



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA
PASIENT DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS)
DI RUMAH SAKIT TK.II PELAMONIA MAKASSAR**

OLEH:

BAFIRA MONIKA WELERUBUN (NS2414901038)

CHEILIN CLAUDIA LUHULIMA (NS2414901039)

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



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA
PASIEN DNGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS)
DI RUMAH SAKIT TK.II PELAMONIA MAKASSAR**

OLEH:

BAFIRA MONIKA WELERUBUN (NS2414901038)

CHEILIN CLAUDIA LUHULIMA (NS2414901039)

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

PERNYATAAN ORSINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Bafira Monika Welerubun (NS2414901038)
2. Cheilin Claudia Luhulima (NS2414901039)

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

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar benarnya.

Makassar, 19 Juni 2025

yang menyatakan,



Bafira Monika Welerubun



Cheilin Claudia Luhulima

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* di Rumah Sakit Tk.II Pelamonia Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Bafira Monika Welerubun / NS2414901038
2. Cheilin Claudia Luhulima / NS2414901039

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Wirmando, Ns., M.Kep)

NIDN: 0929089201

Pembimbing 2



(Mery Sambo, Ns., M.Kep)

NIDN: 0930058102

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



Fransiska Anita E .R Sa'pang, Ns., Sp.Kep.MB., PhD

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : 1. Bafira Monika Welerubun (NS2414901038)
2. Cheilin Claudia Luhulima (NS2414901039)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien
Dengan *Non Hemoragic Stroke* di Rumah Sakit TK.II
Pelamonia Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji .

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Wirmando, Ns.,M.Kep

()

Pembimbing 2 : Mery Sambo, Ns.,M.Kep

()

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

()

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

()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 19 Juni 2025

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus abdu S.Si.,S.Kep.,Ns,M.Kes

NIDN: 0928027101

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : 1. Bafira Monika Welerubun
2. Cheilin Claudia Luhulima

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 19 Juni 2025

Yang menyatakan



Bafira Monika Welerubun



Cheilin Claudia Luhulima

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas karena berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS) di IGD Rumah Sakit TK II.Pelamonia Makassar”. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucap terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.KMB.,PhD selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana dan penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk perbaikan karya ilmiah akhir ini.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi.
5. Wirmando, Ns.,M.Kep selaku Ketua UPPM dan selaku pembimbing I yang telah membimbing dengan sangat baik selama proses menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
6. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.,PhD selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Dan Ners yang telah memberi dorongan dan nasihat dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
7. Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku pembimbing II yang telah mengarahkan dan memotivasi penulisan selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ini.

8. Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahannya untuk perbaikan karya ilmiah akhir ini.
9. Kepala Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar yang telah memberikan izin praktik profesi keperawatan dan para perawat yang telah membantu dan bekerja sama dalam mengelola kasus keperawatan.
10. Segenap dosen dan tenaga kependidikan STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik dan memberikan pengarahannya kepada penulis selama menempuh pendidikan.
11. Orang Tua tercinta dari Bafira Monika Welerubun, Bapak Bernardus Welerubun dan Ibu Rosina Rahanwarat serta Adik Claudia Novenia Welerubun serta sanak keluarga yang selalu memberikan dukungan doa, materi dan moral selama menempuh pendidikan.
12. Orang tua tercinta dari Cheilin Claudia Luhulima, Ibu Chirel Bastian, Oma Cia, Opa Edi, Oma Oly, Paman Devan, Adik Samuel dan Pacar terkasih Yani Keiluhu, serta sanak keluarga yang selalu memberikan dukungan doa, materi dan moral selama menempuh pendidikan.
13. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Profesi Ners Angkatan 2024 di STIK Stella Maris Makassar yang selalu mendukung dan telah bersama-sama berjuang serta memotivasi penulis.

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

Makassar, 11 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERNYATAAN ORSINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
KARYA ILMIAH AKHIR.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Manfaat Penulisan	6
D. Metode Penulisan	7
E. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Dasar Medis.....	9
1. Pengertian <i>Stroke Non Hemoragic</i> (NHS).....	9
2. Anatomi Fisiologi.....	10
3. Etiologi <i>Stroke Non Hemoragic</i> (NHS)	17
4. Patofisiologi <i>Stroke Non Hemoragic</i> (NHS).....	21
5. Manifestasi klinik <i>Stroke Non Hemoragic</i> (NHS)	23
6. Pemeriksaan penunjang <i>Stroke Non Hemoragic</i> (NHS)	24
7. Penatalaksanaan <i>Stroke Non Hemoragic</i> (NHS)	26

B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	28
1. Pengkajian	28
2. Diagnosa Keperawatan	32
3. Perencanaan Keperawatan dan Luaran sesuai SLKI.....	34
4. <i>Discharge Planning</i>	42
PATHWAY STROKE NON HEMORAGIC.....	43
BAB III PEMBAHASAN KASUS	49
A. Ilustrasi Kasus.....	49
B. Identitas Pasien.....	50
C. Pengkajian Keperawatan	50
D. Analisis Data	64
E. Dignosis Keperawatan	66
F. Intervensi Keperawatan	67
G. Implementasi Keperawatan.....	69
H. Evaluasi Keperawatan	72
I. Daftar Obat.....	73
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....	77
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	77
1. Pengkajian	77
2. Diagnosis Keperawatan	80
3. Perencanaan Keperawatan.....	81
4. Implementasi Keperawatan.....	82
5. Evaluasi Keperawatan.....	83
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	83
1. Diagnosis Keperawatan	83
2. Luaran yang Diharapkan.....	84
3. Intervensi Prioritas yang Mengacu pada EBN.....	84
4. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN	84
C. Hasil Telaah Artikel	85

D. Kesimpulan Hasil EBN (<i>Evidence Based Nursing</i>).....	89
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	91
A. Simpulan	91
B. Saran	92
DAFTAR PUSTAKA.....	94
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel Darah Lengkap dan Tabel Kimia Darah.....	59
Tabel Analisa Data Masalah.....	63
Tabel Diagnosa Keperawatan	65
Tabel Intervensi Keperawatan.....	66
Tabel Implementasi Keperawatan.....	67
Tabel Evaluasi Keperawatan	70
Tabel PICOT EBN.....	83

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak.....	11
Gambar 2.2 Anatomi Batang Otak.....	15

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Konsul.....	
Lampiran 2 Riwayat Hidup.....	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gaya hidup sering menjadi penyebab berbagai penyakit yang menyerang usia produktif, karena generasi muda sering menerapkan pola makan yang tidak sehat seperti *Junk Food*, mengonsumsi makanan tinggi lemak dan kolesterol tapi rendah serat. Perubahan perilaku hidup tradisional ke perilaku hidup modern yang cenderung merupakan pola hidup tidak sehat mengakibatkan peningkatan angka kejadian penyakit yang berkaitan dengan gaya hidup, salah satunya adalah penyakit stroke (Saraswati, D & Khariri, 2021).

Menurut *World Stroke Organization* menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Selama 15 tahun terakhir, rata-rata stroke terjadi dan menyebabkan kematian lebih banyak pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara berpendapatan tinggi. Di Indonesia, stroke menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian, yakni sebesar 11,2% dari total kecacatan dan 18,5% dari total kematian. Menurut data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Berdasarkan prevalensi stroke Indonesia 10,9 permil setiap tahunnya terjadi 567.000 penduduk yang terkena stroke, dan sekitar 25% atau 320.000 orang meninggal dan sisanya mengalami kecacatan. Data Riskesdas et al., (2023) menunjukkan bahwa berdasarkan diagnosis dokter prevalensi stroke pada penduduk umur ≥ 15 tahun meningkat dari 7% tahun 2013 menjadi 10,9% tahun 2018 dan pada tahun 2023 menjadi 13,4%. Sedangkan Kematian akibat penyakit stroke mencapai 15,9% pada rentang usia 45-54 tahun dan mengalami peningkatan pada usia 55-64 tahun sekitar 26,8 %. Berdasarkan kelompok usia, stroke lebih

banyak terjadi pada individu yang berusia dalam rentangan 55-64 tahun (33,3%). Penderita stroke sebagian besar tinggal di daerah perkotaan sebanyak 63,9%, sedangkan beberapa yang tinggal di daerah pedesaan sebanyak 36,1%. Sedangkan untuk Provinsi Sulawesi Selatan menempati posisi ke 17 dari 34 provinsi yang ada di Indonesia. Kasus stroke di Provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan prevalensi stroke sebesar 10,6% dan Prevalensi stroke tertinggi terjadi pada kelompok umur ≥ 75 tahun (48,2%) (Risksedas et al., 2023).

Stroke terjadi karena adanya pembuluh darah diotak yang pecah (*Hemoragic Stroke*) atau mengalami penyumbatan sehingga aliran darah terganggu dan mengakibatkan adanya bagian diotak tidak mendapat pasokan oksigen (*Non Hemoragic Stroke*) (Kanggeraldo et al., 2022).

Non Hemoragic Stroke terjadi akibat adanya sumbatan atau plak pada pembuluh darah diotak baik berupa udara maupun lemak sehingga fungsi syaraf menurun. Jika tidak mendapatkan pertolongan segera maka jaringan akan mengalami kekurangan oksigen (hipoksia) dimana kondisi hemodinamik sangat mempengaruhi fungsi pengantaran oksigen dalam tubuh yang pada akhirnya mempengaruhi fungsi jantung hingga mengalami penurunan nilai saturasi oksigen. Komplikasi yang terjadi saat tubuh mengalami penurunan saturasi oksigen, yaitu kematian sel neuron dan daerah infark pada otak semakin meluas, bahkan dapat menyebabkan gangguan kesadaran dan kematian (Lartia Nugraheni, Joko Tri Atmojo, 2024).

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kejadian stroke, antara lain usia, jenis kelamin, keturunan, ras, hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes melitus, merokok, aterosklerosis, penyakit jantung, obesitas, konsumsi alkohol, stres, kondisi sosial ekonomi yang menguntungkan, pola makan yang buruk. Faktor

risiko stroke terbagi menjadi dua, yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat diubah tidak dapat dikendalikan pengaruhnya terhadap kejadian stroke, faktor risiko ini termasuk keturunan, ras, usia, dan jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain hipertensi, diabetes melitus, hiperkolesterolemia, stres, merokok, obesitas dan gaya hidup tidak sehat. Literatur ini menjelaskan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko utama stroke, yang sering disebut sebagai *silent killer* karena hipertensi meningkatkan risiko stroke 6 kali lipat. Dikatakan hipertensi jika memiliki tekanan darah diatas 140/90 mmHg. Semakin tinggi tekanan darah pasien, semakin besar risiko stroke yang akan terjadi (Sari, 2022).

Penanganan dan perawatan pada pasien stroke untuk tahap pemulihan terbagi atas 3 fase yaitu fase akut, sub akut dan rehabilitasi. Fase akut terjadi 2 minggu pertama pasca serangan stroke, pada fase ini mendapatkan perawatan khusus di rumah sakit. Fase sub akut terjadi 2 minggu hingga 6 bulan pasca stroke. pada fase ini pasien diperbolehkan untuk pulang. Sedangkan fase rehabilitasi berlangsung diatas 6 bulan pasca stroke. Penanganan stroke harus cepat dan tepat karena semakin lama stroke tidak segera ditangani, maka semakin besar keparahan stroke dan risiko cedera semakin parah akibat penyebaran sel saraf yang mati dan meluasnya area infark di otak, yang bahkan dapat menyebabkan ketidaksadaran dan kematian (Vitya & Afni, 2023) .

Salah satu peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan adalah penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan penelitian. Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan suplai oksigen sehingga perlu dilakukan pemantauan dan penanganan yang tepat.

Aliran darah yang kurang lancar pada pasien stroke dapat mengakibatkan terjadinya kelainan hemodinamik, dimana kondisi hemodinamik mempengaruhi distribusi oksigen ke seluruh tubuh, mempengaruhi fungsi jantung dan menurunkan saturasi oksigen (Junaidi et al., 2023). Saturasi oksigen adalah persentase oksigen yang telah bergabung dengan hemoglobin dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, pada saat yang sama oksigen dilepas untuk memenuhi kebutuhan jaringan. Saturasi oksigen normal adalah 95 % hingga 100 % sesuai dengan PaO₂ yang berkadar sekitar 80 mmHg hingga 100 mmHg.

Salah satu intervensi keperawatan yang diberikan untuk pasien stroke guna meningkatkan nilai saturasi oksigen yaitu pemberian posisi *head up* 30°. Pemberian posisi *head up* pada pasien stroke dapat memperbaiki status hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral. Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan suplai oksigen ke seluruh tubuh, sehingga perlu dilakukan pemantauan dan penanganan yang tepat. Saturasi oksigen merupakan salah satu gambaran kecukupan oksigen dalam tubuh yang bertujuan untuk menentukan terapi yang tepat. Pemberian posisi *head up* pada pasien stroke dapat memperbaiki status hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Oktavianus et al., 2018).

Berdasarkan uraian diatas penyakit Stroke Non Hemoragik merupakan masalah Kesehatan yang perlu mendapatkan penanganan dan perawatan khusus. Dalam mengatasi berbagai masalah yang timbul pada pasien *Non Hemoragic Stroke*, peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional maupun komprehensif terutama dalam

penerapan dan pemberian posisi *head up* 30° yang dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien *Non Hemoragic Stroke* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar.”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Stroke Non Hemoragic*.

2. Tujuan Khusus

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

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah ini, diharapkan agar dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

- a. Dapat bermanfaat sebagai pedoman untuk tenaga kesehatan dan sebagai standar operasional prosedur dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien *Non Hemoragic Stroke* (NHS) terutama yang masih dalam fase akut di Unit Gawat Darurat.
- b. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan dengan menggunakan pengaturan posisi *head-up* 30° sebagai salah satu pilihan perawat dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien dengan *Stroke Non Hemoragic*, sehingga perawat dapat menerapkan standar asuhan keperawatan dengan optimal dan menunjang mutu pelayanan Rumah Sakit.

2. Bagi Pasien

Dapat dijadikan sebagai pedoman dalam cara merawat, mencegah serta melakukan penanganan penyakit *Stroke Non Hemoragic* dan dapat bermanfaat bagi klien dapat membangun tekad, dapat lebih memotivasi diri untuk kembali sehat dan menyikapi kondisi sakit dengan optimis.

3. Bagi Instansi Pendidikan

Karya ilmiah ini dapat memberikan wawasan lebih luas dan acuan bagi peserta didik dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien dengan *Stroke Non Hemoragic* melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan dibidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik dibidang pendidikan maupun praktik keperawatan.

D. Metode Penulisan

Pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data/informasi melalui:

1. Studi Kepustakaan

Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru dari internet, buku, jurnal dengan berbagai situs dan materi dari literatur-literatur di perpustakaan.

2. Studi Kasus

Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah:

a. Wawancara

Dengan mengadakan atau melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga dan perawat diruangan berkaitan dengan penyakit.

b. Observasi

Pengamatan langsung kondisi pasien dengan mengikuti tindakan yang diberikan kepada pasien dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

d. Melalui Diskusi

Mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing karya ilmiah, pembimbing klinik diruang perawatan serta teman-teman mahasiswa.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematis yang dimulai dari penyusunan BAB I (Pendahuluan) yang terdiri dari Latar Belakang, Tujuan Penulisan, Metode Penulisan, dan Sistematika Penulisan. BAB II (Tinjauan Pustaka) yang disusun dari berbagai topik yaitu Konsep Dasar Medik yang terdiri dari Pengertian, Anatomi Fisiologi, Etiologi, Patofisiologi, Manifestasi Klinik, Penatalaksanaan Medik, Tes Diagnostik dan Komplikasi; kemudian Konsep Dasar Keperawatan yang terdiri dari Pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Perencanaan Keperawatan dan Perencanaan Pulang. BAB III (Pengamatan kasus) yang diawali dengan Ilustrasi Kasus, setelah itu Pengkajian data dari pasien, Analisa Data, penetapan Diagnosis Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Implementasi/pelaksanaan Keperawatan dan Evaluasi. BAB IV (Pembahasan Kasus) berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat serta pembahasan penerapan EBN (pada tindakan keperawatan). BAB V (Simpulan dan saran) sebagai bagian akhir dari karya ilmiah akhir ini yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dari penyusunan karya ilmiah ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian *Stroke Non Hemoragic* (NHS)

Stroke adalah suatu tanda klinis yang berkembang secara cepat akibat gangguan otak fokal atau global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih tanpa adanya penyebab lain yang jelas, selain vaskuler (Husni, A dan Randi, 2024).

Stroke adalah gangguan saraf yang terjadi ketika sirkulasi darah terganggu di suatu bagian otak dan frekuensi stroke meningkat, penyebabnya dibagi menjadi stroke hemoragik dan iskemik, sedangkan stroke iskemik (*non-hemoragic*) terjadi ketika pembuluh darah terbentuk oleh *thrombosis* atau emboli (Hartaty & Haris, 2020).

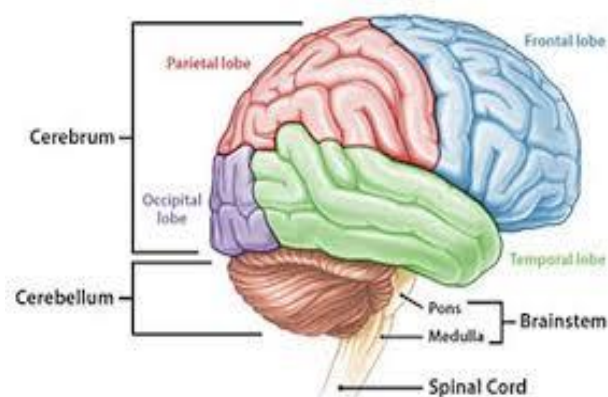
Stroke merupakan suatu kondisi yang digunakan untuk menjelaskan perubahan neurologik yang disebabkan oleh gangguan dalam sirkulasi darah ke bagian otak. *Stroke hemoragic* adalah suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya seragkaian perubahan dalam otak karena terhambatnya atau terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (Fawwaz & Suandika, 2023).

Berdasarkan pengertian diatas maka penulis menyimpulkan bahwa *Non Hemoragic Stroke* (NHS) adalah tersumbatnya pembuluh darah pada otak yang dikarenakan adanya bekuan darah atau gumpalan thrombus sehingga suplai darah dan oksigen ke otak menjadi terhambat atau bahkan terhenti seluruhnya yang mengakibatkan terjadi nya gangguan fungsi

pada otak sehingga menyebabkan kerusakan / kematian pada jaringan otak atau disebut infark.

2. Anatomi Fisiologi

a. Otak



Gambar 2.1 Anatomi Otak

(Sumber: Jhons Hopkins Medicine, 2024))

Otak adalah organ kompleks yang mengendalikan pikiran, ingatan, emosi, sentuhan, keterampilan motorik, penglihatan, pernapasan, suhu, rasa lapar dan setiap proses yang mengatur tubuh kita. Bersama-sama, otak dan sumsum tulang belakang yang memanjang darinya membentuk sistem saraf pusat atau SSP (Jhons Hopkins Medicine, 2024).

Otak manusia menerima 17% dari curahan jantung dan menggunakan 20% dari konsumsi O₂ total tubuh manusia untuk menjalankan metabolisme *aerobic*. Fungsi normal dari pusat kendali otak terganggu pada pasokan O₂ dan nutrisi yang cukup melalui jaringan pembuluh darah yang padat. Darah disuplai ke otak melalui dua set pembuluh darah utama, yaitu arteri karotis kanan dan kiri serta arteri vertebralis kanan

dan kiri (Pratama, 2021). Arteri karotis memiliki dua divisi. Arteri karotis eksternal memasok darah ke wajah dan kulit kepala. Arteri karotis internal memasok darah ke sebagian besar dari bagian anterior serebrum. Arteri vertebrobasilar memasok dua perlima posterior cerebrum, bagian cerebellum dan batang otak. Setiap penurunan aliran darah melalui salah satu arteri karotis internal menyebabkan beberapa penurunan fungsi otak yang dapat menyebabkan mati rasa (kebas), kelemahan, atau kelumpuhan pada sisi tubuh yang berlawanan dengan penyumbatan arteri. Penyumbatan salah satu dari arteri vertebral dapat menyebabkan banyak konsekuensi serius, mulai dari kebutaan hingga kelumpuhan (Suhermi et al., 2021).

1) Otak besar (Cerebrum)

Merupakan bagian otak yang terbesar 85% yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan tersusun dari korteks. Lapisan paling luar serebrum disebut sebagai korteks serebri, memiliki tebal 2-5 mm. Istilah neokorteks sering digunakan untuk merujuk korteks serebri kecuali pada bagian olfaktorius dan dari daerah hipokampus. Kedua korteks serebri kanan dan kiri menginterpretasi data sensori, menyimpan memori, mempelajari dan membentuk konsep akan tetapi setiap hemisfer mendominasi hemisfer yang lain dalam beberapa fungsi. Sebagai contoh pada sebagian besar orang, korteks kiri memiliki dominasi untuk analisis sistematis, bahasa dan kemampuan berbicara, matematika, serta abstraksi. Korteks kanan memiliki dominasi untuk asimilasi pengalaman sensoris seperti informasi visual dan aktivitas seperti menari, senam,

musik, dan apresiasi seni (Aprillia, 2022). Didalam otak besar terdapat beberapa lobus, yaitu:

a) Lobus Frontalis

Korteks motorik mengatur aktivitas motorik. Area brocca terletak di anterior korteks motorik primer dan superior sulkus lateralis mengkoordinasikan aktivitas muskular kompleks mulut, lidah dan laring serta memungkinkan pembicaraan ekspresif (motorik). Kerusakan pada area ini akan menyebabkan klien tidak bisa bicara dengan jelas, suatu gangguan yang disebut afasia brocca (Jhons Hopkins Medicine, 2024).

b) Lobus parietalis

Lobus parietalis adalah daerah korteks yang terletak dibelakang sulkus sentralis, diatas fisura lateralis dan meluas kebelakang ke fisura parieto-oksipitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran (Jhons Hopkins Medicine, 2024).

c) Lobus oksipitalis

Lobus oksipitalis adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak di sebelah posterior dari lobus parietalis dan diatas fisura-fisura parieto oksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.

d) Lobus temporalis

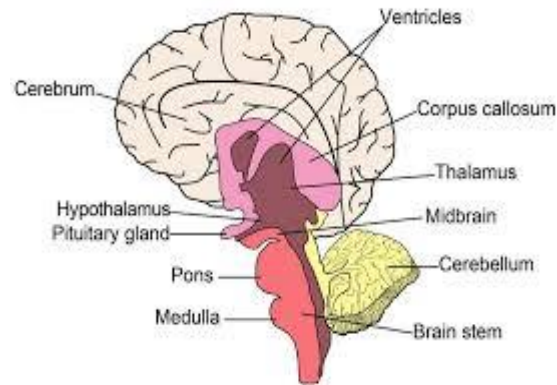
Terletak dibawah (*inferior*) sulkus *lateralis*. Lobus temporalis mengandung area reseptif auditori primer (interpretasi) dan area asosiasi auditori. Memori bahasa disimpan diarea asosiasi auditori lobus temporalis kiri. Kerusakan area ini akan

menyebabkan seseorang tidak dapat memahami bahasa yang diucapkan atau ditulis atau mengenal memfasilitasi pemahaman bahasa terletak di area Wernicke. Lobus ini juga terlibat dalam interpretasi bau dan penyimpanan ingatan

2) Otak kecil (Cerebellum)

Otak kecil terletak di fossa serebri posterior dibawah tentorium serebellum yaitu duramater memisahkannya dari lobus oksipital serebrum. Merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot melalui suatu mekanisme kompleks dan umpan balik juga memungkinkan sistem *somatic* tubuh untuk bergerak secara tepat dan terampil. Cerebellum merupakan bagian penting dari susunan saraf pusat secara tidak sadar mengendalikan kontraksi otot-otot volunter secara optimal. Bagian-bagian dari cerebellum yaitu: lobus anterior, lobus medialis dan flocculonodularis. Lobus anterior ialah paleocerebellum yang menerima masukan rangsang dari ujung-ujung proprioseptif dalam otot dan tendon serta dari reseptoraba dan tekan. Lobus medialis adalah neocerebellum yang tidak berhubungan dengan gerak *voluntary*. Cerebellum terdiri atas substansia alba dan grisea. Cerebellum mengintegrasikan informasi sensoris berkaitan dengan posisi bagian tubuh, koordinasi gerakan otot skeletal dan mengatur kekuatan otot yang penting untuk keseimbangan dan postur (Johns Hopkins Medicine, 2024).

3) Batang otak (*Brainstem*)



Gambar 2.2 Anatomi Batang Otak
(Sumber : Saraswati, D & Khariri, 2021).

Batang otak berhubungan dengan diensefalon di atasnya dan medulla spinalis dibawahnya, struktur-struktur fungsional batang otak yang penting adalah jaras ascenden, formasio retikularis dan desenden traktus longitudinalis antara medulla spinalis dan bagian-bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf kranial (Jhons Hopkins Medicine, 2024). Batang otak secara garis besar terdiri atas:

a) Diensefalon

Diensefalon merupakan bagian atas otak yang terdapat diantara serebelum dan mesensefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat dibagian depan lobus temporalis terdapat kapsul interna dengan sudut menghadap kesamping. Diensefalon tersusun atas talamus dan hipotalamus. Talamus menyalurkan semua informasi asesndens (sensorik) kecuali penghindu menuju ke sel kortikal. Hipotalamus mengatur fungsi sistem saraf autonom seperti denyut jantung, tekanan darah, keseimbangan

air dan elektrolit, motilitas lambung dan usus, suhu tubuh, berat badan, dan siklus tidur terjaga. Fungsi lain dari diensephalon adalah mengecilkan pembuluh darah, membantu proses pernafasan, mengontrol kegiatan refleks, membantu kerja jantung.

b) Mesensefalon

Mesensefalon merupakan penghubung antara pons dan serebelum dan serebrum. Fungsinya membantu pergerakan mata dan mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.

c) Pons

Pons merupakan penghubung antara mesensefalon dengan medula oblongata, fungsinya membantu dalam regulasi pernapasan dan rasa raba, rasa nyeri dan rasa suhu.

d) Medulla oblongata

Medulla oblongata merupakan struktur batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medula spinalis. Medulla oblongata mengandung nukleus atau badan sel berbagai saraf yang penting. Selain itu medulla mengandung “pusat-pusat vital” yang berfungsi mengendalikan pernapasan dan sistem kardiovaskuler.

e) Medulla spinalis

Medulla spinalis merupakan bagian susunan saraf pusat yang terdapat pada kanalis spinalis. Dimulai dari foramen magnum tengkorak ke bawah sepanjang ± 45 cm sampai setinggi vertebral lumbal 1-2 (yang disebut konus medularis) dan dikelilingi dan dilindungi oleh tulang vertebra dan meninges (durameter, arakhnoid, piameter). Medulla spinalis

tersusun dari 31 pasang saraf, yaitu 8 pasang saraf servikalis, 12 pasang saraf torakalis, 5 pasang saraf lumbalis, 5 pasang saraf sarkum dan 1 pasang saraf koksigis. Didalam sumsum tulang belakang terdapat saraf sensorik, saraf motoric dan saraf penghubung. Fungsinya adalah sebagai penghantar impuls dari otak ke otak serta sebagai pusat pengatur gerak refleks.

b. Sistem perdarahan darah otak adalah sebagai berikut:

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

Hemisfer otak disuplai oleh 3 pasang arteri besar, arteri serebri anterior, media dan posterior yang bercabang dan beranastomosis membentuk sirkulus willisi. Arteri serebri anterior dan media bertanggung jawab terhadap sirkulasi dibagian depan dan merupakan cabang dari arteri karotis interna. Arteri serebri posterior merupakan cabang dari arteri bailaris dan membentuk sirkulasi pada bagian belakang otak yang juga mensuplai talamus, batang otak dan otak kecil. Arteri cerebri anterior mencabangkan arteri komunikans anterior sehingga membagi dua segmen arteri serebri anterior menjadi segmen proksimal dan distal. Cabang-cabang kortikal dari arteri serebri anterior akan mensuplai darah untuk daerah lobus frontalis, permukaan medial korteks serebri sampai

prekuneus, korpus kalosum, permukaan lateral dari girus frontalis superior dan medius.

Cabang cabang sentralnya mengurus hipotalamus, area preoptika dan supraoptika, kaput nukleus kaudatus, bagian anterior dari kapsula interna dan putamen. Arteri serebri media mencabangkan 4 segmen: segmen horizontal yang memanjang hingga limen insula yang menyuplai arteri lentikulostriata lateral, segmen insula, segmen operkulum, segmen korteks bagian distal pada hemisfer lateral. Pada sirkulasi posterior, arteri vertebralis bersatu membentuk arteri basilaris. Arteri serebri inferior posterior merupakan cabang dari arteri vertebralis bagian distal sedangkan arteri serebri inferior anterior merupakan cabang dari arteri basilaris bagian proksimal. Arteri serebri superior merupakan cabang distal dari arteri basilaris sebelum arteri basilaris bercabang dua menjadi serebri posterior. Adanya gangguan suplai darah yang melalui pembuluh darah tersebut akan menimbulkan defisit neurologis yang sesuai dengan fungsi dari bagian yang terkena. (Jhons Hopkins Medicine, 2024).

3. Etiologi *Stroke Non Hemoragic* (NHS)

a. Faktor Predisposisi

1) Jenis Kelamin

Stroke menyerang laki-laki 19% lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan dalam mempertahankan kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau pelindung pada proses aterosklerosis. Namun setelah perempuan tersebut mengalami menopause, besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama (Adi et al., 2022).

2) Usia

Stroke dapat menyerang siapa saja, semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terkena stroke. Penderita stroke lebih banyak terjadi pada usia diatas 50 tahun dibandingkan dengan yang berusia dibawah 50 tahun. Dimana pada usia tersebut semua organ tubuh termasuk pembuluh darah otak menjadi rapuh (Lumintang, 2024).

3) Riwayat Stroke dalam keluarga

Dari sekian banyak kasus stroke yang terjadi, sebagian besar penderita stroke memiliki faktor riwayat stroke dalam keluarganya. Keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan penanda aterosklerosis awal, yaitu proses terjadinya timbunan zat lemak dibawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke. Beberapa penelitian lain yang telah dilakukan mengesankan bahwa riwayat stroke dalam keluarga mencerminkan suatu hubungan antara faktor genetis dengan tidak berfungsinya lapisan dinding pembuluh darah dalam arteri koronaria (Lumintang, 2024).

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama dalam kejadian stroke akibat adanya kerusakan pembuluh darah otak yang meningkatkan kemungkinan kejadian stroke iskemik maupun hemoragik. Dari beberapa studi, hipertensi memiliki kontribusi sekitar 51% dalam kematian akibat stroke (Wirmando et al., 2022).

Hipertensi dapat menyebabkan tekanan darah perifer meningkat sehingga terjadi suatu efek negatif pada system hemodinamik yang menyebabkan penebalan pada dinding pembuluh darah. Kerusakan dari dinding pembuluh darah ini dapat memicu pembentukan suatu plak yang disebut sebagai aterosklerosis, hal ini dapat menyumbat aliran darah ke otak sehingga memicu terjadinya stroke iskemik. *Stroke Hemoragic* juga mungkin terjadi akibat lemahnya dinding pembuluh darah, terutama pada arteri kecil dibagian otak, sehingga lebih mudah pecah dan menyebabkan pendarah.

2) Penyakit Jantung

Faktor risiko berikutnya adalah penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut *atrial fibrillation*, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur dibalik kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih cepat dibandingkan dibagian-bagian lain jantung. Ini menyebabkan aliran darah menjadi tidak teratur dan secara insidentil terjadi pembentukan gumpalan darah. Gumpalan-gumpalan inilah yang kemudian dapat mencapai otak dan menyebabkan stroke. Pada orang-orang berusia di atas 80 tahun, *atrial fibrillation* merupakan penyebab utama kematian pada satu diantara empat kasus stroke. Faktor lain dapat terjadi pada pelaksanaan operasi jantung yang berupaya memperbaiki cacat bentuk jantung atau penyakit jantung. Tanpa diduga, plak dapat terlepas dari dinding aorta (batang nadi jantung), lalu hanyut mengikuti aliran darah ke leher dan ke otak yang kemudian menyebabkan stroke (Rahayu, 2023).

3) Diabetes Melitus

Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya stroke iskemik. Seseorang dikatakan menderita diabetes mellitus jika pemeriksaan gula darah puasa > 140 mg/dL, atau pemeriksaan 2 jam post prandial > 200 mg/dL. Penderita diabetes cenderung menderita obesitas, obesitas dapat mengakibatkan hipertensi dan tingginya kadarkolesterol dimana keduanya merupakan faktorresiko stroke (Yudi Adnan, 2024).

4) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding yang dapat menghambat sirkulasi darah. Merokok meningkatkan resiko terkena stroke dua sampai empat kali ini berlaku untuk semua jenis rokok dan untuk semua tipe stroke, terutama perdarahan subaraknoid karena terbentuknya aneurisma dan stroke iskemik. Asap rokok mengandung beberapa zat yang bahaya yang disebut dengan zat oksidator. Dimana zat tersebut menimbulkan kerusakan dinding arteri dan menjadi tempat penimbunan lemak, sel trombosit, kolesterol, penyempitan dan pergeseran arteri diseluruh tubuh termasuk otak, jantung dan tungkai. Sehingga merokok dapat menyebabkan terjadinya arteriosklerosis, mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah menggumpal sehingga resiko terkena stroke pembuluh (Husni, A dan Randi, 2024).

5) Dislipidemia

Kadar kolesterol LDL/kolesterol jahat dan kolesterol total yang tinggi mengakibatkan resiko stroke sampai dua kali lipat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian stroke 23 meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg%. Setiap kenaikan kolesterol 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25% sedangkan kenaikan HDL (*High Density Lipoprotein*) 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan angka stroke setinggi 47% (Elhaq & Ramdhan, 2024).

6) Stres

Stres yang bersifat konstan dan terus menerus memengaruhi kerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memproduksi hormon adrenalin, tiroksin dan kortisol sebagai hormon utama stres akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistem homeostasis. Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sistem saraf simpatis berpengaruh terhadap kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksin selain meningkatkan *Basal Metabolism Rate* (BMR) jugamenaikkan denyut jantung dan frekuensi nafas. Peningkatan denyut jantung inilah yang akan memperberat aterosklerosis. Stress dapat merangsang pelepasan hormon adrenalin dan memacu jantung untuk berdetak lebih cepat dan lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat (Tjondronegoro et al., 2023).

4. Patofisiologi *Stroke Non Hemoragic* (NHS)

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu diotak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh

darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan pant dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi (sahla delia azzahra, 2023).

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah, terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat, menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskulai; karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat

menyebabkan herniasi otak pada *falk* serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hernisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral: Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Ilham Darmawan, Indhit Tri Utami, 2024).

5. Manifestasi klinik *Stroke Non Hemoragic* (NHS)

Menurut Firlanda & Fitriyani (2024), manifestasi klinis stroke sebagai berikut:

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

6. Pemeriksaan penunjang *Stroke Non Hemoragic* (NHS)

Menurut Pramana et al. (2024) pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke, yaitu:

a. Radiologi

1) *Electroensefalogram* (EEG)

Mengidentifikasi penyakit yang didasarkan pada pemeriksaan pada gelombang otak dan memungkinkan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik. Pada pasien stroke biasanya dapat menunjukkan apakah terdapat kejang yang menyerupai dengan gejala stroke dan perubahan karakteristik EEG yang menyertai stroke yang sering mengalami perubahan.

2) Sinar X tengkorak

Mengambarkan pada perubahan kelenjar lempeng pineal pada daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis *internal* yang terdapat pada trombosis serebral.

3) Angiografi Serebral

Pemeriksaan ini membantu untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik antara lain perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/*rupture*.

4) CT-Scan

Pemindaian yang memperlihatkan secara spesifik adanya edema, adanya hematoma, iskemia dan adanya infark pada stroke. Hasil pemeriksaan tersebut biasanya terdapat pepadatan di vertikel kiri dan hiperdens lokal.

5) Fungsi Lumbal

Tekanan normal dan biasanya ada trombosis, emboli dan TIA (*Transient Ischaemia Attack*). Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid

atau intrakranial. Kadar protein total meningkat pada kasus trombosis berhubungan dengan proses inflamasi.

6) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Pemeriksaan yang menggunakan gelombang magnetik dengan menentukan besar atau luas perdarahan yang terjadi pada otak. Hasil dari pemeriksaan ini digunakan untuk menunjukkan adanya daerah yang mengalami infark, *hemoragic* dan malinformasi arteriovena.

7) Angiografi Serebral

Pemeriksaan ini membantu untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik antara lain perdarahan, obstruksi arteri, *olkusi/rupture*.

8) Ultrasonografi Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah/muncul *plaque*/aterosklerosis).

9) Pemeriksaan Thorax

Memperlihatkan keadaan jantung dan menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas.

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Seperti haemoglobin, leukosit, trombosit dan eritrosit. Semua itu berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia, sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Jika kadar leukosit pada pasien diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang.

2) Test Darah Koagulasi

Tes ini terdiri dari 4 pemeriksaan yaitu *pothromin time*, *partial thromboplastin (PTT)*, *International Normalized*

Ratio (INR) dan agregasi trombosit. Keempat tes ini berguna untuk mengukur seberapa cepat darah menggumpal. Pada pasien stroke biasanya ditemukan PT/PTT dalam keadaan normal.

3) Tes Kiama Darah

Tes ini digunakan untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat dll. Seseorang yang terindikasi penyakit stroke biasanya memiliki gula darah yang tinggi.

Apabila seseorang memiliki riwayat penyakit diabetes yang tidak diobati maka hal tersebut dapat menjadi faktor pemicu resiko stroke.

7. Penatalaksanaan *Stroke Non Hemoragic* (NHS)

Adapun penatalaksanaan medis menurut Vitya & Afni (2023), yaitu:

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Menurunkan kerusakan iskemik serebral tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.
- 2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi rotasi kepala yang berlebihan.
- 3) Pengobatan
 - a) Anti Koagulan: heparin untuk menurunkan kecendrungan perdarahan pada fase akut.
 - b) Obat anti trombotik: pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolik atau embolik.
 - c) Diuretika: untuk menurunkan edema serebral.

d) *Recombinant Tissue-Type Plasminogen Activator:*

Pemberian rtPA merupakan pilihan dalam upaya revaskularisasi pada stroke iskemik menggunakan agen trombolisis. Pemberian trombolisis dengan rtPA pada stroke iskemik harus segera dilakukan dalam 3 jam sejak onset terjadinya serangan stroke.

- 4) Pembedahan endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Posisi kepala dan badan 25-30°. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
- 2) Bebaskan jalan napas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.
- 3) Usahakan tanda-tanda vital stabil.
- 4) *Bedrest*.
- 5) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pada pengkajian keperawatan gawat darurat menurut Yayasan & Kita Menulis (2022) ada dua hal yang bisa dilakukan antara lain sebagai berikut:

a. Survey Primer

Perawat gawat darurat bertanggung jawab untuk mengetahui setiap proses klinis penilaian akut pada pasien dengan stroke non hemoragik dalam hal ini menilai tingkat kesadaran pasien dan lain-lain. Penilaian ini juga mengutamakan untuk segera mengetahui kondisi klinis dari pasien yang berpotensi mengancam jiwa oleh karena itu survey primer yang tepat dan cepat yang dapat dinilai dengan menggunakan singkatan ABCDE yaitu A= *Airway*, B= *Breathing*, C= *Circulation*, D= *Disability* dan E= *Exposure*, untuk membantu mengenal urutan yang benar dalam menilai pasien yang datang ke unit gawat darurat yaitu sebagai berikut:

1) *Airway*

Kepatenan jalan napas adalah komponen yang terpenting yang harus ditangani untuk mencegah terjadinya hipoksia pada pasien *stroke non hemoragic* yang dapat mengancam nyawa dan biasanya juga pengkajian ini dilakukan untuk menilai apakah ada sumbatan pada jalan napas, karena pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami penurunan kesadaran maka akan menimbulkan risiko sumbatan jalan napas misalnya lidah jatuh kebelakang.

2) *Breathing*

Kaji kemampuan bernapas pada pasien, pada pasien *stroke non hemoragic* biasanya akan terjadi sesak karena ketidakcukupan kebutuhan oksigen yang disebabkan oleh emboli atau thrombus yang menyebabkan gangguan pada sirkulasi darah otak.

3) *Circulation*

Sirkulasi yang memadai perlu diperhatikan untuk mengetahui fungsi pemompaan jantung dalam mempertahankan perfusi keseluruhan jaringan. Ketika terjadi *stroke hemoragic*, kaji tekanan darah, biasanya kenaikan tekanan darah disebabkan oleh adanya tekanan pada perfusi serebral.

4) *Disability*

Penilaian neurologis untuk menilai defisit motorik atau sensorik yang terjadi karena adanya penurunan kesadaran yang dapat mempengaruhi *airway*, *breathing* dan *circulation* pada pasien. Pada pengkajian ini pasien *stroke non hemoragic* dapat timbul gejala lemah, kehilangan keseimbangan dan kehilangan respon terhadap rangsangan misalnya rangsangan nyeri. Hal ini dapat terjadi pada pasien *stroke non hemoragic* karena sirkulasi pembuluh darah otak terganggu akibat emboli atau trombus, dimana yang kita ketahui pembuluh darah pada otak yang mengatur seluruh aktivitas saraf yang ada pada tubuh manusia.

5) *Exposure*

Penilaian seluruh anggota tubuh dapat dilakukan untuk memastikan apakah pasien mengalami trauma atau cedera pada saat terjadinya serangan *stroke*. Hal ini dapat dilakukan dengan melepaskan pakaian pasien

untuk mencapai akses cepat ke bagian tubuh dengan tetap menghormati privasi pasien.

6) *Foley Chateter*

Pengkajian *foley chateter* menunjukkan apakah pasien perlu dipasang kateter atau tidak sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Dalam pengkajian ini juga perlu diketahui mengenai balance cairan, produksi urine dan warna dari urine apakah pekat atau jernih. Biasanya pada pasien NHS akan dipasang kateter urine karena pasien tidak mampu untuk melakukan toileting, dan untuk melihat jumlah urine yang dikeluarkan oleh pasien.

7) *Gastric Tube*

Pengkajian *gastric tube* menunjukkan apakah pasien perlu dipasang NGT atau sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Apabila terdapat pemasangan NGT untuk mengeluarkan cairan lambung maka perlu diperhatikan jumlah dan warna dari cairan lambung maka perlu diperhatikan jumlah dan warna dari cairan lambung tersebut. Pada pengkajian didapatkan kondisi pasien dengan NHS pemasangan NGT bertujuan dalam pemberian makanan dan minuman serta obat yang tidak mampu diberikan langsung melalui oral dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran.

8) *Heart Monitor*

Pengkajian *heart monitor* dilakukan dengan menggunakan EKG terutama pada pasien yang bermasalah dengan kondisi jantungnya. Gambaran listrik jantung pada masing masing orang berbeda terutama pada penderita jantung itu sendiri.

b. Survey Sekunder

Pengkajian sekunder menurut (Jainurakhma, 2021) merupakan pemeriksaan secara lengkap yang dilakukan secara *head to toe*, dari depan hingga belakang. *Secondary survey* hanya dilakukan setelah kondisi pasien mulai stabil, dalam artian tidak mengalami syok atau tanda-tanda syok mulai membaik.

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran seperti mengantuk namun dapat sadar saat diberikan rangsangan, pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan, mengantuk dalam, hilang mengalami penurunan kesadaran (*coma*) dengan GCS <12 pada level awal serangan stroke, sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat keadaran letargi dan composmentis dengan GCS 13-15.

2) Peningkatan Tekanan Darah

Biasanya pada pasien NHS memiliki riwayat tekanan darah yang tinggi dengan *systole* > 140 dan *diastole* >80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan Kembali stabil dalam 2-3 hari pertama. Anamnesis yang dilakukan harus lengkap karena akan memberukan Gambaran mengenai cidera yang mungkin diderita atau kondisi pasien yang terganggu.

Anamnesis juga harus meliputi Riwayat SAMPLE yang bisa didapatkan dari pasien dan keluarga:

a) *Symptomp*

Gejala yang timbul, seperti yang sudah dijelaskan pada tanda dan gejala yang timbul di atas yaitu sakit kepala, sesak napas, kelemahan tubuh sebelah kanan, penurunan kesadaran.

b) *Allergies*

Adakah aleri pada pasien, seperti obat-obatan anti hipertensi dan alergi makanan yang memicu terjadinya hipertensi.

c) *Medication*

Obat-obatan yang diminum seperti sedang menjalani pengobatan hipertensi.

d) *Post Medical Histroy*

Riwayat medis pasien seperti penyakit yang pernah diderita yaitu hipertensi.

e) *Last Meal*

Makanan atau minuman yang terakhir pasien konsumsi.

f) *Event Prociding The Incident*

Riwayat keluhan pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien stroke non hemoragik menurut (SDKI, 2017) yaitu:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik) ditandai dengan sakit kepala, tekanan darah meningkat, bradikardia, pola napas ireguler, tingkat kesadaran menurun, respon pupil melambat atau tidak sama, refleks neurologi terganggu, gelisah, agitasi, muntah (tanpa disertai mual), tampak

lesuh/lemah, fungsi kognitif terganggu, TIK meningkat, papiledema, postur deserebrasi (ekstensi).

- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi. Kondisi klinis terkait: Stroke, embolisme, hipertensi.
- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan dispnea, penggunaan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal, ortopnea, pernapasang cuping hidung, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, afasia, disfasia, apraksia, disleksia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah.
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan mengeluh sulit menggerak ekstermitas, kekuatan otot menurun, ROM menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, Gerakan tidak,terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

3. Perencanaan Keperawatan dan Luaran sesuai SLKI

Perencanaan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik menurut (SIKI, 2017), yaitu:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik).

SLKI: Kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Fungsi kognitif meningkat
- 3) Sakit kepala menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Agitasi menurun
- 6) Muntah menurun
- 7) Tekanan darah membaik
- 8) Tekanan nadi membaik
- 9) Bradikardi membaik
- 10) Pola napas membaik
- 11) Respon pupil membaik
- 12) Refleks neurologi membaik
- 13) Tekanan intrakranial membaik

Intervensi: Pemantauan Tekanan Intrakranial

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi penyebab intrakranial (mis. Lesi, edema serebral). Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien atau untuk memberikan perawatan intensif dalam pemantauan terhadap peningkatan TIK.
 - b) Monitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial (mis. Tekanan darah meningkat, kesadaran menurun).

R/ Mengindikasi perbaikan/perusakan perfusi jaringan serebral dan pada tingkat kesadaran dapat menjadi faktor pencetus serta mengidentifikasi perubahan TIK dan kerusakan otak.

2) Terapeutik

a) Berikan posisi *semi-fowler*

Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan sirkulasi serebral.

3) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian *diuretic*. Obat *diuretic* dapat menurunkan tekanan intracranial serta menurunkan edema otak.

b. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi.

SLKI: Perfusi serebral meningkat dengan Kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Tekanan intracranial menurun
- 3) Sakit kepala menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Nilai rata-rata tekanan darah membaik.

Intervensi: Pemantauan Tekanan Intrakranial

1) Observasi

- a) Identifikasi penyebab peningkatan intrakranial (mis. Lesi, edema serebral). Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intracranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien atau untuk memberikan perawatan intensif dalam pemantauan terhadap peningkatan TIK.

b) Monitor tanda-tanda vital

Pemantauan, tandatanda vital seperti hipotensi/hipertensi yang mengidentifikasi adanya, perbaikan/perusakan jaringan serebral.

c) Pantau tingkat kesadaran pasien

Perubahan tingkat kesadaran pasien dapat menjadi faktor pencetus serta mengidentifikasi perubahan TIK dan kerusakan otak.

d) Monitor frekuensi dan irama jantung

Perubahan terutama adanya bradikardia dapat terjadi sebagai akibat adanya kerusakan otak.

2) Terapeutik

a) Pertahankan posisi kepala dan leher agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis (netral). Bertujuan Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan *drainase* dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral.

b) Pemberian obat intravena

3) Edukasi

a) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, Tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian obat. Bertujuan Menghormati hak pasien dalam hal pemberian informasi.

b) Jelaskan factor yang dapat menurunkan efektifitas obat. Bertujuan agar pasien dapat menghindari hal yang dapat menurunkan efektivitas obat.

c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

SLKI: Pola napas membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Dispnea menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3) Frekuensi napas membaik
- 4) Kedalaman napas membaik.

Intervensi: Pemantauan respirasi

1) Observasi

a) Monitor frekuensi dan irama pernapasan. Bertujuan Mengetahui pola napas pasien dimana pada pasien non hemoragic stroke dapat terjadi frekuensi napas yang meningkat atau sesak napas akibat dari ketidakcukupan kebutuhan oksigen didalam tubuh pasien stroke non hemoragik.

b) Monitor saturasi oksigen Mengetahui adanya penurunan saturasi oksigen karena pada pasien *stroke non hemoragic* dapat mengalami penurunan saturasi oksigen sehingga jika perawat mengetahui pasien tersebut mengalami penurunan saturasi maka dapat dilakukan tindakan sesuai dengan kondisi yang ada pada pasien

2) Terapeutik

a) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien. Bertujuan memantauan respirasi bertujuan untuk menilai tingkat efektivitas keberhasilan tindakan yang diberikan.

Manajemen Jalan Napas

1) Observasi

a) Monitor pola napas

Bertujuan mengetahui pola napas dimana pasien stroke non hemoragik dapat terjadi frekuensi napas yang meningkat atau sesak napas akibat ketidakcukupan kebutuhan oksigen didalam tubuh.

b) Monitor bunyi napas tambahan

Bertujuan Agar dapat dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai jika adanya bunyi napas tambahan.

2) Terapeutik

a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head till dan chin lift*. Bertujuan Untuk membuka saluran napas pasien.

b) Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*

Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma.

c) Berikan oksigen

Untuk membantu kecukupan oksigen yang diperlukan oleh tubuh.

3) Edukasi

a) Ajarkan teknik batuk efektif

Batuk dengan benar dimana dapat menggunakan energi untuk batuk dengan seefektif mungkin sehingga tidak mudah lelah dalam pengeluaran dahak secara maksimal.

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, *jika perlu*. Untuk membuat kapasitas serapan oksigen paru- paru meningkat.

d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

SLKI: Komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:

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

Intervensi: Promosi komunikasi: Defisit Bicara

1) Observasi

- a) Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara. Pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk mengucapkan kalimat dan tidak menyadari bahwa komunikasi yang diucapkan tidak sesuai.
- b) Monitor proses kognitif yang berkaitan dengan bicara. Membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi.

2) Terapeutik

- a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis, mata berkedip, isyarat tangan). Memudahkan keluarga dan tim medis dalam memahami kondisi pasien.
- b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis, berdiri tepat disamping pasien dengan mendengarkan dengan saksama dan bicara dengan perlahan).

3) Edukasi

- a) Anjurkan berbicara perlahan. Agar kata-kata yang diucapkan dapat dipahami oleh keluarga dan tim medis.

Dukungan Kepatuhan program pengobatan

1) Observasi

- a) Identifikasi kepatuhan dan keteraturan menjalani program pengobatan. Untuk mengetahui kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan maksimal.

2) Terapeutik

- a) Libatkan keluarga mendukung program pengobatan yang dijalani. Agar pasien dapat semangat dalam menjalani program pengobatan karena dukungan keluarga sangat penting.

3) Edukasi

- a) Informasikan program pengobatan yang harus dijalani. Menghormati hak pasien.
- b) Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan. Karena dalam hal pengobatan pasien membutuhkan motivasi dari keluarga dimana keluarga ialah salah satu aspek terdekat pasien.

e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

SLKI: Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang Gerak (ROM) meningkat.

Intervensi:

Dukungan mobilisasi

1) Observasi

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Agar petugas medis dapat menyesuaikan dengan kondisi pasien.
- b) Monitor kondisi umum pasien. Mengetahui apakah toleransi dalam melakukan pergerakan dapat dilakukan atau pasien harus dalam keadaan bedrest untuk menghindari penurunan keadaan umum.

2) Terapeutik

- a) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan misalnya ajarkan ROM pasif/aktif pada keluarga pasien. Agar jika kondisi pasien membaik pada saat diruang perawatan maka keluarga dapat membantu pasien dalam ROM.

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Agar pasien dan keluarga dapat mengetahui bahwa imobilisasi penting untuk mencegah risiko terjadinya dekubitus maupun kekakuan otot.

4. Discharge Planning

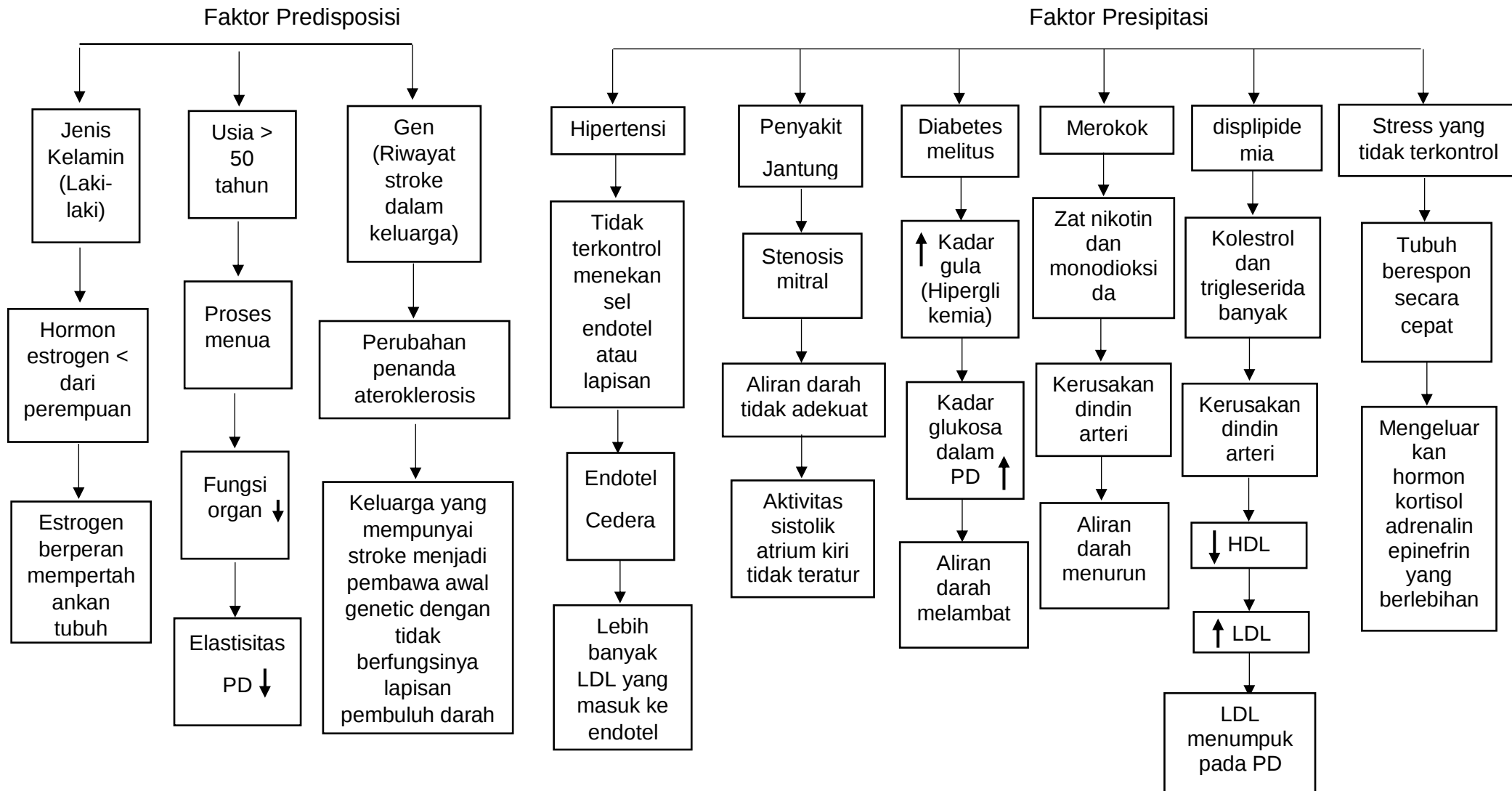
Menurut Fransiska Anita et al. (2021), diterapkan program CERDIK dan PATUH untuk mencegah terjadinya stroke berulang. Program CERDIK terdiri atas:

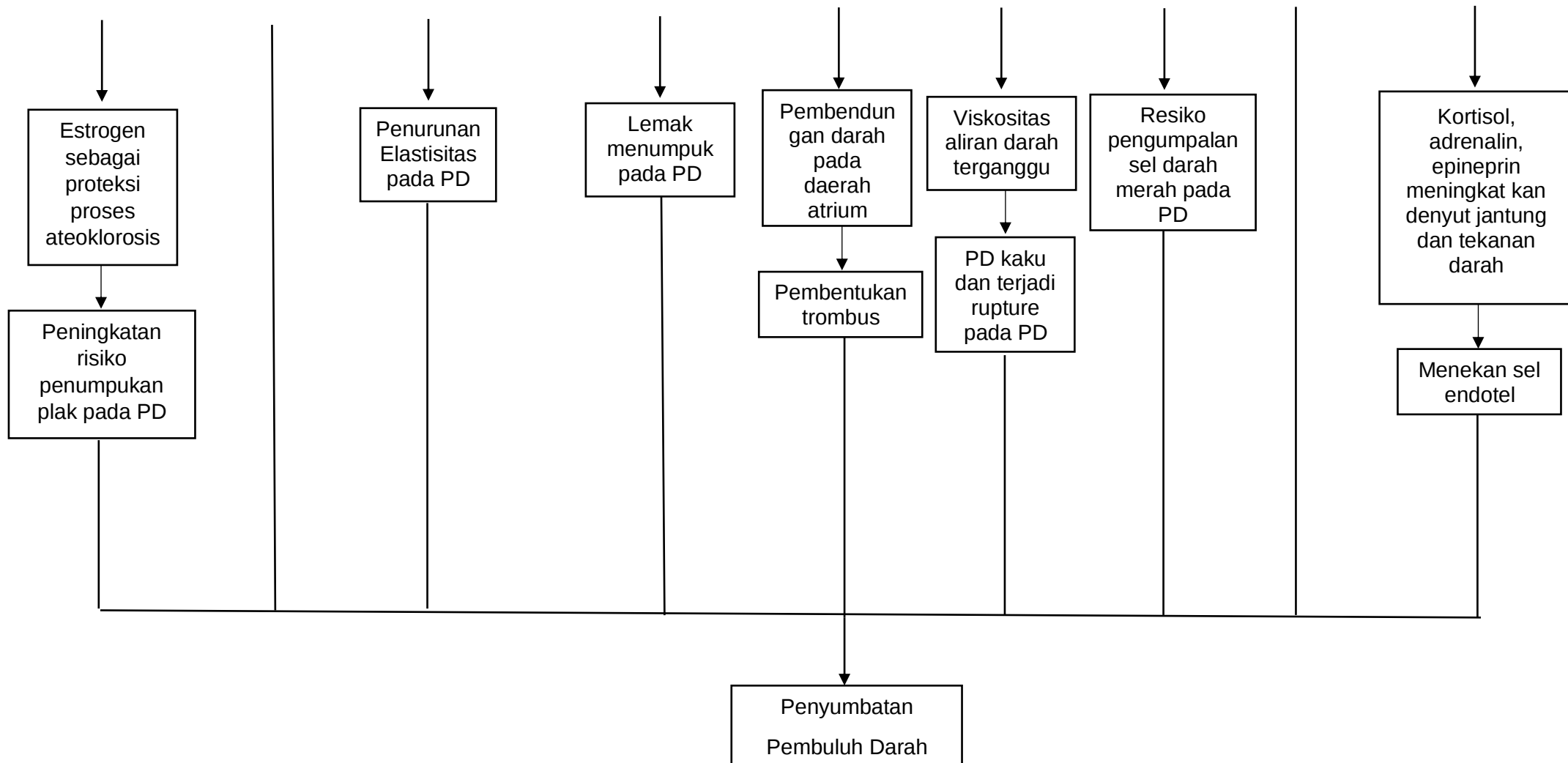
- a. Cek kesehatan rutin seperti cek tekanan darah, kadar GDS dan kolesterol, menjauhi rokok dan asap rokok.
- b. Melakukan aktivitas fisik (berdasarkan hasil pengkajian level stroke untuk melakukan rehabilitasi).
- c. Melakukan diet seimbang, istirahat cukup dan kelola stress.

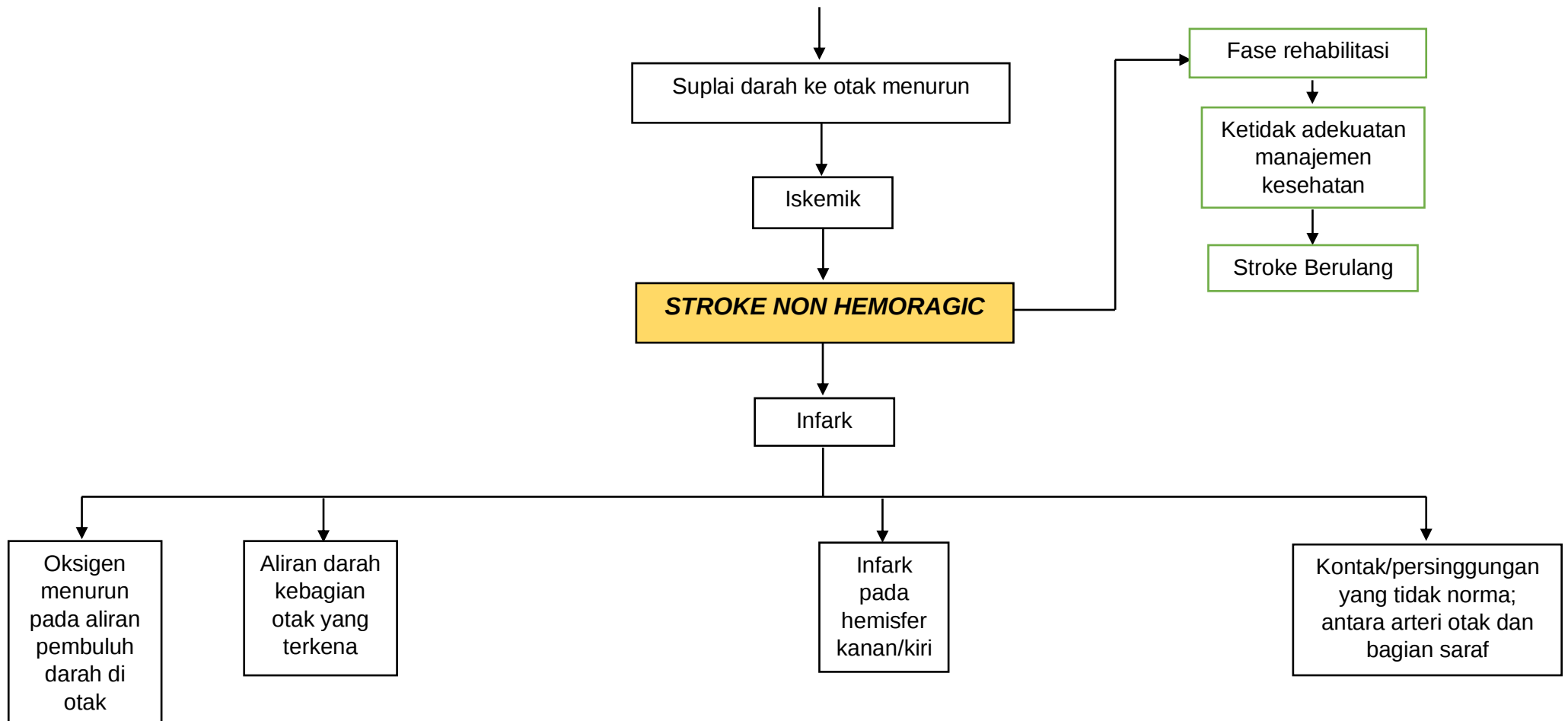
Sedangkan Program PATUH terdiri atas:

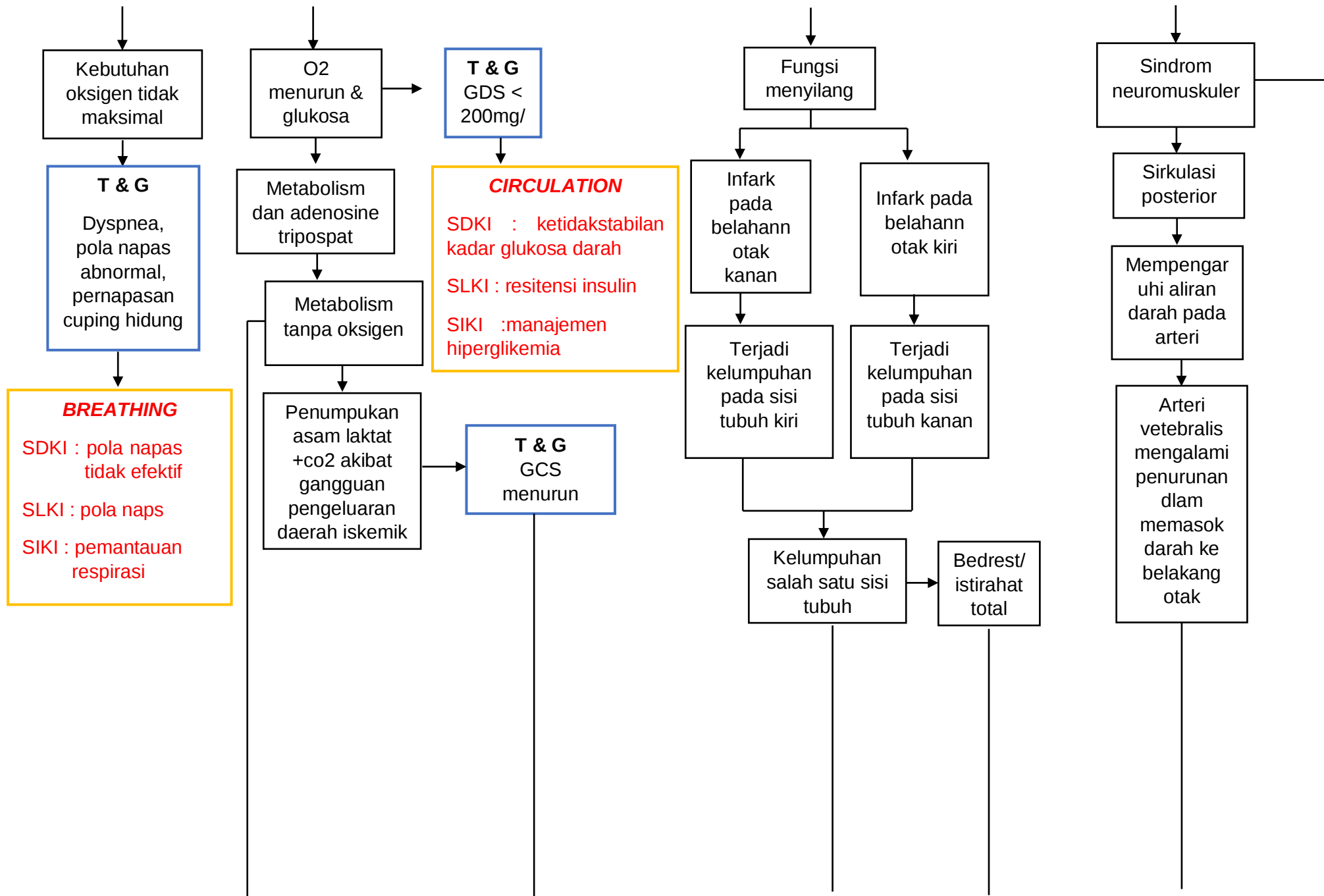
- a. Rutin periksa Kesehatan
- b. Minum obat teratur
- c. Senam fisik yang aman sesuai kondisi pasien stroke
- d. Menghindari alkohol
- e. Makanan pantangan serta rokok.

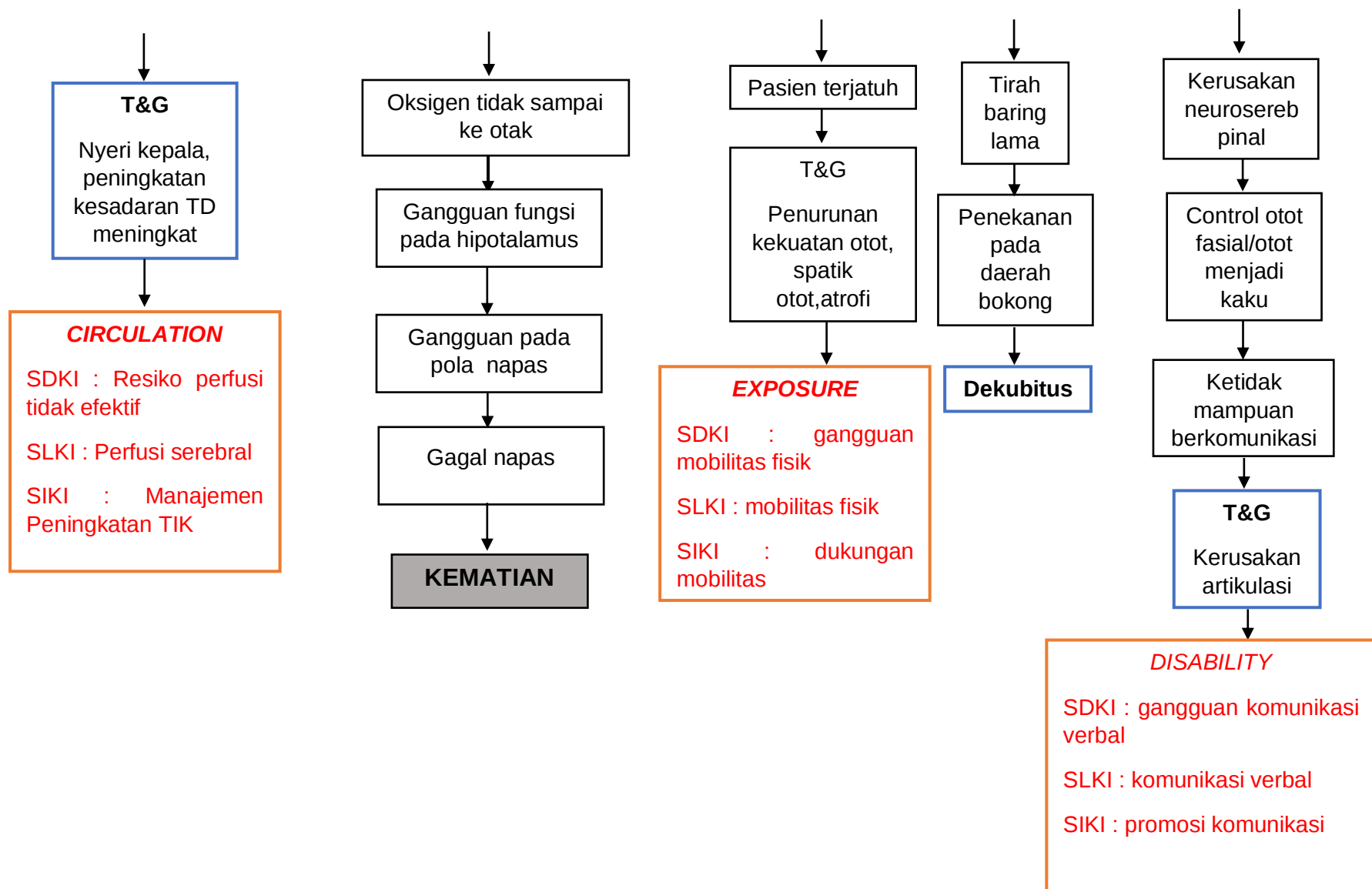
PATHWAY STROKE NON HEMORAGIC

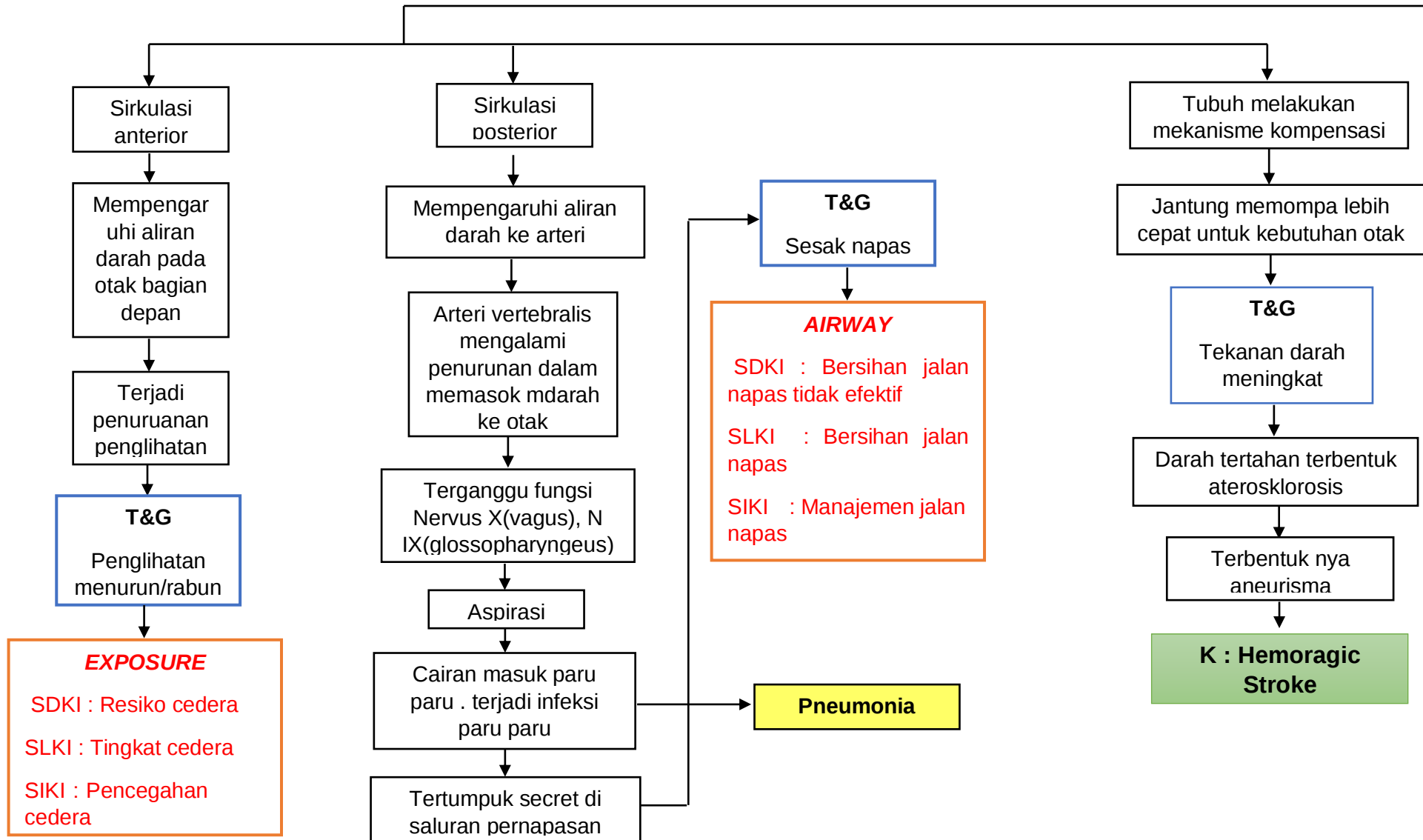












BAB III

PEMBAHASAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Seorang laki-laki berinisial Tn.S berumur 65 tahun dirujuk dari Rumah Sakit Laanto Jeneponto ke IGD Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar pada tanggal 11 Mei 2025. Pasien dirujuk karena mengalami penurunan kesadaran. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat jatuh 2x di kamar mandi sekitar 1 bulan yang lalu dan mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri. Pasien masuk di Rumah Sakit Lanto 3 hari yang lalu tanggal 8 Mei 2025 dengan keluhan pingsan dan kelemahan tubuh sebelah kiri disertai sesak. Pada hari sabtu tanggal 10 Mei 2025 pasien tiba-tiba mulai tidak merespon saat dipanggil keluarga dan tidak dapat membuka matanya serta sempat muntah 1 kali, sehingga diputuskan untuk dirujuk ke Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar pada tanggal 11 Mei 2025. Dalam perjalanan menuju RS rujukan sesak yang dialami pasien memberat dan mengalami penurunan kesadaran.

Dari hasil pengkajian didapatkan GCS 8 (M4E2V2), kesadaran sopor, pasien tampak lemah, sesak napas dan mengalami penurunan kesadaran. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 8 tahun yang lalu dan tidak pernah mengonsumsi obat hipertensi juga tidak rutin kontrol kefasilitas kesehatan. Pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 185/100mmHg, Nadi : 123x/menit, Pernapasan : 28x/menit, suhu : 36,5°C, SPO2 : 88% dengan terpasang O2 NRM 13 LPM. Pemeriksaan Foto thorax menunjukan kesan cardiomegaly, pemeriksaan CT-Scan menunjukan infark cerebri dextra dan atrofi cerebri, pemeriksaan darah WBC $11.64 \times 10^3/\mu\text{L}$, RBC $5.30 \times 10^6/\mu\text{L}$, glukosa sewaktu 204mg/dl. Saat masuk pasien diberikan posisi semi fowler, pemberian oksigen NRM 13 LPM , pemasangan infus ukuran abocath 20, cairan RL 500cc 20 TPM, terapi yang diberikan yaitu manitol 100cc/8 jam/IV, citicoline 500mg/8 jam/IV, ranitidine 50mg/8jam/IV.

Dari hasil analisa data diatas diperoleh dua diagnosa keperawatan yakni resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

B. Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. S
 Umur : 65 tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Tanggal/jam MRS : 11 Mei 2025 / 11.00 WITA
 Tanggal/jam pengkajian : 11 Mei 2025 / 11.00 WITA
 Diagnosa medis : *Non Hemorrhagic Stroke (NHS)*

C. Pengkajian Keperawatan

1. Keadaan Umum: Tampak pasien lemah, sesak napas, tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, dan masuk IGD di antar oleh RS rujukan beserta keluarga menggunakan brankar mobil *ambulance*.
2. Triase
☐ Prioritas 1 ☒ Prioritas 2 ☐ Prioritas 3 ☐ Prioritas 4 ☐ Prioritas 5
 Alasan masuk:
 Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 8 (sopor) dan defisit neurologis akut (hemiparese).
3. Keluhan Utama : Penurunan kesadaran
4. Riwayat keluhan utama :
 Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat jatuh 2x di kamar mandi sekitar 1 bulan yang lalu dan mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi kurang lebih 8 tahun yang lalu. Pasien masuk di Rumah Sakit Lanto 3 hari yang lalu tanggal 8 Mei 2025 dengan keluhan pingsan dan kelemahan tubuh sebelah kiri disertai sesak. Pada hari Sabtu tanggal 10 Mei 2025 pasien tiba-tiba mulai tidak merespon saat dipanggil keluarga dan tidak dapat membuka matanya serta sempat muntah 1 kali, sehingga diputuskan untuk dirujuk ke Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar pada tanggal 11 Mei 2025. Dalam perjalanan menuju RS rujukan sesak yang dialami pasien memberat dan mengalami penurunan kesadaran.
5. Riwayat penyakit terdahulu :
 Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 8 tahun dan tidak pernah mengonsumsi obat tekanan darah tinggi dan tidak rutin memeriksakan dirinya ke fasilitas kesehatan.

6. Survey Primer

a. Airway dan control servikal

- ☒ Paten
- ☐ Tidak Paten
- ☐ Benda asing
- ☐ Sputum
- ☐ Cairan/darah
- ☐ Lidah jatuh
- ☐ Spasme

Suara napas :

- ☒ Normal
- ☐ Stridor
- ☐ Snoring
- ☐ Gurgling

Fraktur servikal

- ☐ Ya
- ☐ Tidak

Data Lainnya : -

b. Breathing

Frekuensi : 28 x/menit

Saturasi oksigen : 88 %

- ☐ Napas Spontan
- ☐ Apnea
- ☐ Orhtopnea
- ☒ Sesak

Tanda distress pernapasan :

- ☐ Retraksi dada/interkosta
- ☒ Penggunaan otot bantu napas
- ☐ Cuping Hidung

Irama pernapasan

- ☐ Teratur
- ☒ Tidak Teratur
- ☐ Dalam
- ☐ Dangkal

Pengembangan Dada

- ☒ Simetris
- ☐ Tidak Simetris

Suara napas

- ☒ Vesikuler
- ☐ Broncho-vesikuler
- ☐ Bronkhial

Suara Tambahan

- ☐ Wheezing
- ☐ Ronchi
- ☐ Rales
- ☐ Lainnya :

Vocal Fremitus : Tidak dikaji dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran.

Perkusi

- ☒ Sonor
☐ Pekak
☐ Redup

Krepitasi

- ☐ Ya
☒ Tidak Simetris

Distensi Vena Jugularis

- ☐ Ya
☒ Tidak

Jejas

- ☐ Ya
☒ Tidak

Luka / farktur

- ☐ Ya, sebutkan :
☒ Tidak

Data lainnya :

Keluarga mengatakan pasien sesak sejak 3 hari yang lalu, dan bertambah berat sejak 3 jam yang lalu, sehingga diputuskan untuk dirujuk.

c. *Circulation*

Tekanan darah : 185/100 mmHg

Suhu : 36,5 °C

Nadi : 123 x/menit

- ☐ Tidak teraba
☒ Kuat
☐ Lemah
Irama:
☐ Teratur
☒ Tidak teratur

Kulit dan ekstremitas:

- ☒ Hangat
☐ Dingin
☐ Sianosis
☐ Pucat
☒ CRT >2 detik
☐ Edema
☐ lainnya

Turgor kulit

- ☐ Elastis
☒ Menurun
☐ Buruk

Diaphoresis

- ☐ Ya
☒ Tidak

Mata cekung

- ☐ Ya
☒ Tidak

Bibir

- ☒ Kering
☐ Lembab

Pendarahan

☐ Ya, Jumlah :

Warna :

Melalui :

☒ Tidak

Data lainnya : Keluarga mengatakan pasien sempat muntah
 1 kali sebelum dirujuk.

d. Disability

Tingkat kesadaran GCS

Kualitatif : Sopor

Kuantitatif :

M : 4

E : 2

V : 2

Jumlah: 8

Pupil

- ☒ Isokor
☐ Aniskor
☐ Midriasis

Test Babinsky

- ☒ Negatif
☐ Fisiologis
☐ Patologis

Refleks Cahaya

☒ Positif☐ Negatif

Kaku Kuduk

☒ Tidak☐ Ya

Uji kekuatan otot

	Kiri	Kanan
Tangan	1	5
Kaki	1	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: Mampu menahan gerak tapi tidak mampu melakukan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot

Kesimpulan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri. Kebutuhan pasien semua di bantu oleh keluarga dan perawat.

Data lainnya : Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri secara tiba tiba sejak jatuh di kamar mandi sekitar 1 bulan yang lalu.

e. *Exporsure* (dikaji khusus pasien trauma), lakukan *log roll* :

☒ Tidak Dikaji

☐ Luka

☐ Jejas

Jelaskan :

Data lainnya : -

f. *Foley chateter*

☒ Terpasang : Output : 150cc/jam

Warna : kuning pekat

Lainnya : -

☐ Tidak terpasang

g. *Gastric tube*

☒ Terpasang : Output : tidak ada residu yang keluar

Warna :-

Lainnya : -

☐ Tidak terpasang :

h. *Heart monitor*

☐ Terpasang :

gambaran :

Lainnya :

☒ Tidak terpasang :

7. Survey sekunder meliputi *head to toe*

a. Keadaan rambut:

Tampak kondisi rambut pendek, bersih dan tampak sebagian rambut beruban

b. Hidrasi kulit:

Hidrasi kulit dalam 3 detik

c. Palpebra:

Tampak tidak ada edema

d. Konjungtiva:

Tampak konjungtiva anemis

e. Sclera:

Tampak sclera tidak ikterik

f. Pupil:

Tampak pupil isokor kiri dan kanan

g. Hidung:

Tampak hidung bersih, septum berada ditengah dan tidak ada polip

h. Rongga mulut:

Tampak karang gigi dan beberapa gigi yang tanggal.

i. Telinga:

Telinga tampak bersih

j. Lidah:

Tampak lidah pada pasien kotor

k. Pharing:

Tampak tidak ada peradangan pada bagian pharing

l. Kelenjar getah bening:

Teraba tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening.

m. Abdomen:

1) Inspeksi:

Tampak datar, tidak ada lesi

2) Palpasi:

Tidak ada nyeri, tidak terdapat benjolan pada abdomen.

3) Perkusi:

Terdengar bunyi thympani.

4) Auskultasi:

Terdengar peristaltik usus 15x/menit.

n. Palpasi kandung kemih :

Teraba kosong.

o. Nyeri ketuk ginjal :

Tidak dapat dikaji.

p. Mulut uretra :

Tampak bersih.

q. Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot : Negatif

2) Rentang gerak :

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Pada bagian tubuh sebelah kiri

Paralisis : Tidak ada

r. Kulit:

1) Edema: Tampak tidak terdapat edema

2) Icterik: Tampak tidak icterik

3) Tanda-tanda peradangan:

Tampak tidak ada peradangan pada kulit

s. Lesi: Tampak tidak ada lesi

t. Jantung

1)Inspeksi: Tampak tidak ictus cordis

2)Palpasi:

Ictus cordis teraba pada bagian ics V linea
midclavícula sinistra

3)Perkusi:

Batas atas jantung: ICS II

Batas bawah jantung: ICS V

Batas kanan jantung: Linea sternalis dekstra

Batas kiri jantung: Linea aksilais anterior sinistra

4)Auskultasi:

Bunyi jantung II A: Terdengar bunyi tunggal

Bunyi jantung II P: Terdengar bunyi tunggal

Bunyi jantung I T: Terdengar bunyi tunggal

Bunyi jantung III M: Terdengar bunyi tunggal

Bunyi jantung III irama galop: Tidak terdengar

Mumur: Tidak terdengar

u. Uji saraf kranial: Tidak dapat dilakukan karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

SAMPLE

a. *Symptomp*:

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh seblelah kiri 1 bulan yang lalu dan mengalami penurunan kesadaran sejak satu jam yang lalu

b. Alergi:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan dan obat

c. Medikasi:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi obat hipertensi.

d. *Past medical history:*

Keluarga pasien juga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi kurang lebih sejak 8 tahun lalu.

e. *Last Oral Intake:*

Keluarga pasien mengatakan pasien terakhir minum 8 jam yang lalu dan makan bubur 1 hari yang lalu.

f. *Events:*

Pasien dirujuk karena mengalami penurunan kesadaran. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat jatuh 2x di kamar mandi sekitar 1 bulan yang lalu dan mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri. Pasien masuk di Rumah Sakit Lanto 3 hari yang lalu tanggal 8 Mei 2025 dengan keluhan pingsan dan kelemahan tubuh sebelah kiri disertai sesak. Pada hari sabtu tanggal 10 Mei 2025 pasien tiba-tiba mulai tidak merespon saat dipanggil keluarga dan tidak dapat membuka matanya serta sempat muntah 1 kali, sehingga diputuskan untuk dirujuk ke Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar pada tanggal 11 Mei 2025. Dalam perjalanan menuju RS rujukan sesak yang dialami pasien memberat dan mengalami penurunan kesadaran.

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Elektrokardiogram (08/05/2025) jam 22:35

Kesan: Sinus Takikardi

b. Foto thorax (10/05/2025) jam 15.00

Kesan : Cardiomegaly

c. CT-Scan : (10/05/2025) jam 14.00

Kesan :

Infark cerebri dextra

Atrofi cerebri

9. Laboratorium (8 Mei 2025) jam 14.00

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
Hematologi Rutin			
WBC	11.64	4.4-11.3	10 ³ /UI
RBC	5.24	3.8-5.2	10 ⁶ /UI
HGB	16.3	11.7-15.5	g/dl
HCT	46.2	35-47	%
MCH	31.1	84-96	fL
MCHC	35.3	26.5-33.5	Pg
PLT	32.7	150-450	g/dl
RDW-SD	196	37.0 – 54.0	10 ³ /uL
RDW-CV	41.9	11.0 – 16.0	%
PDW	13.7	11.5 – 14.5	%
MPV	10.6	9.0 – 13.0	fL
P-LCR	25.8	13.0 – 43.0	fL
PCT	0.20	0.17 – 0.35	%
NRBC#	0.00	0.00 -24.00	%
NEUT#	16.43	1.5 – 7.0	10 ³ /uL
LYMPH#	0.70	1-3.7	10 ³ /uL
MONO#	0.98	0.00 – 0.70	10 ³ /uL
EO#	0.01	0.00 – 0.40	10 ³ /uL
BASO#	0.03	0.00 – 0.10	10 ³ /uL
IG#	0.12	0 – 7	10 ³ /uL
NRBC#	0.00	0.00-24.00	10 ³ /uL
NEUT%	90.4	50.0-7-.0	%
LYMPH%	3.9	25.0-40.0	%
MONO	5.40	2-8	%%
EO%	0.1	0-0.4	%
BASO%	0.2	0.0-10.0	%
IG%	0.7	0.0 – 0.5	%

10. Farmakoterapi (nama obat/dosis/waktu/jalur pemberian):

a. Citicoline

1) Klasifikasi/golongan obat:

Golongan obat neuroprotektan.

2) Dosis umum:

Dosis 500-1000 mg /IV/IM 24 jam.

3) Dosis untuk pasien:

500 mg/8 jam/IV.

4) Cara pemberian obat:

Citicoline diberikan melalui injeksi intravena pada bolus selang infus.

5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Mekanisme kerja dari citicoline yaitu memperbaiki membrane sel saraf melalui peningkatan sintesis phosphatidylcholine, kemudian memperbaiki neuro kolinergik yang rusak melalui potensial dari produksi asetikolin, lalu mengurangi penumpukan asam lemak bebas pada kerusakan sphigmyelin setelah suatu keadaan iskemia. Citicoline digunakan untuk mengobati penyakit alzheimer dan jenis demensia lainnya, luka dikepala, stroke, penyakit parkinson serta galukoma. Selain itu fungsi obat citicoline adalah untuk meningkatkan metabolisme glukosa di otak serta meningkatkan jumlah oksigen ke otak.

6) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:

Untuk meningkatkan jumlah oksigen ke otak.

7) Kontra indikasi:

Tidak boleh diberikan pada orang yang hipertonia sistem saraf parasimpatis.

8) Efek samping obat:

Sakit kepala, diare, nyeri dada, konstipasi, mual dan muntah.

b. Ranitidine

1) Klasifikasi atau golongan obat:

Golongan anasida, antirefluks, antiulserasi.

2) Dosis umum:

Pada orng dewasa 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/kgBB/jam melalui infus. Lalu diberikan secara oral 150 mg sebanyak 2x/hari.

3) Dosis untuk pasien yang bersangkutan:

50 mg/8 jam/IV.

4) Cara pemberian obat:

Ranitidine dapat diberikan lewat oral, injeksi, intramuskular dan intravena.

5) Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Ranitidine bekerja dengan cara mengurangi produksi asam lambung, sehingga asam yang dilepaskan kedalam sistem pencernaan akan berkurang yang membuat sekresi asam lambung menurun. Ranitidine merupakan antagonis kompetif reversible respons histamin pada sel parietal mukosa lambung yang berfungsi untuk mengekresi asam lambung.

6) Alasan pemberian obat pada pasien:

Ranitidine diberikan untuk mengurangi indikasi peningkatan asam lambung pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

7) Kontra indikasi:

Hindari penggunaan ranitidine pada pasien dengan kondisi medis seperti: alergi terhadap ranitidine, riwayat

pofria akut yaitu kelainan pembentukan heme (salah satu bagian hemoglobin) yang tidak sempurna.

8) Efek samping obat:

Efek samping yang mungkin terjadi seperti sakit kepala, diare, mual, nyeri perut, dan rasa tidak nyaman pada perut.

D. Analisis Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : • Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 8 tahun lalu. • Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengonsumsi obat tekanan darah tinggi dan tidak rutin memeriksakan dirinya fasilitas kesehatan • Keluarga pasien mengatakan pasien mulai tidak merespon dan membuka mata sejak tanggal 10 mei 2025 • Keluarga pasien mengatakan pasien mulai mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri sejak jatuh di kamar mandi • Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat jatuh 2 kali dikamar mandi sekitar 1 bulan yang lalu • Keluarga mengatakan pasien sempat muntah 1x DO : • Keadaan umum lemah • Tampak pasien mengalami penurunan keadaran • TD : 185/100 mmHg • N : 112x/menit • Kesadaran sopor • GCS 8 (M4,E2,V2) • Tampak pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif

	- Hasil uji kekuatan otot:<table><tr><td></td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>5</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> - CT-Scan : Kesan : - Infark cerebri dextra - Atrofi cerebri		Kiri	Kanan	Tangan	1	5	Kaki	1	5		
	Kiri	Kanan										
Tangan	1	5										
Kaki	1	5										
2.	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak sejak 3 hari yang lalu - Keluarga mengatakan sesak bertambah berat saat pasien di rujuk sekitar 3 jam yang lalu DO : - Tampak pasien sesak - Tampak penggunaan otot bantu napas - P : 28x/menit - SPO2 : 88% - Foto thorax Kesan: Cardiomegaly	Gangguan Neuromuskular	Pola napas tidak efektif									

E. Dignosis Keperawatan

Nama/umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruangan : IGD

No.	Diagnosis Keperawatan
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi
2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular

F. Intervensi Keperawatan

Diagnosa	SLKI	Intervensi Keperawatan (SDKI)
Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka hasil yang diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : • Tingkat kesadaran cukup meningkat • Tekanan darah sistolik cukup membaik • Tekanan darah diastolik cukup membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial Observasi 1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun) 2. Monitor MAP (<i>mean arterial pressure</i>) Terapeutik 1. Berikan posisi <i>semi-fowler / head up 30°</i> 2. Hindari pemberian cairan IV hipotonik Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat : Pemberian anti konvulsan dan anti hipertensi, <i>jika perlu</i>

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam maka hasil yang diharapkan pola napas meningkat dengan kriteria hasil : • Dispneu cukup menurun • Frekuensi napas cukup membaik • Pola napas cukup membaik	Manajemen jalan napas Observasi 1. Monitor pola napas Terapeutik 1. Posisikan <i>semi-fowler/ head up 30°</i> 2. Berikan oksigen, jika perlu Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu
---	---	---

G. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruangan : IGD RS TK II Pelamonia Makassar

Hari/Tanggal	Waktu	Dx	Implementasi	Perawat
Minggu, 11 Mei 2025	23.30	II	Memberikan terapi oksigen <i>Non Rebreathing Mask</i> Hasil: pasien terpasang oksigen non rebreathing 13 liter/menit namun Spo2 tidak stabil (naik-turun)	Cheilin
	23.35	I	Memonitor tanda tanda vital Hasil : - TD: 185/100 mmHg, - N: 112x/menit - P: 28x/menit - S: 36,5°C - Spo2: 88%	Bafira
	23.38	I	Memberikan posisi <i>head up</i> 30° Hasil: tampak pasien berbaring dengan posisi <i>head up</i> 30°	Cheilin
	23.42	II	Menhindari pemberian cairan hipotonik Hasil : terpasang infus RL 500 cc 20 tetes/menit (Cairan isotonis)	Bafira
	23.50	I	Memonitor tingkat kesadaran Hasil : pasien GCS 8 (sopor) - M: 4 (menjauhi rangsangan nyeri) - E: 2 (buka mata dengan rangsangan nyeri) - V: 2 (mengerang)	Bafira & Cheilin
	00.15	I, II	Berkolaborasi pemberian obat Hasil:	Bafira

			- Citicoline 500mg / 12 jam / IV - Ranitidine 50mg / 12 jam / IV - Paracetamol 500mg / 8 jam / IV - Manitol injeksi 100cc / 8 jam / drips - Mecobalamin 500mg / 24 jam / IV	
	00.20	I,II	Memonitor peningkatan TIK Hasil: - TD: 158/87 mmHg - N: 95x/menit - S: 36,4	Cheilin
	00.22	II	Memonitor pola napas dan saturasi oksigen Hasil: - P: 24x/menit - SPO2: 97% - Tampak pasien masih sesak	Bafira
	00.35	I	Memonitor MAP Hasil: 110 mmHg Kesimpulan: perfusi darah ke ginjal tidak memadai	Cheilin
	00.42		Menguji kekuatan otot Hasil: Uji kekuatan otot Kiri Kanan Tangan 1 5 --- --- Kaki 1 5	Bafira & Cheilin
	01.00		Menilai tingkat kesadaran Hasil: pasien GCS 8 (sopor)	Bafira & Cheilin

			- M: 4 (menjauhi rangsangan nyeri) - E: 2 (buka mata dengan rangsangan nyeri) - V: 2 (mengerang)	
--	--	--	--	--

H. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruangan : IGD RS TK II Pelamonia Makassar

Tanggal	DP	Evaluasi (S O A P)	Perawat
11 Mei 2025	I	Diagnosa keperawatan: Risiko perfusi serebral tidak efektif S: - O: - Tingkat kesadaran GCS 8 (M4V2E2) sopor - TD 158/87 mmHg - MAP: 110 mmHg - Nadi 95x/Menit A: Perfusi serebral belum meningkat P: Intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial dilanjutkan di ruangan ICU	Bafira & Cheilin
	II	Diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif S: - O: - Tampak pasien masih sesak - Spo2: 97% - Frekuensi napas 24x/Menit A: Pola napas mulai meningkat P: Intervensi manajemen jalan napas dilanjutkan di ruangan ICU	Bafira & Cheilin

I. Daftar Obat

1. Manitol

- a. Nama obat: manitol
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Diuretik osmosis
- c. Dosis umum : Dewasa: 50-200 gram, diberikan selama 24 jam Anak-anak: 0,25-2 gram/kgBB
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 100 cc/8 jam
- e. Cara pemberian obat : Melalui cairan infus
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Untuk menurunkan tekanan intrakranial dengan cara meningkatkan osmolalitas plasma sehingga aliran cairan dari jaringan menuju kedalam plasma meningkat, terjadi penurunan viskositas darah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
Untuk mengatasi tekanan intrakranial yang tinggi
- h. Kontra indikasi:
Hipersensitivitas terhadap obat ini, kondisi anuria, edema paru yang berat, gagal ginjal, dehidrasi berat, edema metabolik, penyakit ginjal progresif, dan perdarahan intrakranial aktif.
- i. Efek samping: Demam, menggigil, sakit kepala, pilek, buang air kecil jadi lebih sering, pusing atau penglihatan kabur, mual atau muntah

2. Citicolin

- a. Nama obat: Citicolin
- b. Klasifikasi/ golongan obat: Neurotonics
- c. Dosis umum: Untuk kehilangan kesadaran akibat trauma kepala atau operasi otak :100 mg sampai 500 mg, 1 – 2 kali sehari secara drip intravena atau intravena biasa. Gangguan kesadaran pada infark serebri stadium akut : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama dua minggu

berturut-turut. Pasca hemiplegia apoplektik : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama 4 minggu berturut-turut, jika tampak perbaikan dilanjutkan selama 4 minggu lagi. Kaplet: 1000-2000 mg per hari dalam dosis terbagi dengan atau tanpa makanan.

- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 250 mg/ IV/ 12 jam.
- e. Cara pemberian obat : Intravena.
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
Untuk mengatasi gangguan memori
- h. Kontra indikasi : Hipersensitif terhadap citicoline
- i. Efek samping obat : Ruam, mual, muntah, pusing, kejang, insomnia.

3. Ranitidine

- a. Nama obat : Ranitidine
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Antasida, antirefluks/Antagonis H₂
- c. Dosis umum :
Dewasa: 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125 0,25 mg/kg berat badan/jam melalui infus. Lalu, diberikan secara oral dengan dosis 150 mg, minum sebanyak dua kali per hari. Anak: 1 mg/kg berat badan (maksimal 50 mg) melalui intravena. Lakukan setiap 6-8 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp/IV/8 jam
- e. Cara pemberian obat : Melalui intravena

- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Ranitidin bekerja dengan cara menghambat produksi asam lambung yang berlebih, sehingga gejala tersebut dapat meredah.
- g. Alasan pemberian obat padapasien yang bersangkutan :
Untuk mengurangi asam lambung
- h. Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap ranitidine
- i. Efek samping obat: Paling sering: sakit kepala, konstipasi, diare, mual, muntah, nyeri perut.

4. Mecobalamin

- a. Nama obat : Mecobalamin
- b. Klasifikasi/golongan : Obat generic
- c. Dosis umum: 500 mcg 3 x sehari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mengatasi kekurangan vitamin B12
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Mengatasi kekurangan vitamin B12
- h. Kontraindikasi : Hipersensitivitas
- i. Efek samping obat: Nyeri sendi, sakit kepala, radang tenggorokan, mual dan muntah.

5. Ringer Laktat

- a. Nama obat : Ringer Laktat
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Cairan kristaloid
- c. Dosis umum :
- d. Ringer laktat adalah cairan yang isotonis dengan darah dan dimaksudkan untuk cairan pengganti. Ringer laktat merupakan cairan kristaloid digunakan antaranya luka bakar, syok, dan cairan preload pada operasi. Ringer laktat merupakan cairan komposisi elektrolit, satu liter cairan

ringer laktat memiliki kandungan 130 mEq ion natrium setara dengan 130 mmol/L, 3 mEq ion kalsium setara dengan 1,5 mmol/L. Anion laktat yang terdapat dalam ringer laktat akan dimetabolisme di hati dan diubah menjadi bikarbonat untuk mengoreksi keadaan asidosis, sehingga ringer laktat baik untuk mengoreksi asidosis. Laktat dalam ringer laktat sebagian besar dimetabolisme melalui proses glukoneogenesis. Setiap satu mol laktat akan menghasilkan satu mol bikarbonat.

- e. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: NaCl 500 cc
- f. Cara pemberian obat: Melalui intravena
- g. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh anda. sodium juga memainkan peran pada bagian impuls saraf dan kontraksi otot. sodium chloride adalah nama kimia untuk garam.
- h. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi
- i. Kontra indikasi:
Kondisi dimana pemberian natrium klorida dapat membahayakan. Gagal Jantung Kongestif.
- j. Efek samping obat:
Pembengkakan terutama pada kaki, rasa kelelahan, mulut kering, infeksi pada daerah penyuntikan, dada sesak.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan pada pasien Tn.S umur 65 tahun dengan *Non Stroke Hemoragic* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar selama 1x3 jam pada tanggal 11 Mei 2025. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan dengan menggunakan lima tahap yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi pada pasien dengan *Non Stroke Hemoragic*.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data-data dari berbagai sumber, yaitu pasien, keluarga pasien, pemeriksaan penunjang, dan hasil observasi pasien secara langsung. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data Tn.S usia 65 tahun masuk di Instalasi Gawat Darurat dengan diagnosis medis *Non Stroke Hemoragic*. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat jatuh 2x di kamar mandi sekitar 1 bulan yang lalu dan mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri. Pasien masuk di Rumah Sakit Lanto 3 hari yang lalu tanggal 8 Mei 2025 dengan keluhan pingsan dan kelemahan tubuh sebelah kiri disertai sesak. Pada hari sabtu tanggal 10 mei 2025 pasien tiba-tiba mulai tidak merespon saat dipanggil keluarga dan tidak dapat membuka matanya serta sempat muntah 1 kali, sehingga diputuskan untuk dirujuk ke Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar pada tanggal 11 Mei 2025. Dalam perjalanan menuju RS rujukan sesak yang

dialami pasien memberat dan mengalami penurunan kesadaran, pasien juga memiliki riwayat hipertensi sudah 8 tahun terakhir namun, pasien tidak pernah mengonsumsi obat hipertensi dan tidak memeriksakan tekanan darahnya ke fasilitas kesehatan terdekat. Dari hasil pengkajian diperoleh data GCS M4V2E2, kesadaran sopor, akral teraba hangat. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien; TD:185/100 mmHg, N:123 x/m, P: 28 x/m, S: 36,5 derajat celcius, SpO2: 88 %.

Berdasarkan hasil pengkajian diatas didapatkan faktor risiko dari *Non Stroke Hemoragic* yang dialami pasien diatas adalah karena hipertensi yang terjadi lama (kronik) dapat Dimana telah dijelaskan bahwa hipertensi yang tidak diobati dan dapat menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah arteri, sehingga lumen dari pembuluh darah tersebut menyempit dan proses ini disebut aterosklerosis (Practitioner et al., 2022).

Berdasarkan teori yang penulis dapatkan ada beberapa tanda gejala pada pasien *Non Stroke Hemoragic* yaitu: lemah/mati rasa pada bagian wajah, tangan dan kaki terutama salah satu bagian tubuh, gangguan bicara, kehilangan kesadaran, nyeri kepala, penglihatan kabur/disfungsi persepsi visual. Tanda dan gejala utama yang didapatkan pada pasien yaitu: penurunan kesadaran dengan GCS 8 (sopor), dan kelemahan badan sebelah kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 5 dan ekstremitas kiri 1.

Penurunan kesadaran terjadi karena pasokan darah dan oksigen ke otak yang terkena iskemik terganggu sehingga darah, oksigen dan glukosa menjadi menurun dan menyebabkan penumpukan asam laktat dan CO₂ akibat gangguan pengeluaran pada daerah iskemik yang tidak sampai ke otak (Pokhrel, 2024). Sedangkan kelemahan badan sebelah kiri atau hemiparese sinistra terjadi karena gangguan peredaran darah

otak disebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Sebaliknya, gangguan pada otak sebelah kiri akan mengakibatkan kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Hal ini disebabkan karena adanya persilangan traktus kortikospinalis lateralis dari otak kiri menyilang ke bagian kanan medulla spinalis begitupun sebaliknya (Lilyana Dian Tyagita Wijaya, 2024).

Pada Tn.S didapatkan hasil pemeriksaan penunjang CT Scan: infark cerebri dextra, atrofi cerebri dextra, hasil elektrokardiogram didapatkan hasil sinus takikardia, hasil foto thorax: cardiomegaly. Infark terjadi karena beberapa faktor seperti hipertensi, DM dan penyakit jantung, dimana penyakit tersebut menyebabkan aliran darah dan kadar gula yang meningkat sehingga aliran darah menjadi lambat yang memudahkan terbentuknya gumpalan atau penumpukan plak di pembuluh darah mudah rapuh dan pecah yang menyebabkan plak atau thrombus yang lepas (emboli) masuk ke aliran darah hingga ke arteri kecil di otak dan menyebabkan suplai darah dan O₂ ke otak terganggu yang menyebabkan iskemik dan terjadi infark (Nugraheni et al., n.d.).

Cardiomegaly diakibatkan oleh mekanisme yaitu semakin besar isi jantung sewaktu diastol, semakin besar jumlah darah yang dialirkan ke aorta dalam batas-batas fisiologis, jantung memompakan ke seluruh tubuh darah yang kembali ke jantung tanpa menyebabkan penumpukan vena jantung dapat memompakan jumlah darah yang mengalir kembali ke vena, pada kegagalan jantung diastole mengalami peningkatan karena ketidakmampuan pengosongan ventrikel. Keadaan tersebut akan direspon dengan adanya penambahan jumlah sarkomer (unit dasar dari otot) pada miokardium. Keadaan cardiomegaly akan berefek pada penurunan kualitas kontraksi dan ventrikel

dalam memompakan darah ke seluruh tubuh (Fawwaz & Suandika, 2023).

Menurut, Mustikarani & Mustofa (2020) terdapat 5 Diagnosis yang dapat muncul pada pasien *Non Stroke Hemoragic* yaitu pola napas tidak efektif, risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan menelan, dan gangguan komunikasi verbal. Diagnosis yang tidak muncul yaitu gangguan mobilitas fisik, gangguan menelan dan gangguan komunikasi verbal. Hal ini dapat terjadi karena pada pengkajian pasien tidak menunjukkan data-data yang menunjang untuk diangkatnya diagnosis-diagnosis tersebut, dikarenakan pada diagnosis gangguan komunikasi verbal tidak menunjukkan adanya gangguan yang signifikan dalam berkomunikasi dan tidak diangkat karena hanya mengangkat. Diagnosis prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien, untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik dikarenakan pasien masih dalam fase akut sehingga intervensi-intervensi dalam diagnosis tersebut tidak dapat dilakukan.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus Tn.S penulis mengangkat 2 diagnosis keperawatan sesuai SDKI (2017), yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Penulis mengangkat Diagnosis ini karena didapatkan, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan (GCS = M4V2E2) sopor, tekanan darah pasien TD: 185/90 mmHg, dilakukan pemeriksaan diagnostik hasil CT-Scan menunjukkan adanya infark cerebri dextra, atrofi cerebri.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat Diagnosis ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data yaitu pasien tampak

sesak, frekuensi napas 28 x/m, SpO₂: 88% setelah dipasang NRM 13 liter/menit menjadi 97%.

Diagnosis pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah:

- a. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena penulis hanya mengangkat diagnosis prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, rentang gerak menurun dan fisik lemah. Didapatkan tampak pasien tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kiri, tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitasnya dan uji kekuatan otot pada ekstremitas atas kiri 1, ekstremitas bawah kiri 1, ekstremitas kanan atas 5 dan ekstremitas kanan bawah 5. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini dikarenakan pasien masih dalam fase akut sehingga intervensi-intervensi dalam diagnosis tersebut tidak dapat dilakukan.
- c. Gangguan komunikasi verbal dengan penurunan sirkulasi serebral. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena penulis hanya mengangkat diagnosis prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien (PPNI, 2017).

3. Perencanaan Keperawatan

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

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, pasien mengalami penurunan kesadaran. Pada Diagnosis ini penulis membuat 4 intervensi berdasarkan SIKI (2018), yaitu: manajemen peningkatan tekanan intrakranial: observasi: monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun), monitor MAP. Terapeutik: berikan posisi *semi-fowler / head up 30°*. Kolaborasi: kolaborasi pemberian obat.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Pada Diagnosis pertama ini penulis membuat 3 intervensi berdasarkan SIKI (2018), yaitu: manajemen jalan napas: observasi: monitor pola napas. Terapeutik: posisikan *semi-fowler* atau *fowler*, berikan oksigen.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan dari 2 diagnosis keperawatan. Penulis melakukan implementasi selama 3 jam, pada saat implementasi didapatkan keadaan pasien masih sama dengan keadaan saat melakukan pengkajian terutama pada tingkat kesadaran yaitu sopor GCS 8 (M4V2E2), sementara untuk TTV pasien mulai membaik seperti TD: 158/87 mmHg, N: 95 x/m, P: 24 x/m, S: 36,4, SpO₂: 97%, MAP: 110 mmHg, pasien terpasang O₂ NRM 13 LPM tampak pasien dalam posisi *head up 30°* dan tampak pemberian cairan isotonis (RL 500 cc/20 TPM).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 11 Mei 2025 pada pasien Tn.S merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 1x3 jam:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, pasien mengalami penurunan kesadaran. Sampai pada perawatan 3 jam masalah belum teratasi sebagian dimana GCS M4V2E2 (sopor), TD: 158/87 mmHg, N: 95 x/m, MAP: 110 mmhg.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
Sampai pada perawatan 3 jam masalah belum teratasi dimana frekuensi napas pasien 24x/m, spo2: 97% dan pasien menggunakan NRM 13 LPM.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

P: Pasien trauma kepala yang mengalami penurunan saturasi oksigen peningkatan

I : Elevasi kepala 30°

C: Tidak ada intervensi pembanding

O: Peningkatan saturasi oksigen

Pertanyaan: Apakah posisi elevasi 30° efektif untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien *Non Stroke Hemoragic*?

Judul EBN: Pengaruh posisi elevasi 30 terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien *Non Stroke Hemoragic* di IGD Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar.

1. Diagnosis Keperawatan

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

2. Luaran yang Diharapkan

Pola napas meningkat dengan kriteria hasil:

- a. Dispnea cukup menurun
- b. Penggunaan otot bantu napas cukup menurun
- c. Pemanjangan fase ekspirasi cukup menurun
- d. Pernapasan cuping hidung cukup menurun
- e. Frekuensi napas cukup membaik
- f. Kedalaman napas cukup membaik.

3. Intervensi Prioritas yang Mengacu pada EBN

Manajemen pola napas

Terapeutik: posisikan *head up* 30°.

4. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN

- a. Pengertian tindakan

Posisi *head up* 30° adalah posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30° dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar (Kusuma & Anggraeni, 2021).

- b. Tujuan/rasional

Pada kasus asuhan keperawatan ini pemberian posisi *head up* dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mana pengaturan posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak serta dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral.

C. Hasil Telaah Artikel

Tabel 4.1 PICOT EBN

No	Informasi Artikel	Populasi	Intervensi	Comparisson	Outcome	Time
1.	Judul: Penerapan posisi <i>head up</i> 30° dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada pasien stroke di IGD RS.UNS Tahun: 2023 Penulis: Dhyskan Dinda Vithya dan	Populasi penelitian ini adalah pasien stroke non hemoragik di IGD RS.UNS, pemilihan yang dilakukan terhadap sampel, berdasarkan kriteria pasien yang bersedia ikut serta dalam penelitian menjadi responden dengan 1 orang pasien stroke yang mengalami penurunan saturasi oksigen < 95 %.	Dalam penelitian ini peneliti mengobservasi saturasi oksigen pada 1 orang pasien stroke yang mengalami penurunan saturasi oksigen <95 %. Fokus studi kasus ini adalah pemberian posisi <i>head up</i> 30° dalam pemenuhan kebutuhan saturasi oksigen pada pasien stroke. Dilakukan pengukuran saturasi oksigen dengan <i>oxymeter</i> sebelum dan setelah diberikan intervensi	Peneliti tidak menggunakan pembandingan apapun.	Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pemberian elevasi kepala 30° pada pasien stroke non hemoragik berpengaruh terhadap saturasi oksigen (dari 94% menjadi 97%). Tindakan ini dapat mempertahankan kestabilan fungsi dari kerja organ agar tetap lancar khususnya sistem pernafasan bagi pasien stroke non hemoragik.	Dari hasil penelitian didapatkan bahwa pemberian posisi <i>head up</i> 30° selama 30 menit pada responden dapat meningkatkan saturasi oksigen.

	Annisa Cindy Nurul Afni Publikasi: Universitas Kusuma Husada Surakarta Vol. 5 No. 2 Hal. 435-443		posisi <i>head up</i> 30° selama 30 menit.			
2.	Judul: Peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi <i>head up</i> 30° di IGD RSUP dr.Kariadi Semarang Tahun:	Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan di IGD RSUP dr.Kariadi Semarang dengan jumlah responden sebanyak 2 orang yang mengalami stroke non hemoragik	Peneliti melakukan penelitian di IGD RSUP dr.Kariadi Semarang. Studi kasus ini adalah studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan menggunakan <i>evidence based practice nursing</i> pada dua pasien kelolaan. Kriteria inklusi pasien kelolaan adalah pasien stroke non hemoragik yang	Peneliti membandingkan <i>respiratory rate</i> dan saturasi oksigen antara menit ke-0, menit ke-15 dan menit ke-30 pada saat	Saturasi oksigen pada kasus I pada menit 0 adalah 95%. Pada menit ke-15 terjadi penurunan reapiatory rate menjadi 23x/m dengan saturasi oksigen 96%. Pada menit ke-30 respiratory rate stabil, 23x/m dengan peningkatan saturasi oksigen 98%.	Tindakan pemberian posisi <i>head up</i> 30° di dibagi menjadi beberapa menit dalam melakukan tindakan yakni . pada menit 0 ke-15 . yang kedua pada menit ke-30 . dilakukan beberapa tahap / menit

	2020 Penulis: Afif Mustikarani dan Akhmad Mustofa Publikasi: Ners Muda (Jurnal Unimus) Vol. 1 No.2 Hal.114-119		mengalami penurunan saturasi oksigen. Pemberian intervensi adalah posisi <i>head up</i> 30°. Pengukuran saturasi oksigen dan <i>respiratory rate</i> pada menit ke 0 yaitu sebelum diberikan intervensi, menit ke 15 setelah diberikan intervensi dan menit ke 30 setelah diberikan intervensi.	diberikan posisi <i>head up</i> 30°.	Sementara pada kasus II saturasi oksigen pasien pada 0 menit adalah 94%. Pada menit ke-15 terjadi penurunan <i>respiratory rate</i> menjadi 22 x/m dengan saturasi oksigen 97%. Pada menit ke-30 terjadi penurunan <i>respiratory rate</i> juga menjadi 20 x/m dan peningkatam saturasi oksigen menjadi 98%.	
3.	Judul: Penerapan posisi <i>head up</i> 30° dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien <i>Non Stroke</i>	Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan di IGD RSUD Salatiga dengan jumlah responden sebanyak satu orang yang mengalami <i>Non Stroke Hemoragic</i>	Proses studi kasus yang akan peneliti lakukan yaitu setelah proses anamnesa dan pemeriksaan, kemudian nantinya peneliti akan mengevaluasi dan mengecek saturasi oksigen pasien kembali. Subyek	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding.	Posisi <i>head up</i> 30 derajat dilakukan selama 30 menit, kemudian melihat saturasi oksigen yang ada di oksimetri terpantau selama 30 menit mengalami peningkatan dari 96% menjadi 98%.	Menurut penelitian ini tindakan <i>head up</i> 30° dilakukan selama 30 menit .

	<i>Hemoragic</i> di IGD RSUD Salatiga Tahun: 2023 Penulis: Enjelina Rosa Pebrianti Yoku Publikasi: Ners Muda (Jurnal Unimus) Vol. 5 No. 1 Hal. 136-144	Ny.N (49 tahun) pasien yang mengalami kelemahan anggota gerak. Peningkatan tekanan darah dan penurunan saturasi oksigen.	dalam studi kasus ini adalah pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. <i>Instrument</i> observasi yang akan digunakan dalam pelaksanaan observasi ini yaitu peneliti terlibat langsung yakni disebut dengan <i>participant observation</i>.			
--	---	---	---	--	--	--

D. Kesimpulan Hasil EBN (*Evidence Based Nursing*)

Apakah posisi elevasi 30° efektif untuk menurunkan saturasi oksigen pada pasien *Non Hemoragic Stroke*? Hasil penelitian ini sesuai antara teori dengan beberapa hasil penelitian, dimana terdapat perbedaan tingkat saturasi oksigen pasien *Non Hemoragic Stroke* sebelum dan setelah diberikan perlakuan posisi elevasi 30° di RS TK.II Pelamonia Makassar. Penurunan saturasi oksigen ini dapat disebabkan oleh posisi elevasi 30° yang sesuai dengan posisi anatomis tubuh manusia sehingga kebutuhan oksigenasi diotak terpenuhi dan terhindar dari terjadinya hipoksia pada pasien dengan saturasi oksigen menjadi stabil dalam batas normal dan tingkat kesadaran dipertahankan.

Pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* selain mengalami penurunan kesadaran akibat penyumbatan diotak juga mengalami kelemahan pada salah satu bagian tubuh, ketidaksimetrisan wajah disertai kebingungan bahkan terjadi penurunan kesadaran hingga koma, terjadi abnormalitas pupil, terjadi defisit neurologis berupa gangguan menelan dan gangguan pergerakan. Bila terjadi penyumbatan pada otak maka akan terjadi infark yang menyebabkan oksigen jaringan otak menjadi berkurang. Indikasi pemberian elevasi 30° adalah pasien dengan saturasi oksigen yang kurang, sesak napas, penggunaan otot bantu napas dan penurunan kesadaran. Elevasi kepala 30° akan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dimana adanya perbaikan ventilasi sehingga suplai oksigen meningkat serta memfasilitasi drainase otak dan meningkatkan keadekuatan oksigen. Sehingga sesak napas dapat teratasi. Posisi kepala yang disarankan adalah posisi 30-45° untuk meningkatkan ekspansi otot pernapasan dan membantu drainase vena untuk mengurangi kongesti serebral.

Menurut Dhyskan Dinda Vithya dan Annisa Cindy Nurul Afni pasien yang dilakukan penelitian mengalami peningkatan saturasi

oksigen setelah diberikan posisi elevasi 15-30°. Hal ini dikarenakan posisi elevasi kepala atau *head up* mengoptimalkan kerja aliran balik vena (*venous return*), meningkatkan metabolisme jaringan serebral, melancarkan aliran oksigenasi menuju otak, dan memaksimalkan kerja otak seperti semula sehingga dapat meningkatkan keadaan hemodinamik.

Menurut asumsi peneliti Afif Mustikarasi dan Akhmad Mustofa dari dua pasien yang dilakukan penelitian pada menit 0, 15 dan 30 didapatkan terjadi perbedaan peningkatan saturasi oksigen. Setelah pemberian posisi *head up* pada pasien, terlihat bahwa pasien merasa lebih nyaman dalam beristirahat. Posisi *head up* menunjukkan aliran balik darah dari bagian inferior menuju ke atrium kanan cukup baik karena resistensi pembuluh darah dan tekanan atrium kanan tidak terlalu tinggi, sehingga volume darah yang masuk (*venous return*) ke atrium kanan cukup baik dan tekanan pengisian ventrikel kanan (*preload*) meningkat, yang dapat mengarah ke peningkatan stroke volume dan *cardiac output*.

Pada penelitian Enjelina Rosa Pebrianti Yoku didapatkan hasil setelah pemberian teknik *head up* 30 derajat pada Ny.N (49 tahun) yang sebelumnya mengalami penurunan saturasi oksigen mengalami kestabilan kadar saturasi oksigen. Pemberian teknik *head up* 30° membantu memberikan oksigenasi yang adekuat sehingga kebutuhan oksigen ke jaringan serebral terpenuhi dan terhindar dari terjadinya hipoksia pada pasien.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.S dengan *Non Hemoragic Stroke* di ruang IGD Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian: Dari hasil yang didapatkan dari Tn.S faktor terjadinya *Non Stroke Hemoragic* yaitu memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak 8 tahun lalu, serta faktor usia lanjut yaitu 65 tahun. Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran somnolen dan GCS 8 (M4V2E2), tampak pasien sesak, tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri, Ct-Scan: Infark cerebri dextra dan atrofi cerebri.
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Tn.S dengan *Non Stroke Hemoragic*, yaitu: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan Pola napas tidak efektif berhubungan gangguan neuromuskular.
3. Intervensi keperawatan: Dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya manajemen peningkatan intrakranial, manajemen jalan napas, yang meliputi tindakan: observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.
4. Implementasi keperawatan: setelah perawatan selama tiga jam yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan: Dari hasil evaluasi 2 diagnosis keperawatan tersebut belum teratasi yaitu pola napas tidak efektif dan penurunan kapasitas adaptif intrakranial, karena perawatan pasien *Non Stroke Hemoragic* membutuhkan waktu yang lama,

namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat diruangan ICU nanti.

6. Penerapan EBN pada pasien Tn.S dengan *Non Stroke Hemoragic* yaitu tentang pemberian posisi *Head Up 30°* dimana tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mana pengaturan posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak serta dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral.

B. Saran

Berdasarkan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditujukan:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit Instansi Rumah Sakit

Diharapkan meningkatkan pelayanan & keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan pada pasien *Non Stroke Hemoragic* dengan Diharapkan pihak rumah sakit khususnya ruang IGD, pentingnya monitor secara ketat penanganan pasien *Non Stroke Hemoragic* selama fase akut dalam peningkatan perfusi oksigen ke otak dengan menerapkan *evidence based nursing head up 30°*.

2. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga dapat merawat, mencegah serta melakukan penanganan penyakit *Non Stroke Hemoragic* dan dapat pasien dapat membangun tekad, dapat lebih memotivasi diri untuk kembali sehat dan menyikapi kondisi sakit dengan optimis.

3. Bagi penulis

Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang selama ini didapatkan selama pendidikan

khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*.

4. Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberikan wawasan lebih luas dan acuan bagi peserta didik dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan dibidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik dibidang pendidikan maupun praktik keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Adi, M. A., Asarafat, R., & Irwan, M. (2022). Faktor Risiko Stroke Pada Usia Muda: Literatur Review Risk Factors For Stroke At Young Age: Literature Review. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal Of Nursing)*, 8(1), 7–14.

[https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan Riskesdas 2023 Nasional.pdf](https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan_Riskesdas_2023_Nasional.pdf)

Saraswati, D, R., & Khariri. (2021). Transisi Epidemiologi Stroke Sebagai Penyebab Kematian Pada Semua Kelompok Usia Di Indonesia. *Journal Kedokteran*, 2(1), 81–85.

Priandini, A., Utami, I. T., Sari, S. A., Keperawatan, A., & Wacana, D. (2025). Implementasi bridging exercise pasif terhadap kekuatan otot pasien stroke non hemoragik implementation of passive bridging exercise on muscle strength non-hemorrhagic stroke patients. *Jurnal cendikia muda*, 5(1).

Fawwaz, F., & Suandika, M. (2023). Asuhan Keperawatan Stroke Non-Hemoragik pada Ny. R dengan Diagnosa Keperawatan Utama Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Edelweis Atas RSUD Kardinah Kota Tegal.

Adi, M. A., Asarafat, R., & Irwan, M. (2022). Faktor Risiko Stroke Pada Usia Muda: Literatur Review Risk Factors For Stroke At Young Age: Literature Review. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal Of Nursing)*, 8(1), 7–14.

Ekawati, F. A., Carolina, Y., Sampe, S. A., & Ganut, S. F. (2021). The Efektivitas Perilaku Cerdik dan Patuh untuk Mencegah Stroke Berulang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1), 118–126. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i1.530>

Elhaq, I. H., & Ramdhan, D. H. (2024). Analisis Faktor Risiko Dislipidemia Karyawan Kantor PT. X di Jakarta Tahun 2022. *Jurnal Keselamatan Kesehatan Kerja Dan Lingkungan*, 5(1), 76–82.

Fawwaz, F., & Suandika, M. (2023). Asuhan Keperawatan Stroke Non-Hemoragik pada Ny. R dengan Diagnosa Keperawatan Utama

- Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Edelweis Atas RSUD Kardinah Kota Tegal. *Jurnal Sehat Mandiri*, 18(1), 33–41.
<https://doi.org/10.33761/jsm.v18i1.919>
- Firlanda, Z. R. S., & Fitriyani, F. (2024). Hemiparesis Dextra Ec Stroke Non Hemoragik : Laporan Kasus. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 11(3), 600–606. <https://doi.org/10.33024/jikk.v11i3.9192>
- Hartaty, H., & Haris, A. (2020). Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 976–982.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.446>
- Husni, A dan Randi, M. (2024). Jurnal Inovasi Global. *Jurnal Inovasi Global*, 2(3), 543–551.
- 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.
- Jhons Hopkins Medicine. (2024). *Brain Anatomy and How the Brain Works*.
<https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/anatomy-of-the-brain>
- Junaidi, A. H., Akhmad, A. K., Faradilah, S., K, B., & Harmiady, R. (2023). Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Dengan Pemberian Posisi Head Up 30° Pada Pasien Stroke. *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 14(1), 31. <https://doi.org/10.32382/jmk.v14i1.3336>
- Kanggeraldo, J., Sari, R. P., & Zul, M. I. (2018). Sistem Pakar Untuk Mendiagnosis Penyakit Stroke Hemoragik dan Iskemik Menggunakan Metode Dempster Shafer. *Jurnal RESTI (Rekayasa Sistem Dan Teknologi Informasi)*, 2(2), 498–505.
- Kesehatan, P. (2024). *Mengungkap Fakta Faktor Risiko Diabetes Melitus Uncovering The Facts On Risk Factors For Diabetes Mellitus In Indonesia*. 34(4), 814–823.
- Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2021). Kombinasi Posisi Kepala 30° Dan Pasive Range of Motion Terhadap Skor Nihss Pada Pasien Stroke. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 12(1), 30–37. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v12i1.251>

- Lartia Nugraheni, Joko Tri Atmojo, A. S. M. (2024). Efektivitas Pemberian Elevasi Kepala 30 Derajat Dalam Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke: Literature Review. *Journal of Language and Health*, 5(2), 561–570.]
- Lilyana Dian Tyagita Wijaya. (2024). *Referat Neuroanatomi Batang Otak*. 1–37.
- Lumintang, M. (2024). Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Diabetes Melitus Tipe II, Dan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Di RSUD Provinsi NTB Tahun 2022. *Fakultas Kedokteran Universitas Islam Al-Azhar*, 01(04), 220–227.
- Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke melalui Pemberian Posisi Head Up. *Ners Muda*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5750>
- Nugraheni, L., Atmojo, J. T., Syauqi, A., Sekolah, M., Ilmu, T., & Mamba', K. (N.D.). *Efektivitas Pemberian Elevasi Kepala 30 Derajat Dalam Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke: Literature Review*. [Http://Jurnal.Globalhealthsciencegroup.Com/Index.Php/Jlh](http://Jurnal.Globalhealthsciencegroup.Com/Index.Php/Jlh)
- Pokhrel, S. (2024). No TitleEΛENH. *Ayan*, 15(1), 37–48.
- Practitioner, N., Hospital, B. S., & Sciences, H. (2022). *Jurnal Keperawatan Malang Volume 7, No 1, 2022 Available Online at*. 7(1), 89–103.
- Pramana, B., Putra, S., Nyoman, N., Agustini, M., Putu, L., & Kamelia, L. (2024). *Pengkajian Holistik Pasien Stroke Non-Hemoragik: Sebuah*. 4(2), 98–104.
- Rahayu, T. G. (2023). Analisis Faktor Risiko Terjadinya Stroke Serta Tipe Stroke. *Faletehan Health Journal*, 10(01), 48–53.
- sahla delia azzahra, F. (2023). 2,3 2 1. 7(1), 573–580.
- Saraswati, D, R., & Khariri. (2021). Transisi Epidemiologi Stroke Sebagai Penyebab Kematian Pada Semua Kelompok Usia Di Indonesia. *Journal Kedokteran*, 2(1), 81–85.
- Sari, I. (2022). Analisis Ekologi: Hubungan Faktor Risiko dengan Prevalensi Stroke di Indonesia 2018. *ARTERI : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(4), 132–138. <https://doi.org/10.37148/arteri.v3i4.236>

- 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.
- Wirmando, Deva Lolo Payug, & Faustino Atbar. (2022). Edukasi dan Deteksi Dini Krisis Hipertensi pada Masyarakat Penderita Hipertensi. *Karya Kesehatan Siwalima*, 1(Edukasi dan Deteksi Dini Krisis Hipertensi pada Masyarakat Penderita Hipertensi di Kelurahan Batua, Kecamatan Manggala Makassar), 14–20.
- Yayasan, P., & Menulis, K. (n.d.). *FullBook Konsep dan Sistem Keperawatan Gawat Darurat*.
- Tjondronegoro, A., Muthiah, A., Azizah, N., & Claudia, V. O. (2023). *Artikel Penelitian Analisis Kejadian Stress Ulcer pada Pasien Stroke Sebagai Prediktor Angka Mortalitas di RSUD Prambanan Analysis of Stress Ulcers Incident in Stroke Patients as Predictor of Mortality Rates at Prambanan Regional Hospital*. 39, 25–28.
- Yayasan, P., & Menulis, K. (n.d.). *Fullbook Konsep dan Sistem Keperawatan Gawat Darurat*.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan keperawatan. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: DPP PPNI.

Lampiran

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH

Nama : 1. Bafira Monika Welerubun (NS2414901038)

2. Cheilin Claudia Luhulima (NS2414901039)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Wirmando, Ns.,M.Kep

SJudul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat
pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
(NHS) di Ruang IGD RS Tk II Pelamonia
Makassar

NO	Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf		
			Pembimbing	1	2
1.	12 Mei 2025	Pengajuan Kasus NHS - ACC kasus - Melakukan pengkajian sampai evaluasi			
2.	14 Mei 2025	Konsul Pertama Bab II - Ilustrasi 1 - Perlengkap pengkajian sampai evaluasi			
3	04 Juni 2025	Konsul Bab II - Highlight riwayat keluhan utama - Lengkapi			

		analisa data ACC			
--	--	---------------------	--	--	--

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH

Nama : 1. Bafira Monika Welerubun (NS2414901038)

2. Cheilin Claudia Luhulima (NS2414901039)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Merry Sambo, Ns.,M.Kep

Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat
pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
(NHS) di Ruang IGD RS Tk II Pelamonia
Makassar

NO	Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf		
			Pembimbing	1	2
1.	02 Juni 2025	Konsul Bab I - Cari referensi terbaru riskades tentang stroke - Tambahkan di bab I tentang jenis stroke - Prevelensi di sulawesi selatan - Tambahkan			

			manfaat untuk instansi rumah sakit			
2.	04 Mei 2025	Konsul Pertama Bab II	- Cari referensi untuk faktor risiko, etiologi, jurnal dosen stella maris - Discharge planning tentang cerdik patuh			
3	05 Juni 2025	Konsul Bab I dan Bab II	- Perbaiki spasi di Bab 1 - ACC			

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Bafira Monika Welerubun
Tempat Tanggal Lahir : Fakfak, 2 Juni 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jalan Kyai H. Ahmad Dahlan No.21

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Bernadus Welerubun/Rosina Rahanwarat
Agama : Katolik
Pekerjaan : PNS/IRT
Alamat : Jalan Nuri Dalam, Kec. Pariwari, Kab Fakfak

3. Pendidikan yang Telah Ditempuh

TK Negeri Pembina : 2006 – 2008
SD YPPK Piahar : 2009 – 2014
SMP YPPK St. Donbosco Fakfak : 2014 – 2017
SMP YPPK St. Donbosco Fakfak : 2017 – 2020
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2020 – 2024
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : 2024 – 2025

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Cheilin Claudia Luhulima
Tempat Tanggal Lahir : Masohi, 06 Mei 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen
Alamat : Jalan H.A Mappanyuki No. K24

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Chirel Bastian
Agama : Kristen
Pekerjaan : Pegawai Swasta
Alamat : Jalan Banda, Ternate

3. Pendidikan yang Telah Ditempuh

TK Pembina : 2005 – 2006
SD YPPK Piahar : 2007 – 2012
SMP YPPK St. Donbosco Fakfak : 2012 – 2015
SMP YPPK St. Donbosco Fakfak : 2016 – 2019
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2020 – 2024
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : 2024 – 2025