



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON
HEMORRHAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG
SANTA BERNADETH III RUMAH
SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

**VESKE KIDING (NS2114901155)
VINDY MARIA WULLUR (NS2114901057)**

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



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON
HEMORRHAGIC STROKE (NHS)* DI RUANG
SANTA BERNADETH III RUMAH
SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

**VESKE KIDING (NS2114901155)
VINDY MARIA WULLUR (NS2114901057)**

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Veske Kiding (NS2114901155)
2. Vindy Maria Wullur (NS2114901057)

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

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

Makassar, 11 Juli 2022

Yang menyatakan



Veske Kiding



Vindy Maria Wullur

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

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

Diajukan oleh :

- Nama/mahasiswa : 1. Veske Kiding / NS2114901155
2. Vindy Maria Wullur / NS2114901057

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Sr. Anita Sampe, SJMJ, Ns., MAN)
NIDN: 0917107402

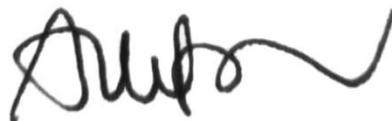
Pembimbing 2



(Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep)
NIDN: 0914069101

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : 1. Veske Kiding (NS2114901155)
2. Vindy Maria Wullur (NS2114901057)

Program studi : Profesi Ners

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

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Sr. Anita Sampe, SJMJ, Ns., MAN ()

Pembimbing 2 : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep ()

Penguji 1 : Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes ()

Penguji 2 : Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 11 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar


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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama:

Veske Kiding (NS2114901155)

Vindy Maria Wullur (NS2114901057)

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, 11 Juli 2022

Yang menyatakan



Veske Kiding



Vindy Maria Wullur

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya yang berlimpah sehingga penulis boleh menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang Santa Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar” yang menjadi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan memperoleh gelar Profesi Ners pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan KIA ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan namun atas tuntunan, bimbingan dan rahmat Tuhan serta doa dan dukungan dari berbagai pihak, sehingga penulis dapat melewati semua hal tersebut. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep., Ns., MAN. selaku Ketua Senat Akademik STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus sebagai pembimbing I yang dengan penuh kesabaran dan kesetiaan membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyelesaian karya ilmiah akhir.
3. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB. selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan bimbingan serta pengarahan selama penulis menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
4. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes. selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus sebagai penguji I yang setia mengarahkan penulis untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir.

5. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kep. selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
6. Mery Sambo, Ns., M.Kep. selaku Ketua Progran Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
7. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep. selaku pembimbing II yang selalu setia memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan sehingga penulis bisa menyelesaikan penyusunan KIA ini.
8. Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep. selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan serta masukkan yang membangun untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
9. Segenap dosen dan staf STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan selama penulis mengenyam pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Kedua orang tua serta sanak saudara penulis yang telah mendukung penulis baik dalam doa, motivasi, serta dukungan materil.
11. Tn. D.C dan keluarga pasien yang telah bersedia menjadi pasien kelola asuhan keperawatan.
12. Kepada teman - teman seperjuangan mahasiswa/i Profesi Ners angkatan 2021 STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan KIA ini jauh dari sempurna, baik dalam isi maupun dalam penulisannya. Oleh karena itu, penulis mohon kritik dan saran yang membangun membantu penyempurnaan KIA ini. Akhir kata semoga KIA ini dapat bermanfaat serta dipraktekkan dengan benar pada pasien NHS berbasis *evidance based nursing* (EBN) sehingga dapat membantu pasien dalam proses penyembuhan dan peningkatan kualitas hidup.

Makassar, 11 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Instasi Rumah Sakit	4
2. Bagi Institusi Pendidikan	4
3. Bagi Profesi Keperawatan.....	4
D. Metode Penulisan.....	5
1. Studi Kasus.....	5
2. Studi Kepustakaan	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar <i>Non Hemorrhagic Stroke</i> (NHS)	7
1. Pengertian NHS	7
2. Klasifikasi NHS.....	8
3. Anatomi dan Fisiologi NHS	10
4. Etiologi NHS.....	14
5. Patofisiologi NHS	19
6. Pathway NHS.....	22
7. Manifestasi Klinis NHS.....	28
8. Tes Diagnostik NHS.....	30
9. Penatalaksanaan Medis NHS	31
10. Komplikasi NHS	35
B. Konsep Dasar Keperawatan <i>Non Hemorrhagic Stroke</i> (NHS)	36
1. Pengkajian	36
2. Diagnosis Keperawatan	38
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan.....	39
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)	47
BAB III PENGAMATAN KASUS	49
A. Ilustrasi Kasus.....	49
B. Pengkajian	50

C. Diagnosis Keperawatan	82
D. Perencanaan Keperawatan	83
E. Implementasi Keperawatan	87
F. Evaluasi Keperawatan	117
G. Daftar Obat	128
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	136
A. Pembahasan Askep.....	136
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing	153
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	160
A. Simpulan.....	160
B. Saran	161
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

1.1	Gambar Bagian otak.....	10
1.2	Gambar Sirkulus Wilisi	13

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Elevasi Kepala 30⁰

Lampiran 2 *Leaflet* Elevasi Kepala 30⁰

Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 4 Lembar Konsultasi

DAFTAR TABEL

3.3	Tabel <i>Mini Mental State Exam</i> (MMSE).....	73
3.4	Tabel Level Stroke.....	74
3.5	Tabel Pemeriksaan Hematologi.....	75
3.6	Tabel Pemeriksaan Kimia Darah.....	76

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal yang penting dan utama dalam menjalani hidup. Seringkali banyak orang justru tidak peduli dengan kesehatan dengan tidak melakukan aktifitas fisik, jarang berolahraga, sering mengonsumsi makanan berlemak, mengandung banyak penyedap rasa, serta kebiasaan merokok. Gaya hidup yang tidak sehat seiring berjalannya waktu, menyebabkan terjadinya penyakit kronis sehingga mengakibatkan penurunan kualitas hidup penderitanya. Penyakit kronis yang dapat terjadi seperti diabetes, kolesterol, hipertensi, masalah jantung, penyakit ginjal dan stroke yang dapat menyerang siapa saja tanpa mengenal usia, jenis kelamin, dan tidak memandang status sosial dan ekonomi (Muhammad, 2017; Rizaldy & Asanti, 2018).

Selain berdampak terhadap ekonomi dan sosial dalam masyarakat, penyakit stroke menambah beban pembiayaan kesehatan dengan peningkatan jumlah pasien setiap tahunnya. Peningkatan pasien stroke terjadi karena rendahnya *skrining* kesehatan usia produktif dan deteksi dini faktor risiko belum optimal dimasyarakat (Kemenkes RI, 2018). Kebiasaan merokok, penyakit hipertensi, jantung, hiperkolesterol, diabetes melitus, kegemukan (obesitas), kurangnya aktifitas fisik atau olahraga serta usia dan jenis kelamin merupakan faktor resiko penyebab terjadinya *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) (M. T. Siregar et al., 2019).

NHS merupakan salah satu masalah kesehatan penyebab kematian, setelah penyakit jantung dan keganasan (kanker) baik di negara maju maupun negara berkembang yang memiliki dampak buruk terhadap fisik, psikis dan membutuhkan biaya yang tinggi untuk perawatannya (M. T. Siregar et al., 2019). Menurut *World Health*

Organization (WHO) dikutip dalam Permatasari (2020) tanda dan gejala klinik NHS terjadi baik secara fokal maupun global seperti kelemahan sisi tubuh, wajah tidak simetris dan penurunan kesadaran yang dapat memberat, dan berlangsung 24 jam. Penanganan yang cepat dan tepat yaitu 3 hingga 4,5 jam dari gejala awal dapat mengurangi risiko kematian dan kecacatan permanen yang mengakibatkan penurunan kualitas hidup serta mempengaruhi produktivitas penderitanya (Kemenkes RI, 2018).

Data dari *World Stroke Organization* (WSO, 2022) menunjukkan kurang lebih 7,6 juta NHS terjadi setiap tahun secara global dan lebih dari 62% dari semua kejadian stroke adalah NHS. Di Indonesia penderita stroke dari tahun ke tahun cenderung meningkat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Harris et al (2018) didapatkan bahwa dari tahun 2012 – 2014 terjadi peningkatan NHS secara signifikan di 18 rumah sakit yang berada di Indonesia, dimana dari 5.411 pasien stroke, diantaranya 3.627 (67,03%) adalah NHS. Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk usia > 15 tahun sebesar 10.9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Dengan provinsi tertinggi yaitu Kalimantan Timur (14,7%) dan terendah pada provinsi Papua dan Maluku Utara yang dibandingkan provinsi lain sekitar 4,1% dan 4,6%, serta Sulawesi Selatan menduduki peringkat dari 17 (10,6%) dari 34 provinsi di Indonesia (Kemenkes RI, 2018). Data yang didapatkan dari MRO Rumah Sakit Stella Maris Makassar, didapatkan jumlah kasus penderita NHS yang dirawat pada tahun 2019 - 2020 yaitu 481 pasien, dengan angka kematian berjumlah 72 jiwa.

Hasil penelitian Nisa et al (2018) terhadap 30 responden stroke di ruangan rawat inap Parkit, Merak dan Rajawali RSAU dr. M. Salamun Kota Bandung menunjukkan hasil persepsi negatif pasien terhadap perawat secara umum sebesar (56%). Timbulnya persepsi negatif karena kurangnya rangsangan perawat berupa bantuan

pemenuhan kebutuhan selama perawatan seperti *hygiene, toileting*, berhias, makan dan minum, serta mobilisasi. Penelitian yang sama juga dilakukan oleh Latifah et al (2018) terhadap 42 pasien stroke, didapatkan bahwa implementasi perawat terkait membantu ADL pasien stroke masih kurang (83,33%). Kurangnya peran perawat dapat menyebabkan depresi pada pasien dan keluarga, sehingga diperlukannya kemauan perawat untuk membantu dan melatih ADL guna meminimalkan kecacatan yang terjadi.

Berdasarkan angka kejadian serta uraian masalah diatas bahwa stroke merupakan kasus yang memerlukan upaya penanganan yang cepat dan tepat karena memiliki dampak yang besar terhadap penurunan kualitas hidup penderita, keluarga serta terhadap faktor ekonomi negara, sehingga diperlukannya peran perawat sebagai pemberian asuhan keperawatan secara professional dan komprehensif dalam upaya penanganan dan memperbaiki kualitas hidup pasien stroke. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir Asuhan Keperawatan *Non Hemorrhagic Stroke* di Ruang Rawat St. Bernadeth III, Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang Rawat St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan NHS di Ruang Rawat St. Bernadeth III.

- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan NHS di Ruang Rawat St. Bernadeth III.
- c. Menetapkan rencana tindakan pada pasien dengan NHS di Ruang Rawat St. Bernadeth III.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pasien dengan NHS dan tindakan keperawatan berbasis *Evidence Based Nursing* (EBN).
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan NHS di Ruang Rawat St. Bernadeth III.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Meningkatkan kualitas pelayanan sesuai perkembangan zaman dan teknologi, sebagai bahan pengembangan pelayanan dalam menganalisis dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien serta memberikan pelayanan yang komprehensif pada pasien NHS.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber pengembangan ilmu keperawatan pada pasien NHS dan meningkatkan mutu pendidikan sehingga menghasilkan lulusan perawat yang professional.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai bahan pengetahuan, pengalaman membuka wawasan dalam pemberian asuhan keperawatan dengan menerapkan ilmu pengetahuan secara komprehensif berbasis EBN pada pasien dengan masalah NHS.

D. Metode Penulisan

Karya tulis ini menggunakan metode penulisan deskriptif melalui pendekatan sebagai berikut:

1. Studi Kasus

a. Observasi

Melihat atau memonitor secara langsung keadaan serta kondisi pasien selama perawatan.

b. Wawancara

Melakukan wawancara langsung dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang terkait seperti: perawat diruangan, dokter penanggung jawab, fisioterapis untuk memperoleh data serta melakukan kolaborasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik dengan cara melakukan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

d. Pengkajian Pola Gordon

Melakukan pemeriksaan dan mengajukan pertanyaan kepada pasien dan keluarga terkait persepsi dan penanganan kesehatan yang telah dilakukan.

2. Studi Kepustakaan

Penulis menggunakan beberapa studi kepustakaan yang erat hubungannya dengan penulisan karya ilmiah ini seperti : buku cetak, buku berbasis online, internet, jurnal ilmiah keperawatan dan kesehatan serta beberapa artikel.

E. Sistematika Penulisan

Karya Ilmiah ini tersusun atas lima Bab yang terdiri dari Bab I "Pendahuluan", bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode dan sistematika penulisan. Bab

II “Tinjauan Puskata”, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, klasifikasi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, *patoflow* diagram, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, luaran dan perencanaan keperawatan, serta perencanaan pulang (*discharge planning*). Bab III, “Pengamatan Kasus”, menguraikan tentang pengkajian, identifikasi masalah, keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi keperawatan serta daftar obat pasien. Bab IV “Pembahasan Kasus” yaitu bab ini membahas kesenjangan teori dan kasus yang nyata ditemukan dilapangan serta penerapan EBN sesuai dengan keadaan pasien. Bab V “Penutup”, terdiri dari simpulan dan saran dan diakhiri dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS)

1. Pengertian NHS

Non Hemorrhagic Stroke (NHS) adalah salah satu penyakit pembuluh darah di otak yang disebabkan karena adanya penyumbatan pembuluh darah di otak oleh trombosis maupun emboli (Wijaya, 2018). Jika tidak mendapat pertolongan dan penanganan yang cepat, NHS dapat menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak area yang disuplai, sehingga mengakibatkan penderita mengalami kelumpuhan atau bahkan kematian (Haryono & Utami, 2019).

Kematian sel otak pada NHS terjadi karena pasokan darah ke otak berkurang atau terhambat sehingga kadar oksigen dan nutrisi tidak mencapai sel-sel otak secara mendadak. Ketika otak tidak mendapat nutrisi dan oksigen yang cukup, dalam beberapa menit sel-sel otak bisa rusak dan kehilangan fungsinya. Kerusakan otak ini mempengaruhi fungsi tubuh yang dikendalikan oleh bagian sel-sel otak yang rusak (Ferahwati et al., 2020).

Secara patologis, NHS adalah kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak adekuat. Sedangkan secara klinis stroke non hemoragik didefinisikan sebagai defisit neurologis fokal yang timbul akut dan berlangsung lebih dari 24 jam dan tidak disebabkan oleh perdarahan (H. Siregar, 2019). Berdasarkan tinjauan teori di atas penulis menyimpulkan bahwa NHS adalah kerusakan yang dapat menyebabkan kematian otak akibat kurangnya suplai oksigen dan nutrisi karena tersumbatnya pembuluh darah oleh plak aterosklerosis yang menyebabkan penderitanya mengalami kelemahan sisi tubuh, nyeri kepala,

wajah tidak simetris sampai penurunan kesadaran tergantung pada lokasi dan luasnya infark.

2. Klasifikasi NHS

Menurut Siregar (2019) klasifikasi NHS terbagi berdasarkan manifestasi klinis dan kausal yaitu sebagai berikut:

a. Gangguan Peredaran Darah Otak Sementara (GPDOS) atau *Transient Ischemic Attack* (TIA)

Merupakan *deficit neurologis* akut akibat kelainan pada vaskuler, dan biasanya berakhir dalam beberapa menit sampai beberapa jam, tidak terjadi lebih dari 24 jam. Gangguan peredaran darah terjadi di salah satu arteri atau cabang pada otak dan mengakibatkan ketidakseimbangan antar kebutuhan metabolik otak dan aliran darah setempat. Keadaan ini dimanifestasikan secara klinis berupa timbulnya serangan cepat, maksimal 25 menit dengan manifestasi klinis dapat hilang dalam waktu 24 jam. Kebanyakan kasus-kasus GPDOS/TIA menghilang manifestasi klinisnya dalam waktu 20 – 30 menit.

b. *Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND)

Pada kejadian ini, defisit neurologis yang terjadi berhubungan dengan iskemia serebri fokal menetap lebih dari 24 jam kemudian setelahnya dapat terjadi kepulihan sempurna. Dalam hal ini, gejala neurologis juga akan menghilang tetapi dalam waktu lebih dari 24 jam dan sembuh dalam waktu 21 hari.

c. *Progressing Stoke* (*Stroke in evolution*)

Defisit saraf yang masih berlangsung. Yang dimaksud masih berlangsung, yaitu: pada pagi hari penderita mendapat serangan stroke dengan gejala sukar mengangkat tungkai, beberapa jam kemudian (2-3 jam)

tangan dan lengannya berat. Keesokan harinya tidak bisa bergerak sama sekali. Hal ini disebabkan oleh gangguan aliran darah yang makin lama, makin berat atau disebut juga stroke ini *evolution*.

d. *Completed Stroke*

Defisit saraf yang sudah berakhir atau lengkap atau gejala yang sudah ada menetap/permanen.

Sedangkan pembagian NHS secara kausal terdiri dari:

a. Stroke trombotik

Stroke ini biasanya muncul dari dinding pembuluh darah otak di tempat oklusi jejas pada sel endotelium yang dapat mempresipitasi pembentukan trombus pembuluh darah. Stroke trombotik berkembang secara bertahap, defisit neurologis pada trombosis mencapai beberapa jam atau beberapa hari dengan wujud gambaran sebagai berikut:

- 1) Penderita sedang santai dan tidur, lalu ketika akan bangkit, tiba-tiba merasa lemah dan tidak dapat berdiri, kadang-kadang langsung jatuh
- 2) Sering beberapa waktu sebelumnya merasa pegal-pegal, agak lemah atau linu pada separuh tubuh
- 3) Disertai atau tanpa pusing, tidak lazim adanya nyeri kepala yang hebat, mual, muntah maupun panas
- 4) Tidak ada riwayat trauma kapitis
- 5) Lebih sering mengenai orang dengan faktor risiko

b. Stroke emboli/non trombotik

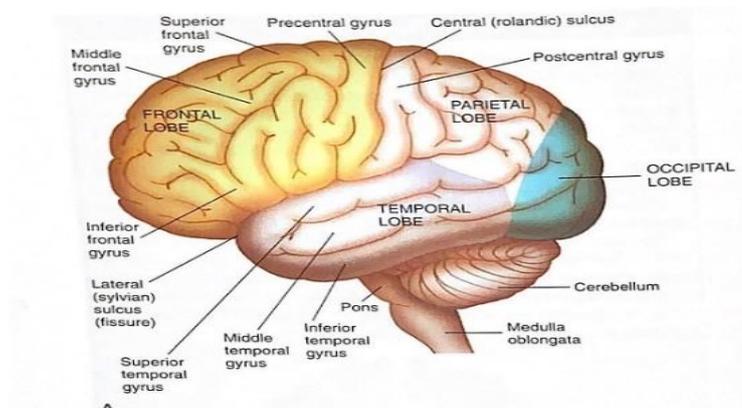
Stroke emboli merupakan salah satu bentuk stroke infark yang terjadi akibat emboli yang bersumber dari jantung. Gejala klinik pada umumnya berupa kejadian defisit neurologi yang maksimal terjadinya saat aktifitas fisik

tetapi kadangkala terjadi saat istirahat. Emboli dapat terjadi pada lebih dari satu pembuluh darah.

Stroke emboli cenderung bergerak ke arah perifer sehingga menimbulkan defisit fungsi kortika. Defisit neurologis biasanya mencapai maksimal pada saat awal serangan dan sering terjadi pada saat penderita terjaga (aktif). Defisit neurologis stroke emboli biasanya mengalami perbaikan dalam 1 - 2 hari, kadang-kadang dalam beberapa jam. Biasanya tidak didapatkan tanda-tanda peringatan akan terjadinya stroke emboli. Pada penderita dengan stroke emboli mungkin terjadi sakit kepala dan atau terjadi kejang fokal (H. Siregar, 2019).

3. Anatomi Fisiologi

a. Otak



Gambar 2.1 Bagian otak
(Soetmadji et al., 2019)

Otak merupakan pusat kendali untuk melaporkan kejadian sensasi, dan menghubungkannya satu sama lain dengan informasi yang tersimpan, membuat keputusan, dan pusat kecerdasan, emosi dan memori (Sumiyati et al., 2021).

1) Serebrum

Serebrum dibagi menjadi hemisfer kiri dan kanan yang dipisahkan oleh fisura serebri longitudinal. Setiap hemisfer dibagi menjadi 4 lobus yaitu oksipital, frontal, parietal, dan temporal.

a) Lobus *frontalis*

Merupakan lobus terbesar, terletak pada fosa anterior. Area ini dapat menerima informasi dari dan menggabungkan informasi-informasi tersebut menjadi pikiran, rencana dan perilaku. Lobus frontalis bertanggung jawab terhadap fungsi kognitif seperti pemecahan masalah, memori, bahasa, motivasi penilaian, kontrol impuls.

b) Lobus *parietal*

Lobus parietal berperan sebagai sensasi sentuhan, pergerakan tubuh, bau rasa, disertai kesadaran. Selain itu dilobus ini terdapat daerah bicara yang bertanggung jawab untuk pengertian (pemahaman) bahasa.

c) Lobus *temporalis*

Lobus temporal berperan sebagai tempat emosi, dan juga bertanggung jawab terhadap rasa, persepsi, memori, musik, agresif, dan perilaku seksual.

d) Lobus *oksipitalis*

Lobus ini berfungsi untuk penglihatan. Dilobus oksipitalis kiri untuk melihat angka dan huruf, sedangkan kanan untuk melihat gambar dan memegang peranan penting terhadap fungsi mata.

2) Batang otak

Batang otak bersambung dengan medulla spinalis yang berukuran sekitar 3 inci (7,5cm) dan terdiri dari medulla oblongata, pons, dan otak tengah. Batang otak berfungsi sebagai stasiun pemancar yang menghubungkan otak besar ke saraf tulang belakang, serta mengirim dan menerima pesan antara berbagai bagian tubuh dan otak.

a) *Medulla oblongata*

Merupakan pusat otonom seperti jantung, pusat pernapasan, dan pusat batuk, bersin, muntah. Medulla juga merupakan tempat dekusasi saluran piramidal yang artinya bahwa setiap sisi otak mengendalikan gerakan sadar yang berlawanan sisi tubuh (sisi kanan tubuh dikendalikan oleh otak kiri dan sebaliknya).

b) *Pons*

Pons mudah untuk dikenali dari penampakan tonjolannya dibawah *midbrain* dan diatas medulla. Fungsi utama pons adalah mentransmisikan informasi dari serebelum ke batang otak dan antara dua hemisfer serebelum.

3) Otak tengah (Midbrain)

Otak tengah atau disebut *mesencephalon* berada memanjang dipons ke *diencephalon*. Berfungsi sebagai penghubung indra perasa dan indera pendengaran serta sebagai pusat koordinasi dari respon refleks untuk indera penglihatan.

a) Hipotalamus

Pusat integrasi mengontrol fungsi sistem saraf otonom, mengukur suhu tubuh dan fungsi endokrin serta menyesuaikan ekspresi emosi.

b) Thalamus

Bagian dari sistem limbik, dan terhubung dengan daerah korteks serebral yang bertanggung jawab untuk kontrol gerak dan persepsi sensorik dengan bagian lain dari otak yang terlibat dalam fungsi yang sama.

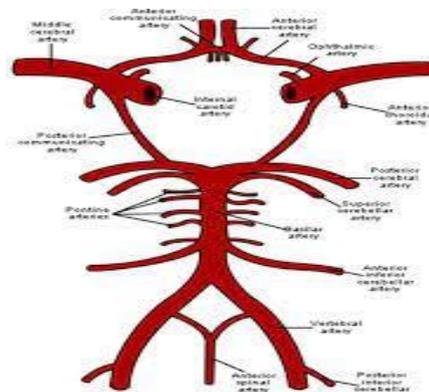
4) Serebellum (otak kecil)

Serebelum disebut dengan otak kecil berada dibagian posterior batang otak. Serebelum berfungsi untuk mengkoordinasikan gerakan otot, keseimbangan, postur tubuh. Ketika area ini mengalami kerusakan, akan menyebabkan gerakan otot tidak berfungsi.

5) Meningen

Lapisan atau membran tipis yang berfungsi untuk menutupi dan melindungi otak dan saraf tulang belakang (Soetmadji et al., 2019).

6) Sirkulasi darah otak



Gambar 2.2 Sirkulus Wilisi

(Imran & Ika, 2015)

Otak mendapatkan aliran darah melalui dua sistem: arteri karotis (anterior) dan arteri vertebralis (posterior). Arteri vertebralis menyalurkan darah ke bagian belakang otak dan bawah dari otak hingga tempurung kepala

(medulla oblongata, pons atau batang otak, lobus oksipital, serebelum, dan lobus temporalis inferior), sedangkan arteri karotis menyalurkan darah ke bagian depan dan atas dari otak (lobus frontalis, parietal, temporal, ganglia basal dan kapsula interna). Arteri karotis bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid, sedangkan arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia.

Apabila aliran darah serebral mengalami gangguan akan digantikan dengan pembuluh darah kolateral yang dikenal dengan sirkulus wilisi. Sirkulus Wilisi merupakan anastomotikc arteri yang berada di otak untuk melindungi pasokan darah dari otak apabila terjadi sumbatan di salah satu cabang. Ada tiga sirkulasi yang membentuk sirkulus wilisi di otak yaitu; sirkulasi anterior, sirkulasi posterior dan arteri komunikans. Sirkulasi ini mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi antara suplai darah dari otak depan dan belakang. Selain itu, sirkulus wilisi mengalirkan darah dari arteri serebri anterior melalui komunikans anterior untuk memperdarahi hemisfer serebri atau dari arteri posterior melalui komunikans posterior mengirigasi sirkulasi karotis (Imran & Ika, 2015).

4. Etiologi NHS

Etiologi dari NHS diantaranya sebagai berikut:

- a. Faktor predisposisi
 - 1) Usia

Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risiko terjadinya stroke. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah pada orang-orang lanjut usia, dimana pembuluh darah menjadi lebih kaku karena adanya

plak yang menempel pada pembuluh darah. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur (Tamam, 2020).

2) Jenis kelamin

Stroke menyerang baik laki-laki maupun perempuan, pada laki-laki jumlah kadar hormon estrogen tergolong rendah dibandingkan perempuan yang cukup tinggi. Hormon ini berperan sebagai proteksi atau pelindung alami pada proses aterosklerosis dengan menjaga tingkat kolesterol darah agar *High Density Lipoprotein* (LDP) atau kolesterol baik lebih tinggi dari kolesterol jahat atau *Low Density Lipoprotein* (LDP). Selain itu hormon estrogen juga memiliki fungsi vital lain, yaitu sebagai hormon yang mengurangi risiko faktor pembekuan darah (Muhammad, 2017). Namun setelah perempuan mengalami *menopause*, hormon estrogen akan menurun secara drastis sehingga merusak sel endotel dan memicu terjadinya plak di pembuluh darah sehingga besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama (Ummaroh, 2018).

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi yang tidak terkontrol menyebabkan stress endotel sehingga endotel mengekspresikan sitokin pro inflamasi (TNF α dan IL-1, dll).

TNF α menyebabkan kematian endotel lewat jalur esktrinsik, dan menyebabkan juga terjadinya

kematian endotel secara nekrosis sehingga menyebabkan penumpukan sel endotel yang rusak dalam pembuluh darah. IL-1 akan merangsang pembentukan FOAM cell yang mengakibatkan rangsangan hepatosit mengespresikan fibrinogen, sehingga menghambat antikoagulan dan menyebabkan hiperkoagulasi/pembekuan darah sehingga mengakibatkan penumpukan plak dalam pembuluh darah (Atma et al., 2022)

2) Diabetes melitus

Hiperglikemia pada penderita diabetes mellitus menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping itu juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis. *Hiperglikemia* juga dapat meningkatkan viskositas darah yang kemudian akan menyebabkan naiknya tekanan darah atau hipertensi dan berakibat terjadinya NHS. Keadaan Hiperglikemia juga mempermudah terjadinya edem otak dan meningkatkan angka kematian pasien yang dirawat akibat stroke (Pajri et al., 2018).

3) Penyakit Jantung

Penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut *atrial fibrillation*, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Pada keadaan fibrilasi dimana denyut jantung tidak teratur dan cepat, menyebabkan risiko syok tinggi. Karena hal ini menyebabkan aliran darah tidak teratur dan secara perlahan akan terjadi pembentukan gumpalan darah diatrium kiri sehingga menurunkan kemampuan

kontraksi jantung. Gumpalan ini dapat mencapai otak dan menyebabkan terhambatnya aliran darah di otak sehingga menyebabkan stroke (Tamam, 2020).

4) Merokok

Seseorang yang telah merokok > 10 tahun berisiko 4 kali lebih besar terkena serangan stroke dibandingkan dengan mereka yang merokok kurang dari 10 tahun. Jumlah rokok yang dihisap akan memberi pengaruh yang sangat besar terhadap kejadian aterosklerosis terutama pada pembuluh darah otak sebagai pemicu stroke. Nikotin yang terkandung di dalam rokok menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga terjadi kekakuan pembuluh darah (Kurniawan et al., 2022).

Efek rokok menyebabkan beban miokard dengan menurunnya konsumsi O₂ akibat inhalasi CO dan dapat menyebabkan takikardi, vasokonstriksi pembuluh darah, dan merubah permeabilitas dinding pembuluh darah. Nikotin dalam rokok juga mengandung *reactive oxygen species* (ROS) yang menyebabkan terjadinya nekrosis pada sel endotel pembuluh darah. Molekul adhesi yang teraktivasi pada pembuluh darah mempermudah penempelan lipid yang telah teroksidasi oleh ROS pada pembuluh darah koroner. Makrofag yang teraktivasi juga berperan dalam mencerna lipid teroksidasi yang beredar bebas dalam pembuluh darah ke dalam lapisan endotel yang menyebabkan menebalnya dinding endotel dan menyempitnya lumen pembuluh darah (Yudanardi et al., 2016).

5) Pola makan

Konsumsi makanan yang berlebihan terutama berlemak akan menyebabkan jumlah energi yang masuk kedalam tubuh tidak seimbang dengan kebutuhan energi. Kelebihan energi dalam tubuh akan disimpan dalam bentuk jaringan lemak yang lama kelamaan akan mengakibatkan obesitas. Konsumsi makanan berlemak 3 kali seharinya dalam waktu kurun 10 tahun akan menyebabkan terjadinya penumpukan lemak dalam pembuluh darah, dan menyebabkan terjadinya kolesterol (Cahyani et al., 2020).

a) Kolesterol

Kebiasaan makan daging dan berminyak akan memacu peningkatan nilai kolesterol di dalam darah. Kolesterol dibutuhkan sebagai salah satu sumber energi, untuk membentuk dinding sel dalam tubuh dan sebagai pertahanan dasar hormon steroid. Akan tetapi jika kolesterol dalam tubuh berlebih akan menyebabkan aterosklerosis.

Ketika seseorang memiliki LDL yang lebih tinggi dibandingkan *High Density Lipoprotein* (HDL), akan mengakibatkan penyimpanan kelebihan kolesterol dalam pembuluh darah arteri termasuk arteri koroner. Kolesterol LDL yang tinggi merupakan risiko terjadinya NHS. Kadar kolesterol LDL yang lebih dari 150 mg/dL meningkatkan risiko terjadinya sumbatan pembuluh darah otak menurut AHA/ASA (2006) dalam (Pajri et al., 2018).

5. Patofisiologi NHS

Faktor risiko terbesar timbulnya NHS, yaitu merokok, hipertensi, hiperkolesterol, diabetes mellitus, penyakit jantung, usia serta jenis kelamin yang akan menyebabkan terjadinya aterosklerosis pada pembuluh darah (Cahyani et al., 2020). NHS disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak (Tahir et al., 2021). Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan berkurangnya aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis metabolik mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat dengan gejala klinis nyeri kepala, pusing dan dapat disertai penurunan kesadaran (M. T. Siregar et al., 2019).

Edema yang terjadi dapat menyebabkan peningkatan TIK secara signifikan sehingga terjadi latasi aneurisma pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan perdarahan serebri akibat pecahnya aneurisma. Perdarahan area serebri yang luas akan menyebabkan kematian. Karena perdarahan yang luas dapat menyebabkan, peningkatan tekanan intrakranial, menurunnya perfusi otak dan yang lebih berat menyebabkan herniasi otak hingga kematian.

Area edema yang terjadi dapat menyebabkan disfungsi besar seperti infark luas bahkan penurunan kesadaran. Dan edema dapat berkurang beberapa jam atau beberapa hari dengan klien menunjukkan perbaikan (M. T. Siregar et al., 2019). Infark serebri yang terjadi pada penderita stroke non-hemoragik

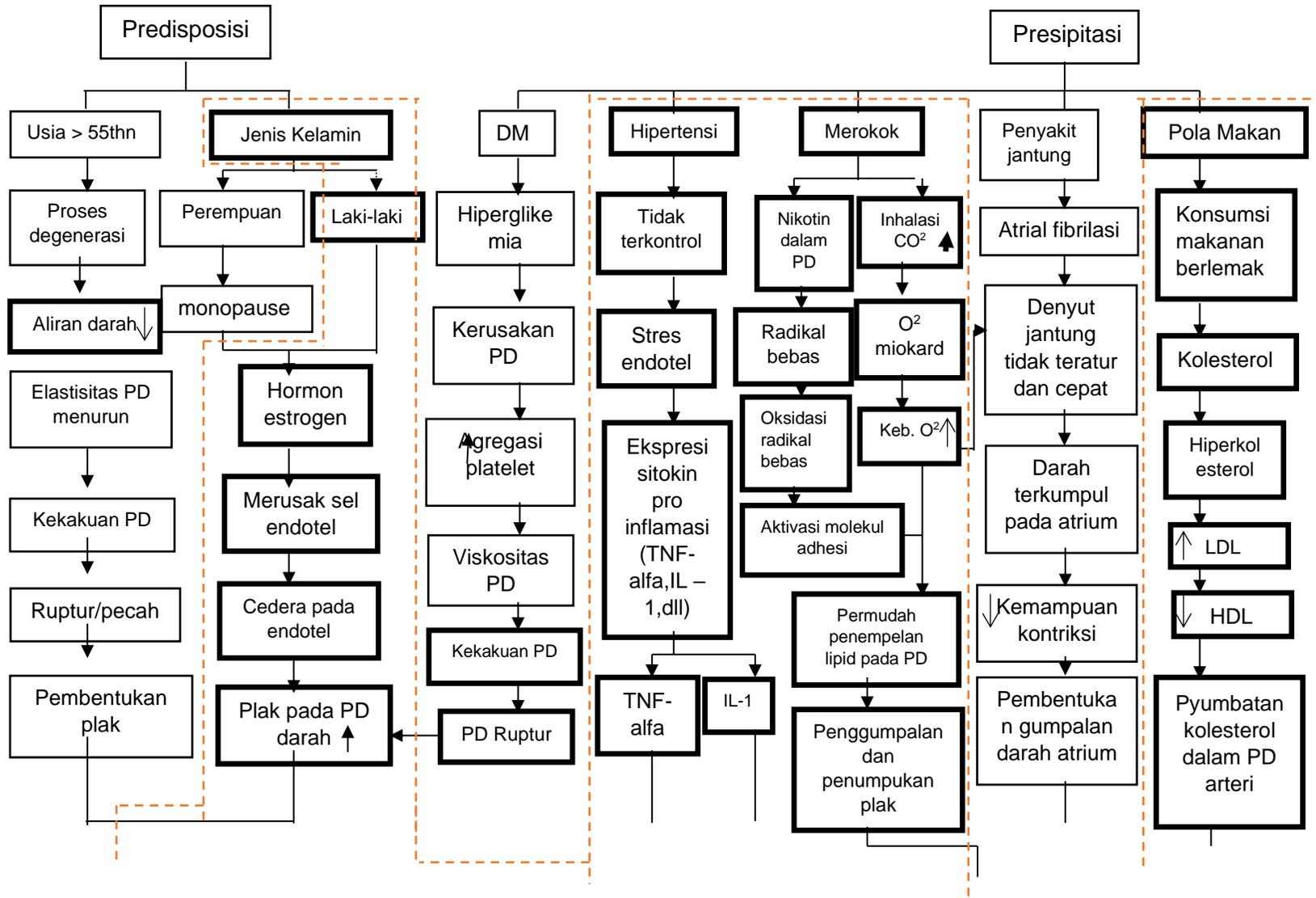
mengakibatkan suplai darah ke area tertentu otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi, dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap daerah yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat (Khotimah et al., 2022).

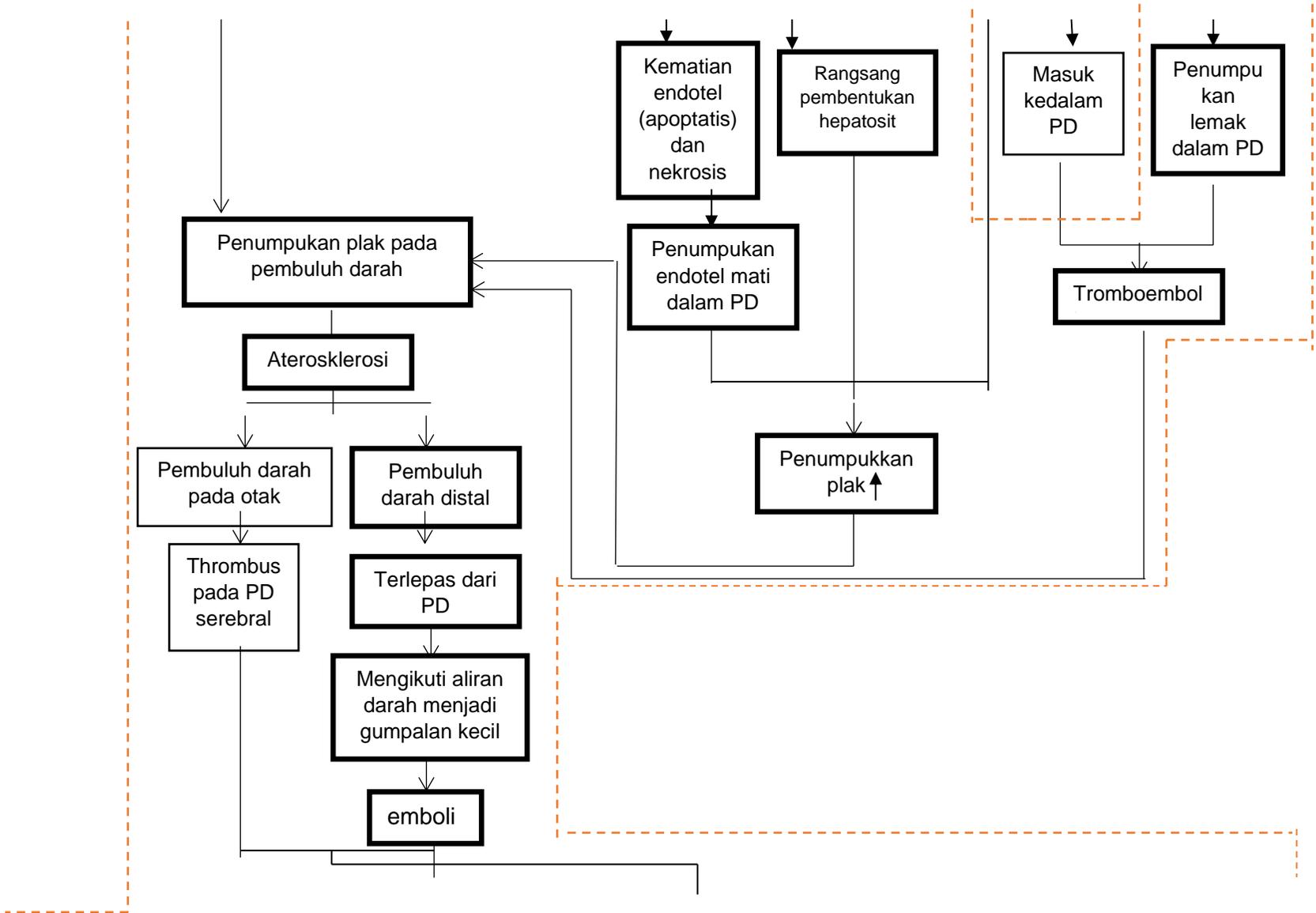
Infark pada hemisfer kedua otak dapat menyebabkan paralisis dengan terjadinya kelemahan sisi tubuh yang berlawanan. Sedangkan infark bilateral dapat menyebabkan terjadinya kerusakan area sisi hemisfer atau *paralisis/parase* kedua ekstremitas dan terjadi penurunan kekuatan otot serta rentang gerak pasif pada kedua sisi atau berlawanan. Bila terjadi kerusakan pada otak kiri, maka akan terjadi gangguan dalam hal fungsi bicara dan berbahasa. Akibat penurunan *Cerebral Blood Flow* (CBF) regional pada suatu daerah otak, terisolasi dari jangkauan aliran darah, yang mengangkut O₂ dan glukosa yang diperlukan untuk metabolisme oksidatif serebral daerah yang terisolasi tersebut tidak berfungsi lagi sehingga timbullah manifestasi defisit neurologi yang biasanya berupa paralisis, hemihipestesia, hemiparasetesia yang bisa juga disertai defisit fungsi luhur seperti afasia. Apabila arteri serebri media tersumbat didekat percabangan kortikal utamanya (pada cabang arteri) dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisfer serebri dominan Bahasa (Khotimah et al., 2022).

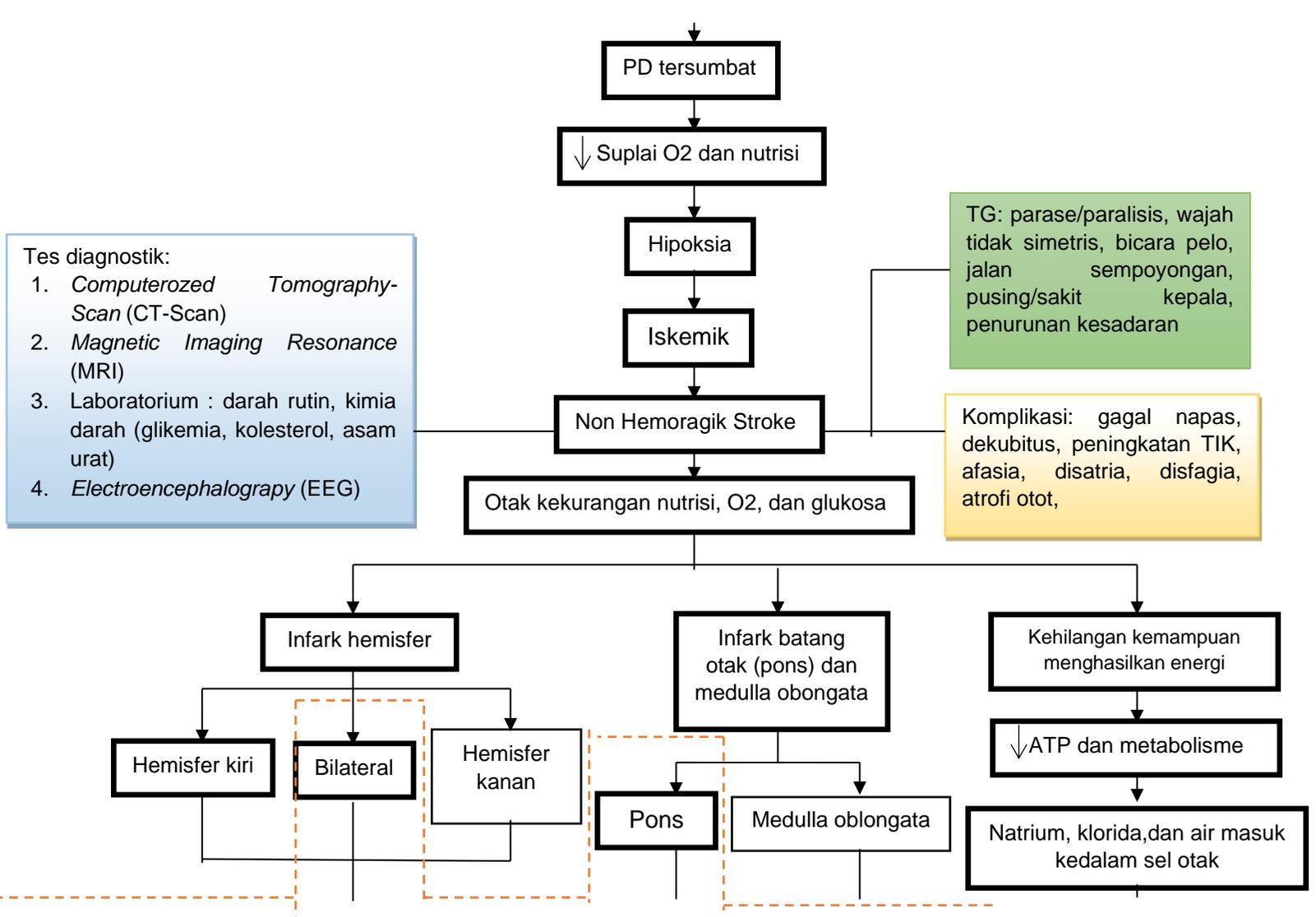
Infark pada batang otak (*pons*) dan *medulla oblongata* mengakibatkan disatria. Pada daerah *pons* terdapat inti persarafan (*nucleus*) nervus V (*trigeminus*) dan nervus VII (*fascialis*) yang mempersarafi otot wajah (*buccinator*), otot masetter dan otot temporalis yang mempengaruhi persarafan pada daerah wajah. Sedangkan area medulla terdapat nervus XII (*hipoglosus*), mempersarafi otot lidah. Selain itu terdapat saraf lain yang ikut berperan dalam terjadinya disatria yaitu

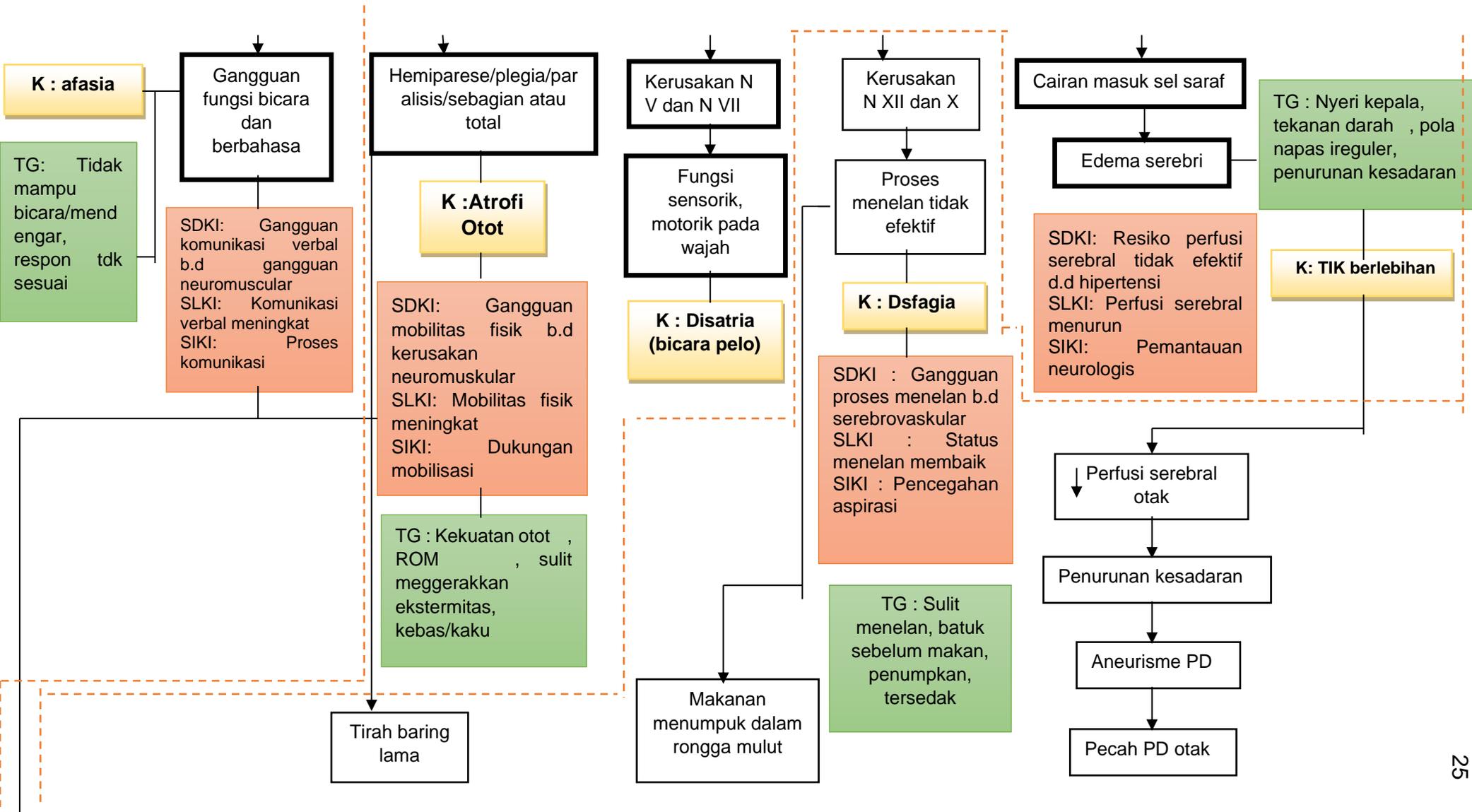
nervus X (*vagus*) yang berinti di *ganglion jugulare nodosum* yang jika terjadi kerusakan dapat terjadi gangguan pada proses menelan (Siregar, 2021). Selain itu sumbatan arteri karotis interna tidak cukup untuk menyebabkan manifestasi neurologi karena aliran darah dari arteri kolateral melalui Sirkulus Willisii. Sirkulasi Willisii adalah sirkulasi (lingkaran pembuluh darah otak) yang menghubungkan sirkulasi anterior dan posterior otak, sehingga dapat menyebabkan ketidakstabilan hemodinamik Sirkulasi Willisii dan dapat terjadinya kerusakan pada daerah otak (Rahayu, 2017).

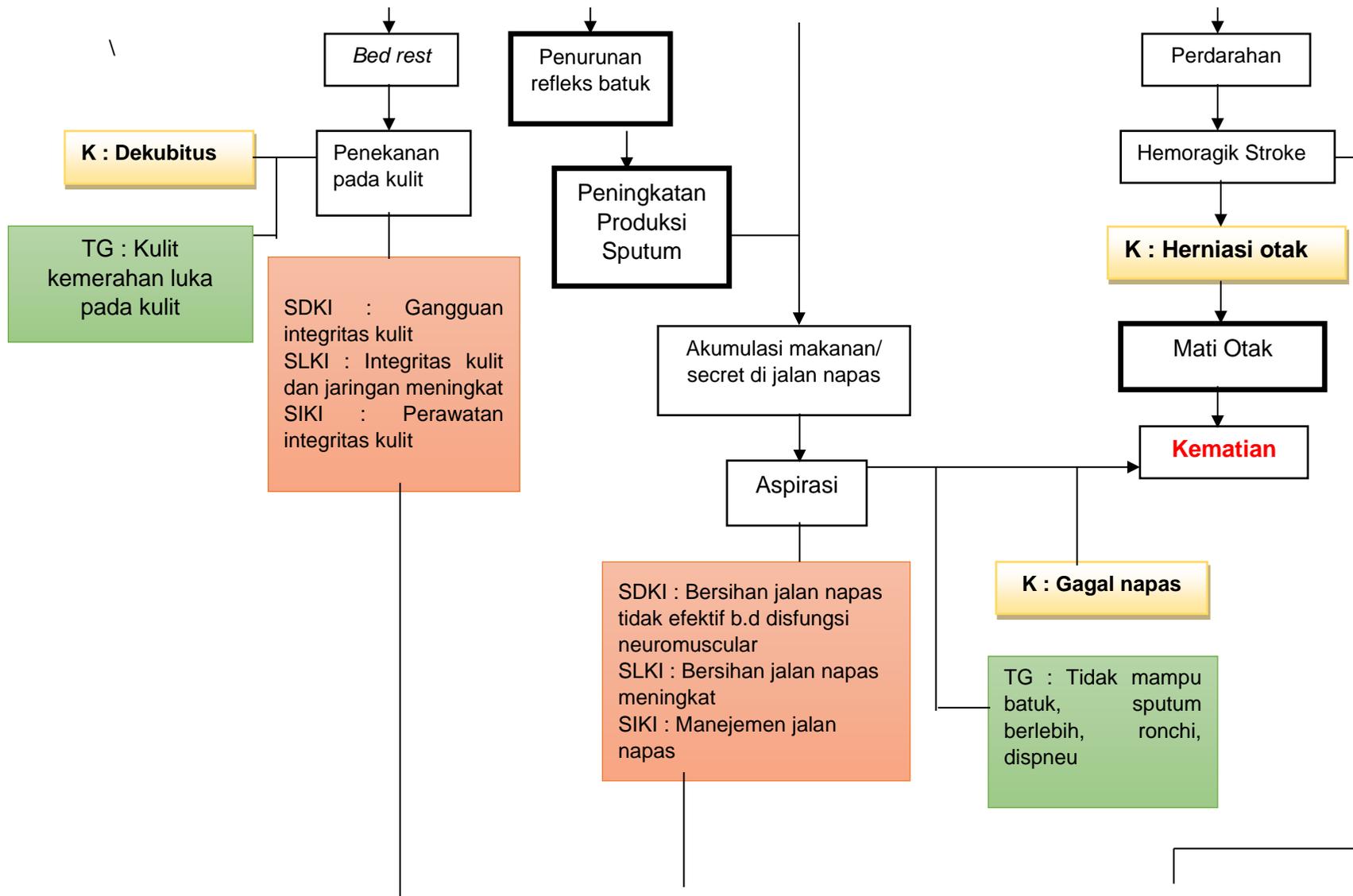
6. Pathway Non Hemorrhagic Stroke (NHS)

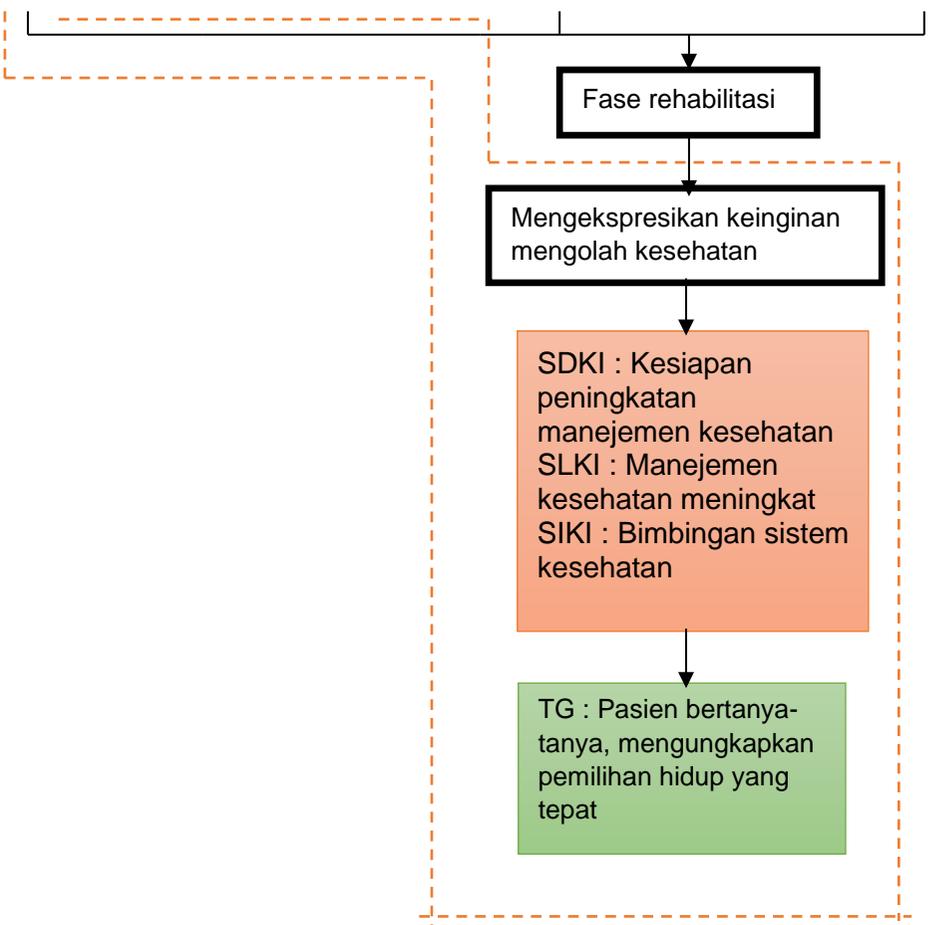












- Tes diagnostik:
1. *Computerized Tomography-Scan* (CT-Scan)
 2. *Magnetic Imaging Resonance* (MRI)
 3. Laboratorium : darah rutin, kimia darah (glikemia, kolesterol, asam urat)
 4. *Electroencephalography* (EEG)

6. Manifestasi Klinis NHS

Tanda dan gejala NHS dapat terjadi secara bervariasi tergantung daerah otak yang mengalami kerusakan (Pinzon & Asanti, 2012):

a. Kelemahan anggota gerak

Kelemahan anggota gerak merupakan gejala yang umum dijumpai pada stroke dapat terjadi ketika tiba-tiba seseorang merasa kehilangan kekuatan pada salah satu lengan dan tungkai atau lengan dan tungkai pada satu sisi. Gangguan peredaran darah otak disebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri begitu juga sebaliknya.

b. Wajah tidak simetris

Wajah tidak simetris pada stroke muncul akibat terganggunya saraf otak, wajah yang tidak simetris dapat timbul bersamaan dengan bicara pelo dan kelemahan anggota gerak.

c. Gangguan bicara

Pasien stroke dapat pula menunjukkan gejala bicara tidak jelas (pelo) atau tidak dapat bicara (afasia).

d. Pusing / *Vertigo*

Pusing atau vertigo adalah salah satu gejala stroke. Pusing berputar dapat disertai dengan gejala mual/muntah ataupun tidak. Gangguan pada sistem keseimbangan diserebelum akan menimbulkan gejala pusing.

Menurut Rahmadani & Rustandi (2019) manifestasi klinis NHS tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke akut gejala klinis meliputi:

a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) yang timbul secara mendadak

- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor,
atau koma)
- c. Afasia (kesulitan dalam bicara)
- d. Disatria (bicara cadel atau pelo)
- e. Gangguan penglihatan, diplopia
- f. Nyeri kepala disertai mual dan muntah

Adapun tips mudah mengenali gejala dan tanda-tanda stroke yaitu slogan Se-Ge-Ra Ke RS, dan F.A.S.T:

a. Se-Ge-Ra Ke RS

Se : senyum tidak simetris (mencong ke satu sisi),
tersedak, sulit menelan air minum secara tiba-tiba

Ge : gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba

Ra : bicara pelo/tiba-tiba tidak dapat bicara tidak mengerti
kata-kata/bicara tidak nyambung

Ke : kebas/baal/kesemutan separuh badan

R : rabun, pendengaran satu, mata kabur, terjadi tiba-tiba

S : sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak
pernah dirasakan sebelumnya, gangguan fungsi
keseimbangan seperti terasa berputar, gerakan sulit
dikoordinasi (Kemenkes RI, 2018).

b. F.A.S.T

F : *face* (wajah) : meminta untuk tersenyum, apakah satu
sisi tubuh melemah ?

A : *arm* (lengan) : meminta untuk meninggikan kedua
lengan. Apakah satu lengan mengarah kebawah?

S : *speech* (bicara) : meminta untuk mengulang kalimat
sederhana. Apakah bicara terdengar kabur atau aneh?

T : *time* (waktu) : segera menghubungi petugas medis (118)
atau membawa kerumah sakit. (LeMone et al., 2017).

7. Tes Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang digunakan dalam membantu menegakkan diagnose pasien dengan stroke meliputi:

a. *Computerized Tomography-Scan* (CT-Scan)

CT-Scan kepala merupakan pemindaian untuk memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

b. *Magnetic Imaging Resonance* (MRI)

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

c. 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, peningkatan kadar asam urat, serta kolesterol.

d. *Electroencephalography* (EEG)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak (Juan Nggebu, 2019).

8. Penatalaksanaan Medis NHS

Penanganan tepat atau *golden time* stroke dari tenaga medis dalam jangka waktu antara 3 hingga 4,5 jam dari gejala awal diharapkan dapat mengurangi risiko kematian dan kecacatan permanen (Kemenkes RI, 2018). Fase akut adalah tahapan kritis yang berlangsung antara empat sampai tujuh hari dan fase pemulihan (rehabilitasi) setelah fase akut, antara dua sampai empat minggu, pasien belajar lagi ketrampilan motorik yang terganggu dan belajar penyesuaian baru untuk mengatasi keterbatasan yang terjadi (Pinzon & Asanti, 2012).

a. Fase akut

- 1) Pertahankan fungsi vital seperti: jalan nafas, pernafasan, oksigenisasi dan sirkulasi.
- 2) Reperfusi dengan trombolitik atau *vasodilation*: Nimotop. Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik/emobolik.
- 3) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol > 220 mmHg, diastol > 120 mmHg, *Mean Arteri Blood Plessure* (MAP) > 130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- 4) Pencegahan peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Dengan meninggikan kepala 15 - 30° menghindari fleksi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.
- 5) Mengurangi edema serebral dengan diuretik
- 6) Pasien di tempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.

Adapun tatalaksana farmakologi fase akut:

- 1) Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rtPA)
Pemberian rt-PA digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, Tenecteplase dan reteplase. Obat ini bekerja dengan memecah thrombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Kriteria pasien yang dapat menggunakan obat ini dilihat dari onset gejala stroke yaitu 3 dan 4,5 jam. Hindari penggunaan obat ini bersama antikoagulan dan antiplatelet dalam 24 jam pertama untuk menghindari risiko perdarahan.
- 2) Terapi antiplatelet
Penggunaan antiplatelet 48 jam sejak onset serangan dapat mencegah terjadinya agregasi platelet, dan mengurangi volume kerusakan otak. Antiplatelet yang biasa digunakan diantaranya aspirin, clopidogrel. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dianggap untuk pemberian awal dalam waktu 24 jam dan kelanjutan selama 21 hari..
- 3) Terapi Antikoagulan
Obat ini diharapkan untuk mencegah terjadinya kembali stroke emboli dan menurunkan risiko tromboembolisme vena. Jenis golongan obat ini adalah *unfractionated heparin* (UFH) dan *lower molecular weight heparin* (LMWH). Terapi antikoagulan dapat diberikan dalam 48 jam setelah onset gejala untuk pencegahan tromboemboli, dengan menghindari penggunaan bersama dengan fibrinolitik dalam 24 jam. Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk

pengecahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli

4) Antihipertensi

Antihipertensi diberikan pada NHS akut ketika tekanan darah > 220/120 mmHg atau apabila memiliki penyakit tertentu. Penggunaan antihipertensi pada pasien NHS akut yaitu seperti labetalol dan nikardipin dengan pertimbangan penggunaan rtPa dan nilai tekanan darah sedangkan setelah post stroke semua agen antihipertensi dapat digunakan sesuai dengan kondisi pasien.

5) Neuroprotektif

Tujuan pemberian obat ini yaitu reperfusi ke jaringan dengan harapan melindungi sel membran dan stabilisasi membran sehingga mengurangi luas infark. Jenis obat seperti citicoline, flunarizine, atau statin (Mutiarasari, 2019).

b. Fase rehabilitasi

1) Program fisiotherapi

2) Penanganan masalah psikososial

3) Pertahankan nutrisi yang adekuat.

4) Program manajemen *bladder* dan *bowel*.

5) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).

6) Pertahankan integritas kulit.

7) Pertahankan komunikasi yang efektif.

8) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari (Juan Nggebu, 2019).

c. Pencegahan stroke berulang

Upaya dalam pencegahan stroke berulang adalah proses rehabilitasi dan pemahaman tentang pentingnya faktor

risiko Stroke. Upaya pencegahan dapat melakukan pendidikan kesehatan yang merupakan upaya untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan penderita dalam pencegahan stroke berulang dengan memberikan edukasi pola hidup sehat CERDIK dan PATUH cegah stroke berulang (Ekawati et al., 2021)

1) CERDIK merupakan langkah preventif yang dibuat agar masyarakat terhindar dari penyakit tidak menular (PTM). Program CERDIK terdiri atas:

C : Cek kesehatan secara berkala seperti kontrol tekanan darah, timbang berat badan, cek gula darah dan kolesterol.

E : Enyahkan asap rokok

R : Rajin aktivitas fisik/olahraga dengan lakukan minimal 30 menit perhari dalam 3-5 kali perminggu

D : Diet sehat dan seimbang dengan konsumsi buah dan sayur, kurangi konsumsi gula, madu atau sirup, kurangi konsumsi garam tinggi dan kurangi konsumsi lemak (daging, unggas, kacang kering, sumber protein)

I : Istirahat cukup, tidur 7 - 8 jam perhari pada orang dewasa

K : Kelola stress dengan relaksasi berbicara bersama orang lain, aktivitas bersama keluarga dan berpikir positif (Kemenkes RI, 2019)

2) Program PATUH yang dibuat untuk pasien penyandang PTM agar penyakit tidak bertambah parah dan tetap terkontrol kesehatannya. Program PATUH terdiri atas:

P : Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter

A : Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur
T : Tetap diet sehat dengan gizi seimbang
U : Upayakan beraktivitas fisik dengan aman
H : Hindari rokok, alcohol dan zat lainnya (Kemenkes RI, 2018).

9. Komplikasi NHS

Komplikasi dari NHS diantaranya sebagai berikut:

a. Dekubitus

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

b. Tekanan intrakranial (TIK) meningkat

TIK adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intrakranial, dan cairan serebrospinal (CSS) didalam tengkorak. Ruang kranial yang kaku berisi jaringan otak dan darah. Volume tekanan pada ketiga komponen ini selalu berhubungan dengan keadaan keseimbangan, apabila salah satu dari komponen ini meningkat maka akan menyebabkan perubahan pada volume yang lain dengan mengubah posisi atau menggeser CSS, atau menurunkan volume darah serebral dan jika tidak ada perubahan intrakranial akan meningkat.

c. Gagal napas

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

d. Disfagia

Kerusakan yang disebabkan oleh stroke dapat mengganggu reflek menelan, akibatnya makanan dan minuman beresiko masuk kedalam saluran pernapasan (Juan Nggebu, 2019).

B. Konsep Dasar Keperawatan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS)

1. Pengkajian NHS

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

DS: adanya riwayat penyakit jantung, hipertensi, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.

DO: hipertensi arterial (dapat ditemukan atau terjadi pada cedera serebrovaskular) sehubungan dengan adanya embolisme.

b. Pola nutrisi dan metabolik

DS: nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi, rasa kecap pada lidah dan pipi serta tenggorokkan, disfagia, peningkatan lemak dalam darah

DO: kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas, tidak mampu memenuhi kebutuhan diri sendiri (Nurwidiyanti et al., 2022)

c. Pola eliminasi

DS: Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, kesulitan BAB atau BAK dan anuria.

DO: Distensi abdomen (distensi kandung kemih), bising usus negatif (ileus paralitik) (Nurwidiyanti et al., 2022).

d. Pola aktivitas dan latihan

DS: kesulitan dalam beraktivitas, kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis

DO: perubahan tonus otot, paralis, hemiplegia, kelemahan umum (Nurwidiyanti et al., 2022)

e. Pola tidur dan istirahat

DS: kesulitan untuk beristirahat, nyeri kepala, mudah lelah (rasa nyeri atau kejang otot) dan tirah baring lama (penumpukkan sekret)

DO: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot, sekret tertahan (Nurwidiyanti et al., 2022)

f. Pola persepsi sensorik dan kognitif

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

DO: status mental atau tingkat kesadaran pada wajah terjadi paralisis atau paresis, afasia, gangguan atau kehilangan bahasa, kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan (Nurwidiyanti et al., 2022).

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS: perasaan putus asa, perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan

DO: mudah marah, tidak kooperatif

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS: masalah bicara dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

DO: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, kesulitan mengungkapkan kata (afasia).

i. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

DS: kemampuan klien untuk mendiskusikan masalah kesehatan saat ini, dampak kecemasan, ketakutan, perubahan perilaku akibat stres

DO: pandangan terhadap dirinya yang salah, ketidakmampuan melakukan aktivitas secara maksimal

j. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: Tidak adanya gairah seksual

DO: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

DS: jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil

DO: gangguan dan kesulitan saat melaksanakan ibadah

2. Diagnosa Keperawatan NHS

Diagnosa ditegakkan berdasarkan teori yang dikemukakan oleh H. Siregar (2019) sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular (D.0001)
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)
- d. Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulu (D.0063)
- e. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119)

Dalam penyusunan diagnosa menggunakan teori yang telah disusun oleh PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2016).

3. Luaran dan Perencanaan keperawatan NHS

Luaran dan perencanaan diambil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan rasional tindakan diambil dari beberapa sumber yaitu (PPNI, 2018a, 2018b)

a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular (D.0001)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral (L.01001) menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Batuk efektif cukup membaik
- 2) Produski sputum cukup membaik
- 3) Dispneu cukup membaik
- 4) Frekuensi napas cukup membaik

SIKI:

Manajemen jalan napas (I. 01011)

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

R/ mengetahui keabnormalan pernafasan pasien (Sofyan, 2017)

- 2) Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, wheezing, *ronkhi*)

R/ penurunan bunyi napas indikasi atelaksis, ronki indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan napas sehingga otot aksesori digunakan dan kerja pernapasan meningkat. (Wardani et al., 2018)

- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

R/ pengeluaran sulit bila sekret tebal, sputum berdarah akibat kerusakan paru atau luka bronkhial yang memerlukan evaluasi/intervensi lanjut (Wardani et al., 2018)

Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas
R/ pasien dapat bernapas dengan mudah
- 2) Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*
R/ meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan
- 3) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik
R/ mencegah obstruksi/aspirasi, suction dilakukan bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret
- 4) Berikan oksigen, jika perlu
R/ memaksimalkan bernapas dan menurunkan kerja napas (Wardani et al., 2018)

Edukasi

Ajarkan teknik batuk efektif

R/ ventilasi maksimal membuka area atelaksis dan peningkatan gerakan sekret agar mudah dikeluarkan

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*

R/ menurunkan kekentalan sekret, lingkaran ukuran lumen trakeabronkial berguna jika terjadi hipoksia pada kavitas yang luas (Wardani et al., 2018).

- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)

SLKI:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral (L.02014) menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Sakit kepala cukup menurun
- 2) Nilai tekanan darah cukup membaik
- 3) Tingkat kesadaran cukup meningkat

SIKI:

Pemantauan Neurologis (I.06197)

Observasi

- 1) Monitor tingkat kesadaran (mis. menggunakan GCS)
R/ mengetahui adanya perubahan status kesadaran pada pasien (Zainul et al., 2019)
- 2) Monitor tingkat orientasi
R/ menilai adanya kecenderungan penurunan tingkat kesadaran
- 1) Monitor ingatan terakhir, rentan perhatian, memori masa lalu, perilaku
R/ menilai kemampuan ingatan dan proses mental individu
- 2) Monitor tanda-tanda vital
R/ Agar mengetahui kondisi pasien dan mengetahui perubahan tanda-tanda vital pasien (Ardianti, 2020)
- 3) Monitor kekuatan pegangan
R/ memonitor kerusakan neuromotor pada
- 4) Monitor kesimetrisan wajah
R/ mengidentifikasi kerusakan nervus pada sistem saraf
- 5) Monitor keluhan sakit kepala
R/ mengidentifikasi peningkatan dan penurunan keluhan sakit kepala
- 6) Monitor karakteristik bicara: kelancaran, kehadiran afasia, atau kesulitan mencari kata
R/ mengetahui adanya gangguan bicara
- 7) Monitor respon terhadap pengobatan
R/ untuk melihat perkembangan perubahan pengobatan

Terapeutik

- 8) Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, jika perlu
R/ untuk mendeteksi peningkatan TIK dan untuk melakukan tindakan lebih lanjut (Padila, 2012)
- 9) Hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial
R/ peningkatan TIK meyebabkan perdarahan, infeksi dan kerusakan monitor otak.
- 10) Dokumentasikan hasil pemantauan
R/ untuk bukti pelaporan kegiatan yang dilakukan

Edukasi

- 11) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
R/ memonitor perubahan yang dapat terjadi

Kolaborasi

Dalam intervensi pemantauan neurologis tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

- c. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)

SLKI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstermitas cukup meningkat
- 2) Kekuatan otot cukup meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) cukup meningkat

SIKI

Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Observasi

- 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
R/ mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya
- 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
R/ mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah pasien
- 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
R/ mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi (Syam, 2021)

Terapeutik

- 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur)
R/ memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi resiko jatuh/sakit saat berpindah
- 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
R/ meningkatkan status mobilitas fisik pasien
- 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
R/ keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan (Syam, 2021)

Edukasi

- 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
R/ memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan
- 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
R/ untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan

- 9) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
R/ melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi (Syam, 2021)

Kolaborasi

Dalam intervensi dukungan mobilisasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

Perawatan Tirah Baring (I.14572)

Observasi

- 1) Monitor komplikasi tirah baring (misal kehilangan massa otot, sakit punggung, stres, depresi, sulit buang air kecil, perubahan irama tidur, konstipasi)
R/ mencegah dan meminimalkan timbulnya masalah baru yang dapat memperberat kondisi pasien

Terapeutik

- 2) Posisikan senyaman mungkin
R/ agar pasien lebih tenang dan merasa nyaman
- 3) Pertahankan sprei tetap kering, bersih dan tidak kusut
R/ mencegah terjadinya tekanan dan gesekan yang berisiko menyebabkan luka tekan
- 4) Berikan latihan gerak pasif atau pasif (ROM)
R/ memberikan massa, tonus dan kekuatan otot serta memperbaiki fungsi jantung dan pernafasan
- 5) Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari
R/ membantu pemenuhan kebutuhan secara individual (Padila, 2012)

Edukasi

Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis duduk ditempat tidur, duduk dikursi, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Kolaborasi

Dalam intervensi perawatan tirah baring tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

- d. Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut D.0063

SLKI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menelan membaik (L.06052) membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Reflek menelan cukup meningkat
- 2) Kemampuan mengosongkan mulut cukup meningkat
- 3) Frekuensi tersedak cukup menurun
- 4) Batuk cukup menurun

SIKI:

Pencegahan aspirasi I.01018

Observasi

- 1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan
R/ mencegah terjadinya risiko aspirasi
- 2) Monitor status pernapasan
R/ mengidentifikasi masuknya makanan masuk kedalam saluran pernapasan

Terapeutik

- 3) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral

R/ posisi semi fowler membantu konsumsi makanan terakhir sehingga tidak terjadi penumpukan makanan dan risiko aspirasi

- 4) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak
R/ mempermudah klien mengunyah dan menyerap makanan
- 5) Berikan obat oral dalam bentuk cair
R/ mempermudah masuknya obat dan penyerapan lebih cepat

Edukasi

- 6) Anjurkan makan secara perlahan
R/ melatih fungsi dan memulihkan status menelan
- 7) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, *jika perlu*
R/ melatih dan mempertahankan fungsi organ dan otot-otot dalam rongga mulut (Zainul et al., 2019)

Kolaborasi

Dalam intervensi pemantauan aspirasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

- e. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119)

SLKI:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan bicara cukup meningkat
- 2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh cukup meningkat
- 3) Pelo cukup menurun
- 4) Pemahaman komunikasi cukup menurun

SIKI:

Proses Komunikasi: Defisit Bicara (I. 13492)

Observasi

- 1) Monitor kecepatan, volume dan diksi bicara
R/ menyesuaikan pola komunikasi dengan pasien

Terapeutik

- 2) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, isyarat tangan)
R/ mempermudah untuk proses komunikasi
- 3) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
R/ membantu pemberian dan penyampaian pesan yang sesuai
- 4) Ulangi apa yang disampaikan pasien
R/ memastikan apa yang disampaikan pasien sesuai dengan persepsi
- 5) Berikan dukungan psikologis
R/ membantu individu agar merasa diperhatikan, dipedulikan dan merasa dihargai

Edukasi

- 6) Anjurkan bicara perlahan
R/ memberikan kesempatan kepada pasien untuk dapat berbicara jelas.

Kolaborasi

- 7) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
R/ memfasilitasi pasien untuk dapat melakukan terapi (Zainul et al., 2019)

4. Perencanaan pulang (*discharge planning*)

- a. Terapi fisik mengajarkan latihan untuk memungkinkan pasien belajar kembali cara berjalan, duduk, berbaring dan mengubah dari satu gerakan ke gerakan lain.

- b. Terapi ukopasi memberi alat bantu dan merencanakan memperoleh kembali ketrampilan motorik seperti makan, minum, mandi dan *toileting*.
- c. Mengajarkan terapi bicara untuk membantu pasien dalam mempelajari kembali ketrampilan bahasa dan komunikasi (LeMone et al., 2017).
- d. Mengajarkan untuk mengontrol tekanan darah minimal 1 kali seminggu.
- e. Mengajarkan pasien diet mengurangi asupan makanan yang tinggi garam karena dianggap berpotensi meningkatkan tekanan darah.
- f. Mengajarkan pasien berolahraga dan teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter.
- g. Aktivitas fisik, khususnya latihan yang meningkatkan kekuatan dan keseimbangan tungkai bawah, dapat membantu agar pasien tidak mudah jatuh. Apabila timbul masalah spastisitas (kekakuan) otot setelah stroke, hal tersebut dapat dikurangi dengan latihan perenggangan (ROM) pasif dan aktif pada rentan gerakan yang biasanya dilakukan oleh otot atau sendi yang terkena (Ulfah & Ahyana, 2016).
- h. Mengajarkan cara mendeteksi gejala stroke yaitu dengan slogan F.A.S.T dan Se-ge-ra Ke RS (Kemenkes RI, 2018; LeMone et al., 2017).

BAB III PENGAMATAN KASUS

A. **Ilustrasi Kasus**

Tn. D.C usia 52 tahun hari perawatan ke dua dengan diagnosis medis *hemiparase sinistra* + NHS. Pasien dibawa oleh keluarga di RS Stella Maris Makassar pada hari Senin, 7 Juni 2022 pukul 15.00 WITA karena mengalami penurunan kesadaran, GCS 13 apatis (M6V43E3), wajah tidak simetris terutama pada area bibir miring ke kiri, lemah pada sisi tubuh sebelah kiri dan keluarga mengatakan pasien muntah 1x saat perjalanan. Ketika tiba di RS, dilakukan pemeriksaan laboratorium dan CT-Scan kepala dengan hasil infark cerebri bilateral, kiri lebih luas metastasis bilateral, PDW 8.0 fL, P-LCR 10.9%, EO# $1.54 \times 10^3/uL$, dan EO% 17.6%.

Pada saat pengkajian Selasa, 8 Juni 2022 diruang rawat, ditemukan pasien sadar penuh, GCS 15, pasien mengatakan kepala terasa pusing, badan terasa lemah sisi tubuh sebelah kiri, terasa kebas/baal ekstremitas kiri bawah, sulit menggerakkan ekstremitas sehingga ADL pasien dibantu keluarga/perawat. Keluarga pasien mengatakan pasien duduk memerlukan bantuan, posisi tubuh tidak seimbang, wajah pasien tidak simetris terutama pada area bibir miring ke kiri. Hasil observasi didapatkan, pasien tampak mengalami parase ekstremitas kiri, bicara pelo, pelafalan kata kurang jelas, kekuatan otot dan rentang gerak menurun, ADL dibantu perawat dan keluarga, memegang kepala karena merasa nyeri, terpasang IVFD RL 500 ml 20tpm, observasi tanda vital: 178/112 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,3°C, P: 20x/menit. Saat pengkajian ditemukan pemeriksaan penunjang terbaru LDL-Cholestrol meningkat 147 mg/dL.

Saat ini pasien mendapatkan terapi clopidogrel 75mgx1/oral, aspilet 80mgx1/oral, citicoline 500mg/12 jam/ IV, ranitidine 50mg/12jam/IV, ondansentron 4 mg/12 jam/IV dan amlodipine 5 mgx1/oral.

2. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

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

Alasan: pasien tampak terbaring lemah, ADL dibantu oleh keluarga/perawat, wajah pasien tidak simetris terutama area bibir tampak miring kearah kiri, terdengar pasien bicara pelo, parase ekstremitas kiri, dan tampak terpasang IVFD RL 500 ml 20 tpm di ekstremitas kiri atas.

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif): kesadaran penuh

2) Skala koma glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah	15
--------	----

Kesimpulan: compos mentis

3) Tekanan darah : 178/112 mmHg

MAP : 134 mmHg

Kesimpulan : perfusi darah ke ginjal tidak memadai

Suhu : 36,3 °C di axilla

4) Pernapasan: 20 x/menit

Irama : teratur

Jenis : dada

5) Nadi : 80 x/menit

Irama : teratur, kuat

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : tidak dkaji

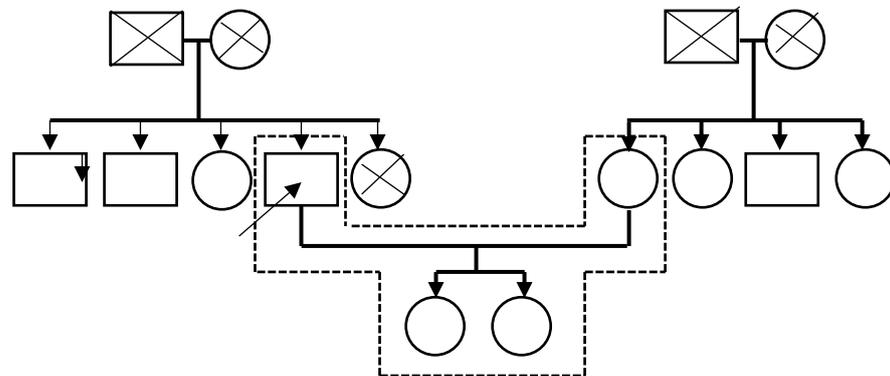
2) Tinggi badan : 172 cm

3) Berat badan : 72 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 24,4 cm/m²

Kesimpulan: berat badan dalam rentang normal.

d. Genogram



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Laki-laki sudah meninggal
-  : Perempuan sudah meninggal
-  : Pasien
-  : Tinggal serumah

Kesimpulan:

Pasien mengatakan anak ke empat dari lima bersaudara. Pasien mengatakan dalam keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan hipertensi. Ayah pasien meninggal karena hipertensi sejak pasien masih kecil dan adik pasien meninggal karena hipertensi dan stroke hemoragik pada tahun 2020.

3. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan menjaga kesehatan itu adalah hal yang penting. Tetapi meskipun tahu kesehatan itu penting, pasien tidak menjaga

kesehatannya dengan tidak pernah berolahraga, mengkonsumsi makanan berlemak, dan banyak mengandung penyedap rasa, makan olahan daging seperti bakso dan coto. Pasien juga mengatakan, memiliki kebiasaan merokok sejak dibangku sekolah menengah pertama (SMP) sampai sekarang, keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien dapat menghabiskan satu bungkus rokok, dan mengkonsumsi kopi setiap sore hari.

Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak pernah mau memeriksakan keadaanya dipelayanan kesehatan dengan alasan, selama ini belum pernah sakit parah, dan takut mengetahui jika pasien mempunyai penyakit. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi vitamin, obat herbal dan jika sakit seperti flu atau demam, biasanya hanya membeli obat di apotek.

Pasien mengatakan walau kebiasaan pasien buruk, pasien 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: pasien mengatakan kepala terasa pusing.
 - b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan kepala terasa pusing disertai sakit kepala dengan skala nyeri 5, sakit kepala dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul, dirasakan selama $\pm 3-5$ menit, badan lemah pada sisi tubuh sebelah kiri sejak

pulang kerja pada pukul 08.00 WITA, tetapi dibiarkan begitu saja dan pasien memilih untuk tidur, berharap ketika bangun sakit yang dirasakan dapat berkurang.

Tetapi pasien mengatakan, ketika bangun tidur kepala masih terasa sakit dan pusing. Keluarga pasien mengatakan ketika pasien duduk dikursi posisi duduk tidak seimbang, berjalan sempoyongan, bibir mulai tampak miring ke arah kiri dan ketika diberikan pertanyaan tidak orientasi penuh, sehingga keluarga membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris (07 Juni 2022 pukul 15.00 WITA).

Keluarga pasien mengatakan saat diperjalanan pasien sempat muntah satu kali dan kesadaran mulai menurun. Setelah pindah diruang perawatan dari IGD dan telah mendapatkan pengobatan, keadaan pasien mulai membaik, keadaan sadar penuh, walaupun bibir masih miring ke arah kiri, bicara pelo dan lemah pada sisi tubuh sebelah kiri. Keluarga pasien juga mengatakan baru pertama kali keadaan pasien seperti ini.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan, biasanya pasien hanya sakit ringan seperti flu, batuk dan demam atau sakit perut karena makan sembarangan. Keluarga pasien juga mengatakan ini adalah pertama kalinya pasien dirawat dirumah sakit dan baru pertama kali

mengetahui bahwa memiliki penyakit tekanan darah tinggi saat dilakukan pemeriksaan.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan hipertensi. Ayah pasien meninggal karena hipertensi sejak pasien masih kecil dan adik pasien meninggal karena hipertensi dan *stroke hemorrhagic* pada tahun 2020.

3) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut

Rambut tampak bersih, tidak berminyak, bercampur uban dan tidak berbau.

b) Kulit kepala

Kulit kepala tampak bersih, tidak ada luka/lesi atau jamur, tidak terdapat adanya benjolan/tumor/massa.

c) Kebersihan kulit

Tampak kulit bersih, tidak tampak luka atau bekas luka.

d) *Hygiene* rongga mulut

Rongga mulut tampak kotor, tidak ada peradangan, rongga mulut berbau, dan tampak bibir pasien berwarna hitam.

e) Kebersihan genetalia: tidak dilakukan pengkajian

f) Kebersihan anus: tidak dilakukan pengkajian

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit, makan dengan baik, frekuensi makan tiga sampai empat kali sehari, dengan jenis makanan sayur, ikan, daging, tempe, dan tahu, terkadang mengkonsumsi buah jika tersedia. Pasien mengatakan senang mengkonsumsi daging, makanan berlemak dan mengandung banyak penyedap rasa seperti coto atau bakso, karena membuat selera makan meningkat. Makanan yang tidak disukai adalah makanan yang direbus.

Pasien juga mengatakan biasanya minum dalam sehari \pm 2 liter air mineral karena sering merasa haus saat bekerja, setiap sore biasanya mengkonsumsi kopi untuk meningkatkan semangat dan merasa rileks. Pasien mengatakan sudah terbiasa minum kopi sejak berusia sekitar 20 tahun.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit selera makan tidak berubah, hanya saja tidak terlalu banyak makan seperti ketika dirumah karena makanan rumah sakit terasa hambar. Frekuensi makan dua sampai tiga kali sehari dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan dan buah yang didapatkan dari rumah sakit. Walau makanan di RS terasa hambar, pasien berusaha untuk menghabiskan makanannya dan akan mulai mencoba makan makanan yang direbus, mengurangi makanan olahan daging, berlemak dan mengandung banyak penyedap rasa, karena ingin cepat sembuh dan kembali pulih seperti keadaan semula.

Pasien mengatakan selama dirumah sakit minum air mineral sebanyak \pm 1 liter (botol aqua besar) dalam sehari. Pasien juga mengatakan selama sakit

mencoba untuk menahan tidak mengkonsumsi kopi dan minuman berwarna/bersoda. Pasien juga mengatakan jika sudah sembuh, pasien akan mencoba mengurangi kebiasaan minum kopi.

3) Observasi

Selera makan pasien tampak baik, tampak menghabiskan makanan yang didapatkan dari RS, tidak mengkonsumsi makanan berlemak/mengandung banyak penyedap rasa, selama sakit hanya mengkonsumsi air mineral dan tidak mengkonsumsi kopi ataupun minuman berwarna.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut

Rambut tampak berwarna hitam bercampur uban, penyebaran rambut merata.

b) Hidrasi kulit

Turgor kulit lembab dan elastis, finger print kembali dalam < 3 detik.

c) Palpebra/conjungtiva

Palpebra tidak edema dan konjungtiva tidak anemis.

d) Sclera

Tidak tampak sklera ikterik.

e) Hidung

Septum hidung tampak lurus, tampak tidak ada lesi, tidak tampak sekret, fungsi penciuman pasien baik, pasien dapat membedakan aroma minyak kayu putih dan balsam yang diberikan.

f) Rongga mulut

Rongga mulut tampak kotor, berbau, tampak tidak terdapat radang dan tidak tampak *apthae*.

- g) Gusi, gigi dan gigi palsu
Tidak tampak adanya peradangan pada gusi, gigi pasien lengkap, 1 gigi geraham belakang tampak berlubang, tampak adanya sisa makanan disela-sela gigi, tidak terdapat penggunaan gigi palsu.
- h) Kemampuan mengunyah keras
Pasien tampak dapat mengunyah, tetapi tidak dapat mengunyah makanan keras seperti buah apel yang diberikan.
- i) Lidah
Lidah pasien tampak kotor, berwarna putih, tidak tampak peradangan.
- j) Pharing: tidak ada peradangan
- k) Kelenjar getah bening: tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening.
- l) Kelenjar parotis: tidak teraba adanya pembesaran.
- m) Abdomen
 - (1) Inspeksi
Abdomen tampak buncit, umbilicus tidak menonjol, tidak tampak lesi, tidak tampak massa/benjolan .
 - (2) Auskultasi: bising usus 28 x/menit.
 - (3) Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat massa atau benjolan dan tidak ada pembesaran hepar/lien.
 - (4) Perkusi: tympani
- n) Kulit
 - (1) Edema: Negatif
 - (2) Ikterik: Negatif

- (3) Tanda-tanda radang: tidak tampak adanya tanda peradangan
- (4) Lesi: tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB lancar, biasanya BAB satu kali sehari pada pagi hari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan, dan selama ini tidak ada keluhan terkait BAB. Pasien mengatakan BAK dalam sehari 5-6 kali sehari dan lebih banyak ketika ia minum air putih yang lebih, urine berwarna kuning jernih.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit, ± empat hari tidak buang air besar (BAB) tetapi tidak merasa kembung dan sakit perut. Pasien mengatakan buang air kecil (BAK) lancar. BAK dalam sehari empat sampai lima kali, berwarna kuning dan tidak ada nyeri pada saat BAK.

3) Observasi

Sejak masuk RS pasien tampak belum BAB, tidak ada tanda ketidaknyamanan terkait keluhan BAB, teraba sedikit keras pada abdomen pasien. BAK pasien tampak lancar, urine berwarna kuning jernih, tidak ada perdarahan, tidak tampak adanya nyeri saat BAK.

4) Pemeriksaan fisik

- a) Peristaltik usus: 28 x/menit
- b) Palpasi kandung kemih: kosong

- c) Nyeri ketuk ginjal: negatif (tidak adanya nyeri ketuk)
- d) Mulut uretra: tidak dikaji
- e) Anus:
 - (1) Peradangan : tidak dikaji
 - (2) Hemoroid : tidak dikaji
 - (3) Fistula : tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit dapat beraktivitas mandiri, bekerja seperti biasa dan tidak mempunyai keluhan terkait tubuhnya. Pasien mengatakan ia bekerja sebagai satpam, dan aktivitas yang sering pasien lakukan adalah melakukan ronda ditempat kerja.

Pasien juga mengatakan jika berada dirumah, membantu istrinya jika memerlukan bantuan, tetapi tidak pernah berolahraga, karena merasa lelah setiap pulang dari tempat kerja dan biasanya langsung beristirahat. Jika memiliki hari libur, biasa pergi memancing bersama dengan teman-temannya atau melakukan rekreasi bersama teman-temannya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit, pasien tidak dapat beraktivitas mandiri karena merasa badan lemah, tangan kiri tidak mampu memegang sesuatu, lemah dirasakan pada sisi tubuh sebelah kiri terutama pada bagian kaki sulit untuk digerakkan, merasa kebas, tidak mampu untuk mendorong tubuhnya naik diatas tempat tidur. Pasien juga mengatakan tidak

dapat duduk dan berdiri sendiri sehingga semua aktivitas dan latihan (ADL) dibantu oleh keluarga dan perawat.

Keluarga pasien juga mengatakan pasien sulit untuk duduk sendiri karena badan lemah, dan jika pasien duduk postur tubuh pasien tidak seimbang.

3) Observasi

Pasien tampak terbaring ditempat tidur, parase ekstremitas kiri, ADL dibantu keluarga dan perawat, tampak tidak bisa beraktivitas mandiri, kekuatan otot dan rentang gerak menurun, ekstermitas kiri pasif.

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: tampak tidak seimbang saat pasien duduk sehingga memerlukan bantuan.

c) Gaya jalan : tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomi: tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

 Berbaring : 178/112 mmHg

b) HR : 90 x/menit

c) Kulit :

 Keringat dingin : tidak ada

- Basah : tidak ada
- d) JVP : 5-2 cmH₂O
- Kesimpulan: tidak tampak pembesaran/peningkatan JVP.
- e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : CRT < 3 detik
- f) Thorax dan pernapasan
- (1) Inspeksi:
- Bentuk thorax : simetris
- Retraksi interkostal : tidak ada
- Sianosis : tidak ada / tidak terjadi
- Stridor : tidak ada
- (2) Palpasi
- Vocal premitus: teraba sama getaran dinding kiri dan kanan pasien
- Krepitasi : tidak teraba adanya krepitasi
- (3) Perkusi : Sonor
- Lokasi : dinding dada
- (4) Auskultasi :
- Suara napas : Vesikular
- Suara ucapan : normal
- Suara tambahan : tidak ada suara napas tambahan
- g) Jantung
- (1) Inspeksi
- Ictus cordis: tidak tampak
- (2) Palpasi
- Ictus cordis: teraba pada ICS 5 midclavicula sinistra
- (3) Perkusi

Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung: antara ICS 5 midclavicularis dextra

Batas kanan jantung: ICS 3 linea midclavicularis dextra

Batas kiri jantung: ICS 4 linea axila anterior sinistra

(4) Auskultasi:

Bunyi jantung II A : tunggal

Bunyi jantung II P : tunggal

Bunyi jantung I T : tunggal

Bunyi jantung I M : tunggal

Bunyi jantung III irama gallop: tidak terdengar

Murmur : tidak ada

Bruit : Aorta : tidak ada

A.Renalis : tidak ada

A. Femoralis : tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Tidak terjadi atrofi otot.

(2) Rentang gerak : aktif pada ekstermitas kanan dan pasif pada ekstermitas kiri.

(3) Kaku sendi : pasien mengatakan tidak ada kaku sendi tetapi merasa kebas/baal pada ekstremitas kiri bawah.

(4) Nyeri sendi : tidak ada

(5) Fraktur : tidak ada

(6) Parese : ekstermitas kiri atas dan bawah

(7) Paralisis: tidak ada

(8) Uji kekuatan otot: Kanan Kiri

Tangan	5	4
Kaki	5	3

Keterangan :

- (a) Nilai 5 kekuatan penuh
 - (b) Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain
 - (c) Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan\
 - (d) Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh
 - (e) Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan
 - (f) Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak
- (9) Refleks fisiologi
- (a) Ekstremitas atas
 - Kiri: bisep, trisep (+)
 - Kanan: bisep, trisep (+)
 - (b) Ekstremitas bawah: *patella* dan *achilles* (tidak dilakukan pengkajian)
- (10) Refleks patologi: kaku kuduk (-), meningeal sign (-), brudzinski (-)
- Babinski, Kiri : Negatif
 - Kanan : Negatif
- (11) Clubing jari-jari : tidak ada
- (12) Varises tungkai : tidak ada
- (13) Columna vetebralis : tidak dikaji
- (14) Palpasi : tidak ada nyeri, tidak terdapat adanya lesi

(15) Kaku kuduk : tidak terdapat kaku kuduk

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur baik, tidur malam \pm 8 jam dari jam 23.00-05.00 WITA, istirahat siang \pm 1 jam, pasien juga mengatakan jika kesulitan tidur biasanya memutar musik untuk membuat rileks agar mudah tertidur.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada keluhan terkait pola tidur, lebih banyak beristirahat, biasanya tidur malam \pm 9 jam (23.00-07.00), tidur atau istirahat siang \pm 2 – 3 jam (14.00-16.00), keluarga pasien mengatakan tidak pernah terjaga pada malam hari.

3) Observasi

Pasien tampak terbaring ditempat tidur, pola tidur baik, tidak tampak adanya tanda-tanda kurang tidur.

a) Ekspresi wajah mengantuk : negatif

b) Banyak menguap : negatif

c) Palpebra inferior berwarna gelap : negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak memiliki gangguan pendengaran/penglihatan dan penciuman, selain itu keluarga juga mengatakan fungsi daya ingat dan keseimbangan pasien baik dan tidak ada masalah, tidak memiliki kesulitan dalam

mempelajari sesuatu atau adanya masalah dalam proses berpikir.

2) Kedaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit fungsi pendengaran, penglihatan, penciuman pasien baik dan tidak ada masalah, tetapi ketika terjadi serangan stroke dirumah sampai di IGD RS, pasien mengalami penurunan kesadaran dan bicara tidak orientasi penuh, sehingga pasien tampak bingung ketika diberikan pertanyaan. Tetapi ketika dipindahkan keruang perawatan, kesadaran meningkat dan orientasi penuh ketika berbicara karena sudah diberikan pengobatan, walaupun sampai saat ini mengeluh sakit kepala hilang timbul dan lemah sisi tubuh sebelah kiri. Pasien juga mengatakan terasa sakit pada bagian kepala sebelah kiri, sakit dirasakan dari daerah punggung menjalar sampai dikepala, sakit kepala dirasakan hilang timbul, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dan disertai rasa pusing.

3) Observasi

Pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran, penglihatan ataupun penciuman. Orientasi penuh ketika berbincang-bincang, bicara pelo, pelafalan kata kurang jelas, tetapi masih dapat dimengerti. Tampak memegang kepala, jika merasa sakit, postur tubuh tidak seimbang ketika duduk.

4) Pemeriksaan fisik

(a) Penglihatan

- (1) Kornea : jernih
- (2) Pupil : isokor
- (3) Lensa mata : jernih

(4) Tekanan intra okuler (TIO) : teraba sama kenyal mata kiri dan kanan.

(b) Pendengaran

(1) Pina : tampak simetris kanan dan kiri, serta tidak tampak adanya luka atau lesi.

(2) Kanalis : tampak bersih, tidak tampak adanya serumen.

(3) Membran timpani : reflek cahaya politser (+)

(c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai:

Pasien dapat mengenali rasa yang diberikan dengan dilakukan pemeriksaan dengan mencubit ekstremitas pasien, tetapi pasien mengatakan merasa kebas pada daerah ekstremitas kiri.

g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan merupakan seorang ayah dari dua orang putri, dan seorang kepala keluarga yang sehari-harinya bekerja sebagai satpam. Pasien mengatakan sebelum sakit tidak pernah mengeluh ataupun merasa putus asa atas apa yang telah dijalani, karena selalu merasa bersyukur atas apa yang telah terjadi pada dirinya, dan selalu merasa senang ketika melakukan sesuatu. Keluarga pasien mengatakan tidak tampak merasa malu atau minder terkait pekerjaan dan keadaan dirinya dimasyarakat.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak merasa gelisah, ketakutan atau merasa malu, tetapi pasien merasa sedikit sedih dengan keadaannya saat ini karena tidak dapat beraktivitas seperti sebelum sakit. Pasien juga mengatakan akan mengikuti pengobatan di RS sampai selesai, mengubah pola makan dan kebiasaan-kebiasaan buruk agar cepat pulih seperti keadaan sebelum sakit.

Keluarga dan pasien mengatakan ingin mengetahui cara yang dapat dilakukan agar keadaan pasien dapat pulih seperti sebelumnya karena merasa cemas seperti adik pasien yang meninggal karena serangan stroke yang terjadi tiba-tiba, dan akan melakukan hal yang terbaik agar pasien sembuh.

3) Observasi

Kontak mata pasien perhatian penuh, bicara pelo, walaupun pelafalan kata kurang jelas, tetapi dapat dimengerti, tampak keluarga dan pasien berkeinginan untuk melakukan perbaikan terhadap kesehatan, memilih penerapan tujuan untuk perbaikan kesehatan dan keluarga tampak banyak bertanya terkait keadaan pasien.

- a) Kontak mata : perhatian penuh
- b) Rentang perhatian : baik
- c) Suara dan cara bicara : pelo, pelafalan kata kurang jelas, tetapi dapat dimengerti, volume suara kuat.
- d) Postur tubuh : postur tubuh pasien tidak seimbang ketika duduk

- 4) Pemeriksaan fisik
 - a) Kelainan bawaan yang nyata: tidak terdapat kelainan bawaan
 - b) Bentuk/postur tubuh: postur tubuh tampak tidak seimbang ketika pasien duduk
 - c) Kulit: tampak tidak ada lesi, tidak ada bekas luka atau peradangan

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama keluarga dengan hidup rukun, memiliki hubungan yang baik dengan anak, istri, keluarga serta lingkungan dan teman kerjanya. Keluarga mengatakan bahwa pasien aktif mengikuti organisasi seperti kaum bapak digereja dan aktif dalam kegiatan dilingkungan tempat tinggal.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit semua anggota keluarga sangat cemas terhadap kondisi pasien, begitupun dengan teman kerja dan lingkungan tempat tinggal pasien, hubungan pasien dengan keluarga tetap baik, tetapi sejak sakit peran pasien terbatas dikeluarga, ditempat kerja dan lingkungan tempat tinggal.

3) Observasi

Pasien tampak memiliki hubungan baik dengan keluarga, teman dan lingkungan, tampak keluarga dan teman pasien mengunjungi pasien dirumah sakit, komunikasi pasien baik dengan pasien lainnya dalam ruang rawat.

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia merupakan seorang ayah dari 2 orang putri, pasien berusia 52 tahun dan tidak memiliki keluhan apapun terkait reproduksi.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit, tidak ada masalah atau keluhan terkait reproduksinya.

3) Observasi

Tidak ada perilaku pasien yang tampak menyimpang terkait reproduksi atau seksualitas.

4) Pemeriksaan fisik genitalia: tidak dikaji

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

(1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum masuk rumah sakit biasanya keluarga dan pasien menghabiskan waktu luang untuk bersama keluarganya, jalan-jalan seperti ketempat wisata, jika pasien atau dalam rumah tangga mempunyai masalah biasanya pasien dan istri berkomunikasi untuk mencari jalan keluar dari masalah dan istri pasien mengatakan pengambilan keputusan dalam rumah tangga biasanya dilakukan secara bersama, namun terkadang pasien mengambil keputusan sebagai kepala rumah tangga.

(2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien dan keluarga sering berpikir terkait masalah atau kondisi pasien apalagi pasien baru kali ini masuk rumah sakit dan dirawat, sehingga keluarga ingin mengetahui apa

yang dapat dilakukan agar kondisi pasien dapat pulih atau membaik. Keluarga juga mengatakan sejak pasien sakit, pengambilan keputusan dalam keluarga dilakukan oleh istri.

(3) Observasi

Keluarga tampak kolaboratif dalam merawat pasien, sering memutar musik untuk menenangkan pikiran, tampak istri sering memberikan motivasi pada pasien.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan menganut kepercayaan agama Katolik, pasien aktif dalam mengikuti kegiatan keagamaan. Keluarga juga mengatakan dalam ajaran agama Katolik dan suku pasien, tidak ada larangan terkait pengobatan pasien.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak pasien sakit, mengikuti ibadah secara online, sering berdoa walaupun ditempat tidur. Keluarga juga mengatakan dalam ajaran agama Katolik dan suku pasien, tidak ada larangan terkait pengobatan.

3) Observasi

Pasien tampak sering berdoa, mendengarkan lagu rohani, tampak adanya alat rohani dekat pasien seperti buku dan kalung rosario, dan tampak pasien serta keluarga mengikuti ibadah secara online.

4. Uji Saraf Kranial

- a. N I *Olfactorius*
Pasien dapat membedakan bau-bauan seperti bau minyak kayu putih dan balsam.
- b. N II *Opticus*
Pasien dapat membaca dengan jarak ± 30 cm
- c. N III, IV, VI *Oculomotorius, Trochlearis, Abducens*
Pergerakan bola mata pasien tampak kesegala arah, refleks cahaya politzer (+), pupil isokor
- d. N V *Trigeminus*
Sensorik: pasien dapat merasakan goresan tisu yang diberikan pada pipi, dahi dan dagu
Motorik : pasien dapat mengigit tapi tidak dapat menggigit makanan keras seperti buah apel yang diberikan.
- e. N VII *Fasciallis*
Sensorik : pasien dapat membedakan rasa manis, asin, dan pahit
Motorik : senyum pasien tidak simetris, pasien tidak dapat bersiul, dapat mengerutkan dahi, dan dapat mendorong pipi menggunakan lidah
- f. N VIII *Vestibulo-acusticus*
Vestibularis : pasien tidak dapat berdiri karena merasa lemah
Akustikus : lemah pada sisi tubuh sebelah kiri, tampak tidak seimbang saat duduk
- g. N IX *Glossopharyngeus* : pasien dapat menelan dengan baik
- h. N X *Vagus* : tampak uvula berada ditengah
- i. N XI *Accessorius* : pasien dapat mengangkat bahu kiri/kanan
- j. N XII *Hypoglossus* : pasien dapat menjulurkan lidah

5. Pengkajian Tambahan

a. *Mini Mental State Exam (MMSE)*

3.1 Tabel MMSE

ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
ORIENTASI		
1. Tahun berapa sekarang?	1	
2. Musim apa sekarang?	1	
3. Tanggal berapa sekarang?	1	
4. Hari apa sekarang?	1	
5. Bulan apa sekarang?	1	
6. Di negara mana anda tinggal?	1	
7. Di provinsi mana anda tinggal?	1	
8. Di kabupaten mana anda tinggal?	1	
9. Di kecamatan mana anda tinggal?	1	
10. Di desa mana anda tinggal?	1	
REGISTRASI		
Minta klien menyebutkan tiga objek	1	
11. TV	1	
12. Baju	1	
13. AC		
PERHATIAN DAN KALKULASI		
Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "RUMAH"	1	
14. H	1	
15. A	1	
16. M	1	
17. U	1	
18. R		
MENINGAT		
Minta klien untuk mengulang 3 objek diatas	1	
19. Baju	1	
20. TV		
21.		

		0
BAHASA		
a. Penamaan Minta klien menyebutkan 2 benda disekitar klien: 22. Poplen 23. Gelas	1 1	
b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut 24. "Namun, tapi dan bila"		
c. Perintah tiga langkah 25. Ambil kertas! 26. Lipat dua! 27. Taruh dilantai!	1 1 1	0
d. Turuti hal berikut 28. Tutup mata 29. Tulis Kalimat 30. Menggambar	1 1 1	
JUMLAH	28	

Ket :

Skor 27-30 : Normal

Skor 0-26 : Gangguan kognitif

b. Level Stroke

3.1 Tabel Level Stroke

NO	LEVEL	KETERANGAN	HASIL
1	Level 1	Belum dapat menjaga keseimbangan kepala	Pasien dapat menjaga keseimbangan kepala
2	Level 2	Mampu menjaga keseimbangan kepala	

3	Level 3	Mampu duduk, tapi tidak dapat menjaga keseimbangan duduk	Tampak pasien mampu duduk dengan bantuan, tidak dapat menjaga keseimbangan ketika tahanan diberikan
4	Level 4	Mampu duduk dan dapat menjaga keseimbangan jika diberikan aktivitas tapi tidak dapat berdiri	Tampak pasien mampu duduk dan tidak seimbang jika diberikan aktivitas
5	Level 5	Mampu berdiri tapi tidak seimbang	Tampak pasien tidak mampu berdiri

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Hematologi (07 Juni 2022)

3.3 Pemeriksaan Hematologi

Parameter		Nilai Rujukan	
WBC	8.76	$10^3/uL$	4.60 – 10.20
RBC	5.02	$10^6/uL$	4.70 – 6.10
HGB	15.1	g/dL	14.1 – 18.1
HCT	44.3	%	43.5 – 53.7
MCV	88.2	fL	80.0 – 97.0
MCH	30.1	Pg	27.0 – 31.2
MCHC	34.1	g/dL	31.8 – 35.4

PLT	292		10 ³ /uL	150 – 450
RDW-SD	39.8		fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	12.1		%	11.5 – 14.5
PDW	8.0	-	fL	9.0 – 13.0
MPV	8.2		fL	7.2 – 11.1
P-LCR	10.9	-	%	15.0 – 25.0
PCT	0.24		%	0.17 – 0.35
NEUT#	5.03		10 ³ /uL	1.50 – 7.00
LYMPH#	1.78		10 ³ /uL	1.00 – 3.70
MONO#	0.34		10 ³ /uL	0.00 – 0.70m
EO#	1.54	+	10³/uL	0.00 – 0.40
BASO#	0.07		10 ³ /uL	0.00 - 0.10
IG#	0.02		10 ³ /uL	0.00-7.00
NEUTH%	57.4		%	37.0 – 80.0
LYMPH%	20.3		%	10.0 – 50.0
MONO%	3.9		%	0.0 – 14.0
EO%	17.6	+	%	0.0 – 1.0
BASO%	0.8		%	0.0 – 1.0
IG%	0.2		%	0.0 – 72.0

b. Pemeriksaan CT-Scan Kepala (07 Juni 2022)

Hasil:

Infark cerebri bilateral, kiri lebih luas metastasis bilateral

c. Pemeriksaan Kimia Darah (08 juni 2022)

3.3 Pemeriksaan Kimia Darah

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Ket
Sgpt	12	< 41	U/l	

Creatinine	0.83	< 1.4	mg/dL	
Asam Urat	6.32	3.2 – 7	mg/dL	
LDL-Cholestrol	147	< 115	mg/dL	H
Trigliserida	136	< 150	mg/dL	
Glukosa Puasa	97	70 - 110	mg/dL	

IDENTIFIKASI MASALAH

Nama/umur : Tn. D.C / 52 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth 3 / 365 bed 2

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kepala terasa pusing 2. Pasien mengatakan sakit kepala 3. Pasien mengatakan skala nyeri 5, sakit kepala dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul, dirasakan selama \pm3-5 menit <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - GCS 15 Compos mentis (M6V5E4) - TD: 178/112 mmHg - MAP meningkat, MAP 134 mmHg (perfusi darah keginjal tidak memadai) - Wajah pasien tampak tidak simetris terutama di area bibir miring ke kiri - Terdengar bicara pasien pelo, pelafalan kata kurang jelas, tetapi dapat dimengerti - Bibir pasien tampak berwarna hitam - Pasien tampak memegang kepala ketika terasa sakit kepala - Tampak posisi duduk pasien tidak seimbang - N V <i>Trigeminus</i> motorik: pasien tidak dapat mengigit makanan yang keras seperti buah apel 	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif

	<ul style="list-style-type: none"> - N VII <i>Fascialis</i> motorik: senyum pasien tampak tidak simetris, pasien tidak dapat bersiul - N VIII <i>vestibulo-acusticus</i>: pasien tidak dapat berdiri karena badan lemah sisi tubuh sebelah kiri - Pemeriksaan CT-Scan kepala: infark serebral bilateral, kiri lebih luas - Pemeriksaan laboratorium: LDL-cholesterol 147 (+) mg/dL 						
2.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah 2. Pasien mengatakan lemah pada sisi tubuh sebelah kiri sehingga tidak dapat duduk dan berdiri sendiri 3. Pasien mengatakan sulit menggerakkan anggota tubuh, merasa kebas dan tidak dapat beraktivitas secara mandiri 4. Pasien mengatakan ekstermitas bawah lemah sehingga tidak dapat menjadi tumpuan untuk mendorong tubuh pasien 5. Keluarga mengatakan ADL pasien dibantu / dipantau 6. Keluarga pasien mengatakan jika pasien duduk posisi tubuh pasien tidak seimbang <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Kekuatan otot pasien tampak menurun <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;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table>	5	4	5	3	Kerusakan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
5	4						
5	3						

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Rentang gerak pasien tampak menurun pada ekstremitas kiri atas dan bawah 4. Rentang gerak ekstremitas kiri tampak pasif 5. Pasien tampak mengalami parase ekstremitas kiri 6. Pasien tampak tidak dapat beraktifitas secara mandiri 7. Aktifitas dan latihan pasien tampak dibantu keluarga dan perawat 8. Pasien tampak belum mampu duduk dan berdiri sendiri 9. Ketika duduk, tampak postur tubuh tidak seimbang sehingga memerlukan bantuan 10. Level stroke 3: pasien tampak mampu duduk dengan bantuan, tidak dapat menjaga keseimbangan ketika tahanan diberikan 		
3.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan akan mengikuti pengobatan di RS sampai selesai, mengubah pola makan dan kebiasaan-kebiasaan buruk agar cepat pulih 2. Pasien mengatakan berusaha untuk menghabiskan makanannya meskipun meskipun terasa hambar 3. Pasien mengatakan akan mulai mencoba makan makanan yang direbus, mengurangi makanan berlemak dan mengandung banyak penyedap rasa, karena ingin cepat sembuh 	-	Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan

	<p>dan pulih seperti keadaan semula</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien juga mengatakan selama sakit mencoba untuk menahan tidak mengkonsumsi kopi dan minuman berwarna/bersoda. 5. Pasien mengatakan jika sudah sembuh, pasien akan mencoba mengurangi kebiasaan minum kopi 6. Keluarga ingin mengetahui apa yang dapat keluarga lakukan agar keadaan pasien dapat pulih atau membaik 7. Keluarga mengatakan akan melakukan hal yang terbaik agar pasien sembuh 8. Keluarga dan pasien mengatakan ingin mengetahui cara yang dapat dilakukan agar keadaan pasien dapat pulih seperti sebelumnya karena merasa cemas seperti adik pasien yang meninggal karena serangan stroke yang terjadi tiba-tiba, dan akan melakukan hal yang terbaik agar pasien sembuh <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak menghabiskan makanan yang didapatkan dari RS 2. Tampak pasien tidak mengkonsumsi makanan berlemak/megandung banyak penyedap rasa 3. Tampak selama sakit pasien tidak mengkonsumsi kopi ataupun minuman berwarna 		
--	--	--	--

	<p>4. Tampak memilih penerapan tujuan untuk perbaikan kesehatan</p> <p>5. keluarga dan pasien tampak ingin mengetahui terkait keadaan dan pengobatan yang tepat</p> <p>6. Pasien tampak berkeinginan untuk melakukan perbaikan terhadap kesehatannya</p>		
--	--	--	--

7. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn. D.C / 52 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth 3 / 365 d 2

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko
2.	hipertensi
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuscular
	Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan

D. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn. D.C / 52 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth 3 / 365 bed 2

Tanggal	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI) Meliputi: tindakan observasi, terapeutik, kolaborasi, edukasi
08 Juni 2022	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 14 jam diharapkan perfusi serebral menurun (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Sakit kepala cukup menurun ke skala ringan (1-3) 2. Nilai tekanan darah cukup membaik < 140/90 mmHg 3. Tingkat kesadaran cukup meningkat dengan GCS 15 (composmentis)	Pemantauan Neurologis (I.06197) Observasi 1. Monitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan GCS) 2. Monitor tingkat orientasi 3. Monitor ingatan terakhir, rentan perhatian, memori masa lalu, perilaku 4. Monitor tanda-tanda vital 5. Monitor kekuatan pegangan 6. Monitor kesimetrisan wajah 7. Monitor keluhan sakit kepala 8. Monitor karakteristik bicara: kelancaran, kehadiran afasia, atau kesulitan mencari kata 9. Monitor respon terhadap pengobatan Terapeutik

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial 2. Dokumentasikan hasil pemantauan 3. Berikan posisi elevasi kepala 30° 4. Berikan terapi AIUEO <p>Edukasi Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 14 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas cukup meningkat pada ekstermitas kiri 2. Kekuatan otot cukup meningkat menjadi 5 pada tangan dan kaki kiri 3. Rentang gerak (ROM) cukup meningkat pada ekstermitas kiri 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

			<p>Perawatan Tirah Baring (I.14572)</p> <p>Observasi Monitor komplikasi tirah baring (misal kehilangan massa otot, sakit punggung, stres, depresi, sulit buang air kecil, perubahan irama tidur, konstipasi)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan senyaman mungkin 2. Pertahankan spreng tetap kering, bersih dan tidak kusut 3. Berikan latihan gerak pasif atau pasif (ROM) 4. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari
	<p>Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan d.d mengekspresikan keinginan untuk mengolah masalah kesehatan dan pencegahannya, pilihan hidup sehari-hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan (D.0112)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 14 jam diharapkan manajemen kesehatan meningkat (L.12104) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko cukup meningkat 2. Menerapkan program perawatan cukup meningkat 	<p>Bimbingan Sistem Kesehatan (I.12360)</p> <p>Obsevasi Identifikasi masalah kesehatan individu dan keluarga</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan kesehatan 2. Libatkan kolega/teman untuk membimbing pemebuhan kebutuhan kesehatan <p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p>

		<p>3. Aktifitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan cukup meningkat</p> <p>4. Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan cukup meningkat</p>	<p>Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan menerima media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan <p>Penentuan Tujuan Bersama (I.12464)</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi tujuan-tujuan yang akan dicapai</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prioritaskan aktivitas yang dapat membantu pencapaian tujuan 2. Nyatakan tujuan dengan kalimat positif dan jelas <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan mengidentifikasi kekuatan dan kemampuan sendiri</p>
--	--	--	--

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn. D.C / 52 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth 3 / 365 bed 2

Hari/ Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Nama Perawat
Kamis, 09 Juni 2022	I	07.05	Memonitor tingkat kesadaran Hasil : - Pasien tampak sadar penuh - Penilaian GCS (M6V5E4) : 15 (composmentis)	Vindy
	I		Memonitor tingkat orientasi Hasil : - Pasien tampak orientasi penuh, ketika diberikan pertanyaan pasien dapat menjawab dengan benar	Vindy
	I		Memonitor ingatan terakhir, rentang perhatian, memori masa lalu, perilaku Hasil : - Ingatan pasien tampak baik - Pasien tampak dapat menjelaskan ingatan terakhir, ketika awal masuk rumah sakit, hal yang pasien telah lakukan, memori masa lalu seperti kebiasaan masih muda dan harian pasien	Vindy
	I		Memonitor kesimetrisan wajah Hasil : - Wajah pasien tampak tidak simetris terutama pada area bibir tampak miring sebelah kiri	Vindy
	I		Memonitor karakteristik bicara Hasil :	Vindy

			<ul style="list-style-type: none"> - Terdengar bicara pasien pelo, kalimat yang diucapkan kurang jelas tapi dapat dimengerti 	
	II	08.00	<p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien melakukan personal hygiene ditempat tidur dengan mengganti pakaian dan membersihkan tubuh menggunakan wash lap dengan memberikan posisi duduk dan ekstermitas tubuh yang kuat (sebelah kanan) memegang pagar tempat tidur. Saat mengganti pakaian ekstermitas tubuh yang kuat membantu ekstermitas tubuh yang lemah - Pasien mengatakan lemas pada sisi tubuh sebelah kiri dan merasa kesulitan menggerakkan ekstremitas kiri atas - Tampak saat diberikan posisi duduk, postur tubuh pasien tidak seimbang 	Vindy
	I		<p>Memonitor kekuatan pegangan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kekuatan pegangan ekstremitas kanan kuat - Tampak kekuatan pegangan ekstremitas kiri lemah - Pasien mengatakan ekstremitas kiri sulit untuk memegang penyangga tempat tidur 	Vindy
	II		<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil :</p>	Vindy

	II		<ul style="list-style-type: none"> - Tampak kondisi umum pasien baik, tampak pasien mencoba melakukan pergerakan walaupun perlahan dan walaupun posisi tubuh tidak seimbang <p>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak membutuhkan pengawasan dan bantuan dari perawat/keluarga - Pasien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas kiri - Aktivitas pasien tampak terbatas dan gerak ekstremitas kiri pasif - Kekuatan otot tampak belum meningkat <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;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table>	5	4	5	3	Vindy
5	4							
5	3							
	I	09.05	<p>Memonitor keluhan sakit kepala</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul dan biasanya sakit di rasakan dari punggung sampai kepala, skala nyeri 4 - Pasien mengatakan sakit kepala dirasakan di kepala bagian kiri dan merasa sedikit pusing jika terlalu lama duduk - Pasien mengatakan tidak mual dan muntah 	Vindy				
	I	09.50	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah: 150/101 mmHg - Suhu : 36,3 ° - Pernafasan : 20 x/menit - Nadi : 99 x/ menit 	Yanti				

	I	10.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ranitidine 10 mg/IV - Ondansentron 4 mg/IV	Vindy & Fitri
	I		Monitor respon terhadap pengobatan Hasil : Keluarga mengatakan semenjak diberikan obat keadaan mulai membaik tidak seperti waktu saat pertama kali dibawa ke RS	Vindy
	II	10.15	Mengidentifikasi masalah individu dan keluarga Hasil : - Pasien mengatakan lemah pada sisi tubuh sebelah kiri sehingga pasien tidak dapat beraktifitas - Pasien mengatakan bibir pasien miring - Pasien mengatakan cara bicara pasien berubah semenjak sakit - Pasien mengatakan karena lemah, ADL pasien dibantu keluarga/perawat - Keluarga mengatakan ADL pasien dibantu keluarga/perawat	Vindy
	III		Mengidentifikasi tujuan-tujuan yang akan dicapai Hasil : - Pasien mengatakan ingin beraktivitas mandiri - Pasien mengatakan ingin meningkatkan kekuatan otot pasien - Pasien mengatakan akan berusaha menahan diri untuk tidak mengkonsumsi kopi - Pasien mengatakan akan selalu menghabiskan	Vindy

			<p>makanan di RS walaupun rasanya hambar meskipun terasa sulit</p>	
	III		<p>Menetapkan batas waktu yang realistis</p> <p>Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menetapkan tujuan bersama agar dapat tercapai dalam waktu 3 hari - Pasien mengatakan ia akan berusaha untuk mematuhi aturan dan larangan agar tujuan pasien tercapai 	Vindy
	III		<p>Menyatakan tujuan dengan kalimat positif</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia berharap agar keadaannya membaik - Keluarga mengatakan ingin keadaan pasien kembali seperti sebelum sakit 	Vindy
	III	10.30	<p>Memprioritaskan aktivitas yang dapat mencapai pencapaian tujuan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan rutin melakukan ROM aktif dan pasif - Pasien mangatakan akan melakukan terapi AIUEO - Pasien mengatakan akan berusaha meningkatkan mobilisasi dini - Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien 	Vindy
	II	11.00	<p>Memberikan latihan gerak pasif dan aktif</p> <p>Hasil :</p>	Vindy dan Victor

			<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan latihan ROM pada kedua ekstermitas, - Memberikan ROM aktif dan pasif pada ekstermitas kiri dan kanan - Pasien tampak melakukan ROM - Tampak rentang gerak belum meningkat - Tampak kekuatan otot belum meningkat <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;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa sulit menggerakkan ekstremitas 	5	4	5	3	
5	4							
5	3							
	II	11.30	<p>Menganjurkan mobilisasi sederhana</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan mencoba melakukan mobilisasi sederhana dengan duduk ditempat tidur secara perlahan - Pasien tampak berusaha untuk duduk ditempat tidur sendiri tetapi sisi tubuh sebelah kiri pasien masih lemah 	Vindy				
	II, III		<p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan akan membantu memfasilitasi pergerakan pasien - Keluarga tampak kolabratif dalam peningkatan kesehatan pasien - Keluarga tampak banyak bertanya terkait kondisi pasien 	Vindy				

	II, III	12.00	Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan pasien Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Menyiapkan makanan pasien - Mendekatkan makanan pasien - Mengatur tempat tidur pasien selesai makan - Membantu pasien makan 	Vindy
	II		Mempertahankan sprengi tetap kering, bersih dan tidak kusut Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Mengatur dan merapikan tempat tidur - Mengganti laken kotor pasien 	Vindy
	I	13.00	Memberikan terapi AIUEO pada pasien Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melakukan terapi AIUEO - Pasien tampak antusias - Pasien mengatakan akan sering melakukan terapi AIUEO - Tampak bicara pelo dan pelafalan kata kurang jelas tapi masih dapat dimengerti 	Vindy
	II		Memonitor komplikasi tirah baring Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit pasien belum BAB \pm 4 hari - Pasien mengatakan kadang sakit area punggung sampai kepala - Pasien mengatakan merasa lemah pada ekstermitas bawah dan terasa kebas - Pasien tampak belum BAB sejak masuk rumah sakit 	Vindy

	I	13.20	Menghindarkan aktifitas yang dapat meningkatkan TIK Hasil : - Menganjurkan pasien tidak mengubah posisi secara mendadak	Vindy
	I		Memposisikan pasien nyaman mungkin Hasil : - Memberikan pasien posisi terlentang karena pasien akan tidur	Vindy
	I	13.55	Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil : Menulis laporan hasil dokumentasi	Vindy
	I	14.00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : - Tekanan darah : 171/89 mmHg - Nadi : 74 x/menit - Pernapasan : 19 x/menit - Suhu 36,5 °C	Veske
	I		Memonitor tingkat orientasi Hasil : - Tampak orientasi pasien baik dan tampak pasien sadar penuh	Veske
	I		Memonitor tingkat kesadaran Hasil : - Pasien tampak sadar penuh - Penilaian GCS 15 (M6V5E4) - Kesadaran komposmentis	Veske
	I		Memonitor kesimetrisan wajah Hasil : - Wajah tampak masih kurang simetris, tampak bibir masih	Veske

			<p>miring kearah kiri dan bicara masih pelo</p>	
	I		<p>Memonitor keluhan sakit kepala</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kepalanya masih sakit dengan skala nyeri 4 dan pasien merasa pusing saat bangun dari tempat tidur dan jika bangun mendadak atau tiba-tiba - Sakit kepala dirasakan disebelah kiri dan hilang timbul - Tampak pasien memegang kepala jika terasa sakit 	Veske
	II	16.00	<p>Memberikan latihan gerak pasif dan aktif</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien melakukan ROM pasif - ekstermitas kiri tampak gerakan pasif - eksteritas kanan tampak gerakan aktif dan bagian tubuh sebelah kanan membantu tubuh sebelah kiri - Pasien tampak bisa mengangkat tangan sebelah kiri namun tidak seimbang - Pasien tampak mampu mengangkat kaki sebelah kiri namun langsung jatuh 	Veske
	II, III		<p>Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan akan membantu pemenuhan kebutuhan dan membantu peningkatan pergerakan pasien 	Veske

	II	16.00	Menganjurkan mobilisasi sederhana Hasil : - Pasien mengatakan sudah mencoba untuk duduk ditempat tidur namun badan miring ke kiri dan dibantu oleh keluarga	Veske
	II	17.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Berkolaborasi dengan dokter terkait komplikasi tirah baring pasien dan pasien mengalami konstipasi - Penambahan terapi : Dulcolax 2 tab/supositoria	Kak Ebby dan Veske
	I, II	18.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Amlodipine 5 mg/ oral - CPG / oral - Dulcolax 2 tab/ supositorial/ extra - Miniaspi 80 mg / oral	
	I		Memberikan terapi AIUEO Hasil : - Pasien tampak melakukan terapi AIUEO - Tampak bicara pelo dan pelafalan kata kurang jelas	Veske
	I		Memonitor kekuatan pegangan Hasil : - Tampak kekuatan pegangan pada tangan kanan penuh - Tampak kekuatan pegangan pada tangan kiri masih lemah	Veske
	II		Memonitor komplikasi tirah baring Hasil : - Pasien mengatakan sudah BAB 1 kali	Veske

	I		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih terasa sakit pada punggung sampai kepala - Masalah komplikasi tirah baring terkait eliminasi pasien teratasi <p>Menghindari aktifitas dapat meningkatkan TIK</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien untuk beristirahat dan memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman 	Veske
	III	19.15	<p>Mengidentifikasi tujuan-tujuan yang akan dicapai</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ingin beraktivitas mandiri - Pasien mengatakan akan berusaha menahan diri untuk tidak mengkonsumsi kopi, daging serta makanan berlemak - Pasien mengatakan akan selalu menghabiskan makanan di RS walaupun rasanya hambar meskipun terasa sulit - Pasien mengatakan ingin keluhan sakit kepala dan pusing hilang 	Veske
	III		<p>Memprioritaskan aktivitas yang dapat mencapai pencapaian tujuan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak telah melakukan ROM aktif dan pasif - Pasien tampak telah melakukan terapi AIUEO 	Veske

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak telah mencoba melakukan mobilisasi dini seperti duduk ditempat tidur - Melibatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien 	
	III	20.05	<p>Menjadwalkan pendidikan kesehatan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga dan pasien mengatakan selalu siap untuk menerima pendidikan kesehatan - Rencana penkes Jumat, 11 Juni 2022 (16.00 WITA) - Pasien dan keluarga tampak antusias dalam rencana pendidikan kesehatan 	Veske
	I		Mendokumentasikan hasil pemantauan dalam laporan asuhan keperawatan	Veske
Jumat, 10 Juni 2022	I	08.00	<p>Memonitor TTV</p> <p>Hasil :</p> <p>TD: 160/100 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>P : 18 x/menit</p> <p>S : 35.2°C</p>	Veske
	II		<p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan sakit kepala dengan skala nyeri 3 dan pusing mulai berkurang namun saat berdiri kepala masih terasa pusing</p>	Veske
	I		<p>Memonitor tingkat orientasi</p> <p>Hasil :</p> <p>orientasi pasien tampak baik, tampak tidak terjadi penurunan keadaran pada pasien, GCS 15</p>	Veske
	I		Memonitor kesimetrisan wajah	Veske

			<p>Hasil : wajah pasien tampak tidak simetris dan tampak bibir pasien miring ke arah kiri</p>	
	I	08.30	<p>Memonitor karakteristik bicara Hasil : Terdengar bicara pasien pelo mulai berkurang dan kalimat yang dikatakan pasien mulai jelas</p>	Veske
	II		<p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : Membantu pasien dalam <i>personal hygiene</i> dengan mengganti pakaian dan membersihkan tubuh pasien</p>	Veske
	II, III	09.00	<p>Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan Hasil : - Keluarga tampak membantu pasien untuk makan, berpakaian, bangun dari tempat tidur, tampak keluarga kolaboratif - Keluarga mengatakan selalu membantu pasien untuk melakukan aktivitas</p>	Veske
	II		<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan pergerakan Hasil : Tampak kondisi umum pasien baik, tampak pasien mencoba untuk duduk walaupun anggota tubuh sebelah kiri lemah</p>	Veske
	II	09.35	<p>Membantu pasien dalam mobilisasi Hasil :</p>	Veske & Verrel

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mencoba untuk berjalan dengan bantuan keluarga/perawat - Pasien mengatakan merasa sulit dalam berjalan karena susah menjaga keseimbangan diri karena sisi tubuh sebelah kiri kesulitan untuk menopang tubuhnya 	
	I		<p>Memonitor kekuatan pegangan</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak kekuatan pegangan pasien masih lemah pada sisi sebelah kiri</p>	Veske
	II	10.50	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak masih membutuhkan pengawasan dan bantuan dalam memenuhi aktivitas - aktivitas pasien tampak terbatas - kekuatan otot tampak belum meningkat 	Veske
	I		<p>Memposisikan senyaman mungkin</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan nyaman jika tempat tidur sedikit dinaikkan</p>	Veske
	II	11.30	<p>Memberikan latihan gerak aktif dan pasif</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien diberikan ROM pasif pada ekstremitas kiri bawah dan ROM aktif pada ekstermitas kanan dan kiri atas - Tampak sisi tubuh pasien sebelah kiri masih lemah 	Veske

	II, III	12.45	Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kesehatan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Menyiapkan pasien makan - Keluarga membantu pasien untuk makan - Perawat membantu pasien untuk duduk di tempat tidur 	Veske
	III		Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan konfirmasi kembali terkait pelaksanaan pendidikan kesehatan - Pasien dan keluarga bersedia untuk mendapatkan pendidikan kesehatan 	Veske
	I	13.45	Memberikan terapi AIUEO Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melakukan terapi AIUEO - Tampak bicara pelo dan pelafalan kata mulai jelas 	Veske
	III		Menyatakan tujuan dengan kalimat positif Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia berharap agar keadaannya membaik - Pasien mengatakan akan melakukan tindakan-tindakan yang dapat membantu pemulihan kondisi pasien 	Veske
	III		Memprioritaskan aktivitas yang dapat mencapai pencapaian tujuan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak telah melakukan ROM aktif dan pasif 	Veske

	I		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak telah melakukan terapi AIUEO - Pasien tampak telah mencoba melakukan mobilisasi yaitu berjalan dengan bantuan - Pasien tampak tidak mengkonsumsi makanan berlemak dan daging seperti coto atau bakso <p>Mendokumentasikan hasil pemantauan di laporan asuhan keperawatan</p>	Veske
	I	14.10	<p>Memonitor keluhan sakit kepala</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala menurun skala nyeri 2 (nyeri ringan) - Pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul 	Vindy
	I	14.35	<p>Memonitor kesimetrisan wajah</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tampak tidak simetris terutama dibagian bibir - Bibir pasien tampak miring kearah kiri 	Vindy
	I	14.55	<p>Memonitor karakteristik bicara</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdengar pasien bicara masih pelo, tetapi kalimat yang diucapkan mulai jelas 	Vindy
	I	15.10	<p>Memonitor tingkat orientasi</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum tampak baik - Pasien tampak sadar penuh - GCS 15 (compos mentis) 	Vindy
	II	15.50	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p>	Vindy

			<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktvitas dan latihan tampak masih dipantau dan dibantu keluarga/pasien - Tampak aktivitas dan latihan yang memerlukan bantuan dan bantuan adalah personal hygiene dan berpindah tempat - Tampak aktivitas mandiri yang mulai dapat dilakukan pasien adalah makan dan menggosok gigi - Tampak rentang gerak pasien mulai meningkat <p>Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari</p> <p>Hasil : Mengganti pakaian dan laken tempat tidur pasien</p>	Vindy
	II, III		<p>Memberikan terapi AIUEO</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melakukan terapi AIUEO yang diajarkan perawat - Pasien mengatakan akan terus melakukan terapi AIUEO agar kondisi pasien meningkat <p>Memberikan latihan gerak aktif dan pasif</p>	Vindy
	I	16.15	<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melakukan latihan gerak aktif dan pasif 	Vindy
	II		<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan ROM pasif pada ekstremitas kiri bawah - Melakukan ROM aktif pada ekstremitas kanan dan kiri atas, dengan ekstremitas kanan membantu ekstremitas kiri atas - Pasien tampak perlahan melakukan ROM aktif pada ekstremitas kiri atas 	Vindy

			<ul style="list-style-type: none"> - Tampak rentang gerak mulai meningkat pada ekstremitas kiri atas - Tampak kekuatan otot pasien belum meningkat $\begin{array}{c c} 5 & 4 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak merasa kaku pada bagian kaki dan tangan yang mengalami kelemahan - Pasien mengatakan mulai terbiasa melakukan pergerakan 	
	II	17.30	<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak merasa lemah dalam melakukan mobilisasi - Pasien mengatakan tidak merasa kaku dan kebas dalam melakukan mobilisasi - Tampak keadaan pasien baik 	Vindy
	III		<p>Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan siap untuk menerima informasi/edukasi yang akan diberikan perawat terkait keadaan pasien - Keluarga mengatakan akan mengikuti pendidikan kesehatan dari awal sampai selesai - Tampak pasien dan keluarga antusias untuk mengikuti pendidikan kesehatan - 	Vindy

	III	17.40	Menyediakan materi dan media pendidikan Hasil : Mempersiapkan materi yang akan diberikan kepada pasien dan keluarga	Vindy & Veske
	III		Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga Hasil : - Pemberian pendidikan kesehatan terkait pengertian pemberian posisi elevasi kepala 30 ⁰ , manfaat dan tujuan posisi elevasi kepala terhadap pasien dengan stroke haemoragik - Mendemonstrasikan pemberian posisi elevasi kepala 30 ⁰ - Melibatkan keluarga dalam demonstrasi posisi elevasi kepala 30 ⁰	Vindy & Veske
	III		Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya Hasil : - Keluarga pasien memberikan pertanyaan terkait alasan pemberian posisi elevasi kepala 30 ⁰ - Keluarga dan pasien mengatakan mengerti terkait penjelasan posisi elevasi kepala 30 ⁰ - Pasien mengatakan akan melakukan dan mempraktekkan posisi elevasi kepala 30 ⁰ saat berbaring dan beristirahat - Keluarga mengatakan bersyukur atau edukasi yang telah diberikan perawat	Vindy & Veske

	III		<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga tampak antusias terhadap pendidikan kesehatan yang telah diberikan - Keluarga tampak mengajukan beberapa pertanyaan kepada perawat <p>Memprioritaskan aktivitas yang dapat membantu pencapaian tujuan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak telah melakukan ROM aktif dan pasif - Pasien tampak telah melakukan terapi AIUEO - Pasien tampak telah melakukan mobilisasi berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi dengan bantuan - Pasien tampak telah menerapkan posisi elevasi kepala 30⁰ - Pasien tampak telah melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko keparahan penyakit 	Vindy
	III	18.00	<p>Menyatakan tujuan dengan kalimat positif</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengatakan ingin keadaan membaik - Pasien mengatakan akan menahan keinginan untuk minum kopi, konsumsi daging dan makanan berlemak - Pasien mengatakan telah mengkonsumsi makanan rebus yang dibawa keluarganya - Pasien mengatakan merasa mulai terbiasa untuk 	Vindy

			<p>mengonsumsi makanan rebus dan tidak berbumbu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa mengalami peningkatan karena selama di rawat di RS pasien tidak mengonsumsi kopi, daging dan makanan berlemak - Pasien tampak telah menerapkan program pengobatan Pasien 	
	I	18.15	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital pasien</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 148/101 mmHg</p> <p>N : 98 x/menit</p> <p>P : 20x/menit</p> <p>S : 36,2°C</p>	Vindy
	I	18.30	<p>Melakukan pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <p>Aspilet 1x1 / oral</p> <p>CPG 1x1 / oral</p> <p>Amlodipin 10 mgx1 / oral</p>	Vindy & Fitri
	II, III	19.20	<p>Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi pasien dalam melakukan personal hygiene (BAB dan BAK) - Mendekatkan makanan pasien ke dekat tempat tidur pasien 	Vindy & Victor
	II		<p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien melakukan mobilisasi dengan duduk ditempat tidur sambil memegang pagar tempat tidur sebagai tumpuan</p>	Vindy & Victor

	II	20.00	Menganjurkan mobilisasi sederhana Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien melakukan mobilisasi berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi - Pasien tampak dapat melakukan mobilisasi berpindah tempat walaupun memerlukan bantuan dan pantauan dari keluarga/perawat 	Vindy
	II, III		Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga tampak kooperatif dalam pemenuhan kebutuhan dan asuhan keperawatan pasien	Vindy
	I	20.30	Memonitor keluhan sakit kepala Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit skala nyeri 1 - Pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul - Pasien mengatakan biasanya sakit kepala dan pusing ketika tiba-tiba dari posisi tidur ke posisi duduk 	Vindy
	I		Menghindari aktifitas yang dapat meningkatkan TIK Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Menghindari perubahan posisi mendadak pada pasien - Menghindari posisi kepala pasien terlalu tinggi - Menghindari posisi kepala menunduk pada pasien 	Vindy
	I	20.50	Memberikan posisi nyaman Hasil :	Vindy

	I		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi tidur pada pasien - Memberikan posisi elevasi kepala 30⁰ - Pasien mengatakan merasa nyaman <p>Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Hasil : Menulis hasil pemantauan dalam status dan laporan asuhan keperawatan pasien</p>	Vindy
Sabtu, 11 Juni 2022	I	07.10	<p>Memonitor TTV</p> <p>TD : 144/120 mmHg</p> <p>N : 92x/menit</p> <p>P : 18x/menit</p> <p>S : 36⁰C</p>	Veske
	I		<p>Memonitor sakit kepala</p> <p>Hasil : Pasien mengatakan sudah tidak merasakan sakit kepala dan pusing</p>	Veske
	I		<p>Memonitor karakteristik bicara</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan bicara pasien masih pelo, tetapi kata-kata yang dikatakan pasien jelas - Tampak kalimat/kata yang dikatakan pasien cukup jelas 	Veske
	II		<p>Memonitor kesimetrisan wajah</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan wajah pasien masih belum simetris dan bibir pasien masih miring ke kiri - Tampak wajah pasien belum simetris dan bibir pasien masih miring ke kiri 	Veske Veske

	II	08.30	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan sisi kiri masih lemas dan lemah - Pasien tampak masih membutuhkan bantuan dari keluarga dan perawat - Tampak aktivitas pasien masih terbatas - Tampak kekuatan otot pasien belum meningkat 	Veske
	II		<p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memasang pengaman tempat tidur - Membantu pasien dalam <i>personal hygiene</i> 	Veske
	II		<p>Menganjurkan mobilisasi sederhana</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan posisi miring kiri dan kanan, dan pasien mendorong tubuh sendiri ke atas tempat tidur - Pasien tampak mampu miring kiri dan kanan, namun masih sulit untuk mendorong tubuh ke atas tempat tidur 	Veske
	II	09.40	<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan aktivitas</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa duduk dengan baik dan seimbang namun pasien masih harus berpegangan di penyangga tempat tidur - Pasien tampak masih kesulitan untuk menggerakkan sisi tubuh sebelah kiri 	Veske

	II		Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga tampak membantu pasien dalam pemenuhan ADL pasien	
	II	10.30	Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan Hasil : Membantu pasien untuk makan dengan menyiapkan meja untuk makan	Veske
	I		Memonitor kekuatan pegangan Hasil : - Pasien mengatakan tangan kiri masih belum bisa untuk memegang dengan kuat - Tampak kekuatan pegangan pasien masih lemah	
	II	11.00	Membantu pasien berjalan dan berdiri Hasil : - Pasien mengatakan badanya masih lemas dan masih belum dapat berjalan dengan baik - Pasien tampak belum bisa berdiri dengan baik, tampak pasien belum dapat berdiri dan berjalan seimbang, sehingga belum dapat menopang tubuh dengan baik	Veske & Verrel
	II	12.30	Memberikan latihan gerak aktif dan pasif Hasil : - Pasien tampak mulai mampu melakukan ROM aktif sendiri dengan anggota tubuh kanan membantu yang sebelah kiri	

			- Pasien tampak mampu mengangkat ekstremitas kiri bawah dan atas sendiri	
	I	14.35	Memonitor tingkat orientasi Hasil : - Pasien tampak sadar penuh - GCS 15 (compos mentis)	Vindy
	I		Memonitor keluhan sakit kepala Hasil : - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan sakit kepala - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing	Vindy
	I		Memonitor kesimetrisan wajah Hasil : - Wajah pasien tampak tidak simetris terutama pada bagian bibir - Bibir pasien tampak miring ke kiri	Vindy
	I		Memonitor respon terhadap pengobatan Hasil : Pasien mengatakan keadaan mulai membaik dan ada peningkatan sejak pasien dirawat di RS walaupun sisi tubuh pasien sebelah kiri masih lemah	Vindy
	II	15.15	Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan Hasil : - Membantu personal hygiene pasien - Mengganti pakaian dan membantu pasien BAK	Vindy
	II	15.50	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil :	Vindy

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai dapat melakukan aktivitas sederhana sendiri seperti makan atau duduk ditempat tidur - Pasien tampak duduk di atas tempat tidur dengan memegang pagar penyangga tempat tidru sebagai tumpuan/pegangan pasien - Tampak pasien mampu duduk ditempat tidur, walaupun kaki pasien sulit untuk mendorong tubuh pasien ke atas - Pasien tampak belum dapat menggerakkan penuh ekstremitas kiri 	
	I	16.30	<p>Memberikan terapi AIUEO</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melakukan terapi AIUEO dengan baik - Bicara pelo mulai berkurang - Pelafalan kata pasien semakin jelas 	Vindy
	II	17.15	<p>Memberikan latihan gerak aktif dan pasif</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak merasa kaku atau kebas pada ekstremitas - Pasien mengatakan tidak merasa kesulitan dalam melakukan ROM - Pasien tampak melakukan ROM aktif pada ekstremitas kanan dan kiri atas - Pasien tampak melakukan ROM aktif pada ekstremitas kiri atas dengan bantuan ekstremitas kanan - Tampak pergerakan ekstremitas mulai meningkat 	Vindy

	II	17.50	<ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak pasien tampak mulai meningkat - Tampak kekuatan otot belum mengalami peningkatan <p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien berdiri dengan menggunakan kursi dan tempat tidur sebagai lat penyangga/pegangan pasien - Pasien mengatakan mulai dapat berdiri walaupun masih membutuhkan bantuan dari perawat/keluarga dan harus memegang tempat tidur - Pasien mengatakan masih lemah pada sisi tubuh sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan ADL pasien masih memerlukan bantuan dan pengawasan - Pasien tampak mampu berdiri walaupun lemah dan tidak seimbang serta membutuhkan bantuan - Pasien tampak kesulitan menggerakkan esktremitas sebelah kiri - Pasien tampak belum dapat berdiri terlalu lama - Tampak ekstremitas kiri bahwa belum dapat menahan tubuh terlalu lama 	Vindy & Victor
	II		<p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil :</p> <p>Keluarga tampak kooperatif dalam pemenuhan asuhan keperawatan pasien</p>	Vindy

	II		<p>Memonitor kondisi umum selama melakuka mobilisasi</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak merasa pusing - Pasien mengatakan badan terasa lemah karena jarang berdiri sejak sakit 	Vindy
	I	18.00	<p>Memonitor keluhan sakit kepala</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan tidak merasa sakit kepala</p>	Vindy
	I	18.10	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 140/89 mmHg N : 88x/menit P : 20x/menit S : 36.2⁰ c</p>	Vindy
	I	19.15	<p>Melakukan pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <p>Aspilet 1x1/oral CPG 1x1/oral Amlodipin 10 mgx1/oral</p>	Vindy & Fitri
	I	19.50	<p>Menghindari aktivitas yang dapat menyebabkan peningkatan TIK</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menghindari pemberian tindakan seperti duduk mendadak dari posisi tidur pada pasien - Menghindari posisi kepala pasien menunduk terlalu lama 	Vindy
	II	20.40	<p>Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan</p> <p>Hasil :</p> <p>Membantu personal hygiene pasien (BAB dan BAK serta mengganti celana pasien)</p>	Vindy

	I	20.50	Melakukan pemberian posisi elevasi kepala 30 ⁰ Hasil : - Memberikan pasien posisi yang nyaman - Memberikan posisi elevasi kepala 30 ⁰	Vindy
	I		Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil : Mendokumentasikan pemantauan dan kondisi pasien dalam status dan laporan asuhan keperawatan	Vindy

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn. D.C / 52 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth 3 / 365 bed 2

Hari/tanggal	DP	Evaluasi (SOAP)	Nama Perawat
Kamis, 09 Juni 2022 21.00 WITA	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kepala masih terasa sakit dengan skala nyeri 4, dirasakan disebelah kiri dan pasien mengatakan sakit kepala meningkat pada malam hari dan hilang timbul - Pasien mengatakan merasa pusing saat bangun tiba-tiba dari tempat tidur - Pasien mengatakan punggung sampai kepala masih sakit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran pasien penuh - Orientasi pasien tampak baik, GCS 15 - TTV : Tekanan darah : 160/ 120 mmHg Nadi : 80 x/menit Pernapasan : 18 x/menit Suhu : 36°C - Wajah tampak tidak simetris, bibir miring kiri dan bicara pelo - Tampak pasien memegang kepala saat sakit <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan risiko perfusi serebral belum teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sakit kepala sedang skala 4 - Nilai tekanan darah sedang 160/120 mmHg - Tingkat kesadaran cukup meningkat GCS 15 compos mentis 	Veske

	II	<p>P : Intervensi lanjut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor orientasi - Monitor tanda-tanda vital - Monitor keluhan sakit kepala - Tingkatkan frekuensi pemantauan - Dokumentasi hasil pemantauan - infomasikan hasil pemantauan - Monitor kesimetrisan wajah - Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan TIK - Monitor karakteristik bicara <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan sebelah kiri masih lemas dan lemah - Pasien mengatakan sudah mencoba duduk ditempat tidur namun masih miring ke kiri dan dibantu oleh keluarga - Pasien mengatakan sudah BAB 1 kali <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien tampak terbatas - Rentang gerak pasif (ekstermitas kiri kaki dan tangan) - Kekuatan otot tampak belum meningkat - Pasien tampak mampu mengangkat tangan namun tidak seimbang dan mengangkat kaki namun langsung jatuh - Tampak masalah komplikasi tirah baring terkait eliminasi pasien teratasi <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstermitas sedang - Kekuatan otot sedang - Rentang gerak sedang 	
--	----	---	--

	III	<p>P : Intervensi lanjut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu - Fasilitasi lakukan pergerakan - Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan - Berikan latihan gerak pasif dan aktif <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan edukasi kesehatan - Pasien mengatakan ingin beraktivitas mandiri - Pasien mengatakan akan berusaha menahan diri untuk tidak mengkonsumsi kopi, daging dan makanan berlemak - Pasien mengatakan akan selalu menghabiskan makanan di RS walaupun rasanya hambar meskipun terasa sulit - Pasien mengatakan ingin agar keluhan sakit kepala dan pusing hilang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak telah melakukan ROM aktif dan pasif - Pasien tampak telah melakukan terapi AIUEO - Pasien tampak telah mencoba melakukan mobilisasi dini seperti duduk ditempat tidur - Pasien tampak menaha untuk tidak mengkonsumsi kopi dan 	
--	-----	--	--

		<p>menghabiskan porsi makan yang didapatkannya dari RS</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan kesiapan peningkatan manajemen kesehatan belum teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko cukup meningkat - Menerapkan program pengobatan sedang - Verbalisasi kesulitan dalam menjalani perawatan/pengobatan sedang <p>P : Intervensi lanjut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tujuan-tujuan yang akan di capai - Prioritaskan aktivitas yang dapat membantu pencapaian tujuan - Fasilitasi pemenuhan kebutuhan kesehatan - Libatkan keluarga dalam membimbing pemenuhan kebutuhan kesehatan 	
<p>Jumat, 10 Juni 2022 21.00 WITA</p>	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul, skala nyeri 1 (nyeri ringan) - Pasien mengatakan biasanya sakit kepala dan pusing ketika tiba-tiba dari posisi tidur ke posisi duduk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sadar penuh - GCS 15 (compos mentis) - Wajah tampak tidak simetris terutama area bibir - Bibir pasien tampak miring kiri - Terdengar bicara pasien pelo, pelafalan kata mulai jelas - TTV : TD : 154/99 mmHg N : 101x/menit 	Vindy

	II	<p>P : 20x/menit S : 36.3°C</p> <p>A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebrala tidak efektif teratasi sebagian dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sakit kepala cukup menurun skala nyeri 1 (nyeri ringan) - Nilai tekanan darah sedang 154/99 mmHg - Tingkat kesadaran meningkat GCS 15 (compos mentis) <p>P : Intervensi lanjut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat orientasi - Monitor TTV - Monitor kesimetrian wajah - Monitor keluhan sakit kepala - Hindari aktifitas yang dapat menyebabkan TIK - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan terasa lemah - Pasien mengatakan sudah tidak terlalu sulit dalam menggerakkan ekstremitas kiri bawah dan atas - Pasien mengatakan tidak merasa kaku dan kebas pada ekstremitas - Pasien mengatakan tidak ada keluhan tambahan - Pasien mengatakan mulai terbiasa melakukan pergerakan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADL pasien tampak dipantau dan dibantu keluarga/perawat - Pasien tampak mulai dapat melakukan aktivitas mandiri 	
--	----	--	--

		<p>seperti makan dan personal hygiene (gosok gigi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak pasif esktremitas kiri bawah - Pasien tampak perlahan dapat melakukan ROM aktif pada ekstremitas kiri atas dengan bantuan ekstremitas kanan - Rentang gerak tampak mulai terjadi peningkatan - Pasien tampak mulai melakukan mobilisasi sederhana dengan duduk ditempat tidur dan berpindah dari tempat tidur ke kursi walaupun memerlukan bantuan dan pemantauan dari keluarga/perawat - Kekuatan otot pasien tampak belum meningkat <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan esktremitas cukup meningkat - Kekuatan otot sedang - Rentang gerak (ROM cukup meningkat) <p>P : Intervensi lanjut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Berikan latihan gerak aktif dan pasif - Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari - Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan 	
--	--	--	--

	III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan menahan keinginan untuk minum kopi, konsumsi daging dan makanan berlemak - Pasien mengatakan telah mengkonsumsi makanan rebus yang dibawa keluarganya - Pasien mengatakan merasa mulai terbiasa untuk mengkonsumsi makanan rebus dan tidak berbumbu - Pasien mengatakan merasa mengalami peningkatan karena selama di rawat di RS pasien tidak mengkonsumsi kopi, daging dan makanan berlemak - Pasien mengatakan akan melakukan dan mempraktekkan posisi elevasi kepala 30⁰ saat pasien berbaring dna beristirahat <p>Kelua</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan mengerti terkait penejelasan elevasi kepala 30⁰ - Keluarga pasien mengatakan ingin meningkatkan pengetahuan terkait penanganan dan perawatan pasien stroke <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga tampak antusias dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan - Keluarga tampak kooperatif dalam pemberian asuhan keperawatan - Keluarga tampak sering bertanya-tanya 	
--	-----	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak telah melakukan ROM aktif dan pasif - Pasien tampak telah melakukan terapi AIUEO - Pasien tampak telah melakukan mobilisasi berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi dengan bantuan - Pasien tampak telah menerapkan posisi elevasi kepala 30⁰ - Tampak telah menerapkan program pengobatan - Pasien tampak telah melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko keparahan penyakit <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan kesiapan peningkatan manajemen kesehatan teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko cukup meningkat - Menerapkan program pengobatan cukup meningkat - Verbalisasi kesulitan dalam menjalani perawatan/pengobatan cukup menurun <p>P : Intervensi stop</p>	
Sabtu, 11 Juni 2022 21.00 WITA	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing - Pasien mengatakan sudah tidak merasa sakit kepala <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran pasien penuh - GCS 15 (compos mentis) - Tidak tampak adanya pemenuhan kesadaran 	Vindy

	II	<ul style="list-style-type: none"> - Bibir pasien tampak miring kiri - Wajah pasien tampak tidak simetris - Bicara pelo berkurang, pelafalan kata mulai jelas, - Tekanan darah tampak menurun - TTV : TD : 140/89 mmHg N : 89x/menit P : 20x/menit S : 36°C <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sakit kepala membaik skala nyeri 0 (tidak nyeri) - Nilai tekanan darah cukup membaik (140/89 mmHg) - Tingkat kesadaran membaik GCS 15 (compos mentis) <p>P : Intervensi Stop</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Monitor keluhan sakit kepala 3. Monitor TTV 4. Lakukan pemberian obat 5. Lakukan pemantauan neurologis/orientasi <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan lemah - Pasien mengatakan mulai dapat berdiri walaupun masih memerlukan bantuan - Keluarga mengatakan ADL pasien dibantu dan dipantau keluarga/perawat - Pasien mengatakan masih lemah pada sisi tubuh sebelah kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak belum dapat/belum mampu menggerakkan ekstremitas kiri sepenuhnya 	
--	----	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mampu duduk ditempat tidur walaupun kaki pasien sulit untuk mendorong tubuh ke atas - Pasien tampak mampu melakukan ROM aktif pada ekstremitas kiri atas dengan bantuan ekstremitas kanan atas - Pasien tampak mobilisasi dengan berdiri disamping tempat tidur - Tubuh pasien tampak tidak seimbang dan tegak saat berdiri - Ekstremitas kiri bawah tampak belum dapat menahan tubuh terlalu lama - Rentang gerak tampak meningkat - Pergerakan esktremitas mulai meningkat - Kekuatan otot tampak belum meningkat <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;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> <p>A :</p> <p>Maslaah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dnegan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas cukup meningkat - Kekuatan otot sedang - Rentang gerak (ROM) cukup meningkat <p>P : Intervensi lanjut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan - Fasilitasi lakukan pergerakan - Berikan latihan gerak aktif dan pasif - Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari 	5	4	5	3	
5	4						
5	3						

		- Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
--	--	--	--

DAFTAR OBAT

1. Clopidogrel 75x1 / oral
 - a. Klasifikasi/golongan obat
antiplatelet/ obat sesuai resep
 - b. Dosis umum : dosis awal 300 mg / hari, dosis setelah pasien stabil 75 mg/hari
 - c. Dosis untuk pasien : 75 mg/ hari
 - d. Cara pemberian obat : oral
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : clopidogrel adalah obat golongan antiplatelet yang bekerja dengan cara mencegah trombositis atau sel keping darah saling menempel dan membentuk gumpalan darah. Obat ini umumnya digunakan untuk mencegah stroke atau serangan jantung.
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : diberikan untuk menghambat pembentukan thrombus (penggumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah arteri dan vena).
 - g. Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap clopidogrel, pada pasien yang memiliki perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intracranial
 - h. Efek samping obat : peningkatan resiko perdarahan, muntah darah, BAB darah, merasa sangat lelah

2. Aspilet 80 mgx1/ oral
 - a. Klasifikasi / golongan obat : obat yang termasuk dalam golongan antikoagulan/obat keras
 - b. Dosis umum : 50 – 325 mg / hari
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 80 mg/hari
 - d. Cara pemberian obat : Oral
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Aspilet bekerja dengan cara menghambat pembentukan thrombus pada sirkulasi arteri. Obat ini juga bekerja dengan menghambat agregasi trombosit serta menghambat kerja prostaglandin.
 - f. Alasan pemberian obat : mengencerkan darah dan mencegah penggumpalan darah dipembuluh darah dan mencegah terjadinya tromboemboli.
 - g. Kontraindikasi : hypersensitive terhadap aspirin atau NSAID lainnya. Ulkus peptikum, gangguan koagulasi (hemofilia, trombositopenia) asam urat, gangguan hati atau ginjal. Anak-anak <16 tahun dan pulih dari infeksi virus. Kehamilan (dosis <100mg setiap hari selama trimester-3) dan menyusui. Penggunaan dengan NSAID lain dan metotreksat
 - h. Efek samping : feses berwarna gelap, urine berwarna gelap atau berdarah, urine kurang, sakit dada, sakit kepala, mual dan muntah, ruam kulit, mudah merasa haus

3. Citicoline 500mg / 12 jam/ IV
 - a. Klasifikasi / golongan obat : obat keras
 - b. Dosis umum : 500mg-1000mg/hari
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg
 - d. Cara pemberian obat : injeksi
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : citicoline bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak yang berperan penting untuk melindungi fungsi otak
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : digunakan untuk mempercepat masa pemulihan akibat stroke dan melindungi sel membrane dan mencegah luas infark
 - g. Kontraindikasi : tidak dianjurkan untuk orang yang alergi terhadap obat ini, tidak dianjurkan untuk anak dibawah 13 tahun
 - h. Efek samping : mual muntah, sakit kepala, penglihatan kabur, dan diare, konstipasi, nyeri dada

4. Ranitidine 50 mg / 12 jam / IV
 - a. Klasifikasi / golongan obat : antagonis reseptor histamine H₂
 - b. Dosis umum : 50 mg
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 50 mg
 - d. Cara pemberian obat : injeksi
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : cara kerjanya dengan menurunkan kandungan asam yang dihasilkan oleh perut. Obat ini dapat digunakan untuk menurunkan asam lambung berlebihan
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk meminimalisir efek samping obat stroke yang diberikan
 - g. Kontraindikasi : bila terdapat hipersensitivitas terhadap ranitidine, pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan liver
 - h. Efek samping : diare, nyeri perut, serta efek samping musculoskeletal berupa atralgia dan myalgia

5. Ondansentron 4 mg / 12 jam / IV
 - a. Klasifikasi/golongan obat : obat antiemetic, golongan antagonis reseptor serotonin
 - b. Dosis umum :8 mg
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 4mg
 - d. Cara pemberian obat : injeksi
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : ondansentron bekerja dengan cara memblokir efek serotonin dengan begitu mual dan muntah pada kondisi tersebut dapat dicegah. Fungsi obat digunakan untuk mencegah serta mengobati mual muntah.
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk meminimalisirkan efek samping obat lain yang diberikan
 - g. Kontraindikasi : jika ada alergi obat, penyakit ginjal atau liver, dan hipersensitivitas terhadap ondansentron
 - h. Efek samping : sakit kepala, konstipasi, rasa mengigil, mengantuk

6. Amlodipine 5 mg x 1 / oral
 - a. Klasifikasi / golongan obat : golongan obat *calcium-channel blockers* atau antagonis kalsium.
 - b. Dosis umum :5-10 mg/hari
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 mg / hari
 - d. Cara pemberian obat : oral
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat ini bekerja dengan cara membantu melemaskan otot pembuluh darah, dengan begitu dapat mengalir dengan lebih lancar, dan tekanan darah dapat menurun. Amlodipine digunakan untuk obat antihipertensi
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk menurunkan tekanan darah
 - g. Kontraindikasi :alergi terhadap amlodipine, penderita penyakit ginjal dan liver, tekanan darah rendah
 - h. Efek samping : kantuk, perut terasa mual, lelah yang tidak biasa, bengkak pada kaki

7. Miniaspi 80 mg/oral
- a) Klasifikasi / golongan obat : obat yang termasuk dalam golongan antikoagulan/obat keras
 - b) Dosis umum : 80-160 mg / hari
 - c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 80 mg/hari
 - d) Cara pemberian obat : Oral
 - e) Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat agrgasi trombosit sehingga menghambat pembentukan thrombus (penggumpalan darah pada dinding pembuluh darah). Dengan menghambat aktivitas enzim cyclo-oxygenase I dan II (COX 1 dan COX 2) yang selanjutnya menghambat tromboksan yaitu zat yang merangsang agregasi trombosit.
 - f) Alasan pemberian pada pasien : mencegah pembekuan darah pada pembuluh darah (thrombus), dan pengobatan pasca serangan stroke.
 - g) Kontraindikasi : riwayat hipersesitif komposisi obat, riwayat asma, tukak lambung, perdarahan dibawah kulit, riwayat pembekuan darah, kehamilan trimester-3
 - h) Efek samping : mual, muntah, iritasi saluran pencernaan, nyeri lambung, penurunan trombosit

8. Dulcolax 2 tab/supositorial
 - a. Klasifikasi / golongan obat : laksatif
 - b. Dosis umum : 5-10 mg/hari
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg
 - d. Cara pemberian obat : supositorial
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : bekerja dengan merangsang pergerakan usus besar dan membantu jalan keluarnya feses
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien : pasien mengalami konstipasi akibat tirah baring
 - g. Kontraindikasi : tidak digunakan pada pasien ileus, obstruksi usus, pasca pembedahan dibagian perut (app, radang usus akut), dehidrasi parah dan hipersesitive bisacodyl.
 - h. Efek samping : kram perut, sakit perut, dan diare

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan ASKEP

Pada bab ini, secara singkat penulis menguraikan tentang kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yang ditemui pada pasien Tn. D.C di Bernadeth 3 Rumah Sakit Umum Stella Maris Makassar pada tanggal 08 – 11 Juni 2022 dengan melakukan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Dari pengkajian yang dilakukan penulis pada Tn. D.C, didapatkan data yaitu keluarga pasien mengatakan pasien dibawa ke RS pada tanggal 07 Juni 2022 pukul 15.00 WITA dengan penurunan kesadaran, tidak nyambung ketika diajak bicara, dan lemah pada sisi tubuh sebelah kiri. Saat pengkajian pada tanggal 08 Juni 2022 ditemukan pasien mengatakan kepala terasa pusing disertai sakit kepala sebelah kiri, hilang timbul, badan lemah pada sisi tubuh sebelah kiri, terasa baal/kebas dan ekstremitas kiri bawah sulit digerakkan.

Hasil observasi pasien tampak sadar penuh, GCS 15, wajah tidak simetris, bibir miring kearah kanan, bicara pelo tetapi dapat dimengerti, lemah esktremitas kiri, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, eskremitas kiri pasif, tidak dapat duduk sendiri ditempat tidur sehingga membutuhkan bantuan, ADL pasien tampak dibantu keluarga dan perawat. Pemeriksaan fisik didapatkan nilai kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5, ekstremitas kiri atas 4 dan ekstremitas kiri bawah 3, observasi tanda vital TD: 178/112 mmHg, N: 80 kali/menit, S:

36,3°C, P: 20 kali/menit, MAP: 134 mmHg (perfusi darah keginjal tidak memadai), terpasang IVFD RL 500 cc 20tpm dan hasil pemeriksaan CT-Scan didapatkan infark cerebri bilateral, kiri lebih luas metastasis bilateral dan pemeriksaan laboratorium LDL-Cholestrol meningkat 147 mg/dL.

Saat pengkajian ditemukan bahwa pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit keturunan hipertensi, suka mengonsumsi makanan berlemak, daging dan banyak mengandung penyedap rasa seperti (coto dan bakso), tidak menyukai makanan yang direbus, tidak pernah berolahraga, ketika sakit tidak pernah memeriksakan diri di fasilitas pelayanan kesehatan, dan keluarga pasien mengatakan setiap hari pasien mengonsumsi kopi *sachet*. Pada tinjauan pustaka didapatkan bahwa penyebab NHS, yaitu usia, jenis kelamin, kebiasaan merokok, penyakit jantung, diabetes mellitus, hipertensi dan hiperkolesterol (Cahyani et al., 2020). Berdasarkan kasus dan tinjauan pustaka ditemukan, faktor risiko yang menyebabkan Tn. D.C mengalami NHS yaitu jenis kelamin, riwayat penyakit keturunan hipertensi, dan kebiasaan pola makan (hiperkolesterol), sedangkan faktor risiko penyebab NHS yang ditemukan pada pasien, tetapi tidak ada dalam tinjauan pustaka yaitu kebiasaan minum kopi dan tidak berolahraga.

Ketidaktifan fisik merupakan faktor risiko terjadinya serangan stroke, yang ditandai dengan penumpukan substansi lemak, kolesterol, kalsium dan unsur lain yang pada pembuluh darah akibat kurang bergerak dan disertai pola makan yang tidak sehat, sehingga berisiko untuk tersumbat yang menyebabkan penurunan aliran darah ke otak maupun jantung. Pada kasus ditemukan bahwa pasien mengatakan tidak pernah berolahraga, tetapi pasien memiliki aktivitas fisik yaitu bekerja sebagai satpam dan aktivitas yang dilakukan sehari-hari yaitu melakukan ronda

saat bekerja. Menurut Wicaksana, Wati, & Muhartomo (2017) dalam Widyaswara Suwaryo et al (2019) menyatakan bahwa pada dasarnya aktivitas apapun yang dilakukan dapat terjadi kecepatan dan detak jantung serta pernafasan meningkat, tubuh akan menghasilkan senyawa beta endorphin. Hormon *endorphin* juga akan membuat tekanan darah menjadi stabil, dan akan menurunkan risiko terjadinya stroke. Menurut Guyton A (2012) dalam (Ekawati et al., 2021) aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur akan meningkatkan kerja dan fungsi jantung karena terjadi perubahan dalam sistem sirkulasi dan pernapasan yang berlangsung bersamaan sebagai bagian dari respon homeostatik sehingga terjadi peningkatan curah jantung kemudian dapat terjadi peningkatan tekanan darah yang akan menyebabkan pecahnya plak thrombus sehingga mencegah terjadinya stroke.

Secara umum, hubungan konsumsi kopi dan kejadian stroke masih menjadi kontroversial. Dimana diketahui kandungan kompleks zat-zat aktif dalam kopi memiliki efek menguntungkan dan juga berbahaya terhadap kesehatan pembuluh darah jika dikonsumsi berlebihan. Penelitian menggunakan *systematic review* yang dilakukan oleh (Gunawan et al., 2021) menunjukkan bahwa konsumsi kopi menguntungkan dan tidak menunjukkan adanya hubungan konsumsi kopi risiko kejadian stroke dikarenakan senyawa fenol dalam kopi dapat berfungsi sebagai antioksidan dan dapat menghambat modifikasi oksidatif lipoprotein densitas rendah kolesterol, sehingga mengurangi proses aterosklerosis.

Berdasarkan pengkajian yang ditemukan, pasien mengatakan setiap sore mengkonsumsi kopi, kebiasaan minum kopi sejak masih usia sekitar 20 tahun dan memiliki riwayat penyakit keturunan hipertensi. Hubungan kebiasaan konsumsi

kopi dan kejadian stroke tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, tetapi kebiasaan konsumsi kopi berkafein dalam jumlah tinggi memiliki efek yang signifikan meskipun tidak banyak terhadap risiko kejadian stroke Gunawan et al (2021). Hal ini dikarenakan, jumlah dosis dan asupan berkafein berlebih yang dikonsumsi setiap hari dalam jumlah tinggi memiliki terhadap otak.

Kafein tidak akan memperlambat aktivitas sel saraf otak, tetapi mengikat reseptor hormone adenosin di otak. Kafein menghalangi adenosin untuk berfungsi sehingga dampaknya aktivitas otak meningkat dan melepaskan hormon adrenalin atau epinefrin. Hormon tersebut membuat seseorang tidak mengantuk dan memiliki energi ekstra, namun disisi lain akan menaikkan detak jantung dan meninggikan tekanan darah. Pada dosis tinggi, adrenalin mempunyai efek simpatomimetik yaitu dengan kontraksi darah pembuluh, sehingga tahanan perifer akan naik dan menyebabkan tekanan sistolik maupun tekanan diastolik akan naik juga, sehingga hal ini tidak baik pada penderita jantung, hipertensi dan kardiovaskuler lainnya. Kenaikan tekanan sistolik maupun tekanan diastolik yang tidak terkendali, dapat dihubungkan dengan faktor risiko lain terjadinya stroke (Soetardi, 2021; Widyaswara Suwaryo et al., 2019).

Manifestasi klinik *non hemoragik stroke* adalah kelemahan anggota gerak, kebas/baal pada ekstremitas, wajah tidak simetris, gangguan bicara, afasia, diplopia, pandangan kabur, pusing atau vertigo serta dapat terjadi penurunan kesadaran (Pinzon & Asanti, 2012). Namun, berdasarkan manifestasi klinis pada tinjauan pustaka dan kasus, tidak semua ditemukan pada pasien seperti afasia, diplopia dan pandangan kabur.

Diplopia merupakan kondisi klinis berupa pandangan ganda yang disebabkan karena penurunan fungsi motorik pada bola mata (David, 2020). Pandangan kabur dan diplopia tidak ditemukan pada pasien karena berdasarkan anatomi fisiologi, kerusakan yang terjadi pada pembuluh darah vertebrobasilaris yang membawa aliran darah posterior dibagian leher. Pembuluh darah vertebrobasilaris memperdarahi bagian otak belakang dari batang otak, cerebellum sampai pada bagian oksipital yang berperan penting terhadap fungsi penglihatan yang dapat menyebabkan gangguan sehingga penglihatan menjadi kabur dan tidak fokus (penglihatan ganda atau diplopia) (H. M. Siregar, 2021; Soetmadji et al., 2019).

Afasia merupakan suatu tanda gejala klinis kehilangan atau gangguan interpretasi dan formulasi simbol bahasa dengan pasien menunjukkan gangguan bicara spontan, pemahaman, menamai, repitisi (mengulang), membaca dan menulis (H. Siregar, 2019). Keadaan afasia tidak terjadi pada pasien, disebabkan karena kerusakan yang terjadi pada hemisfer kiri otak yang diperdarahi oleh arteri serebri media, tidak terjadi penyumbatan dan kerusakan pada hemisfer kiri dominan bahasa, sehingga tidak menimbulkan gejala berupa afasia (Fauzi et al., 2019; Khotimah et al., 2022).

Dari hasil pengkajian, penulis menemukan adanya satu kesenjangan manifestasi klinis yang terjadi pada pasien yaitu pada pemeriksaan CT-Scan ditemukan adanya infark cerebri bilateral, kiri lebih luas metastasis bilateral. Tetapi berdasarkan tinjauan pustaka, infark pada hemisfer kedua otak dapat menyebabkan paralisis dengan terjadinya kelemahan sisi tubuh yang berlawanan (Khotimah et al., 2022). Pada pasien, kelemahan anggota gerak terjadi pada daerah sejajar dengan infark pada otak.

Infark bilateral atau penyumbatan bilateral merupakan sumbatan hemisfer kiri maupun kanan otak (kedua bagian otak), sehingga dapat memunculkan manifestasi *paralisis/parase* kedua ekstremitas atau pada kedua sisi berlawanan kiri dan kanan tubuh meskipun hasil pemeriksaan menunjukkan metastasis bilateral kiri lebih luas. Selain itu kelemahan atau manifestasi yang timbul dapat juga ditentukan berdasarkan lokasi dan besarnya infark. Pada bagian infark tertentu akan memberikan kelemahan pada seluruh tubuh atau sisi tubuh bahkan penurunan kesadaran (Amila et al., 2021; Farhan, 2018).

2. **Diagnosis Keperawatan**

Pada kasus Tn. D.C penulis mendapatkan 3 diagnosis keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu:

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)

Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data pada pasien yaitu: keadaan umum lemah, mengeluh pusing, kadang disertai sakit kepala, tekanan darah meningkat 178/112 mmHg, MAP 134 mmHg (perfusi darah kejinjal tidak memadai), riwayat hipertensi dari keluarga, wajah tidak simetris terutama di area bibir miring ke kiri, bicara pelo, bibir berwarna hitam, kerusakan NV motorik, NVII *fascialis* sensorik, dan NVIII *Trigeminus*, pemeriksaan CT-Scan kepala: infark serebral bilateral, kiri lebih luas dan pemeriksaan laboratorium LDL-cholesterol 147 (+) mg/dL.

b. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan data pada pasien yaitu: lemah tubuh terutama sisi tubuh sebelah kiri, terjadi parase ekstremitas kiri, rentang gerak menurun, rentang gerak pasif ekstremitas kiri, kekuatan otot menurun, nilai kekuatan otot (ekstremitas kiri atas 4, kiri bawah 3), mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas kiri, kebas/baal ekstremitas kiri bawah, belum dapat berdiri, duduk dengan bantuan, postur tubuh tidak seimbang, level stroke 3 (mampu duduk dengan bantuan, tidak dapat menjaga keseimbangan ketika tahanan diberikan) dan ADL dibantu perawat/keluarga.

- c. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan d.d mengekspresikan keinginan untuk mengolah masalah kesehatan dan pencegahannya, pilihan hidup sehari-hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan (D.0112)

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan data pada pasien yaitu mengekspresikan keinginan mengelola masalah kesehatan, pemilihan hidup untuk menentukan tujuan, mengikuti program pengobatan di RS, bersikap kolaboratif dalam pemenuhan asuhan keperawatan dengan memulai konsumsi makanan rebus, kurang penyedap rasa, tidak mengandung lemak dan daging, menahan keinginan untuk mengkonsumsi kopi, bersedia mengikuti pendidikan kesehatan, bersikap antusias dalam perawatan yang diberikan dan motivasi mengubah pola makan dan kebiasaan-kebiasaan buruk.

Diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka yang tidak diangkat penulis pada kasus adalah:

- f. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular (D.0001)

Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada kasus tidak ditemukan data bahwa pasien batuk dan memiliki sputum, tidak mampu batuk efektif, dan tidak terdapat adanya suara napas tambahan. Risiko peningkatan produksi sputum dapat terjadi ketika penderita mengalami kerusakan pada nervus IX *glossopharyngeus*, X *vagus* dan XII *accessorius*, sehingga tidak dapat menelan/makanan, menumpuk dalam rongga mulut dan perawatan tirah baring yang lama menyebabkan peningkatan produksi sputum dan akumulasi sekret yang berlebihan sehingga dapat terjadi masalah pada jalan napas dan terjadi aspirasi.

- g. Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut (D.0063)

Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada kasus tidak ditemukan data bahwa pasien memiliki kesulitan menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan dan minum, tersedak dan makanan tertinggal dalam rongga mulut serta kerusakan pada nervus IX, X. Selain itu juga, walaupun dalam pengkajian ditemukan pasien tidak dapat mengigit makanan keras, tetapi kemampuan menelan baik, tidak adanya hambatan/gangguan dalam menelan makanan.

- h. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119)

Alasan penulis tidak tidak mengangkat diagnosis ini karena pada tinjauan kasus hanya ditemukan data bahwa pasien bicara pelo, pelafalan kata kurang jelas tetapi dapat

dimengerti dan pasien masih bisa bicara, mendengar, tidak menunjukkan adanya keterlambatan/ketiadaan respon terhadap sesuatu, dan mampu menerima serta memproses informasi, sehingga berdasarkan pengambilan diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI, tidak memenuhi syarat dalam menegakkan diagnosis.

3. Perencanaan keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. perencanaan dilakukan meliputi observatif, tindakan terapeutik/mandiri perawat, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosis perawat memfokuskan intervensi sesuai dengan kondisi pasien.

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017).
Pada diagnosis pertama ini, penulis menyusun intervensi yaitu: monitor tingkat kesadaran (mis. menggunakan gcs), monitor tingkat orientasi, monitor ingatan terakhir (rentan perhatian, memori masa lalu, perilaku), monitor tanda-tanda vital, monitor kekuatan pegangan, monitor kesimetrisan wajah, monitor keluhan sakit kepala, monitor karakteristik bicara (kelancaran, kehadiran afasia, atau kesulitan mencari kata), monitor respon terhadap pengobatan, hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial, dokumentasikan hasil pemantauan, berikan posisi elevasi kepala 30°, berikan terapi aiueo, kolaborasi pemberian obat

Pada diagnosis ini, penulis juga menambahkan intervensi pemberian posisi elevasi kepala 30° dan terapi AIUEO diluar dari intervensi yang tercantum dalam Standar

Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Pemberian intervensi elevasi kepala 30⁰ pada pasien bertujuan untuk mempertahankan tingkat kesadaran karena sesuai dengan posisi anatomis dari tubuh manusia yang kemudian mempengaruhi dan mempertahankan hemodinamik pasien seperti tanda vital dan tekanan intrakranial dalam batas normal. Selain itu, posisi ini efektif memenuhi kebutuhan oksigenasi otak sehingga mencegah terjadi hipoksia otak, mengurangi nyeri kepala sehingga meningkatkan kenyamanan. (Kusuma & Anggraeni, 2019a ; Minhas et al., 2019).

Pemberian terapi AIUEO diberikan karena pasien mengalami disatria atau kesulitan bicara (bicara pelo), pelafalan kata kurang jelas, bibir miring ke arah kanan. Untuk menunjang intervensi monitor kesimetrisan wajah dan menilai karakteristik bicara, penulis menambahkan intervensi ini dengan tujuan pemberian terapi dapat meningkatkan dan memperbaiki pelafalan kata sehingga dapat dimengerti oleh orang lain. Pemberian terapi dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata-kata (Djabar et al., 2020).

- b. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)

Pada diagnosis ini penulis menyusun intervensi yaitu: identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur),

fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), monitor komplikasi tirah baring (misal kehilangan massa otot, sakit punggung, stres, depresi, sulit buang air kecil, perubahan irama tidur, konstipasi), posisikan senyaman mungkin, pertahankan sprei tetap kering, bersih dan tidak kusut, berikan latihan gerak aktif atau pasif (rom), fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- c. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan d.d mengekspresikan keinginan untuk mengolah masalah kesehatan dan pencegahannya, pilihan hidup sehari-hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan (D.0112)

Pada diagnosis ini penulis menyusun intervensi yaitu: identifikasi masalah kesehatan individu dan keluarga, fasilitasi pemenuhan kebutuhan kesehatan, libatkan kolega/teman untuk membimbing pemebuhan kebutuhan kesehatan, identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan menerima media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, identifikasi tujuan-tujuan yang akan dicapai, prioritaskan aktivitas yang dapat membantu pencapaian tujuan, tetapkan batas waktu yang realistis, nyatakan tujuan dengan kalimat positif dan jelas, dan anjurkan mengidentifikasi kekuatan dan kemampuan sendiri

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. D.C, penulis melakukan beberapa implementasi keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Pemberian fokus implementasi pada pasien yaitu posisi elevasi kepala 30⁰, terapi AIUEO dan latihan *range of motion* (ROM).

Pemberian posisi elevasi kepala 30⁰ dilakukan untuk meningkatkan menjaga hemodinamika tetap stabil, mencegah peningkatan tekanan intrakrania, memenuhi kebutuhan oksigenasi di otak sehingga menghindari terjadinya hipoksia otak, mengurangi nyeri dan pusing, sehingga meningkatkan rasa nyaman pada pasien. Implementasi elevasi kepala 30⁰ mulai pada hari kedua implementasi sesudah dilakukannya pendidikan kesehatan (pendkes). Tindakan ini diberikan karena pasien mengeluh adanya pusing dan nyeri kepala yang dirasakan serta tekanan darah meningkat.

Selain itu perawat juga memberikan memberikan latihan mobilisasi dini berupa ROM yang merupakan salah satu tindakan rehabilitasi untuk meminimalkan kecacatan yang ditimbulkan paska serangan stroke. Mobilisasi dini pada pasien dengan NHS dapat dilakukan pada 24 jam pasca serangan NHS dengan tidak adanya perburukan dari status neurologi yang terjadi. Manfaat mobilisasi dini berhubungan dengan perbaikan keseimbangan dan kemampuan fungsional dengan tetap memperhatikan monitoring pemeriksaan tanda vital dan neurologis yang detail. Mobilisasi dini diberikan dengan tujuan adanya hubungan peningkatan beberapa protein pada level molekular yang berperan dalam neuroplastisitas, seperti penurunan caspase-3, peningkatan ekspresi Bcl-2, Brainderived Neurotropic Factor (BDNF), MidKine (MK), anti-platelet endothelial cell (PECAM1)

yang berperan dalam menghambat apoptosis dari sel saraf dan meningkatkan kekuatan transmisi sinaptik saraf yang selanjutnya dapat meningkatkan kemampuan gerak dan fungsional (Rahayu et al, 2017, 2019).

Pelaksanaan latihan ROM pasien dengan stroke akibat trombosis dan emboli jika tidak ada komplikasi lain dapat dimulai setelah 2 sampai 3 hari setelah serangan tetapi ketika pasien tampak lelah, mengalami penurunan kesadaran mendadak, dan ada peningkatan yang menonjol dalam tanda-tanda vital sehingga membuat kondisi memburuk maka harus segera dihentikan (Syahrin et al., 2019). Pergerakan pada ekstremitas akan menghasilkan peningkatan aliran darah bagian sisi yang berlawanan pada motor korteks dan somatosensoris. Proses tersebut didasari oleh adanya perubahan aktivitas astrocyte yang meningkatkan nitric oxide sehingga aktivitas ROM dapat membantu memperbaiki haemodinamik serebral. Tindakan elevasi dan ROM tujuannya untuk memperbaiki hemodinamik serebral yang pada akhirnya meningkatkan hasil perawatan pasien stroke. Pemberian posisi kepala 30° disertai dengan PROM merupakan kombinasi tindakan yang berfungsi memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dan kemampuan motorik, sehingga penyembuhan pada pasien stroke akan menjadi lebih cepat (Kusuma & Anggraeni, 2021).

Latihan ini dilakukan secara aktif dan pasif pada ekstremitas kiri dan bawah pasien. Pemberian ROM secara pasif awalnya dilakukan pada hari pertama untuk memberikan pengetahuan dan meningkatkan motivasi pasien dalam melakukan latihan rentang gerak. Selanjutnya, perawat mengajarkan dan memotivasi pasien untuk melakukan ROM aktif pada ekstremitas kanan dan ekstremitas kiri atas dengan bantuan ekstremitas kanan. Ekstremitas kiri bawah tetap

dilakukan ROM pasif karena pasien mengeluh tidak bisa melakukan ROM aktif pada ekstremitas kiri bawah.

Terapi AIUEO juga dilakukan perawat untuk melatih kemampuan otot wajah dan memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain. Pemberian terapi ini dilakukan mulai dari hari pertama implementasi sampai hari ketiga dengan menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata AIUEO secara perlahan, dimana perawat mengawali terapi kemudian diikuti oleh pasien secara perlahan. Pemberian terapi ini dilakukan ketika pasien mempunyai waktu luang dan sedang tidak beristirahat/tidur.

Selama dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penulis tidak menemukan hambatan karena penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan juga didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 09 - 11 Juni 2022 pada pasien Tn. D.C tahun merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini, dilakukan selama 3x14 jam:

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)

Pada hari ketiga implementasi, diagnosis keperawatan ini sudah teratasi, karena telah mencapai hasil yang diharapkan penulis yaitu sakit kepala membaik, tekanan darah cukup membaik, dan tingkat kesadaran membaik dengan data yang didapatkan dari pasien:

Data subjektif: pasien mengatakan tidak merasa pusing, tidak merasa sakit kepala, merasa mulai membaik.

Data objektif: kesadaran pasien penuh, GCS 15 (compos

mentis), tidak terjadi penurunan kesadaran, bibir pasien tampak tidak simetris, tampak wajah pasien tidak simetris, tampak senyum pasien tidak simetris, bicara pelo berkurang, pelafalan kata meningkat dan semakin jelas, TTV: TD 146/99 mmHg, N: 89x/menit, P: 20x/menit, S: 36°C.

- b. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)

Sampai pada hari ketiga implementasi, diagnosis ini belum teratasi, dengan hasil pergerakan ekstremitas cukup meningkat, rentang gerak (ROM) cukup meningkat, kekuatan otot sedang dengan data yang didapatkan dari pasien

Data subjektif: pasien mengatakan badan lemah pada sisi tubuh sebelah kiri, mulai dapat berdiri walaupun masih memerlukan bantuan, dan keluarga mengatakan ADL pasien dibantu dan dipantau keluarga/perawat.

Data objektif: pasien tampak belum dapat/belum mampu menggerakkan ekstremitas kiri sepenuhnya, tampak mampu duduk ditempat tidur walaupun kaki pasien sulit untuk mendorong tubuh ke atas, pasien tampak melakukan ROM aktif pada ekstremitas kiri atas dengan bantuan ekstremitas kanan atas, mobilisasi dengan berdiri disamping tempat tidur, berdiri belum tegak dan seimbang, ekstremitas kiri bawah belum dapat menahan tubuh terlalu lama, rentang gerak cukup meningkat, pergerakan ekstremitas mulai meningkat dan kekuatan otot belum meningkat.

- c. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan d.d mengekspresikan keinginan untuk mengolah masalah kesehatan dan pencegahannya, pilihan hidup sehari-hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan (D.0112)

Pada hari kedua implementasi, diagnosis keperawatan ini sudah teratasi, karena telah mencapai hasil yang diharapkan penulis yaitu melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko cukup meningkat, menerapkan program pengobatan cukup meningkat, verbalisasi kesulitan dalam menjalani perawatan/pengobatan cukup menurun dengan data yang didapatkan pada pasien:

Data subjektif: pasien mengatakan ingin keadaan membaik, akan menahan keinginan untuk minum kopi, konsumsi daging dan makanan berlemak, pasien mengatakan telah mengkonsumsi makanan rebus yang dibawa keluarganya, merasa mulai terbiasa untuk mengkonsumsi makanan rebus dan tidak berbumbu, merasa mengalami peningkatan karena selama di rawat di RS pasien tidak mengkonsumsi kopi, daging dan makanan berlemak, akan melakukan dan mempraktekkan posisi elevasi kepala 30° saat pasien berbaring, keluarga pasien mengatakan mengerti terkait penjelasan elevasi kepala 30° , keluarga pasien mengatakan ingin meningkatkan pengetahuan terkait penanganan dan perawatan pasien stroke

Data objektif: pasien dan keluarga tampak antusias dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan, kooperatif dalam pemberian asuhan keperawatan, keluarga sering bertanya-tanya, pasien telah melakukan ROM aktif dan pasif, pasien telah melakukan terapi AIUEO, pasien telah

melakukan mobilisasi berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi dengan bantuan, pasien telah menerapkan posisi elevasi kepala 30° , telah menerapkan program pengobatan, telah melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko keparahan penyakit

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul EBN

- a. Posisi elevasi Kepala 30°
 - 1) Pengaruh elevasi kepala 30° terhadap saturasi oksigen dan penurunan tekanan darah pada pasien stroke (Pertami et al., 2019).
 - 2) Kombinasi posisi kepala 30° dan *pasive range of motion* terhadap skor nihss pada pasien stroke (Kusuma & Anggraeni, 2021)
 - 3) Variabilitas tekanan darah dan hasil stroke iskemik dan hemoragik: studi observasi posisi kepala (Minhas et al., 2019).
 - 4) Pengaruh Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan (Kusuma & Anggraeni, 2019).
 - 5) Efektifitas Pemberian Posisi Kepala Elevasi Pada Pasien Hipertensi Emergensi (Anggraini & Chanif, 2020).
- b. Terapi AIUEO
 - 1) Terapi AIUEO terhadap kemampuan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke (Yunica et al., 2019)
 - 2) Penerapan terapi AIUEO pada pasien dengan stroke untuk meningkatkan kemampuan bicara: studi kasus (Djabar et al., 2020).

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi (D.0017)

3. Luaran yang diharapkan (SLKI)

Perfusi Serebral (L.02014)

- a. Sakit kepala cukup menurun
- b. Nilai tekanan darah cukup membaik
- c. Tingkat kesadaran cukup meningkat

4. Intervensi keperawatan (SIKI)

Observasi

- a. Monitor tingkat kesadaran (mis. menggunakan GCS)
- b. Monitor tanda-tanda vital
- c. Monitor keluhan sakit kepala

Terapeutik

- a. Hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial
- b. Dokumentasikan hasil pemantauan
- c. Berikan posisi elevasi kepala 30°
- d. Berikan terapi aiueo

Edukasi

- a. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian obat

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

- a. Posisi elevasi kepala 30°

- 1) Pengertian tindakan

Posisi elevasi kepala 30° ini merupakan cara memposisikan kepala seseorang lebih tinggi sekitar

30° dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk yang dapat dilakukan pada pasien. Posisi elevasi kepala dilakukan dengan posisi kepala lebih tinggi dari jantung. Pemberian posisi kepala tersebut akan memperlancar aliran darah ke otak serta meningkatkan aliran darah otak memposisikan kepala lebih tinggi akan meningkatkan aliran darah di otak dan oksigenasi jaringan serebral yang maksimal (Kusuma & Anggraeni, 2021). Pemberian elevasi kepala berdasarkan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK (Anggraini & Chanif, 2020). Posisi kepala ditinggikan berada diatas aksis vertikal jantung menyebabkan cairan cerebrospinal terdistribusikan kembali menuju keruang spinal subaraknoid dan memfasilitasi terjadinya aliran balik vena sehingga menurunkan *intracranial pressure* (ICP) (Pertami et al., 2019).

2) Tujuan/rasional EBN

Pemberian intervensi elevasi kepala 30° efektif untuk mempertahankan tingkat kesadaran karena sesuai dengan posisi anatomis dari tubuh manusia yang kemudian mempengaruhi dan mempertahankan hemodinamik pasien seperti tanda vital dan tekanan intrakranial dalam batas normal (Kusuma & Anggraeni, 2019; Minhas et al., 2019). Pemberian posisi ini juga bertujuan untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi otak agar metabolisme di otak tidak terganggu sehingga menurunkan nyeri kepala dan pusing (Pertami et al., 2019).

3) PICOT EBN

- a) Pengaruh Elevasi Kepala 30° Terhadap Saturasi Oksigen Dan Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Stroke (Pertami et al., 2019)
- b) Kombinasi Posisi Kepala 30° Dan *Passive Range Of Motion* Terhadap Skor Nihss Pada Pasien Stroke (Kusuma & Anggraeni, 2021).
- c) Variabilitas tekanan darah dan, hasil stroke iskemik dan hemoragik : studi observasi posisi kepala (Minhas et al., 2019).
- d) Pengaruh Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan (Kusuma & Anggraeni, 2019).
- e) Efektifitas Pemberian Posisi Kepala Elevasi Pada Pasien Hipertensi Emergensi (Anggraini & Chanif, 2020).

(1) *Problem*

Masalah yang dialami pasien ada tekanan darah meningkat, keluhan pusing dan sakit kepala hilang timbul

(2) *Intervention*

Prosedur kerja elevasi kepala 30° adalah sebagai berikut:

- a. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang
- b. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar
- c. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi

Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30° (Kusuma & Anggraeni, 2019)

(3) *Comparison*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Anggraini & Chanif, 2020; Kusuma & Anggraeni, 2019; Minhas et al., 2019) bahwa pemberian elevasi kepala efektif untuk mengurangi, dan mencegah peningkatan TIK sehingga hemodinamik tetap stabil, penurunan tekanan darah, dan dapat menurunkan nyeri kepala. Penelitian yang sama dilakukan oleh (Kusuma & Anggraeni, 2021; Pertamina et al., 2019), bahwa tindakan elevasi kepala 30° dan *passive range of motion* yang dilakukan pada pasien NHS efektif untuk memperbaiki hemodinamik serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dan kemampuan motorik.

Penelitian diatas memberikan dampak dan hasil sesuai dengan apa yang diharapkan perawat untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral sehingga tidak terjadi peningkatan TIK pada pasien, tidak terjadi penurunan kesadaran, tekanan darah menurun, mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan.

(4) *Outcome*

Setelah dilakukan intervensi elevasi kepala 30° kepada kepada Tn. D.C

didapatkan pemberian elevasi kepala efektif untuk meningkatkan menurunkan tekanan darah, mengurangi keluhan pusing dan sakit kepala. Dibuktikan dengan SLKI:

Perfusi serebral (L.02014)

- (a) Sakit kepala cukup menurun
- (b) Nilai tekanan darah cukup membaik
- (c) Tingkat kesadaran cukup meningkat

(5) *Time*

Intervensi elevasi kepala 30° dilakukan selama 2 hari setiap pasien tidur siang dan malam, serta setiap pasien berbaring ditempat tidur.

b. Terapi AIUEO

1) Pengertian tindakan

Terapi AIUEO adalah terapi yang menggunakan teknik mengajarkan pasien afasia/disatria untuk menggerakkan otot bicara melalui menggerakkan lidah bibir, otot wajah dan mengucapkan kata-kata dengan fonem bahasa A,I,U,E,O (Djabar et al., 2020). Metode yang digunakan dalam terapi AIUEO yaitu dengan metode imitasi, di mana setiap pergerakan organ bicara dan suara yang dihasilkan perawat diikuti oleh pasien (Pertami et al., 2019).

2) Tujuan /rasional EBN dan pada kasus askep

Terapi wicara merupakan tindakan yang diberikan kepada individu yang mengalami gangguan komunikasi, gangguan berbahasa bicara, gangguan menelan. Terapi AIUEO bertujuan untuk

memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata-kata karena penderita dengan afasia/disatria mengalami kegagalan dalam beartikulasi (Pertami et al., 2019).

3) PICOT EBN

- a) Terapi AIUEO Terhadap Kemampuan Berbicara (Afasia Motorik) Pada Pasien Stroke (Yunica et al., 2019)
- b) Penerapan Terapi AIUEO Pada Pasien dengan Stroke untuk Meningkatkan Kemampuan Bicara : Studi Kasus (Djabar et al., 2020).

(1) *Problem*

Masalah yang dialami pasien adalah bicara pelo, pelafalan kata kurang jelas, wajah tidak simetris, dan bibir miring kearah kanan.

(2) *Intervention*

Pemberian intervensi terapi AIUEO dengan prosedur kerja sebagai berikut:

- (a) Memberikan pasien dalam posisi nyaman
- (b) Perawat berdiri/duduk disamping atau depan pasien agar memudahkan pemberian terapi
- (c) Perawat mendemonstrasikan pelafalan kata AIUEO selanjutnya diikuti oleh pasien.

(3) *Comparison*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Djabar et al., 2020; Yunica et al., 2019), mendapatkan hasil bawah terapi AIUEO efektif untuk meningkatkan kemampuan berbicara pada pasien NHS yang mengalami gangguan berbicara dengan penilaian terjadi perubahan dan peningkatan kemampuan bicara pada pasien. Penelitian tersebut memberikan dampak dan hasil sesuai dengan apa yang diharapkan perawat yaitu adanya perubahan cara bicara pasien, pelafalan kata semakin jelas dan bicara pelo berkurang sehingga kalimat yang dikeluarkan pasien dapat dimengerti oleh orang lain.

(4) *Outcome*

Setelah dilakukan intervensi terapi bicara AIUEO, kepada kepada Tn. D.C didapatkan hasil terjadinya perubahan sebelum dan sesudah pemberian terapi yaitu peningkatan cara bicara; bicara pelo berkurang, pelafalan/pengucapan kata mulai meningkat dan jelas.

(5) *Time*

Pemberian terapi ini diberikan selama 3 hari, dan dilakukan jika pasien memiliki waktu luang atau tidak sedang beristirahat (tidur).

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah membahas tinjauan pustaka dan melakukan asuhan keperawatan medikal bedah *non hemoragik stroke* pada Tn. D.C di ruang rawat inap St. Bernadeth 3 Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada Tn. D.C, faktor penyebab terjadinya *non hemoragik stroke* adalah jenis kelamin, riwayat penyakit keturunan hipertensi, tidak berolahraga, kebiasaan minum kopi, mengkonsumsi makanan berlemak (kolesterol), mengandung banyak penyedap rasa seperti bakso dan coto. Tanda dan gejala stroke yang ditemukan pada pasien adanya kelemahan tubuh, parase ekstremitas kiri, wajah tidak simetris, bicara pelo, kekuatan otot dan rentang gerak menurun, pusing, sakit kepala, TD: 178/112 mmHg, MAP: 134 mmHg, kesadaran umum baik, *compos mentis* (GCS15).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Tn. D.C adalah risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi, gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular, dan kesiapan peningkatan manajemen kesehatan.

3. Perencanaan keperawatan

Dari rencana keperawatan yang telah penulis susun, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis; meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, tindakan

kolaborasi dan penyuluhan serta intervensi keperawatan berbasis EBP. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis bekerjasama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan dan sarana yang ada di rumah sakit.

4. Implementasi keperawatan

Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi keperawatan terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan

Dari hasil evaluasi yang telah dilakukan, dari tiga ada satu diagnosis yang belum teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik, karena perawatan pasien stroke membutuhkan jangka waktu yang lama sehingga membutuhkan perawatan lanjutan.

6. Dokumentasi

Telah dilakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Tn. D.C dengan *non hemoragic stroke* dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi selama 3 hari dengan kerjasama yang baik oleh bantuan rekan dan perawat.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang sekiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Pihak Rumah Sakit diharapkan memperhatikan dan meningkatkan mutu pelayanan, agar memberikan perawatan yang bersifat bio-psiko-sosial-spiritual, dalam hal perawat dapat meningkatkan pemantauan neurologis, pada pasien stroke, serta

dapat menerapkan pemberian posisi elevasi kepala 30° dengan masalah perfusi serebral, melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di rumah sakit, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di rumah sakit dan mempercepat fase rehabilitasi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi dapat meningkatkan kapasitas dan kualitas pendidikan, dengan memberikan materi yang *up to date* pada mahasiswa tentang penyakit *non hemoragik stroke*, karena penyakit ini sering ditemukan dalam masyarakat dan di rumah sakit, sehingga mahasiswa lebih mengembangkan cara penanganannya dalam masyarakat maupun di rumah sakit.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Bagi mahasiswa(i) untuk lebih memperluas ilmu dalam pelaksanaan keperawatan yang tepat bagi pasien stroke sesuai dengan teori yang telah didapatkan di bangku perkuliahan, sehingga turut meningkatkan derajat kesehatan pasien, mengadakan pembaharuan melalui pendidikan dalam dunia keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amila, Sulaiman, & Seimbiring. (2021). *Kenali dan lawan afasia (gangguan wicara-bahasa) pada stroke*. Sumatera Barat: Insan Cendekia Mandiri. Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/Kenali_dan_Lawan_Afasia_Gangguan_Wicara/nQhNEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Anggraini, S., & Chanif, C. (2020). Efektifitas pemberian posisi kepala elevasi pada pasien hipertensi emergensi. *Ners Muda*, 1(2), 78-87. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5491>
- Ardianti, R. I. (2020). "Asuhan keperawatan pada pasien Ny. K dengan diagnosa medis cerebral vaskular accident bleeding di ruang krisan RSUD Bangil". Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Program, Studi Ilmu Keperawatan. Diakses dari <http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/111/>
- Atma, G., Nur, S., Achmad, R., & Etik, M. (2022). *Meningkatkan profesionalisme dalam bidang nefrologi & hipertensi*. Malang: Media Nusa Creative (MNC Publishing). Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/Meningkatkan_Profesionalisme_Dalam_Bidan/u7xYEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Cahyani, N., Hasriana, & Anisa, N. R. (2020). Pengaruh pola makan dan hipertensi terhadap kejadian penyakit stroke di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 15(2), 117–123. eISSN : 2302-2531 diakses dari <http://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/319/310>
- David, K. (2020). *Anestesi Lokal di Rongga Mulut: Prosedur, Problema, dan Solusinya*. Surabaya: Airlangga University Press. Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/Anestesi_Lokal_di_Rongga_Mulut_Prosedur/jhnIDwAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Djabar, O., Emilia, L., & Emilia, N. L. (2020). Penerapan terapi AIUEO pada pasien dengan stroke untuk meningkatkan kemampuan bicara : Studi kasus. *An Idea Health Journal*, 2(1), 20–23. <https://doi.org/https://doi.org/10.53690/ihj.v3i01.75>
- Ekawati, F. A., Carolina, Y., Sampe, S. A., & Ganut, S. F. (2021). The efektivitas perilaku cerdas dan patuh untuk mencegah stroke berulang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1), 118–126. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i1.530>

- Farhan, Z. (2018). Pengaruh latihan vokal terhadap perubahan kemampuan menelan pada pasien stroke infark di ruang cempaka RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2015. *Jurnal Soshum Insentif*. 1(1), 44-46. <https://doi.org/10.36787/jsi.v1i1.33>
- Fauzi, A. Al, Aji, Y. K., & Suroto, N. S. (2019). Neuroangiography Patterns of the middle cerebral artery: study of 554 cerebral angiography results. *Journal of Clinical Neuroscience*, 68(7), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2019.07.054>
- Ferawati, Rita, E., & Amira, S. (2020). *Stroke “Bukan Akhir Segalanya” Cegah dan Atasi Sejak Dini*. Bogor: Guepedia. Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/STROKE_BUKAN_AKHIR_SEGALANYA_Cegah_dan_A/CQtMEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Gunawan, A. M. A. K., Khairunnisa, I. N., & Fais, M. K. (2021). Paradoks konsumsi kopi terhadap risiko kejadian stroke: sebuah kajian sistematis. *Scripta Score Scientific Medical Journal*, 3(1), 51–60. <https://doi.org/10.32734/scripta.v3i1.4409>
- Harris, S., Kurniawan, M., Rasyid, A., Mesiano, T., & Hidayat, R. (2018). Cerebral small vessel disease in Indonesia: Lacunar infarction study from Indonesian Stroke Registry 2012–2014. *SAGE Journal Open Medicine*, 6(1), 1-6, 205031211878431. <https://doi.org/10.1177/2050312118784312>
- Haryono, R., & Utami, M. P. S. (2019). *Keperawatan medikal bedah 2*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Imran, & Ika, M. (2015). *Buku modul daftar penyakit kepaniteraan klinik : SMF Neurologi*. Banda Aceh: Syiah Kuala University Press. Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Modul_Daftar_Penyakit_Kepaniteraan/-QrQDwAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Juan Nggebu. (2019). "Asuhan keperawatan pada Ny. P.S dengan stroke non hemoragik di ruang cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang". Politekes Kesehatan Kupang, DIII Keperawatan. Diakses dari <http://repository.poltekeskupang.ac.id/917/1/kti%20stroke%20non%20hemoragi>.
- Kemenkes RI. (2018). *Stroke dont be the one* (p. 10). Jakarta: Pusdatin. Diakses dari <https://pusdatin.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-stroke-dont-be-the-one.pdf>

- Kemenkes RI. (2019). CERDIK, Rahasia masa muda sehat dan masa tua nikmat! Biro komunikasi dan pelayanan masyarakat. Diakses dari <https://promkes.kemkes.go.id/cerdik-rahasia-masa-muda-sehat-dan-masa-tua-nikmat>
- Khotimah, Indra, J., Kirana, S., Martalina, L., Lea, S., & Neza, P. (2022). *Penyakit gangguan sistem tubuh*. Medan: Yayasan Kita Menulis. Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/Penyakit_Gangguan_Sistem_Tubuh/VDJtEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Kurniawan, R. E., Makrifatullah, N. A., Rosar, N., Triana, Y., & Kunci, K. (2022). Gambaran pengetahuan lansia penderita stroke berdasarkan karakteristik di puskesmas sialang buah tahun 2021 Indra. *Jurnal Ilmiah Multi Disiplin Indonesia*, 2(2), 361–368. E-ISSN: 2809-1612. Diakses dari <https://journal.ikopin.ac.id/index.php/humantech/article/view/1338/982>
- Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2019). Pengaruh posisi head up 30 derajat terhadap nyeri kepala pada pasien cedera kepala ringan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(2), 417. <https://doi.org/10.26751/jikk.v10i2.699>
- Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2021). Kombinasi posisi kepala 30° dan pasive range of motion terhadap skor nihss pada pasien stroke. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada*, 12(1), 30–37. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v12i1.251>
- Latifah, L. N., Firmawati, E., Studi, P., Keperawatan, I., & Yogyakarta, U. M. (2018). Implementasi perawat dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RS PKU Muhammadiyah. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 2(2), 114–120. <https://doi.org/http://doi.org/10.22435/jpppk.v2i2.493>
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2017). *Buku ajar keperawatan medikal bedah* (edisi 5). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Minhas, J. S., Wang, X., Lavados, P. M., et al. (2019). Blood pressure variability and outcome in acute ischemic and hemorrhagic stroke: a post hoc analysis of the headpost study. *Journal of human hypertension*, 33(5), 411–418. <https://doi.org/10.1038/s41371-019-0193-z>
- Muhammad, R. (2017). *Mengenal, mencegah, dan mengatasi silent killer, "stroke."* Yogyakarta: Hikam Pustaka. Diakses dari

https://www.google.co.id/books/edition/Mengenal_Mencegah_dan_Mengatasi_Silent_K/57JVEAAQBAJ?hl=en&gbpv=0

- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic stroke: symptoms, risk factors, and prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73. eISSN 2355-1933. Diakses dari <http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/MedikaTadulako/article/view/12337/9621>
- Nisa, U., Novita, S., & Nenden, W. (2018). Persepsi pasien stroke terhadap peran perawat dalam pemenuhan activity daily living (ADL). *Kesehatan Aeromedika*, 4(2), 57–64. e-ISSN 24769525. Diakses dari <https://jurnal.poltekestniau.ac.id/jka/article/view/59/4>
- Nurwidiyanti, E., Mufidah, A., Cing, M. T. G. C., et al. (2022). *Keperawatan medikal bedah*. Jakarta: Media Sains Indonesia.
- Padila. (2012). *Buku ajar : keperawatan medikal bedah, edisi 1*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pajri, R. N., Safri, & Dewi, Y. I. (2018). Gambaran faktor-faktor penyebab terjadinya stroke. *Jurnal Online Mahasiswa*, 5(1), 436–444. e-ISSN: 2355-6846. Diakses dari <http://jik.fk.unri.ac.id/index.php/jik/article/view/147>
- Permatasari, N. (2020). Perbandingan stroke non hemoragik dengan gangguan motorik pasien memiliki faktor resiko diabetes melitus dan hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 298–304. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.273>
- Pertami, S. B., Munawaroh, S., & Dwi Rosmala, N. W. (2019). Pengaruh elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien strok. *Health information : Jurnal Penelitian*, 11(2), 133–144. <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i2.133>
- Pinzon, dr. R., & Asanti, dr. L. (2012). *Awat stroke ! pengertian, tindakan, pencegahan, perawatan (edisi 1)*. Makassar: Andi. Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/AWAS_STROKE_Pengertian_Gejala_Tindakan_P/TrFtdwJ8qwkC?hl=en&gbpv=0
- PPNI. (2016). *Standar diagnosis keperawatan indonesia : definisi dan indikator diagnostik (edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standar intervensi keperawatan indonesia definisi dan tindakan keperawatan (edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI, T. P. S. D. (2018b). *Standar luaran keperawatan indonesia definisi dan kriteria hasil keperawatan (edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Purwani Dwi Rahayu. (2018). *Stroke's home care : pencegahan, penanganan, dan perawatan stroke dalam keluarga*. Yogyakarta: Anak Hebat Indonesia. Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/Stroke_s_Home_Care/Cz5BEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Rahayu, U. B., Wibowo, S., & Setyopranoto, I. (2017). Development of motor learning implementation for ischemic stroke: finding expert consensus. *Journal Of Thee Medical Sciences*, 49(04), 200–216. <https://doi.org/10.19106/jmedsci004904201706>
- Rahayu, U. B., Wibowo, S., & Setyopranoto, I. (2019). The effectiveness of early mobilization time on balance and functional ability after ischemic stroke. *Journal Of Medical Sciences*, 7(7), 1088–1092. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.269>
- Rahmadani, E., & Rustandi, H. (2019). Peningkatan kekuatan otot pasien stroke non hemoragik dengan hemiparese melalui latihan range of motion (ROM) pasif. *Journal of Telenursing (Joting)*, 1(2), 354–363. <https://doi.org/10.31539/joting.v1i2.985>
- Siregar, H. (2019). *Panduan lengkap stroke : mencegah, mengobati dan menyembuhkan*. Bandung: Nusamedia. Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/Panduan_Lengkap_Stroke/UmVcEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Siregar, M. T., Basuki, W., & Amalia, F. Y. (2019). Perbedaan kadar hemoglobin, nilai hematokrit dan jumlah eritrosit pada pasien stroke hemoragik dan stroke non hemoragik di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Jurnal Analisis Kesehatan*, 7(2), 724. <https://doi.org/10.26630/jak.v7i2.1201>
- Siregar, H. (2021). *Terapi spiritual, terapi latihan dan nutrisi untuk pasien stroke : panduan lengkap stroke*. Bandung: Nusamedia. Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/Terapi_Spiritual_Terapi_Latihan_dan_Nutr/rqNsEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Soetardi, E. K. R. (2021). Hubungan kebiasaan mengonsumsi kopi dengan penyakit kardiovaskular. *Jurnal Medika Hutama (JMH)*, 3(1), 1576–1580. Diakses dari <http://www.jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/317>
- Soetmadji, D. W., Ratnawati, R., & Sujuti, H. (2019). *Buku ajar patofisiologi*

(S. E. Huether & K. L. McCance (edisi 6). Singapore: Elsevier.

- Sofyan, M. (2017). "Asuhan keperawatan Ny. S dan Tn.S yang mengalami asma bronkial dengan ketidakefektifan pola nafas di instalasi gawat darurat RSUD Karanganyar". Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husadar, Program Studi DIII Keperawatan. (Vol. 549). Diakses dari <http://digilib.ukh.ac.id/repo/disk1/31/01-gdl-muhammadso-1517-1-skripsi-t.pdf>
- Sumiyati, Anggraini, D. dewi, Kartika, L., Indradi, R., & Sitanggang, Y. ferawati. (2021). *Anatomi fisiologi*. Medan: Yayasan Kita Menulis. Diakses dari https://www.google.co.id/books/edition/Anatomi_Fisiologi/mJkeEAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Syahrim, W. E. P., Azhar, M. U., & Risnah. (2019). Efektifitas latihan rom terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke: study systematic review. *MPPKI (Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia): The Indonesian Journal Of Health Promotion*, 2(3), 186–191. <https://doi.org/10.56338/mppki.v2i3.805>
- Syam, I. (2021). Intervensi kompres hangat dengan aromaterapi peppermint pada pasien nyeri post oprasi sectio caesarea. *E-jurnal Poltekkes Makassar*. 12 (2), 24-26. 2622-0148. Diakses dari <https://journal.poltekkes-mks.ac.id/ojs2/index.php/mediakeperawatan/article/view/2442>
- Tahir, R. W. M., Rija'i, H. R., & Indriyanti, N. (2021). Proceeding of Mulawarman Pharmaceuticals Conferences, 14(1), 254–261. <https://doi.org/https://doi.org/10.25026/mpc.v14i1.581>
- Tamam, B. (2020). Faktor risiko terhadap kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Koesnadi Bondowoso. *Jurnal Kesehatan*. 2(1). 12–26. Diakses dari <http://repository.unmuhjember.ac.id/6835/12/ARTIKEL%20JURNAL-dikonversi.pdf>
- Ulfah, A., & Ahyana. (2016). Pelaksanaan discharge planning pada pasien stroke di rumah sakit umum daerah dr Zaionel abidin. *Jurnal Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh*. 1 (1), 1–6. Diakses dari <http://jim.unsyiah.ac.id/FKep/article/view/1522>
- Ummaroh, E. N. (2018). "Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan pasien cva (cerebro vaskuler accident) dengan gangguan komunikasi verbal". Universitas Muhammadiyah Ponorogo, Fakultas Ilmu Kesehatan, Program Studi DIII Keperawatan, (7). Diakses dari

<http://eprints.umpo.ac.id/5051/1/halaman%20awal.pdf>

Wardani, W. I., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Gangguan pola nafas tidak efektif pada pasien congestive heart failure (CHF). *Jurnal Keperawatan Global*, 3(2), 98–114. <https://doi.org/10.37341/jkg.v3i2.57>

Widyaswara Suwaryo, P. A., Widodo, W. T., & Setianingsih, E. (2019). Faktor risiko yang mempengaruhi kejadian stroke. *Jurnal Keperawatan*, 11(4), 251–260. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i4.530>

Wijaya, A. K. (2018). Patofisiologi stroke non-hemoragik akibat trombus. E-*Jurnal Medika Udayana*, 2(10), 1–14. Diakses dari <https://e-perpus.unud.ac.id/repositori/skripsi?nim=0702005153>

World Stroke Organization. (2022). Global stroke fact sheet 2022 purpose : data sources : 1–14. Diakses dari https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf

Yudanardi, M. R. R., Setiawan, A. A., & Sofia, S. N. (2016). Hubungan tingkat adiksi merokok dengan derajat keparahan aterosklerosis pada pasien penyakit jantung koroner. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 5(4), 1207–1213. <https://doi.org/10.14710/dmj.v5i4.14809>

Yunica, N. M. D., Dewi, P. I. S., Heri, M., & Widiari, N. K. (2019). Terapi AIUEO terhadap kemampuan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke. *Journal Of Telenursing*, 1(2), 396–405. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/joting.v1i2.924>

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Posisi Elevasi Kepala 30 ⁰
Sub Pokok Bahasan	: Aplikasi Elevasi Kepala 30 ⁰ terhadap Perfusi Jaringan Serebral Pada Pasien Stroke Non Haemoragik
Sasaran	: Tn. D.C
Tempat	: Ruangn Sta. Bernadeth RS Stella Maris Makassar
Hari/Tanggal	: Kamis, 9 Juni 2022
Waktu	: 30 Menit
Penyuluh	: Veske Kiding Vindy Maria Wullur

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah diberikan pendidikan kesehatan diharapkan pasien dapat melakukan dan mempertahankan posisi elevasi kepala 30⁰

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 30 menit diharapkan pasien mampu :

1. Menjelaskan pengertian elevasi kepala 30⁰
2. Mengetahui prosedur pemberian elevasi kepala 30⁰
3. Menyebutkan tujuan pemberian elevasi kepala 30⁰

C. Materi (Terlampir)

1. Pengertian elevasi kepala 30⁰
2. Prosedur elevasi kepala 30⁰
3. Tujuan elevasi kepala 30⁰

D. Waktu

Pendidikan kesehatan akan dilakukan selama kurang lebih 30 menit

E. Alat dan Bahan

1. Materi
2. Leaflet
3. Flipcard

F. Metode Pembelajaran

Metode penyuluhan akan dilakukan dengan jenis metode ceramah

G. Rangkaian Kegiatan Penyuluhan

No.	Kegiatan	Metode	Media	Waktu
1.	Pembukaan a. Memberikan salam terapeutik b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan d. Kontrak waktu penyuluhan	Lisan		5 menit
2.	Pelaksanaan a. Menjelaskan pengertian elevasi kepala 30 ⁰ b. Menyebutkan prosedur elevasi kepala 30 ⁰	Ceramah Tanya jawab	Leaflet Dan Flipcard	20 menit

	c. Menyebutkan tujuan posisi elevasi kepala 30°			
3.	Penutup a. Melakukan evaluasi b. Menyimpulkan materi c. Salam terapeutik	Ceramah diskusi tanya jawab	Leaflet	5 menit

H. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur
 - a. Peserta hadir dalam kegiatan
 - b. Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan oleh mahasiswa di Ruang Bernadeth 3 RS Stella Maris Makassar
 - c. Kontrak waktu dengan sasaran sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan
2. Evaluasi Proses
 - b. Penyuluhan dimulai tepat waktu dan sesuai dengan sasaran
 - c. Partisipasi peserta yang hadir
 - d. Media dapat digunakan dengan baik
 - e. Peserta dan keluarga dapat mengikuti penyuluhan sampai selesai
3. Evaluasi Hasil
 - a. Mampu menjelaskan pengertian elevasi kepala 30°
 - b. Mampu mengetahui prosedur pemberian elevasi kepala 30°
 - c. Mampu menyebutkan tujuan pemberian elevasi kepala 30°

MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian Elevasi Kepala 30°

Posisi elevasi kepala 30° merupakan posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30° dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar.

posisi head up 30° akan meningkatkan aliran darah diotak dan memaksimalkan oksigenasi serebral. Selain itu posisi kepala 30° efektif untuk mempertahankan tingkat kesadaran karena sesuai dengan posisi anatomis dari tubuh manusia yang kemudian mempengaruhi hemodinamik pasien (Kusuma & Anggraeni, 2019)

Pemberian elevasi posisi kepala 30° diketahui dapat menghambat aliran darah serebral ke otak pada pasien dengan stroke (Supadi, Parji & Nuryamah, 2017).

Tujuan dari pemberian elevasi kepala untuk memengaruhi venous return menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai fungsinya (Pertami et al., 2019)

2. Prosedur Elevasi Kepala 30°

Prosedur kerja pengaturan posisi elevasi kepala 30° adalah sebagai berikut :

- a. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang
- b. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar
- c. Kakki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi
- d. Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30° (Kusuma & Anggraeni, 2019)

3. Tujuan Elevasi Kepala 30°

- a. Pemenuhan kebutuhan oksigenasi di otak sehingga mencegah terjadi hipoksia jaringan otak dan tekanan intrakranial menjadi stabil dalam batas normal
- b. Efektif mempertahankan tingkat kesadaran
- c. Meningkatkan aliran darah ke otak dan memaksimalkan aliran oksigen ke jaringan otak
- d. Penurunan nyeri pada pasien cedera kepala ringan
- e. Meningkatkan kenyamanan
- f. Mengurangi TIK dan memonitor efek tekanan perfusi serebral (Kusuma & Anggraeni, 2019; Supaji et al., 2012)

DAFTAR PUSTAKA

- Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2019). Pengaruh Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(2), 417. <https://doi.org/10.26751/jikk.v10i2.699>
- Pertami, S. B., Munawaroh, S., & Dwi Rosmala, N. W. (2019). Pengaruh Elevasi Kepala 30 Derajat terhadap Saturasi Oksigen dan Kualitas Tidur Pasien Strok. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 11(2), 133–144. <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i2.133>
- Supaji, Parji, S., & Nuryamah. (2012). *Elevasi Posisi Kepala Tekanan Rata-rata Atrial, Tekanan Darah dan Tekanan Intra Kranial pada Pasien Stroke Hemoragik*. Jurnal Kesehatan.

Lampiran 2



APLIKASI POSISI ELEVASI KEPALA KEPALA 30°



VESKE KIDING (NS2114901155)

VINDY MARIA WULLUR (NS2114901057)

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2022

ELEVASI KEPALA ???

Posisi elevasi kepala 30° merupakan posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30° dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar (Kusuma & Anggraeni, 2019)

Prosedur Elevasi Kepala 30°

- e. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang



- f. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar



- g. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi



- h. Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30° (Kusuma & Anggraeni, 2019).



MANFAAT



Pemenuhan kebutuhan oksigenasi di otak

Efektif mempertahankan tingkat kesadaran



Meningkatkan kenyamanan



Melancarkan aliran darah



Mengurangi TIK dan memonitor efek tekanan perfusi serebral

Memaksimalkan kinerja otak sesuai dengan fungsinya



Meningkatkan metabolisme jaringan serebral

Kusuma, A. H., Anggraeni A. D. (2019). Pengaruh posisi head up 30 derajat terhadap nyeri kepala pada pasien cedera kepala ringan. Jurnal ilmu keperawatan dan kebidanan. Vol 10, No 2. https://repository.poltekkes-smg.ac.id//index.php?p=show_detail&id=18115

Supadi., Parji., Nuryamah. (2017). Elevasi Posisi kepala tekanan rata-rata arterial, tekanan darah dan tekanan intra kranial pada klien stroke hemoragik. Jurnal Kesmas Indonesia. Jawa Tengah. <https://media.neliti.com/media/publications/131115-EN-head-elevation-on-mean-arterial-pressure.pdf>

Pertami, S.B., Munawaroh, S., Rosmala, N. W. (2019). Pengaruh elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke. HIJP : *Health Information Jurnal Penelitian*. Vol 11, No 2. Kendari. DOI : <https://doi.org/10/36990/hijp.v11i2.133>

Lampiran III Daftar Riwayat Hidup

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama : Veske Kiding
Tempat Tanggal Lahir : Palu, 14 Oktober 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Mahasiswi
Alamat : Jln. Datu Museng no. 21

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu : Alm. Simon Kiding/Hernawati Minggu
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Jln. Teluk Tolo no. 34

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Imanuel Palu : Tahun 2005 - 2011
SMP Negeri 4 Palu : Tahun 2011 – 2014
SMA Negeri 1 Palu : Tahun 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2017 – 2022

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama : Vindy Maria Wullur
Tempat Tanggal Lahir : Laikit, 18 Mei 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Pekerjaan : Mahasiswi
Alamat : Jln. Lamadukkeleng no 08

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu : Albert W. Wullur/Youla Z. Parengkuan
Agama : Katolik
Pekerjaan : Petani
Alamat : Manado, Sulawesi Utara

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Katolik St. Anna Laikit : Tahun 2003 - 2004
SD Katolik St. Theresia Laikit : Tahun 2004 - 2010
SMP Katolik St. Yohanes Penginjil Laikit : Tahun 2010 - 2013
SMA Katolik Karitas Tomohon : Tahun 2013 - 2016
AKPER Gunung Maria Tomohon : Tahun 2016 - 2019
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2019 - 2022

Lampiran 4

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TUGAS AKHIR

Nama: Veske Kiding (NS2114901155)

Vindy Maria Wullur (NS2114901057)

Pembimbing: Sr. Sr.Anita Sampe, SJMJ, Ns., MAN

Judul: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Non Hemoragic Stroke* Di Ruang Bernadeth III

Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	06 juni 2022	Pengambilan kasus dan format penyusunan KIA			
2.	09 Juni 2022	BAB III - Perbaikan pengkajian - Tambahkan intervensi terapeutik - Perbaiki penkes			
3.	10 Juni 2022	BAB III - ACC penkes			
4.	13 Juni 2022	BAB III - Perbaikan pengkajian sesuai dengan kondisi pasien, intervensi hanya yang dilakukan ke pasien			

		- Perbaiki implementasi			
5.	20 Juni 2022	BAB III - Perbaiki penulisan - Perhatikan kembali implementasi dan evaluasi dibuat perhari			
6.	27 Juni 2022	BAB IV dan V - Perbaiki PICOT - Perbaiki penulisan			
7.	29 Juni 2022	BAB IV dan V - Perbaiki PICOT - Perhatikan pengulangan kata - Tambahkan pembahasan pada bab IV			
8.	30 juni 2022	BAB IV dan V - ACC bab V - Perbaiki penulisan dan pengulangan kata			
9.	04 Juni 2022	BAB III, IV dan V -Perhatikan kembali penulisan -Persingkat lagi bab I,II,III,IV dan V -ACC bab III,IV dan V			

Nama: Veske Kiding (NS2114901155)

Vindy Maria Wullur (NS2114901057)

Pembimbing: Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep

Judul: Asuhan Keperawatan Pada Pasien engan *Non Hemoragic Stroke* Di Ruang Bernadeth III
Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	06 juni 2022	Pengambilan kasus dan format penyusunan KIA			
2.	20 Juni 2022	BAB I dan II - Perbaikan bab I tambahkan prevalensi - Perbaikan bab II pembahasan			
3.	27 Juni 2022	BAB I dan II - Perbaikan pathway - Perbaikan bab I dan bab II - Tambahkan referensi			
4.	28 Juni 2022	BAB I dan II - Perbaikan pathway - Perbaikan bab II anfis, rasional diperbaiki			
5.	29 Juni 2022	BAB I dan II - Perbaikan bab I dan bab II tambahkan referensi			
6.	01 Juni 2022	BAB I dan II			

		<ul style="list-style-type: none">- Perbaikan pathway- Perbaikan bab I dan II	<i>Sampri</i>	<i>Kat</i>	<i>Hidayat</i>
7.	04 Juni 2022	BAB I dan II <ul style="list-style-type: none">- ACC bab I dan II	<i>Sampri</i>	<i>Kat</i>	<i>Hidayat</i>