



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON-
HEMORAGIC STROKE* DI RUANG PERAWATAN
SERUNI RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY
JUSUF PUTERA MAKASSAR**

OLEH

FLORENTINA YABARMASE (NS2414901058)

FRISCHA ADE RANTE (NS2024901059)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2025**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON-
HEMORAGIC STROKE* DI RUANG PERAWATAN
SERUNI RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY
JUSUF PUTERA MAKASSAR**

OLEH

FLORENTINA YABARMASE (NS2414901058)

FRISCHA ADE RANTE (NS2024901059)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2025**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini, nama:

1. Florentina Yabarmase (NS2414901058)
2. Frischa Ade Rante (NS2414901059)

Menyatakan dengan sungguh bahwa karya ilmiah akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasa (jiplakan) dari hasil karya ilmiah orang lain.

Dengan surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 12 Juni 2025

Yang menyatakan



Florentina Yabarmase



Frischa Ade Rante

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Non Hemoragic Stoke* Di Ruangan Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / NIM: 1.Florentina Yabarmase (NS2414901058)
2.Frischa Ade Rante (NS2414901059)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Matilda M. Paseno, Ns., M. Kes)
NIDN:0925107502

Pembimbing 2



(Fitriyanti Patarru', Ns., M. Kep)
NIDN:0907049202

Menyetujui

**Wakil ketua bidang akademik
STIK Stella Maris Makassar**



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Oleh:

Nama : 1. Florentina Yabarmase (NS2414901058)

2. Frischa Ade Rante ((NS2414901059)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Non
Hemoragic Stroke Di Ruangan Seruni Rumah
Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar

Telah Berhasil Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji

DEWAN PENGUJI DAN PEMBIMBING

Pembimbing 1 : Matilda M. Paseno, Ns., M. Kes

(*Matilda*)

Pembimbing 2 : Fitriyanti Patarru', Ns., M. Kep

(*Fitriyanti*)

Penguji 1 : Rosmina Situngkir, Ns., M. Kep

(*Rosmina*)

Penguji 2 : Fransisco Irwandy, Ns., M. Kep

(*Fransisco*)

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 25 Juni 2025

Mengetahui

KETUA STIK Stella Maris Makassar


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



HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Florentina Yabarmase : (NS2414901058)

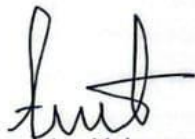
Frischa Ade Rante : (NS2414901059)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 25 Juni 2025

Yang Menyatakan



Florentina Yabarmase



Frischa Ade Rante

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 Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera 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. Kep. MB., PhDNS selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar dan juga selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan kepada penulis selama proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar sekaligus dosen pembimbing akademik yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini dan sekaligus akan memberikan Masukan dan arahan kepada penulis untuk penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
5. Serlina Sandi,Ns.,M.Kep.PhdNS selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.

6. Fitriyanti Patarru' Ns.,M.Kep selaku Pembimbing II yang dengan penuh kesabaran dan pengertian membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
7. Rosmina Situngkir,Ns.,M.Kep selaku penguji I yang akan memberikan Masukan dan arahan kepada penulis untuk penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
8. Fransisco Irwandy,Ns.,M.Kep selaku penguji II yang akan memberikan Masukan dan arahan kepada penulis untuk penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
9. Kepala ruangan Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar yang telah memberikan kesempatan untuk mengambil kasus di ruangan.
10. Bapak Ibu dosen beserta seluruh Staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
11. Teristimewa untuk kedua orang tua dan saudara Florentina Yabarmase dan kedua orang tua dan saudara Frischa Ade Rante yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
12. Untuk teman-teman mahasiswa Ners angkatan 2024/2025 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.

DARTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
DARTAR ISI	ix
DARTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	14
A. Latar Belakang	14
B. Tujuan Penulisan	16
C. Manfaat Penulisan.....	17
D. Metode Penulisan.....	17
E. Sistematika Penulisan	18
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	19
A. Konsep Dasar.....	19
1. Pengertian	19
2. Anatomi Fisiologi.....	20
3. Etiologi.....	27
4. Patofisiologi.....	31
5. Manifestasi Klinis	32
6. Tes Diagnostik	33
7. Penatalaksanaan Medis	34
8. Komplikasi	37
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	38

1. Pengkajian	38
2. Diagnosis Keperawatan	40
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	41
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	46
BAB III PENGAMATAN KASUS	53
A. Ilustarasi Kasus	53
B. Pengkajian	54
C. Diagnosa Keperawatan	77
D. Rencana Keperawatan	78
E. Implementasasi Keperawatan	82
F. Evaluasi Keperawatan.....	88
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	102
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	102
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	108
C. PICOT EBN.....	109
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	114
A. Kesimpulan	114
B. Saran	116
DAFTAR PUSTAKA	117

DARTAR GAMBAR

Gambar 2.1 anatomi otak manusia.....	20
--------------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 saraf kranial.....	26
Tabel 3.2 level stroke	71
Tabel 3.3 diagnosa keperawatan	77
Tabel 3.4 rencana keperawatan	78
Tabel 3.5 implementasi keperawatan	82
Tabel 3.6 evaluasi keperawatan	88
Tabel 4.1 telaah jurnal metode picot.....	108

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 lembar konsultasi

Lampiran 2 daftar riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal penting dan utama dalam menjalani hidup. Tidak dipungkiri banyak orang yang rela mengorbankan harta miliknya demi mencegah bahkan mengobati ketika ia sedang sakit. Seringkali orang-orang tidak peduli dengan kesehatan misalnya tidak melakukan aktifitas fisik, jarang berolahraga, sering mengonsumsi makanan lemak, kebiasaan merokok, seiring berjalannya waktu, gaya hidup sehat mempengaruhi kesehatan sehingga menimbulkan masalah kesehatan yang serius. Salah satu penyakit kronis yang dapat menyerang siapa saja tanpa mengenal usia dan jenis kelamin yaitu stroke (Sina et al., 2024).

Stroke masih menjadi salah satu masalah utama kesehatan yang cukup serius karena angka kematian dan kesakitan yang tinggi di dunia baik di negara maju maupun berkembang. Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak (serebrovaskuler) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (infark serebral). Ini disebabkan karena adanya penyumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak sehingga pasokan darah dan oksigen ke otak menjadi berkurang dan menimbulkan serangkaian reaksi biokimia yang akan merusakkan atau mematikan sel-sel saraf otak (Keren Stelin Maliangkay et al., 2023).

Non Hemoragik Stroke sangat berdampak terhadap kesehatan, kehidupan masyarakat, perekonomian, kehidupan sosial masyarakat terhadap fisik, dan psikis. Oleh karena itu untuk mengatasi masalah penyakit menular maupun tidak menular seperti stroke, kementerian kesehatan melakukan rencana aksi program, dengan mendorong tenaga kesehatan untuk memberikan pendidikan yang optimal secara menyeluruh kepada masyarakat agar masyarakat paham, dan mau

menjalani hidup sehat, melakukan skrining kesehatan di usia produktif serta deteksi dini faktor resiko penyebab stroke dengan demikian preferensi stroke hemoragik dan non hemoragik dapat menurun secara berkala dengan adanya kesadaran masyarakat (Desa & Rejo, 2025).

Di negara Indonesia sendiri berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2023 prevalensi penyakit stroke di Indonesia mencapai 8,3 % penduduk meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari 7% menjadi 10,9%. Prevalensi penyakit stroke yang tinggal di daerah perkotaan lebih besar yaitu 63,9% dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan sebesar 36,1%. Berdasarkan data Riset Kesehatan Daerah tahun 2018 prevalensi stroke tertinggi terdapat di Kalimantan Timur (14.7%) dan yang terendah berada di Papua (4.1%). Sedangkan angka kejadian Stroke di Sulawesi Selatan yaitu sebesar 10,6%. Prevalensi penyakit stroke juga meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus stroke tertinggi adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan lebih banyak pria (11,1%) dibandingkan dengan wanita (10,9%) (Adhania et al., 2018).

Tingginya angka kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh penyakit stroke, sehingga dibutuhkan tindakan perawatan yang tepat dan cepat serta memberikan pelayanan yang komperensif selama perawatan di Rumah Sakit. Pasien dengan *Non Hemorage Stroke* umumnya sering mengalami peningkatan tekanan intrakranial (TIK) karena adanya edema serebral yang terjadi sebagai respons terhadap infark otak. Edema serebral ini dapat membatasi pasokan aliran darah ke otak yang dapat menyebabkan penyumbatan dan kerusakan pada jaringan otak. Oleh karena itu diperlukan pemantauan dan penanganan yang tepat demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Intervensi mandiri keperawatan yang dapat dilakukan berupa praktik pemberian posisi seperti *head up 30°* yang bertujuan untuk memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah dan memenuhi kebutuhan oksigenasi ke jaringan serebral (Ginanjar, 2024).

Dalam penelitian (Ekacahyaningtyas et al., 2017) menyatakan bahwa posisi elevasi kepala 30° juga dapat memperbaiki status hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral. Perubahan posisi harus dilakukan dengan tepat dan selalu memperhatikan posisi leher agar tidak terjadi penurunan aliran balik vena akibat fleksi dan rotasi berlebihan. Posisi rotasi berlebihan dapat berdampak pada peningkatan tekanan intrakranial.

Berdasarkan fenomena di atas sangat penting bagi perawat untuk mengetahui tindakan keperawatan yang tepat dalam mempertahankan perfusi serebral yang efektif tanpa menimbulkan komplikasi yang lain, sehingga perawat dituntut untuk meningkatkan pengetahuan yang lebih mendalam tentang penyakit ini. Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Non Hemoragik Stroke di Ruang “Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Putera Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemoragik Stroke* di Ruang Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Putera Makassar”.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Non-Hemoragik Stroke* (NHS) di Ruang Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Putera Makassar.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien dengan *Non-Hemoragik Stroke* (NHS) di Ruang Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Putera Makassar.
- c. Menetapkan rencana Tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemoragik Stroke* (NHS) di Ruang Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Putera Makassar.

- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemoragik Stroke* (NHS) di Ruang Seruni Rumah Saki Akademis Jaury Putera Makassar.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemoragik Stroke* (NHS) di Ruang Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Putera Makassar.

C. Manfaat Penulisan

- 1. Bagi Rumah Sakit
Membantu rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemoragik Stroke* (NHS).
- 2. Bagi Profesi Keperawatan
Menjadi referensi dalam menentukan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non-Hemoragik Stroke* (NHS).
- 3. Bagi Institusi Pendidikan
- 4. Menjadi referensi dan bahan bacaan di perpustakaan untuk menambah wawasan dan memperkaya ilmu pengetahuan tentang perawatan pasien dengan *Non-Hemoragik Stroke* (NHS).

D. Metode Penulisan

- a. Wawancara
Mengadakan wawancara langsung pada pasien mengenai pemeriksaan dan Tindakan yang dilakukan.
- b. Observasi
Melakukan pengamatan langsung pada pasien mengenai pemeriksaan dan Tindakan yang dilakukan.
- c. Pemeriksaan fisik
Melakukan pemeriksaan fisik pada pasien melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
- d. Dokumentasi
Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil test diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

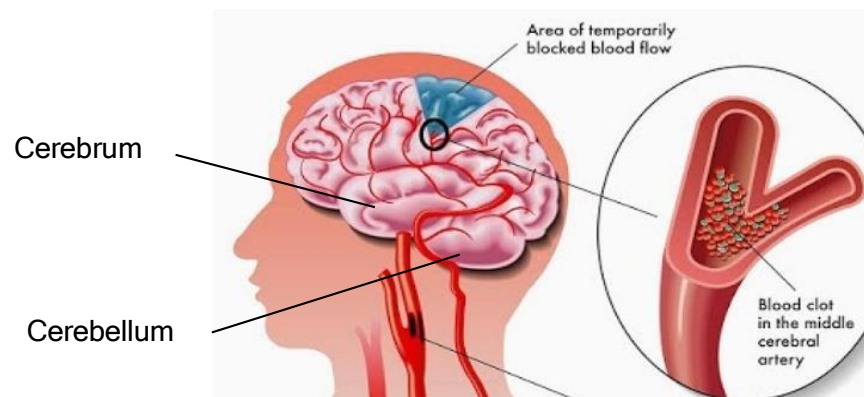
1. Pengertian

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak berkurang akibat penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Tanpa darah, otak tidak akan mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi, sehingga sel-sel pada area otak yang terdampak akan segera mati. Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke hemoragik (pecahnya pembuluh darah di otak), dan non hemoragic stroke (penyumbatan pembuluh darah di otak) (Wahab & Sijid, 2021).

Non-hemoragik stroke merupakan keadaan sementara atau temporer dari disfungsi neurologik yang dimanifestasikan oleh kehilangan fungsi motorik, sensorik atau visual secara tiba-tiba. Stroke iskemik atau stroke non hemoragik terjadi akibat obstruksi atau bekuan (thrombus) yang terbentuk di dalam suatu pembuluh otak atau pembuluh organ distal non hemoragik stroke tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Hermawati & Setiyawan, 2023).

Dari beberapa pengertian di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa stroke adalah kondisi medis serius yang terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu atau berkurang, sehingga jaringan otak tidak mendapat oksigen dan nutrisi yang cukup dan dalam hitungan menit, sel-sel otak bisa mulai mati, sehingga stroke termasuk darurat medis yang harus segera ditangani.

2. Anatomi Fisiologi



Sumber (Rachel, 2024)

a. Otak

Otak merupakan bagian organ tubuh yang paling penting. Sangat penting sehingga jika dalam waktu sedetik saja otak berhenti bekerja maka seluruh organ tubuh tidak dapat berfungsi sama sekali. Otak terbagi menjadi empat bagian utama, yaitu otak besar (cerebrum), otak kecil (cerebellum), batang otak (brainstem), sistem limbik (limbic system) (Rumani et al., 2020).

1) Otak Besar (*Cerebrum*)

Cerebrum adalah struktur otak terbesar dan paling terlihat. Terletak tinggi di atas tengkorak, otak besar menyumbang dua pertiga dari total massa otak. Materi abu-abu, sering disebut korteks serebral, melapisi bagian luar otak.

Serebrum otak bertanggung jawab untuk menangani segala sesuatu mulai dari proses kognitif dasar seperti berpikir dan mengingat hingga yang lebih kompleks seperti menguraikan Bahasa tertulis dan merasakan sensasi sentuhan, menghitung, dan membentuk karakter seseorang. Setiap manusia memiliki otak kiri dan otak

kanan, yang merupakan dua bagian dari otak besar.

Belahan otak bagian kanan fungsi otak kanan:

- a) Mengontrol sisi tubuh di bagian kiri.
- b) Bertanggung jawab atas pertumbuhan serta berkomunikasi, bersosialisasi, berinteraksi dengan orang lain. regulasi emosi, dan.
- c) Bertanggung jawab atas kemampuan tubuh seseorang, seperti kemampuan untuk merasakan, kemampuan untuk menjadi intuitif, untuk bernalar, untuk memanipulasi lingkungan seseorang, untuk mengekspresikan diri melalui gerakan tubuh (seperti berjalan, berlari, bernyanyi, menari, atau memahat), dan segera.

Belahan otak bagian kiri fungsi otak kiri:

- a) Mengontrol sisi tubuh bagian kanan
- b) Sebagai pusat syaraf kecerdasan, atau hal-hal yang berhubungan dengan logika dan penalaran, seperti kemampuan menulis dan membaca, otak merupakan tempat duduknya IQ. Corpus callosum menghubungkan kedua belahan otak, membentuk benang sutra yang menghubungkan materi putih di kedua belahan otak.

Belahan otak terbagi dalam empat lobus, yaitu:

- a) Lobus frontal adalah bagian otak besar yang paling terbuka. Fungsi lobus frontal yang berhubungan dengan motorik meliputi kemampuan memecahkan masalah, kreativitas, kemampuan mengevaluasi sesuatu, kemampuan mengatur impuls seksual dan emosi, pemahaman bahasa, kemampuan menciptakan argumen, kemampuan merencanakan ke depan, dan kemampuan serupa lainnya.

- b) Lobus parietal lobus membentuk sebagian besar garis tengah kranial. Lobus lobus parietal terkait dengan banyak sensor rasa sakit, tekanan, dan emosi.
- c) Lobus temporal, bagian bawah otak besar adalah lobus temporal. Lobus temporal terkait dengan berpikir dan mengingat.
- d) Lobus occipital, bagian posterior otak yang besar disebut lobus oksipital. Lobus otak terhubung ke sistem pemrosesan visual, memungkinkan kita untuk akhirnya menafsirkan semua yang kita lihat.

2) Otak Kecil (*Cerebellum*)

Otak kecil adalah struktur terbesar di otak belakang. Diposisikan anterior ke serebelum dan posterior ke lobus oksipital. Otak kecil, yang memiliki permukaan melengkung seukuran bola bisbol, relatif kecil. Otak kecil memiliki banyak peran penting dalam tubuh, termasuk dalam pengaturan gerakan dan keseimbangan dan dalam menjaga postur tubuh yang tepat. Otak kecil juga membantu dalam peningkatan sistem motorik, yang mencakup hal-hal seperti gerakan otot. Oleh karena itu, gerakan tubuh yang tidak terkoordinasi dapat terpengaruh oleh gangguan ini jika otak kecil rusak. Ini mungkin membuang keseimbangan seseorang, mempengaruhi sikap dan kemampuan seseorang untuk mengendalikan otot-otot mereka. Berdasarkan fungsi otak kecil terbagi menjadi 3 bagian, yaitu :

- a) Vestibuloserebelum, komponen yang berfungsi dari otak kecil yang bertanggung jawab untuk menjaga keseimbangan dalam gerakan mata.

- b) Spinocerebellum, area otak kecil yang bertanggung jawab untuk mengatur koordinasi otot dan struktur tubuh lainnya.
- c) Cerebroserebellum, peran yang dimainkan oleh wilayah otak kecil yang bertindak sebagai bank memori, perencanaan motorik, dan organ pencernaan.

3) Batang Otak (*Brainstem*)

Bagian otak yang menghubungkan otak dengan gading posterior. Terletak di pangkal leher, yang memanjang sampai ke dasar tengkorak. Tiga komponen utama kepala adalah batang otak (pons), otak kecil (medulla oblongata), dan otak kecil (pons). Saraf otak bertanggung jawab untuk menyampaikan sinyal antara batang otak dan neuron sensorik dan motorik tubuh lainnya.

4) Sistem Limbik (*Limbic System*)

Otak paleomammalia, juga dikenal sebagai sistem limbik, adalah wilayah otak yang bertanggung jawab untuk mengatur dan mengoordinasikan aktivitas otak lainnya. Setiap neuron di wilayah ini bekerja keras untuk menyesuaikan keadaan emosi dan dorongan Anda untuk berhasil. Sistem saraf otak telah dipecah menjadi sejumlah daerah yang berbeda, atau lobus:

- a) Hipotalamus, bagian otak yang tersusun atas sejumlah nukleus adalah hipotalamus. Fungsi bagian ini sangat peka terhadap glukosa, suhu, glukokortikoid dan steroid. Letak hipotalamus berada di bagian batang otak, lebih tepatnya di diencephalon dan berfungsi sebagai pusat komando mandiri. Baik sistem saraf dan kelenjar pituitari bergantung pada hipotalamus untuk berfungsi dengan baik.

- b) Thalamus adalah daerah simetris yang terletak di antara korteks selenokortikal. Talamus, struktur terbesar di otak, terletak di antara bagian depan dan belakang otak, di diencephalon. Talamus manusia berbentuk seperti bola bisbol dan berukuran antara 5,7 dan 7,2 sentimeter; itu terletak secara simetris di ventrikel ketiga dan dapat memutar ke sudut hingga 30 derajat. Talamus bertindak sebagai jembatan antara korteks serebrospinal dan subkortikal otak, menjadikannya simpul kunci dalam jaringan pemrosesan informasi otak. Fungsi lainnya termasuk menyampaikan sinyal otot dan sensorik ke korteks serebral, menghilangkan stres, mengendalikan ke-cemasan, dan mengatur pola tidur.
- c) Amigdala juga dikenal sebagai amigdala, adalah sekelompok sel saraf yang terletak di lobus temporal medial. Amigdala adalah komponen sistem limbik yang berperan dalam mengatur reaksi emosional, mengatur ingatan, dan mengambil keputusan. Terletak di ganglia basal otak. Fungsi lain dari amigdala termasuk menyampaikan proyeksi dari hipotalamus, membentuk dan menyimpan ingatan yang berkaitan dengan pengalaman individu atau peristiwa emosional, dan mengatur konsolidasi ingatan di daerah otak lainnya.
- d) Hippocampus memainkan peran penting di otak. Untuk retensi memori jangka panjang dengan memasukkan informasi dari memori kerja, hippocampus memainkan peran penting. Hippocampus pada manusia terletak di korteks prefrontal medial, tetapi pada primata ditemukan di lobus temporalis di bawah korteks serebral. Fungsi lain dari hippocampus termasuk

pembentukan ingatan baru yang terkait dengan pengalaman baru-baru ini, deteksi situasi atau lokasi baru, dan pembentukan ingatan jangka panjang khusus dan keterampilan navigasi spasial.

- e) Perlindungan sistem saraf pusat jaringan, berbasis saraf cepat dan fleksibel. Dengan demikian, ketika diberikan tekanan ringan, neuron akan menjadi rusak dan tidak berfungsi. Bagian belakang kepala dan bagian atas tulang belakang dilindungi karena letaknya jauh di dalam tengkorak, khususnya punggung dan tengkorak nervus, membran meninges, dan cairan serebrospinal (Rumani et al., 2020)

b. Saraf Kranial

Tabel 1
Saraf Kranial

Urutan Saraf	Nama Saraf	Sifat Saraf	Fungsi Saraf
I	Nervus Olfaktorius	Sensorik	Hidung, sebagai alat penciuman
II	Nervus Optikus	Sensorik	Bola mata, sebagai penglihatan
III	Nervus Okulomotoris	Motorik	Penggerak bola mata dan mengangkat kelopak mata
IV	Nervus Troklearis	Motorik	Mata, memutar mata dan penggerak bola mata
V	Nervus Trigeminus Nervus Oftalmikus Nervus Maksilaris Nervus Mandibularis	Motorik dan Sensorik Motorik dan Sensorik Sensorik dan Sensorik	Kulit kepala dan kelopak mata atas Rahang atas, palatum, dan hidung Rahang bawah dan lidah
VI	Nervus Abdusen	Motorik	Mata, penggoyang sisi mata
VII	Nervus Fasialis	Motorik dan Sensorik	Otot lidah, menggerakkan lidah dan selaput lendir rongga mulut
VIII	Nervus Auditorius	Sensorik	Telinga, rangsangan pendengaran
IX	Nervus Vagus	Sensorik dan Motorik	Faring, tonsil, lidah, dan rangsangancitarasa
X	Nervus Vagus	Sensorik dan Motorik	Faring, laring, paru-paru, dan esofagus
XI	Nervus Asesorius	Motorik	Leher, dan otot leher
XII	Nervus Hipoglosus	Motorik	Lidah, citarasa, dan otot lidah

(Meutia et al., 2021).

3. Etiologi

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Suhermi et al., 2021).

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motorik atas (upper motor neuron) dan hipertensi (Adientya & Handayani, 2019).

Menurut (Sherina et al., 2022) stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor yaitu faktor predisposisi dan presipitasi:

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Semakin bertambah usia, semakin tinggi risiko terjadinya stroke. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah pada orang-orang lanjut usia, dimana pembuluh darah menjadi lebih kaku karena adanya plak yang menempel pada pembuluh darah. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur.

2) Jenis kelamin

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

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko tertinggi, sekitar 60% penyandang hipertensi akan mengalami stroke. Hipertensi dapat menyebabkan stroke iskemik 50% maupun stroke hemoragik 60%. 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 mikroaneurisma 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 perfusi hebat yang menyebabkan hiperemia, edema, dan perdarahan.

2) Kolesterol

Proses terjadinya aterosklerosis diawali dari berubahnya kolesterol LDL menjadi lebih aterogenik setelah proses oksidasi dan berubah menjadi LDL teroksidasi. 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 ekstrasvasasi melalui endotel yang rusak dan masuk ke ruang subendotel LDL yang aterogenik akan tertahan dan bersifat sitotoksik, pro-inflamasi, dan kemotaktik. Akibat dari pengaruh tersebut, endotel menjadi aktif dan mengeluarkan sitokin. Nitrogen monoksida (NM) yang dilatasi dihasilkan endotel terkait fungsi vascular pun berkurang dan terjadi peningkatan pengeluaran sel-sel adhesi yang aktif menangkap monosit dan sel T. Monosit tersebut akan menangkap LDL dan berubah menjadi sel busa yang kemudian berkembang menjadi inti lemak dengan pelindung fibrosa. Pelindung ini dapat rapuh dan memicu proses trombogenesis. Sel apoptic yang dihasilkan LDL akan memicu menyebabkan terbentuknya trombus.

3) Diabetes melitus

Hiperglikemia pada penderita diabetes mellitus menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping itu juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut akan menyebabkan hiperglikemia juga dapat meningkatkan

viskositas darah yang kemudian akan menyebabkan naiknya tekanan darah atau hipertensi dan berakibat terjadinya Non Hemoragik Stroke. Keadaan hiperglikemia juga mempermudah terjadinya edema otak dan meningkatkan angka kematian pasien yang dirawat akibat stroke.

4) Merokok

Seseorang yang telah merokok lebih dari 10 tahun berisiko 4 kali lebih besar terkena serangan stroke dibandingkan dengan mereka yang merokok kurang dari 10 tahun. Jumlah rokok yang dihisap akan memberi pengaruh yang sangat besar terhadap kejadian aterosklerosis terutama pada pembuluh darah otak sebagai pemicu stroke. Nikotin yang terkandung didalam rokok menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga terjadi kekakuan pembuluh darah. Nikotin dalam rokok juga mengandung *Reactive Oxygen Species* (ROS) yang menyebabkan terjadinya nekrosis pada sel endotel pembuluh darah. Molekul adhesi yang teraktivasi pada pembuluh darah mempermudah penempelan lipid yang telah teroksidasi oleh ROS pada pembuluh darah koroner.

5) Penyakit jantung

Penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut atrial fibrilasi yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Pada keadaan fibrilasi dimana denyut jantung tidak teratur dan cepat, menyebabkan risiko syok tinggi. Karena hal ini menyebabkan aliran darah tidak teratur dan secara perlahan akan terjadi pembentukan gumpalan darah diatrium kiri sehingga menurunkan kemampuan kontraksi jantung. Gumpalan ini dapat mencapai otak dan menyebabkan terhambatnya aliran darah di otak sehingga menyebabkan stroke. (Sherina et al., 2022).

4. Patofisiologi

Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) disebabkan oleh trombosit akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah luar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (atheroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus (sahla delia azzahra, 2023).

Thrombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan akan terbawah hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen. Sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami neurologis lalu mati (Suhermi et al., 2021).

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Ilham Darmawan, Indhit Tri Utami, 2024) manifestasi klinis stroke sebagaiberikut:

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

Gejala stroke dikenal dengan istilah FAST:

- a) Face (Wajah); salah satu sisi mulut atau wajah terlihat turun sebelah atau tidak simetris
- b) Arms drive (gerakan lengan); salah satu lengan mati rasa atau lemah. Atau jika kedua tangan diangkat, salah satu tangan terlihat lebih turun dari lengan satunya
- c) Speech (Bicara); sulit berbicara, berbicara tetapi tidak jelas atau bahkan tidak dapat berbicara
- d) Time (waktu); segera cari pertolongan medis jika durasinya 4-5 jam setelah gejala pertama muncul (Ilham Darmawan, Indhit Tri Utami, 2024).

6. Tes Diagnostik

- a. Angiografi serebral Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.
- b. CT scan Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.
- c. MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.
- d. *elektro encefalography* (EEG) Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.
- e. Pemeriksaan Laboratorium:
 - 1) Lumbar pungsi: pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama.
 - 2) Pemeriksaan darah rutin.
 - 3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.
 - 4) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri (Azzahra & Fitriyani, 2023).

7. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Fadli Syamsuddin & Riyana Nur Ridwan Adam, 2023) penatalaksanaan medik pada pasien Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) dibedakan menjadi 2, yaitu sebagai berikut:

a. Farmakologi

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

1) Fibrinolitik/ trombolitik (rtPA)

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

2) Antikoagulan

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

3) Antiplatelet

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

4) Antihipertensi

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

- a) nikardipin 5 mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam, setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai <185/110 mmHg, maka jangan diberikan rtPA.
- b) Pasien sudah dapat rtAP, namun tekanan darah sistolik >180-230 mmHg atau diastolic >105-120mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg/IV, kemudian infus kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA <180/105 mmHg, monitor tiap 15 menit selama 2 jam dari mulainya rtPA, lalu tiap 30 menit selama 6 jam dan kemudian tiap jam selama 16 jam.

b. Non Farmakologi

1) Fase akut

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

- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
- d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonic, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-200 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
- e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg%, dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.

2) Fase rehabilitasi

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

3) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo

peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut (Fadli Syamsuddin & Riyana Nur Ridwan Adam, 2023).

8. Komplikasi

Menurut (Farikesit et al., 2023) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien Non-Hemorrhagic Stroke (NHS), yaitu:

a) Kekakuan otot sendi

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

b) Dekubitus

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

c) Bekuan darah

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

d) Pneumonia

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

e) Stress atau depresi

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

f) Nyeri pundak dan subluxation/dislokasi

Gerakan ganti pakaian atau saat ditopang orang lain dapat menyebabkan rusaknya otot pada sekitar bahu yang

mengontrol sendi, maka dari itu lengan pasien stroke diletakkan papan atau kain untuk menahan agar tidak terkulai.

- g) Pembengkakan otak.
- h) Infeksi: saluran kemih, paru (pneumonia aspirasi).
- i) Kardiovaskuler: gagal jantung, serangan jantung, emboli paru.
- j) Gangguan proses pikir dan ingatan: demensia (pikun) (Farikesit et al., 2023).

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Menurut (Fadli Syamsuddin & Riyana Nur Ridwan Adam, 2023) proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

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

- a. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan
 - 1) Data subjektif: adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol, merokok.
 - 2) Data objektif: hipertensi arterial sehubungan adanya embolisme.
- b. Pola nutrisi dan metabolic
 - 1) Data subjektif: nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.
 - 2) Data objektif: terjadinya kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

c. Pola eliminasi

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

d. Pola aktivitas dan Latihan

- 1) Data subjektif: merasa sulit melakukan aktifitas, karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.
- 2) Data objektif: gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan gangguan pengelihatian, dan gangguan kesadaran.

e. Pola tidur dan istirahat

- 1) Data subjektif: susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot)
- 2) Data objektif: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot.

f. Pola presepsi sensorik dan kognitif

- 1) Data subjektif: sinkope atau pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat dengan adanya pendarahan intraserebral, subaraknoid, kesemutan (biasanya selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain).
- 2) Data objektif: status mental atau tingkat kesadaran biasa terjadi koma pada tahap awal hemoragik.

g. Pola presepsi dan konsep diri

- 1) Data subjektif: perasaan putus asa
- 2) Data objektif: emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marahh, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

- 1) Data subjektif: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.
 - 2) Data objektif: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata).
- i. Pola reproduksi dan seksualitas
 - 1) Data subjektif: tidak adanya gairah seksual.
 - 2) Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.
 - j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress
 - 1) Data Subjektif: kemampuan klien untuk mendiskusikan masalah kesehatan saat ini, dampak kecemasan, ketakutan, perubahan perilaku akibat stress
 - 2) Data Objektif: pandangan terhadap dirinya yang salah, ketidakmampuan melakukan aktivitas secara maksimal
 - k. Pola sistem nilai kepercayaan
 - 1) DS : jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil
 - 2) DO : gangguan dan kesulitan saat melaksanakan ibadah

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnose keperawatan pada pasien Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) adalah sebagai berikut (PPNI, 2017).

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017).
- b. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0017).
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping (D.0055).
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskuler (D.0119).

- e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial (D.0063).

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

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

- a. Resiko Perfusi Serebral tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi (0.0017).

SLKI:

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

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

SIKI:

Pemantauan tekanan intrakranial (1.06198)

- 1) Observasi
 - a) Monitor peningkatan tekanan darah Monitor peningkatan tekanan darah

Rasional: Agar dapat mendeteksi secara dini adanya peningkatan tekanan intrakranial.
 - b) Monitor penurunan perfusi jantung

Rasional: Untuk mengetahui perubahan dalam peningkatan atau penurunan frekuensi jantung
- 2) Teraupetik
 - a) Pertahankan posisi kepala dan leher netral

Rasional: untuk meningkatkan sirkulasi perfusi serebral dan mengurangi resiko peningkatan TIK
 - b) Dokumentasi hasil pemantauan

Rasional. Untuk mengetahui perubahan pada peningkatan TIK
- 3) Edukasi

a) Jelaskan tujuan prosedur pemantauan

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

b. Gangguan Mobilisasi Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (0.0017)

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama...maka mobilitas fisik meningkat (L05042) dan toleransi aktivitas meningkat (L.06047) dengan kriteria hasil:

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

SIKI:

Dukungan mobilisasi (1.05173)

1) Observasi

a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

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

b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: untuk mengetahui dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya.

c) Memonitor toleransi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

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

2) Terapeutik

a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Rasional

Membantu pasien untuk lebih mudah melakukan mobilisasi fisik

b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Rasional Melatih pasien untuk melakukan pergerakan

- c) Melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan Rasiona untuk mendorong keluarga dalam anggota keluarga yang sedang sakit

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

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

- b) Alarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

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

- c) Anjurkan melakukan mobilisasi dini.

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

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan lingkungan (D.0055).

SLKI

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama maka pola tidur membaik (L05045) dengan kriteria hasil:

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

SIKI:

Dukungan tidur (1.05174)

- 1) Observasi

- a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

Rasional: Mengkaji aktivitas dan tidur pasien

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

Rasional Mengkaji kebiasaan kondisi yang mengganggu tidur pasien.

- c) Identifikasi obat tidur yang di konsumsi

Rasional Mengkaji obat tidur yang dikonsumsi oleh pasien

- 2) Teraupetik

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

Rasional Mengatur lingkungan, pencahayaan kebisingan dll yang mengganggu tidurnya pasien

- b) Batasi waktu tidur siang. Jika perlu

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

- c) Terapkan jadwal tidur rutin

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

- 3) Edukasi

- a) Jelaskan tidur yang cukup selama sakit

Rasional: Memberi tahu pasien pentingnya tidur selama sakit.

- b) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

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

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskuler (0.0119). Setelah dilakukan intervensi keperawatan komunikasi selama....., maka komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil:

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

SIKI:

Promosi komunikasi Defisit bicara (I.13492)

- 1) Observasi
 - a) Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara
Rasional: menyesuaikan pola komunikasi dengan pasien.
- 2) Terapeutik
 - a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis; menulis, mata berkedip, isyarat tangan)
Rasional: mempermudah untuk proses komunikasi.
 - b) Berikan dukungan psikologis
Rasional: memberikan individu agar merasa diperhatikan, diperdulikan dan merasa dihargai.
- 3) Edukasi
Anjurkan berbicara perlahan
Rasional memberikan kesempatan kepada pasien untuk dapat berbicara jelas.
- 4) Kolaborasi.
Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapi
Rasional mendapatkan terapi yang sesuai
- c) Gangguan menelan berhubungan dengan Gangguan Saraf Kranial (D.0063).
SLKI:
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama....., maka status menelan membaik (L.06052) dengan kriteria hasil:
 1. Mempertahankan makanan di mulut cukup meningkat
 2. Reflek menelan cukup meningkat
 3. Kemampuan mengosongkan mulut cukup meningkat
 4. Frekuensi tersedak cukup menurun
 5. Batuk cukup menurun
 SLKI:
Dukungan perawatan diri makan minum (I.1135)
 1. Observasi

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

Rasional: mencegah resiko terjadinya aspirasi.

- b) Monitor status pernapasan

Rasional mengidentifikasi masuknya makanan kedalam saluran pernapasan.

2. Teraupetik

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

Rasional: mencegah aspirasi.

- b) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak Rasional mempermudah klien mengunyah dan menyerap makanan.

- c) Berikan obat oral dalam bentuk cair

Rasional mempermudah masuknya obat dan penyerapan lebih cepat.

3. Edukasi:

- a. Anjurkan makan secara perlahan

Rasional melatih fungsi dan memulihkan status mental.

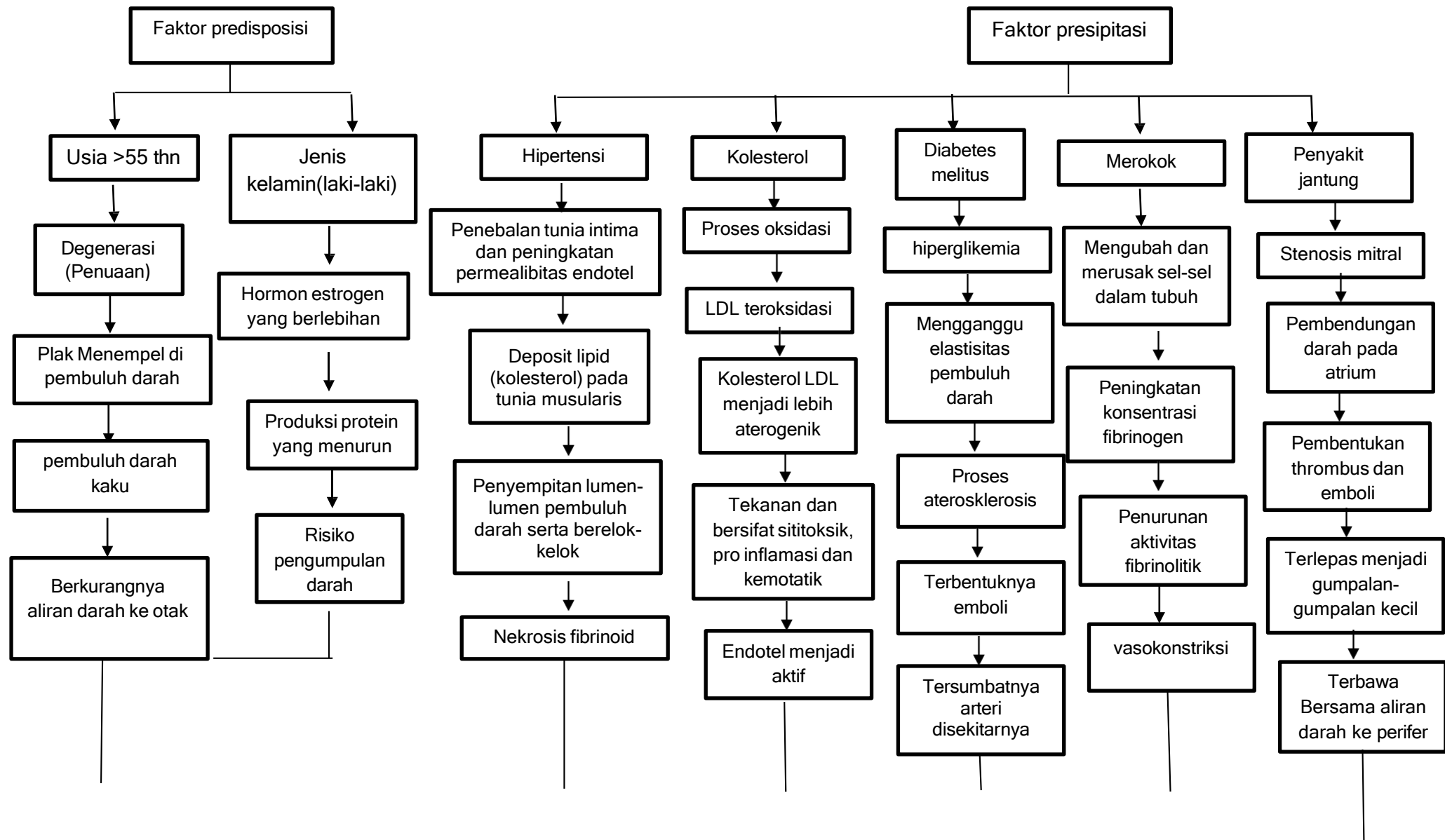
4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

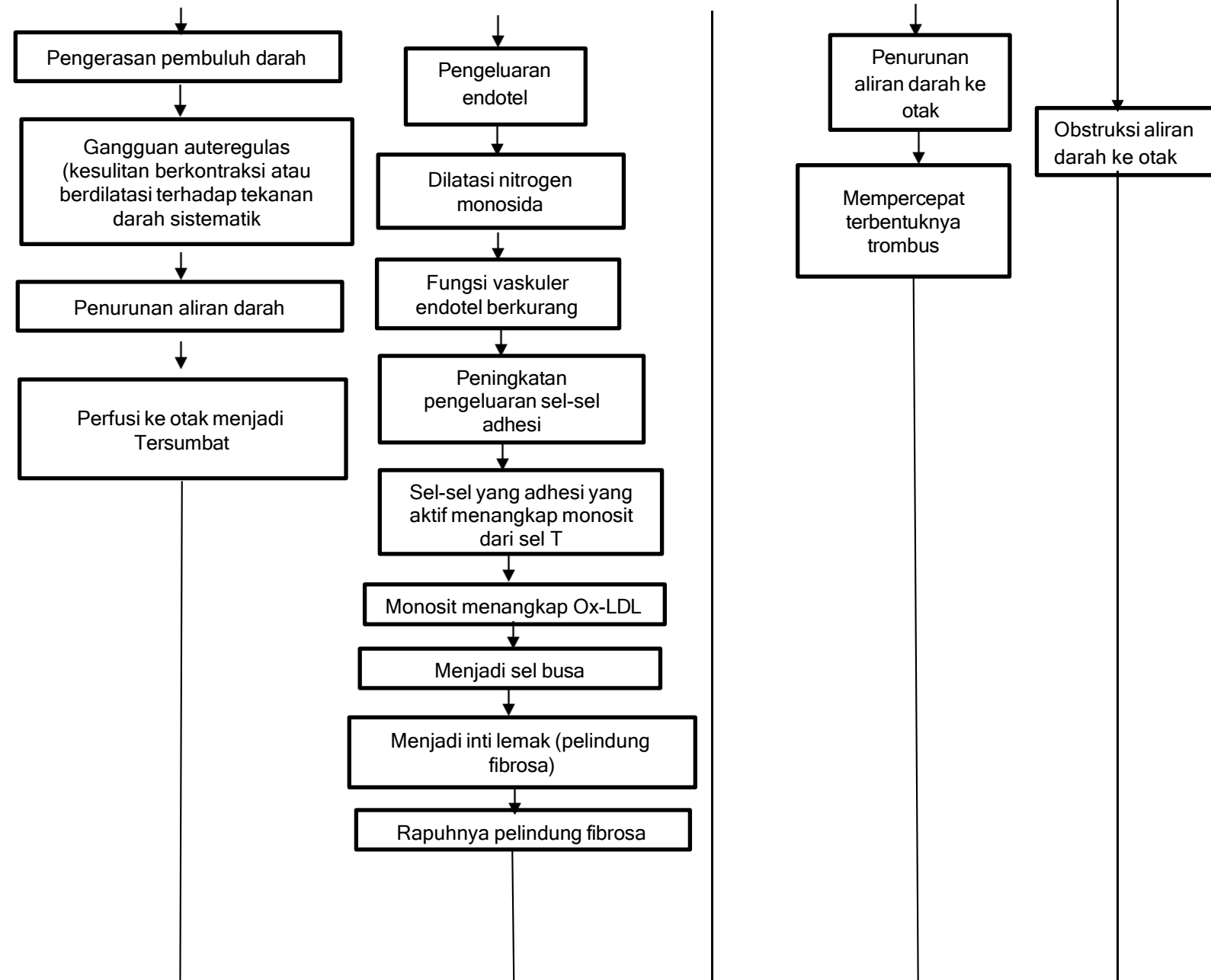
Adapun perawatan di rumah untuk penderita stroke secara garis besar adalah sebagai berikut:

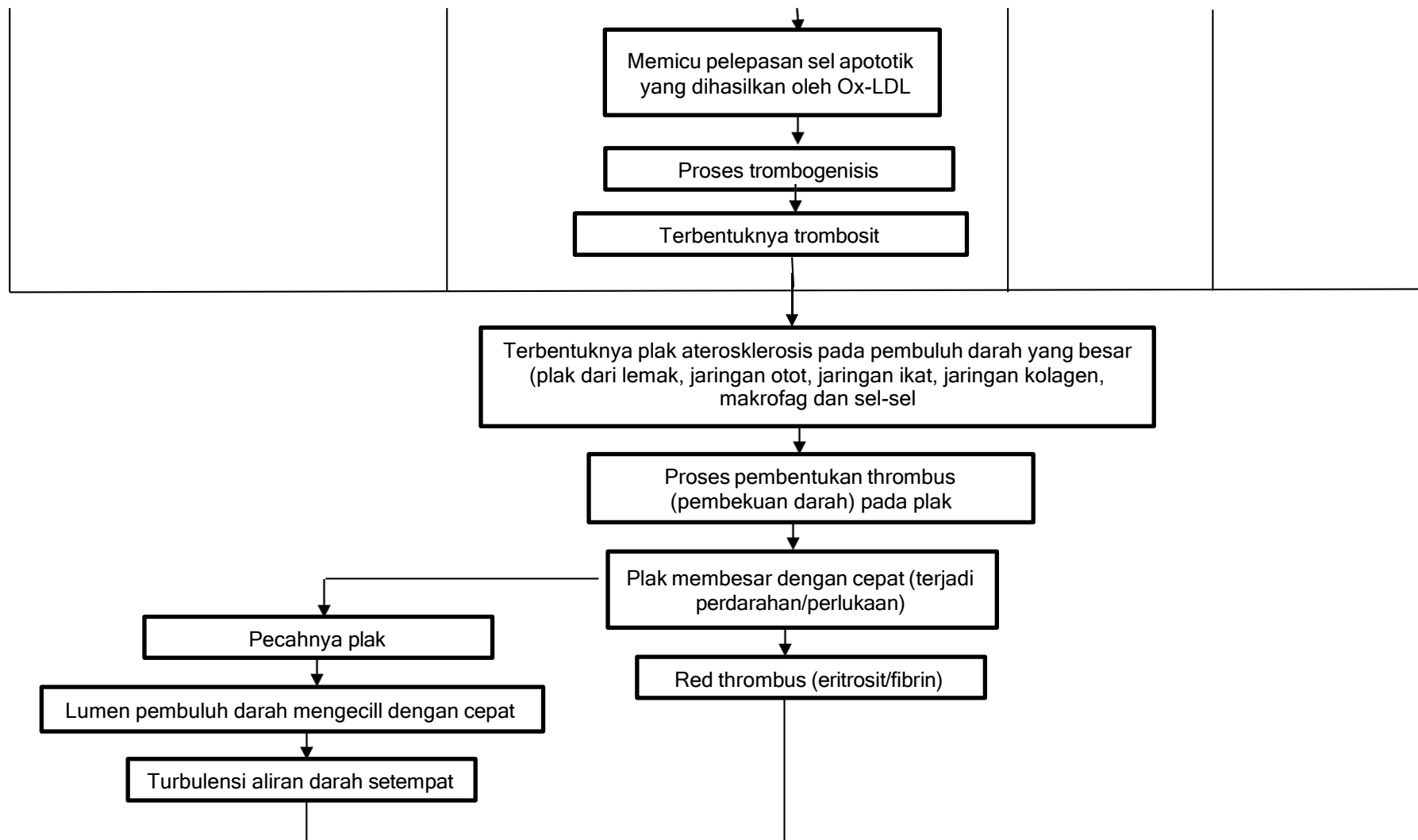
- a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
- b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehata dengan diet rendah garam dan mengurangi makanan manis-manis.
- c. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
- d. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.
- e. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.

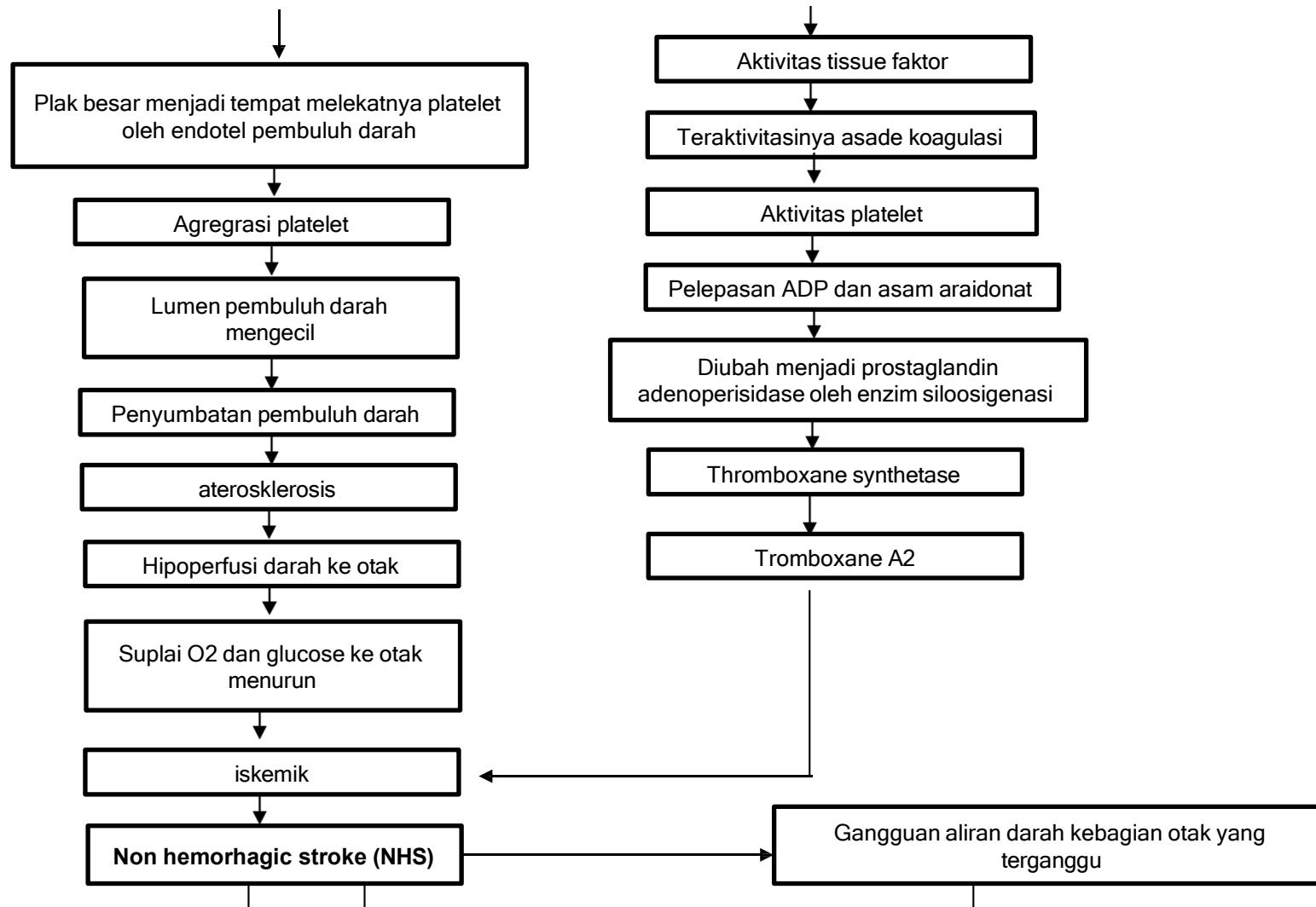
- f. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

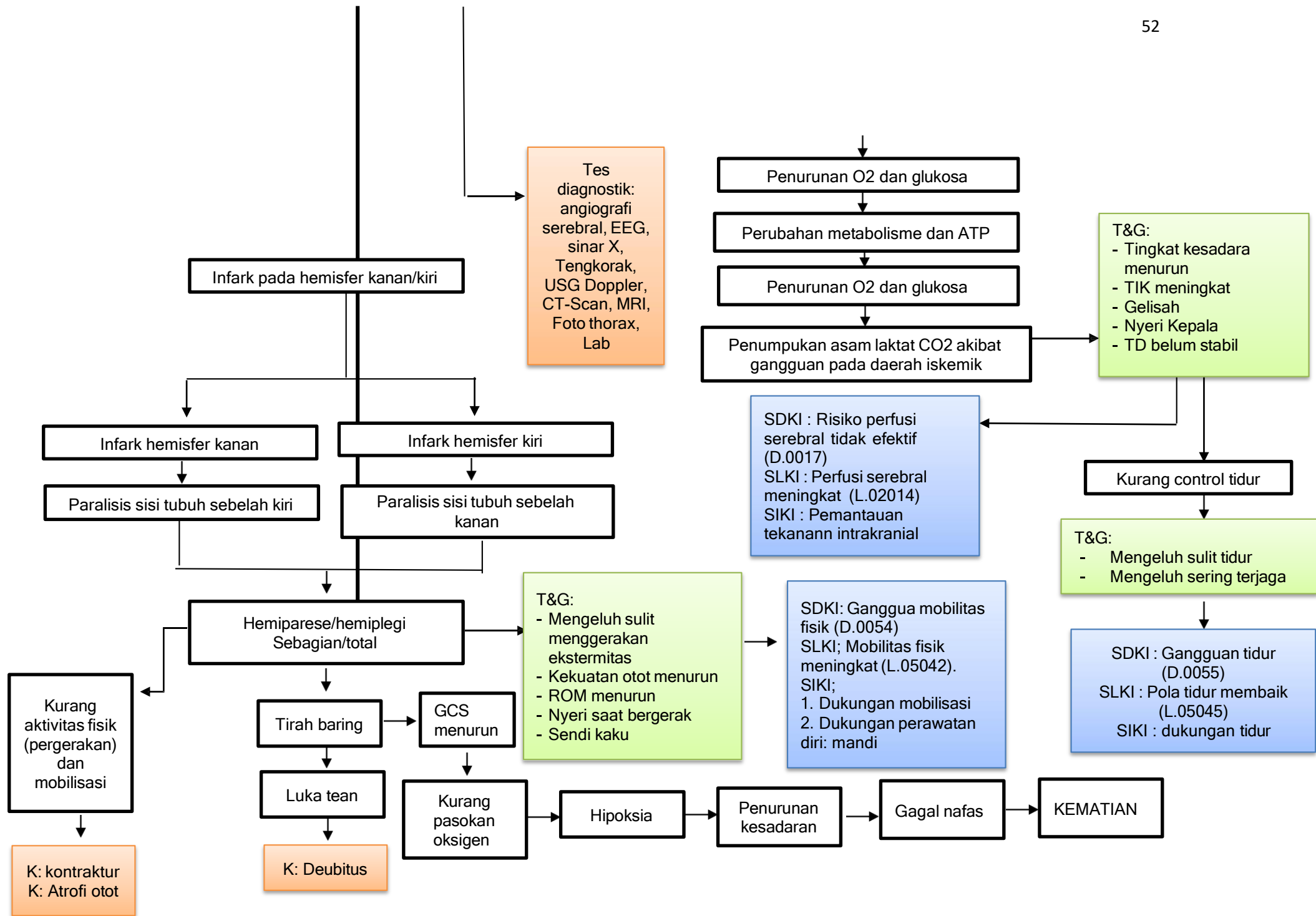
4. Patoflow Diagram











BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisial Tn. "R" usia 65 tahun masuk Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera di ruang Seruni pada tanggal 11 Mei 2025 dengan diagnosa medik *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)* dengan keluhan utama sulit menggerakkan tubuh bagian kiri. Pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya sejak kemarin sore pasien mengeluh pusing, sakit kepala disertai tegang pada belakang leher. Pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 4 tahun yang lalu. Kesadaran pasien *composmentis* dengan GCS 15 (E4V5M6). Pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Dilakukan pemeriksaan diagnostik *CT-Scan* kepala pada tanggal 11 Mei 2025 diperoleh hasil infrak cerebri kanan. Hasil observasi tanda-tanda vital tekanan darah 170/80 mmHg, nadi 86x/menit, pernapasan 20x/menit, dan suhu 36,8 C.

Masalah keperawatan yang ditemukan selama pasien dirawat antara lain: risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan pola tidur. Terapi obat citicoline 500 mg / 12 jam / IV, CPG 75 mg / 24 jam / oral, mecobalamin 1 amp / 24 jam / IV, ranitidene 1 amp/12 jam/ IV, santagesik 1 amp/ 8 jam / IV.

KAJIAN KEPERAWATAN

B. Pengkajian

Unit : Seruni

Autoanamnese : ✓

Kamar : 2. Bad 2

Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS : 10, Mei 2025

Tanggal pengkajian : 11, Mei 2025

1. Identifikasi

a. Pasien

Nama initial : Tn. S
 Umur : 65 Tahun
 Jenis kelamin : Laki - laki
 Status perkawinan : Menikah
 Jumlah anak : 7 orang
 Agama/ suku : Islam/Makassar
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Petani
 Alamat rumah : Jl. Rappocini No. 12

b. Penanggung Jawab

Nama : Ny. R
 Umur : 55 Tahun
 Alamat : Jl. Rappocini No. 12
 Hubungan dengan pasien : Istri

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Hemiparise Sinistra

Saat pengkajian : NHS

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

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

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

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Composmentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a. Respon motorik	6
b. Respon bicara	5
c. Respon membuka mata	4
Jumlah	15

Kesimpulan : Pasien sadar penuh

2) Tekanan darah : 170/80mmHg

MAP : 110mmHg

Kesimpulan : Fungsi ginjal tidak memadai

3) Suhu : 36,8°C di Oral ☒ Axilla ☐ Rectal ☐

4) Pernapasan: 20 x/menit

Irama : Teratur ☒ Bradipnea ☐ Takipnea ☐ Kusmaul ☐

Cheyne-stokes ☐

Jenis ☒ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 86 x/menit

Irama : ☒ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi
☐ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 30 cm

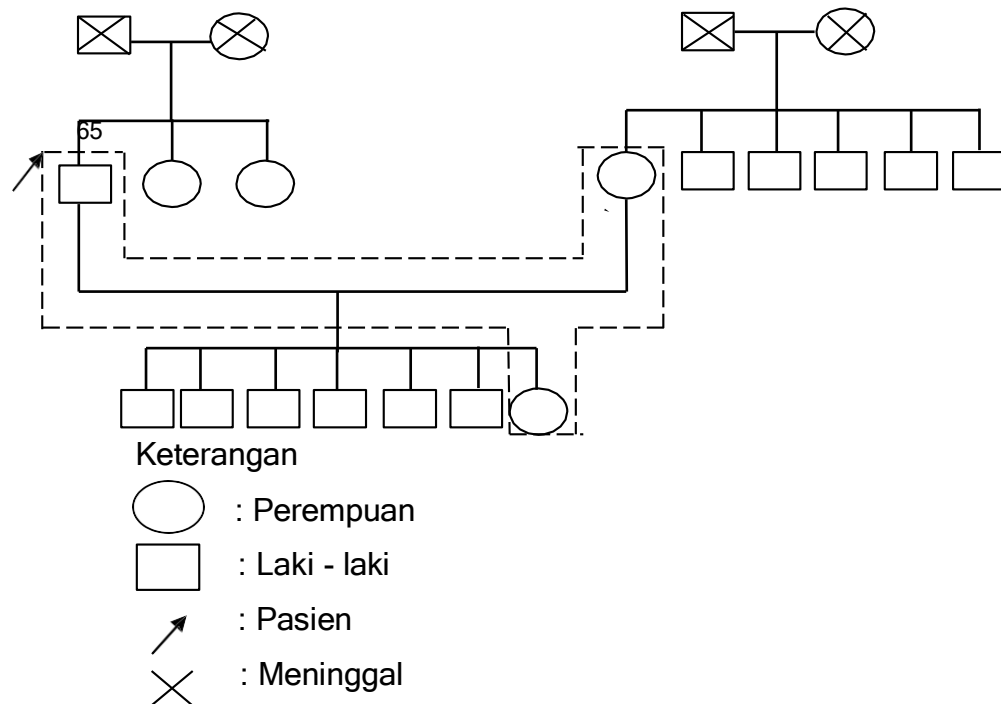
2) Tinggi badan : 172 cm

3) Berat badan : 72kg

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

Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram



4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. Pola Presepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1). Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kesehatan merupakan bagian penting dalam menjalani hidup. Pasien mengatakan saat merasa sakit ringan ia akan mencoba membeli obat di apotek terdekat. Pasien mengatakan sebelum sakit memiliki kebiasaan merokok yang aktif. Pasien mengatakan melakukan pemeriksaan saat merasa sakit berat. Pasien mengatakan jarak rumah dari puskesmas sekitar 4 km dan jarak dari rumah sakit sekitar 10 km. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 4 tahun yang lalu

dan akan meminum obat apabila ia merasa pusing. Pasien mengatakan sangat suka makan ikan asin, gorengan dan sayur santan.

2). Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama :

Kelemahan pada tubuh bagian kiri

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan sejak 3 hari yang lalu pasien merasakan sakit kepala disertai tegang pada leher, awalnya pasien dan keluarga hanya berpikir sakit kepala biasa sehingga pasien hanya istirahat dan minum obat antihipertensi, namun tidak ada perubahan. Keesokan harinya tiba-tiba pasien merasa tubuh bagian kirinya sulit untuk digerakan. Sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke RS Akademis Jaury Jusuf Putra. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Mei 2025 diperoleh data pasien mengatakan masih mengalami kelemahan dan kekakuan pada tubuh sebelah kiri. Pasien masih merasa tegang pada belakang leher disertai pusing. Kesadaran pasien *composmentis* dengan GCS 15 (E4V5M6).

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 4 tahun yang lalu.

d). Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan dalam keluarganya memiliki penyakit keturunan yaitu hipertensi.

e). Pemeriksaan fisik :

- (1) Kebersihan rambut : Tampak bersih, dan beruban
- (2) Kulit kepala : Tampak bersih, tidak ada lesi
- (3) Kebersihan kulit : Tampak bersih

- (4) Higiene rongga mulut :Tampak bersih, tidak ada sariawan
- (5) Kebersihan genitalia :Tidak dikaji
- (6) Kebersihan anus :Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan makan 3x dalam sehari dengan menu nasi, sayur dan ikan secukupnya, namun pasien masih suka makan makanan yang asin dan berminyak, pasien mengatakan sangat menyukai ikan asin, sayur santan dan gorengan. Pasien mengatakan sering mengonsumsi kopi 1-2 gelas dalam sehari. Pasien mengatakan mengonsumsi air mineral sekitar 7-8 gelas per hari.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit, ia makan teratur 3x sehari dengan menu bubur, ikan, sayur. Pasien mengatakan mulai mengurangi konsumsi sayur santan, makanan asin, dan berminyak . Pasien mengatakan nafsu makan berkurang dan hanya mampu menghabiskan setengah porsi makanan yang telah disediakan oleh rumah sakit. Pasien mengatakan hanya mengonsumsi air putih sekitar 4-5 gelas per hari.

3) Observasi :

Tampak pasien menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan dan minum 1 liter/botol air putih.

4) Pemeriksaan fisik :

- a) Keadaan rambut : Tampak bersih, dan beruban
- b) Hidrasi kulit : Hidrasi kulit kembali ≤ 3 detik
- c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak ada edema/tidak anemis
- d) Sclera : Tampak tidak ikterik

- e) Hidung : Tampak hidung bersih, tidak ada lesi.
- f) Rongga mulut : Tampak bersih, tampak saliva berwarna putih tidak ada radang mukosa
- g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
- h). Gigi : Tampak utuh, tampak tidak ada karang gigi, tampak tidak ada sisa makanan dan tidak ada gigi palsu.
- i). Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien mampu mengunyah dengan keras
- j). Lidah : Tampak bersih
- k). Pharing : Tampak tidak ada persdangan
- l). Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesran
- m). Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
- n) Abdomen :
 - Inspeksi : Tampak datar, tampak tidak ada benjolan
 - Auskultasi : Peristaltik usus 13x/ menit
 - Palpasi : Tidak ada benjolan
 - Perkusi : Terdengar bunyi timpani
 - Edema : ☐ Positif ☒ Negatif
 - Icteric : ☐ Positif ☒ Negatif
 - Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda-tanda peradangan
- p) Lesi : Tidak ada lesi.

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

Tampak pasien menggunakan pampers.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 13x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☒ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☒ Negatif

d) Mulut uretra : Tampak bersih

e) Anus :

(1) Peradangan : Tampak tidak ada peradangan

(2) Hemoroid : Tampak tidak ada hemoroid

(3) Fistula : Tampak tidak ada fistula

d. Pola Aktivitas Dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bahwa pasien adalah seorang kepala keluarga. Aktivitas yang biasa pasien lakukan yaitu membantu istrinya menjaga warung miliknya serta menjual gas. pasien mengatakan tidak pernah berolahraga dan jika ada waktu kosong pasien hanya bermain dengan cucunya sambil menonton TV dan berkumpul bersama keluarga.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien sulit beraktivitas dikarenakan kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri. Pasien mengatakan merasa kaku dan kesulitan menggerakkan ekstremitas sebelah kanan. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi :

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

a) Aktivitas harian :

- (1) Makan : 2
- (2) Mandi : 2
- (3) Pakaian : 2
- (4) Kerapihan : 2
- (5) Buang air besar : 2
- (6) Buang air kecil : 2

Keterangan :

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

(7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

- b) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien hanya bisa terbaring di tempat tidur
- c) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien hanya bisa terbaring di tempat tidur
- d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada anggota gerak yang Cacat.
- e) Fiksasi: : Tampak tidak ada fiksasi
- f) Tracheostomi : Tidak ada pemasangan tracheostomy

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 170/80 mmHg

Duduk : Tidak dikaji

Berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : ☐ Positif
☐ Negatif

b) HR : 100x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tampak tidak ada keringat dingin

Basah : Tampak tidak basah

d) JVP : 5-2cmH₂O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam waktu 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkostal : Tampak tidak ada retraksi interkosta

Sianosis : Tampak tidak ada sianosis

Stridor : Tampak tidak ada

(2) Palpasi :

Vocal premitus : Teraba sama kiri dan kanan

Krepitasi : Tampak tidak ada kripitasi

(3) Perkusi : ☒ Sonor ☐ Redup ☐ Pekak

Lokasi : Lapang paru

(4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Tampak jelas

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi :

Ictus cordis : ICS 5 linea mid clavicularis sinistra.

(3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea midclavicularis
Sinistra

Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 Linea mid clavikularis
sinistra.

(4) Auskultasi :

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

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

Bunyi jantung IM: Tunggal ICS 5 linea
medioclavicularis Sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

1) Murmur : Tidak ada

2) Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Positif ☐ Negatif ☒

(2) Rentang gerak: Tampak rentang gerak terbatas

Kaku sendi : Tampak tidak ada kekakuan
pada tubuh sebelah kanan.

Nyeri sendi : Tampak tidak ada nyeri sendi

Fraktur : Tampak tidak ada fraktur

Parese : Tidak ada parere

Paralisis : Paralisis pada tubuh sebelah kiri
Pasien.

(3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	1
Kaki	5	1

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 gerak

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleks fisiologi :

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

Bagian ekstremitas kiri : Bicep (-), Tricep (-), Patella (-), Achilles (-).

Refleks patologi : Tidak ada

Babinski, Kanan : ☐ Positif ☒ Negatif

Kiri : ☒ Positif ☐ Negatif

Clubing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tidak ada

i). Columna vetebralis:

Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis

■ Tidak ada

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

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

2) Keadaan penyakit saat ini :

Pasien mengatakan selama sakit pasien susah tidur, pola tidur pasien tidak teratur. Dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari pasien biasanya tidur 2-3 jam, pasien sering terjaga pada malam hari, pasien mengatakan kesulitan untuk tidur karena tidak nyaman dengan suasana rumah sakit dan suhu ruangan yang panas.

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : Positif

Banyak menguap : Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki masalah pada penglihatan maupun pendengaran, pasien juga tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

- (1) Kornea : Tampak kornea jernih
- (2) Pupil : Tampak pupil isikor
- (3) Lensa mata : Tampak lensa mata jernih
- (4) Tekanan intra okuler (TIO) :

b) Pendengaran

- Pina : Tampak simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Tampak bersih
- Membran timpani : Tampak memantulkan cahaya polizer

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai
Pasien tidak mampu merasakanrasangan yang diberikan pada lengan sebelah kiri dan tungkai kiri.

g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit ia merasa bangga dapat bekerja keras menyekolahkan anak-anaknya hingga sarjana. Pasien mengatakan tidak menyukai membebani anak-anaknya yang sibuk bekerja dan merasa bersyukur dapat menjalani hidupnya dengan damai di rumah bersama cucu-cucunya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia kesulitan untuk bergerak sehingga membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri. Pasien mengatakan tidak

memaksakan keluarganya harus hadir 24 jam menemaninya di rumah sakit. Pasien mengatakan berusaha untuk kembali pulih secepat mungkin agar tidak merepotkan keluarganya.

3) Observasi :

- a) Kontak mata :Tampak penuh
- b) Rentang perhatian :Tampak ad perhatian
- c) Suara dan cara bicara :Terdengar suara pasien jelas
- d) Postur tubuh :Tidak dikaji karena pasien hanya Berbaring.
Berbaring.

4) Pemeriksaan fisik :

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan bawaan
- b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji kareana pasien berbaring di tempat tidur.
- c) Kulit : Tampak bersih

h. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit ia merasa bangga dapat bekerja keras menyekolahkan anak-anaknya hingga sarjana. Pasien mengatakan tidak menyukai membebani anak-anaknya yang sibuk bekerja dan merasa bersyukur dapat menjalani hidupnya dengan damai di rumah bersama cucu-cucunya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia kesulitan untuk bergerak sehingga membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri. Pasien mengatakan tidak

memaksakan keluarganya harus hadir 24 jam menemaninya di rumah sakit. Pasien mengatakan berusaha untuk kembali pulih secepat mungkin agar tidak merepotkan keluarganya.

i. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien tinggal dengan istri dan anak bungsunya, beserta menantu dan cucu-cucunya. Pasien mengatakan hubungan pasien dengan istri, anak, dan menantu terjalin dengan baik serta hubungan dengan tetangganya juga terjalin baik

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

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

j. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien memiliki tujuh orang anak. Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada masalah dengan pola reproduksi dan seksualitasnya, pasien juga mengatakan sudah lanjut usia.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada masalah dengan pola reproduksi dan seksualitasnya, pasien juga sudah lanjut usia dan memiliki tujuh orang anak.

3) Observasi :

Tampak tidak ada masalah pada organ reproduksi dan seksualias pasien.

4) Pemeriksaan fisik : Tidak dikaji

k. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit ia jarang marah dan lebih sering memendam amarahnya. Pasien mengatakan saat marah ia akan menyendiri hingga merasa tenang dan akan kembali mendiskusikan hal yang membuatnya marah bersama keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa kurang nyaman harus berada di rumah sakit dalam beberapa hari. Pasien mengatakan mencoba yang terbaik untuk cepat pulih kembali.

3) Observasi :

Tampak pasien menerima perawatan yang diberikan.

l. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu meluangkan waktu untuk sholat karena pasien beragama muslim, pasien juga selalu mengikuti sholat jumat.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien sakit pasien tidak bisa menjalankan ibadahnya/ sholat karena kondisinya yang lemah.

3) Observasi :

Tampak ada tasbih di samping tempat tidur pasien

m. UJI SARAF KRANIAL

- a. N I : Olfaktorius :
Pasien mampu mencium minyak kayu putih dan menyebutkannya.
- b. N II : Optikus
Tampak pasien tidak bisa membaca dengan jarak 20 cm.
- c. N III Okulomotorius, N IV Troklearis, N VI Abducens.
Pasien mampu menggerakkan bola mata kesegala arah, diameter pupil isikor, dan refleks cahaya positif.
- d. N V : Trigeminus
Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan tissue pada pipi sebelah Kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.
Motorik : Pasien mampu menggunyah keras.
- e. N VII : Fasialis
Sensorik : Pasien mammpu mengecap rasa manis saat diberi gula.
Motorik : Pasien mampu tersenyum lebar, mengangkat alis dan mengerutkan dahi
- f. N VIII : Vestibulo-akustikus :
Vestibulo : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri sendiri
Akustikus :Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat pada telinga kiri dan kanan
- g. N IX : Glassopharegeus : Pasien mampu menelan
- h. N X : Vagus : Tampak ovula ditengah
- i. N XI : Accesorius : N XII Hipoglossus :
Tampak pasien mampu menjulurkan lidah kedepan dan mendorong pipi dengan lidah dari dalam ke kiri dan ke kanan.
- n. PENGKAJIAN LEVEL STROKE

NO	KOMPONEN	OBSERVASI		
		YA	TIDAK	KET
1	Persiapan perawat :	√		
	- Perawat mengetahui level stroke pasien - Perawat menguasai dan memahami langkah-langkah yang akan dilakukan	√ √		
2	Persiapan pasien	√		
	- Menjelaskan tujuan tindakan dan prosedur yang akan dilakukan - Tanda vital pasien stabil (hemodinamik stabil) sudah melewati fase akut - Persiapan fisik dan mental pasien	√ √ √		
3	Persiapan lingkungan	√		
	- Persiapan lingkungan dan nyaman dan sesuai dengan kebutuhan klien - Melibatkan keluarga atau rekan selama proses tindakan pertahanan privasi lingkungan	√ √		
4	Persiapan alat:-	√		
5	Pelaksanaan	√		
	- Salam terapeutik - Mencuci tangan - Mengkaji adanya nyeri bahu - Mengkaji kondisi dan kemampuan pasien (tonus otot) - Memberikan posisi yang nyaman sesuai tindakan yang akan diberikan	√ √ √ √		
Level 1 dan 2 : (kaji keseimbangan kepala)		√		
Level 1 :belum dapat menjaga keseimbangan kepala		√		
Level 2 : mampu menjaga keseimbangan kepala		√		
1) Pasien tetap dalam posisi baring		√		

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

5. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan: 11 Mei 2025 Jam 10 : 00 wita

Pemeriksaa	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
- Hemaglobin	15.8	13.4 - 17.3	g/dL
- Hematokrit	46	39.9 - 51.1	%
- Eritrosit	5.17	4.74 - 6.32	Juta/uL
- MCV	89	73.4 - 91.0	fL
- MCH	30.6	24.2 - 31.2	Pg
- MCHC	34.2	31.9 - 36.0	g/dL
- Trombosit	305,000	185000 - 398000	/uL
- Leukosit	13,130	4500 - 13500	/uL
- Neutrofil	69.4	42.5 - 71.0	%
- Limfosit	23.0	20.4 - 44.6	%
- Monosit	6.1	3.6 - 9.9	%
- Eosinofil	1.4	0.7 - 5.4	%
- Basofili	0.1	0 - 1	%
- LED	5	< 15	mm/jam

b). Pemeriksaan *CT-scan* kepala

Tanggal Pemeriksaan: 11 Mei 2025 Jam 14 : 59 wita

Kesan : Infark cerebri kanan

Terapi :

- Citicoline 500 mg / 12 jam / IV
- CPG 75 mg / 24 jam / oral
- Mecobalamin 1 amp / 24 jam / IV
- Ranitidene 1 amp / 12 jam / IV
- Santagesik 1 amp / 8 jam /

ANALISA DATA

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<u>1.</u>	Data subjektif : 1. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya. 2. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 4 tahun yang lalu. 3. Pasien mengeluh sakit kepala disertai tegang pada belakang leher Data objektif : 1. Tampak pasien gelisah 2. Hasil observasi: - TD : 170/80 mmHg - N : 86x/menit - S : 36,8 C - P : 20 x/menit 3) Hasil <i>CT-Scan</i> Kesan : Infark cerebri kanan	Hipertensi	Resiko perfusi sereberal tidak efektif

2	Data subjektif : 1. Pasien mengatakan sulit menggerakan ekstermitas sebelah kiri. 2. Pasien mengatakan aktivitas harinya selalu dibantu oleh keluarga Data objektif : 1. Tampak pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur 2. Uji kekuatan otot Kanan Kiri <table><tr><td>Tangan</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>5</td><td>1</td></tr></table> 3. Tampak aktivitas sehari-hari pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. 4. Hasil <i>CT-Scan</i> Kesan : Infark cerebri kanan	Tangan	5	1	Kaki	5	1	Kerusakan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
Tangan	5	1							
Kaki	5	1							

3.	Data subjektif : 1. Pasien mengatakan pola tidur pasien tidak teratur/berubah 2. Pasien mengatakan dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari biasanya tidur 2-3 jam, 3. Pasien mengatakan sering terjaga pada malam hari 4. Pasien mengatakan kesulitan untuk tidur. 5. Pasien mengatakan tidak nyaman dengan suasana RS. 6. Pasien mengatakan suhu ruangan panas. Data objektif : 1. Tampak ekspresi wajah mengantuk 2. Tampak palpebra gelap 3. Tampak pasien gelisah	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur
----	---	---------------------	---------------------

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/ Umur : Tn.R/65 Tahun

Ruang/ Kamar : Seruni/Kamar 2

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dibuktikan dengan tekanan darah meningkat, nadi meningkat (D.0017)
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular dibuktikan dengan tampak kekuatan otot dan rentang gerak (ROM) menurun, fisik lemah, gerak terbatas (D.0054)
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan lingkungan dibuktikan dengan tampak pasien gelisah, tampak ekspresi wajah mengatuk (D.0055)

D. Rencana Keperawatan

Nama/ umur : Tn.R/65 Tahun

Ruang/ kamar : Seruni/Kamar 2.

<u>No</u>	<u>SDKI</u>	<u>SLKI</u>	<u>SIKI</u>
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Data subjektif : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya. 2. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 4 tahun yang lalu. 3. Pasien mengeluh sakit kepala disertai tegang pada belakang leher. Data objektif : 1) Tampak pasien gelisah 2) Hasil observasi: TD : 170/80 mmHg N : 86x/menit	Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral teratasi dengan kriteria hasil: 1. Gelisah cukup menurun 2. Tekanan diastol cukup membaik 3. Tekanan sistolik cukup membaik 4. Pusing cukup menurun	Pemantauan tekanan intrakranial Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik) 2. Monitor peningkatan tekanan darah 3. Monitor penurunan perfusi jantung 4. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) Teraupetik 1. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 2. Dokumentasi hasil Pemantauan.

	S : 36,8 C P : 20 x/menit 3) Hasil <i>CT-Scan</i> Kesan : Infark cerebri kanan		Edukasi 1. Jelaskan tujuan prosedur pemantauan TIK Observasi 1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat Teraupetik 1. Fasilitasi pemberian obat Edukasi 1. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot Data subjektif : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri. Keluarga pasien mengatakan pasien selalu dibantu dalam Melakukan aktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kelemahan fisik cukup menurun 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Pergerakan ekstermitas	Dukungan mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Memonitor toleransi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Teraupetik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Melibatkan keluarga

	Data objektif : 1. Tampak pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur 2. Uji kekuatan otot Kanan Kiri <table> <tr> <td>Tangan</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </table> 3. Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat	Tangan	5	1	Kaki	5	1	cukup meningkat khususnya tubuh bagian kiri.	untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mirror terapi) 3. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
Tangan	5	1							
Kaki	5	1							
3.	Gangguan Pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan Data subjektif : 1. Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien tidak teratur/berubah 2. Keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari biasanya tidur 2-3 jam,	Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur cukup menurun 2. Keluhan sering terjaga cukup menurun 3. Keluhan pola tidur berubah cukup menurun	Dukungan tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi Terauperik 1. Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang. Jika perlu						

	3. Keluarga mengatakan pasien sering terjaga pada malam hari 4. Pasien mengatakan kesulitan untuk tidur. Data objektif : 1. Tampak ekspresi wajah mengantuk 2. Tampak palpebra gelap		3. Tetapkan jadwal tidur rutin. Edukasi 1. Jelaskan tidur yang cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
--	--	--	---

E. Implementasasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. R/ 65Tahun

Ruang/ Kamar: Seruni/Kamar 2

Tanggal	Dx	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
11/05/125	I	08:00	Memfasilitasi pemberian obat Hasil: - Citicolin 500 mg/12 jam	Frischa
	I	08:25	Mengajarkan pasien untuk tetap mempertahankan posisi kepala dan leher netral Hasil: - Tampak posisi kepala dan leher dipertahankan dengan posisi supinasi	Frischa
	II	09:35	Memonitor tekanan darah: Hasil: - TD : 170/90 mmHg	Frischa
	II	09:40	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil : - Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri	Frischa
	II	10:00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	Frischa
	I	12:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - CPG 79 mg 1x1/oral	Frischa
	III	14:00	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil : - Tampak pasien tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri dan keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien berubah sejak sakit.	Frischa

	III	14:30	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan fisiologis) Hasil: - Tampak pasien tidak bisa tidur karena tidak nyaman dengan lingkungan rumah sakit.	Ina
	III	15:50	Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit Hasil: - Pasien dan keluarga memahami penjelasan yang diberikan oleh perawat	Ina
	III	16:27	Memodifikasi lingkungan tempat tidur Hasil: - Tampak pasien bisa tidur setelah tirai ditutup dan tempat tidurnya diperbaiki.	Ina
	III	17:30	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: - Tampak pasien dibantu oleh anaknya saat membalik kana	Ina
	II	18:30	Melakukan TTV: Hasil : - TD : 160/70 mmHg - N : 87 x/menit - P : 20 x/menit - S : 36,3 °C	Ina
	I	20:00	Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu. Hasil: - Tampak pasien mendengar adzan doa dari hpnya	Ina
	II	22:00	Melakukan Pemberian Obat Hasil : - Mecobalamin 1 amp/24 jam - Ranitidine 1 amp/12 jam	Ina

12/05/25	II	08:00	Melakukan pemberian obat: Hasil : - Citicolin 500 mg/12 jam - Ranitidine 1 amp/ 12 jam	Frischa
	I	08:20	Memonitor tekanan darah Hasil : - TD: 150/90 mmHg	Frischa
	II	10:10	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil : - Tampak pasien meringis saat tangan kirinya digerakka	Frischa
	II	11:00	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : - Tampak terpasang pagar tempat tidur Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Frischa
	I	12:21	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : - Tampak keluarga membantu pasien dalam melakukan mobilisasi	Frischa
	III	14:30	Memonitor tekanan darah Hasil : - TD : 150/80 mmHg	Ina
	III	15:40	Membatasi waktu tidur siang jika perlu Hasil : - Perawat menjelaskan pentingnya mengatasi waktu tidur siang, dan keluarga setuju sehingga pasien hanya tidur satu jam disiang hari	Ina

	I,II,III	17:00	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil : - Tampak pasien masih dibantu dalam beraktivitas dan keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien masih belum teratur	Ina
	III	18:00	Memonitor TTV : - TD : 140/80 mmHg - N : 80 x/menit - S : 36 °C - P : 20 x/menit - SPO2 : 98 %	Ina
	III	19:07	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan fisiologis). Hasil : - Tampak pasien tidak bisa tidur karena tidak nyaman dengan lingkungan rumah sakit.	Ina
	II	19:45	Memodifikasi lingkungan Hasil : - Tampak pasien bisa tidur setelah tirai ditutup dan mengurangi suhu ruangan	Ina
	II	20:00	Menganjurkan mobilisasi dini: Hasil : - Pasien dan keluarga mampu memahami apa yang dijelaskan perawat	Ina
	II	21:00	Melakukan pemberian obat : Hasil : - Mecobalamin 1 amp/24 jam - Ranitidine 1 amp/12 jam	Ina
13/05/25	I,II	08:00	Melakukan pemberian obat : Hasil : - Citicolin 500 mg/12jam - Ranitidine 1 amp/12 jam - Santagesik 1 amp/8 jam	Frischa

	I	08:20	Memonitor tekanan darah : Hasil: - TD: 140/80mmHg	Frischa
	II	10:08	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: - Tampak pasien masih meringis saat tangan kirinya digerakkan	Frischa
	II	11:29	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: - Tampak terpasang pagar tempat tidur	Frischa
	II	13:09	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: - Tampak keluarga membantu pasien dalam melakukan mobilisasi	Frischa
	II	14:23	Memfasilitasi dan melakukan pergerakan, jika perlu Hasil: - Tampak pasien dibantu perawat miring kanan dan kiri	Ina
	II	14:40	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: - Pasien bisa menggerakkan sedikit tangan kiri dan kaki kirinya	Ina
	III	15:30	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil: - Tampak pasien masih dibantu dalam beraktivitas dan pasien mengatakan pola tidur pasien sudah membaik	Ina
	III	16:20	Modifikasi lingkungan Hasil: - Pasien mengatakan bisa tidur pada malam hari setelah tirai	Ina

			ditutup dan suhu ruangan dikurangi	
	I,II,III	18:00	Memonito TTV : - TD : 130/80 mmHg - N : 89 x/menit - S : 36,5 °C - P : 20 x/menit - SP02 : 98%	Ina
	II	19:00	Membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan tubuh Hasil: - tampak pasien dibantu oleh istrinya untuk mika - miki	Ina
	II	19:45	Menganjurkan kepada pasien melakukan mobilisasi dini Hasil: - Tampak pasien sudah bisa mulai melakukan mobilisasi sederhana.	Ina
	II	19:50	Memberikan <i>mirror therapy</i> Hasil : - Pasien mengatakan sebelum ia diberikan <i>mirror therapy</i> pasien hanya bisa berbaring ditempat tidur dan tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kiri - Setelah pasien diberikan <i>mirror therapy</i> pasien sudah mulai bisa mengangkat tangan kirinyan dengan bantuan tangan kanan - Tampak pasien mulai berusaha mengerakan tubuh bagian kirinya	Ina
	II	20:00	Melakukan pemberian obat : - Mecobalamin 1 amp/24 jam - Ranitidine 1 gr/12 jam	Ina

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn.R/65 Tahun

Ruangan/Kamar : Seruni/Kamar 2.

TANGGAL	EVALUASI (SOAP)	PERAWAT
11/05/25 (14:00)	DP 1: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif S: - Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala dan tegang pada belakang leher. - Pasien mengatakan ia merasa pusing dan gelisah. O: - Keadaan umum lemah - Kesadaran <i>composmentis</i> Observasi TTV : - TD : 170/90 mmHg - N : 100 x/menit - P : 20 x/menit - S : 36,3 °C - SPO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Pemantauan Peningkatan Intrakranial : - Monitor peningkatan tekanan darah - Pertahankan posisi kepala dan leher netral - Dokumentasikan hasil pemantauan Kolaborasi pemberian obat	Frischa
	DP 2: Gangguan Mobilitas Fisik S : - Pasien mengatakan belum bisa mengerjakan tubuh sebelah kiri.	Frischa

	- Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu keluarga dan perawat. O : - Tampak pasien masih mengalami kelemahan fisik pada tubuh sebelah kiri - Tampak pasien masih sulit untuk mengerjakan tangan dan kaki sebelah kiri - Tampak aktivitas pasien masih dibantu A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Dukungan Mobilisasi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. - Ajarkan mobilisasi sederhana. - Ajarkan <i>mirror therapy</i>	
	DP 3 : Gangguan Pola Tidur S: - Pasien mengatakan sulit tidur dan tidak berasyaman. - Pasien mengatakan sering terjaga pada malam hari. O: - Tampak pasien gelisah - Tampak ekspresi wajah mengantuk P: Masalah belum teratasi A: Intervensi dilanjutkan Dukungan Tidur : - Identifikasi pola aktivitas dan tidur. - Identifikasi faktor pengganggu tidur	Frischa

(21:00)	- Modifikasi lingkungan - Jelaskan tidur yang cukup selama sakit DP 1 : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif S : - Pasien mengatakan sakit kepala sedikit berkurang. - Pasien mengataka ia masih merasa gelisah O : - Keadaan umum lemah - Kesadaran <i>composmentis</i> Observasi TTV : TD : 160/70 mmHg - N : 87x/menit - S : 36,3°C - P : 20 x/menit - SPO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Pemantauan Peningkatan Intrakranial : - Monitor peningkatan tekanan darah - Pertahankan posisi kepala dan leher netral	Ina
	- Kolaborasi pemberian obat DP 2: Gangguan Mobilitas Fisik S : - Pasien mengatakan belum bisa mengerjakan tubuh sebelah kiri. - Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu keluarga dan perawat. O :	Ina

	- Tampak pasien masih mengalami kelemahan fisik pada tubuh sebelah kiri - Tampak pasien masih sulit untuk mengerjakan tangan dan kaki sebelah kiri - Tampak aktivitas pasien masih dibantu A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Dukungan Mobilisasi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. - Ajarkan mobilisasi sederhana - Ajarkan <i>mirror therapy</i>	
	DP 3 : Gangguan Pola Tidur S: - Pasien mengatakan sulit tidur dan tidak merasa nyaman. - Pasien mengatakan sering terjaga pada malam hari. O: - Tampak pasien gelisah - Tampak ekspresi wajah mengantuk P: Masalah belum teratasi A: Intervensi dilanjutkan Dukungan Tidur : - Identifikasi pola aktivitas dan tidur. - Identifikasi faktor pengganggu tidur - Modifikasi lingkungan - Jelaskan tidur yang cukup selama sakit	

12/05/25 (14:00)	DP 1 : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif S : - Pasien mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya. - Pasien mengataka ia masih merasa pusing O : - Keadaan umum lemah - Kesadaran <i>composmentis</i> Observasi TTV : - TD : 150/90 mmHg - N : 95 x/menit - S : 36°C - P : 20 x/menit - SPO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Pemantauan Peningkatan Intrakranial : - Monitor peningkatan tekanan darah - Pertahankan posisi kepala dan leher netral - Kolaborasi pemberian obat	Frischa
	DP 2: Gangguan Mobilitas Fisik S : - Pasien mengatakan belum bisa mengerakan tubuh sebelah kiri. - Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu keluarga dan perawat. O : - Tampak pasien masih mengalami kelemahan fisik pada tubuh sebelah kiri	Frischa

	- Tampak pasien masih sulit untuk mengerjakan tangan dan kaki sebelah kiri - Tampak pasien belum ada peningkatan ekstermitas tubuh bagian kiri A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Dukungan Mobilisasi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. - Ajarkan mobilisasi sederhana. - Ajarkan <i>mirror therapy</i>	
(21:00)	DP 3 : Gangguan Pola Tidur S : - Pasien mengatakan masih sulit tidur karena tidak nyaman dengan suasana rumah sakit - Pasien mengatakan masih sering terjaga pada malam hari. O : - Tampak pasien gelisah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Dukungan Tidur : - Identifikasi pola aktifitas dan tidur - Modifikasi lingkungan - Identifikasi faktor pengganggu tidur - Jelaskan tidur yang cukup selama sakit. DP 1 : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Frischa Ina

	S : - Pasien mengatakan sakit kepala berkurang - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing. O : - Keadaan umum lemah - kesadaran <i>composmentis</i> Observasi TTV - TD : 130/80 mmHg - N : 89 x/menit - S : 36,5 °C - P : 20 x/menit - SP02 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Pemantauan Peningkatan Intrakranial : - Monitor peningkatan tekanan darah - Pertahankan posisi kepala dan leher netral - Kolaborasi pemberian obat	
	DP 2: Gangguan Mobilitas Fisik S : - Pasien mengatakan sudah bisa sedikit mengerjakan tubuh bagian kiri. - Pasien mengatakan sudah bisa mengangkat tangan kirinya menggunakan bantuan tangan kanan. O : - Tampak pasien dibantu oleh istrinya untuk miring kiri dan kanan - Tampak pasien sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana	Ina

	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Dukungan Mobilisasi : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. - Ajarkan mobilisasi sederhana - Ajarkan <i>mirror therapy</i>	
	DP 3 : Gangguan Pola Tidur S : - Pasien mengatakan pola tidurnya sudah sedikit membaik. - Pasien mengatakan masih terjaga pada malam hari O : - Tampak pasien sudah tidak mengeluh sulit tidur. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Dukungan tidur : - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Modifikasi lingkungan Jelaskan tidur yang cukup selama sakit	Ina
13/05/2025 (14:00)	DP 1 : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing. O : - Keadaan umum lemah - kesadaran <i>composmentis</i> Observasi TTV	Frischa

	- TD : 140/80 mmHg - N : 90 x/menit - S : 36,5 °C - P : 20 x/menit - SP02 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Pemantauan Peningkatan Intrakranial : - Monitor peningkatan tekanan darah - Pertahankan posisi kepala dan leher netral Kolaborasi pemberian obat	
--	--	--

	DP 2: Gangguan Mobilitas Fisik S : - Pasien mengatakan sudah bisa sedikit mengerjakan tubuh bagian kiri. - Pasien mengatakan sudah bisa mengangkat tangan kirinya menggunakan bantuan tangan kanan. O : - Tampak pasien mulai bisa mengerjakan tubuh bagian kiri. - Tampak pasien ada sedikit peningkatan pergerakan ekstermitas tubuh bagian kiri A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Dukungan Mobilisasi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. - Ajarkan mobilisasi sederhana - Ajarkan <i>mirror therapy</i>	Frischa
	DP 3 : Gangguan Pola Tidur S : - Pasien mengatakan pola tidurnya sudah sedikit membaik. - Pasien mengatakan sudah tidak gelisah lagi O : - Tampak pasien sudah tidak mengeluh sulit tidur. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	Frischa

	Dukungan tidur : - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Modifikasi lingkungan Jelaskan tidur yang cukup selama sakit	
(21:00)	DP 1 : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing. O : - Keadaan umum lemah - kesadaran <i>composmentis</i> Observasi TTV - TD : 140/80 mmHg - N : 90 x/menit - S : 36,5 °C - P : 20 x/menit - SP02 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Pemantauan Peningkatan Intrakranial : - Monitor peningkatan tekanan darah - Pertahankan posisi kepala dan leher netral - Kolaborasi pemberian obat	Ina
	DP 2: Gangguan Mobilitas Fisik S : - Pasien mengatakan sudah bisa sedikit mengerjakan tubuh bagian kiri. - Pasien mengatakan sudah bisa mengangkat tangan kirinya menggunakan bantuan tangan kanan.	Ina

	O : - Tampak pasien mulai bisa mengerjakan tubuh bagian kiri. - Tampak pasien ada sedikit peningkatan pergerakan ekstermitas tubuh bagian kiri A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Dukungan Mobilisasi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. - Ajarkan mobilisasi sederhana - Ajarkan mirror therapy	
	DP 3 : Gangguan Pola Tidur S : - Pasien mengatakan pola tidurnya sudah sedikit membaik. - Pasien mengatakan sudah tidak gelisah lagi O : - Tampak pasien sudah tidak mengeluh sulit tidur. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Dukungan tidur : - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Modifikasi lingkungan Jelaskan tidur yang cukup selama sakit	Ina

DAFTAR OBAT

1. Citicolin

- a. Nama obat : Citicolin
- b. Klasifikasi / golongan : Neurotonik
- c. Dosis umum : 250 mg/12 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 ml/ 8 jam
- e. Cara pemberian obat : injeksi / IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Mekanisme citicoline bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Fungsi obat adalah untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedera kepala.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Obat ini diberikan karena pasien mengalami kerusakan fungsi otak
- h. Kontraindikasi:
Hipersensitif pada kandungan obat, sedang hamil dan menyusui
- i. Efek samping obat:
Mual dan muntah, kemerahan pada kulit, sakit kepala dan pusing, sakit pada perut (*epigastric distress*), kejang, perubahan tekanan darah sementara

2. Clopidogrel

- a. Nama obat : CPG
- b. Klasifikasi / golongan obat : Antiplatelet
- c. Dosis umum : 1 kali (75 mg)
/ hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 75 mg / 24 jam

- e. Cara pemberian obat : Oral
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Mencegah pelekatan keping darah dan penyumbatan yang berbahaya
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Pasien mengalami serangan stroke
 - h. Kontraindikasi:
Orang dengan riwayat hipersensitivitas terhadap kandungan Clopidogrel seperti penderita tukak lambung dan gangguan fungsi hati.
 - i. Efek samping obat : Sakit kepala, pusing, ruam, insomnia, gangguan gastrointestinal (seperti: sembelit, muntah).
3. Ranitidine 50 mg / 12 jam / IV
- a. Klasifikasi / golongan obat : antagonis reseptor histamine H₂
 - b. Dosis umum : 50 mg
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 50 mg
 - d. Cara pemberian obat : injeksi
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : cara kerjanya dengan menurunkan kandungan asam yang dihasilkan oleh perut.
Obat ini dapat digunakan untuk menurunkan asam lambung berlebihan
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
untuk meminimalisir efek samping obat stroke yang diberikan
 - g. Kontraindikasi : bila terdapat hipersensitivitas terhadap ranitidine, pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan liver
 - h. Efek samping : diare, nyeri perut, serta efek samping musculoskeletal berupa artralgia dan myalgia.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan pustaka dengan kasus nyata pada Tn. "R" dengan Non Hemoragik Stroke di ruang perawatan Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.

1. Pengkajian

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

Hasil pengkajian yang dilakukan penulis terhadap Tn.R umur 65 tahun, yang masuk rumah sakit pada tanggal 10 Mei 2025 dan dikaji pada tanggal 11 Mei 2025 diperoleh data: pasien masuk rumah sakit dengan keluhan tubuh sebelah kiri tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak usia 4 tahun yang lalu, pasien mengatakan ia merasa pusing, sakit kepala disertai tegang pada belakang leher. Hal ini sejalan dengan penelitian (Retnaningsih et al., 2024).

Dalam jurnalnya terdapat beberapa faktor terjadinya resiko stroke non hemoragik, antara lain: usia lanjut, hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, hiperkolesterolemia, merokok dan kelainan pembuluh darah otak. Keluarga pasien mengatakan pasien selalu dibantu

dalam bergerak dan pada saat observasi tampak pasien dibantu oleh perawat, keluarga dalam beraktifitas, tampak kekuatan otot pada ekstermitas kiri atas dan bawa tidak ada/(0), penderita stroke sering mengalami tanda dan gejala berupa kelemahan atau kelumpuhan akibat penurunan kekuatan otot. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Ari et al., 2022).

Pasien mengatakan pola tidur pasien tidak teratur atau berubah, pasien mengatakan dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari biasanya tidur 2-3 jam, pasien sering terjaga pada malam hari, pasien mengatakan kesulitan untuk tidur karena merasa tidak nyaman dengan suasana rumah sakit dan suhu ruangan yang panas dan pada saat observasi didapatkan data tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, pasien tampak gelisah, tampak ekspresi wajah mengantuk dan palpebral tampak gelap.

Manifestasi klinik pada pasien stroke dikenal dengan istilah FAST yaitu *Face* (wajah), *Arms drive* (gerakan lengan), *Speech* (bicara) sulit bicara, dan *Time* (waktu) (Ratnaningsih, 2024). Hal ini menunjukkan bahwa data yang ditemukan oleh penulis dari pasien dan data dari teori tidak terjadi kesenjangan dimana penyebab, tanda dan gejala secara teoritis juga terjadi pada pasien.

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

2. Diagnosa Keperawatan.

Pada kasus Tn. "R" penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena data yang diperoleh dari pasien sangat berisiko mengalami kondisi kritis yaitu sakit kepala disertai tegang pada belakang leher, pusing, gelisah, tekanan darah meningkat, kelemahan pada tubuh sebelah kiri.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas dikarenakan data yang ditemukan pasien sulit menggerakkan tubuh sebelah kiri, kekakuan sendi pada ekstremitas sebelah kiri, keterbatasan rentang gerak, uji kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri memiliki kekuatan yang kurang dibandingkan sisi yang lain, pemeriksaan level stroke berada pada level 3 dan segala aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hamabatan lingkungan. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas dikarenakan data yang ditemukan Pasien mengatakan pola tidur pasien tidak teratur atau berubah, pasien mengatakan dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari biasanya tidur 2-3 jam, pasien sering terjaga pada malam hari, pasien mengatakan kesulitan untuk tidur karena merasa tidak nyaman dengan suasana rumah sakit dan suhu ruangan yang panas dan pada saat observasi didapatkan data tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, pasien tampak gelisah, tampak ekspresi wajah mengantuk dan palpebral tampak gelap.

Diagnosis pada teori yang tidak diangkat yakni :

- 1) Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan makanan dan kesulitan menelan. Pasien mampu mengunyah dengan keras sehingga pengangkatan diagnose ini tidak diperlukan.
- 2) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien mampu berbicara, mampu mendengar, verbalisasi tepat, kontak mata ada, dan pelo tidak ada sehingga pengangkatan diagnosa ini tidak diperlukan.
- 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini dengan alasan intervensi yang akan dilakukan pada diagnosa ini dapat teratasi ketika intervensi pada gangguan mobilitas fisik meningkat dan akan mendukung perawatan diri.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Pada setiap intervensi diangkat berdasarkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Pada diagnosa ini penulis merencanakan intervensi pemantauan tekanan intrakranial yang meliputi

tindakan keperawatan: identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan seberspinal, hipertensi intrakranial idiopatik); monitor peningkatan tekanan darah; monitor penurunan tingkat kesadaran; pertahankan posisi kepala dan leher netral; dan kolaborasi pemberian obat.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Pada diagnosa ini penulis merencanakan intervensi dukungan mobilisasi yang meliputi tindakan keperawatan: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya; fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur); fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu; libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan peningkatan pergerakan, berikan *mirror therapy*, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi; anjurkan melakukan mobilisasi dini; ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi dan kolaborasi pemberian obat.
 - c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hamabatan lingkungan. Pada diagnosa ini penulis merencanakan intervensi dukungan tidur yang meliputi tindakan keperawatan: Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur), tetapkan jadwal tidur, jelaskan tidur yang cukup selama sakit, anjurkan menempati kebiasaan tidur.
4. Implementasi keperawatan
- Implementasi keperawatan adalah gambaran dari kriteria hasil yang diharapkan dari rencana keperawatan yang telah

disusun untuk mencapai asuhan keperawatan yang baik. Implementasi yang dilakukan pada Tn. R dari hari pertama sampai hari ketiga berjalan lancar tanpa hambatan karena pasien, keluarga pasien dan pihak- pihak lain yang sangat kooperatif selama tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis. Dalam menjalankan implementasi selama 3 hari masalah keperawatan yang pertama :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif menunjukkan tanda-tanda penurunan tekanan darah perhari, tetapi belum teratasi dibuktikan dengan tekanan darah belum stabil.
 2. Gangguan mobilitas fisik belum bisa teratasi dibuktikan dengan tubuh sebelah kiri pasien masih mengalami kelemahan.
 3. Gangguan pola tidur adanya peningkatan lamanya jam tidur pasien di malam hari, tetapi masalah ini belum teratasi dibuktikan dengan pasien masih terjaga di malam hari dan pola tidur masih berubah.
5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 11-13 Mei 2025 pada pasien Tn "R" merupakan tahap untuk menilai luaran yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3 x 24 jam selama 3 hari:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Sampai pada hari ketiga perawatan masalah masih belum teratasi. Karena pasien masih berada konsumsi obat untuk mempertahankan tekanan darah tetap stabil dan masih dalam pemantauan lebih lanjut terhadap kejadian peningkatan tekanan intrakranial.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Sampai pada hari ketiga perawatan

masalah masih belum teratasi. Karena hasil uji kekuatan otot pada ekstremitas bawah sebelah kiri belum ada peningkatan.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur. Hingga hari ketiga setelah dilakukan tindakan masalah ini belum teratasi karena pola tidur pasien masih belum teratur, pasien masih terjaga di malam hari, pasien tidak nyaman dengan suasana rumah sakit, dan suhu ruangan yang terlalu panas.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN: Efektivitas posisi head-up 30° untuk mengurangi tekanan intrakranial pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS).
2. Diagnosa Keperawatan: Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
3. Luaran yang diharapkan: Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: Tidak mengalami peningkatan TIK.
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN: pertahankan posisi kepala dan leher netral
5. Pembahasan Tindakan Keperawatan pada EBN:

- a. Pengertian Tindakan:

Elevasi head-up 30° merupakan suatu cara untuk menjaga kestabilan perfusi jaringan serebral. Elevasi kepala merupakan suatu keadaan kepala dengan posisi 30° dari posisi normal dan ekstremitas sejajar dengan tubuh.

- b. Tujuan/Rasional EBN:

Beberapa posisi elevasi head-up yang bisa digunakan dalam memperbaiki SpO₂ dan mengurangi peningkatan TIK yaitu: head-up 15°, 30°, dan 45° tetapi kebanyakan penelitian yang menganjurkan posisi elevasi kepala 30° dalam praktik evidence based nursing karena sangat bermanfaat dalam

perubahan hemodinamik pemberian elevasi kepala bertujuan untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK. Posisi kepala yang ditinggikan berada diatas aksis ventrikel jantung menyebabkan cairan serebrospinal terdistribusi kembali menuju ke ruang spinal subaraknoid dan memfasilitasi terjadinya aliran balik vena sehingga dapat menurunkan tekanan intrakranial (intracranial pressure).

C. PICOT EBN

1. PICOT Pasien

P :	Dalam penulisan karya ilmiah ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis Non Hemoragik Stroke (NHS). Kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan kesadaran Composmentis GCS 15 (M6V5E4), hasil pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah: 170/80 mmHg, RR: 20x/m, SPO2: 98%, nadi: 100x/menit Didapatkan hasil pemeriksaan CT-scan: Infark cerebri kanan.
I :	Intervensi yang diberikan adalah posisi elevasi kepala yaitu posisi tubuh datar dan kepala diangkat pada 30° untuk mengurangi tekanan intrakranial dan meningkatkan perfusi serebral. Elevasi kepala pada pasien stroke dapat memperbaiki status hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral, dimana pada posisi kepala 30° terjadi peningkatan aliran darah ke otak.
C :	Tidak ada intervensi pembanding dalam penilaian ini
O :	Didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan tindakan pemberian posisi elevasi pada Tn R, tanda-tanda vital tekanan darah: 170/80mmHg, RR: 20x/m, SPO2: 98%, nadi: 100x/m, kesadaran composmentis GCS (M6V5E4). Setelah dilakukaan tindakan pemberian posisi elevasi kepala hasil yang didapatkan tanda-tanda vital tekanan darah menurun: 130/80 mmHg, nadi:89x/m RR:20 x/m, SpO2: 98%, kesadaran composmentis GCS 15 (M6V6E4).
T :	Intervensi dilakukan selama 3 hari dari tanggal 11-13 mei 2025

2. PICOT Berdasarkan Teori

Judul : Posisi *head-up* 30° sebagai upaya untuk menurunkan tekanan intracranial pada pasien non hemoragik stroke (Hermawati & Setiyawan, 2023).

P :	Dalam penelitian ini respondennya berjumlah 2 responden dimana sebelum dilakukannya posisi <i>head-up</i> 30° pada responden 1 tekanan darah: 200/120 mmHg, nadi: 96x/m, suhu: 36 ⁰ c, pernapasan: 18x/m, SPO2: 97%, nilai pada GCS tidak terjadi perubahan, responden 2 tekanan darah: 190/80 mmHg, nadi: 78x/m, suhu: 36,1 ⁰ c, pernapasan: 18x/m, SPO2: 87%, GCS 8 (M4V2E2).
I :	Cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah saturasi oksigen yaitu dengan pemberian posisi <i>head-up</i> 30°. Posisi ini diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan extra bantal sesuai dengan kenyamanan selama 1 jam.
C :	Penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu posisi kepala yang lebih tinggi 15° dan tinggi 30°. Penelitian yang lainnya menyatakan bahwa tindakan elevasi kepala dapat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik dan mencegah terjadinya peningkatan TIK.
O :	Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat penurunan tekanan intrakranial setelah pemberian posisi pada responden 1 tekanan darah: 150/90 mmHg, nadi: 86x/m, suhu: 36,5 ⁰ c, pernapasan: 20x/m, SPO2: 99%, responden 2 tekanan darah: 150/80 mmHg, nadi: 96x/m, suhu: 36,2 ⁰ c, pernapasan: 20x/m, SPO2: 98%, nilai GCS tetap tidak ada perubahan (M4V2E2). yang artinya ada

	pengaruh pemberian posisi <i>head-up</i> 30° pada tekanan intrakranial.
T :	Jurnal ini diterbitkan pada tahun 2019, intervensi dilakukan selama 3 hari.

Judul : Posisi *head-up* 30° sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik (Ekacahyaningtyas et al., 2020).

P :	Dalam penelitian ini jumlah responden sebanyak 30 dengan kriteria inklusi semua pasien stroke (stroke non hemoragik dan non hemoragik), responden berusia 30-90 tahun dan pasien kritis yang memiliki status hemodinamik stabil. Sedangkan kriteria eksklusi meliputi pasien yang mengalami trauma servikal dan pasien kritis yang kritis.
I :	Pemberian posisi head up 30° yaitu posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan extra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit.
C :	Tidak ada perbandingan dalam penelitian ini
O :	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebelum diberikan <i>head-up</i> 30° rata-rata saturasi responden 97% dan setelah diberikan posisi naik menjadi 98% sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian posisi <i>head-up</i> 30° dengan peningkatan saturasi oksigen.
T :	Jurnal ini diterbitkan pada tahun 2017, intervensi dilakukan selama 3 hari.

Judul : Penerapan *head-up* 30° dalam pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien stroke (Vitya & Afni, 2023).

P :	Studi kasus dengan menggunakan konsep askep pada 1 pasien stroke yang mengalami penurunan saturasi oksigen <95% Pada kasus ditemukan pasien dengan. Sebelum dilakukan tindakan <i>head up</i> 30° nilai SpO2 94%.
I :	Pengukuran saturasi oksigen dilakukan dengan menggunakan <i>oximetry</i> sebelum dan setelah diberikan posisi <i>head up</i> 30° selama 30 menit
C :	Tidak ada perbandingan dalam penelitian ini
O :	Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah diberikan tindakan <i>head up</i> 30° selama 30 menit maka nilai SpO2 meningkat menjadi 97% sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian posisi <i>head up</i> 30° dengan peningkatan SpO2.
T :	Jurnal ini diterbitkan pada tahun 2023, dan dilakukan intervensi selama 3 hari .

3. Hasil Telaah Jurnal

Elevasi kepala bertujuan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK. Pada kasus yang ditemukan di ruang Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera. Sebelum dilakukan *head-up* 30° pada Tn R, tanda-tanda vital tekanan darah: 170/80mmHg, RR: 20x/m, SPO2: 98%, nadi: 100x/m, kesadaran composmentis GCS (M6V5E4). Setelah dilakukan

tindakan pemberian posisi elevasi kepala hasil yang didapatkan tanda-tanda vital tekanan darah menurun: 130/80 mmHg, nadi:89x/m RR:20 x/m, SpO2: 98%, kesadaran composmentis GCS 15 (M6V6E4).

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan pustaka dan pengamatan kasus di lapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Tn. "R" dengan *Non Hemoragik Stroke* di ruang seruni Rumah Sakit Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian: dari hasil yang didapatkan dari Tn. R faktor terjadinya NHS yaitu memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 4 tahun yang lalu dan pola makan, riwayat keluarga, serta faktor usia lanjut yaitu 65 tahun. Saat pengkajian didapatkan pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri, pasien mengeluh sakit kepala disertai tegang pada leher, pusing dan pola tidur pasien tidak teratur/berubah, dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien tidur siang hanya 1-2 jam dan pada malam hari biasanya tidur 2-3 jam, sering terjaga pada malam hari, pasien mengeluh sulitan untuk tidur karena merasa tidak nyaman dengan suasana rumah sakit serta suhu ruangan yang panas, dan pada saat observasi didapatkan data tampak pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien gelisah, hasil uji kekuatan otot menunjukkan ekstremitas kiri memiliki kekuatan otot kurang dibanding yang lain. Hasil pemeriksaan tekanan darah yaitu 170/80 mmHg dan CT Scan Kepala yaitu infarks serebri kanan.
2. Dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis merumuskan 3 diagnosis keperawatan yaitu : Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot,

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya pemantauan tekanan intrakranial, pemberian obat, dukungan mobilisasi, Posisi *head-up* 30°, dan dukungan tidur.
4. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari dan terlaksana dengan baik atas kerjasama sama rekan, perawat, pasien dan keluarga pasien.
5. Tahap evaluasi: setelah dilakukan implementasi selama 3 hari hasil: Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi. Gangguan mobilitas fisik belum teratasi, Gangguan pola tidur belum teratasi sehingga intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.
6. Penerapan EBN pada pasien Tn. R dengan NHS yaitu tentang pemberian posisi elevasi kepala 30° dengan kepala diangkat dan meletakkan bantal di bawah kepala pasien dimana tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan tekanan intrakranial pada pasien. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa posisi elevasi kepala 30° berpengaruh terhadap perfusi serebral pasien NHS.

B. Saran

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Diharapkan dapat menjadi tambahan informasi dan bahan masukan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Non-Hemorrhagic Stroke (NHS)* dengan menerapkan *evidence based nursing* (EBN) yaitu : Pemberian posisi elevasi kepala 30°.

2. Bagi Profesi Keperawatan

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

3. Bagi Institusi Pendidikan

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

DAFTAR PUSTAKA

- Adhania, C. C., Wiwaha, G., & Fianza, P. I. (2018). Prevalensi Penyakit Tidak Menular pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Bandung Tahun 2013-2015. *Jurnal Sistem Kesehatan*, 3(4), 204-211.
- Adientya, G., & Handayani, F. (2012). Stres Pada Kejadian Stroke. *Jurnal Nursing Studies*, 1(Dass 42), 183-188.
- Azzahra, S. D., & Fitriyani, F. (2023). Stroke Non Hemoragik : Laporan Kasus. *Jurnal Medika Malahayati*,
- Ekacahyaningtyas, M., Setyarini, D., Agustin, W. R., & Rizqiea, N. S. (2017). Posisi Head Up 30 Derajat sebagai Upaya untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen pada Pasien Stroke Hemoragik dan Non Hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 55-59.
- Fadli Syamsuddin, & Riyana Nur Ridwan Adam. (2023). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Pemberian Latihan Pemasangan Puzzle Jigsaw Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstermitas Atas Rsud Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo. *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*.
- Farikesit, I. A., Kurniawan, V. E., Sholikhah, D. U., Puspita, S., Studi, P., Keperawatan, S., Tinggi, S., Kesehatan, I., Jombang, H., & Studi, P. (2023). Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Penerapan Latihan Rom Aktif Cylindrical Grip Terhadap Kelemahan Otot Ekstremitas Atas Dengan Masalah Gangguan Imobilitas Fisik.
- Ginanjari, R. (2024). Penerapan Posisi Head Up 30o terhadap Saturasi Oksigen pada Pasien Stroke Non-Hemoragik di IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. *Jurnal Penelitian Inovatif*.
- Hermawati, L. P., & Setiyawan. (2023). *Penerapan Posisi Head Up 30 Derajat Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Non Hemoragik*.
- Ilham Darmawan, Indhit Tri Utami, A. T. P. (2024). Penerapan Range Of Motion (ROM) Exercise Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Cendikia Muda*, 4, 246-254.
- Keren Stelin Maliangkay, Umami Rahma, Safanny Putri, & Novita Dwi Istanti. (2023). Analisis Peran Promosi Kesehatan Dalam Mendukung Keberhasilan Program Pencegahan Penyakit Tidak Menular Di

Indonesia.

Meutia, S., Utami, N., Rahmawati, S., & Himayani, R. (2021). Sistem Saraf Pusat dan Perifer. *Medical Profession Journal of Lampung*, 11(2), 306-311.

Rachel. (2024). *Anatomi Otak*.

Retnaningsih, D., Suara, E., Isnaini Nugraha, R., Studi Keperawatan, P., Keperawatan Bisnis dan Teknologi, F., Widya Husada Semarang, U., Subali Raya, J., & Keperawatan, J. (2024). Aplikasi Discharge Planning Pasien Stroke. *Jurnal Keperawatan*, 8(12), 71-78.

Rumani, G. P. H., Pasiak, T. F., & Kalangi, S. J. R. (2020). Mekanisme Kinerja Otak yang Mengatur Fungsi Spiritual pada Pasien Penyakit Jantung di RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado dengan Menggunakan Applied Neuroscience for Spiritual Health Assessment (ANSHA).

sahla delia azzahra, F. (2023). 2,3 2 1. 7(1), 573-580.

Setiawan et al. (2021). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402-406.

Sherina, N., Ramdan, D., & Hidayat, N. (2022). Assistancy of Medical Surgical Nursing for Patients with Nervous System Disorders (Hemorrhagic Stroke) in Flamboyant Room, General Hospital of Banjar. *Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(2), 175-197.

Sina, I., Kedokteran dan Kesehatan-Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara, J., Susanti, N., Pustaka, T., Vinanda, F., & Syahfitri Dosen Fakultas Kesehatan, W. (2024).

Suhermi, Ernasari, Safruddin, Amir, H., & Padhila, N. I. (2021). Penyuluhan Non Hemoragik Stroke pada Keluarga Pasien. *Idea Pengabdian Masyarakat*, 3(01), 39-43.

Vitya, D. D., & Afni, A. C. N. (2023). *Penerapan Posisi head up 30° dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenisasi pada Pasien Stroke*. 1-10.

Wahab, A. R. B. Z., & Sijid, S. A. (2021). Review : Perawatan Stroke Saat di Rumah. *Prosiding Biologi Achieving the Sustainable Development Goals with Biodiversity in Confronting Climate Change*, 7(1), 160-167.

Azzahra, S. D., & Fitriyani, F. (2023). Stroke Non Hemoragik : Laporan

Kasus. *Jurnal Medika Malahayati*,

Hermawati, L. P., & Setiyawan. (2023). *Penerapan Posisi Head Up 30 Derajat Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Non Hemoragik*.

Ilham Darmawan, Indhit Tri Utami, A. T. P. (2024). Penerapan Range Of Motion (ROM) Exercise Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Cendikia Muda*, 4, 246-254.

Keren Stelin Maliangkay, Umami Rahma, Safanny Putri, & Novita Dwi Istanti. (2023). Analisis Peran Promosi Kesehatan Dalam Mendukung Keberhasilan Program Pencegahan Penyakit Tidak Menular Di Indonesia. *Jurnal Medika Nusantara*, 1(2), 108-122.

Suhermi, Ernasari, Safruddin, Amir, H., & Padhila, N. I. (2021). Penyuluhan Non Hemoragik Stroke pada Keluarga Pasien. *Idea Pengabdian Masyarakat*, 3(01), 39-43.

Vitya, D. D., & Afni, A. C. N. (2023). *Penerapan Posisi head up 30° dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenisasi pada Pasien Stroke*. 1-10.

DAFTAR LEMBARAN KONSUL

Nama Mahasiswa : 1. Florentina Yabarmase (NS2414901058)
2. Frischa Ade Rante (NS2014901059)

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Non Hemoragic Stroke (NHS) di ruangan
Seruni Rumah Sakit Akademis Jauri Jusuf
Putera Makassar.

Pembimbing : 1. Matilda Martha Paseno, Ns., M. kes
2. Fitriyanti Patarru', Ns., M. kep

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf pembimbing I	Paraf pembimbing II
1.	11 Mei 2025	Pengajuan judul KIA			
2.	27 Mei 2025	Konsul kasus BAB III & IV	- Perbaiki ilustrasi kasus - Ganti diagnosa ketiga menjadi gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Bagian		

			implementasi jelaskan terapi yang diberikan.		
3.	28 Mei 2025	Konsul kasus BAB III & IV	- Tambahkan pada EBN apa hasil pemberian posisi head-up pada pasien apakah tindakan yang diberikan efektif di pasien. - Perbaiki di bagian tabel implementasi.	f	font
4.	02 Juni 2025	Konsul BAB I & II	- Tambahkan sitasi - Tambahkan materi dampak stroke - Tambahkan pengertian stroke secara umum dan khusus dan pengertian stroke menurut penulis sendiri. - Pisahkan etiologi pada bagian predisposisi dan presipitasi.	f.	font
5.	03 Juni 2025	Konsul BAB I & II	- Cari reskesdas terbaru		font

			- Bagian latar belakang tidak usa pakai teori. - Perbaiki phatwey.		
6.	06 Juni 2025	Konsul BAB I & II	- Pehatikan penulisan - Perbaiki pahtwey	f	Emt
7.	06 Juni 2025	Konsul BAB III,IV	- Analisa Data tambahkan tambahkan data subjektif pada diagnosa ketiga - Tambahkan kode diagnosa serta tambahkan di tandai dengan apa	f	Emt
8.	09 Juni 2025	Konsul BAB I – V	- ACC	.	Emt

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas pribadi

Nama	: Florentina Yabarmase
Tempat/tanggal lahir	: Wowonda, 08 Oktober 2001
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln. Daeng Tompo no. 35

B. Identitas Orang tua

Ayah	: Simon Yabarmase
Ibu	: Anastasia Sakliresi
Agama	: Katolik
Pekerjaan	
Ayah	: petani
Ibu	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Wowonda

C. Pendidikan yang ditempuh

TK Santa Theresia wowonda	: 2006-2007
SD Santa Theresia II Wowonda	: 2008-2013
SMP Negeri 4 Tansel	: 2014-2016
SMA Anata Karya Langgur	: 2017-2019
D3 Keperawatan Program studi keperawatan Tual (2019-2022)	
S1 Keperawatan Stik Stellas Maris Makassar	: 2022-2024
profesi Ners Stik Stellas Maris Makassar	: 2024-2025



A. Identitas pribadi

Nama	: Frischa Ade Rante
Tempat/tanggal lahir	: Mandetek, 12 Maret 2003
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jln. Pelita Raya

B. Identitas Orang tua

Ayah	: Romilus Tato' Tande
Ibu	: Marlina Patengko
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	
Ayah	: petani
Ibu	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Mandetek

C. Pendidikan yang ditempuh

TK	: -
SDN 111 Inpres Bungin	: 2008-2014
SMPN 2 Makale	: 2014-2017
SMA Kristen Makale	: 2017-2020
S1 Keperawatan Stik Stellah Maris Makassar	: 2020-2024
Profesi Ners Stik Stellah Maris Makassar	: 2024-2025