur cukup menurun
- 2) Keluhan sering terjaga cukup menurun
- 3) Keluhan tidak puas tidur cukup meningkat
- 4) Keluhan pola tidur berubah cukup menurun
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup

SIKI:

Dukungan tidur (I.05174)

1) Observasi

a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

Rasional: Mengkaji aktivitas dan tidur pasien.

b) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)

Rasional: Mengkaji kebiasaan/kondisi yang mengganggu tidur pasien.

c) Identifikasi obat tidur yang di konsumsi

Rasional: Mengkaji obat tidur yang dikonsumsi oleh pasien.

2) Terauperik

a) Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)

Rasional: Mengatur lingkungan, pencahayaan, kebisingan dll yang mengganggu tidurnya pasien.

b) Batasi waktu tidur siang. Jika perlu

Rasional: Mengurangi waktu tidur pada siang hari sehingga di malam hari pasien bisa tidur lebih cepat.

c) Tetapkan jadwal tidur rutin

Rasional: Mengatur jadwal tidur pasien untuk melatih pola tidur pasien.

3) Edukasi

a) Jelaskan tidur yang cukup selama sakit

Rasional: Memberi tahu pasien pentingnya tidur selama sakit.

b) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

Rasional: Memberi pilihan/arahan pada pasien untuk menepati kebiasaan waktu tidur.

d. Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping (D.0096)

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama..., maka status koping membaik (L.09086) dengan kriteria hasil :

- 1) Kemampuan memenuhi peran sesuai usia cukup meningkat
- 2) Verbalisasi pengakuan masalah cukup meningkat
- 3) Perilaku asertif cukup menurun

SIKI:

Promosi koping (I.09312)

1) Observasi

a) Identifikasi kemampuan yang dimiliki

Rasional: mengkaji kemampuan yang dimiliki pasien

b) Identifikasi pemahaman proses penyakit

Rasional: mengkaji pemahaman pasien tentang proses penyakit yang dialami

c) Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan

Rasional : mengkaji koping pasien terhadap peran dan hubungan dengan keluarga dan sesama

d) Identifikas metode penyelesaian masalah

Rasional : mengkaji cara penyelesaian masalah yang dihadapi pasien

2) Terauperik

a) Diskusikan perubahan peran yang dialami

Rasional : komunikasikan perubahan peran yang dialami pasien

b) Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri

Rasional : bicarakan masalah yang dihadapi

3) Edukasi

a) Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu

Rasional : memberikan kesempatan kepada pasien untuk mendengarkan ayat-ayat suci lewat audio visual.

b) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan presepsi

Rasional : berikan kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan peran dan presepsinya

c) Anjurkan keluarga terlibat

Rasional : libatkan keluarga dalam mengatasi masalah pasien

d) Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif

Rasional: berikan solusi dalam mengatasi masalah pasien secara bertahap

e) Latih penggunaan teknik relaksasi

Rasional: ajarkan pasien menggunakan teknik relaksasi untuk mengatasi stressor

e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan Neuromuskuler (D.0119)

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama..., maka komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan berbicara cukup meningkat
- 2) Kemampuan mendengar cukup meningkat
- 3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh cukup meningkat
- 4) Pelo cukup menurun

SIKI:

Promosi komunikasi: Defisit bicara (I.13492)

1) Observasi

- a) Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara

Rasional: menyesuaikan pola komunikasi dengan pasien.

2) Terapeutik

- a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis; menulis, mata berkedip, isyarat tangan)

Rasional: mempermudah untuk proses komunikasi.

- b) Berikan dukungan psikologis

Rasional: memberikan individu agar merasa diperhatikan, diperdulikan dan merasa dihargai.

3) Edukasi

- a) Anjurkan berbicara perlahan

Rasional: memberikan kesempatan kepada pasien untuk dapat berbicara jelas.

4) Kolaborasi

- a) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapi

Rasional: mendapatkan terapi yang sesuai.

e. Gangguan menelan berhubungan dengan Gangguan Saraf Kranial (D.0063).

SLKI :

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama..., maka status menelan membaik (L.06052) dengan kriteria hasil :

- 1) Mempertahankan makanan di mulut cukup meningkat
- 2) Reflek menelan cukup meningkat

3) Kemampuan mengosongan mulut cukup meningkat

4) Frekuensi tersedak cukup menurun

5) Batuk cukup menurun

SLKI :

Dukungan perawatan diri: makan minum (I.1135)

1) Observasi

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

Rasional : mencegah resiko terjadinya aspirasi.

b) Monitor status pernapasan

Rasional : mengidentifikasi masuknya makanan kedalam saluran pernapasan.

2) Teraupetik

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

Rasional : mencegah aspirasi.

b) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak

Rasional : mempermudah klien mengunyah dan menyerap makanan.

c) Berikan obat oral dalam bentuk cair

Rasional : mempermudah masuknya obat dan penyerapan lebih cepat.

3) Edukasi

a) Anjurkan makan secara perlahan

Rasional : melatih fungsi dan memulihkan status mental.

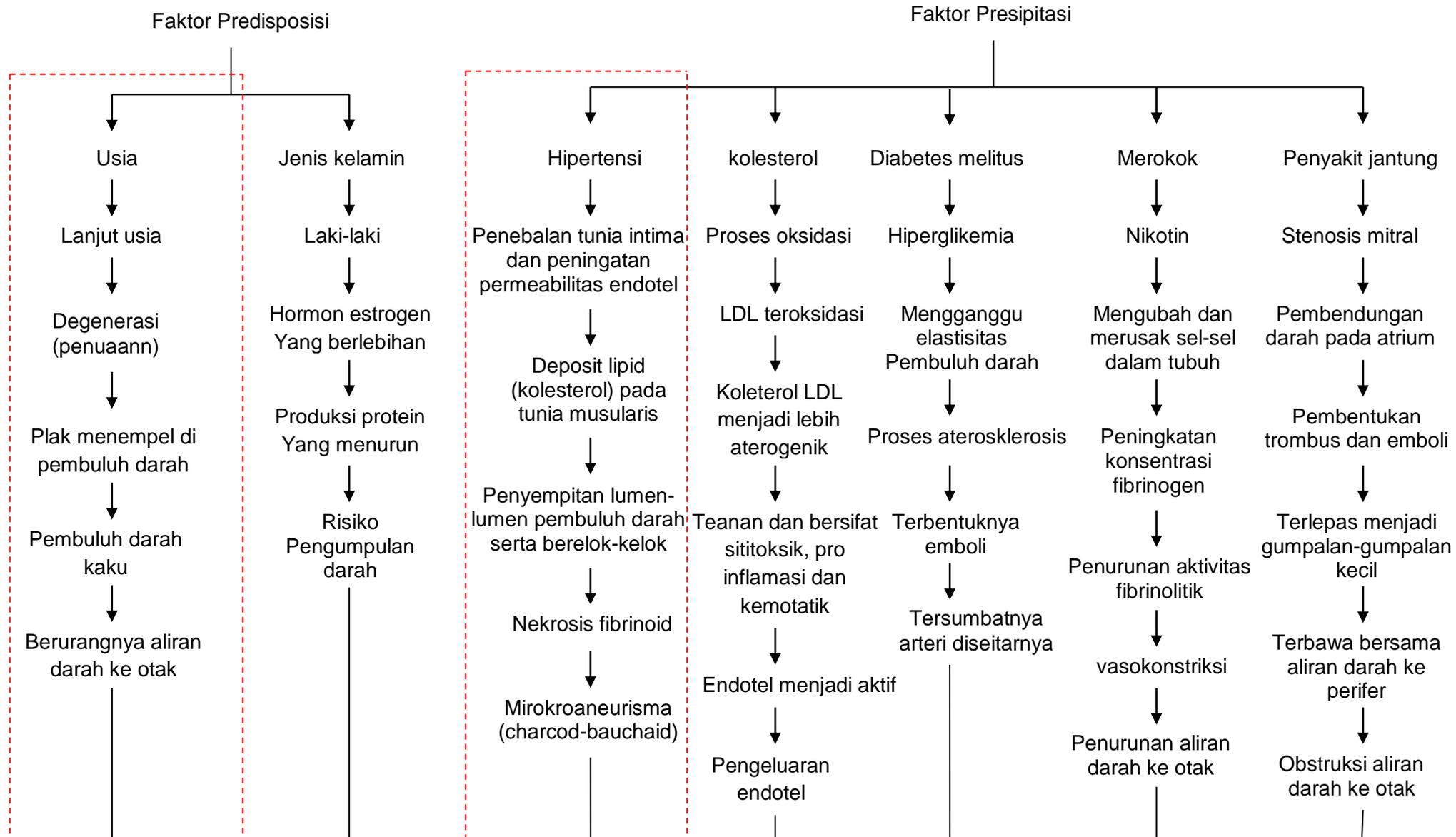
4. *Discharge Planning*

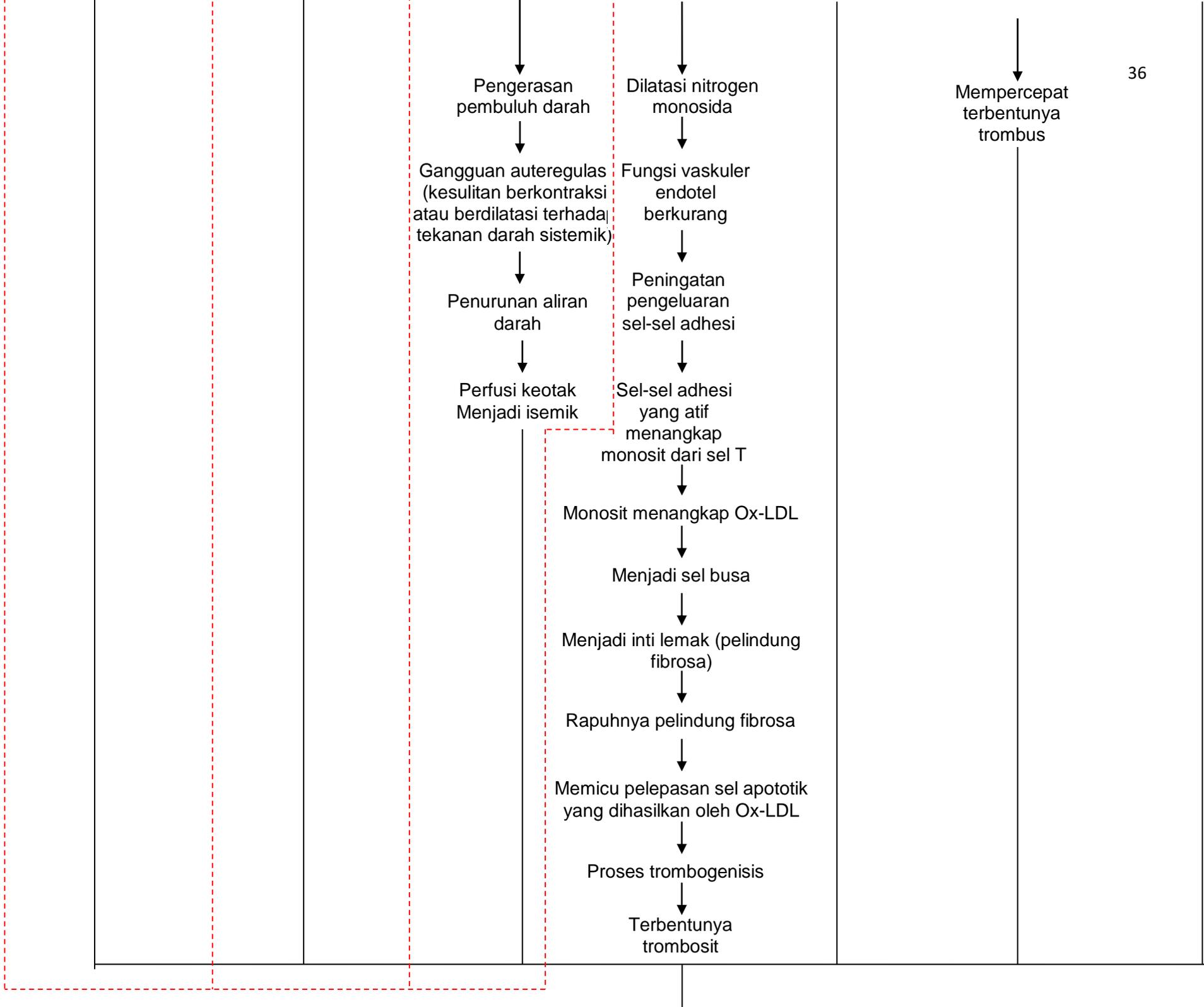
Adapun perawatan di rumah untuk penderita stroke secara garis besar adalah sebagai berikut:

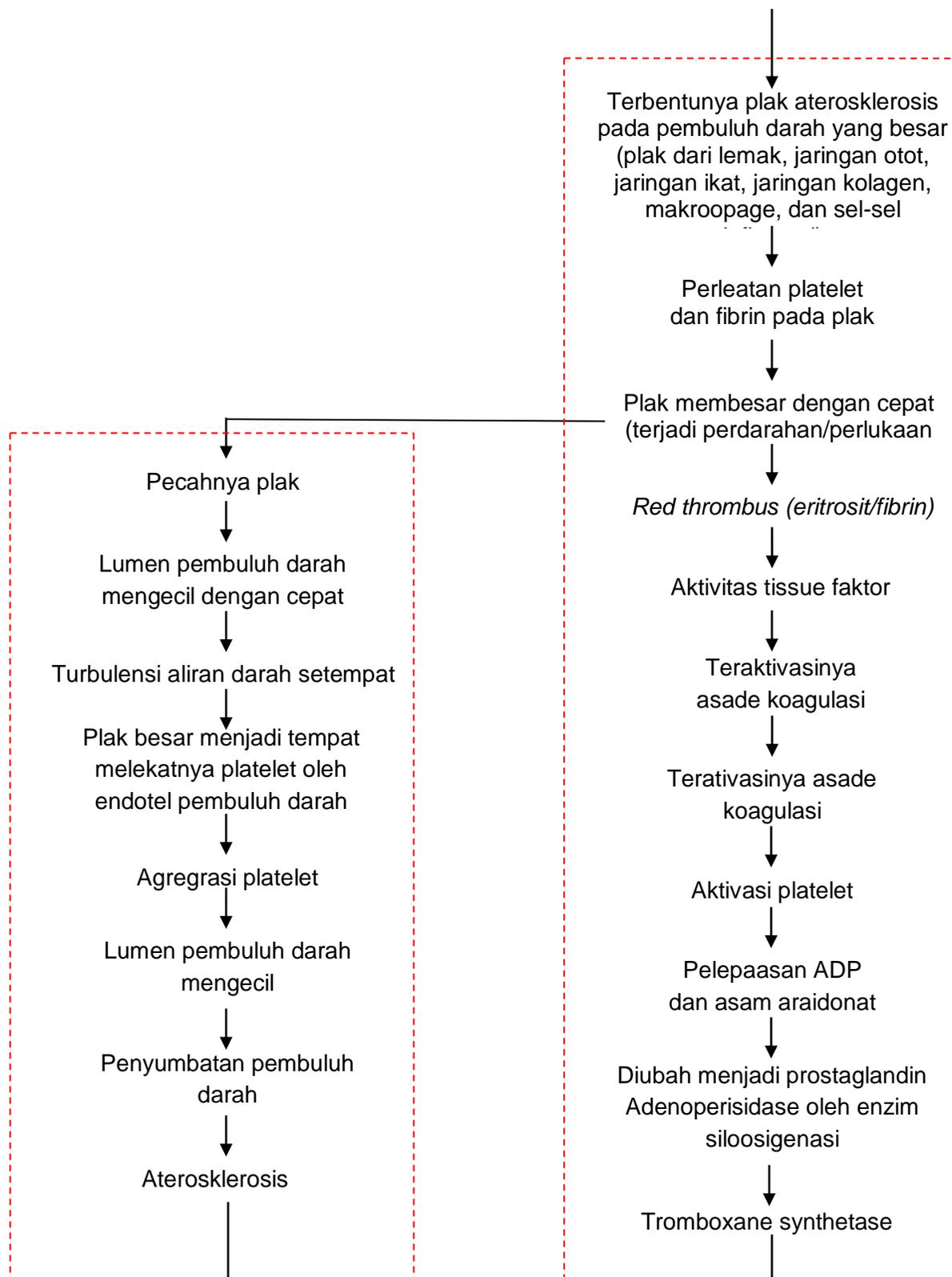
a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.

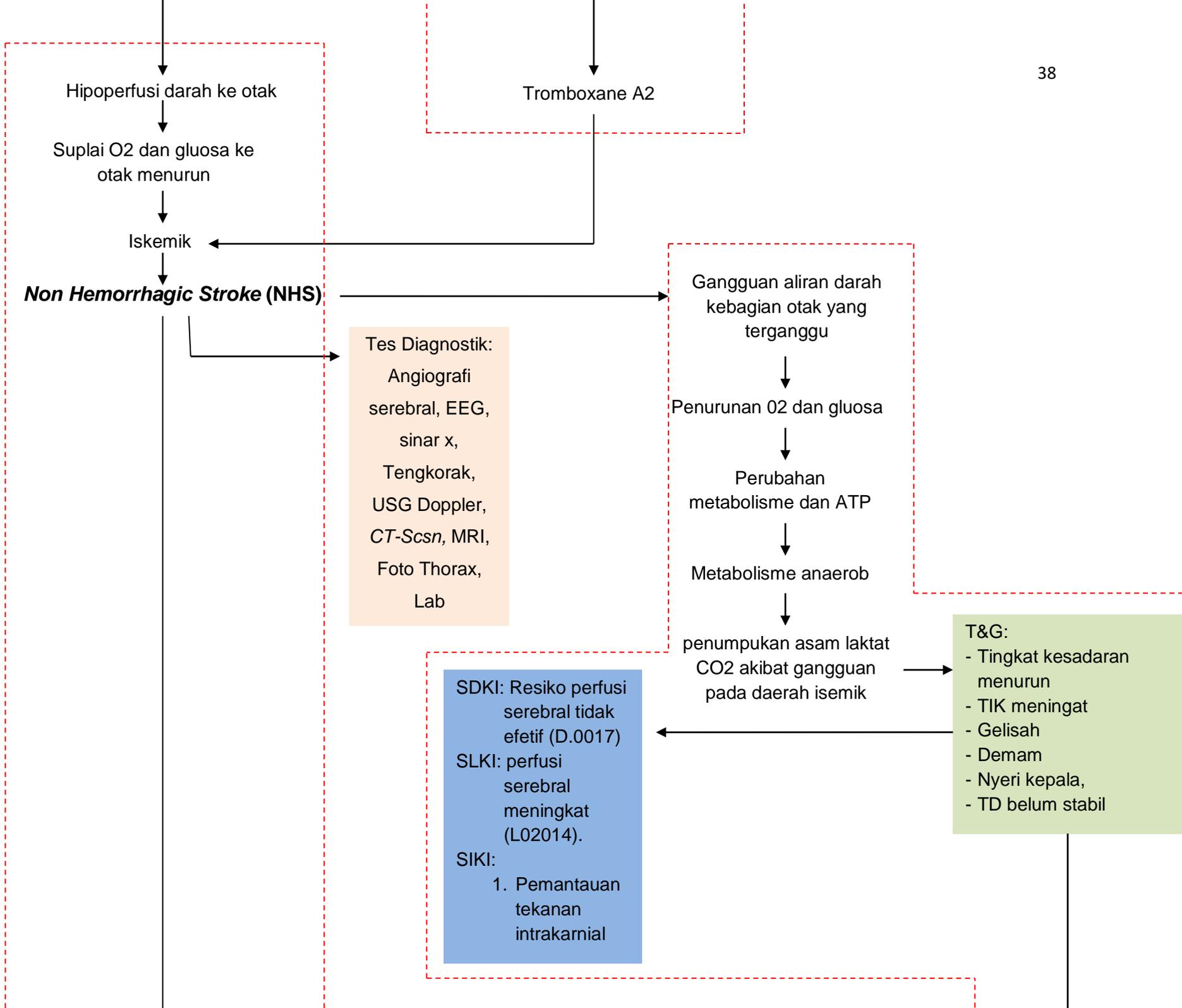
- b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diit rendah garam dan mengurangi dan mengurangi makanan yang manis-manis.
- c. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
- d. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.
- e. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
- f. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

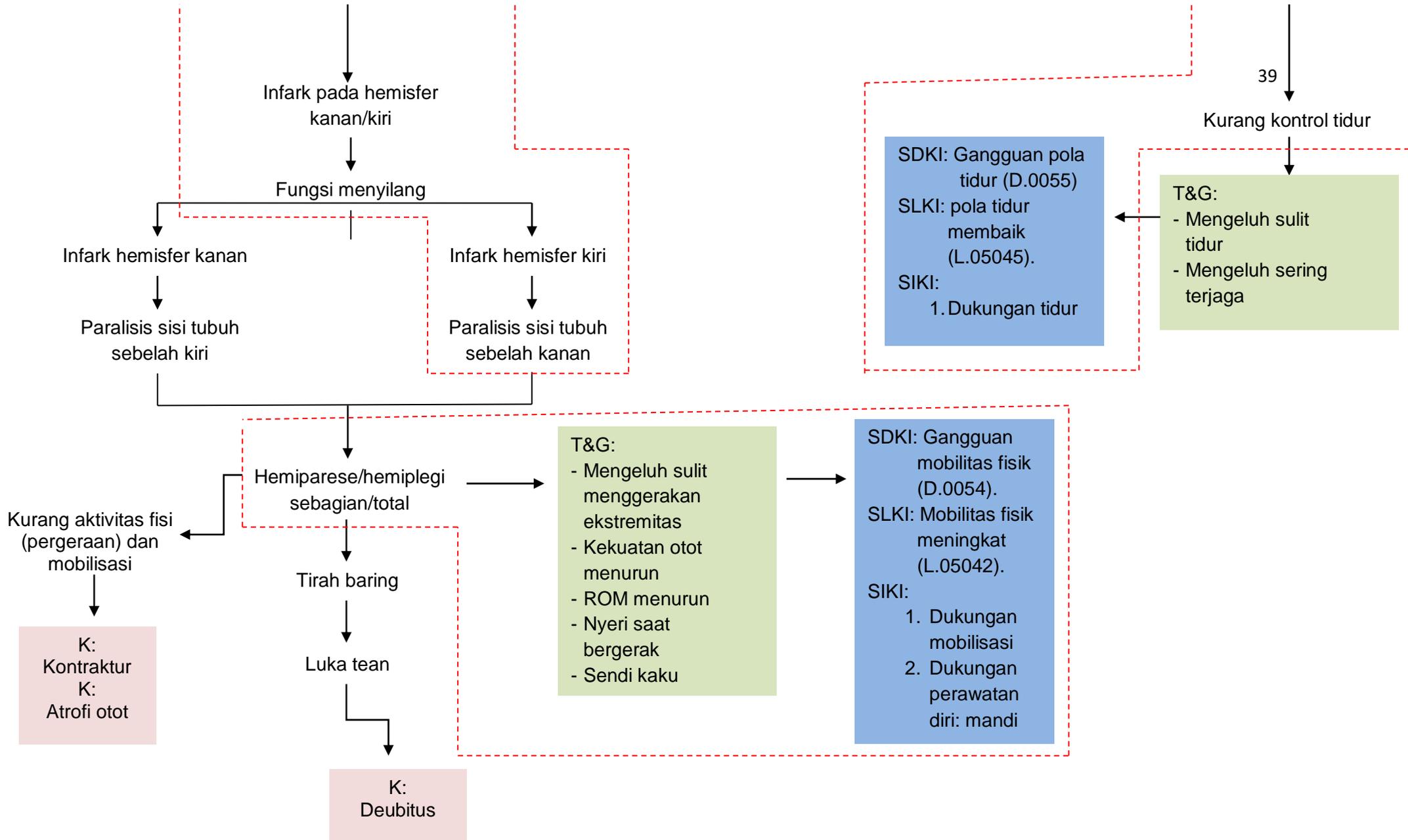
PATOFLOW DIAGRAM











BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisia Ny. R usia 67 tahun masuk rumah sakit di ruangan St. Bernadeth III pada tanggal 29 April 2023 dengan diagnosa medik *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)* dengan keluhan utama sulit menggerakkan tubuh bagian kiri. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya sejak ± 1 minggu yang lalu, pasien mengeluh pusing, sakit kepala, tampak pasien sadar penuh, GCS 14 (E4V4M6). Dilakukan pemeriksaan laboratorium dan *CT-Scan* kepala dengan hasil infrak celebri bilateral, infark pons cerebri kanan dan atrofi cerebri, WBC: 15.52, MCV: 78.9, PLT: 484, P-LCR :25.5, PCT: 0.48, NEUT#: 12.84, MONO#: 0.89.

Pada saat pengkajian Rabu, 03 Mei 2023 di ruang rawat, ditemukan pasien sadar penuh, GCS 14, keluarga pasien mengatakan tubuh bagian kiri pasien sulit digerakan dan merasa pusing, keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur, sulit menggerakkan ekstremitas sehingga ADL pasien dibantu keluarga atau perawat. Keluarga pasien mengatakan pasien duduk memerlukan bantuan. Hasil observasi didapatkan, pasien tampak mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri, kekuatan otot dan rentang gerak menurun, ADL dibantu perawat dan keluarga, terpasang IVFD RL 500 ml 20 tpm, observasi tanda vital : TD: 178/90 mmHg, N: 100 x/menit, S: 37⁰C, P: 23 x/menit, SpO₂ 98%.

B. Pengkajian

Unit : St. Bernadeth III Autoanamnese: ✓
Kamar : 365 Bed I Alloanamnese : ✓
Tanggal masuk RS : 29 April 2023
Tanggal pengkajian : 03 Mei 2023

1. IDENTIFIKASI**a. PASIEN**

Nama initial : Ny.R
Umur : 67 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Status perkawinan : Menikah
Jumlah anak : 7 Anak
Agama/ suku : Makassar
Warga negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Alamat rumah : Tanjung Bunga

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn.D
Umur : 73 Tahun
Alamat : Tanjung Bunga
Hubungan dengan pasien : Suami

2. DATA MEDIK

Diagnosa medik
Saat masuk : Hemiparise Sinistra
Saat pengkajian : NHS

3. KEADAAN UMUM

a. KEADAAN SAKIT

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

Alasan: Pasien dengan keadaan sakit sedang karena pasien terpasang infus RL 500 ml dengan kondisi tubuh sebelah kiri tidak bisa digerakan dan hanya bisa terbaring di tempat tidur saja.

b. TANDA-TANDA VITAL

1) Kesadaran (kualitatif): Composmentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 4

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 14

Kesimpulan : pasien sadar penuh

2) Tekanan darah :178/90 mmHg

MAP : 119,63 mmHg

Kesimpulan : Fungsi ginjal tidak memadai

3) Suhu : 37⁰C di Oral Axilla Rectal

4) Pernapasan: 23 x/menit

Irama : Teratur Bradipnea Takipnea Kusmau
 Cheynes-stokes

Jenis : Dada Perut

5) Nadi : 100 x/menit

Irama : Teratur Bradikardi Takikardi
 Kuat Lemah

c. PENGUKURAN

1) Lingkar lengan atas : 30 cm

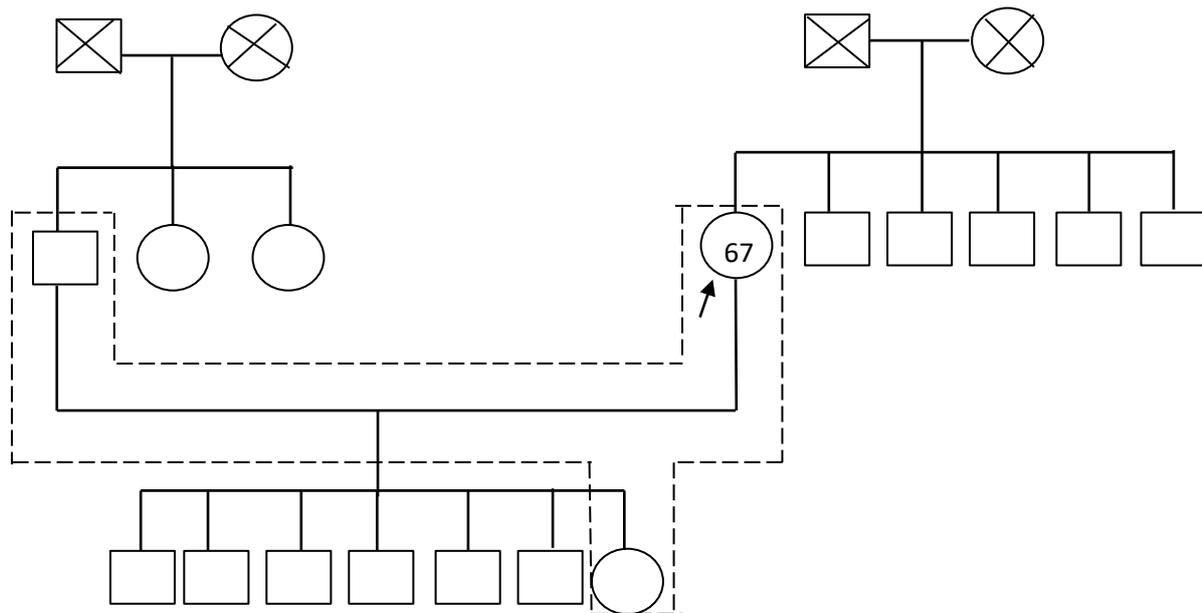
2) Tinggi badan : 49 cm

3) Berat badan : 160 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 19,14

Kesimpulan : Berat badan normal

d. GENOGRAM



Keterangan:

○ : perempuan

□ : laki-laki

----- : tinggal serumah

↗ : pasien

⊗ : meninggal

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit ringan atau sedang . mereka hanya mengonsumsi obat yang dibeli di apotik, namun jika sakit yang diderita berat

keluarga akan segera membawa ke rumah sakit terdekat. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien jarang memeriksakan kesehatannya dan keluarga pasien juga mengatakan pasien menderita penyakit hipertensi dari usia 28 tahun, namun pasien tidak ingin melakukan kontrol kesehatan dan pasien juga pernah mengonsumsi obat antihipertensi (amoldipin) akan tetapi pasien berhenti mengonsumsi karena pasien sudah terbiasa dengan tekanan darah yang tinggi, pasien tidak merasa pusing jika tekanan darahnya naik, pasien juga berusaha meningkatkan kesehatannya dengan mencoba untuk mengurangi kebiasaan makan daging, berlemak. Mengandung banyak penyedap rasa dan minum kopi.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama :

Kelemahan pada tubuh bagian kiri

b) Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan 3 minggu yang lalu pasien mengalami pusing, sakit kepala dan keluarga membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris dan selama 5 hari pasien mendapatkan pengobatan pasien diperbolehkan untuk pulang tetapi, selama seminggu dari pasien dipulangkan pasien mengalami nyeri kepala disertai tegang pada leher sehingga pasien hanya istirahat dan minum obat antihipertensi namun tidak ada perubahan. Keesokan harinya tiba-tiba tubuh bagian kiri pasien sulit digerakan dan merasa pusing tetapi keluarga masih tenang dan berfikir efek dari obat, beberapa hari kemudian tidak ada perubahan sehingga kerluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke Rumah Sakit Stella Maris.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami hipertensi sejak usia 28 tahun dan pernah dirawat di rumah sakit selama 5 hari dengan penyakit hipertensi.

d) Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan, keluarga Ny.R memiliki riwayat penyakit hipertensi.

e) Pemeriksaan fisik :

- (1) Kebersihan rambut : Tampak kotor dan beruban
- (2) Kulit kepala : Tampak kotor, berbau, tidak ada lesi dan tekstur kepala keras
- (3) Kebersihan kulit : Cukup bersih
- (4) Higiene rongga mulut : Tampak kotor, tampak saliva berwarna putih dan tidak ada radang
- (5) Kebersihan genetalia : Tampak kotor
- (6) Kebersihan anus : Tampak kotor

b. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan menu bubur, pasien setiap kali makan hanya 3-4 sendok bubur serta biasa mengonsumsi air putih 1-3 gelas per hari (± 800 cc).

3) Observasi :

Tampak pasien menghabiskan 3-4 sendok dari 1 porsi makan yang disediakan oleh rumah sakit. Tampak pasien menghabiskan 2 gelas air putih (± 500 cc).

4) Pemeriksaan fisik :

- a) Keadaan rambut : Tampak kotor
- b) Hidrasi kulit : Hidrasi kulit kembali ≤ 3 detik
- c) Palpebra/conjungtiva: Tidak tampak edema/tidak tampak anemis
- d) Sclera : Tidak tampak ikterik
- e) Hidung : Tampak hidung bersih, tidak ada lesi, dan tidak ada polip
- f) Rongga mulut : Tampak kotor, tampak saliva berwarna putih, tidak ada radang mukosa, tampak pasien tidak bisa membuka mulut dengan sempurna.
- g) gusi : Tampak tidak ada peradangan
- h) Gigi : Tampak tidak utuh, tampak ada karang gigi, tampak ada sisa makanan dan tidak ada gigi palsu.
- i) Kemampuan mengunyah keras : Pasien tidak mampu mengunyah keras.
- j) Lidah : Tampak bersih
- k) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
- l) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
- m) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
- n) Abdomen :
 - Inspeksi : Tampak datar, tampak tidak ada benjolan
 - Auskultasi : Peristaltik usus 13x/ menit
 - Palpasi : Tidak ada benjolan
 - Perkusi : Terdengar bunyi timpani

o) Kulit :

Edema : Positif Negatif

Icteric : Positif Negatif

Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda-tanda peradangan

p) Lesi : Tidak ada lesi.

c. POLA ELIMINASI

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien mampu BAK dan BAB dengan baik sebelum sakit dan tidak ada keluhan apapun mengenai masalah pencernaan. Pasien biasanya BAK 1-4 kali dalam sehari dan BAB 1x selama 1-3 hari.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien memakai pampres dan dalam sehari diganti 2x dengan jumlah urine 400-600 ml dengan warna urine kuning. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien sudah BAB 2x dan pertama BAB berwarna hitam dan yang kedua berwarna kuning dengan konsistensi feses lembek.

3) Observasi :

Tampak pasien menggunakan pampers.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 13x/menit

b) Palpasi kandung kemih : Penuh Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : Positif Negatif

d) Mulut uretra: Tampak bersih

e) Anus :

(1) Peradangan : Tampak tidak ada peradangan

(2) Hemoroid : Tampak tidak ada hemoroid

(3) Fistula : Tampak tidak ada fistula

d. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Aktivitas yang biasa pasien lakukan yaitu membantu anaknya membersihkan rumah, mencuci, memasak. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga dan jika ada waktu kosong pasien hanya bermain dengan cucunya sambil menonton TV dan berkumpul dengan keluarga dari anaknya.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kirinya dan pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur. Keluarga pasien mengatakan dalam melakukan aktivitas pasien hanya dibantu oleh keluarga atau perawat.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur. Tampak pasien dibantu keluarga atau perawat dalam melakukan aktivitasnya.

a) Aktivitas harian :

- (1) Makan : 2
- (2) Mandi : 2
- (3) Pakaian : 2
- (4) Kerapihan : 2
- (5) Buang air besar : 2
- (6) Buang air kecil : 2
- (7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

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

b) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien hanya bisa terbaring di tempat tidur

c) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien hanya bisa terbaring di tempat tidur

- d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada anggota gerak yang cacat
- e) Fiksasi: : Tampak tidak ada fiksasi
- f) Tracheostomi : Tidak ada pemasangan tracheostomy
- 4) Pemeriksaan fisik
- a) Tekanan darah
- Berbaring : 179/90 mmHg
- Duduk :mmHg
- Berdiri :mmHg
- Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : Positif Negatif
- b) HR : 100x/menit
- c) Kulit :
- Keringat dingin : Tampak tidak ada keringat dingin
- Basah : Tampak tidak basah
- d) JVP : 5-2 cmH₂O
- Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai
- e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam waktu 3 detik
- f) Thorax dan pernapasan
- (1) Inspeksi:
- Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan
- Retraksi intercostal : Tampak tidak ada retraksi interkosta
- Sianosis : Tampak tidak ada sianosis
- Stridor : Tampak tidak ada
- (2) Palpasi :
- Vocal premitus : Tidak dikaji karena pasien tidak bisa berbicara dengan sempurna
- Krepitasi : Tampak tidak ada krepitasi
- (3) Perkusi : Sonor Redup Pekak
- Lokasi : Lapang paru

(4) Auskultasi :

- Suara napas : Vesikuler
Suara ucapan : Tampak tidak terlalu jelas
Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi :

Ictus cordis : ICS 5 linea mid clavicularis sinistra.

(3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid clavicularis
sinistra

Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 Linea Mid Clavikularis
sinistra.

(4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS 2 linea sternalis
dextra

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

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

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

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Positif Negatif

(2) Rentang gerak : Tampak pergerakan terbatas

Kaku sendi : tampak tidak ada kekakuan pada tubuh bagian kanan

Nyeri sendi : Tampak tidak ada nyeri

Fraktur : Tampak tidak ada fraktur

Parese : Tampak tidak ada parese

Paralisis : Paralisis pada tubuh sebelah kiri pasien

(3) Uji kekuatan otot

| | Kanan | Kiri |
|--------|-------|------|
| Tangan | 5 | 0 |
| Kaki | 5 | 0 |

Keterangan :

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleks fisiologi : Bagian ekstremitas kanan Bicep (+), Tricep (+), Patella (+), Achilles (+).

Bagian ekstremitas kiri Bicep (-),

Tricep (-), Patella (-), Achilles (-).

Refleks patologi : tidak ada

Babinski, Kiri : Positif NegatifKanan : Positif Negatif

Clubing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis:

Inspeksi : Lordosis Kiposi Skoliosis
 Tidak ada

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada

e. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien sangat baik, dalam sehari pasien tidur \pm 6-7 jam. Pasien tidur malam biasanya jam 21.00-05.30 wita dan pada siang hari biasanya tidur jam 14.00-16.30 wita.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien susah tidur, pola tidur pasien tidak teratur. Dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari pasien biasanya tidur 2-3 jam, pasien sering terjaga pada malam hari, pasien mengatakan kesulitan untuk tidur.

Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : Positif Negatif

Banyak menguap : Positif Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif Negatif

f. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak mengalami masalah pada penglihatan maupun pendengaran.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mengalami masalah pada penglihatan maupun pendengaran.

3) Observasi :

Tampak tidak ada alat bantu penglihatan maupun pendengaran

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak kornea jernih

(2) Pupil : Tampak pupil isokor

(3) Lensa mata : Tampak lensa mata jernih

(4) Tekanan intra okuler (TIO) : Teraba sama kiri dan kanan

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak simetris kiri dan kanan

(2) Kanalis : Tampak bersih

(3) Membran timpani : Tampak memantulkan cahaya polizer

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien tidak mampu merasakan rasangan yang diberikan pada lengan sebelah kiri dan tungkai kiri.

g. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengenal dirinya ia seorang istri, nenek dan ibu dari 7 anaknya.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya terbaring di tempat tidur dan tidak bisa memenuhi tanggung jawabnya sebagai istri, nenek dan ibu.

3) Observasi :

Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidurnya dan tidak bisa melakukan apapun.

a. Kontak mata : Tampak kontak mata pasien kurang.

b. Rentang perhatian : Tampak perhatian pasien kurang.

c. Suara dan cara bicara: Terdengar suara pasien tidak jelas dan sulit dimengerti/ tidak nyambung.

d. Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien hanya terbaring di tempat tidur.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan bawaan

b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur

c) Kulit : Tampak kotor.

h. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal dengan suami dan anak bungsu beserta menantu dan cucu-cucunya. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan suami, anak, dan menantu terjalin dengan baik serta hubungan dengan tetangganya juga terjalin baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit hubungan suami, anak-anak, dan menantu pasien terjalin dengan baik serta tetangganya.

3) Observasi :

Tampak suami, anak, anak mantu saling bergantian untuk menjaga pasien dan selalu berada di samping pasien. Tampak tetangga pasien menjenguk pasien.

i. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki anak tujuh. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada masalah dengan pola reproduksi dan seksualitasnya, pasien juga sudah monopause.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit Keluarga mengatakan pasien tidak ada masalah dengan pola reproduksi dan seksualitasnya, pasien juga sudah sudah monopause dan memiliki anak tujuh.

3) Observasi :

Tampak tidak ada perilaku menyimpang

4) Pemeriksaan fisik : tidak dikaji

j. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya marah-marah karena anak-anak sering melawan/ tidak mendengar tegurannya pasien, pasien juga mengatakan tidak bisa mengatasi masalahnya dan tidak bisa memenuhi kebutuhan dasar.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien biasanya marah-marah saat di minta sesuatu tapi keluarga sulit mengerti dan lama memberikan apa yang pasien minta.

3) Observasi :

Tampak pasien mengerutkan dan berusaha untuk menegur keluarganya ketika keluarga berkomunikasi dengan perawat mengenai kondisi pasien, tampak pasien marah jika tirainya dibuka, tampak pasien tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia).

k. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu meluangkan waktu untuk sholat karena pasien beragama muslim, pasien juga selalu mengatakan masalah kesehatan dan rejeki anugerah dari Allahnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak pasien sakit pasien tidak bisa menjalankan ibadahnya/ sholat karena kondisinya.

5. UJI SARAF KRANIAL

a. N I : Olfaktorius :

Pasien mampu mencium minyak kayu putih dan meyebutkannya.

b. N II : Opikus :

Tampak pasien tidak bisa membaca dengan jarak 20 cm.

c. N III, IV, VI : Okumotorius, troklearis, abdu send :

Pasien mampu menggerakkan mata kesegala arah, pupil mengecil jika ada refleks cahaya

d. N V : Trigeminus

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan tissue pada sisi sebelah kanan akan tetapi sisi kirinya pasien tidak cepat tangkap

Motorik : Pasien mampu menggunyah pelan

e. N VII : Fasialis

Sensorik : Pasien tidak bisa menyebutkan rasa manis yang diberikan oleh perawat.

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, pasien tidak bisa tersenyum maupun mengembungkan pipi.

f. N VIII : Vestikulo ocusticus :

Pasien mampu mendengar dan menunjuk gerakan yang diberikan oleh perawat.

g. N IX : Glassopharegeus : Pasien mampu menelan

h. N X : Vagus : tampak ovula ditengah

i. N XI : Accesorius :

Pasien mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan akan tetapi tidak bisa mengangkat tangan dan kaki sebelah kiri

j. N XII : Hypoglossus : Pasien mampu menjulurkan lidah kedepan.

6. PENGKAJIAN LEVEL STROKE

| NO | KOMPONEN | OBSERVASI | | |
|----|--|-----------------------|-------|-----|
| | | YA | TIDAK | KET |
| 1 | Persiapan perawat : | √ | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Perawat mengetahui level storke pasien Perawat menguasai dan memahami langkah-langkah yang akan dilakukan | √ √ | | |
| 2 | Persiapan pasien | √ | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan tujuan tindakan dan prosedur yang akan dilakukan Tanda vital pasien stabil (hemodinamik stabil) sudah melewati fase akut Persiapan fisik dan mental pasien | √ √ √ √ | | |
| 3 | Persiapan lingkungan | √ | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Persiapan lingkungan dan nyaman dan sesuai dengan kebutuhan klien Melibatkan keluarga atau rekan selama proses tindakan pertahanan prifasi lingkungan | √ √ | | |
| 4 | Persiapan alat:- | √ | | |
| 5 | Pelaksanaan | √ | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Salam teraupetik Mencuci tangan Mengkaji adanya nyeri bahu Mengkaji kondisi dan kemampuan pasien (tonus otot) Memberikan posisi yang nyaman | √ √ √ √ √ | | |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | sesuai tindakan yang akan di lakukan | | | |
| | Level 1 dan 2 : (kaji keseimbangan kepala) | √ | | |
| | Level 1 : belum dapat menjaga keseimbangan kepala | √ | | |
| | Level 2 : mampu menjaga keseimbangan kepala | √ | | |
| | 1. Pasien tetap dalam posisi baring | √ | | |
| | 2. Beri posisi fleksi kepala dan meminta pasien untuk menahannya | √ | | |
| | 3. Letakkan tangan kiri perawat berada di area parietal pasien | √ | | |
| | 4. Letakkan tangan kanan perawat berada di area temporal pasien dan pertahankan posisi ini | √ | | |
| | 5. Perawat melepaskan tangan kiri sambil meminta pasien menahan posisi kepala dalam posisi fleksi, tangan kanan menjaga agar kepala tidak jatuh | √ | | |
| | 6. Jika pasien tidak dapat menjaga keseimbangan kepala berarti pasien berada pada level 1 | √ | | |
| | 7. Jika pasien mampu menjaga keseimbangan kepala berarti pasien pada level 2 | √ | | |
| | Level 3 (keseimbangan duduk) | √ | | |
| | Level 3: mampu duduk, tapi tidak dapat menjaga keseimbangan duduk jika diberi aktivitas | √ | | Pasien mampu duduk, tapi tidak bisa menjaga duduk jika beraktivitas. Sehingga bisa disimpulkan pasien berada di level stroke 3. |

7. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan: 29 April 2023

| Parameter | Hasil | Satuan | Nilai Rujukan |
|------------|---------|-----------------------|---------------|
| WBC | + 15.52 | [10 ³ /uL] | 4.80-10.20 |
| RBC | 5.26 | [10 ⁶ /uL] | 4.00-5.00 |
| HGB | 14.0 | [g/dL] | 12.2-16.2 |
| HCT | 41.5 | [%] | 37.7-47.9 |
| MCV | - 78,9 | [fL] | 80.0-97.0 |
| MCH | 26.6 | [pg] | 26.0-31.0 |
| MCHC | 33.7 | [g/dL] | 31.8-35.4 |
| PLT | + 484 | [10 ³ /uL] | 150-450 |
| RDW-SD | 39.6 | [fL] | 37.0-54.0 |
| RDW-CV | 13.7 | [%] | 11.5-14.5 |
| PDW | 11.5 | [fL] | 9.0-13.0 |
| MPV | 10.0 | [fL] | 7.2-11.1 |
| P-LCR | + 25,5 | [%] | 15.0-25.0 |
| PCT | + 0,48 | [%] | 0.17-0.75 |
| NEUT# | + 12,84 | [10 ³ /uL] | 1.50-7.00 |
| LYMPH# | 1.68 | [10 ³ /uL] | 1.00-3.70 |
| MONO# | + 0,89 | [10 ³ /uL] | 0.00 -0.70 |
| EO# | 0.04 | [10 ³ /uL] | 0.00-0.40 |
| BASO# | 0.07 | [10 ³ /uL] | 0.00-0.10 |
| IG# | 0.04 | [10 ³ /uL] | 0.00-7.00 |
| NEUT% | 82,7 | [%] | 37.0-80.0 |
| LYMPH% | 10.8 | [%] | 10.0-50.0 |
| MONO% | 5.7 | [%] | 0.0-14.0 |
| EO% | 0.3 | [%] | 0.0-1.0 |
| BASO% | 0.5 | [%] | 0.0-1.0 |
| IG% | 0.3 | [%] | 0.0-72.0 |
| Ureum | 39,2 | [mg/dL] | 10-50 |
| CREATININE | 0,85 | [mg/dL] | <1.1 |

b. Pemeriksaan CT-scan kepala

Tanggal Pemeriksaan: 01 Mei 2023

Kesan :

Infrak celebri bilateral, infark pons cerebri kanan dan atrofi cerebri.

DAFTAR OBAT

1. Metamizole

- a. Nama obat : Metamizole
- b. Klasifikasi/golongan obat : Obat analgetik-antipiretik
- c. Dosis umum :
Dewasa : 0,5-1 gram, 3-4 kali sehari
- d. Dosis yang diminta:1 ampul/12jam/IV
- e. Mekanisme kerja obat : metamizole dapat menghambat kerja hormon prostaglandin, senyawa yang menyebabkan nyeri dan peradangan.
- f. Alasan pemberian: untuk mengatasi nyeri
- g. Kontra indikasi:
Pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap metamizole, gangguan sumsum tulang
- h. Efek samping :
 - 1) Tekanan darah rendah (hipotensi)
 - 2) Mual
 - 3) Nyeri perut
 - 4) Jantung berdebar
 - 5) Urine berwarna merah

2. Omeprazole

- a. Nama obat : Omeprazole
- b. Klasifikasi/olongan obat:
Proton pump inhibitor yang digunakan untuk menurunkan asam berlebihan pada lambung
- c. Dosis umum :
Dewasa : 40mg, 1 kali sehari yang diberikan melalui infus selama 20-30 menit
- d. Dosis yang diminta:1 ampul/12jam/IV

- e. Mekanisme kerja obat: obat ini bekerja untuk menurunkan asam lambung dengan cara menghambat proton yang berperan besar dalam produksi asam lambung. Dengan cara kerja tersebut, obat ini dapat mengurangi gejala iritasi dinding lambung seperti nyeri ulu hati, mual, dan kembung.
- f. Alasan pemberian: Untuk mengatasi asam lambung
- g. Kontra indikasi : pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap omeprazol atau obat penghambat pompa proton lainnya
- h. Efek samping:
 - 1) Sakit kepala
 - 2) Sakit perut atau perut kembung
 - 3) Mual atau muntah
 - 4) Sembelit

3. Analsik (Betahistin)

- a. Nama obat : Analsik (Betahistin)
- b. Klasifikasi/golongan obat : antihistamin H3
- c. Dosis umum:
 - 1) Dosis awal : 8-16 mg, 3 kali sehari; atau 24 mg, 2 kali sehari
 - 2) Dosis pemeliharaan :24-48 mg per hari
 - 3) Dosis maksimal : 48 mg per hari
 - 4) Dosis harian: 6-12 mg, 2 kali sehari
- d. Dosis yang diminta: 1 tablet/3x1/oral
- e. Mekanisme kerja obat :betahistin bekerja dengan menggrangi tekanan dan meningkatkan aliran darah di dalam telinga. Cara kerja ini dapat meringankan gejala-gejala penyakit meniere yang disebabkan oleh peningkatan tekanan telinga bagian dalam.
- f. Alan pemberian : mengatasi tekanan dalam telinga dan vertigo
- g. Konta indikasi: pasien yang hipersensitivterhadap zat aktif atau komponen lain obat ini, pasien dengan ulkus peptikum.

h. Efek samping: mual, asam lambung, nyeri ulu hati, sakit kepala, sakit perut.

4. Asam traneksamat

a. Nama obat : Asam traneksamat

b. Klasifikasi/golongan obat: antifibrinolitik

c. Dosis umum: kondisi perdarahan akut :

Dewasa : 1-1,5gram, 2-3kali sehari

d. Dosis yang diminta 1 amp/8jam/iv

d. Mekanisme kerja obat :

Obat ini bekerja dengan cara menghambat hancurnya bekuan darah yang sudah terbentuk.

e. Alasan pemberian : menghentikan pendarahan

f. Kontra indikasi : pasien yang hipersensitivitas terhadap asam traneksamat.

g. Efek samping :

1) Mual atau muntah

2) Diare

3) Pusing atau sakit kepala

4) Nyeri otot atau sendi

5) Ruam atau gatal ringan pada kulit

6) Hidung tersumbat

7) Sakit perut

8) Nyeri punggung

9) Anemia

10) Lemas

11) Migrain

5. Anbacim

a. Nama obat : Anbacim

b. klasifikasi/golongan obat: antibiotik sefalosporin

c. Dosis umum :

Dewasa : 750 mg - 1,5 g diberikan setiap 8 jam selama 5 - 10 hari.

d. Mekanisme kerja obat: obat ini bekerja untuk menghambat dan menghentikan pertumbuhan bakteri penyebab infeksi

e. Alasan pemberian : untuk mencegah pertumbuhan bakteri

f. Efek samping :

- 1) Gangguan gastrointestinal
- 2) Perubahan hematologi (perubahan darah)
- 3) Superinfeksi
- 4) Rasa sakit pada tempat injeksi
- 5) Kadang tromboflebitis (pembengkakan pada vena)

IDENTIFIKASI MASALAH

Nama/ Umur : Ny. R/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar: Bernadeth III/ 365 bed 1

Tabel 3.1 Identifikasi Masalah

| NO | DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
|----|--|-------------------------|--|
| 1. | <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya. 2. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak usia 28 tahun. 3. Pasien mengatakan ia merasa pusing. <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien gelisah 2. Hasil observasi: TD : 178/90 mmHg N : 100 x/menit S : 37°C P : 23 x/ menit 3. Hasil <i>CT-Scan</i> kesan : infrak celebri bilateral, infark pons cerebri kanan dan atrofi cerebri. | Hipertensi | Resiko perfusi sereberal tidak efektif |
| 2 | <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri. 2. Keluarga pasien mengatakan pasien selalu dibantu dalam bergerak. | Penurunan kekuatan otot | Gangguan mobilitas fisik |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|----------------------|
| | <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur 2. Kekuatan oto: $\begin{array}{r l} 5 & 0 \\ \hline 5 & 0 \end{array}$ 3. Observasi TTV : TD: 178/90 mmHg N : 100 x/menit S : 37°C P : 23 x/menit 4. Tampak pasien dibantu oleh keluarga perawat atau dalam beraktivitas. | | |
| 3 | <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien tidak teratur/berubah 2. Keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari biasanya tidur 2-3 jam, 3. Keluarga mengatakan pasien sering terjaga pada malam hari 4. Pasien mengatakan kesulitan untuk tidur. <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ekspresi wajah mengantuk 2. Tampak palpebra gelap | Kurangnya kontrol tidur | Gangguan pola tidur |
| 4 | <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak bisa mengatasi masalah kesehatanya 2. Pasien mengatakan tidak mampu memenuhi | Ketidakadekuatan strategi koping | Koping tidak efektif |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>kebutuhan dasar</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tampak pasien tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia)2. Perilaku tidak asertif (suka marah-marah) | | |
|--|---|--|--|

B. Diagnosis Keperawatan

Nama/ Umur : Ny. R/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar: Bernadeth III/ 365 bed 1

Tabel 3.2 Diagnosis keperawatan

| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN |
|----|--|
| 1 | Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi |
| 2 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot |
| 3 | Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur |
| 4 | Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping |

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/ umur : Ny. R/67 Tahun

Ruang/ kamar : BernadethIII/ 365 bed 1

Tabel 3.3 Intervensi keperawatan

| NO | SDKI | SLKI | SIKI |
|----|--|--|---|
| 1 | <p>Resiko perfusi serebral tidak efektif dibutuhkan dengan hipertensi yang ditandai dengan:</p> <p>Data subjektif</p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya. 2. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak usia 28 tahun. 3. Pasien mengatakan ia merasa pusing. <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien gelisah 2. Hasil observasi: TD : 178/90 mmHg N : 100 x/menit S : 37°C P : 23 x/ menit 3. Hasil <i>CT-Scan</i> kesan : infrak celebri bilateral, infark pons cerebri kanan dan atrofi | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x14 jam diharapkan perfusi serebral teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah cukup menurun 2. Tekanan diastol cukup membaik 3. Tekanan sistolik cukup membaik 4. Pusing cukup menurun | <p>Pemantauan tekanan intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan perfusi jantung <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan prosedur pemantauan 2. Jelaskan tujuan dan manfaat pemberian terapi morrotal untuk menurunkan tekanan darah 3. Anjurkan pemberian terapi morrotal untuk menurunkan tekanan darah <p>Pemberian obat</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi pemberian obat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, |

| | cerebri. | | tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 2 | <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan:</p> <p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri. 2. Keluarga pasien mengatakan pasien selalu dibantu dalam bergerak. <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur 2. Kekuatan otot: <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">0</td> </tr> </table> 3. Observasi TTV : TD:178/90 mmHg N : 100 x/menit S : 37°C P : 23 xmenit 4. Tampak pasien dibantu oleh perawat, keluarga dalam beraktifitas. | 5 | 0 | 5 | 0 | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x14 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelemahan fisik cukup menurun 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Pergerakan ekstermitas meningkat khususnya tubuh bagian kiri. | <p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Memonitor toleransi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Berikan <i>Mirror therapy</i> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (<i>Mirror therapy</i>) 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mirror terapi) 3. Anjurkan melakukan mobilisasi dini (<i>Mirror therapy</i>) <p>Dukungan perawatan diri : mandi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Monitor kebersihan tubuh (mis, rambut, |
| 5 | 0 | | | | | | |
| 5 | 0 | | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | | <p>mulut, kulit, kuku)</p> <p>3. Monitor intergritas kulit</p> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan 2. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu |
| 3 | <p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur yang ditandai dengan:</p> <p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien tidak teratur/berubah. 2. Keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari biasanya tidur 2-3 jam. 3. Keluarga mengatakan pasien sering terjaga pada malam hari. 4. Pasien mengatakan kesulitan untuk tidur. <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ekspresi wajah mengantuk. 2. Tampak palpebra gelap. | <p>Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x14 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur cukup menurun 2. Keluhan sering terjaga cukup menurun 3. Keluhan pola tidur berubah cukup menurun | <p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi <p>Terauperik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang. Jika perlu 3. Tetapkan jadwal tidur rutin <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tidur yang cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur |

| | | | |
|---|---|--|--|
| 4 | <p>Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping yang ditandai dengan:</p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak bisa mengatasi masalah kesehatanya 2. Pasien mengatakan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia) 2. Perilaku tidak asertif (suka marah-marah) | <p>Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x14 jam diharapkan Status koping membaik (L.09086) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan memenuhi peran sesuai usia cukup meningkat 2. Verbalisasi pengakuan masalah cukup meningkat 3. Perilaku asertif cukup menurun | <p>Promosi koping</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan yang dimiliki 2. Identifikasi pemahaman proses penyakit 3. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 4. Identifikasi metode penyelesaian masalah <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan peran yang dialami 2. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu 2. Anjurkan mengungkapkan peran dan persepsi 3. Anjurkan keluarga terlibat. 4. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif 5. Latih penggunaan teknik relaksasi |
|---|---|--|--|

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny. R/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar: Bernadeth III/ 365 bed 1

Tabel 3.4 Implementasi keperawatan

| Tanggal | NO. DP | Waktu | Pelaksanaan Keperawatan | Nama Perawat |
|------------|--------|-------|--|---------------|
| 05/05/2023 | I | 08:00 | Memfasilitasi pemberian obat: Hasil: - Asam traneksamat 1 ampul/IV | Susan Souhoka |
| | I | 08:25 | Mempertahankan posisi kepala dan leher netral Hasil: - Tampak posisi kepala dan leher dipertahankan dengan posisi supinasi | Susan Souhoka |
| | II | 08:30 | Memonitor tekanan darah Hasil: - TD: 170/88 mmHg | Susan Souhoka |
| | II | 08:35 | Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: - Tampak pasien tidak merasakan nyeri pada tubuh. | Susan Souhoka |
| | II | 08:40 | Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: - Pasien hanya bisa bergerak balik kiri dan kanan yang dibantu oleh perawat dan keluarga. | Susan Souhoka |
| | II | 08:45 | Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: - Tampak terpasang pagar tempat tidur | Susan Souhoka |
| | II | 08:50 | Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan Hasil: - Tampak pasien membutuhkan bantuan penuh untuk mandi | Susan Souhoka |
| | II | 09:00 | Memonitor kebersihan tubuh Hasil: - Rambut, kulit, dan kuku tampak kotor Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak | Susan Souhoka |

| | | | | |
|--|-----|-------|--|-----------------|
| | II | 09:08 | mandi terhadap kesehatan Hasil: - Tampak pasien dan keluarga mengerti penjelasan dari perawat tentang manfaat | Susan Souhoka |
| | I | 10:50 | Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan Hasil: - Tampak pasien merasa nyaman setelah dimandikan oleh perawat | Susan Souhoka |
| | II | 11:30 | Mengidentifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat Hasil : - Tampak pasien tidak mengalami alergi | Susan Souhoka |
| | I | 12:10 | Melakukan pemberian obat: Hasil: - Betahistin 1 tablet/oral | Susan Souhoka |
| | I | 13:00 | Menjelaskan tujuan dan manfaat pemberian terapi morrotal untuk menurunkan tekanan darah Hasil: - Pasien dan keluarga mengerti dengan penjelasan perawat tentang terapi morrotal untuk menurunkan tekanan darah | Susan Souhoka |
| | III | 14:00 | Menganjurkan pemberian terapi morrotal untuk menurunkan tekanan darah Hasil: - Pasien dan keluarga memahami apa yang dianjurkan perawat dan mau melakukan terapi morrotal | Susan Souhoka |
| | I | 14:20 | Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil: - Tampak pasien tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri dan keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien berubah sejak sakit. | Susanti Palamba |
| | II | 14:25 | Memonitor tekanan darah Hasil: - TD: 152/97 mmHg | Susanti Palamba |
| | III | 14:30 | Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: - Tampak pasien tidak merasa adanya | Susanti Palamba |

| | | | | |
|--|-----|-------|---|-----------------|
| | III | 14:35 | nyeri pada tubuh bagian kirinya Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan fisiologis) Hasil: - Tampak pasien tidak bisa tidur karena tidak nyaman dengan lingkungan rumah sakit. | Susanti Palamba |
| | III | 16:00 | Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit Hasil: - Pasien dan keluarga memahami penjelasan yang diberikan oleh perawat. | Susanti Palamba |
| | II | 16:30 | Modifikasi lingkungan Hasil: - Tampak pasien bisa tidur setelah tirai ditutup dan tempat tidurnya diperbaiki. | Susanti Palamba |
| | II | 17:00 | Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (mirror terapi) Hasil: - pasien dan keluarga mengerti dengan penjelasan perawat tentang tujuan mobilisasi. | Susanti Palamba |
| | II | 17:30 | Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (<i>mirror therapy</i>) Hasil: - pasien merasa rileks setelah dilakukan <i>mirror therapy</i> - tampak pasien tidak ada keluhan nyeri saat melakukan mirror terapi | Susanti Palamba |
| | I | 18:00 | Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: - Tampak pasien dibantu oleh anaknya saat membalik kanan | Susanti Palamba |
| | II | 19:00 | Melakukan pemberian obat Hasil: - Betahistin 3x1/oral | Susanti Palamba |
| | I | 20:00 | Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil: - Tampak pasien mobilisasi di tempat tidur | Susanti Palamba |
| | I | 20:10 | Melakukan pemberian obat: Hasil: | Susanti Palamba |

| | | | | |
|------------|----|-------|--|---------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Asam traneksamat 1 ampul/IV - Metamisole 1 ampul/IV - Omeprazole 1 flc/IV | |
| 06/05/2023 | I | 08:00 | <p>Melakukan pemberian obat:</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metamisole 1 ampul/IV - Omeprazole 1 flc/IV | Susan Souhoka |
| | I | 08:30 | <p>Memonitor tekanan darah</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 152/92 mmHg | Susan Souhoka |
| | II | 08:35 | <p>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien meringis saat tangan kirinya digerakkan | Susan Souhoka |
| | II | 08:37 | <p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak terpasang pagar tempat tidur | Susan Souhoka |
| | II | 08:40 | <p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keluarga membantu pasien dalam melakukan mobilisasi | Susan Souhoka |
| | II | 08:45 | <p>Memonitor kebersihan tubuh</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak rambut, kulit, dan kuku cukup bersih | Susan Souhoka |
| | II | 09:10 | <p>Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien merasa nyaman setelah dimandikan oleh perawat | Susan Souhoka |
| | II | 09:40 | <p>Mengajarkan pada keluarga cara memandikan pasien</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengerti apa yang diajarkan oleh perawat | Susan Souhoka |
| | II | 10:00 | <p>Memberikan <i>Mirror therapy</i></p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien merasa rileks setelah dilakukan <i>mirror therapy</i> - Setelah pasien diberikan <i>mirror therapy</i> pasien mulai mengangkat | Susan Souhoka |

| | | | | |
|--|-----|-------|---|-----------------|
| | | | tangan kirinya dengan bantuan tangan kananya. - tampak pasien tidak ada megeluh nyeri saat melakukan <i>mirror therapy</i> | |
| | II | 10:10 | Membatasi waktu tidur siang jika perlu Hasil: - Perawat menjelaskan pentingnya mengatasi waktu tidur siang, dan keluarga setuju sehingga pasien hanya tidur satu jam disiang hari | Susan Souhoka |
| | I | 12:00 | Melakukan pemberian obat: Hasil: - Asam traneksamat 1 ampul/IV - Metamisole 1 ampul/IV - Omeprazole 1 flc/IV | Susan Souhoka |
| | III | 14:00 | Memonitor tekanan darah Hasil: - TD: 152/102 mmHg | Susanti Palamba |
| | I | 15:00 | Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: - Pasien mulai bisa menggerakkan sedikit tangan kiri dan kaki kirinya | Susanti Palamba |
| | II | 16:05 | Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil: - Tampak pasien masih dibantu dalam beraktivitas dan keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien masih belum teratur. | Susanti Palamba |
| | III | 16:10 | Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan fisiologis) Hasil: - tampak pasien tidak bisa tidur karena tidak nyaman dengan lingkungan rumah sakit. | Susanti Palamba |
| | III | 16:20 | Memodifikasi lingkungan Hasil: - Tampak pasien bisa tidur setelah tirai ditutup dan mengurangi suhu ruangan. | Susanti Palamba |
| | III | 16:40 | Menganjurkan pemberian terapi murotal untuk menurunkan tekanan darah Hasil: - Pasien dan keluarga memahami apa | Susanti Palamba |

| | | | | |
|------------|----|-------|---|-----------------|
| | | | yang dianjurkan perawat dan keluarga membantu untuk melakukan terapi morrotal | |
| | II | 17:00 | Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: - Tampak pasien dibantu oleh anaknya saat membalik kanan | Susanti Palamba |
| | I | 18:00 | Melakukan pemberian obat Hasil: - Betahistin 1 tablet/oral | Susanti Palamba |
| | I | 19:00 | Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil: - Pasien dan keluarga memahami apa yang dijelaskan perawat | Susanti Palamba |
| | II | 20:00 | Melakukan pemberian obat: Hasil: - Asam traneksamat 1 ampul/IV - Metamisole 1 ampul/IV - Omeprazole 1 flc/IV | Susanti Palamba |
| 07/05/2023 | I | 08:00 | Melakukan pemberian obat: Hasil: - Metamisole 1 ampul/IV - Omeprazole 1 flc/IV | Susan Souhoka |
| | I | 08:30 | Memonitor tekanan darah Hasil: - TD: 150/92 mmHg | Susan Souhoka |
| | II | 08:35 | Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: - Tampak pasien masih meringis saat tangan kirinya digerakkan | Susan Souhoka |
| | II | 08:37 | Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: - Tampak terpasang pagar tempat tidur | Susan Souhoka |
| | II | 08:40 | Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: - Tampak keluarga membantu pasien dalam melakukan mobilisasi | Susan Souhoka |
| | II | 08:45 | Memonitor kebersihan tubuh Hasil: | Susan Souhoka |

| | | | | |
|--|-----|-------|---|-----------------|
| | II | 09:10 | <ul style="list-style-type: none"> - Tampak rambut, kulit, dan kuku bersih <p>Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien merasa nyaman setelah dimandikan oleh perawat | Susan Souhoka |
| | II | 10:10 | <p>Mengajarkan pada keluarga cara memandikan pasien</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengerti apa yang diajarkan oleh perawat dan terlibat langsung untuk memandikan pasien | Susan Souhoka |
| | I | 12:00 | <p>Melakukan pemberian obat:</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asam traneksamat 1 ampul/IV - Metamisole 1 ampul/IV - Omeprazole 1 flc/IV | Susan Souhoka |
| | I | 13:00 | <p>Menganjurkan pemberian terapi morrotal untuk menurunkan tekanan darah</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga mengatakan sebelum melakukan terapi murrotal pasien selalu gelisah dan pusing dan setelah diberikan terapi murrotal pasien tampak rileks, tidak gelisah dan tidak merasa pusing | Susan Souhoka |
| | II | 14:05 | <p>Memberikan <i>mirror therapy</i></p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan sebelum diberikan <i>mirror therapy</i> pasien hanya bisa berbaring ditempat tidur dan tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya - Setelah pasien diberikan <i>mirror therapy</i> pasien mulai mengangkat tangan kirinya dengan bantuan tangan kananya. - tampak pasien mulai berusaha menggerakkan tubuh bagian kirinya | Susanti Palamba |
| | III | 15:00 | <p>Membatasi waktu tidur siang jika perlu</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien hanya tidur siang 1 jam . tetapi sering di kasi ingat oleh keluarga | Susanti Palamba |

| | | | | |
|--|-----|-------|---|--------------------|
| | I | 15:00 | Memonitor tekanan darah Hasil: - TD: 152/97 mmHg | Susanti Palamba |
| | III | 16:05 | Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Hasil: - Tampak pasien dibantu perawat miring kanan | Susanti Palamba |
| | I | 16:30 | Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: - pasien mulai bisa menggerakkan sedikit tangan kiri dan kaki kirinya | Susanti Palamba |
| | II | 17:00 | Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil: - Tampak pasien masih dibantu dalam beraktivitas dan keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien masih belum teratur. | Susanti Palamba |
| | III | 18:00 | Modifikasi lingkungan Hasil: - Tampak pasien bisa tidur setelah tirai ditutup dan mengurangi suhu ruangan. | Susanti Palamba |
| | III | 19:00 | Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: - Tampak pasien dibantu oleh anaknya saat membalik kanan | Susanti Palamba |
| | II | 19:30 | Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil: - pasien dan keluarga memahami apa yang dijelaskan perawat | Susanti Palamba |
| | II | 20:00 | Melakukan pemberian obat: Hasil: - Betahistin 1 tablet/oral | Susanti Palamba |

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny. R/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar: Bernadeth III/ 365 bed 1

Tabel 3.5 Evaluasi keperawatan

| Tanggal NO.DP | Jam | Evaluasi (SOAP) | Nama Perawat |
|------------------|-------|--|---------------|
| 05/05/2023 I | 14:00 | <p>Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya - Pasien mengatakan ia merasa pusing. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih gelisah - Tampak tekanan diastol cukup membaik - Tampak tekanan sistolik belum membaik. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi. | Susan Souhoka |
| II | | <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan belum bisa menggerakkan tubuh bagian kiri - Pasien belum bisa melakukan aktivitas sehari-hari dan masih dibantu oleh keluarga atau perawat. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih mengalami kelemahan fisik pada tubuh sebelah kiri - Tampak pasien belum ada peningkatan pergerakan ekstermitas tubuh bagian kiri. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitas fisik belum teratasi. | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| III | | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan tubuh bagian kiri. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih mengalami kelemahan fisik pada tubuh sebelah kiri - Tampak pasien belum ada peningkatan pergerakan ekstermitas tubuh bagian kiri - Tampak pasien masih masih dibantu oleh keluarga atau perawat dalam mobilitasi. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitas fisik belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lanjutkan intervensi. <p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa tidur dan masih terbangun pada malam hari. - Keluarga pasien mengatakan pasien masih terjaga di malam hari - Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien masih berubah. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih menggeluh tidak bisa tidur - Tampak ekspresi wajah mengantuk. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan pola tidur belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lanjutkan intervensi. | |
|-----|--|--|--|

| | | | |
|-----------------|-------|--|---------------|
| 06/05/2023 I | 14:00 | <p>Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya - Pasien mengatakan ia masih merasa pusing. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak gelisah gelisah - Tampak tekanan diastol belum membaik - Tampak tekanan sistolik belum membaik. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi. | Susan Souhoka |
| II | | <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan tubuh bagian kiri. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih mengalami kelemahan fisik pada tubuh sebelah kiri - Pasien masih belum bisa melakukan aktivitas sehari- hari - Tampak pasien masih belum ada peningkatan pergerakan ekstermitas tubuh bagian kiri. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitas fisik belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan Intervensi. | |
| III | | <p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa tidur dan masih sering terbangun pada malam hari. - Keluarga pasien mengatakan pasien terjaga | |

| | | | |
|----|-------|---|-----------------|
| | | <p>dimalam hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien masih berubah. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih menggeluh tidak bisa tidur. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan pola tidur belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi. | |
| I | 21:00 | <p>Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya - Pasien mengatakan sesekali pasien masih pusingnya. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak gelisah - Tampak tekanan diastol belum membaik - Tampak tekanan sistolik belum membaik. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi. | Susanti Palamba |
| II | | <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan belum bisa menggerakkan tubuh bagian kiri. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih mengalami kelemahan fisik pada tubh sebelah kiri - Pasien belum bisa melakukan aktivitas sehari-hari - Tampak pasien belum ada peningkatan pergerakan ekstermitas tubuh bagian kiri. | |

| | | | |
|-----------------|-------|---|---------------|
| III | | <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitas fisik belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi. <p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa tidur dan masih terbangun pada malam hari. - Keluarga pasien mengatakan pasien masih terjaga di malam hari - Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien masih berubah. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah tidak mengeluh tidak bisa tidur. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan tidur belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi. | |
| 07/05/2023 I | 21:00 | <p>Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien mulai bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya terutama dibagian kaki - Pasien mengatakan ia sudah tidak merasa pusing. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak gelisah - Tampak tekanan diastol belum membaik - Tampak tekanan sistolik belum membaik. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi. | Susan Suhouka |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| II | | <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi. <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa menggerakkan tubuh bagian kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mulai bisa menggerakkan tubuh bagian kiri khususnya ekstermitas bagian bawah kiri - Pasien mulai bisa melakukan aktifitas seperti mobilisasi - Tampak pasien ada sedikit peningkatan pergerakan ekstermitas tubuh bagian kiri. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitas fisik belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi. | |
| III | | <p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa tidur - Keluarga pasien mengatakan pasien terjaga dimalam hari - Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien sudah mulai teratur. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah tidak mengeluh untuk tidurnya. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan tidur belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi. | |

| | | | |
|-----|-------|---|-----------------|
| I | 21:00 | <p>Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien mulai bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya terutama dibagian kaki - Pasien mengatakan ia sudah tidak merasa pusing. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak gelisah - Tampak tekanan diastol belum membaik - Tampak tekanan sistolik belum membaik. <p>A : Resiko perfusi serebral tidak efektif belum Teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p> | Susanti Palamba |
| II | | <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa menggerakkan tubuh bagian kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mulai bisa menggerakkan tubuh bagian kiri - Pasien mulai bisa melakukan aktivitas seperti mobilisasi - Tampak pasien ada sedikit peningkatan pergerakan ekstermitas tubuh bagian kiri - Tampak pasien mulai memperhatikan kebersihan dirinya. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitas fisik belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan. | |
| III | | <p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>tidur.</p> <ul style="list-style-type: none">- Keluarga pasien mengatakan pasien terjaga di malam hari.- Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien masih berubah. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak pasien sudah tidak mengeluh tidak bisa tidur. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- Gangguan tidur belum teratasi. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan intervensi. | |
|--|--|---|--|

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teoritis yang di peroleh secara tertulis dengan penerapan asuhan keperawatan pada Ny.R dengan *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)* di rumah sakit Stella Maris Makassar selama 3 hari sejak pada tanggal 5-7 Mei 2023 dengan menggunakan pendekatan keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dengan menggunakan proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai proses sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, status pasien dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Hasil pengkajian yang dilakukan penulis terhadap Ny.R umur 67 tahun, yang masuk rumah sakit pada tanggal 29 April 2023 dan dikaji pada tanggal 03 Mei 2023 diperoleh data: pasien masuk rumah sakit dengan keluhan tubuh sebelah kiri tidak bisa digerakkan, keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak usia 28 tahun, pasien mengatakan ia merasa pusing. Hal ini sejalan dengan penelitian Laurin et al, (2022).

Dalam jurnalnya terdapat beberapa faktor terjadinya resiko stroke non hemoragik, antara lain: usia lanjut, hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, hiperkolesterolemia, merokok dan kelainan pembuluh darah otak. Keluarga pasien mengatakan pasien selalu dibantu dalam bergerak dan pada saat observasi tampak pasien dibantu oleh perawat, keluarga dalam beraktifitas, tampak kekuatan otot pada ekstermitas kiri atas dan bawa tidak ada/(0), penderita stroke sering mengalami tanda dan gejala

berupa kelemahan atau kelumpuhan akibat defisit neurologis. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Abdul Aziz,2022).

Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien tidak teratur/berubah, keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari biasanya tidur 2-3 jam, pasien sering terjaga pada malam hari, pasien mengatakan kesulitan untuk tidur dan pada saat observasi didapatkan data tampak pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien gelisah, tampak ekspresi wajah mengantuk, dan tampak palpebra gelap.

Manifestasi klinik pada pasien stroke dikenal dengan istilah FAST yaitu *Face* (wajah), *Arms drive* (gerakan lengan), *Speech* (bicara) sulit bicara, dan *Time* (waktu) Retnaningsih, (2023). Hal ini menunjukkan bahwa data yang ditemukan oleh penulis dari pasien dan data dari teori tidak terjadi kesenjangan dimana penyebab, tanda dan gejala secara teoritis juga terjadi pada pasien.

Dari beberapa jurnal diatas dapat penulis simpulkan bahwa data yang ditemukan pada pasien relevan sama sebagai data yang bermasalah dan perlu ditindak lanjuti dalam menentukan diagnosis keperawatan.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data yang ditemukan dari pengkajian, penulis mengangkat diagnosis keperawatan pada Ny. R sesuai SDKI, yaitu:

a. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi.

Diagnosis ini diambil sesuai dengan data-data yang ada pada pengkajian dalam SDKI, salah satu faktor resiko dari diagnosis ini adalah hipertensi, dengan kondisi klinis terkait stroke.

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

Diagnosa ini diangkat berdasarkan data pada pengkajian 11 pola gordon dengan 80% tanda dan gejala mayor yang sesuai dengan SDKI, yaitu Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri. Keluarga pasien mengatakan pasien selalu dibantu dalam bergerak. Tampak pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien dibantu oleh perawat, keluarga dalam beraktifitas, kekuatan otot sebelah kanan penuh (5) dan kekuatan otot sebelah kiri tidak ada kontraksi otot (0), tidak mampu bergerak, observasi TTV didapatkan hasil TD: 170/90 mmHg, N : 100 x/menit, S : 37°C, P : 23 x/menit dan tampak pasien dibantu oleh keluarga atau perawat, dalam beraktifitas.

- c. Gangguan tidur berhubungan dengan kontrol tidur.

Diagnosa ini diangkat berdasarkan data pada pengkajian 11 pola gordon dengan 80% tanda dan gejala mayor yang sesuai dengan SDKI, yaitu keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien tidak teratur/berubah, keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari biasanya tidur 2-3 jam, keluarga mengatakan pasien sering terjaga pada malam hari, pasien mengatakan kesulitan untuk tidur dan tampak ekspresi wajah mengantuk serta tampak palpebra gelap.

- d. Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping

Diagnosa ini diangkat berdasarkan data pada pengkajian 11 pola gordon dengan 80% tanda dan gejala mayor yang sesuai dengan SDKI, yaitu pasien mengatakan tidak bisa mengatasi masalah kesehatannya, pasien mengatakan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar, tampak pasien tidak mampu

memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia), tampak perilaku tidak asertif (suka marah-marah).

Diagnosis pada teori yang tidak diangkat yakni:

- 1) Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran. Penulis tidak mengangkat diagnosis tersebut dengan alasan pada diagnosa ini tanda dan gejala mayor yang ditemukan pada pasien hanya 50% atau hanya satu tanda/gejala mayor yang dapat divalidasi.
- 2) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini dengan alasan pada diagnosa ini tanda dan gejala mayor yang ditemukan pada pasien hanya 50% atau hanya satu tanda/gejala mayor yang dapat divalidasi.
- 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini dengan alasan intervensi yang akan dilakukan pada diagnosa ini dapat teratasi ketika intervensi pada gangguan mobilitas fisik meningkat dan akan mendukung perawatan diri.

3. Intervensi Keperawatan

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

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017) dengan tujuan tindakan setelah intervensi keperawatan selama 14 jam dalam 3 hari maka perfusi serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : gelisah cukup menurun, tekanan diastol cukup membaik, tekanan sistolik

cukup membaik dan pusing cukup menurun. Intervensi yang dilakukan: pemantauan tekanan intrakranial (I. 06198).

Observasi : monitor peningkatan tekanan darah, monitor penurunan perfusi jantung. Teraupetik : pertahankan posisi kepala dan leher netral, dokumentasi hasil pemantauan. Edukasi : jelaskan tujuan prosedur pemantauan, jelaskan tujuan dan manfaat pemberian terapi murrotal untuk menurunkan tekanan darah, anjurkan pemberian terapi murrotal untuk menurunkan tekanan darah.

Pemberian obat (I.02062)

Observasi : identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontra indikasi obat. Teraupetik : fasilitasi pemberian obat. Edukasi : jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054) dengan tujuan setelah melakukan intervensi keperawatan selama 14 jam dalam 3 hari maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : kelemahan fisik cukup menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, pergerakan ekstermitas meningkat khususnya tubuh bagian kiri. Intervensi yang dilakukan: dukungan mobilisasi (I.05173). Observasi : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor toleransi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Teraupetik : fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, berikan *mirror therapy*. Edukasi : jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (*mirror therapy*), ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (*mirror therapy*), anjurkan melakukan mobilisasi dini (*mirror therapy*).

Dukungan perawatan diri : mandi (I.11352)

Observasi : identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, monitor kebersihan tubuh (mis, rambut, mulut, kulit, kuku), monitor integritas kulit. Teraupetik : fasilitasi mandi sesuai kebutuhan, berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian. Edukasi : jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan, ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055) dengan tujuan setelah melakukan intervensi keperawatan selama 14 jam dalam 3 hari maka pola tidur meningkat (L.05045) dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidur cukup menurun, keluhan sering terjaga cukup menurun dan keluhan pola tidur berubah cukup menurun. Intervensi yang dilakukan: dukungan tidur (I.05174).

Observasi : identifikasi pola aktivitas dan tidur, dentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), identifikasi obat tidur yang di konsumsi. Terauperik : modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur), batasi waktu tidur siang. Jika perlu, tetapkan jadwal tidur rutin. Edukasi : jelaskan tidur yang cukup selama sakit dan anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

- d. Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping (D.0096) dengan tujuan setelah melakukan intervensi keperawatan selama 14 jam dalam 3 hari maka status koping (L09086) membaik dengan kriteria hasil : kemampuan memenuhi peran sesuai usia cukup meningkat, verbalisasi pengakuan masalah cukup meningkat, perilaku asertif cukup menurun. Intervensi yang dilakukan : promosi koping (I.09312). Observasi : identifikasi kemampuan yang dimiliki, identifikasi pemahaman proses penyakit, identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan, identifikasi

metode penyelesaian masalah. Teraupetik : diskusikan perubahan peran yang dialami, diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi. Edukasi : anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu, anjurkan mengungkapkan peran dan persepsi, anjurkan keluarga terlibat, ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif dan latih penggunaan teknik relaksasi.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah gambaran dari kriteria hasil yang diharapkan dari rencana keperawatan yang telah disusun untuk mencapai asuhan keperawatan yang baik. Implementasi yang dilakukan pada Ny. R dari hari pertama sampai hari ketiga berjalan lancar tanpa hambatan karena pasien, keluarga pasien dan pihak-pihak lain yang sangat kooperatif selama tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis. Dalam menjalankan implementasi selama 3 hari masalah keperawatan yang pertama resiko perfusi serebral tidak efektif menunjukkan tanda-tanda penurunan tekanan darah perhari, tetapi belum teratasi dibuktikan dengan tekanan darah belum stabil. Masalah keperawatan kedua gangguan mobilitas fisik belum bisa teratasi dibuktikan dengan tubuh sebelah kiri pasien masih mengalami kelemahan dan masalah yang ketiga gangguan pola tidur adanya peningkatan lamanya jam tidur pasien di malam hari, tetapi masalah ini belum teratasi dibuktikan dengan pasien masih terjaga di malam hari dan pola tidur masih berubah.

5. Evaluasi

Evaluasi yang didapat setelah tiga hari berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan dan tindakan yang telah dilakukan pada Ny.R yakni:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Hingga pada hari ke tiga setelah dilakukan tindakan resiko perfusi serebral ini belum teratasi karena tekanan darah pasien 152/97 mmHg, dan pasien masih mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Hingga pada hari ketiga setelah dilakukan tindakan masalah ini belum teratasi karena pasien belum dapat menggerakkan ekstermitasnya dan seluruh aktivitas harian pasien masi dibantu oleh keluarga atau perawat.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur. Hingga hari ketiga setelah dilakukan tindakan masalah ini belum teratasi karena pola tidur pasien masih belum teratur, pasien masih terjaga di malam hari.

B. Pembahasan penerapan EBN (Tindakan Keperawatan)

Evidence Based I : *Mirror therapy*

1. Judul EBN

Pemberian *mirror therapy* yang diberikan dengan menggunakan ilusi optik cermin.

a. Pengertian:

Mirror therapy merupakan terapi latihan dan mengandalkan imajinasi atau pembayangan motorik pada pasien, cermin digunakan sebagai media pemberi stimulasi visual kepada otak untuk pergerakan pada anggota tubuh yang mengalami kelemahan. *Mirror therapy* dengan menggunakan ilusi optic yang memberikan stimulasi visual pada otak sehingga dapat mempengaruhi peningkatan fungsi motorik ekstermitas Colomer, (2018 dalam Maisyaroh et al., 2021)

Menurut Lesmana, (2018 dalam Maisyaroh et al., 2021)

mirror therapy merupakan terapi rehabilitasi yang didalamnya sebuah cermin di tempatkan diantara tangan atau kaki sehingga bayangan anggota tubuh yang tidak sakit memberikan ilusi gerakan normal pada anggota tubuh yang sakit. Berbagai wilayah otak untuk gerakan, sensasi, dan rasa sakit distimulasi.

Mirror therapy melibatkan pasien yang duduk atau dengan posisi semi fowler dengan meletakkan lengan sehat mereka didepan cermin yang dipasang di meja dengan tangan lemah dibelakangnya. Saat pasien melihat cermin, bayangan yang dipantulkan dari gerakan yang sehat memberikan ilusi visual bahwa mereka sedang melihat tangan mereka yang lemah bergerak. Ilusi ini di anggap memungkinkan pasien untuk menggerakkan anggota tubuhnya yang lemah dengan lebih mudah (Tyson et al., 2015).

b. Tujuan/rasional EBN

Mirror therapy bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

2. Diagnosis keperawatan

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

3. Luaran yang diharapkan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x14 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : kelemahan fisik cukup menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, pergerakan ektermas meningkat khususnya tubuh bagian kiri setelah diberikan.

4. Intervensi keperawatan :

Penerapan *mirror therapy* pada Ny.R dengan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Perawat memberikan *mirror therapy*

dengan cara pasien diberikan posisi duduk, meletakkan lengan tangan yang sehat dan sakit di depan cermin yang dipasang di meja. Saat pasien melihat cermin bayangan yang dipantulkan dari gerakan lengan yang sehat memberikan ilusi visual bahwa mereka sedang melihat tangan mereka yang lemah bergerak. Ilusi ini dianggap memungkinkan pasien untuk menggerakkan anggota tubuhnya yang lemah dengan lebih mudah. *Mirror therapy* diberikan dalam 1 hari dengan waktu 70 menit selama 10 hari. Ada juga yang diberikan 1 kali sehari dengan waktu 5-10 menit, dalam satu minggu dilakukan 5 kali selama 4 minggu.

5. Outcome.

Hasil yang didapatkan dalam penerapan *mirror therapy* pada Ny. R selama 3 hari menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot pada pasien, terjadi perubahan sedikit bagian tubuh kiri bagian bawah dan untuk bagian atas belum ada perubahan tetapi dengan *mirror therapy* ini membuat pasien semangat dan antusias dalam melakukan latihan gerak. Pasien mulai menggunakan tangan kanan untuk membantu menggerakkan tangan kirinya. Hambatan selama menjalankan *mirror therapy* adalah kesulitan pasien untuk duduk sehingga pasien diberikan posisi semi *fowler*.

PICOT EBN (*Populasi/sampel, Intervention, Comparison, Outcome dan Time*)

Tabel 4.1 Telaah jurnal metode PICOT

| NO | JUDUL | POPULASI/ SAMPEL | INTERVENTION, | COMPARASION | OUTCOME | TIME |
|-----------|--|--|---|--|--|--|
| 1 | <i>Phasell pragmatic randomized controlled trial of patient-led therapies (mirror therapy and lower-limb exercises) during inpatient stroke rehabilitatin.</i> | Populasi ini adalah Peserta yang memenuhi syarat telah mengalami stroke setidaknya 1 minggu. peserta 55 yang terpilih untuk dilakukan <i>mirror therapy</i> dan 10 % yang putus sekolah. | Setiap intervensi, ada 4 tingkat latihan. Untuk terapi cermin digerakan jari, pergelangan tangan, dan siku mencapai, dan pada tingkat tertinggi, aktivitas fungsional dilakukan. Latihan tungkai bawah melibatkan pergelangan kaki, lutut, dan panggul. <ul style="list-style-type: none"> - Level 1 melibatkan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, dan aduksi dengan tungkai ditopang sepenuhnya. - Level 2 melibatkan | Dalam penelitian ini tidak ada perbandingan. | Dari hasil penelitian menunjukkan <i>Mirror therapy</i> dapat meningkatkan kekuatan otot dan latihan tungkai bawah, atas aman dilakukan selama perawatan pasien stroke diruang inap. | Diberikan selama 5 sampai 15 menit selama 7 hari. Pada tahun 2015. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|
| | | | <p>gerakan sendi multiplanar, beberapa melawan gravitasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Level 3 melibatkan gerakan melawan gravitasi - Level 4 melibatkan aktivitas fungsional seperti menggengam dan menggerakkan benda (untuk anggota tubuh bagian atas) dan berdiri dan duduk (untuk anggota tubuh bagian bawah.) | | | |
| 2 | Pengaruh <i>mirror therapy</i> /terapi cermin | Populasi dalam penelitian ini adalah pasien stroke dengan gangguan gerak yang ada di wilaya | Pada penelitian ini dilakukan untuk melatih menggerakkan tangan dan kaki yang sakit | Dalam penelitian ini tidak ada perbandingan | Dari hasil penelitian yang dilakukan didapatkan hasil: ada | <i>Mirror therapy</i> diberikan 1 kali sehari dengan |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|---|
| | terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke di wilayah kerja puskesmas kumpulan kabupaten pasaman | puskesmas kumpulan adalah sebanyak 25 orang dengan pengambilan sampel dalam penelitian menggunakan teknik pengambilan sampel dengan cara purposive sampling. | dengan mengandalkan cermin, dan dengan adanya bayangan tangan atau kaki yang normal sehingga kaki tau tangan yang sakit juga akan berangsur-angsur akan mengikuti gerakan tangan atau kaki yang normal, dengan responden melihat cermin sehingga adanya pembritahuan kepada otak dari mata untuk menggerakkan tangan, kaki seperti tangan dan kaki yang normal. | | pengaruh yang signifikan antara terapi cermin terhadap kemampuan gerak pada pasien stroke. | waktu 5-10 menit, dalam satu minggu dilakukan 5 kali selama 4 minggu. Pada tahun 2018 |
| 3 | <i>Lower extremity rehabilitation in patients with post-stroke sequelae through</i> | Populasi ini adalah Peserta yang memenuhi syarat telah mengalami stroke. 59 pasien dari | <i>Mirror therapy</i> dilakukan dengan mengatur ekstermitas yang paresis dibelakang cermin yang diposisikan | Penelitian ini membandingkan antara terapi asosiasi virtual (VR) dengan | Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa intervensi | Setiap pasien adalah 10 hari kerja selama |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|---|
| | <p><i>virtuall reality associated with mirror therapy</i></p> | <p>76 pasien rawat inap. Kelompok eksperimen : 31 menerima terapi VR dan MT, sedangkan kelompok kontrol : 28 menerima fisioterapi standar yang akan dilakukan <i>mirror therapy</i></p> | <p>sedemikian rupa sehingga refleksi sisi yang sehat menjadi menjadi terlihat di tempat ekstermitas yang terkena, yang terus menerus ditutup. Untuk latihan tingkat pertama, gerakan analitik dan koordinasi dilakukan untuk sendi pergelangan kaki, dengan sisi yang sehat. Latihan termasuk dorsofleksi, fleksi plantar, inversi, everesi.</p> | <p><i>mirror therapy</i> (MT) dan fisioterapi klasik</p> | <p>pemberian <i>mirror therapy</i> pada 59 peserta/pasien diantara 31 subjek dalam kelompok eksperimen, dan 28 pada kelompok kontrol adanya peningkatan kekuatan otot disemua bidang gerak dalam gerakan pergelangan kaki,</p> | <p>dua minggu berturut-turut. Setiap kelomok menerima sesi terapi 70 menit. Pada tahun 2021</p> |
|--|---|---|--|--|--|---|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p>dibandingkan dengan kelompok kontrol. Penelitian ini menunjukkan bahwa terapi VR yang terkait dengan MT dapat berhasil mrngantikan trerapi klasik.</p> | |
|--|--|--|--|--|---|--|

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah pembahasan konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan kasus pada pasien Ny. R dengan penyakit *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)* diruang perawatan St Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut: *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)*. Merupakan penyumbatan pembuluh darah di otak yang disebabkan oleh bekuan darah atau gumpalan trombus sehingga suplai darah dan oksigen ke otak terhenti sebagian atau sepenuhnya.

1. Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny.R ditemukan data sebagai berikut :

Pada saat pengkajian : keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya, pasien memiliki riwayat hipertensi sejak usia 28 tahun, pasien mengatakan ia merasa pusing, pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri, pasien selalu dibantu dalam bergerak, pola tidur pasien tidak teratur/berubah, dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari biasanya tidur 2-3 jam, sering terjaga pada malam hari, kesulitan untuk tidur dan pada saat observasi didapatkan data tampak pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien gelisah, tampak pasien dibantu oleh keluarga atau perawat dalam beraktifitas, tampak kekuatan otot pada ekstermitas kiri atas dan bawa tidak ada/(0), tampak ekspresi wajah mengantuk, dan tampak palpebra gelap. Pemeriksaan lain yang juga dilakukan adalah *CT-Scan* dengan hasil : infrak celebri bilateral, infark pons cerebri kanan dan atrofi cerebri. Keluarga mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat penyakit

hipertensi dari orang tuanya (ayah dan ibu).

2. Dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis merumuskan 4 diagnosis keperawatan yaitu : Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur, koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping.
3. Intervensi keperawatan : dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya pemantauan tekanan intrakranial, pemberian obat, dukungan mobilisasi, *mirror therapy*, dukungan perawatan diri, dukungan tidur, promosi koping.
4. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari sesuai intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dan dipadukan dengan penerapan *evidence based nursing* (EBN) yang dibantu oleh rekan dan perawat. Semua implementasi berjalan dengan baik.
5. Tahap evaluasi: setelah dilakukan implementasi selama 3 hari hasil: Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi. Gangguan mobilitas fisik belum teratasi, Gangguan pola tidur belum teratasi, dan Ansietas berhubungan dengan krisis situasional belum teratasi.
6. Penerapan (EBN) yang diterapkan menunjukkan hasil yang cukup baik. adanya peningkatan kekuatan otot dimana pasien bisa menggerakkan sedikit ekstermitas bagian bawahnya tetapi untuk ekstermitas bagian atas pasien masi menggerakkan dengan bantuan tangan kanan.

B. Saran

Berdasarkan simpulan di atas maka penulis akan menyampaikan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan

pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat kesehatan, guna untuk kemajuan keperawatan profesional dan meningkatkan derajat kesehatan di masyarakat antara lain:

1. Bagi instansi Rumah Sakit

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

2. Bagi profesi keperawatan

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

3. Bagi institusi pendidikan

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

DAFTAR PUSTAKA

- Adientya, G., Handayani, F., Program, M., Ilmu, S., Kedokteran, F., & Kedokteran, F. (2012). *STRES PADA KEJADIAN STROKE* (. 1(Dass 42),183–188.
<https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jnursing/article/view/448>
- Arum, dr. S. P. (2011). *stroke Kenali, Cegah & Obati*. 2011.
www.distributorsukabuku.com
- Aulia, SKM, MBA-HM, MEd, PhD, D., Ayu, S. F., & Nefonafratilova, N. (2017). Analisis Perbandingan Biaya Langsung (Direct Cost) dan Biaya Tidak Langsung (Indirect Cost) pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(2), 82–88.
<https://doi.org/10.7454/eki.v2i2.2143>
- Di, H., & Dadi, R. (2020). *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*. 11(01), 90–93.
- Ernasari, Safruddin, Haeril Amir, Nur Ilah Padhila, S. (2023). *Penyuluhan Non Hemoragik Stroke pada Keluarga Pasien*. 3(01), 39–43.
[https://doi.org/DOI: https://doi.org/10.53690/ipm.v3i01.197](https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.53690/ipm.v3i01.197)
- Haryanti H, R. (2013). “ *Analisa gambaran tingkat kemandirian activity daily living (ADL) pada pasien non-haemorrhagic stroke (NHS)* <http://repository.unhas.ac.id/id/eprint/25152/1/--rizqiyahha-5142-1-13-rizqi-5>.
- Herman, A., Thalib, S., & Dimara, H. (2021). *Efektifitas mirror therapy terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien post stroke: literature review*.5(1), 11–15.
- Insana Maria. (2021). *Asuhan keperawatan diabetes melitus dan asuhan keperawatan stroke*.
- Kabi, G. Y. C. R., Tumewah, R., & Kembuan, M. A. H. N. (2015). Gambaran Faktor Risiko Pada Penderita Stroke Iskemik Yang Dirawat Inap Neurologi Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Juli 2012 - Juni 2013. *E-CliniC*, 3(1), 1–6.
<https://doi.org/10.35790/ecl.3.1.2015.7404>
- Laurin Kwanly Mongkau, F. L. Fredrik G. Langi, A. F. C. K. (2022). *Studi ekologi prevalensi diabetes melitus dengan stroke di Indonesia*. 2022.
- Maisyaroh, A., Azizah, K. N., Abdillah, A., & Fibriansari, R. D. (2021).

Efektivitas Mirror Therapy Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Post Stroke: Literatur Review. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 4(1), 13–24. <https://doi.org/10.32584/jikmb.v4i1.713>

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

Muhammadiyah Ponorogo. (2021). *Asuhan Keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan ketidakberdayaan*. <http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/7046>

Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke melalui Pemberian Posisi Head Up. *Ners Muda*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5750>

Neila Sulung dan Beauty Hartini. (2018). REAL in Nursing Journal (RNJ). *Real in Nursing Journal (RNJ)*, 1(3), 114–122.

PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (E. Dinarti (ed.); 1st ed.). dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional indonesia.

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

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

PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan*. Edisi1. Jakarta:DPP PPNI

Ratnasari, S. (2020). *Asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik..* [uri:%09http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/6185](http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/6185)

Retnaningsih, D. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke*. NEM. Riskesdas. (2018). *Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf*.

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

Tyson, S., Wilkinson, J., Thomas, N., Selles, R., McCabe, C., Tyrrell, P., & Vail, A. (2015). Phase II pragmatic randomized controlled trial of patient-led therapies (Mirror Therapy and Lower-Limb Exercises)

during inpatient stroke rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(9), 818–826. <https://doi.org/10.1177/1545968314565513>

DAFTAR LEMBAR KONSUL

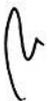
Nama mahasiswa : - Susan Souhoka (Ns2214901160)

- Susanti Palamba (Ns2214901161)

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

Pembimbing : 1. Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep

2. Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep

| No | Hari/Tanggal | Materi Konsul | Perbaikan | Paraf pembimbing I | Paraf pembimbing II |
|----|--------------|---|---|---|---|
| 1. | 03 mei 2023 | BAB III (kasus) | <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengkajian - Perhatikan intervensi - Ganti diagnosis nutrisi dengan gangguan pola tidur |  |  |
| | 04 mei 2023 | BAB III (kasus) | <ul style="list-style-type: none"> - Acc kasus | | |
| 2. | | <ul style="list-style-type: none"> - BAB III (kasus) - Kata pengantar | <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengkajian - Perbaiki daftar pemberian obat - Tambahkan hasil CT-Scan pada diagnosis pertama - Tambahkan intervensi pemberian obat - Perbaiki pengkajian eliminasi |  |  |
| 3. | | <ul style="list-style-type: none"> - Bab III - BAB IV | <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan EBN - Buat perbandingan setelah dan sesudah memberikan EBN - Perbaiki - Perkuat EBN dengan satu sampai tiga artikel jurnal |  |  |

| | | | | | |
|----|--|---|---|--------------|---|
| 4 | | <ul style="list-style-type: none"> - Bab I, II - Bab III Tinjauan kasus | <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki sitasi - Perhatikan pengetikan - Tambahkan hambatan dalam penanganan kasus disertai 2 sampai 3 artikel di BAB I paragraph kedua. | ✗ | 2 |
| 5. | | - Bab I,II,IV | <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki manfaat dan tujuan - Perbaiki kalimat pembuka paragraph - Dahulukan penyebab, tanda dan gejala, pemeriksaan penunjang yang biasa di lakukan pada kasus yang biasa di temukan - Perbaiki PICOT | ✗ | 2 |
| 6. | | - Bab III,IV,V | - ACC | ✗ | 2 |

RIWAYAT HIDUP

Identitas Pribadi

Nama : Susan Souhoka
Tempat /Tanggal Lahir : Haria, 19 November 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl. Maipa



Identitas Orang Tua/ Wali

Nama Ayah/Ibu : Lucas Souhoka/Lea Leuwol
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan Ayah / Ibu : Petani/IRT
Alamat : Haria Kec. Saparua

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 4 Haria : 2005 - 2011
SMPN 6 Kairatu : 2011 - 2013
SMAN 2 Sipora : 2013 - 2016
D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Rumkit Tk III Dr. J.A. Latumeten :
2017 - 2020
S1 Keperawatan Stella Maris Makassar : 2020 - 2022

RIWAYAT HIDUP

Identitas Pribadi

Nama : Susanti Palamba
Tempat /Tanggal Lahir : Palopo, 30 September 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Pantekosta
Alamat : Jl. Maipa



Identitas Orang Tua/ Wali

Nama Ayah/Ibu : Benni Palamba/Rosina Patabang
Agama : Kristen Pantekosta
Pekerjaan Ayah / Ibu : Petani/IRT
Alamat : DSN Korombua

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 130 Korombua : 2005 - 2011
SMPN Tomoni Timur : 2011 - 2014
SMAN 6 Palopo : 2014 - 2017
D3 Keperawatan Stella Maris Makassar : 2017 - 2020
S1 Keperawatan Stella Maris Makassar : 2020 - 2022