



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIC STROKE DI RUANG
BERNADETH II RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

**VINSENSIA JULITA DIEN (NS2114901158)
WANCHY DELYJANE GALA (NS2114901159)**

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIC STROKE DI RUANG
BERNADETH II RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

**VINSENSIA JULITA DIEN (NS2114901158)
WANCHY DELYJANE GALA (NS2114901159)**

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

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Vinsensia Julita Dien (NS2114901158)
2. Wanchy Delyjane Gala (NS2114901159)

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, 13 Juli 2022

Yang menyatakan,



Vinsensia Julita Dien



Wanchy Delyjane Gala

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Non Hemoragic Stroke di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Vinsensia Julita Dien/ NS2114901158
2. Wanchy Delyjane Gala/ NS2114901159

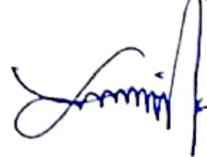
Disetujui oleh

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.,M.Kep.,Sp.Kep.MB)
NIDN: 0913098201

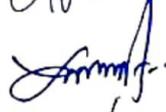
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Vinsensia Julita Dien (NS2114901158)
2. Wanchy Delyjane Gala (NS2114901159)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragic Stroke di Ruang Bernadeth II 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 : Kristia Novia, Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 13 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Sr. S.Kep.,Ns, M.Kes)

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini nama:

Nama:

1. Vinsensia Julita Dien (NS2114901158)
2. Wanchy Delyjane Gala (NS2114901159)

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, 13 Juli 2022

Yang menyatakan,



Vinsensia Julita Dien



Wanchy Delyjane Gala

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya yang berlimpah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragic Stroke di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”**.

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.

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

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E.R Sa’pang, Ns.,M.Kep.Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mathilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Sr. Anita Sampe, SJMJ, Ns., MAN selaku Ketua Senat Akademik STIK Stella Maris Makassar dan juga selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir
6. Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
7. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep selaku Pembimbing II penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan

memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.

8. Segenap dosen beserta seluruh Staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
9. Kepada para tenaga medis dan keperawatan ruangan Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
10. Untuk kedua orang tua dari Vinsensia Julita Dien (Johnny Adri Dien dan Veronica Angelino Rumondor) dan orang tua dari Wanchy Delyjane Gala (Yenni Gala dan Paingko) dan seluruh teman-teman seangkatan serta keluarga, sahabat dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
11. Untuk teman-teman mahasiswa Ners angkatan 2021/2022 yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 13 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan	5
1. Bagi Rumah Sakit	5
2. Bagi Profesi Keperawatan	5
3. Bagi Institusi Pendidikan	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Medis	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi Fisiologi	8
3. Etiologi	12
4. Patofisiologi	19
5. Patoflow Diagram	23

6.	Manifestasi Klinik	30
7.	Tes Diagnostik	30
8.	Penatalaksanaan Medik	32
9.	Komplikasi	36
B.	Konsep Dasar Keperawatan <i>Non Hemoragic Stroke</i>	37
1.	Pengkajian Keperawatan	37
2.	Diagnosa Keperawatan	39
3.	Luaran Dan Rencana Keperawatan	41
4.	Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	46
BAB III PENGAMATAN KASUS		48
A.	Ilustrasi Kasus	48
B.	Pengkajian	49
C.	Diagnosis Keperawatan	82
D.	Perencanaan Keperawatan	83
E.	Implementasi Keperawatan	87
F.	Evaluasi Keperawatan	102
BAB IV PEMBAHASAN KASUS		112
A.	Pembahasan Askep	112
1.	Pengkajian	112
2.	Diagnosis Keperawatan	113
3.	Perencanaan Keperawatan	115
4.	Implementasi Keperawatan	116
5.	Evaluasi Keperawatan	116
B.	Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN)	117
BAB V SIMPULAN DAN SARAN		124
A.	Simpulan	124
B.	Saran	125

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak manusia	8
---------------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Identifikasi Masalah	79
Tabel 3.2 Diagnosis Keperawatan	82
Tabel 3.3 Perencanaan Keperawatan.....	83
Tabel 3.4 Impelentasi Keperawatan.....	87
Tabel 3.5 Evaluasi keperawatan	102

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP *Shaker Exercise*

Lampiran 2 Leaflet *Shaker Exercise*

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu masalah yang dihadapi dalam di bidang kesehatan saat ini adalah terjadinya pergeseran pola penyakit dari penyakit menular ke penyakit tidak menular. Tingginya prevalensi penyakit tidak menular membawa dampak terhadap menurunnya produktivitas dan gangguan pada pemenuhan aktivitas sehari-hari. Setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena Penyakit Tidak Menular (PTM) (63% dari seluruh kematian). Lebih dari 9 juta kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular terjadi sebelum usia 60 tahun, dan 90% dari kematian “dini” tersebut terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Secara global PTM penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti: penyakit jantung koroner, penyakit gagal jantung atau payah jantung, hipertensi dan stroke. Perilaku sehat serta kemampuan masyarakat untuk memilih dan memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan peningkatan derajat kesehatan. Oleh karena itu untuk mendukung hal tersebut maka tujuan utama di bidang kesehatan adalah mencegah meningkatnya masalah kesehatan, penyakit yang tidak menular, salah satunya adalah stroke (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika suplai darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terputus, karena beberapa sel otak mati akibat gangguan aliran darah, yang menyebabkan penyumbatan atau pecahnya darah otak (Risal & Sali, 2021). Berdasarkan kelainan

patologisnya, stroke dibagi dalam 2 tipe yaitu non hemoragic stroke dan hemoragic stroke. Non hemoragic stroke adalah episode disfungsi neurologis akut yang disebabkan oleh abnormalitas vaskuler tanpa adanya bukti diakibatkan oleh etiologi lain dengan gejala yang menetap lebih dari 24 jam atau berakhir dengan kematian. Terdapat beberapa faktor risiko yang sudah berhasil diidentifikasi dan dapat memicu peningkatan angka kejadian stroke. Faktor-faktor tersebut dikelompokkan menjadi 2 tipe, yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti merokok, hipertensi, penyakit jantung, diabetes, obesitas, hiperkolesterol serta faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin (Septianto, 2020).

Setiap tahunnya, insiden stroke di seluruh dunia sebesar 15 juta orang. Dari 15 juta orang penderita stroke tersebut, sekitar sepertiganya (5 juta orang) meninggal dunia dan mengalami cacat secara permanen sepertiganya. Kurang lebih 795.000 orang setiap tahunnya menderita stroke dengan rincian sekitar 610.000 pasien serangan stroke pertama dan sekitar 185.000 pasien serangan stroke berulang. Di Amerika Serikat, tercatat dari 18 kematian, 1 diantaranya akibat stroke. Diprediksi dalam 5 tahun, pasien stroke berusia > 45 tahun akan meninggal lebih dari setengahnya (Sofan & Syamsudin, 2021). Secara global, ada lebih dari 77 juta orang yang hidup saat ini pernah mengalami non hemoragic stroke. Ada lebih dari 7,6 juta non hemoragic stroke baru setiap tahun dan lebih dari 62% dari semua kejadian stroke adalah non hemoragic stroke. Dan 3,3 juta orang meninggal karena non hemoragic stroke setiap tahunnya (World Stroke Organization, 2022)

Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis oleh petugas kesehatan adalah per mil dan yang didiagnosis oleh petugas kesehatan atau gejala adalah 12,1 per mil. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi di Kalimantan Timur (14,7%), disusul DI Yogyakarta (14,6%), dan Sulawesi Utara

(14,2%) dan untuk Sulawesi Selatan (10,6%), Prevalensi penyakit stroke juga meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus stroke tertinggi adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan lebih banyak pria (11,1%) dibandingkan dengan wanita (10,9%) (Riskesdas, 2019). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Harris, Kurniawan, Rasyid, Mesiano, & Hidayat (2018) yang meneliti 18 rumah sakit di Indonesia didapatkan hasil dari 5411 pasien, di antaranya 3627 (67,03%) mengalami non hemoragic stroke.

Salah satu gejala klinis non hemoragic stroke adalah gangguan menelan (disfagia). Angka kejadian disfagia berkisar antara 37% hingga 78% pada pasien stroke. Disfagia dapat menyebabkan komplikasi yang sangat serius seperti pneumonia, aspirasi, dehidrasi, malnutrisi dan dapat menyebabkan kematian (Winandari, Ismoyowati, Nugraha, Wahyuning, & Rosari, 2022).

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi disfagia ialah melakukan strategi kompensatori dengan mereposisi kepala, menegakkan posisi badan dan memodifikasi konsistensi makanan atau cairan yang dikonsumsi, latihan penguatan otot *oropharyngeal* melalui *swallowing exercise*, salah satu latihan menelan yaitu *shaker exercise* (Winandari et al., 2022).

Berkaitan dengan hal tersebut, maka peran seorang perawat adalah harus memahami dan mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragic Stroke (NHS) mulai dari melakukan pengkajian pada pasien, menentukan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul, menyusun rencana tindakan keperawatan dan mengimplementasikan rencana tersebut serta mengevaluasi hasil dari implementasi tersebut. Perawat juga dapat menerapkan terapi *shaker exercise* pada pasien Non Hemoragic Stroke (NHS) yang mengalami disfagia untuk mengatasi atau mengurangi risiko aspirasi.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang bagaimana menerapkan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragic Stroke di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragic Stroke di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien yang mengalami Non Hemoragic Stroke di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragic Stroke di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragic Stroke di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragic Stroke dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragic Stroke di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai pedoman atau acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat khususnya mereka yang menderita penyakit Non Hemoragic Stroke.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai acuan dalam meningkatkan kinerja profesi keperawatan dalam mengatasi masalah keperawatan pola napas tidak efektif pada pasien yang mengalami Non Hemoragic Stroke, baik dalam hal pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Merupakan salah satu masukan untuk sumber informasi / bacaan serta acuan dibagian sekolah tinggi ilmu kesehatan tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragic Stroke.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah:

1. Studi Kepustakaan

Mengambil beberapa literatur sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir mengenai Non Hemoragic Stroke.

2. Studi kasus dengan melakukan pengamatan langsung meliputi: pengkajian keperawatan, penyusunan diagnosis keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah direncanakan serta mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragic Stroke di ruang Bernadeth II RS

Stella Maris Makassar. Data-data pendukung lainnya didapatkan dengan hasil wawancara secara langsung dengan keluarga pasien dan diskusi dengan perawat yang bertugas di di ruang Bernadeth II RS Stella Maris Makassar.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah tentang Non Hemoragic Stroke ini dimulai dengan Bab I pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada Bab II tinjauan pustaka yang berisi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, patoflow diagram, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi. Selain itu, ada juga konsep dasar keperawatan dan diakhiri dengan preencanaan pulang (*discharge planning*). Selanjutnya pada Bab III pengamatan kasus yang berisi ilustrasi kasus, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada Bab IV pembahasan kasus yang berisi pembahasan askep dan pembahasan penerapan *evidence based nursing* dan Bab V simpulan dan saran yang berisi simpulan dan saran dari keseluruhan Karya Ilmiah Akhir ini. Dan pada akhir Bab I sampai Bab IV dilampirkan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Tarwoto, 2013). Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2013).

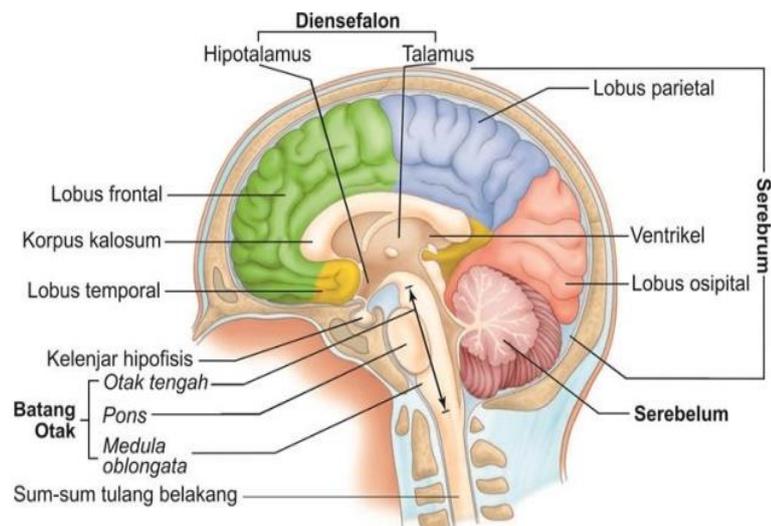
Non hemoragic stroke adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh trombosis maupun emboli sehingga suplai oksigen dan glukosa ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Purwanto, 2016).

Menurut Prince dan Wilson, (2016) non hemoragic stroke adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa non hemoragic stroke adalah kerusakan jaringan otak karena adanya penyumbatan pembuluh darah di otak oleh trombosis maupun emboli sehingga aliran darah ke otak menjadi berkurang dan terjadi kematian otak.

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Otak



Gambar 2.1 Anatomi Otak Manusia (Chalik, 2016).

Otak adalah organ yang sangat kompleks. Mengandung 100 miliar neuron dan prosesus neuronal dan sinapsis tak terhitung jumlahnya. Otak terdiri dari empat komponen utama : otak besar (*cerebrum*), otak kecil (*cerebellum*), *diensefalon*, dan batang otak (*brainstem*). Otak manusia mencapai 2% dari keseluruhan berat tubuh, mengkonsumsi 25% oksigen dan menerima 1,5% curah jantung (Derrickson & Tortora, 2019).

Otak merupakan bagian utama dari system saraf, dengan bagian komponennya adalah:

1) *Cerebrum*

Bagian otak terbesar yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan tersusun dari korteks. Cerebrum berfungsi mengontrol persepsi sadar, pikiran, dan aktivitas motorik sadar serta mengontrol aktivitas otot dan postur, umumnya menghambat

gerakan yang tidak disengaja saat istirahat. *Cerebrum* dibagi menjadi beberapa lobus, yaitu:

a) Lobus Frontalis

Lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar, bicara (area broca di hemisfer kiri), pusat penghidu, dan emosi. Bagian ini mengandung pusat pengontrolan gerakan volunter di *gyrus presentalis* (area motorik primer) dan terdapat area asosiasi motorik (area premotor). Pada lobus ini terdapat area broca yang mengatur ekspresi bicara, lobus ini juga mengatur gerakan sadar, perilaku sosial, berbicara, motivasi dan inisiatif (Derrickson & Tortora, 2019).

b) Lobus Temporalis

Mencakup bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari *fissure lateralis* dan sebelah posterior dan fisura *parieto-oksipitalis*. Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat verbal, visual, pendengaran dan berperan dalam pembentukan serta perkembangan emosi (Derrickson & Tortora, 2019).

c) Lobus Parietalis

Lobus parietalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik di *gyrus postsentralis* (area sensorik primer) untuk rasa raba dan pendengaran (Chalik, 2016).

Lobus ini memiliki fungsi yaitu:

- (1) Pemrosesan dan integrasi informasi somatosensori
- (2) Memahami Bahasa lisan dan tertulis
- (3) Merumuskan pola berbicara logis (atau menulis) untuk mengekspresikan pikiran dan emosi (Chalik, 2016).

d) Lobus Oksipitalis

Lobus oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan yang berproses merangsang penglihatan dari nervus optikus dan mengasosiasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain serta memori (Chalik, 2016).

2) *Cerebellum*

Cerebellum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan. *Cerebellum* memiliki fungsi mengontrol gerakan otot dan tonus, mengatur keseimbangan dan postur yang tepat, mengatur tingkat gerakan yang disengaja, terlibat dalam keterampilan pembelajaran motorik, pemograman, dan berkontribusi terhadap perencanaan (Chalik, 2016).

3) *Brainstem*

Brainstem berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernafasan dan tekanan darah (Smeltzer & Bare, 2013).

b. Peredaran Darah di Otak

Darah mengangkut zat asam, makanan dan substansi lainnya yang diperlukan bagi fungsi jaringan. Kebutuhan otak sangat mendesak, sehingga aliran darah yang konstan harus terus dipertahankan. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh darah yang bercabang-cabang, berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel (Wilson, 2016).

1) Peredaran Darah Arteri

Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vertebralis dan arteri *karotis interna*, yang bercabang dan beranastomosis membentuk *circulus wilisi*. Arteri *karotis interna* dan *eksterna* bercabang dari arteri *karotis komunis* yang berakhir pada arteri *serebri anterior* dan arteri *serebri medial*. Di dekat akhir arteri *karotis interna*, dari pembuluh darah ini keluar arteri *communicans posterior* yang bersatu ke arah kaudal dengan arteri *serebri posterior*. Arteri *serebri anterior* saling berhubungan melalui arteri *communicans anterior*. Arteri *vertebralis* kiri dan kanan berasal dari arteri *subklavia* sisi yang sama. Arteri *subklavia* kanan merupakan cabang dari arteri *inominata*, sedangkan arteri *subklavia* kiri merupakan cabang langsung dari aorta. Arteri *vertebralis* memasuki tengkorak melalui *foramen magnum*, setinggi perbatasan *pons* dan *medulla oblongata*. Kedua arteri ini membentuk arteri *basilaris* (Wilson, 2016).

2) Peredaran Darah Vena

Aliran darah vena dari otak terutama ke dalam sinus-sinus durameter, suatu saluran pembuluh darah yang terdapat di dalam struktur durameter. Sinus-sinus durameter tidak mempunyai katup dan sebagian besar berbentuk *triangular*. Sebagian besar vena *cortex superficial* mengalir ke dalam sinus *longitudinalis superior* yang berada di medial. Dua buah vena *cortex* yang utama adalah vena *anastomtica magna* yang mengalir ke dalam sinus *longitudinalis superior* dan vena *anastomotica parva* yang mengalir ke dalam sinus transversus. Vena-vena serebri profunda memperoleh aliran darah dari basal ganglia (Wilson, 2016).

3. Etiologi

Stroke non hemoragic terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang relas menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Pudiastuti, 2018).

Non hemoragic stroke terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motorik atas (*upper motor neuron*) dan hipertensi (Muttaqin, 2018).

Menurut Smeltzer & Bare, (2013) ada beberapa yang dapat menyebabkan stroke antara lain:

a. Trombosis

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemik jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemik serebral.

b. Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

c. Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaracnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena arteriosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi *infark* otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

1) Faktor resiko yang tidak dapat diubah

a) Usia

Semakin bertambahnya usia, semakin tinggi resiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah pada orang dengan lanjut usia, dimana pembuluh darah lebih kaku karena banyak plak yang menempel pada pembuluh darah yang akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh, termasuk otak. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua usia (Radaningtyas, 2018).

b) Jenis Kelamin

Pada jenis kelamin, laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke dibandingkan perempuan, hal ini disebabkan karena perempuan memiliki hormon *estrogen* dan *progesterone* yang berfungsi sebagai kekebalan tubuh sebelum memasuki tahap menopause. Namun, begitu masuk menopause organ-organ sudah tidak terlindungi oleh hormon tersebut, sehingga mengalami penurunan fungsi (Prince & Wilson, 2016).

2) Faktor Risiko Yang Dapat Diubah

a) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko tertinggi, sekitar 60% penyandang hipertensi akan mengalami stroke. Hipertensi dapat menyebabkan stroke iskemik (50%) maupun stroke perdarahan (60%). Patofisiologi hipertensi menyebabkan terjadinya perubahan pembuluh darah, perubahan mulai terjadi dengan penebalan *tunika intima* dan peningkatan permeabilitas *endotel* oleh hipertensi, proses kemudian akan berlanjut dengan terbentuk deposit *lipid* terutama kolesterol pada tunika muskularis yang menyebabkan lumen-lumen pembuluh darah menyempit serta berkelok-kelok. Pada hipertensi kronis akan terbentuk *nekrosis fibrinoid*, sehingga terbentuk *mirkoaneurisma* yang disebut *charcot-bouchard*. Pengerasan pembuluh darah dapat menyebabkan gangguan *autoregulasi*, berupa kesulitan berkontraksi atau berdilatasi terhadap perubahan tekanan darah sistemik, jika terjadi penurunan aliran darah menyebabkan perfusi ke otak menjadi iskemik, jika terjadi peningkatan darah maka akan terjadi peningkatan perfusi hebat yang menyebabkan hiperemia, edema, dan perdarahan (Prince & Wilson, 2016).

b) Kolesterol

Proses terjadinya aterosklerosis diawali dari berubahnya kolesterol LDL menjadi lebih aterogenik setelah proses oksidasi dan berubah menjadi LDL teroksidasi (Ox-LDL). Di sisi lain, endotel bisa mengalami gangguan fungsi yang lama-kelamaan dapat menyebabkan dengan atau tanpa deendotelisasi disertai adhesi trombosit. Molekul plasma dan partikel lipoprotein, yang sesuai ukurannya, dapat melakukan ekstravasasi melalui endotel yang rusak dan masuk ke ruang subendotel. Ox-LDL yang aterogenik akan tertahan dan bersifat *sitotoksik*, *pro-inflamasi*, dan *kemotaktik*. Akibat dari pengaruh tersebut, endotel menjadi aktif dan mengeluarkan sitokin. Nitrogen monoksida (NO) yang dilatasi dihasilkan endotel terkait fungsi vaskular pun berkurang dan terjadi peningkatan pengeluaran sel-sel adhesi yang aktif menangkap monosit dan sel T. Monosit tersebut akan menangkap Ox-LDL dan berubah menjadi sel busa yang kemudian berkembang menjadi inti lemak dengan pelindung fibrosa. Pelindung ini dapat rapuh dan memicu proses trombogenesis. Sel *apoptotic* yang dihasilkan Ox-LDL akan memicu menyebabkan terbentuknya trombus (Septianto, 2020).

c) Diabetes Mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependet Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor risiko *multiple* stroke. Lesi arteriosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Arteriosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada arteriosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah. Suatu *mikroaneurisma* dapat terjadi pada daerah yang mengalami arteriosklerosis tersebut dan selanjutnya dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan *imaging* (Misbach, 2019).

d) Merokok

Stroke pada perokok dapat dipicu oleh asap rokok yang mengandung lebih dari 7000 bahan kimia beracun. Zat kimia ini akan mengubah dan merusak sel-sel di seluruh tubuh. Perubahan yang disebabkan oleh bahan kimia ini meningkatkan risiko stroke pada perokok. Merokok pertama dikaitkan dengan proses percepatan penurunan aliran darah di otak yang disebabkan oleh vasokonstriksi, yang mempercepat pembentukan trombus. Kedua,

merokok menurunkan kolesterol HDL dan melukai sel endotel, yang menyebabkan atheroma. Efek ini meningkatkan risiko stroke iskemik (Randolph, 2016).

e) Penyakit Jantung

Penyakit jantung seperti jantung koroner dan *infark* miokard (kematian otot jantung) menjadi faktor terbesar terjadinya stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah tubuh. Jika pusat pengaturan mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah ini dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap (Randolph, 2016).

f) Kebiasaan Mengonsumsi Alkohol

Mengonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma *homosistein*, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan risiko stroke. Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat trombosis sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin (Randolph, 2016).

4. Patofisiologi

Non hemoragic stroke terjadi apabila terdapat kekurangan aliran darah ke otak, sehingga pada saat terjadinya gangguan aliran darah ini, maka penyediaan glukosa dan oksigen ke otak akan berkurang bahkan sampai terhenti sama sekali. Gangguan aliran darah ini disebabkan oleh berbagai macam penyebab dengan manifestasi klinis yang bervariasi. Diperkirakan sekitar 45% non hemoragic stroke disebabkan oleh trombus dan 20% dikarenakan oleh terjadinya emboli, dan iskemia global (stroke hipotensi), sedangkan sisanya tidak diketahui penyebabnya (Randolph, 2016).

Penyumbatan pembuluh darah sering dimulai dengan terbentuknya plak aterosklerotik pada pembuluh darah arteri yang besar baik pada intrakranial maupun ekstrakranial. Plak ini terbentuk dari lemak, jaringan otot, jaringan ikat, jaringan kolagen, makrophage dan sel-sel inflamasi. Plak ini akan membesar dengan cepat apabila terjadi perdarahan/perluasan pada dindingnya. Pecahnya dinding suatu plak ini akan mempercepat terjadinya proses aterosklerosis, sehingga akan membuat lumen pembuluh darah mengecil dengan cepat dan apabila masih belum terjadi penyumbatan maka akan terjadi tahanan yang cukup besar di daerah ini dan juga terjadi turbulensi aliran darah di tempat ini. Pada plak yang kasar seringkali juga menjadi tempat melekatnya platelet dan disini akan dilepaskannya beberapa mediator baik oleh platelet maupun oleh endotel dari pembuluh darah yang akan menyebabkan berlangsungnya agregasi platelet, sehingga hal ini mengakibatkan makin mengecilnya lumen pembuluh darah (Randolph, 2016).

Proses terjadinya penyumbatan pembuluh darah ini dipengaruhi keseimbangan antara adanya *thromboxane A2*,

prostacyclin dan faktor-faktor lainnya. Dengan terjadinya perlekatan platelet dan fibrin pada plak, maka akan terbentuk "*white clot*", sedangkan "*red thrombus*" yang terdiri dari eritrosit dan fibrin terbentuk karena perlukaan pada dinding arteri, sehingga terjadi aktivasi *tissue factor* yang merupakan stimulator sistem koagulasi yang berakibat teraktivasi kaskade koagulasi. Proses vasokonstriksi pada area ini dipicu oleh terbentuknya *thromboxane A2* yang merupakan vasokonstriktor kuat dan menginduksi terjadinya agregasi lebih lanjut di tempat tersebut. Keberadaan *thromboxane* sebagai vasokonstriktor ini diimbangi dengan dilepaskannya *prostacyclin* oleh endotel pembuluh darah yang berperan sebagai vasodilator dan inhibitor terhadap terjadinya agregasi platelet. Terbentuknya *thromboxane A2* dimulai dengan teraktivasi platelet yang akan menyebabkan pelepasan ADP dan asam arakidonat, di mana asam arakidonat ini akan diubah oleh enzim *siklooksigenase* menjadi prostaglandin *endoperoksidase* yang selanjutnya oleh *thromboxane synthetase* menjadi *thromboxane A2* (Randolph, 2016).

Akibat proses ini terjadi gangguan aliran darah ke bagian otak yang mengalami iskemik yang menyebabkan menurunnya kadar oksigen dan glukosa selanjutnya terjadi penurunan metabolisme dan ATP yang mengakibatkan terjadinya metabolisme *anaerob* yang mengakibatkan terjadinya penumpukan asam laktat CO₂ akibat gangguan pada daerah iskemik. *Infark* pada hemisfer menghasilkan manifestasi menyilang dari lokasi *infarknya*, *infark* hemisfer kanan menghasilkan gejala klinis paralisis tubuh sebelah kiri serta *infark* hemisfer kiri menghasilkan gejala klinis paralisis tubuh sebelah kanan mengakibatkan terjadinya *infark* atau

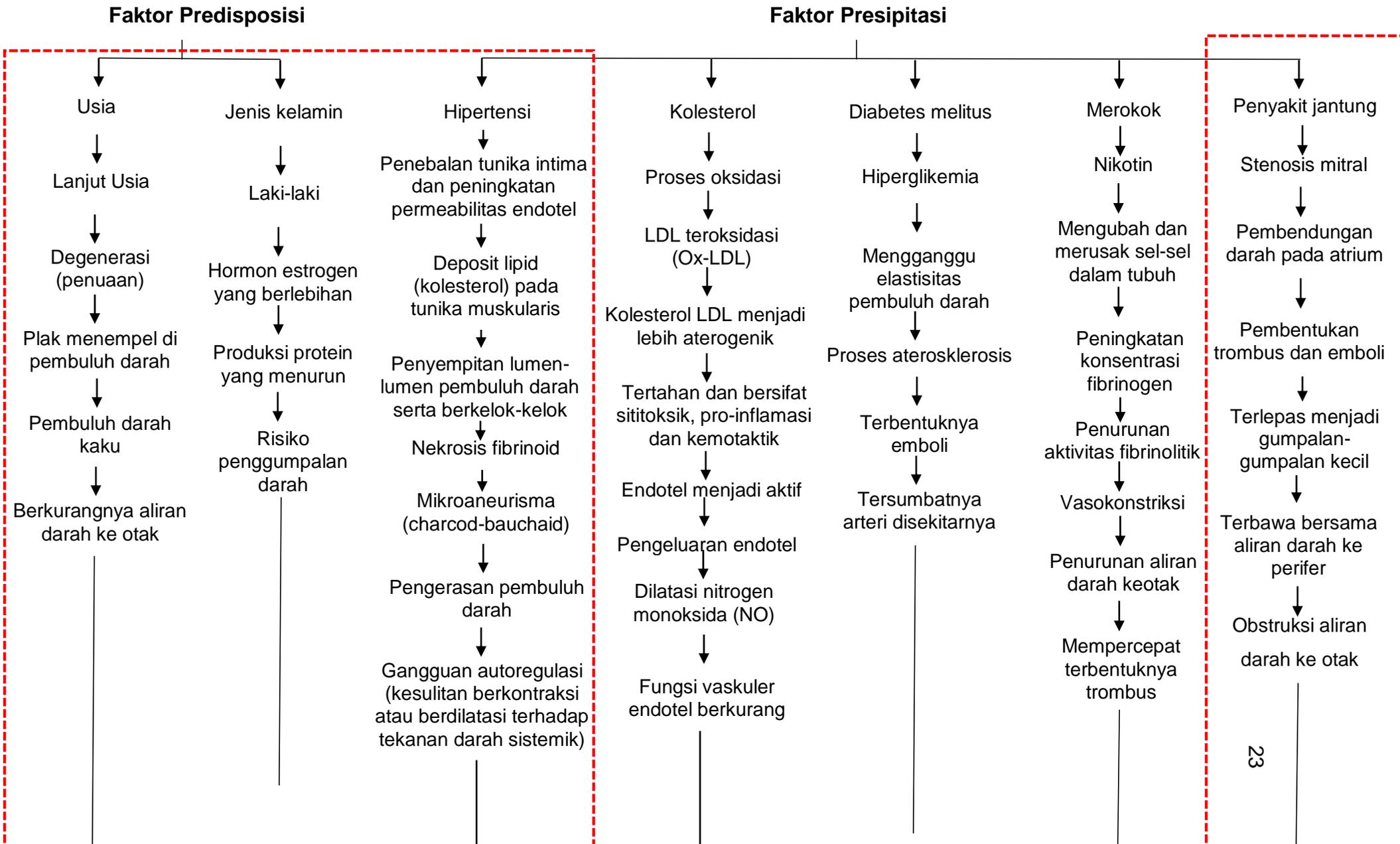
hemiplegia sebagian bahkan secara total (Budianto, Mirawati, Prabaningtyas, & Putra, 2021).

Infark dalam distribusi arteri serebral yang berbeda menghasilkan sindrom klinis yang khas. Sirkulasi posterior pada arteri *vertebralis* mengakibatkan disfungsi nervus XI (asesorius) yang mengakibatkan terjadinya perubahan fungsi motoric dan *musculoskeletal* yang mengakibatkan kejadian *infark*. Okulasi temporer salah satu atau bilateral dari arteri *vertebralis* dapat terjadi akibat dari perputaran kepala pada pasien dengan *spondylosis* servikal, sehingga menyebabkan disfungsi batang otak transien. Trombosis arteri basilar umumnya mengenai sisi proksimal arteri basilaris yang mensuplai pons. Mengakibatkan gangguan horizontal mata, tetapi nystagmus vertical dan acular bobbing bisa terjadi (Budianto et al., 2021)

Oklusi arteri auditori interna mengakibatkan disfungsi nervus VII yang mengakibatkan vertigo central vestibular dan tuli sensori. Emboli ukuran kecil akan menyumbat sisi distal batang otak secara transien mengakibatkan terfragmentasi dan menuju salah satu/kedua arteri serebral, akibatnya terjadi *infark* struktur mesencephalon, thalamus, lobus temporalis dan lobus occipital akibatnya terjadi disfungsi nervus III dan nervus IV akibatnya terjadi abnormalitas visus, visiomotor serta respon pupil melambat. Jejas pada *decendens simpaticus pedunculus cerebri inferior* dan *nucleus spinalis nervus V* serta traktus nervus V mengakibatkan terjadi disfungsi nervus V, nervus VII serta nervus XII akibatnya terjadi kelemahan control otot fasial/oral mengakibatkan ketidakmampuan berbicara. Lesi pada *nucleus dorsalis motoris nervus vagus*, *nucleus solitaries* dan *nucleus ambiguus* mengakibatkan terjadi disfungsi nervus IX akibatnya terjadi ketidakefektifan proses menelan akibatnya

terjadi disfagia, selain itu masuknya cairan pada paru-paru mengakibatkan terjadi infeksi pada paru-paru (Budianto et al., 2021).

5. PATOFLOW DIAGRAM NON HEMORAGIC STROKE



↓
Penurunan aliran darah

↓
Perfusi keotak menjadi iskemik

↓
Peningkatan pengeluaran sel-sel adhesi

↓
Sel-sel adhesi yang aktif menangkap monosit dari sel T

↓
Monosit menangkap Ox-LDL

↓
Menjadi sel busa

↓
Menjadi inti lemak (pelindung fibrosa)

↓
Rapuhnya pelindung fibrosa

↓
Mimicu pelepasan sel apototik yang dihasilkan oleh Ox-LDL

↓
Proses trombogenesis

↓
Terbentuknya trombus

Terbentuknya plak aterosklerosis pada pembuluh darah yang besar (plak dari lemak, jaringan otot, jaringan ikat, jaringan kolagen, makropage, dan sel-sel inflamasi)

Perlekatan platelet dan fibrin pada plak

Plak membesar dengan cepat (terjadi perdarahan/perluasan)

Red thrombus
(eritrosit/fibrin)

Aktivasi *tissue factor*

Teraktivasinya kaskade koagulasi

Aktivasi platelet

Pelepasan ADP dan asam arakidonat

Diubah menjadi prostaglandin adenoperiksidase oleh enzim siklooksigenasi

Tromboxane synthetase

Tromboxane A2

Pecahnya plak

Lumen pembuluh darah mengecil dengan cepat

Turbulensi aliran darah setempat

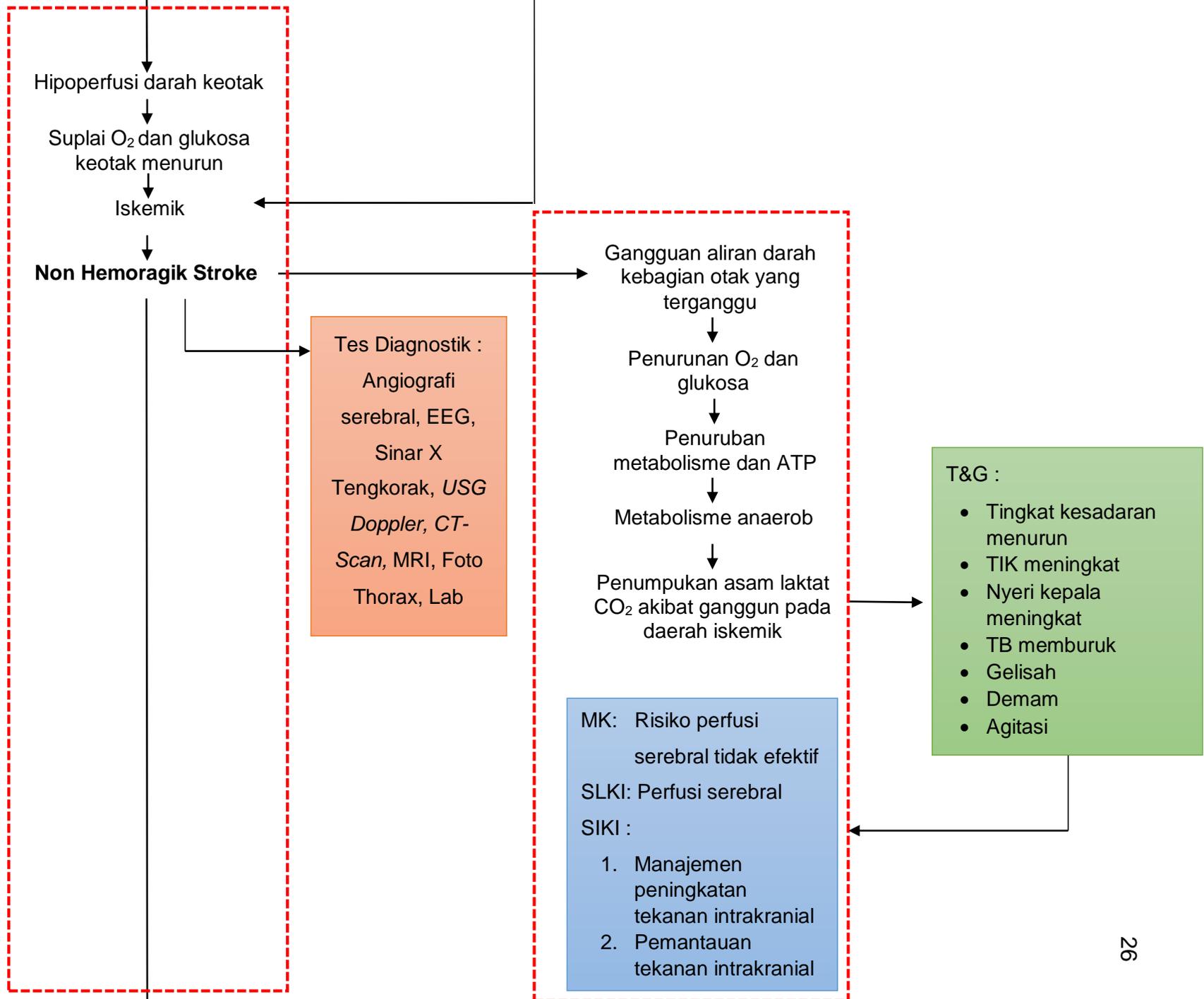
Plak besar menjadi tempat melekatnya platelet oleh endotel pembuluh darah

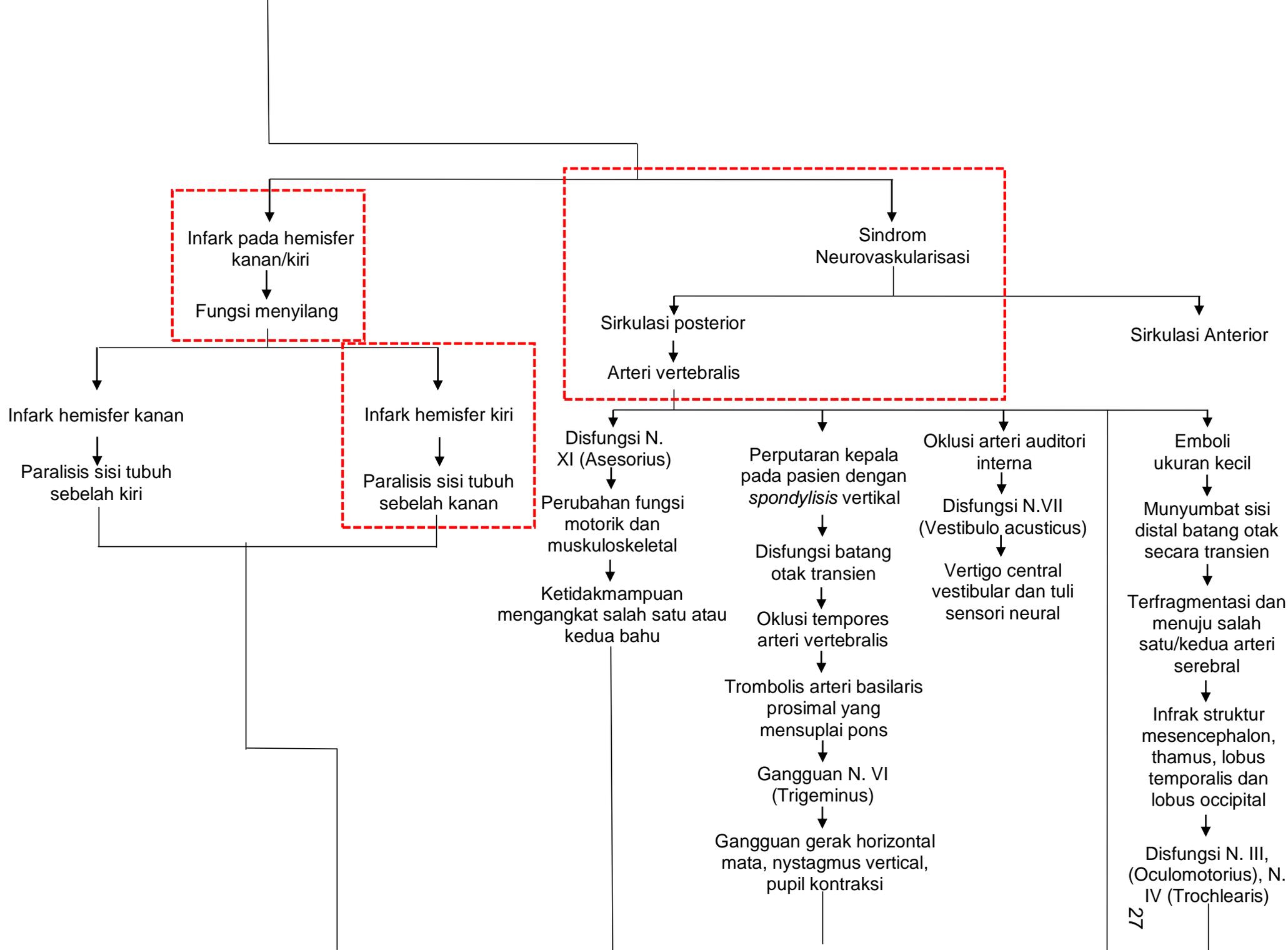
Agregasi platelet

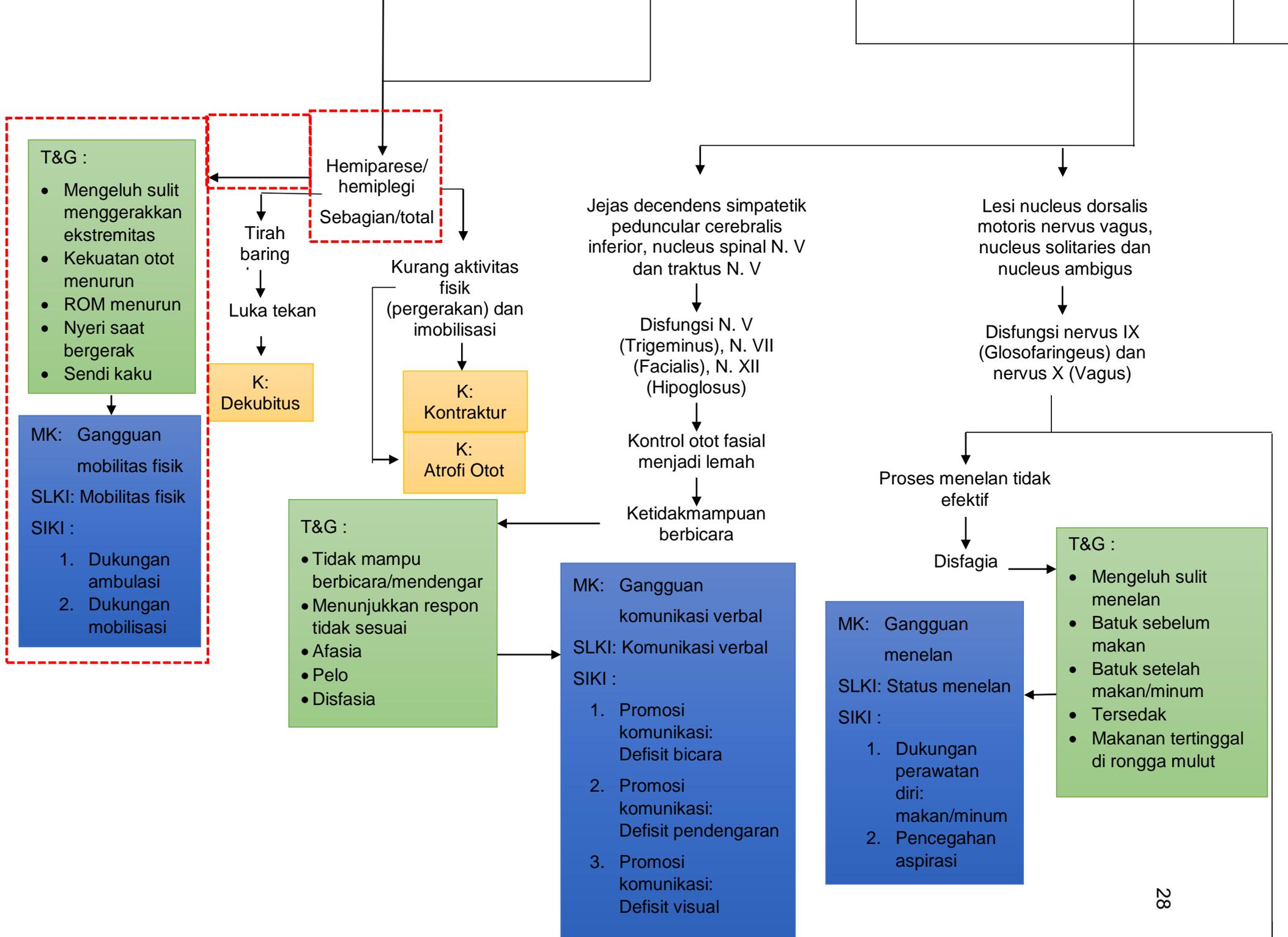
Lumen pembuluh darah mengecil

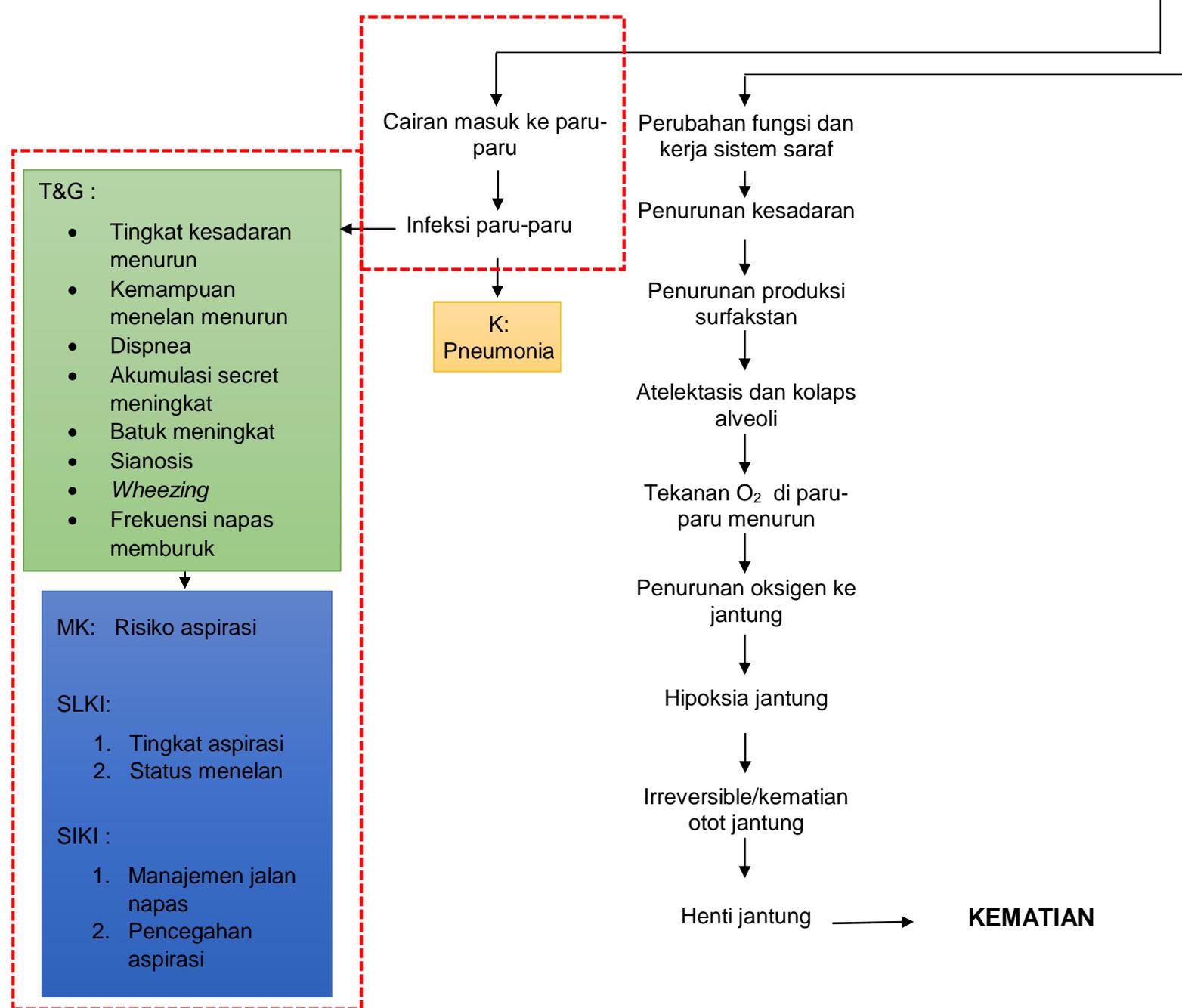
Penyumbatan pembuluh darah

Aterosklerosis









6. Manifestasi Klinik

Menurut Nurarif dan Kusuma, (2016), manifestasi klinik non hemoragic stroke sebagai berikut:

- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
- b. Tiba-tiba hilang rasa peka
- c. Bicara pelo
- d. Gangguan bicara dan bahasa
- e. Gangguan penglihatan
- f. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
- g. Gangguan daya ingat
- h. Nyeri kepala hebat
- i. Vertigo
- j. Kedaran menurun
- k. Proses kencing terganggu
- l. Gangguan fungsi otak

7. Tes Diagnostik

Menurut Radaningtyas (2018) tes diagnostik yang dilakukan pada pasien dengan non hemoragic stroke yaitu:

- a. Angiografi Serebral
Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi/*nuptur*.
- b. Elektro Encefalography
Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- c. Sinar X Tengkorak
Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari massa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada *trobis* serebral. Klasifikasi

persial dinding, *aneurisma* pada pendarahan sub arachnoid.

d. *Ultrasonography Doppler*

Mengidentifikasi penyakit *arteriovenal* (masalah system arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/arterosklerosis).

e. *CT-Scan*

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya *infark*.

f. *Magnetic Resonance Imagine (MRI)*

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah *hemoragic sub arachnois*/perdarahan intrakranial.

g. Pemeriksaan Foto Thorax

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

h. Pemeriksaan Laboratorium

1) Fungsi lumbal : tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus trombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

2) Pemeriksaan darah rutin

3) Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg

dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Setyopranoto (2016) penatalaksanaan pada pasien non hamoragic stroke adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan Umum

1) Pada Fase Akut

- a) Letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap 2 jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- b) Bebaskan jalan napas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya, jika kandung kemih penuh perlu dikosongkan (sebaiknya dengan keteter intermiten).
- d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, Stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan *nasogastric tube*.

- e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- f) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol >220 mmHg, diastol >120 mmHg, Mean Arteri Blood Pressure (MAP) >130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan *infark* miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- g) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitroprusid, penyekat reseptor *alfabeta*, penyekat ACE.
- h) Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol <90 mmHg, diastole <70 mmHg, diberikan NaVL 0,9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat teratasi. Jika belum teratasi, dapat diberikan *dopamine* 2-2µg/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.
- i) Jika kejang, diberikan diazepam 5-20 mg/iv pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100 mg/hari, dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang.
- j) Jika didapat tekanan intrakranial meningkat, diberikan manitol intravena 0,25-1g/kgBB per 30 menit dan jika dicurigai fenomena *rebound*

atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.

2) Fase Rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b) Program manajemen *bladder* dan *bowel*
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM)
- d) Pertahankan integritas kulit
- e) Pertahankan komunikasi yang efektif
- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- g) Persiapan pasien pulang

b. Penatalaksanaan Medis

1) Terapi Farmakologi

Ditujukan reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan, atau yang dianjurkan dengan *trombolitik* rtPA (*Recombinan Tissue Plasminogen Activator*). Dapat juga diberi agen *neuro* proteksi, yaitu *citicoline* atau *piracetam* (jika didapatkan afasia).

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien stroke non hemoragic yaitu:

- a) Fibrinolitik/trombolitik (rtPA/*Recombinan Tissue Plasminogen Activator*)

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah *alteplase*, *tenecteplase*, dan *reteplase*, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya *alteplase*. Obat ini bekerja memecah thrombus

dengan mengaktivasi *plasminogen* yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi adalah resiko perdarahan seperti pada intracranial atau saluran cerna, serta *angioedema*. Beberapa penelitian yang ada menunjukkan bahwa rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi *fibrinolitik* yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang 3-4, atau 5 jam setelah onset gejala.

- b) Antikoagulan, terapi ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya heparin dan warfarin.
- c) Antiplatelet, golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk mencegah stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu *antiplatelet* yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke.
- d) Antihipertensi
 - (1) Pasien dapat menerima rtPA namun tekanan darah >185/110 mmHg maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20mg/IV selama 1-2 menit dapat diulang satu kali atau nikardipin 5mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15mg/jam, setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak

tercapai <185/110 mmHg, maka jangan berikan rtPA.

- (2) Pasien sudah mendapat rtPA, namun tekanan darah sistolik lebih dari 180-230 mmHg atau diastol >105-120 mmHg maka pilihan terapi yaitu *labetanol* 10mg/IV, kemudian infus IV kontinu 2-8mg/menit atau nikardipin 5mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA <180/105 mmHg, monitor tiap 15 menit selama 2 jam dari dimulainya rtPA, lalu tiap 30 menit selama 6 jam dan kemudian tiap jam selama 16 jam.

9. Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2018) komplikasi pada pasien non hemoragic stroke yaitu:

- a. Bekuan darah (trombosis) mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh yang akan mengakibatkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat mengakibatkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
- b. Dekubitus, bagian tubuh yang sering mengalami luka lecet adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila luka ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus decubitus dan infeksi.

- c. Pneumonia, pasien stroke tidak bias batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru sehingga menimbulkan pneumonia.
- d. Atrofi dan kekakuan sendi (kontraktur) hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.
- e. Depresi dan kecemasan, gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Untuk menyusun rencana tindakan dibutuhkannya pengkajian yang tepat untuk mengumpulkan informasi serta data-data yang diperlukan guna untuk mendeteksi masalah dan kebutuhan kesehatan pada pasien dengan non hemoragic stroke.

- a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Data subjektif:

Riwayat kesehatan keluarga, riwayat stroke sebelumnya, hipertensi dan jantung, kebiasaan merokok dan minum alkohol

Data objektif:

Hipertensi arterial yang dapat ditemukan sehubungan dengan adanya embolisme

- b. Pola nutrisi dan metabolik

Data subjektif:

Kehilangan nafsu makan, pelaporan penurunan berat badan

Data objektif:

Turgor kulit tidak elastis, kulit kering, penurunan berat badan

c. Pola eliminasi

Data subjektif:

Berkeringat malam hari, konstipasi, diare

Data objektif:

Warna urine kuning

d. Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif:

Kelemahan umum, melaporkan kelelahan, dan kelemahan secara verbal

Data objektif:

Takikardi, *takipnea/dyspnea* pada saat melakukan aktivitas, kelelahan otot

e. Pola tidur dan istirahat

Data subjektif:

Pasien melaporkan kesulitan untuk tidur, sering terbangun pada malam hari, mimpi buruk

Data objektif:

Gelisah, sering menguap, tampak *palpebra* berwarna gelap

f. Persepsi sensorik dan kognitif

Data subjektif:

Perasaan nyeri dada

Data objektif:

Bingung dan gelisah

g. Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif:

Perasaan tidak berdaya, harapan tidak ada

Data objektif:

Ketakutan, menyangkal, ansietas, mudah tersinggung

- h. Pola peran dan hubungan dengan sesama
Data subjektif:
Perasaan isolasi dan penolakan karena penyakit menular
Data objektif:
Perubahan pola kebiasaan dalam tanggung jawab atau perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran.
- i. Pola reproduksi dan seksualitas
Data subjektif:
Kelemahan umum, masalah seksualitas yang berhubungan dengan penyakit
Data objektif:
Perilaku distraksi, penurunan libido, perilaku seksual yang menyimpang
- j. Pola sistem nilai dan kepercayaan
Data subjektif:
Tekanan spiritual yang dialami sehubungan dengan penyakit
Data objektif:
Tampak melakukan ibadah, alat doa tersedia (Purwanto, 2016).

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang bisa muncul pada pasien non hemoragic stroke berdasarkan SDKI dalam PPNI (2016) adalah:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017).
- b. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan *neuromuscular* d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D.0054).

- c. Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan *neuro muscular* d.d tidak mampu bicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, afasia, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119).
- d. Gangguan menelan b/d gangguan serebrovaskular d.d mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak (D.0063).
- e. Risiko aspirasi d.d penurunan tingkat kesadaran (D.0006).

3. Luaran dan Rencana Tindakan Keperawatan

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

SLKI:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral dapat meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- 5) Kesadaran membaik

SIKI:

Pemantauan Neurologis (I.06197).

Observasi:

- 1) Monitor tingkat kesadaran (mis. menggunakan Skala Koma Glasgow)
Rasional: menilai tingkat kesadaran pasien
- 2) Monitor tingkat orientasi
Rasional: mengkaji adanya kecenderungan pada tingkat kesadaran
- 3) Monitor tanda-tanda vital
Rasional: memantau keadaan umum
- 4) Monitor kekuatan pegangan
Rasional: memantau kerusakan neuromotor pasien
- 5) Monitor keluhan sakit kepala
Rasional: mengidentifikasi peningkatan dan penurunan keluhan sakit kepala
- 6) Monitor karakteristik bicara: kelancaran, kehadiran afasia, atau kesulitan mencari kata

Rasional: untuk mengetahui adanya gangguan bicara

7) Monitor respon terhadap pengobatan

Rasional: untuk mengetahui perkembangan setelah diberikan pengobatan

Teraupetik:

1) Tingkatkan pemantauan neurologis, jika perlu

Rasional:

2) Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial

Rasional:

3) Dokumentasikan hasil pemantauan

Rasional: sebagai bukti pelaporan telah dilakukannya kegiatan

Edukasi:

1) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Rasional: memonitor adanya perubahan

- b. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan *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 dapat meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Gerakan terbatas menurun
- 5) Kelemahan fisik menurun

SIKI:

Dukungan Mobilisasi (I.05173).

Observasi

- 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
Rasional: untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan
- 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
Rasional: untuk mengetahui kondisi pasien sebelum melakukan pergerakan
- 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
Rasional: untuk mengetahui kondisi pasien selama melakukan pergerakan

Teraupetik:

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
Rasional: untuk meminimalkan risiko jatuh
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
Rasional: mencegah terjadinya cedera pada pasien
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
Rasional: menjadi penyemangat untuk pasien agar cepat sembuh

Edukasi:

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
Rasional: membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
Rasional: untuk melatih kekuatan otot

- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Rasional: untuk meningkatkan pergerakan pada pasien

- c. Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan *neuro muscular* d.d tidak mampu bicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, afasia, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119)

SLKI:

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

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

SIKI

Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492).

Observasi:

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara

Rasional: untuk mengetahui adanya gangguan bicara

Teraupetik:

- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan *computer*)

Rasional: sebagai metode lain untuk berkomunikasi

- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan keluarga untuk memahami ucapan pasien)

Rasional: membantu penyampaian pesan yang disampaikan

- 3) Ulangi apa yang disampaikan pasien

Rasional: agar tidak terjadi kesalahan dalam berkomunikasi

- 4) Berikan dukungan psikologis

Rasional: agar pasien semangat untuk sembuh

Edukasi:

- 1) Anjurkan bicara perlahan

Rasional: melatih pelafalan kata/kalimat yang disampaikan

Kolaborasi:

- 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

Rasional: membantu kekurangan dan kebutuhan terapi yang diberikan

- d. Risiko aspirasi b/d penurunan tingkat kesadaran d.d stroke (D.0006).

SLKI:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat aspirasi menurun (L.01006) dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Kemampuan menelan cukup meningkat
- 3) Dispnea cukup menurun
- 4) Frekuensi napas cukup membaik
- 5) Batuk cukup menurun
- 6) Gelisah cukup menurun.

SIKI:

Manajemen jalan napas (I.01011).

Observasi:

- 1) Monitor pola napas
Rasional: mengetahui frekuensi, usaha bernapas, dan kedalaman
- 2) Monitor bunyi napas tambahan
Rasional: menilai adanya kelaianan bunyi napas

Teraupetik:

- 1) Posisikan semi fowler atau fowler
Rasional: meringankan kerja paru untuk memenuhi oksigen
- 2) Berikan oksigen
Rasional: untuk memenuhi kebutuhan oksigen

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi intubasi ulang jika terbentuk mucus plug yang tidak dapat dilakukan penghisapan
Rasional: untuk mencegah terjadinya aspirasi

4. **Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)**

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

- a. Mengajarkan berobat dan memeriksakan tekanan darah secara teratur (minimal 1 kali seminggu) (Muttaqin, 2018).
- b. Mengajarkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis (Purwanto, 2016).
- c. Mengajarkan untuk mempertahankan diet dengan gizi seimbang (banyak makan buah dan sayuran), membatasi makanan tinggi garam, lemak dan menghindari merokok, kopi, dan alkohol (Setyopranoto, 2016).

- d. Mengajarkan terapi bicara untuk membantu pasien dalam mempelajari kembali keterampilan bahasan dan komunikasi (Wahyuni, Nurrachmah, & Gayatri, 2012).
- e. Mengajarkan latihan terapi fisik untuk memungkinkan pasien belajar kembali cara berjalan, duduk, berbaring dan berpindah tempat (Nurarif & Kusuma, 2016)
- f. Menganjurkan keluarga untuk memotivasi pasien agar tetap bersemangat dalam latihan fisik (Septianto, 2020)
- g. Menganjurkan pasien melakukan *shaker exercise*, suatu rehabilitasi yang bertujuan untuk memperkuat otot-otot *suprahyoid* di leher yang saat menelan meningkatkan gerakan ke atas dan ke depan dari tulang hyoid dan laring sehingga terjadi peningkatan pembukaan sfingter esofagus bagian atas dan akan memudahkan makanan untuk masuk ke saluran pencernaan bagian bawah (Winandari et al., 2022).

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pada tanggal 13 Juni 2022 Tn.M usia 72 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan atas dan kanan bawah. Keluhan tersebut dirasakan sejak sore hari. Pada saat pengkajian tanggal 14 Juni 2022, keluarga pasien mengatakan pasien tampak sesak napas, tidak dapat menggerakkan kaki kanan dan tangan kanannya, tidak merespon saat diajak bicara, dan belum bisa menelan makan dan minuman yang diberikan. Terpasang IVFD NaCl 500 cc, O2 nasal canul 5L, terpasang kondom kateter, dan terpasang NGT. Saat ini pasien diberikan Citicoline 500mg/8 jam/IV, Cefoperazone 1gr/12 jam/IV, Ranitidine 50 mg/12 jam/IV, Furosemide 10 mg/8jam/IV, Neurosambe 3ml/24 jam/IV.

Hasil observasi : 110/70 mmHg, N: 80 x/menit, S:36,2°C, P: 28 x/menit

Diagnosa Medik : NHS

Hasil Laboratorium : 09 Juni 2022

PLT : 133 ($10^3/uL$) ↓

RDW-CV : 14,7 (%) ↑

PDW : 14,2 (fL) ↑

MPV : 12,0 (fL) ↑

P-LCR : 40,7 (%) ↑

PCT : 0,16 (%) ↓

Hasil Pemeriksaan MSCT Scan Kepala: 14 Juni 2022

Kesan:

1. Infark lobus frontalis sinistra (pericornu anterior ventrikel lateralis)
2. Infark lacunar nucleus lentiformis dextra, nucleus caudatus sinistra, corona radiata bilateral

B. Pengkajian

UNIT : Bernadeth II Autoanamnese :
 Kamar : 508 bed 2 Alloanamnese : ✓
 Tanggal Masuk RS : 13 Juni 2022
 Tanggal Pengkajian : 14 Juni 2022

1. IDENTIFIKASI

a. PASIEN

Nama Initial : Tn.M
 Umur : 72 tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Status Perkawinan : Menikah
 Jumlah anak : 7 anak
 Agama/suku : Islam
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Indonesia
 Pendidikan : S1
 Pekerjaan : Pensiunan
 Alamat rumah : Palangga Mas 3 Blok D/2

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. I
 Umur : 68 tahun
 Alamat : Palangga Mas 3 Blok D/2
 Hubungan dengan pasien : Istri

2. DATA MEDIK

Diagnosa medik

Saat masuk : NHS+CAD+CHF

Saat pengkajian : NHS

3. KEADAAN SAKIT

a. KEADAAN SAKIT

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

Alasan : Pasien tampak terpasang O2 nasal canul 5l, terpasang kondom kateter, terpasang NGT, terpasang IVFD Nacl 0.9%, keadaan umum pasien tampak lemah, tampak ekstremitas kanan atas dan bawah tidak dapat digerakkan

b. TANDA-TANDA VITAL

1) Kesadaran (kualitatif) : Pasien Somnolens

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 4

b) Respon bicara : 2

c) Respon membuka mata : 3

Jumlah : 9

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 110/70 mmHg

MAP : 83,33 mmHg

Kesimpulan : Perfusi darah ke ginjal memadai

3) Suhu : 36,2°C di Oral Axilla Rectal

4) Pernapasan : 28 x/menit

Irama : Teratur Takipnea Takikardi

Cheynes-stokes

Jenis : Dada Perut

5) Nadi : 80 x/menit

Irama : Teratur Bradikardi Takikardi

Kuat Lemah

c. PENGUKURAN

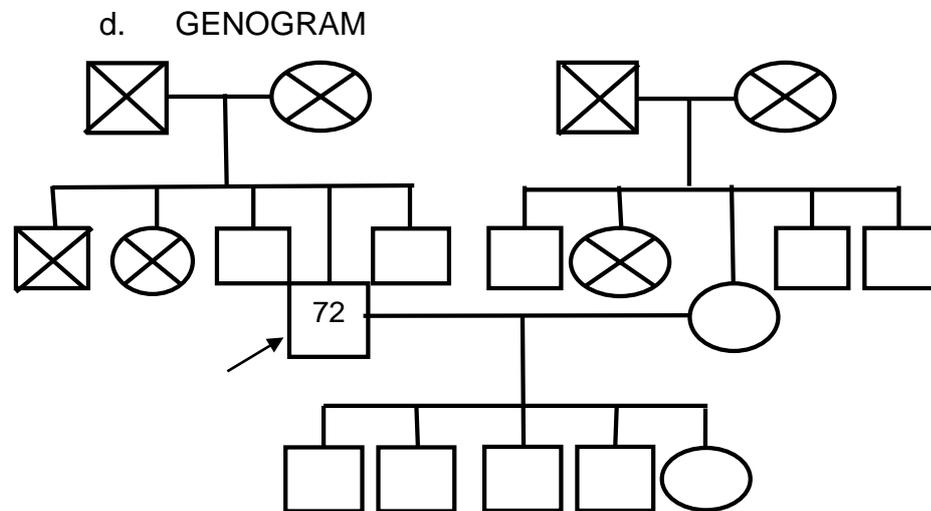
1) Lingkar lengan atas : Tidak dikaji

2) Tinggi badan : 168 cm

3) Berat badan : 72 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 25,2

Kesimpulan: Pasien berada pada kategori berat badan lebih



Keterangan:



4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien selalu beranggapan bahwa kesehatan itu penting, karena bagi pasien dengan sehat segala sesuatu dapat terasa lebih lancar untuk dilalui. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah menderita penyakit hipertensi sejak ±20 tahun dan rutin mengkonsumsi

obat anti hipertensi amlodipine. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mengurangi mengkonsumsi olahan dari daging dan lemak

2) Riwayat Penyakit Saat Ini:

Keluhan utama:

Hemiparese dextra

Riwayat Keluhan Utama:

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 27 Mei 2022 pasien mengeluh sesak napas dan langsung dibawa kerumah sakit dan pada tanggal 05 Juni 2022 keluar dari rumah sakit, pada tanggal 09 Juni 2022 pasien dibawa lagi kerumah sakit dengan keluhan yang sama sesak nafas dan keluar rumah sakit pada tanggal 13 Juni 2022.

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 13 Juli 2022 setelah pulang dari rumah sakit pasien beristirahat dirumah (tidur siang) dan sekitar 2 jam kemudian saat istrinya melihat dikamar tidurnya pasien sudah tidak dapat menggerakkan kaki kanan dan tangan kanan. Istri pasien juga mengatakan pasien tampak sesak napas dan sudah tidak merespon saat diajak berbicara. Istri pasien mengatakan ia mencoba memberikan minum tapi pasien tersedak, sehingga keluarga pasien memutuskan membawa pasien ke IGD Stella Maris Makassar.

Pada saat pengkajian tanggal 14 Juni 2022 diruang rawat, keluarga pasien mengatakan pasien tampak sesak napas, tidak dapat menggerakkan kaki kanan dan tangan kanannya, tidak merespon saat diajak

bicara dan belum bisa menelan makanan dan minuman yang diberikan.

3) Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami:

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak ±20 tahun. Keluarga pasien mengatakan pasien didiagnosa menderita penyakit CAD+CHF serta Efusi Pleura sejak dirawat di rumah sakit 27 Mei 2022.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga:

Keluarga pasien mengatakan selalu memperhatikan kesehatan dan menjaga kesehatan serta pola makan. Keluarga mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang menderita penyakit.

Pemeriksaan Fisik:

a) Kebersihan rambut

Tampak rambut beruban, tidak berbau

b) Kulit kepala

Tampak kulit kepala bersih, tidak ada lesi

c) Kebersihan kulit

Tampak kulit bersih, tidak bersisik, tidak luka

d) *Higiene* rongga mulut

Tampak tidak ada stomatis, apthae, berbau

e) Kebersihan genetalia

Tampak genetalia bersih, tidak ada luka

f) Kebersihan anus

Tampak anus bersih, tidak ada hemoroid

b. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien mengkonsumsi makanan (nasi, ikan, sayur, daging dan buah), dan kadang-kadang seminggu sekali mengkonsumsi

olahan daging seperti coto dan konro. Keluarga pasien mengatakan pasien menyukai olahan makanan dari daging sapi seperti konro dan tidak menyukai olahan daging ayam. Keluarga pasien mengatakan selama dirawat dirumah sakit beberapa hari yang lalu pasien mengkonsumsi makanan (bubur, ikan daging, dan sayur) dengan porsi makan 2-8 sendok makan keluarga pasien mengatakan dalam sehari bisa mengkonsumsi ± 1500 ml air putih. Keluarga pasien mengatakan selama dirawat lalu badan pasien sedikit kurus.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien mengkonsumsi bubur saring dan susu yang diberikan melalui selang NGT (sonde), pasien disonde 3x sehari. Keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien mengkonsumsi ± 750 ml air putih. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menelan makanan serta tidak dapat mengunyah makanan yang diberikan.

Observasi:

Input cairan (8 jam): IVFD Nacl (500 ml) + air putih (500 ml) + sonde (500 cc) = 1500. Output cairan (8 jam): Urine: ± 800 ml

3) Pemeriksaan Fisik:

a) Keadaan rambut

Tampak rambut beruban, tidak berbau

b) Hidrasi kulit

Finger print kembali dalam < 3 detik

- c) *Palpebra/conjuctiva*
Tampak palpebra tidak edema, conjuctiva tidak anemik
- d) *Sclera*
Tampak sclera tidak icterik
- e) Hidung
Tampak septum hidung tidak ditengah, deviasi kedextra, tidak ada secret dihidung, tidak ada peradangan
- f) Rongga mulut
Tampak tidak stomatis dan apthae, berbau
- g) Gigi
Tampak sisa makanan, tampak gigi berjarang-jarang, tampak karang gigi, tampak tidak ada peradangan, tampak tidak ada gigi berlubang, tampak tidak ada gigi palsu
- h) Kemampuan mengunyah keras
Tampak pasien tidak bisa mengunyah makanan yang diberikan
- i) Lidah
Tampak lidah bersih, tidak ada peradangan, tampak lidah kaku miring kearah kanan
- j) Pharing
Tidak dikaji (terhalang oleh lidah)
- k) Kelenjar getah bening
Tampak tidak ada pembesaran kelenjar
- l) Kelenjar parotis
Tampak tidak ada peradangan

m) Abdomen

(1) Inspeksi

Tampak abdomen datar, umbilicus tidak menonjol

(2) Auskultasi

Terdengar peristaltik usus 12 x/menit, tidak ada bising usus

(3) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan, abdomen tidak ada massa/benjolan, turgor kulit baik, saat dipalpasi hepar tidak teraba, tidak ada pembesaran lien, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas pada titik Mc. Burney

(4) Perkusi

Terdengar bunyi tympani, tidak ada nyeri ketuk ginjal

n) Kulit

(1) Edema : Positif Negatif

(2) Icteric : Positif Negatif

(3) Tanda-tanda radang: Tidak ada tanda-tanda radang

o) Lesi : Tampak kulit tidak ada lesi

c. POLA ELIMINASI

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga mengatakan frekuensi BAB pasien 1-2 kali sehari, warna feses kuning, dengan konsistensi padat, dan jumlah. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengeluh kesulitan atau tidak nyaman saat BAB. Keluarga pasien mengatakan pasien bisa menahan rasa ingin BAB serta tidak menggunakan obat sembelit.

Keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien BAK 4-6 kali dengan warna bening, jumlah urine tiap kali BAK ± 200 cc tidak dirasakan ketidaknyamanan saat BAK. Keluarga pasien juga mengatakan pasien bisa menahan saat ingin BAK. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak poliuri, oliguria, anuria maupun disuri.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1 kali sehari, warna feses kuning, konsistensi padat, dan jumlah. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengeluh kesulitan BAB. Keluarga pasien mengatakan pasien BAK melalui kateter.

Observasi:

BAB: Tampak feses berwarna kuning, padat

BAK: Tampak urine berwarna kuning pekat, jumlah 500 cc

3) Pemeriksaan Fisik:

- a) Peristaltik usus : 12x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : Penuh Kosong
- c) Nyeri ketuk ginjal : Positif Negatif
- d) Mulut uretra : Tampak bersih
- e) Anus

(1) Peradangan: Tampak tidak ada peradangan

(2) Hemoroid: Tampak tidak ada hemoroid

(3) Fistula : Tampak tidak ada fistula

d. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien melakan aktivitasnya dirumah sebagai kepala keluarga.

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang pensiunan PNS. Keluarga pasien mengatakan pasien sering menonton TV dan jarang melakukan olahraga.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak dirawat di RS (27 Mei 2022) aktivitas pasien kebanyakan di tempat tidur dibantu oleh keluarganya, pada tanggal 13 Juni 2022 setelah pulang dari RS pasien beristirahat di rumah (tidur siang), dan sekitar 2 jam kemudian saat istrinya melihat di kamar tidurnya pasien sudah tidak dapat menggerakkan kaki kanan dan tangan kanan dan tampak tubuh bagian kanan menjadi lemah dan kaku. Istri pasien mengatakan pasien tampak sesak napas dan sudah tidak merespon saat diajak berbicara, istri pasien juga mengatakan ia dan keluarganya memutuskan untuk membawa pasien ke IGD Stella Maris. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak nafas, keluarga pasien mengatakan tampak badan pasien lemah sebelah kanan dan sulit menggerakkan kaki kanan dan tangan kanan. Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan dalam melakukan aktivitas seperti mandi, berpakaian, BAB dan BAK.

Observasi:

Tampak pasien lemah, tampak pasien kesulitan (tidak dapat) menggerakkan kaki kanan dan tangan kanan, tampak pasien dibantu saat berpakaian, BAB, tampak pasien menggunakan otot pernapasan diafragma.

- a) Aktivitas Harian:
- | | | |
|---------------------------------|-----|----------------------------|
| (1) Makan | : 3 | 0 : Mandiri |
| (2) Mandi | : 2 | 1 : Bantuan dengan alat |
| (3) Pakaian | : 2 | 2 : Bantuan orang |
| (4) Kerapihan | : 2 | 3 : Bantuan alat dan orang |
| (5) Buang air besar | : 2 | 4 : Bantuan penuh |
| (6) Buang air kecil | : 3 | |
| (7) Mobilisasi di tempat tidur: | 4 | |
- b) Postur tubuh
Tidak dikaji (pasien tidak dapat berdiri/lemah)
- c) Gaya jalan
Tidak dikaji (pasien tidak dapat berdiri/lemah)
- d) Anggota gerak yang cacat
Tidak ada anggota gerak yang cacat
- e) Fiksasi
Tidak terdapat fiksasi
- f) Tracheostomi
Tidak ada pemasangan tracheostomi
- 3) Pemeriksaan fisik
- a) Tekanan darah
- | | |
|------------|--|
| Berbaring | : 110/70 mmHg |
| Duduk | : - |
| Berdiri | : - |
| Kesimpulan | : Hipotensi ortostatik: |
| | <input type="checkbox"/> Positif <input checked="" type="checkbox"/> Negatif |
- b) HR : 80x/menit
- c) Kulit
Keringat dingin: Tidak teraba keringat dingin
Basah: Tampak kulit tidak basah
- d) JVP : 5-2 cmH₂O
Kesimpulan : Tidak ada bendungan

vena jugularis

- e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : 2 detik
- f) Thorax dan pernapasan
- (1) Inspeksi:
- Bentuk thorax: Normal
- Retraksi interkostal: Tidak ada tanda-tanda retraksi interkostal
- Sianosis: Tidak ada tanda-tanda sianosis
- Stridor : Tidak terdengar bunyi stridor
- (2) Palpasi:
- Vocal premitus: Getaran teraba sama di lapang paru kiri dan kanan
- Krepitasi : Tidak teraba krepitasi
- (3) Perkusi:
- Sonor Redup Pekak
- Lokasi: Dinding dada
- (4) Auskultasi:
- Suara napas : Bronchial
- Suara ucapan: Getaran teraba sama di lapang paru kiri dan kanan
- Suara tambahan : Ronchi
- g) Jantung
- (1) Inspeksi:
- Ictus Cordis : ICS 5 Medio Clavicularis Sinistra
- (2) Palpasi
- Ictus cordis: Lebar ictus cordis 1 cm
- (3) Perkusi:
- Batas atas jantung: ICS 2 parasternalis dextra
- Batas bawah jantung: ICS 5 linea

parasternalis

Batas kanan jantung: ICS 3 linea

parasternalis dextra

Batas kiri jantung: ICS 3 linea

parasternalis sinistra

(4) Auskultasi:

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

Bunyi jantung II P: Tunggal di ICS 2 dan
3 linea sternalis dextra

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

Bunyi jantung I M: Tunggal di ICS 5 medio
clavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop: Tidak
terdengar

Murmur: Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak terdengar

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis: Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot: Positif Negatif

(2) Rentang gerak

Terbatas, pasien tidak dapat
menggerakkan tangan kanan dan kaki
kanan

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Badan sebelah kanan

Paralisis : Tidak ada

(3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	1	5
Kaki	1	5

Keterangan:

Nilai 5: Kekuatan penuh

Nilai 4: Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(a) Refleks fisiologi: Biseps (+),
Triseps (+)

(b) Refleks patologi:

Babinski, Kiri : Positif
 Negatif
 Kanan : Positif
 Negatif

(c) Clubing jari-jari: Tidak ada tanda-tanda clubbing jari-jari

(d) Varises tungkai: Tidak ada varises tungkai

i) Columna Vetebralis

(1) Inspeksi: Lordosis Kiposis
 Skoliosis

(2) Palpasi: Tidak ada nyeri tekan

(3) Kaku kuduk: Tidak kaku kuduk

e. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien memang sudah mengalami kesulitan untuk tidur, pasien tidur jarang tidur siang jika tidur siang sekitar 1-2 jam dan tidur malam 4-6 jam. Keluarga pasien mengatakan saat terbangun pasien tampak tidak segar. Keluarga pasien mengatakan tidak membutuhkan pengantar tidur apapun.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak dirawat di RS pada tanggal 09 Juni 2022 pasien tampak kesulitan untuk tidur, pasien tidur siang 1-2 jam, tidur malam 4-6 jam. Keluarga pasien mengatakan saat terbangun pasien tampak tidak segar. Keluarga pasien mengatakan tidak membutuhkan pengantar tidur apapun.

Observasi:

Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk

Ekspresi wajah mengantuk: Positif Negatif

Banyak menguap : Positif Negatif

Palpebra inferior berwarna: Positif Negatif

f. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran ataupun penglihatan. Keluarga pasien mengatakan pasien mudah dalam mempelajari sesuatu. Keluarga pasien mengatakan kalau merasa nyeri seperti nyeri kepala maka pasien

akan mengkonsumsi obat panadol untuk meredakan nyeri.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran ataupun penglihatan. Keluarga pasien mengatakan pasien mudah dalam mempelajari sesuatu. Keluarga pasien juga mengatakan sejak dirawat di RS pada tanggal 09 Juni 2022 jika merasakan sesuatu akan memanggil perawat untuk mendapatkan penanganan.

3) Observasi:

Tampak tidak menggunakan alat bantu, kemampuan bicara kurang.

4) Pemeriksaan Fisik:

a) Penglihatan

- (1) Kornea : Tampak jernih
- (2) Pupil : Isokor kiri dan kanan
- (3) Lensa mata : Tampak jernih
- (4) Tekanan Intra Okuler (TIO): Teraba sama kiri dan kanan

b) Pendengaran

- (1) Pina : Tampak simetris kiri dan kanan
- (2) Kanalis: Tampak bersih tidak ada serumen
- (3) Membran timpani: Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada lengan dan tungkai

g. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang kepala keluarga yang selalu melindungi dan menyayangi istri dan anak-anaknya.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tampak sedih dengan kondisinya dan sesekali menangis.

3) Observasi:

a) Kontak mata

Tampak mata pasien tertuju pada perawat saat perawat mengajak berbicara

b) Rentang perhatian : Rentang perhatian baik

c) Suara dan cara bicara: Tampak pasien aphasia

d) Postur tubuh: Tidak dikaji

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata: Tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh: Tidak dikaji

c) Kulit: Tampak bersih tidak lesi

h. POLA PERAN HUBUNGAN DAN SESAMA

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama istri dan anak-anaknya dan hubungan terjalin dengan baik dan harmonis. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki hubungan yang baik dengan tetangga serta kerabatnya. Keluarga pasien mengatakan beberapa waktu yang lalu saat dirawat di RS pasien ditemani oleh istri dan anaknya.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tetap menjalin hubungan yang baik dan harmonis dengan anggota

keluarga meskipun sedang dirawat dirumah sakit. Keluarga pasien mengatakan merasa sedih dengan kondisi pasien saat ini.

3) Observasi:

Tampak ada gangguan dalam interaksi dengan anggota keluarga (pasien tidak dapat merespon/membalas dengan kata).

i. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki gangguan pada sistem reproduksinya.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki gangguan pada sistem reproduksinya.

3) Observasi:

Tampak tidak ada penyimpangan seksual

j. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga pasien mengatakan hal yang membuat pasien marah adalah saat apa yang tidak sesuai dengan keinginannya, anak dan istrinya selalu membantunya dalam menyelesaikan masalah.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien sulit untuk berinteraksi dengan lingkungannya saat ini (rumah sakit).

3) Observasi:

Tampak pasien gelisah, tampak tidak ada sayatan di badan pasien.

k. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1) Keadaan Sebelum Sakit:

Keluarga pasien mengatakan tujuan hidup pasien untuk membahagiakan keluarganya serta memberikan yang terbaik untuk anak-anaknya serta istrinya. Keluarga pasien mengatakan pasien pasien taat dalam melaksanakan kewajiban agama yang dianutnya.

2) Keadaan Sejak Sakit:

Keluarga pasien mengatakan harapan pasien sekarang pasti ingin sembuh.

3) Observasi:

Tampak ada alat untuk beribadah (sajadah).

5. UJI SARAF CRANIAL

a. N I

Tidak dikaji

b. N II

Tidak dikaji

c. N III, IV, VI

Tampak pasien dapat menggerakkan bola mata ke kiri dan ke kanan serta melirik

d. N V

Sensorik: Tampak pasien menunjuk lokasi goresan dengan benar

Motorik: Tidak dikaji

e. N VII

Sensorik : Tidak dikaji

Motorik : Tidak dikaji

f. N VIII

Vestibularis : Tidak dikaji (pasien tidak dapat duduk

tanpa sandaran)

Akustikus: Tidak dikaji

g. N IX

Tidak dikaji (pasien tidak dapat menelan, pasien tersedak)

h. N X

Tidak dikaji

i. N XI

Tampak pasien mampu mengangkat bahu kiri dan dapat menggerakkan kepala

j. N XII

Tidak dikaji

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Hasil Pemeriksaan

Nama Pasien : Tn.M

Umur : 72 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tanggal Pemeriksaan : 09 Juni 2022

1) Hematologi

PEMERIKSAAN HEMATOLOGI	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
WBC	5.66	(4.60-10.20)	($10^3/uL$)
RBC	5.23	(4.00-6.10)	($10^6/uL$)
HGB	14.8	(12.2-18.1)	(g/dL)
HCT	44.1	(37.0-53.7)	(%)
MCV	84.3	(80.0-97.0)	(fL)
MCH	28.3	(26.0-31.2)	(pg)
MCHC	33.6	(31.8-35.4)	(g/dL)
PLT	133 ↓	(150-450)	($10^3/uL$)
RDW-SD	45.7	(37.0-54.0)	(fL)
RDW-CV	14.7 ↑	(11.5-14.5)	(%)

PDW	14.2 ↑	(9.0-13.0)	(fL)
MPV	12.0 ↑	(7.2-11.1)	(fL)
P-LCR	40.7 ↑	(15.0-25.0)	(%)
PCT	0.16 ↓	(0.17-0.35)	(%)
NEUT#	3.01	(1.50-7.00)	(10 ³ /uL)
LYMPH#	1.93	(1.00-3.70)	(10 ³ /uL)
MONO#	0.41	(0.00-0.70)	(10 ³ /uL)
EO#	0.29	(0.00-0.40)	(10 ³ /uL)
BASO#	0.02	(0.00-0.10)	(10 ³ /uL)
IG#	0.00	(0.00-7.00)	(10 ³ /uL)
NEUT%	53.2	(37.0-80.0)	(%)
LYMPH%	34.1	(10.0-50.0)	(%)
MONO%	7.2	(0.0-14.0)	(%)
EO%	5.1	(0.0-1.0)	(%)
BASO%	0.4	(0.0-1.0)	(%)
IG%	0.0	(0.0-72.0)	(%)

2) Pemeriksaan MSCT Scan Kepala

Kesan:

- a) Infark lobus frontalis sinistra (pericornu anterior ventrikel lateralis)
- b) Infark lacunar nucleus lentiformis dextra, nucleus caudatus sinistra, corona radiata bilateral

7. TERAPI

- a. Citicoline 500 mg/8 jam/IV
- b. Neurosambe 3 ml/24 jam/IV
- c. Cefoperazone 1 gr/12 jam/IV
- d. Ranitidine 50 mg/12 jam/IV
- e. Furosemide 10 mg/8 jam/IV
- f. Ondancetron 4 mg/12jam/IV
- g. CPG 75mg/12 jam/oral

- h. OBH syr 3x1/oral
- i. NaCl 0.9%

DAFTAR OBAT

1. Obat Citicoline
 - a. Nama obat: Citicoline
 - b. Klasifikasi/golongan obat: Vitamin saraf/obat resep atau keras.
 - c. Dosis umum:
 - 1) Obat minum (tablet dan kaplet) dosis 500 mg, 1-2 kali sehari. Dosis 1000 mg, 1 kali sehari.
 - 2) Suntik atau infus dosis 500-1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari, disuntikkan selama 3-5 menit atau diberikan dengan kecepatan infus 40-60 tetes per menit.
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 250 mg/12 jam
 - e. Cara pemberian obat: IV
 - f. Mekanisme kerja atau fungsi obat: Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama *phosphatidycholine*. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak. Citicoline juga digunakan sebagai terapi tambahan dalam mengobati penyakit parkinson, penyakit alzheimer, gangguan bipolar, mata malas, dan gangguan otak lainnya.
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Karena hasil ct-scan terdapat perdarahan region temporoparietal kiri dan GCS E4V2M6 (somnia).
 - h. Kontra indikasi: Hindari penggunaan citicoline pada pasien dengan kondisi medis, seperti: alergi terhadap citicoline. Ketegangan otot tinggi dan menurunnya kemampuan otot (hypotonia) pada sistem saraf parasimpatis.
 - i. Efek samping obat: Insomnia, sakit kepala, kegelisahan, konstipasi, diare, sakit perut, penglihatan kabur, nyeri dada, denyut jantung lambat atau cepat, hipotensi, mual dan muntah.

2. Obat Neurosambe

- a. Nama obat: Neurosambe
- b. Klasifikasi/golongan obat: Vitamin/obat keras.
- c. Dosis umum:
 - 1) Obat minum neurosambe 5000 1 tablet, 1 kali sehari.
Neurosambe Plus 1 kaplet, 3 kali sehari.
 - 2) Suntik atau infus dosis 3 ml suntikan IV/IM 1 kali per hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3ml/24jam
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Neurosambe adalah obat yang mengandung zat aktif seperti *cyanocobalamin* (vitamin B12), *pyridoxine* (vitamin B6), dan *thiamine* (vitamin B1). Obat ini bekerja menormalkan pembentukan sel darah merah dan jaringan saraf, memodifikasi aktivitas listrik sehingga membuat rileks dan memperlambat otot jantung yang terlalu aktif, serta mengendurkan sinyal saraf ke otak.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mengobati kekurangan vitamin B12, penyakit jantung, penyumbatan arteri, dan masalah kognitif otak.
- h. Kontra indikasi: Penderita yang hipersensitif, gastritis atrofi, jumlah rendah kalium dalam darah. Tekanan darah sistolik kurang dari 100 mmHg. Wanita hamil dan ibu menyusui.
- i. Efek samping: Edema paru, gagal jantung kongestif, polisitemia vera, diare, gatal, perasaan bengkak diseluruh tubuh, disfungsi saraf menyebabkan mati rasa, nyeri.

3. Obat Cefoperazone

- a. Nama obat: Cefoperazone
- b. Klasifikasi/golongan obat: Obat generic termasuk kedalam golongan antibiotic sefalosporin.
- c. Dosis umum: Pada orang dewasa adalah 2-4 gram per hari, yang dibagi menjadi 2 kali pemberian. Dosis ini dapat ditingkatkan hingga 12 gram per hari, yang dibagi menjadi 2-4 kali pemberian.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1gr/12 jam
- e. Cara pemberian obat: Diberikan melalui IM/IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara mengganggu pembentukan dinding sel bakteri, sehingga akan membunuh dan menghambat perkembangan bakteri penyebab infeksi. Cefoperazone hanya dapat mengatasi infeksi bakteri dan tidak bisa menangani infeksi virus, seperti flu.
- g. Alasan pemberian obat ada pasien: Untuk mengatasi infeksi bakteri.
- h. Kontraindikasi: Tidak boleh diberikan kepada pasien yang alergi antibiotic cefoperazone.
- i. Efek samping: Batuk, diare, sakit kepala atau pusing, mudah malar atau mimisan, mengigil, demam, badan terasa lemah atau Lelah, mual, urine berwarna gelap atau buang air besar berdarah, nyeri saat buang air kecil, jantung berdebar, nyeri punggung.

4. Obat Ranitidine
 - a. Nama obat: Ranitidine
 - b. Klasifikasi/golongan obat: Golongan antagonis reseptor histamin H₂.
 - c. Dosis umum:
 - 1) Obat minum: Dewasa, 150 mg 2-3 kali sehari, maksimal 6000 mg per hari. Anak, 5-10 mg/kgBB per hari, dibagi menjadi 2 dosis. Dosis maksimal 600 mg per hari.
 - 2) Obat injeksi: Injeksi IM, 50 mg (tanpa pengenceran) tiap 6-8 jam. Injeksi IV, 50 mg(2ml) tiap 6-8 jam
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 50mg/12 jam
 - e. Cara pemberian obat: IV/IM
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara menghambat secara kompetitif kerja reseptor histamin H₂, yang sangat berperan dalam sekresi lambung. Penghambatan kerja reseptor H₂ menyebabkan produksi asam lambung menurun baik dalam kondisi istirahat maupun adanya rangsangan oleh makanan, histamin, pentagastrin, kafein, dan insulin.
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien: untuk mengobati penyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung, seperti sakit maag dan tukak lambung.
 - h. Kontraindikasi: Riwayat porfiria akut
 - i. Efek samping: Sakit kepala, konstipasi, diare, mual, rasa tidak nyaman/nyeri perut, pusing.

5. Obat Furosemide
 - a. Nama obat: Furosemide
 - b. Klasifikasi/golongan obat: Golongan diuretic
 - c. Dosis umum
 - 1) Obat minum : 40-80 mg per hari.
 - 2) Obat injeksi : 20-40 mg 3 kali sehari, diuresis mendesak.
Dosis 20-40 mg diberikan bersama infus cairan elektrolit.
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 10 mg/8jam
 - e. Cara pemberian obat: Diberikan melalui IV/IM
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara menghalangi penyerapan natrium di dalam sel-sel tubulus ginjal. Dengan begitu, jumlah urine yang dihasilkan serta dikeluarkan oleh tubuh akan meningkat. Obat ini untuk mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh atau edema. Obat ini termasuk ke dalam kelompok diuretik ini juga bisa digunakan untuk mengatasi tekanan darah tinggi atau hipertensi.
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien: Untuk mengatasi tekanan darah tinggi atau hipertensi.
 - h. Kontraindikasi: Memiliki riwayat alergi terhadap obat ini dan obat golongan sulfa, seperti sulfametoxazole, wanita hamil/menyusui.
 - i. Efek samping: Pusing, sakit kepala, mual dan muntah, diare, penglihatan buram, sembelit.

6. Obat CPG

- a. Nama obat: CPG
- b. Klasifikasi/golongan obat: Obat anti platelet golongan thienopyridine.
- c. Dosis umum: 1 tab (75 mg) per hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 75 mg/12 jam
- e. Cara pemberian obat: Oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan menghalangi platelet saling menempel dan mencegah mereka dari pembentukan gumpalan berbahaya. CPG membantu menjaga darah mengalir lancar dalam tubuh.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mencegah serangan jantung dan stroke pada pasien dengan penyakit jantung, stroke atau penyakit sirkulasi darah (penyakit pembuluh darah perifer).
- h. Kontraindikasi: Hipersensitif terhadap clopidogrel. Perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan
- i. Efek samping: Sakit kepala, pusing, ruam, insomnia, gangguan gastrointestinal (seperti : muntah, sembelit).

7. Obat OBH
 - a. Nama Obat: OBH sirup
 - b. Klasifikasi/golongan obat: Obat bebas
 - c. Dosis umum: Dewasa, 2 sendok teh (10 ml) 3x sehari. Anak <12 tahun, 1 sendok teh (5 ml) 3x sehari.
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2 sdt/3x
 - e. Cara pemberian obat: Oral
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja sebagai ekspektoran (membantu mengeluarkan dahak), antihistamin (mengurangi gejala alergi), analgesic-antipiretik (menurunkan panas, demam, and meredakan sakit kepala) dan dekonjestan hidung (melonggarkan saluran pernapasan).
 - g. Alasan diberikan obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk meredakan batuk berdahak.
 - h. Kontraindikasi: Tidak boleh diberikan pada pasien hipersensitif.
 - i. Efek samping: Jantung berdebar, sakit kepala, mual, muntah.

8. Ondancentron
 - a. Nama obat: Ondancentron
 - b. Klasifikasi/golongan obat: Golongan obat antagonis reseptor serotonin.
 - c. Dosis umum: 4 mg diberikan setiap 8 jam
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 4mg/12 jam
 - e. Cara pemberian obat: Diberikan melalui IM/IV
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ondancentron bekerja dengan cara memblokir efek serotonin (5HT3). Dengan begitu, efek mual dan muntah pada kondisi-kondisi di atas dapat teratasi atau bahkan dicegah.
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengatasi efek mual dan muntah.
 - h. Kontraindikasi: Riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini dan penggunaannya bersama obat apomorphin dan dronedarone karena dapat menimbulkan hipotensi dan penurunan kesadaran.
 - i. Efek samping: Sakit kepala, sembelit, diare, mual, muntah, sakit perut.

ANALISA DATA

Nama/umur : Tn.M/72 tahun
 Ruangan/kamar : Bernadeth II/207

Tabel 3.1 Identifikasi Masalah

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas 2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menelan makanan yang diberikan 3. Keluarga pasien mengatakan pada saat diberikan minum pasien <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak napas 2. Tampak pasien tidak dapat menelan makanan yang diberikan 3. Tampak pasien tidak dapat menelan minuman yang diberikan 4. Frekuensi pernapasan 28 x/menit (takipnea) 5. Tampak pasien gelisah 	<p>Faktor Risiko:</p> <p>Penurunan tingkat kesadaran</p>	<p>Risiko Aspirasi</p>

2.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak ± 20 tahun yang lalu</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GCS: V: 2, M: 4, E: 3 2. Kesadaran somnolens 3. Pemeriksaan MSCT Scan Kepala: 14 Juni 2022 <p>Kesan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Infark lobus frontalis sinistra (pericornu anterior ventrikel lateralis) b. Infark lacunar nucleus lentiformis dextra, nucleus caudatus sinistra, corona radiata bilateral c. Tekanan darah: 110/70 mmHg <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil Laboratorium: 09 Juni 2022 <ol style="list-style-type: none"> a. PLT: 133 ($10^3/uL$) ↓ b. RDW-CV: 14,7 (%) ↑ c. PDW: 14,2 (fL) ↑ d. MPV: 12,0 (fL) ↑ e. P-LCR: 40,7 (%) ↑ f. PCT: 0,16 (%) ↓ 	<p>Faktor Risiko:</p> <p>Hipertensi</p>	<p>Risiko Perfusi Serebal Tidak Efektif</p>
----	--	---	---

3.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah</p> <p>Data Objektif:</p> <p>1. Kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="478 694 782 896"> <tr> <td></td> <td>Kanan</td> <td>Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>2. Rentang gerak terbatas, pasien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki kanan</p>		Kanan	Kiri	Tangan	1	5	Kaki	1	5	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik
	Kanan	Kiri										
Tangan	1	5										
Kaki	1	5										

C. Diagnosis Keperawatan

Nama/umur : Tn.M/72 tahun

Ruangan/kamar : Bernadeth II/207

Tabel 3.2 Diagnosis keperawatan

No.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Risiko aspirasi d.d penurunan tingkat kesadaran
2.	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi
3.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neromuskular

D. Perencanaan Keperawatan

Nama/umur : Tn.M/72 tahun

Ruangan/kamar : Bernadeth II/207

Tabel 3.3 Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa (SDKI)	Hasil Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Tindakan (SIKI)
1.	Risiko Aspirasi d.d penurunan tingkat kesadaran	Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x14 jam tingkat aspirasi (L.01006) dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menelan cukup meningkat 2. Dispnea cukup menurun (eupnea) 3. Frekuensi napas cukup membaik (24x/menit) 4. Gelisah cukup menurun	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi: 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan Terapeutik: 1. Posisikan semi fowler atau fowler 2. Berikan oksigen Pencegahan Aspirasi (I.01018) Observasi: 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk muntah, dan kemampuan menelan 2. Periksa kepatenan selang nasogastrik

			<p>sebelum memberikan asupan oral</p> <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi fowler (30-45°) 30 menit sebelum memberi asupan oral <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan strategi mencegah aspirasi
2.	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan 3 x 14 jam perfusi serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat (compos mentis) 2. Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik (70-100 mmHg) 3. Tekanan darah sistolik cukup membaik (120 mmHg) 4. Tekanan darah diastolik cukup 	<p>Manajemen Peningkatan Intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 2. Monitor MAP <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 3. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi:</p>

		membaik (80 mmHg)	1. Kolaborasi pemberian diuretic, osmosis, jika perlu									
3.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan ± 3x14 jam Mobilitas Fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Kanan Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. ROM cukup meningkat 		Kanan Kiri		Tangan	5	5	Kaki	5	5	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p>
	Kanan Kiri											
Tangan	5	5										
Kaki	5	5										

			1. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
--	--	--	--

E. Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn.M/72 tahun

Ruangan/kamar : Bernadeth II/207

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Dx	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Rabu, 15 Juni 2022	I	07.45	Memonitor polas napas Hasil: 1. P : 26 x/menit 2. Tampak pernapasan dalam	Vinsensia
	I	07.50	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Suara napas tambahan ronchi	Vinsensia
	II	08.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: 1. TD : 150/90 mmHg 2. Takipnea (26 x/menit) 3. Kesadaran somnolens	Vinsensia
	II	08.08	Memonitor MAP Hasi: MAP: 110 mmHg (perfusi darah keginjal tidak memadai)	Vinsensia
	I,II,III	08.10	Berkolaborasi pemberian obat Hasil: Furosemide 10 mg/IV	Vinsensia

	I	08.15	Memposisikan semi fowler Hasil: 1. Pasien diberi posisi semi fowler 2. Tampak pasien merasa nyaman	Vinsensia
	I	08.18	Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan 02 nassal canul 5L	Vinsensia
	I	08.20	Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan Hasil: 1. GCS: M:4, V:2, E:3 2. Kesadaran somnolens 3. Tampak sesekali pasien batuk 4. Pasien tampak tidak muntah 5. Tampak pasien tidak bisa menelan	Vinsensia
	II	10.30	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: 1. Pasien diberikan lingkungan yang tenang dengan membatasi pengunjung 2. Tampak pasien merasa nyaman	Vinsensia

	II	10.35	Menghindari pemberian cairan IV hipotonik Hasil: Pasien diberikan cairan IV isotonis NaCl 500 ml 20 tpm	Vinsensia
	I	11.30	Memposisikan semi fowler 30 menit sebelum memberikan asupan oral Hasi: Pasien diberikan posisi semi fowler (45°)	Vinsensia
	II	11.35	Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: S : 36,4°C	Vinsensia
	I,II,III	12.00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil: 1. Cefoperazone 1gr/IV 2. Citicolin 500 mg/IV 3. Ranitidine 50 mg/IV	Vinsensia
	III	14.30	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pada saat diberi ransangan nyeri di tangan kanan pasien tampak tidak meringis, dan pada tangan kiri pasien tampak meringis	Wanchy

		14.32	Mengidentifikasi toleransi melakukan pergerakan Hasil: Tampak pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan atas dan ekstremitas kanan bawah	Wanchy
	III	16.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD : 163/86 mmHg N : 78 x/menit S : 36,2°C P : 26 x/menit	Wanchy
	III	16.30	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: Tampak perawat membantu pasien untuk duduk dengan tangan kiri pasien memegang pengaman tempat tidur	Wanchy
	III	16.35	Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil: Tampak perawat membantu pasien untuk melakukan ROM pada ekstremitas kanan atas dan bawah	Wanchy

	III	17.00	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Tampak perawat menganjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan	Wanchy
	III	18.00	Mengkolaborasi pemberian obat Hasil: Tampak pasien diberikan neurosambe 3 ml/IV drips	Wanchy
	III	19.00	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: Tampak perawat mengajarkan pasien dan keluarga mobilisasi sederhana tempat tidur, seperti duduk di tempat tidur	Wanchy
Kamis, 16 Juni 2022	I	08.15	Memonitor pola napas Hasil: 1. P : 30 x/menit 2. Tampak pernapasan dalam dan cepat	Wanchy
	I,II,III	08.00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil: Furosemide 10 mg/IV	Wanchy

	I	08.20	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi	Wanchy
	II	08.25	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: 1. TD: 142/80 mmHg 2. Takipnea (30 x/menit) 3. Kesadaran somnolens	Wanchy
	II	08.40	Memonitor MAP Hasil: MAP: 100,66 mmHg (perfusi darah keginjal tidak memadai)	Wanchy
	I	08.45	Memposisikan semi fowler Hasil: Tampak pasien dalam posisi semi fowler	Wanchy
	I	10.00	Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan Hasil: 1. Kesadaran somnolens 2. GCS : M:5, V:2, E:4 3. Tampak pasien tidak bisa menelan 4. Tampak pasien sesekali batuk	Wanchy

			5. Tampak psien tidak muntah	
	II	11.00	Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: S : 36,5°C	Wanchy
	I,II,III	12.00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil: 1. Cefoperazone 1gr/IV 2. Citicoline 500 mg/IV 3. Ranitidine 50 mg/IV 4. Ondacentron 4mg/IV	Wanchy
	II	12.30	Memeriksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberikan asupan oral Hasil: Tampak selang NGT paten	Wanchy
	I	13.45	Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan O2 nassal canul 5L	Wanchy
	II	14.45	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. Hasil: 1. Pasien diberikan lingkungan yang tenang dengan membatasi pengunjung	Vinsensia

			2. Tampak pasien tenang	
	II	14.50	Menghindari pemberian cairan IV hipotonik Hasil: Pasien diberikan cairan IV isotonis NaCl 500 ml 20 tpm	Vinsensia
	III	14.52	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pada saat diberi ransangan nyeri di tangan kanan, pasien tampak tidak meringis, dan pada tangan kiri pasien tampak meringis	Vinsensia
	III	14.55	Mengidentifikasi toleransi melakukan pergerakan Hasil: Tampak pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan atas dan ekstremitas kanan bawah	Vinsensia
	III	16.15	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD : 156/70 mmHg N : 82x/menit S : 36,1°C P : 28 x/menit	Vinsensia

	III	16.20	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: Tampak perawat membantu pasien untuk duduk dengan tangan kiri pasien memegang pengaman tempat tidur	Vinsensia
	III	16.25	Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil: Tampak perawat membantu pasien untuk melakukan ROM pasif pada ekstremitas kanan atas dan bawah	Vinsensia
	III	16.30	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: 1. Tampak perawat menganjurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan 2. Tampak keluarga mengerti anjuran perawat 3. Tampak keluarga membantu pasien untuk ROM pasif	Vinsensia

	I,II,III	19.00	Berkolaborasi dalam pemberian obat Hasil: Tampak pasien diberikan neurosambe 3ml/IV (drips)	Vinsensia
	III	19.00	Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: Tampak perawat mengajarkan pasien dan keluarga mobilisasi sederhana di tempat tidur, seperti duduk di tempat tidur	Vinsensia
Jumat, 17 Juni 2022	I	08.05	Memonitor pola napas Hasil: 1. P : 28 x/menit 2. Tampak pernapasan dalam	Wanchy
	I	08.10	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi	Wanchy
	II	08.15	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: 1. TD : 139/88 mmHg 2. Takipnea (28 x/menit) 3. Kesadaran somnolens	Wanchy
	II	08.20	Memonitor MAP Hasil:	Wanchy

			MAP : 105 mmHg (perfusi darah ke ginjal tidak memadai)	
	I	09.15	<p>Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran somnolens 2. GCS: M:5, V:2, E:4 3. Tampak pasien tidak muntah 4. Tampak pasien tidak batuk 5. Tampak pasien tidak bisa menelan 	Wanchy
	I,II,III	12.00	<p>Berkolaborasi pemberian obat</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cefoperazone 1 gr/IV 2. Citicoline 500 mg/IV 3. Ranitidine 50 mg/IV 4. Ondacentron 4 mg/IV 	Wanchy
	III	13.20	<p>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Hasil:</p> <p>Pada saat diberi ransangan nyeri di tangan kanan, pasien tampak tidak meringis, dan pada tangan kiri pasien tampak meringis</p>	Wanchy

	III	13.25	Mengidentifikasi toleransi melakukan pergerakan Hasil: Tampak pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan atas dan ekstremitas kanan bawah	Wanchy
	II	14.05	Memonitor MAP Hasil: TD : 138/84 mmHg MAP : 102 mmHg (perfusi darah ke ginjal tidak memadai)	Vinsensia
	II	14.08	Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: S : 36,4°C	Vinsensia
	I	14.10	Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan O ₂ nasal canul 5L	Vinsensia
	I	14.15	Memposisikan semi fowler Hasil: Tampak pasien dalam posisi semi fowler	Vinsensia
	II	14.18	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: 1. Pasien diberikan lingkungan yang tenang dengan	Vinsensia

			membatasi pengunjung 2. Tampak pasien tenang	
	II	16.00	Menghindari pemberian cairan IV hipotonik Hasil: Pasien diberikan cairan IV isotonis NaCl 500 ml 20 tpm	Vinsensia
	II	16.05	Mengobeservasi tanda- tanda vital Hasil: TD : 148/84 mmHg N : 84 x/menit S : 36,4°C P : 28 x/menit	Vinsensia
	I	16.15	Memberikan edukasi kesehatan terapi Teknik <i>shaker exercise</i> pada pasien dan keluarga untuk mencegah aspirasi Hasil: 1. Tampak perawat mempraktekkan dan mengajarkan cara teknik <i>shaker exercise</i> pada keluarga pasien 2. Tampak keluarga pasien mengerti apa yang diajarkan oleh perawat	Vinsensia

	III	16.50	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: 1. Tampak perawat menganjurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan 2. Tampak keluarga mengerti anjuran perawat 3. Tampak keluarga membantu pasien untuk ROM pasif	Vinsensia
	III	16.58	Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: Tampak perawat mengajarkan pasien dan keluarga mobilisasi sederhana ditempat tidur, seperti duduk ditempat tidur	Vinsensia
	I	17.15	Memposisikan semi fowler 30 menit sebelum memberikan asupan oral Hasil: Pasien diberikan posisi semi fowler 45°	Vinsensia
	I	17.45	Memeriksa kepatenan selang nasogastrik	Vinsensia

			sebelum memberikan asupan oral Hasil: Tampak selang NGT paten	
	I,II,III	18.00	Berkolaborasi dalam pemberian obat Hasil: Tampak pasien diberikan neurosambe 3 ml/IV drips	Vinsensia

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn.M/72 tahun

Ruangan/kamar : Bernadeth II/207

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Diagnosis	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
Rabu, 15 Juni 2022	Risiko aspirasi d.d penurunan tingkat kesadaran	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tampak sesak <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak napas 2. P : 28 x/menit 3. Tampak pasien gelisah <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menelan belum teratasi 2. Dipsnea belum teratasi 3. Frekuensi napas belum teratasi 4. Gelisah belum teratasi <p>P : Intervensi lanjut</p>	Vinsensia

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen jalan napas 2. Pencegahan aspirasi 	
	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MAP : 110 mmHg (perfusi darah keginjal tidak memadai) 2. TD : 150/90 mmHg 3. Kesadaran somnolens 4. GCS : M:4, V:2, E:3 <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran belum teratasi 2. Nilai rata-rata tekanan darah belum teratasi 3. Tekanan darah sistolik belum teratasi 4. Tekanan darah diastolik belum teratasi <p>P: Intervensi lanjut</p>	Vinsensia

		Manajemen peningkatan tekanan intrakranial										
	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas kanan atas dan ekstremitas kanan bawah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien belum bisa menggerakkan tangan kanannya 2. Tampak pasien belum bisa menggerakkan kaki kanannya 3. Tampak kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> </tr> </table> 4. Tampak rentang gerak pasien terbatas <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas pasien belum teratasi 		Kanan	Kiri	Tangan	1	5	Kaki	1	5	Wanchy
	Kanan	Kiri										
Tangan	1	5										
Kaki	1	5										

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan otot belum teratasi 3. ROM belum teratasi <p>P : Intervensi lanjut Dukungan mobilisasi</p>	
Kamis, 16 Juni 2022	Risiko aspirasi d.d penurunan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tampak sesak napas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak napas 2. P : 30 x/menit 3. Tampak pasien gelisah <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran belum teratasi 2. Kemampuan menelan belum teratasi 3. Dipsnea belum teratasi 4. Frekuensi napas belum teratasi 5. Gelisah belum teratasi 	Wanchy

		<p>P : Intervensi lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen jalan napas 2. Pencegahan aspirasi 	
	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi</p>	<p>S :</p> <p>-</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran somnolens 2. GCS : M;5, V:2, E:4 3. MAP : 100,66 mmHg (perfusi darah ke ginjal tidak memadai) 4. TD : 142/80 mmHg <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran belum teratasi 2. Nilai rata-rata tekanan darah belum teratasi 3. Tekanan darah sistolik belum teratasi 4. Tekanan darah diastolik belum teratasi <p>P : Intervensi lanjut</p>	Wanchy

		Manajemen peningkatan tekanan intrakranial										
	Gangguan mobilitas fisik b/d neuromuskular	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien belum bisa menggerakkan tangan kanannya 2. Tampak pasien bisa menggerakkan kaki kanannya 3. Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> 4. Tampak rentang gerak pasien terbatas <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas belum teratasi 		Kanan	Kiri	Tangan	1	5	Kaki	1	5	Vinsensia
	Kanan	Kiri										
Tangan	1	5										
Kaki	1	5										

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan otot belum teratasi 3. ROM pasif belum teratasi <p>P : Intervensi lanjut Dukungan mobilisasi</p>	
Jumat, 17 Juni 2022	Risiko aspirasi d.d penurunan tingkat kesadaran	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tampak sesak napas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak napas 2. P : 28 x/menit 3. Tampak pasien gelisah 4. Tampak sesekali pasien batuk <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menelan belum teratasi 2. Dipsnea belum teratasi 3. Frekuensi napas belum teratasi 4. Gelisah belum teratasi <p>P : Intervensi lanjut</p>	Wanchy

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen jalan napas 2. Pencegahan aspirasi 	
	Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi	<p>S :</p> <p>-</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran somnolens 2. GCS : M;5, V;2, E:4 3. MAP : 105 mmHg (perfusi darah ke ginjal tidak memadai) 4. TD : 139/88 mmHg <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran belum teratasi 2. Nilai rata-rata belum teratasi 3. Tekanan darah sistolik belum teratasi 4. Tekanan darah diastolik belum teratasi <p>P : Intervensi lanjut</p>	Wanchy

		Manajemen peningkatan tekanan intrakranial										
	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular	<p>S :</p> <p>Keluarga mengatakan pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas kanan atas dan kanan bawah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kanannya 2. Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tampak rentang pasien terbatas <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas belum teratasi 2. Kekuatan otot belum teratasi 		Kanan	Kiri	Tangan	1	5	Kaki	1	5	Vinsensia
	Kanan	Kiri										
Tangan	1	5										
Kaki	1	5										

		3. ROM pasif belum teratasi P : Intervensi lanjut Dukungan mobilisasi	
--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dengan kasus nyata dari penerapan asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn. M usia 72 tahun dengan non hemoragic stroke di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 15 Juni – 17 Juni 2022.

1. Pengkajian

Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung. Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn. M diketahui bahwa pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 13 Juni 2022 dengan keluhan tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah sejak tanggal 13 Juni 2022. Setelah dilakukan pemeriksaan pasien didiagnosis Non Hemoragic Stroke + CAD + CHF, yang dimana hal ini didukung dengan pemeriksaan MSCT-Scan Kepala pada tanggal 14 Juni 2022 didapatkan hasil: Infrak lobus frontalis sinistra (pericormu anterior ventrikel lateralis), infark lacunar nucleus lentiformis dextra, nucleus caudatus sinistra, corona radiata bilateral. Dan pemeriksaan laboratorium PLT 133↓ RDW-CV; 14.7↑ PDW; 14.2↑ MPV; 12.0↑ P-LCR; 40.7↑ PCT; 0.16↓. TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 80x/menit, S: 36.2°C, P: 28x/menit.

Pada Tn. M penyakit CAD dan CHF diderita sebelumnya dan telah dirawat dirumah sakit dari tanggal 27 Mei – 13 Juni 2022. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Juni 2022 didapatkan keluhan dimana tidak dapat menggerakkan

ekstremitas kanan atas dan bawah dan tampak pasien sesak napas dan tidak bisa menelan makanan yang diberikan. Keluarga pasien juga mengatakan pasien menyukai olahan makanan dari daging seperti coto dan konro.

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan non hemoragic stroke antara lain: faktor yang tidak dapat diubah (predisposisi) yaitu: usia dan jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah (presipitasi) yaitu hipertensi, kolesterol, diabetes mellitus, obesitas, merokok serta riwayat penyakit kardiovaskuler. Pada kasus, yang menyebabkan Tn.M mengalami non hemoragic stroke yaitu faktor presipitasi yaitu riwayat penyakit kardiovaskuler. Adanya penyakit jantung seperti penyakit jantung koroner dan infak miokard (kematian otot jantung) juga merupakan faktor terbesar terjadinya *stroke*. Sentral dari aliran darah di tubuh terletak di jantung. Jika pusat mengatur aliran darahnya mengalami kerusakan akibat aterosklerosis, maka aliran darah tubuh pun akan mengalami gangguan. Termasuk aliran darah yang menuju ke otak. Karena adanya gangguan aliran, jaringan otak pun dapat mengalami kematian secara mendadak ataupun bertahap (Agoes, 2012).

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus Tn. M penulis mengangkat tiga diagnosis keperawatan, yaitu:

a. Risiko aspirasi d.d penurunan tingkat kesadaran

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas, pasien tidak dapat menelan makanan yang diberikan, tampak pasien sesak napas, tampak pasien tidak dapat menelan makanan yang diberikan, tampak

pasien tidak dapat menelan makanan yang diberikan, frekuensi pernapasan 28x/menit, tampak pasien gelisah.

- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi
- Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan keluarga pasien mengetakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak ± 20 tahun yang lalu. GCS (V: 2, M: 4, E: 3), kesadaran somnolens. Pemeriksaan MSCT-Scan Kepala pada tanggal 14 Juni 2022 didapatkan hasil: Infrak lobus frontalis sinistra (pericormu anterior ventrikel lateralis), infark lacunar nucleus lentiformis dextra, nucleus caudatus sinistra, corona radiate bilateral. Dan pemeriksaan laboratorium PLT 133↓ RDW-CV; 14.7↑ PDW; 14.2↑ MPV; 12.0↑ P-LCR; 40.7↑ PCT; 0.16↓. TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 80x/menit, S: 36.2°C, P: 28x/menit.
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah, rentang gerak terbatas, kekuatan otot: tangan kanan: 1, tangan kiri: 5, kaki kanan: 1 dan kaki kiri: 4.

Diagnosis pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah:

- a. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena dari hasil pengkajian tidak terdapat data yang mendukung untuk dijadikan penunjang dalam pengangkatan diagnosis seperti dari pemeriksaan *CT-scan* tidak didapatkan jejas pada *decendens simpaticus inferior*, dan *nucleus spinalis nervus trigeminus* dan *tractus nervus trigeminus* dimana tidak terjadi kelemahan otot fasial wajah sehingga tidak terjadi ketidak mampuan berbicara.

- b. Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskuler
Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena diagnosis keperawatan ini bisa sekaligus tertasi dengan diagnosis keperawatan lain. Ini dilakukan untuk mencegah berulangnya intervensi dilakukan pada pasien.

3. Perencanaan Keperawatan

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

- a. Risiko aspirasi d.d penurunan tingkat kesadaran
Pada diagnosis pertama ini penulis membuat 8 intervensi yaitu: monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen, monitor tingkat (kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan), periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberikan asupan oral, posisikan semi fowler (30-45°) 30 menit sebelum memberi asuhan oral.
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi
Pada diagnosis kedua ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: monitor tanda/gejala peningkatan TIK, monitor MAP, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, hindari pemberian cairan hipotonik, pertahankan suhu tubuh normal.
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan *neuromuscular*
Pada diagnosis ketiga ini penulis membuat 7 intervensi

yaitu: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Tn.M penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat, penulis juga melakukan tindakan *shaker exercise* untuk memperkuat otot-otot suprahyoid di leher yang saat menelan meningkatkan gerakan ke atas dan ke depan dari tulang hyoid dan laring sehingga terjadi peningkatan pembukaan sfingter esofagus bagian atas dan akan memudahkan makanan untuk masuk ke saluran pencernaan bagian bawah pada pasien karena pasien tidak bisa menelan makanan. Penulis juga tidak menemukan hambatan karena penulis bekerja sama dengan keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 15 Juni 2022 sampai 17 Juni 2022 pada pasien Tn.M merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x14 jam:

- a. Risiko aspirasi d.d penurunan tingkat kesadaran
Sampai pada perawatan hari ketiga masalah belum teratasi, dimana keluarga pasien mengatakan pasien tampak sesak, pasien belum bisa menelan makanan yang diberikan, pasien sudah merespon secara verbal (mengerang), kesadaran somnolens, GCS (M: 5, V:2, E:4), tampak pasien sesak napas, frekuensi pernapasan 28x/menit, tampak pasien gelisah, tampak sesekali pasien batuk.
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d Hipertensi
Sampai hari ketiga masalah belum teratasi, dimana tekanan darah 139/88 mmHg, MAP: 105 mmHg (perfusi darah ke ginjal tidak memadai).
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah, rentang gerak terbatas, kekuatan otot: tangan kanan: 1, tangan kiri: 5, kaki kanan: 1 dan kaki kiri: 4. Sampai pada hari perawatan ketiga masalah belum teratasi, dimana keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas kanan atas dan kanan bawah, kekuatan otot: tangan kanan:1, tangan kiri:5, kaki kanan: 1 dan kaki kiri: 4, tampak rentang gerak terbatas.

B. Pembahasan Penerapan EBN (*Evidence-Based Nursing*)

1. Judul EBN Jurnal
 - a. *Effects of Shaker exercise in stroke survivors with oropharyngeal dysphagia* (Choi et al., 2017).
 - b. *Effectiveness of Shaker's exercise in improving swallowing ability among cerebrovascular accidents patients with dysphagia* (Karpagam & Saranya, 2021).

2. Diagnosis Keperawatan
Risiko aspirasi dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran
3. Luaran Yang Diharapkan (SLKI)
Tingkat Aspirasi (L.01006)
 - a. Tingkat kesadaran cukup meningkat
 - b. Kemampuan menelan cukup meningkat
 - c. Dispnea cukup menurun
 - d. Frekuensi napas cukup membaik
 - e. Batuk cukup menurun
 - f. Gelisah cukup menurun
4. Intervensi Keperawatan (SIKI)
 - a. Manajemen Jalan Napas (I.01011)
Observasi:
 - 1) Monitor pola napas ((frekuensi, kedalaman, usaha napas)
 - 2) Monitor bunyi napas tambahanTerapeutik:
 - 1) Posisikan semi *fowler* atau *fowler*
 - 2) Berikan oksigenKolaborasi:
 - 1) Kolaborasi pemberian obat
 - b. Pencegahan Aspirasi (I.01018)
Observasi:
 - 1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan
 - 2) Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberikan asupan oral

Terapeutik:

- 1) Posisikan semi fowler (30-45°) 30 menit sebelum memberikan asupan oral

Edukasi:

- 1) Ajarkan strategi mencegah aspirasi (teknik *shaker exercise*)

5. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Shaker exercise adalah latihan pengangkatan kepala yang dirancang untuk meningkatkan gerakan anterior kompleks hyolaryngeal dan pembukaan sfingter esofagus bagian atas (Rahmanti & Febri, 2020).

b. Tujuan/rasional EBN Pada Kasus Askep

Shaker exercise bertujuan untuk memperkuat otot-otot suprahyoid di leher yang saat menelan meningkatkan gerakan ke atas dan ke depan dari tulang hyoid dan laring sehingga terjadi peningkatan pembukaan sfingter esofagus bagian atas dan akan memudahkan makanan untuk masuk ke saluran pencernaan bagian bawah (Winandari, Ismoyowati, Nugraha, Wahyuning, & Rosari, 2022).

c. PICOT EBN (Kasus):

- 1) *Effects of Shaker exercise in stroke survivors with oropharyngeal dysphagia* (Choi et al., 2017).
- 2) *Effectiveness of Shaker's exercise in improving swallowing ability among cerebrovascular accidents patients with dysphagia* (Karpagam & Saranya, 2021).

a) P (*Problem*)

Masalah yang didapatkan pada pasien yaitu risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko penurunan tingkat kesadaran karena saat pengkajian didapatkan data: keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas dan pasien tidak dapat menelan makanan yang diberikan. Hasil observasi didapatkan hasil: GCS: V; 2, M; 5, E; 4, kesadaran somnolens, tampak pasien sesak napas, tampak pasien tidak dapat menelan makanan yang diberikan, frekuensi pernapasan 28x/menit, pasien tampak gelisah, tampak sesekali pasien batuk. Sehingga *shaker exercise* dipilih menjadi intervensi utama berdasarkan *evidence based nursing* untuk membantu pasien mengatasi masalah keperawatan tersebut.

b) I (*Intervention*)

Standar operasional prosedur tindakan *shaker exercise* adalah sebagai berikut:

Shaker exercise (bagian 1):

- (a) Berbaring terlentang di tempat tidur. Jangan gunakan bantal (bahu harus rata dengan permukaan).
- (b) Jaga bahu tetap rata di tempat tidur, dan angkat kepala, angkat dagu ke dada (sampai bisa melihat jari-jari kaki anda)
- (c) Angkat kepala selama 60 detik, kemudian turunkan kepala dan istirahat selama 60 detik.
- (d) Ulangi langkah ini 3 kali.

Shaker exercise (bagian 2)

- (a) Berbaring terlentang di tempat tidur. Jangan gunakan bantal (bahu harus rata dengan permukaan).
 - (b) Jaga bahu tetap rata di tempat tidur, dan angkat kepala, angkat dagu ke dada. Kemudian segera turunkan kepala.
 - (c) Ulangi langkah ini 30 kali.
- c) C (*Comparison*)

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Choi et al (2017) tindakan yang dibandingkan adalah *shaker exercise* dan *conventional dysphagia therapy* (CDT). Kedua kelompok menunjukkan peningkatan skor pada PAS dan FOIS ($p < 0,05$). Namun, kelompok eksperimen menunjukkan lebih besar peningkatan dibandingkan kelompok kontrol, dengan perbedaan yang signifikan dalam skor PAS dan FOIS antar kelompok ($p < 0,05$), dimana hasil kelompok eksperimen PAS (3.19(0.54)) dan FOIS (4.75(1.06)), sedangkan kelompok kontrol PAS (4.27(0.88)) dan FOIS (3.73(1.22)). Dari hasil penelitian ini *shaker exercise* dinilai sebagai intervensi yang efektif untuk mengurangi aspirasi dan meningkatkan tingkat diet oral dibandingkan dengan *conventional dysphagia therapy* (CDT).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Karpagam dan Saranya (2021) tindakan yang dibandingkan adalah *shaker exercise* dan *chin tuck against resistance exercise* (CTAR).

Rerata *post-test* tingkat disfagia pada kelompok eksperimen adalah $17,27 \pm 1,62$. Sedangkan rerata *post-test* tingkat disfagia pada kelompok kontrol adalah $12,87 \pm 0,20$ nilai *t* tidak berpasangan yang dihitung dari $t = 24,55$ ditemukan signifikan secara statistik pada $P < 0,001$. Hal ini jelas menunjukkan bahwa setelah pemberian *shaker exercise* pada pasien CVA dengan disfagia terjadi penurunan tingkat disfagia dibandingkan dengan tindakan CTAR.

Saat dilakukan intervensi pada Tn. M tidak didapatkan hasil yang sama dengan penelitian-penelitian tersebut dimana *shaker exercise* tidak dapat mengurangi risiko aspirasi dan tidak dapat meningkatkan kemampuan menelan. Ini bisa terjadi karena waktu dilakukan intervensi *shaker exercise* berbeda dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Choi et al (2017) dan Karpagam dan Saranya (2021) dimana intervensi *shaker exercise* hanya dilakukan sekali dengan memperhatikan kondisi fisik pasien yang tidak dapat dilakukan tindakan berulang kali.

d) O (*Outcome*)

Setelah dilakukan tindakan *shaker exercise* didapatkan hasil pasien belum mampu melakukan latihan yang diberikan, keluarga pasien mengatakan pasien masih tampak sesak napas dan belum bisa menelan makanan yang diberikan. Hasil observasi

didapatkan kesadaran somnolens, GCS: M; 5, V; 2, E; 4, tampak pasien sesak napas, frekuensi pernapasan 28x/menit, tampak pasien gelisah, tampak sesekali pasien batuk.

e) T (*Time*)

Tindakan ini dilakukan tiga kali sehari yaitu pada pagi, siang, dan malam hari sebelum makan dengan memperhatikan kondisi fisik pasien.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Tn.M dengan Non Hemoragic Sroke di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan: Dari hasil yang didapatkan pada Tn.M, faktor terjadinya non hemoragic sroke yaitu riwayat penyakit kardiovaskuler yaitu penyakit hipertensi yang diderita pasien \pm 20 tahun yang lalu dan penyakit CAD serta CHF yang diderita sejak 27 Mei 2022 dan dari faktor jenis kelamin serta usia pasien yang merupakan usia lanjut 72 tahun.
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Tn.M dengan non hemoragic sroke yaitu: risiko aspirasi dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran, risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan *neuromuscular*.
3. Intervensi keperawatan dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis: meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi dan penulis
4. Implementasi keperawatan: Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat semua implementasi dapat terlaksana dengan baik, akan tetapi pasien mengalami penurunan kesadaran dihari ketiga intervensi diberikan.
5. Evaluasi keperawatan: Dari hasil evaluasi 3 diagnosis keperawatan belum teratasi yaitu risiko aspirasi, risiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik, dimana

kondisi fisik pasien menurun dan dipindahkan ke ruang perawatan intensif (ICU)

6. Penerapan EBN pada pasien Tn.M dengan non hemoragic stroke yaitu tentang penerapan teknik *shaker exercise*.

B. Saran

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

1. Bagi Rumah Sakit

Pihak rumah sakit diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini pada pasien yang mengalami non hemoragic stroke dan penerapan terapi *shaker exercise* untuk mencegah aspirasi selama menjalani perawatan di rumah sakit, sehingga pada waktu pulang ke rumah pasien bisa melakukan informasi yang telah didapatkan dari rumah sakit.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang komprehensif dalam mengatasi masalah keperawatan nyeri akut pada pasien yang mengalami non hemoragic stroke, baik dalam hal pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk lebih meningkatkan pengetahuan terkait pengkajian non hemoragic stroke dan terapi *shaker exercise* untuk mencegah aspirasi serta meningkatkan keterampilan dalam melakukan intervensi yang tepat bagi pasien non hemoragic stroke sesuai dengan teori yang didapatkan dibangku perkuliahan demi membantu peningkatan mutu dalam merawat pasien serta dapat diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan pendidikan tinggi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agoes, S. (2012). *Faktor Resiko Stroke dan Penanggulangannya*. Jakarta: Synaps Publishing House.
- Budianto, P., Mirawati, D. K., Prabaningtyas, H., & Putra, S. E. (2021). *Stroke Iskemik Akut: Dasar Dan Klinis*. Jakarta: www.unspress.uns.ac.id.
- Chalik, R. (2016). *Anatomi Fisiologi Manusia*. Kemetrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Choi, J. B., Shim, S. H., Yang, J. E., Kim, H. D., Lee, D. H., & Park, J. S. (2017). Effects of Shaker Exercise In Stroke Survivors With Oropharyngeal Dysphagia. *NeuroRehabilitation*, 41(4), 753–757. <https://doi.org/10.3233/NRE-172145>
- Derrickson, R. L., & Tortora, G. J. (2019). *Principle Of Anatomy And Physiology* (14th ed.). Hoboken: Wiley.
- 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 Open Medicine*, 6. <https://doi.org/10.1177/2050312118784312>
- Karpagam, K., & Saranya, D. (2021). Effectiveness of Shaker ' s exercise in improving swallowing ability among cerebrovascular accidents patients with dysphagia. *International Journal of Advance Research In Medical Surgical Nursing*, 3(1), 38–43.
- Kementrian Kesehatan Republik Indosnesia. (2019). *Buku Pedoman Pencegahan Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
- Misbach, J. (2019). *Stroke : Aspek Diagnosi, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.

- Muttaqin, A. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanada, NIC, NOC Dalam Berbagai Kasus (Jilid 2)*. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defiisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Prince, S. A., & Wilson, L. M. (2016). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* (6th ed.). Jakarta: EGC.
- Pudiastuti. (2018). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta: Kemetrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Radaningtyas, D. A. (2018). *Asuhan Keperawatan Klien Cerebro Vaskuler*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rahmanti, A., & Febri, A. (2020). Penerapan Shaker Exercise Dan Latihan Menelan Dengan Jelly Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Di RSUD Sunan Kalijaga Demak. *Jurnal Kesehatan Medika Udayana*, 06(01), 66–79.
- Randolph, S. A. (2016). Ischemic Stroke. *Workplace Health and Safety*, 64(9), 444. <https://doi.org/10.1177/2165079916665400>
- Risal, M., & Sali, A. (2021). Relationship Between Family Support and Self-

Care Among Non-Hemorrhagic Stroke Patients. *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan*, 10(2), 284–291.
<https://doi.org/10.36720/nhjk.v10i2.244>

Riskesdas. (2019). LAPORAN NASIONAL RISKESDAS 2018. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Retrieved from http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf

Septianto, R. (2020). Nilai Prognostik Kolesterol High Density Lipoprotein Pada Kejadian Stroke Iskemik. *JIMKI*, 8.

Setyopranoto. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis Dan Nanda NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediacion Publishing.

Smeltzer, S., & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth* (8th ed.). Jakarta: EGC.

Sofan, A., & Syamsudin. (2021). Analisis Biaya Pengobatan Pengobatan Pasien Stroke Iskemik Rawat Inap Di RSUD Dr Dradjat Prawira Negara Serang. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 6(3).
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.36418/syntax-literate.v6i3.2374>

Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: CV. Sagung Seto.

Wahyuni, A., Nurrachmah, E., & Gayatri, D. (2012). Kesiapan Pulang Pasien Penyakit Jantung Koroner Melalui Penerapan Discharge Planning. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15(3), 151–158.

Wilson, P. A. (2016). *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta: EGC.

Winandari, F., Ismoyowati, W. T., Nugraha, T. C., Wahyuning, E. L., & Rosari, R. M. (2022). Efektifitas Shaker Exercise terhadap Disfagia pada Pasien Stroke: The Integrative literature Review. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 13(April), 290–297.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33846/sf13206>

World Stroke Organization. (2022). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*. 1–14.



**SATUAN ACARA PENYULUHAN
PEMBERIAN TEKNIK SHAKER EXERCISE
TERHADAP KEMAMPUAN MENELAN PADA PASIEN
NON HEMORAGIC STROKE**

Disusun Oleh:

**VINSENSIA JULITA DIEN (NS2114901158)
WANCHY DELYJANE GALA (NS2114901159)**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
PROGRAM PROFESI NERS
TAHUN 2021/2022**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan : Latihan Shaker Exercise
Sasaran : Tn.M.I
Tempat : Ruangan Bernadeth II RS Stella Maris Makassar
Hari/Tanggal : Sabtu, 18 Juni 2022
Waktu : 30 menit
Penyuluh : Vinsensia Julita Dien
Wanchy Delyjane Gala

A. Tujuan Instruksional Umum

Keluarga dan pasien mampu memahami teknik *Shaker Exercise* sehingga dapat dilakukan secara mandiri.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan maka pasien dan keluarga dapat :

1. Mampu menjelaskan dan memahami defenisi teknik shaker exercise
2. Mampu menjelaskan dan memahami tujuan teknik shaker exercise
3. Mampu memahami langkah-langkah teknik shaker exercise dan mempraktekkannya sendiri

C. Sasaran

Tn.M.I

D. Materi Terlampir

1. Defenisi teknik shaker exercise
2. Tujuan teknik shaker exercise
3. Langkah-langkah shaker exercise

E. Metode

Ceramah dan tanya jawab

F. Media

Leaflet

G. Kegiatan

No.	Waktu	Kegiatan	Kegiatan Sasaran
1.	5 Menit	Pembukaan : 1. Salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan	Menjawab salam Memperhatikan Memperhatikan
2.	15 Menit	Pelaksanaan : 1. Defenisi teknik shaker exercise 2. Tujuan teknik shaker exercise 3. Langkah-langkah teknik shaker exercise	Memperhatikan
3.	10 Menit	Evaluasi : 1. Memberikan kesempatan untuk bertanya 2. Meminta pasien menjelaskan dan	Bertanya dan mendengar jawaban Menjelaskan dan

		<p>mempraktekkan kembali teknik shaker exercise</p> <p>3. Mengucap salam</p>	<p>mempraktekkan kembali teknik shaker exercise</p>
4.	5 Menit	<p>Terminasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan terimakasih atas perhatian yang diberikan 2. Mengucapkan salam 	<p>Menjawab salam</p>

H. Evaluasi

1. Menjelaskan defenisi teknik oral motor exercise
2. Menjelaskan tujuan teknik oral motor exercise
3. Menyebutkan dan mempraktekkan langsung teknik oral motor exercise

Materi Penyuluhan

1. Defenisi

Pasien stroke tidak diperbolehkan untuk makan atau minum sebelum dipastikan ada atau tidaknya gangguan menelan yang dialami. Jika pasien mengalami gangguan menelan, berikan terapi yang cocok digunakan pada pasien stroke. Salah satu latihan yang dapat dilakukan dan mudah untuk diaplikasikan ke pasien stroke ialah latihan shaker. Latihan shaker ialah latihan pengangkatan kepala yang dirancang untuk meningkatkan gerakan anterior kompleks hyolaryngeal dan pembukaan sfingter esofagus bagian atas (Rahmanti & Febri, 2020).

2. Tujuan

Shaker exercise bertujuan untuk memperkuat otot-otot suprahyoid di leher yang saat menelan meningkatkan gerakan ke atas dan ke depan dari tulang hyoid dan laring sehingga terjadi peningkatan pembukaan sfingter esofagus bagian atas dan akan memudahkan makanan untuk masuk ke saluran pencernaan bagian bawah (Winandari, Ismoyowati, Nugraha, Wahyuning, & Rosari, 2022)

3. Prosedur Latihan Shaker Exercise

Latihan shaker direkomendasikan tiga kali sehari selama 6 minggu, dan dapat menghasilkan peningkatan yang signifikan dalam diameter pembukaan anteroposterior UES dan penurunan tekanan intrabolus hipofaring, yang merupakan penanda hambatan aliran (latihan shaker apendiks). Protokol latihan ini harus disesuaikan secara bertahap berdasarkan tingkat kemampuan pasien. Latihan ini dianjurkan untuk rileks selama 1 menit, dan harus

mempertimbangkan untuk mencegah kompensasi bahu selama latihan *shaker* (Clegg, Judy, Padraigin O'Flynn, 2021)

Menurut National Health Service (The Speech and Language Therapy Departement, 2020) dalam (Clegg, Judy, Padraigin O'Flynn, 2021) latihan shaker sebagai berikut;

a. Latihan Shaker (bagian 1)

- 1) Berbaring terlentang di tempat tidur. Jangan gunakan bantal (bahu harus rata dengan permukaan).
- 2) Jaga bahu tetap rata di tempat tidur, dan angkat kepala, angkat dagu ke dada (sampai bisa melihat jari-jari kaki anda)
- 3) Angkat kepala selama 60 detik, kemudian turunkan kepala dan istirahat selama 60 detik
- 4) Ulangi langkah ini 3 kali

b. Latihan Shaker (bagian 2)

- (d) Berbaring terlentang di tempat tidur. Jangan gunakan bantal (bahu harus rata dengan permukaan)
- (e) Jaga bahu tetap rata di tempat tidur, dan angkat kepala, angkat dagu ke dada. Kemudian segera turunkan kepala
- (f) Ulangi langkah ini 30 kali



DAFTAR PUSTAKA

- Clegg, Judy, Pdraigin O'Flynn, P. J. (2021). *Speech and language therapy during and beyond COVID-19: building back better with people who have communication and swallowing needs.*
- Rahmanti, A., & Febri, A. (2020). Penerapan Shaker Excercise Dan Latihan Menelan Dengan Jelly Terhadap Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Di RSUD Sunan Kalijaga Demak. *Jurnal Kesehatan Medika Udayana*, 06(01), 66–79.
- Winandari, F., Ismoyowati, W. T., Nugraha, T. C., Wahyuning, E. L., & Rosari, R. M. (2022). Efektifitas Shaker Excercise terhadap Disfagia pada Pasien Stroke: The Integrative literature Review. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 13(April), 290–297. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33846/sf13206>

TEKNIK SHAKER EXERCISE PADA PASIEN STROKE NON HAEMORAGIK



Disusun Oleh :
VINSENSIA JULITA DIEN
WANCHY DELYJANE GALA

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
PROGRAM PROFESI NERS
TAHUN 2021/2022



Pasien stroke tidak diperbolehkan untuk makan atau minum sebelum dipastikan ada atau tidaknya gangguan menelan yang dialami.



APA ITU SHAKER
EXCERCISE



Latihan shaker ialah latihan pengangkatan kepala yang dirancang untuk meningkatkan gerakan anterior kompleks hyolaryngeal dan pembukaan sfingter esofagus bagian atas (Rahmanti & Febri, 2020).

Shaker exercise bertujuan untuk memperkuat otot-otot suprahyoid di leher yang saat menelan meningkatkan gerakan ke atas dan ke depan dari tulang hyoid dan laring sehingga terjadi peningkatan pembukaan sfingter esofagus bagian atas dan akan memudahkan makanan untuk masuk ke saluran pencernaan bagian bawah (Winandari, Ismoyowati, Nugraha, Wahyuning, & Rosari, 2022)

Prosedur Latihan Shaker Exercise

➤ Latihan Shaker (bagian 1)

- 1) Berbaring terlentang di tempat tidur. Jangan gunakan bantal (bahu harus rata dengan permukaan).



- 2) Jaga bahu tetap rata di tempat tidur, dan angkat kepala, angkat dagu ke dada (sampai bisa melihat jari-jari kaki anda)



- 3) Angkat kepala selama 60 detik, kemudian turunkan kepala dan istirahat selama 60 detik



- 4) Ulangi langkah ini 3 kali

3X

➤ Latihan Shaker (bagian 2)

- (g) Berbaring terlentang di tempat tidur. Jangan gunakan bantal (bahu harus rata dengan permukaan)



- (h) Jaga bahu tetap rata di tempat tidur, dan angkat kepala, angkat dagu ke dada. Kemudian segera turunkan kepala



- (i) Ulangi langkah ini 30 kali

30X

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TUGAS AKHIR

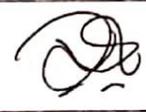
Nama : Vinsensia Julita Dien (NS2114901158)

Wanchy Delyjane Gala (NS2114901059)

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

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan *Non Hemoragic Stroke* Di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	14 Juni 2022	Pelaporan kasus			
2.	15 Juni 2022	Konsul BAB III - Perbaikan pengkajian - Tambahkan intervensi terapeutik	R		
3.	16 Juni 2022	BAB III - ACC penkes	R		
4.	27 Juni 2022	BAB III - Perbaikan pengkajian sesuai dengan kondisi pasien, intervensi hanya yang dilakukan ke pasien - Perbaikan implementasi	R.		

5.	28 Juni 2022	BAB III - Perbaiki penulisan - Perhatikan kembali implementasi	R		Ab
6.	30 Juni 2022	BAB IV dan - Perbaiki PICOT - Perbaiki penulisan	R		Ab
7.	01 Juni 2022	BAB IV dan V - Perbaiki PICOT - Hilangkan PICOT Jurnal	R		Ab
8.	04 Juni 2022	BAB IV dan V - ACC BAB IV dan BAB V - Perbaiki penulisan dan pengulangan kata	R.		Ab

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TUGAS AKHIR

Nama : Vinsensia Julita Dien (NS2114901158)

Wanchy Delyjane Gala (NS2114901059)

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

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan *Non Hemoragic Stroke* Di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	27 Juni 2022	Konsul BAB I, II			
2.	28 Juni 2022	BAB I dan II - Perbaikan bab I tambahkan prevalensi - Perbaikan bab II pembahasan			
3.	4 Juli 2022	BAB I dan II - Perbaikan pathway - Perbaikan bab I dan bab II - Tambah patofisiologi - Tambahkan referensi - Lengkapi daftar pustaka			

4.	6 Juli 2022	BAB I dan II - Perbaikan pathway - Perbaikan bab II,			
5.	04 Juni 2022	BAB I dan II - ACC bab I dan II			

RIWAYAT HIDUP

Identitas Diri

Nama : Vinsensia Julita Dien
Tempat /Tanggal Lahir : Ranotongkor, 27 Juli 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katholik
Alamat : Jl. Lamadukelleng No. 8



Identitas Orang Tua/ Wali

Nama Ayah / Ibu : Johnny Adri Dien / Veronica Angelino Rumondor
Agama : Katholik
Pekerjaan Ayah / Ibu : Wiraswasta / IRT
Alamat : Jl. Raya Tomohon – Tanawangko, Kota Tomohon

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Sta. Maria Goretti Woloan : 2003 – 2004
SD Kat. III Woloan : 2004 – 2009
SMP Kat. Bunda Hati Kudus Woloan : 2009 – 2013
SMK Negeri 1 Tomohon : 2013 – 2016
Akademi Keperawatan Gunung Maria Tomohon : 2016 – 2019
STIK Stella Maris Makassar : 2019 – 2022

RIWAYAT HIDUP

Identitas Diri.

Nama : Wanchy Delyjane Gala
Tempat /Tanggal Lahir : Rantepao, 14 Januari 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Perumahan Telkomas,
Telkom II, No.102



Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Paingko / Yenni Gala
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Wiraswasta / IRT
Alamat : Jl. Poros Bolu-Rantepao

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK PONGTIKU : 2004-2005
SDN 56 Rantepao IV : 2005-2011
SMPN 2 Rantepao : 2011-2014
SMA Negeri 2 Rantepao : 2014-2017
STIK Stella Maris Makassar : 2017-2022