



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

**VIVI ALMAYANTI MERTA (NS2414901109)
VIVIEN PUSPITA HAERDANIA (NS2414901110)**

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



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

**VIVI ALMAYANTI MERTA (NS2414901109)
VIVIEN PUSPITA HAERDANIA (NS2414901110)**

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Vivi Almayanti Merta (NS2414901109)
2. Vivien Puspita Haerdania (NS2414901110)

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, 23 Juni 2025

Yang menyatakan,



Vivi Almayanti Merta



Vivien Puspita Haerdania

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruangan St. Bernadeth 1 Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Vivi Almayanti Merta / NS2414901109

2. Vivien Puspita Haerdania / NS2414901110

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Rosdewi, S.Kp., MSN)

NIDN: 0906097002

Pembimbing 2



(Kristia Novia, Ns., M.Kep)

NIDN: 0915119204

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



Fransiska Anita E.R.S, Ns., M.Kep., Sp.KMB., Ph.D

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Vivi Almayanti Merta / NS2414901109

2. Vivien Puspita Haerdania / NS2414901110

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang St. Bernadeth 1 Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing Askep : Rosdewi, S.Kp., MSN

Pembimbing Teori : Kristia Novia, Ns., M.Kep

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

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

(Ridwan)
(Kristia)
(Matilda)
(Mery)

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 23 Juni 2025

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes

NIDN: 0928027101

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Vivi Almayanti Merta (NS2414901109)

Vivien Puspita Haerdania (NS2414901110)

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, 23 Juni 2025

Yang menyatakan



Vivi Almayanti Merta



Vivien Puspita Haerdania

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat dan rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ileus Obstruktif di Ruang Bernadeth Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Dengan disusunnya laporan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si, Ns., M.Kes sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Dr. Teoroci Luisa Nunuhitu, M.Kes selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Alfrida, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku wakil direktur yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktek di RS Stella Maris Makassar terutama dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
3. Fransiska Anita E.R.S,Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D, selaku Wakil Ketua Bidang Akademik & Kerja Sama, atas dedikasinya selama menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar;
4. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana sekaligus penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk perbaikan karya ilmiah ini.
5. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi, atas dedikasinya selama di STIK Stella Maris Makassar;
6. Serlina Sandi, Ns., M.Kep.Ph.D, selaku ketua program studi sarjana keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
7. Rosdewi, S.Kp.,MSN, selaku dosen pembimbing askep dalam penyusunan Karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Kristia Novia, Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing teori dalam

penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktunya.

9. Mery Sambo, NS.,M.Kep selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk perbaikan karya ilmiah ini.
10. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti Pendidikan.
11. Orang Tua tercinta dari Vivien Puspita Haerdania, Bapak Akhmad Junaidi, Ibu Yuspina Salu, Nenek Helena serta kakak David, Tania dan adik-adik Evelyn, Abid, Bayu yang selalu memberikan dukungan doa, materi dan moral selama menempuh pendidikan.
12. Orang Tua tercinta dari Vivi, Ibu Meri Suangga serta kakak dan adik yang selalu memberikan dukungan doa, materi dan moral selama menempuh pendidikan
13. Teman-teman dari Vien yaitu: StarGirl, Vithalia, Tesa, Yuni, dan pacar saya yaitu Andreas yang selalu menemani dalam keadaan sulit. Memberikan dukungan serta motivasi dan memberikan doa setiap langkah yang vien lalui sehingga dapat menyelesaikan KIA ini dengan lancar

Dengan penuh kesadaran akan keterbatasan yang dimiliki oleh penulis, diharapkan adanya masukan dan saran yang membangun untuk menjadikan tulisan ini lebih bermanfaat bagi pembaca yang membutuhkan.

Makassar, 23 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERNYATAAN ORSINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
KARYA ILMIAH AKHIR.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
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 Non Hemoragik Stroke (NHS).....	9
2. Anatomi Fisiologi.....	10
3. Etiologi Non Hemoragik Stroke (NHS).....	17
4. Patofisiologi Non Hemoragik Stroke (NHS).....	21
5. Manifestasi klinik Non Hemoragik Stroke (NHS).....	23
6. Pemeriksaan penunjang Non Hemoragik Stroke (NHS)	24
7. Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik Stroke (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
5. PATHWAY NON HEMORAGIK STROKE.....	43
BAB III PEMBAHASAN KASUS.....	49
A. Ilustrasi Kasus.....	49
B. Pengkajian Keperawatan.....	50
C. Analisis Data.....	64
D. Dignosis Keperawatan.....	66
E. Intervensi Keperawatan.....	67
F. Implementasi Keperawatan.....	69
G. Evaluasi Keperawatan.....	72
H. 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
6. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing	83
7. Diagnosis Keperawatan.....	83
8. Luaran yang Diharapkan	84
9. Intervensi Prioritas yang Mengacu pada EBN	84
B. 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	

HALAMAN DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi	
Otak.....	9
Gambar 2.2 Anatomi Batang	
Otak.....	12

HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Konsultasi Bimbingan

Lampiran 2 Riwayat Hidup

HALAMAN DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Level Stroke	61
Tabel 3.2 Analisa Data	70
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	71
Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan	73
Tabel 3.4 Evaluasi Keperawatan.....	82
Tabel 4.1 PICOT EBN	93

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 dengan seringnya mengonsumsi makanan tinggi lemak dan kolesterol tapi rendah serat. Selain banyak mengonsumsi kolesterol, adapun mengonsumsi gula yang berlebihan sehingga akan menimbulkan kegemukan yang berakibat terjadinya penumpukan energi dalam tubuh. Gaya hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan tinggi lemak dan tinggi kolesterol, kurang aktivitas fisik, dan kurang olahraga, meningkatkan risiko terkena penyakit seperti jantung dan penyakit stroke (Masriana et al., 2021).

Stroke merupakan penyakit pada otak berupa gangguan fungsi saraf lokal yang munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Stroke secara umum terbagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik atau sumbatan pada pembuluh darah, dan stroke hemoragik atau pecahnya pembuluh darah di otak. Dari 85% penderita stroke bersifat iskemik dan 15% bersifat hemoragik. Stroke terjadi karena adanya gangguan pada aliran darah di otak, stroke secara klasik ditandai sebagai defisit neurologis yang dikaitkan dengan cedera fokal akut dari sistem saraf pusat (SSP) yang dikarenakan sebab vaskular serebral, infark serebral, perdarahan intraserebral hemorhage (ICH) dan perdarahan subarachnoid hemorhage (SAH) (Saputra, 2022).

Menurut World Stroke Organization (2023) 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 SKI (2023), menunjukkan bahwa berdasarkan diagnosa dokter prevalensi stroke pada penduduk umur ≥ 15 tahun meningkat dari 7% ditahun 2018 menjadi 8,3% pada tahun 2023 sebanyak 638.178 jiwa. Sedangkan kematian akibat penyakit stroke mencapai 41,3% pada rentang usia ≥ 75 tahun. Berdasarkan kelompok usia, stroke lebih banyak terjadi pada individu yang berusia direntang ≥ 75 tahun (36,4). Penderita stroke untuk provinsi Sulawesi Selatan menempati posisi ke 27 dari 34 provinsi yang ada di Indonesia. Kasus stroke di Provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan prevalensi stroke sebesar 1,6% sebanyak 28.969 jiwa.

Stroke adalah salah satu jenis gangguan saraf yang mempunyai serangan tiba-tiba, yang berlangsung lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh gangguan serebrovaskuler atau hilangnya fungsi otak karena gangguan atau pengurangan aliran darah ke suatu area otak, mengakibatkan kelainan fungsi saraf lokal atau global yang dapat terjadi secara tiba-tiba, bertahap atau cepat (Nugraheni, 2024). Stroke juga merupakan faktor penyebab utama gangguan fungsional dengan 20% penderita masih bertahan hidup membutuhkan perawatan di rumah sakit setelah 3 bulan dan 15-30% menjadi cacat permanen. Hemoragik Stroke terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan pendarahan. Pendarahan ini bisa terjadi di dalam jaringan otak (Intracerebral Hemorrhage/ICH) atau dapat terjadi di antara otak dan tengkorak (Subarachnoid Hemorrhage/SAH). Sedangkan Non Hemoragik Stroke terjadi ketika pembuluh darah di otak tersumbat dan

dapat menghalangi aliran darah dan juga oksigen ke otak. Penyumbatan ini bisa disebabkan oleh bekuan darah yang terbentuk di otak stroke trombotik atau bekuan darah yang terbawa dari bagian tubuh lain ke otak stroke embolik (Sari, 2022).

Non Hemoragik Stroke terjadi akibat adanya sumbatan atau plak pada pembuluh darah di otak baik berupa udara maupun lemak sehingga fungsi syaraf menurun. Jika tidak mendapatkan pertolongan segera maka jaringan akan mengalami kekurangan oksigen (hipoksia) dimana terjadi 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 et al., 2024). Non Hemoragik Stroke, juga dikenal sebagai stroke iskemik, adalah kondisi medis darurat yang terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu atau terhenti akibat penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah. Penyumbatan ini bisa disebabkan oleh bekuan darah (trombus atau emboli) yang menghalangi arteri di otak, sehingga sel-sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi, yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak (Pratama, 2021).

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.

Pasien yang mengalami stroke umumnya mengalami masalah dalam bergerak fisik sebanyak 70-80%, yang ditandai dengan hemiparesis (kelemahan pada otot di satu sisi tubuh) di mana 20% mengalami peningkatan kemampuan motorik dan 50% menunjukkan gejala penurunan kemampuan motorik atau kelemahan pada

ekstremitas, baik yang atas maupun bawah. Pasien stroke yang mengalami defisit jangka panjang dapat berpengaruh terhadap mobilisasinya. Mobilisasi yang menurun bahkan bisa terjadi imobilisasi yang dialami pasien dapat menyebabkan pasien harus bedrest dalam waktu cukup lama. Bedrest yang lama memungkinkan terjadinya penekanan daerah tertentu sehingga dapat terjadi iskemia jaringan akhirnya dapat menimbulkan ulkus decubitus (Nugrahen, 2025).

Virgin Coconut Oil merupakan minyak kelapa yang dihasilkan dari pengolahan daging buah kelapa tanpa melakukan pemanasan atau dengan pemanasan suhu rendah sehingga menghasilkan minyak dengan warna yang jernih, tidak tengik dan terbebas dari radikal bebas akibat pemanasan (Christina et al., 2023). Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan penelitian yang dapat dilakukan oleh perawat. Salah satu intervensi keperawatan yang dapat diberikan untuk pasien stroke guna meningkatkan integritas kulit dan jaringan yaitu dengan pemberian massage dengan virgin coconut oil dapat melembabkan kulit, sehingga apabila terdapat gesekan karena tekanan maka tidak menyebabkan dekubitus (Feronica, 2024).

Dari hasil penelitian Faridah et al. (2022) ditemukan bahwa ada pengaruh yang bermakna terhadap penggunaan virgin coconut oil terhadap penurunan risiko ulkus decubitus. Hal ini didukung oleh penelitian (Pristianto et al., 2022) bahwa perawatan menggunakan virgin coconut oil yang dibalurkan pada bagian belakang tubuh efektif menurunkan risiko terjadinya dekubitus pada pasien penyakit kronis yang dirawat di tempat tidur karena dapat meningkatkan integritas kulit. Berdasarkan fenomena diatas maka penulis tertarik untuk melakukan "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non-Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang St. Bernadeth I di Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non-Hemoragik Stroke di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Non-Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien dengan Non-Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- c. Menetapkan rencana Tindakan keperawatan pada pasien dengan Non-Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Non-Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Non-Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Rumah Sakit dapat menerapkan teknik massage *virgin coconut oil* pada pasien stroke yang beresiko mengalami dekubitus sebagai salah satu intervensi dalam melakukan asuhan keperawatan.

2. Bagi Profesi Keperawatan

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

3. Bagi Institusi Pendidikan

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

D. Metode Penulisan

1. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung pada pasien mengenai pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan.

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan fisik

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

4. Dokumentasi

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil test diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain bab I pendahuluan, dalam bab ini menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu Konsep Dasar Medik yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi dan juga Konsep Dasar Keperawatan berupa pengkajian, diagnosis keperawatan, luaran

dan perencanaan keperawatan, serta perencanaan pulang (*discharge planning*). Bab III pengamatan kasus, yang meliputi ilustrasi kasus, pengkajian analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan asuhan keperawatan dan pembahasan penerapan evidence based nursing. Bab V penutup, yang terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Non Hemoragik stroke (NHS) adalah salah satu jenis gangguan saraf yang mempunyai serangan tiba-tiba, yang berlangsung lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh gangguan serebrovaskuler atau hilangnya fungsi otak karena gangguan atau pengurangan aliran darah ke suatu area otak, mengakibatkan kelainan fungsi saraf lokal atau global yang dapat terjadi secara tiba-tiba, bertahap atau cepat (Hady et al., 2023).

Menurut Fawwaz et al. (2023), Non Hemoragik Stroke adalah suatu kondisi yang digunakan untuk menjelaskan perubahan neurologik yang disebabkan oleh gangguan dalam sirkulasi darah ke bagian otak. Non Hemoragic Stroke adalah suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya seragkaian perubahan dalam otak karena terhambatnya atau terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan.

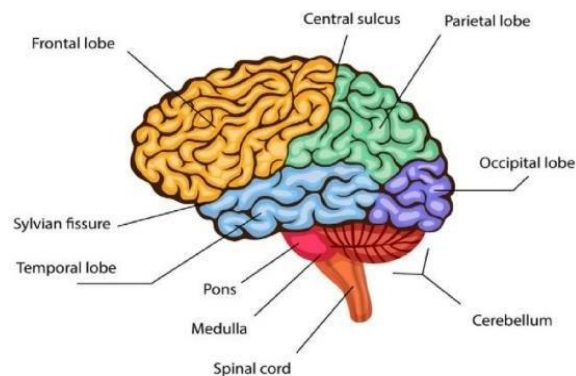
Pratama, (2021) mengungkapkan Non Hemoragik Stroke adalah kondisi medis darurat yang terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu atau terhenti akibat penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah. Penyumbatan ini bisa disebabkan oleh bekuan darah (trombus atau emboli) yang menghalangi arteri di otak, sehingga sel-sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi, yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak.

Berdasarkan beberapa definisi diatas penulis menyimpulkan bahwa Non Hemoragik Stroke adalah suatu penyakit yang terjadi pada system neuro yang dimana terjadinya sumbatan pada pembuluh darah di otak sehingga menyebabkan suplai darah

keotak berkurang dan menyebabkan kerusakan pada jaringan-jaringan otak.

2. Anatomi Fisiologi

a. Otak



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Sumber :
(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 (Medicine, 2024).

Otak manusia menerima 17% dari curaha jantung dan menggunakan 20% dari konsumsi O₂ total tubuh manusia untuk menjalankan metabolisme aerobik. 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. 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)

Otak besar 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 (Athanasia et al., 2022). Di dalam 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 (Medicine, 2024).

b) Lobus parietalis

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

c) Lobus oksipitalis

Lobus oksipitalis adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak di sebelah posterior dari lobus parietalis dan di atas fisura-fisura parieto oksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata (Medicine, 2024).

d) Lobus temporalis

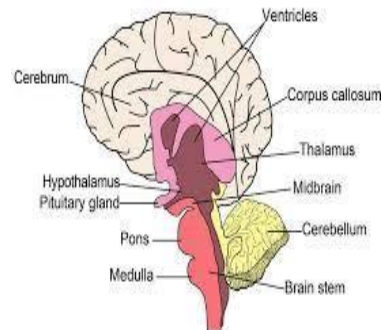
Terletak dibawah (inferior) sulkus lateralis. Lobus temporalis mengandung area reseptif auditori primer (interpretasi) dan area asosiasi auditori. Memori bahasa disimpan di area asosiasi auditori lobus temporalis kiri. Kerusakan area ini akan menyebabkan seseorang tidak dapat memahami bahasa yang diucapkan atau di tulis atau mengenal memfasilitasi pemahaman bahasa terletak di area Wernicke. Lobus ini juga terlibat dalam interpretasi bau dan penyimpanan ingatan (Medicine, 2024).

2) Otak kecil (Cerebelum)

Otak kecil terletak difosa serebri posterior di bawah tentorium serebelum yaitu durameter yang 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 lobus fluccolonodularis.

Lobus anterior merupakan paleocerebellum yang menerima masukan rangsang dari ujung-ujung proprioseptif dalam otot dan tendon serta dari reseptor raba dan tekan. Lobus medialis merupakan neocerebellum yang tidak berhubungan dengan gerak voluntary. Cerebellum terdiri atas substansia alba dan grisea. Cerebelum mengintegrasikan informasi sensoris berkaitan dengan posisi bagian tubuh, koordinasi gerakan otot skeletal dan mengatur kekuatan otot yang penting untuk keseimbangan dan postur (Medicine, 2024).

3) Batang Otak (*Brainstem*)



Gambar 2.2 Anatomi Batang Otak
(Sumber : (Medicine, 2024)

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

a) Diensephalon

Diensephalon merupakan bagian atas otak yang terdapat diantara serebelum dan mesensefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di bagian depan lobus temporalis terdapat kapsul interna dengan sudut menghadap kesamping. Diensephalon 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) Menesefalon

Menesefalon 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 medula mengandung “pusat-pusat vital” yang berfungsi mengendalikan pernapasan dan sistem kardiovaskuler.

e) Medulla spinalis

Medula 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). Medula spinalis tersusun dari 31 pasang saraf, yaitu 8 pasang saraf servikalis, 12 pasang saraf torakalis, 5 pasang saraf lumbalis, 5 pasang saraf sakral dan 1 pasang saraf koksigeus. Di dalam sumsum tulang belakang terdapat saraf sensorik, saraf motorik, dan saraf

penghubung. Fungsinya adalah sebagai penghantar impuls dari otak ke otak serta sebagai pusat pengatur gerak refleks.

3. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

1) Jenis Kelamin

Non Hemoragik 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

Non Hemoragik Stroke dapat menyerang siapa saja, semakin tua usia maka seseorang akan 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 Non Hemoragic 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.

2) Penyakit Jantung

Faktor risiko berikutnya adalah penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih cepat dibandingkan di bagian-bagian lain jantung. Ini menyebabkan aliran darah menjadi tidak teratur dan secara insidental 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 di antara 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 kadar kolesterol, dimana keduanya merupakan factor resiko stroke (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 subarahnoid 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 et al, 2024).

5) Dislipidemia

Kadar kolesterol LDL (kolesterol jahat) dan kolesterol total yang tinggi mengakibatkan resiko stroke sampai duakali 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 et al, 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

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. 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 (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 di bandingkan keseluruhan penyakit serebra vasikuler 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 et al, 2024).

5. Manifestasi Klinik

Menurut Firlanda, (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 pengelihatan
- g. Vertigo
- h. Gangguan daya ingat
- i. Kesadaran menurun
- j. Gangguan fungsi otak
- k. Proses kencing terganggu

Gejala stroke dikenal dengan istilah FAST:

- 1) *Face* (Wajah); salah satu sisi mulut atau wajah terlihat turun sebelah atau tidak simetris
- 2) *Arms drive* (gerakan lengan); salah satu lengan mati rasa atau lemah. Atau jika kedua tangan diangkat, salah satu tangan terlihat lebih turun dari lengan satunya.

- 3) *Speech* (Bicara); sulit berbicara, berbicara tetapi tidak jelas atau bahkan tidak dapat berbicara
- 4) *Time* (waktu); segera cari pertolongan medis (Rusmeni et al., 2022).

6. Tes Diagnostik

Menurut Pramana et al. (2024) Pemeriksaan diagnostik yang diperlukan dalam membantu menegakkan diagnosis klien stroke meliputi :

a. CT-Scan

Memperlihatkan dengan jelas lokasi edema, letak hematoma, adanya jaringan otak yang mengalami infark atau iskemia, serta posisi pastinya.

b. Angiografi serebri

Membantu mengidentifikasi penyebab terjadinya stroke dengan jelas seperti pendarahan, penyumbatan arteri, dan pecahnya pembuluh darah.

c. *Magnetic imaging resonance* (MRI)

Dengan menggunakan gelombang magnetik untuk mengidentifikasi lokasi dan ukuran atau luas terjadinya perdarahan di otak. Umumnya, hasil pemeriksaan menunjukkan area yang mengalami kerusakan dan infark akibat dari hemoragik.

d. Lumbal pungsi

Menunjukkan adanya tekanan normal, jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan perdarahan intrakranial.

e. *Elektro encephalografi* (EEG)

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

f. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Seperti Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, 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), Internasional Normalized Ratio (INR) dan agregasi trombosit. Keempat tes ini berguna untuk mengukur seberapa cepat darah mengumpal. Pada pasien stroke biasanya ditemukan PT/PTT dalam keadaan normal.

3) Tes Kimia 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 Medik

Menurut Vitya, (2023) Adapun penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan yaitu sebagai berikut:

a. Pengobatan

Pemberian Recombinant Tissue-Type Plasminogen Activator RTPA adalah pilihan dalam usaha Revaskularisasi untuk stroke iskemik menggunakan obat trombolitik. Pemberian trombolisis dengan rtPA pada keadaan stroke iskemik. Pemberian rtPA perlu dilakukan secepat mungkin dalam rentang 3 jam setelah munculnya serangan stroke dan potensi stroke hemoragik harus

sudah disingkirkan. Prosedur endarterektomi karotis dijalankan atau dilakukan untuk memperbaiki kondisi perdarahan di otak.

1) Obat antitrombotik

Harapan dari pemberian obat ini untuk menghindari kejadian trombolitik atau embolik.

2) Terapi antiplatelet

Penggunaan antiplatelet dalam waktu 48 jam setelah serangan dapat menghindari agregasi platelet dan mengurangi volume kerusakan di otak. Antiplatelet yang umum digunakan termasuk aspirin dan clopidogrel. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dianggap sebagai pengobatan awal dalam 24 jam dan dilanjutkan selama 21 hari.

3) Antihipertensi

Antihipertensi diberikan pada NHS akut ketika tekanan darah lebih dari 220/120 mmHg atau jika pasien memiliki kondisi tertentu. Dalam kasus pasien NHS akut, obat antihipertensi yang digunakan adalah sebuah labetalol dan nikardipin, dengan mempertimbangkan penggunaan rtPa serta tekanan darah pasien. Setelah fase pasca-stroke, semua jenis antihipertensi dapat digunakan pasien.

4) Neuroprotektif

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

- 5) Diuretika : untuk menurunkan edema serebral.
 - 6) Pembedahan, Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.
- b. Penatalaksanaan keperawatan
- 1) Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
 - 2) Bebaskan jalan napas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.
 - 3) Tanda-tanda vital usahakan stabil
 - 4) Bedrest
 - 5) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
 - 6) Hindari kenaikan cairan mengandung glukosa atau salin isotonik.

8. Komplikasi

Menurut Caron et al., (2022) komplikasi Non Hemoragik Stroke antara lain:

a. Peningkatan TIK

Infark cerebri luas atau perdarahan akan terjadi edema cerebri yang menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial.

b. Herniasi otak

Herniasi terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial yang terlalu tinggi atau berlebihan. Jika tekanan atau pergeseran di dalam ruang kepala atau kranial semakin bertambah, maka akan mengganggu aliran darah ke otak atau menghentikan aliran darah ke otak, yang dapat menyebabkan herniasi otak.

c. Gagal napas

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

d. Disritmia jantung

Dengan adanya embolisme serebral, aliran darah ke otak akan berkurang dan selanjutnya mengurangi sirkulasi darah serebral. Otak akan memicu jantung untuk memompa darah ke otak sesuai dengan kebutuhan, yang menyebabkan timbulnya disritmia pada jantung.

e. Malnutrisi

Salah satu tanda klinis dari stroke adalah kesulitan menelan (disfagia). Gejala ini menyebabkan anoreksia, yang berdampak pada asupan yang tidak mencukupi, sehingga berisiko menimbulkan malnutrisi.

f. Dekubitus

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

g. Pneumonia

Pasien stroke mengalami gangguan fungsi dan penurunan kekebalan tubuh setelah stroke hal ini menyebabkan terjadinya aspirasi, yaitu masuknya makanan, cairan atau air liur di paru-paru. Hal ini terjadi karena stroke dapat menyebabkan gangguan pada otot-otot yang terlibat dalam proses menelan, sehingga pasien menjadi lebih rentan terhadap aspirasi.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Menurut (Rachmatun, 2022) proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

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

a. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Data subjektif: adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol, merokok.

Data objektif: hipertensi arterial sehubungan adanya embolisme.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Data subjektif: nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.

Data objektif: terjadinya kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

c. Pola eliminasi

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

d. Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif: merasa sulit melakukan aktifitas, karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.

Data objektif: gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan gangguan pengelihatannya, dan gangguan kesadaran.

e. Pola tidur dan istirahat

Data subjektif: susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot)

Data objektif: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot.

f. Pola persepsi sensorik dan kognitif

Data subjektif: sinkope atau pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat dengan adanya pendarahan intraserebral, subaraknoid, kesemutan (biasanya selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain).

Data objektif: status mental atau tingkat kesadaran biasa terjadi koma pada tahap awal hemoragik.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif: perasaan putus asa

Data objektif: emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subjektif: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

Data objektif: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata).

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Data subjektif: tidak adanya gairah seksual.

Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Data Subjektif: kemampuan klien untuk mendiskusikan masalah kesehatan saat ini, dampak kecemasan, ketakutan, perubahan perilaku akibat stress

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

k. Pola sistem nilai kepercayaan

Data Subjektif: jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil

Data Objektif: gangguan dan kesulitan saat melaksanakan ibadah

2. Diagnosa Keperawatan

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

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017).
- b. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0017).
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping (D.0055).
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskuler (D.0119).
- e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial (D.0063).

1) Luaran dan Perencanaan Keperawatan

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

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

SLKI:

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

- (1) Tingkat kesadaran meningkat
- (2) Gelisah cukup menurun

(3) Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik

SIKI:

Pemantauan tekanan intrakranial (1.06198)

Observasi

(1) Monitor peningkatan tekanan darah

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

(2) Monitor penurunan perfusi jantung

Rasional: Untuk mengetahui perubahan dalam peningkatan atau penurunan frekuensi jantung

Teraupetik

(1) Pertahankan posisi kepala dan leher netral

Rasional: Untuk meningkatkan sirkulasi perfusi serebral dan mengurangi resiko peningkatan TIK

(2) Dokumentasi hasil pemantauan

Rasional : Untuk mengetahui perubahan pada peningkatan TIK

Edukasi

(1) Jelaskan tujuan prosedur pemantauan

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

b) Gangguan Mobilisas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (0.0017)

SLKI:

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

(1) Pergerakan ekstremitas cukup meningkat

(2) Kekuatan otot cukup meningkat

(3) Rentang gerak (ROM)

- (4) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat

SIKI:

Dukungan mobilisasi (1.05173)

Observasi

- (1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
Rasional: Untuk mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien.
- (2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
Rasional: Untuk mengetahui dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya.
- (3) Memonitor toleransi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
Rasional : Memantau kemampuan jantung dan tekanan darah sebelum dilakukan mobilitas fisik.

Teraupetik

- (1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
Rasional : Membantu pasien untuk lebih mudah melakukan mobilisasi fisik
- (2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
Rasional: Melatih pasien untuk melakukan pergerakan
- (3) Melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan
Rasional: Untuk mendorong keluarga dalam anggota keluarga yang sedang sakit

Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
Rasional: Memberi tahu kepada pasien dan keluarga tentang langkah-langkah melakukan pergerakan.

- (2) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
Rasional: Memberi tahu pasien dan keluarga cara latihan pergerakan dini.
- (3) Anjurkan melakukan mobilisasi dini.
Rasional: Memberikan pilihan/arahan pada pasien dan keluarga untuk melakukan terapi.
- c) Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan lingkungan (D.0055).

SLKI :

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

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

SIKI:

Dukungan tidur (1.05174)

Observasi

- (1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
Rasional: Mengkaji aktivitas dan tidur pasien
- (2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)
Rasional: Mengkaji kebiasaan kondisi yang mengganggu tidur pasien.
- (3) Identifikasi obat tidur yang di konsumsi
Rasional: Mengkaji obat tidur yang dikonsumsi oleh pasien

Teraupetik

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

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

- (2) Batasi waktu tidur siang. Jika perlu

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

- (3) Terapkan jadwal tidur rutin

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

Edukasi

- (1) Jelaskan tidur yang cukup selama sakit

Rasional: Memberi tahu pasien pentingnya tidur selama sakit.

- (2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

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

- d) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan Neuromuskuler (0.0119)

SLKI :

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

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

SIKI:

Promosi komunikasi Defisit bicara (I.13492)

Observasi

- (1) Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara

Rasional: Menyesuaikan pola komunikasi dengan pasien.

Terapeutik

- (1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, isyarat tangan)

Rasional: Mempermudah untuk proses komunikasi.

- (2) Berikan dukungan psikologis

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

Edukasi

- (1) Anjurkan berbicara perlahan

Rasional: memberikan kesempatan kepada pasien untuk dapat berbicara jelas.

Kolaborasi

- (1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapi

Rasional: Mendapatkan terapi yang sesuai

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

SLKI:

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

- (1) Mempertahankan makanan di mulut cukup meningkat
- (2) Reflek menelan cukup meningkat
- (3) Kemampuan mengosongkan mulut cukup meningkat
- (4) Frekuensi tersedak cukup menurun
- (5) Batuk cukup menurun

SIKI:

Dukungan perawatan diri makan minum (I.1135)

Observasi

- (1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan

Rasional: Mencegah resiko terjadinya aspirasi.

- (2) Monitor status pernapasan

Rasional: Mengidentifikasi masuknya makanan kedalam saluran pernapasan.

Teraupetik

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

Rasional: Mencegah aspirasi.

- (2) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak

Rasional: Mempermudah klien mengunyah dan menyerap makanan.

- (3) Berikan obat oral dalam bentuk cair

Rasional: Mempermudah masuknya obat dan penyerapan lebih cepat.

Edukasi

- (1) Anjurkan makan secara perlahan

Rasional: Melatih fungsi dan memulihkan status mental.

3. 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).

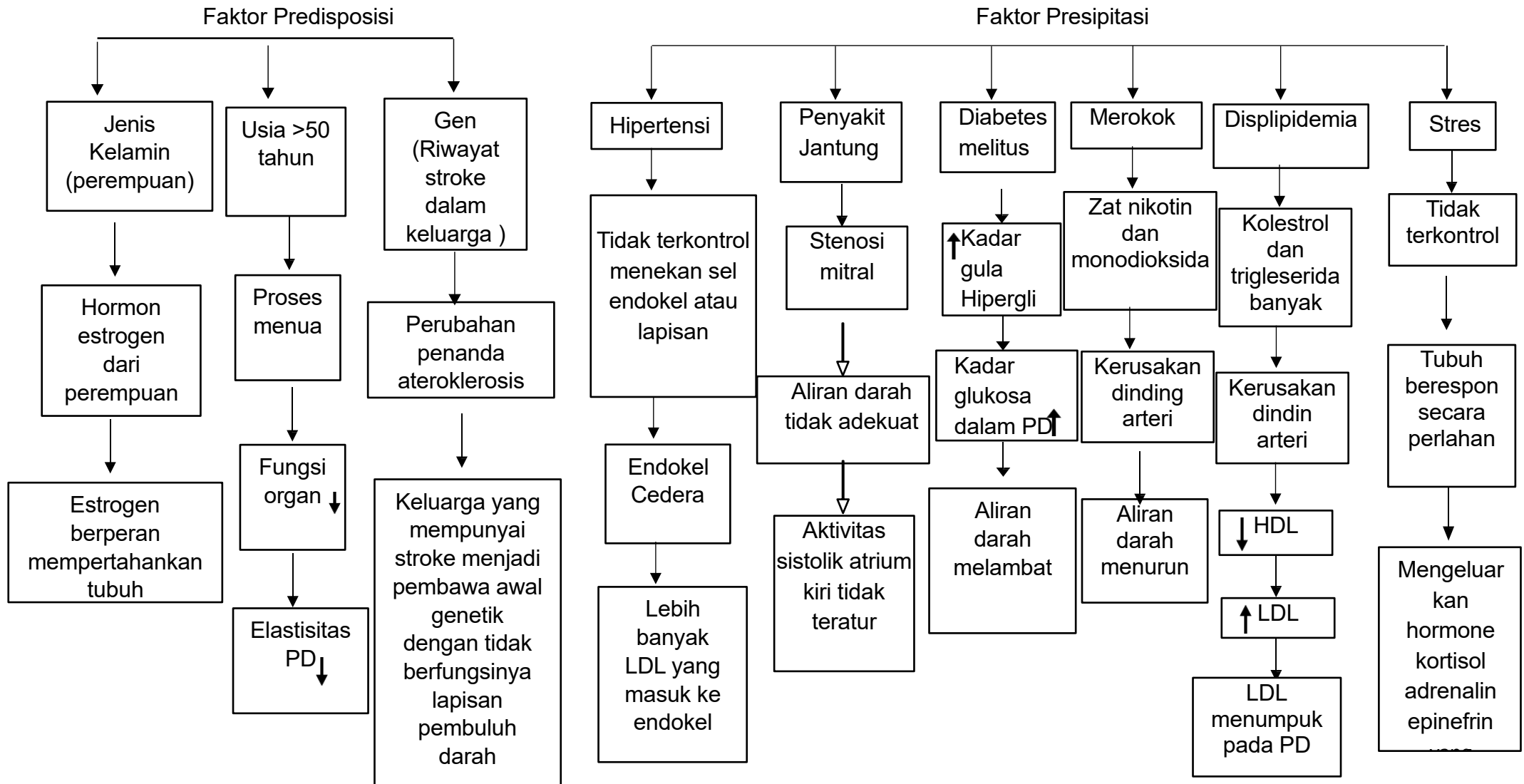
- c. Melakukan diet seimbang, istirahat cukup dan kelola stress.

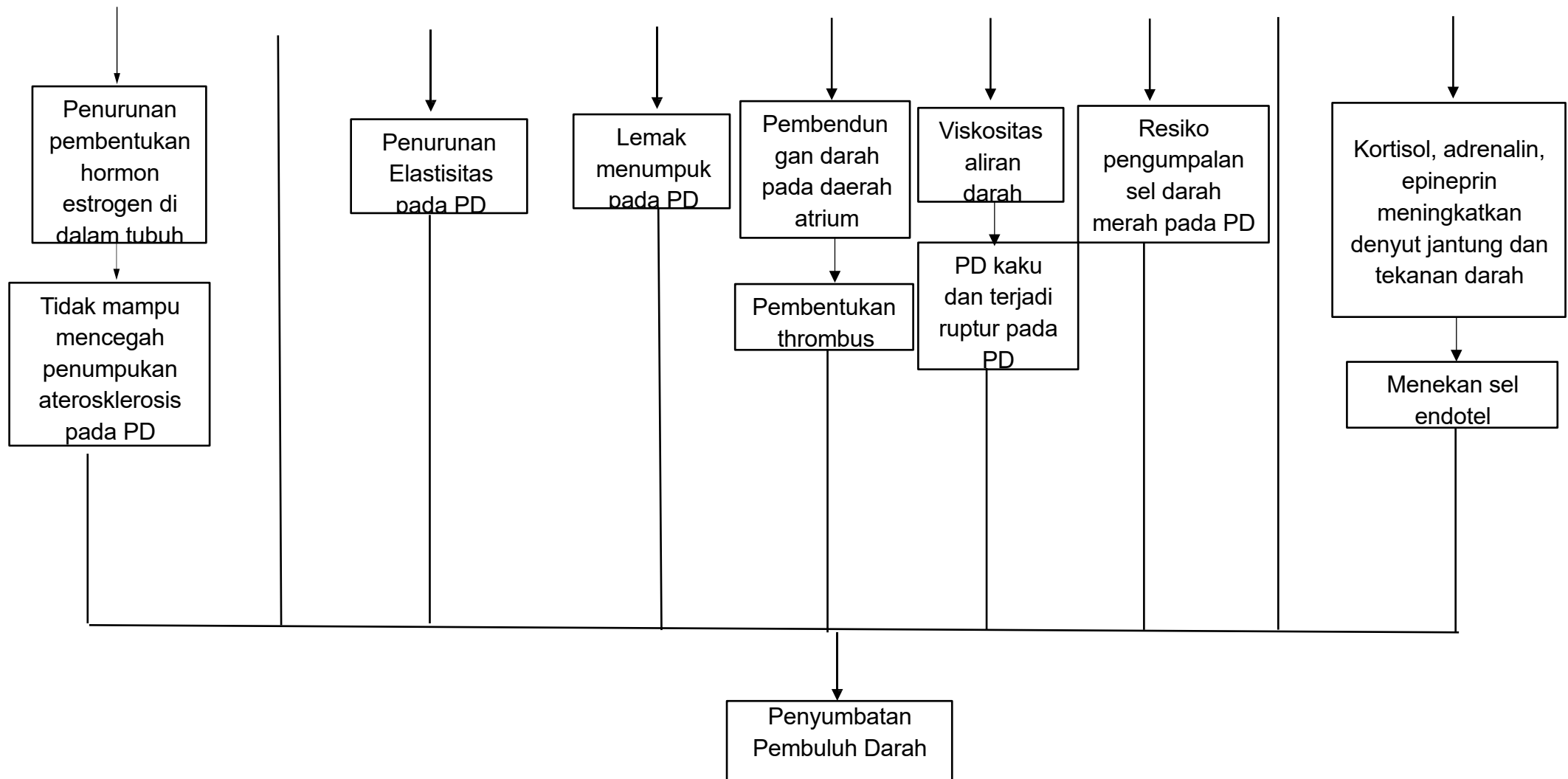
Sedangkan

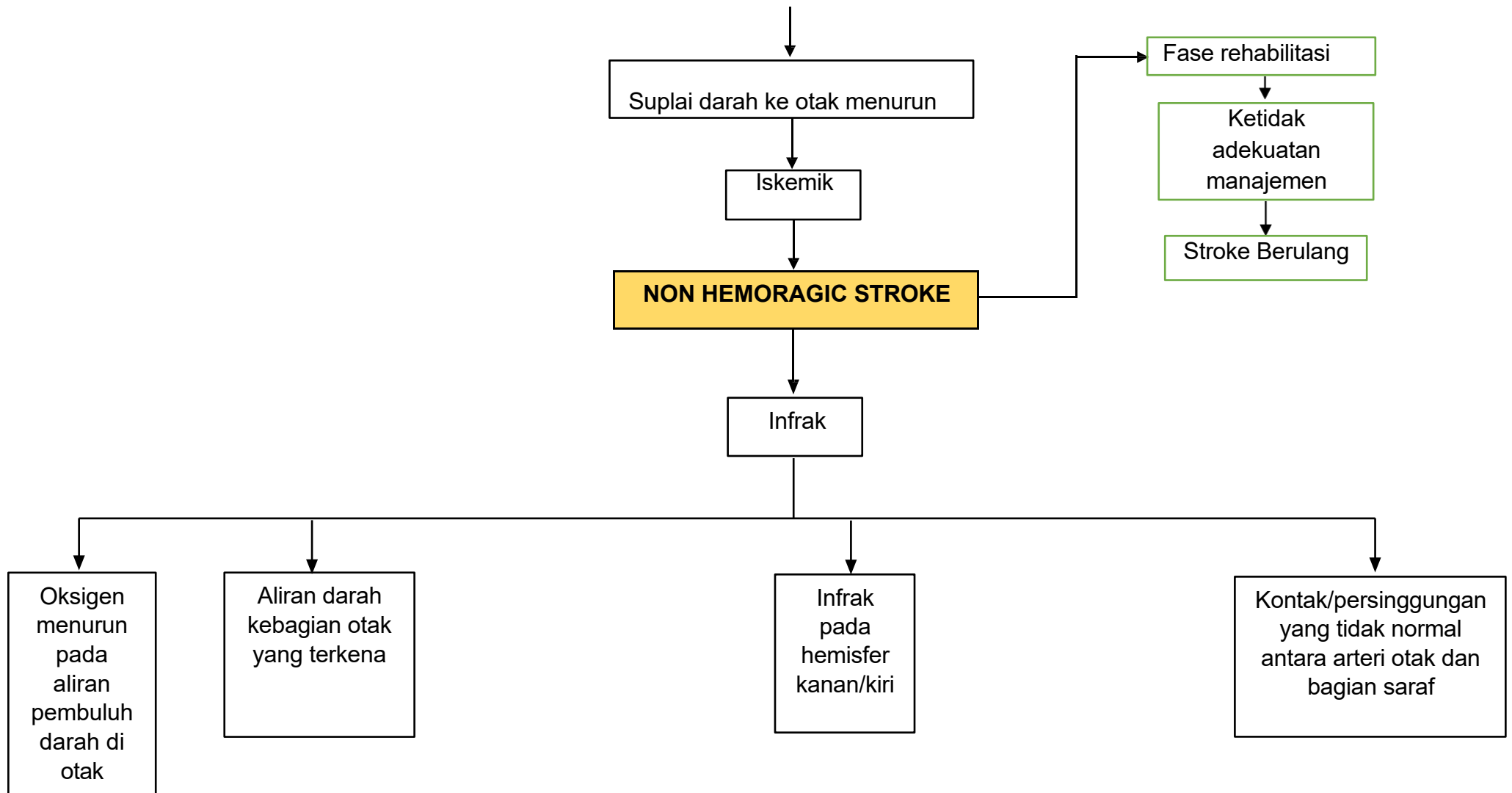
Program PATUH terdiri atas :

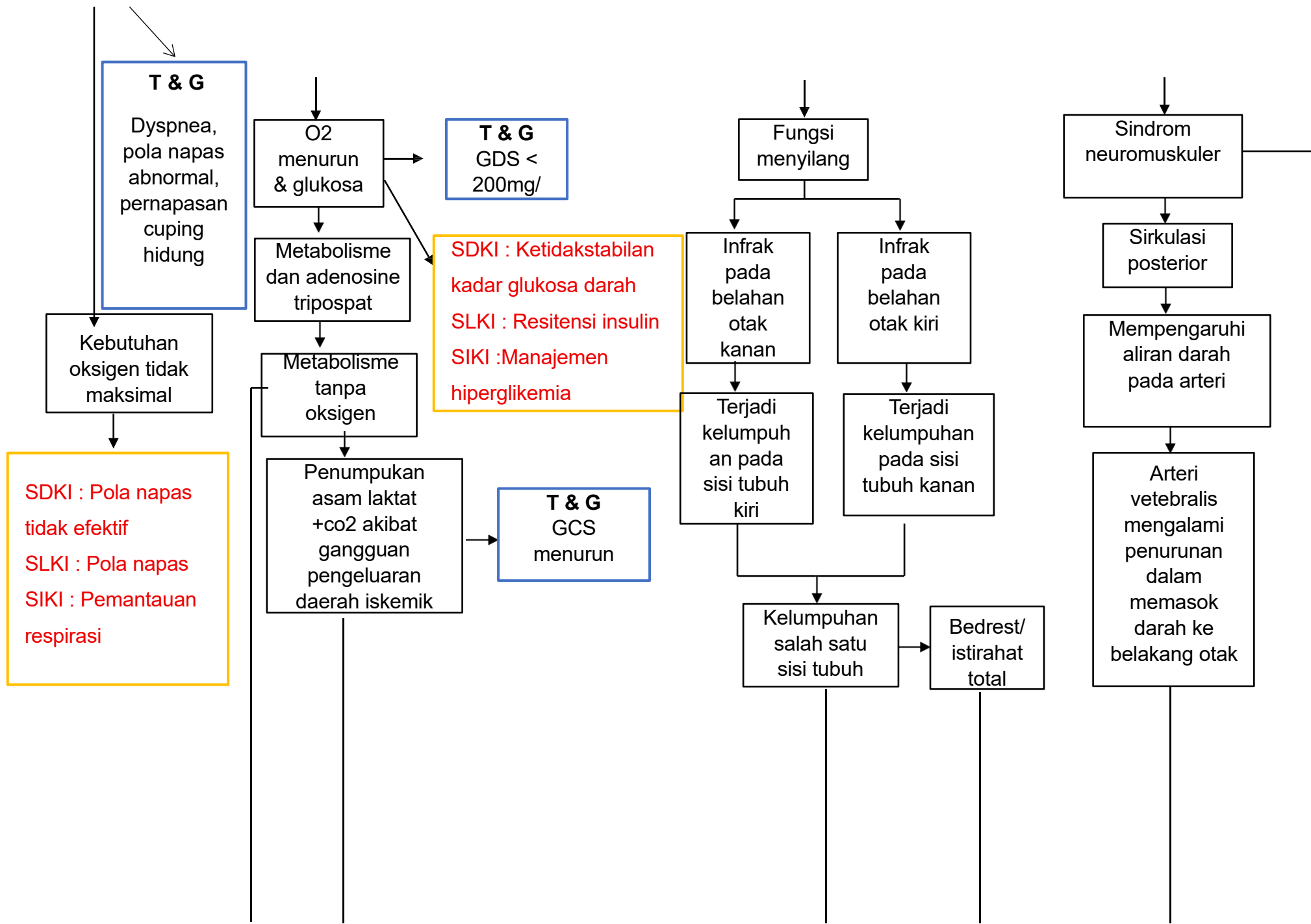
- a. Rutin periksa Kesehatan
- b. Minum obat teratur
- c. Senam fisik yang aman sesuai kondisi pasien stroke
- d. Menghindari alkohol,
- e. Makanan pantangan serta rokok

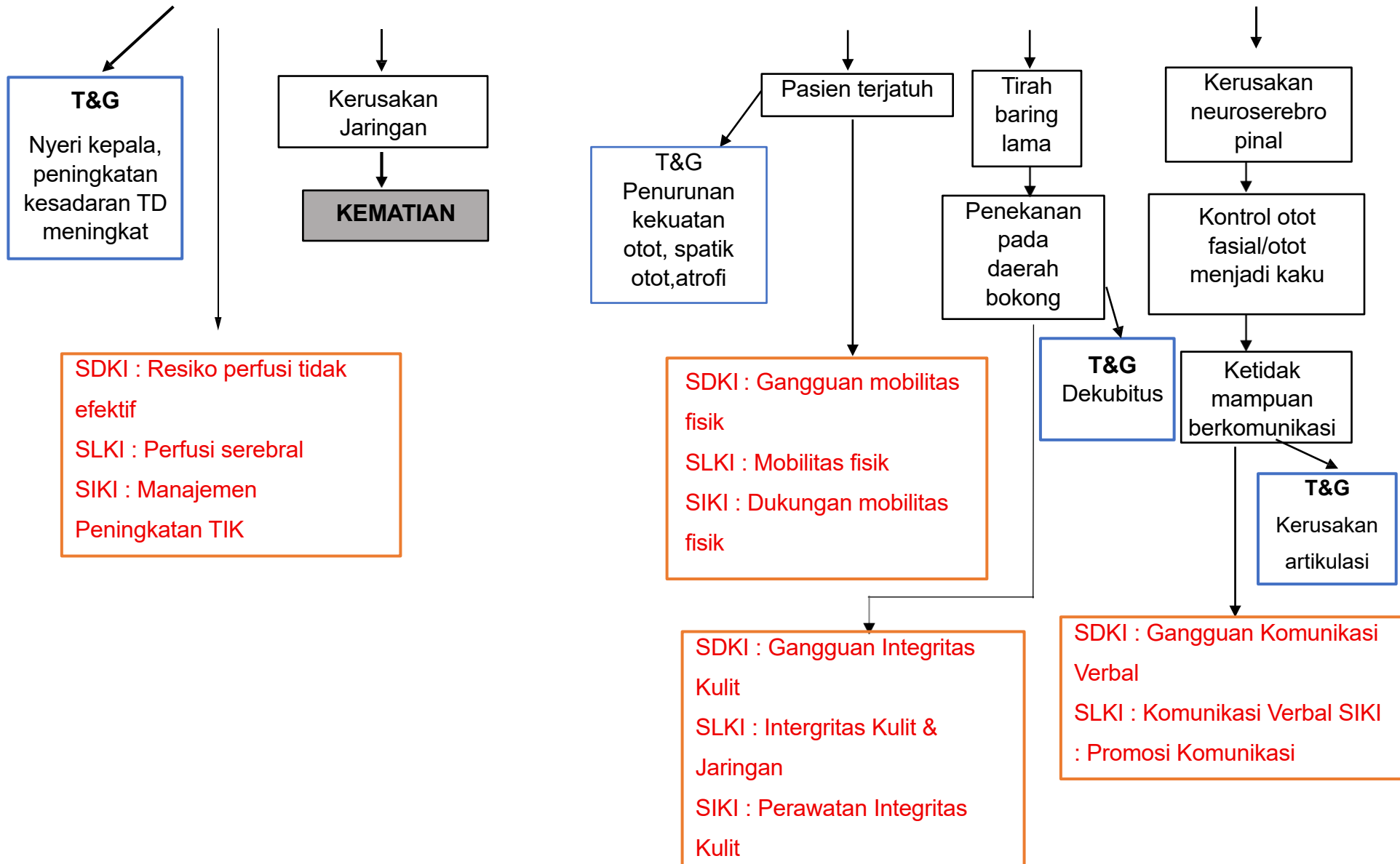
PATHWAY

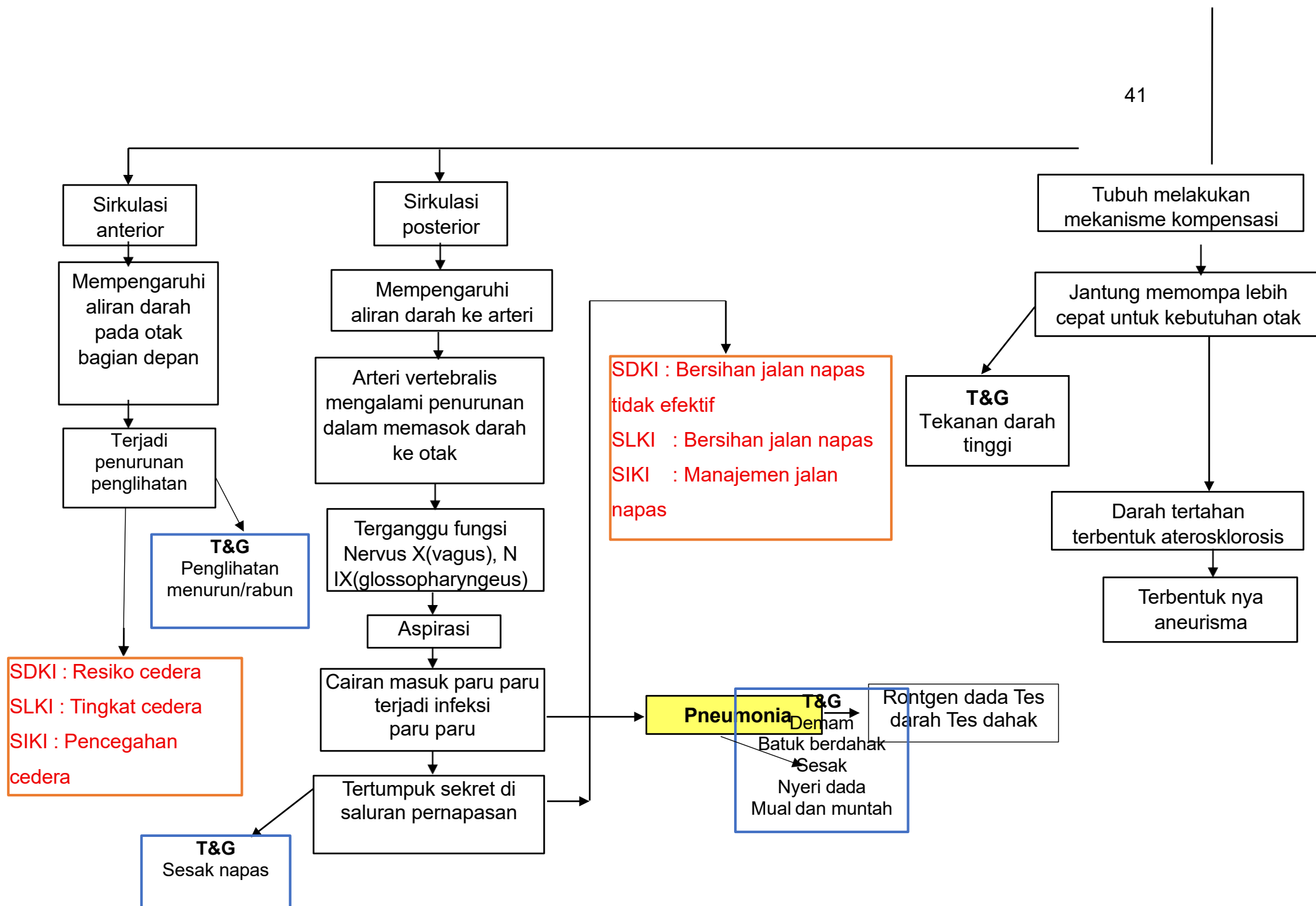












BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. ILUSTRASI KASUS

Pasien inisial Ny. J, berusia 79 tahun, dirawat di ruang St. Bernadeth I pada tanggal 14 Mei 2025 dengan diagnosis medis Stroke Non-Hemoragik (NHS). Keluhan utama yang disampaikan adalah kesulitan menggerakkan sisi kiri tubuh. Menurut keterangan keluarga, kondisi tersebut telah dialami pasien selama kurang lebih satu tahun. Pasien datang ke IGD dengan keluhan kadar gula darah rendah (70 mg/dL), menggigil, serta penurunan kesadaran dengan nilai GCS (E1V3M3). Pemeriksaan laboratorium dan CT-Scan kepala menunjukkan adanya infark cerebri bilateral, infark pada pons cerebri kanan, serta atrofi cerebri. Hasil yang ditemukan nilai RBC: 3,42; HGB: 9,5; HCT: 27,4; PDW: 8,8; NEUT#: 7,68; LYMP#: 1,05; BASO#: 0,01.

Pada saat pengkajian di ruang perawatan pada Rabu, 15 Mei 2025 pasien dalam kondisi somnolen dengan GCS 7. Keluarga menyampaikan bahwa sisi kiri tubuh pasien masih sulit digerakkan, pasien juga merasa menggigil, sering menutup mata, serta mengalami keterbatasan dalam menggerakkan anggota gerak, sehingga aktivitas sehari-harinya (ADL) dibantu oleh keluarga atau perawat. Dari hasil observasi, ditemukan hemiplegia pada ekstremitas kiri, sedangkan pada ekstremitas dapat digerakkan namun mengalami penurunan kekuatan otot dan rentang gerak. Pasien terpasang infus RL 500 ml dengan laju 20 tpm, kateter, NGT, dan oksigen nasal kanul. Tanda vital menunjukkan tekanan darah 191/90 mmHg, nadi 68 kali/menit, suhu tubuh 37,0°C, pernapasan 24 kali/menit, dan saturasi oksigen 95%. Pasien kurang berespon terhadap lingkungan, tampak selalu menutup mata, ketika dipanggil kadang membuka mata namun menutup mata kembali. Bila diajak bicara hanya menjawab singkat misal iya.

B. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Unit	: St. Bernadeth I	Autoanamnese	:
Kamar/bed	: 1211 / Bed I	Alloanamnese	: √
Tanggal masuk RS	: 14 Mei 2025		
Tanggal pengkajian	: 15 Mei 2025		

1. IDENTIFIKASI**a. PASIEN**

Nama initial	: Ny.J
Umur	: 79 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 7 Anak
Agama/ Suku	: Katolik/ Makassar
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat rumah	: Jl. Vetran no.233

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Tn.R
Umur	: 40 Tahun
Alamat	: Jl.Vetran No.233
Hubungan dengan pasien	: Menantu

2. DATA MEDIK

Diagnosa medik

Saat masuk : Hemiplegia Sinistra

Saat pengkajian : NHS

3. KEADAAN UMUM

a. KEADAAN SAKIT

Pasien tampak sakit ringan/**sedang** /berat/ tidak tampak sakit
 Alasan: Pasien dengan keadaan sakit sedang karena pasien terpasang infus RL 500 ml, selang NGT, selang oksigen nasal kanul dan terpasang kateter. Pasien dengan kondisi tubuh sebelah kiri tidak bisa digerakan dan hanya bisa terbaring di tempat tidur saja.

b. TANDA-TANDA VITAL

1) Kesadaran (kualitatif): Somnolen

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

- | | |
|--------------------------|----------|
| a) Respon motorik : | 3 |
| b) Respon bicara : | 3 |
| c) Respon membuka mata : | 1 |
| Jumlah : | <u>7</u> |

Kesimpulan : Pasien dengan kesadaran somnolen

2) Tekanan darah : 191/90 mmHg

MAP : 243,6 mmHg

Kesimpulan : Fungsi ginjal tidak memadai

3) Suhu : 370C di ☐ Oral ☒ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 24 x/menit

- | | | |
|---------|--|---|
| Irama : | ☐ Teratur | ☐ Bradipnea |
| | ☒ Takipnea | |
| | ☐ Kusmaul | ☐ Cheynes-stokes |
| Jenis : | ☒ Dada | ☐ Perut |

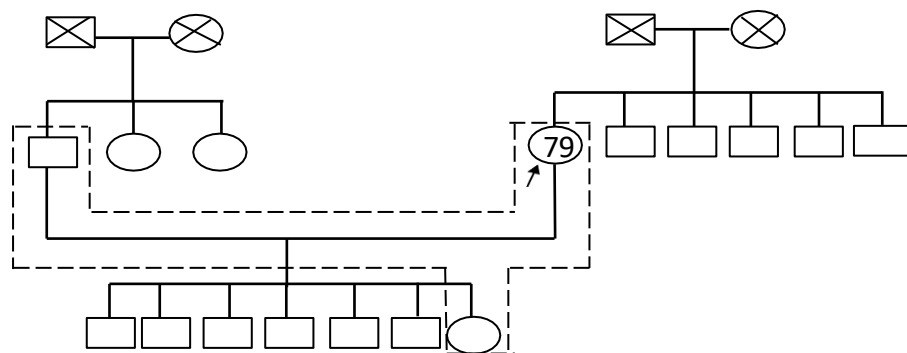
5) Nadi : 68 x/menit

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

c. PENGUKURAN

1. Lingkar lengan atas : 24 cm
 2. Tinggi badan : 150 cm
 3. Berat badan : 50 kg
 4. IMT (Indeks Massa Tubuh : 22,02
- Kesimpulan : Berat badan normal

d. GENOGRAM



Keterangan:

- : Laki – laki
 ○ : Perempuan
 ⊠ ⊡ : Meninggal
 □—○ : Menikah
 □ (double border) : Pasien yang diidentifikasi

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1) Keadaan Sebelum Sakit

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

mengatakan bahwa pasien jarang memeriksakan kesehatannya dan keluarga pasien juga mengatakan pasien menderita penyakit hipertensi dari usia 35 tahun, keluarga pasien mengatakan pasien mengonsumsi obat antihipertensi (amlodipin 5 mg), tetapi pasien tidak teratur minum obat hipertensinya. pasien tidak merasa pusing jika tekanan darahnya naik, pasien juga berusaha meningkatkan kesehatannya dengan mencoba untuk mengurangi kebiasaan makan daging, berlemak dan yang mengandung banyak penyedap rasa.

2) Riwayat Penyakit Saat Ini

a) Keluhan Utama : Kelumpuhan pada bagian kiri

b) Riwayat Keluhan Utama :

Keluarga pasien mengatakan 1 minggu yang lalu pasien mengalami menggigil, sering cenderung menutup mata. Keluarga pasien mengatakan tidak teratur minum obat hipertensinya dan tidak rutin mengontrol penyakitnya di rumah sakit atau di puskesmas. Akhirnya keluarga membawa pasien ke rumah sakit stella maris.

c) Riwayat Penyakit yang Pernah Dialami :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami hipertensi sejak usia 35 tahun.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga:

Keluarga pasien mengatakan bahwa kedua orang tuanya tidak pernah mengalami hipertensi maupun diabetes.

b. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan menu nasi, sayur ikan secukupnya, serta biasa mengonsumsi air putih 5-6 gelas per hari. Keluarga mengatakan

pasien menghindari makanan yang asin dan daging karena hipertensi yang dialami pasien.

2) Keadaan Sejak Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan menu bubur saring (150cc), serta diberikan air putih sebanyak (60 cc).

3) Observasi :

Tampak pasien terpasang selang NGT

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan Rambut : Tampak kotor dan beruban
- b) Hidrasi Kulit : Hidrasi kulit kembali dalam ≤ 3 detik
- c) Palpebra/ Conjunctiva : Palpebra tidak tampak edema / conjunctiva tampak anemis
- d) Sclera : Tidak tampak ikterik
- e) Hidung : Tampak bersih, tidak ada polip atau lesi
- f) Rongga Mulut : Tampak kotor, tidak ada peradangan
Gigi : Tampak tidak utuh, tampak tidak ada terpasang gigi palsu
- g) Kemampuan Mengunyah Keras : Pasien mampu mengunyah keras
- h) Lidah : Tampak bersih
- i) Pharing : Tidak tampak adanya peradangan
- j) Kelenjar Getah Bening : Tidak tampak adanya peradangan
- k) Kelenjar Parotis : Tidak tampak adanya peradangan
- l) Abdomen
(1) Inspeksi : Tampak datar, tampak tidak ada benjolan

(2) Auskultasi : Terdapat suara peristaltik usus 13x /menit

(3) Palpasi : Tidak ada benjolan

(4) Perkusi : Terdengan timpani

m) Kulit

(1) Edema : ☐ Positif ☒ Negatif

(2) Icteric : ☐ Positif ☒ Negatif

(3) Tanda-tanda : Tidak ada
radang

n) Lesi : tidak tampak adanya lesi

c. POLA ELIMINASI

1) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien mampu BAK dan BAB dengan baik sebelum sakit dan tidak ada keluhan apapun mengenai masalah pencernaan. Pasien biasanya BAK 1-4 kali dalam sehari dan BAB 2x selama 1-3 hari.

2) Keadaan Sejak Sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien memakai pampres dan kateter dan dalam sehari jumlah urine +/- 400ml dengan warna urine kuning. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien sudah BAB 1x berwarna kuning dengan konsistensi feses lembek.

3) Observasi : Tampak pasien menggunakan pampers dan kateter.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Peristaltik usus : 13 x/menit

b) Palpasi Kandung : ☐ Penuh ☒ Kosong
kemih

c) Nyeri Ketuk Ginjal : ☐ Positif ☒ Negatif

- d) Mulut Uretra : Tampak bersih, tidak ada kemerahan atau lesi
- e) Anus
- (1) Peradangan : tidak tampak adanya peradangan
 - (2) Hemoroid : tidak ada
 - (3) Fistula : tidak ada

d. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Aktivitas yang biasa pasien lakukan yaitu membersihkan rumah, mencuci, memasak. Keluarga pasien mengatakan pasien juga sering mengikuti kegiatan dan pelayanan di gereja dan pasien jarang berolahraga jika ada waktu kosongnya.

2) Keadaan Sejak Sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kirinya dan pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur. Keluarga pasien mengatakan dalam melakukan aktivitas pasien hanya dibantu oleh keluarga atau perawat. Pasien juga tidak mampu miring kanan atau miring kiri secara mandiri.

3) Observasi :

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

a) Aktivitas Harian

- Makan : 3
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang Air Besar : 3

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

- Buang Air Kecil : 1

- Mobilisasi : 2

di Tempat Tidur

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

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

d) Anggota Gerak yang Cacat : Tampak tidak ada anggota gerak yang cacat

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomi : tidak ada

4) Pemeriksaan Fisik

a) Tekanan Darah

 Berbaring : 191/90 mmhg

 Duduk : -

 Berdiri : -

Kesimpulan : ☐ Positif ☒ Negatif

Hipotensi Ortostatik

b) HR : 68 x/menit

c) Kulit

 Keringat Dingin : Tidak ada keringat

 Basah : Tidak ada basah

d) JVP : 5 - 2 cmH₂O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi Pembuluh : kembali < 3 detik

Kapiler Kuku

f) Thorax dan Pernapasan

(1) Inspeksi

Bentuk Thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi Interkostal : Tidak ada retraksi
 Sianosis : Tidak tampak sianosis
 Stridor : Tidak terdengar stridor

(2) Palpasi

Vocal Premitus : Tidak dikaji karena pasien tidak bisa berbicara dengan sempurna
 Krepitasi : Tidak ada kremitasi

(3) Perkusi

✓ Sonor ☐ Redup ☐ Pekak

Lokasi: Lapang paru

(4) Auskultasi

Suara Napas : Vesikuler
 Suara Ucapan : Tampak tidak terlalu jelas
 Suara Tambahan : Tidak ada suara tambahan

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus Cordis : Tidak tampak pembesaran ictus cordis

(2) Palpasi

Ictus Cordis : Tidak teraba ictus cordis

(3) Perkusi

Batas Atas Jantung : ICS 2 linea midclavicularis sinistra

Batas Bawah Jantung : ICS 5 linea midclavicularis sinistra

Batas Kanan Jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

Batas Kiri Jantung : ICS 5 linea midaxillaris sinistra

(4) Auskultasi

Bunyi Jantung II A	: tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra
Bunyi Jantung II P	: tunggal, ICS 2 linea sternalis sinistra
Bunyi Jantung I T	: tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra
Bunyi Jantung I M	: tunggal, ICS 5 linea midclavicular sinistra
Bunyi Jantung III Irama Gallop	: tidak ada bunyi irama gallop
Murmur	: tidak ada murmur jantung
Bruit : Aorta	: tidak ada
A. Renalis	: tidak ada
A. Femoralis	: tidak ada

h) Lengan dan Tungkai

(1) Atrofi Otot : ☐ Positif ☒ Negatif

(2) Rentang Gerak : Tampak pergerakan terbatas

Kaku Sendi : Tampak tidak ada kekakuan pada tubuh bagian kanan

Nyeri Sendi : tidak ada nyeri sendi

Fraktur : tidak ada fraktur

Parese : Pada tubuh sebelah kanan

Paralisis : Paralisis pada tubuh sebelah kiri pasien

(3) Uji Kekuatan Otot : Kanan Kiri

Tangan	3	0
Kaki	3	0

Keterangan

- Nilai 5 : Kekuatan penuh
 Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain
 Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan
 Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh
 Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan
 Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(4) Refleks Fisiologi : Ekstremitas kanan : Bisep (+), Trisep (+), Patella (+), dan Achilles (+)
 Ekstremitas kiri : Bisep (-), Trisep (-), Patella (-), dan Achilles (-)

(5) Refleks Patologi : Negatif
 Babinski, Kiri : ☐ Positif ☒ Negatif
 Kanan : ☒ Positif ☐ Negatif

(6) Clubing Jari-Jari : Tidak ada

(7) Varises Tungkai : Tidak ada

i) Columna Vetebralis

(1) Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis
☐ Skoliosis

(2) Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

(3) Kaku Kuduk : Tidak ada

e. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1. Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien sangat baik, dalam sehari pasien tidur $\pm$ 6-7 jam. Pasien tidur

malam biasanya jam 21.00-05.00 wita dan pada siang hari biasanya tidur jam 13.00-15.00 wita.

2. Keadaan Sejak Sakit :

Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien susah tidur, pola tidur pasien tidak teratur. Dalam sehari pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, dan tidur siang pasien hanya 1 jam.

3. Observasi :

Tampak pasien selalu berbaring di tempat tidur

Ekspresi Wajah : ☒ Positif ☐ Negatif

Mengantuk

Banyak Menguap : ☐ Positif ☒ Negatif

Palpebra Inferior : ☒ Positif ☐ Negatif

Berwarna Gelap

f. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1. Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mengalami masalah pada penglihatan maupun pendengaran.

2. Keadaan Sejak Sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien cenderung hanya menutup mata, komunikasi hanya jika diajak bicara, dengan jawaban singkat “iya”.

3. Observasi :

4. Tampak tidak ada alat bantu penglihatan maupun pendengaran
Pemeriksaan Fisik

a. Penglihatan

(1) Kornea : Tampak jernih

(2) Pupil : Isokor

(3) Lensa mata : Tampak jernih

- (4) Tekanan Intra : Tekanan pada kedua bola mata
Okuler (TIO) sama
- b. Pendengaran
- (1) Pina : Tampak bersih dan simetris
- (2) Kanalis : Tampak tidak ada serumen
- (3) Membran : Tampak memantulkan cahaya
Timpani Polizer
- c. Pengenalan Rasa : Pasien tidak mampu merasakan
pada Gerakan rasangan yang diberikan pada
Lengan dan lengan sebelah kiri dan tungkai kiri.
Tungkai
- g. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI
1. Keadaan Sebelum Sakit :
- Keluarga pasien mengatakan pasien selama dirumah hanya berbaring, tidak melakukan aktivitas, semua dibantu oleh penjaga dan keluarga. Pasien juga sudah jarang berbicara.
2. Keadaan Sejak Sakit :
- Pasien hanya terbaring di tempat tidur, selalu menutup mata, tidak berbicara.
3. Observasi :
- Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidurnya dan tidak bisa melakukan apapun.
- Kontak mata : Hanya membuka mata jika dipanggil.
- Rentang perhatian : Tampak perhatian pasien kurang.
- Suara dan cara bicara : Terdengar suara pasien tidak jelas dan sulit dimengerti/ tidak nyambung.

h. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal dengan suami dan anak bungsu beserta menantu dan cucu-cucunya. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan suami, anak, dan menantu terjalin dengan baik. Karena kondisi yang lemah, pasien hanya dirumah.

2. Keadaan Sejak Sakit :

Pasien tampak tidak berespon dengan lingkungan sekitar. Tampak hanya menutup mata.

3. Observasi :

Tampak suami, anak ke 3 dan anak ke 4 serta anak mantunya saling bergantian untuk menjaga pasien dan selalu berada di samping pasien. Tampak tetangga pasien menjenguk pasien.

i. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1. Keadaan Sebelum Sakit :

Tidak ada masalah pada reproduksi dan seksual. Pasien sudah menopause.

2. Keadaan Sejak Sakit : Tidak dikaji

3. Observasi : Tidak dikaji

j. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1. Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga mengatakan pasien sudah jarang berbicara hanya cenderung menutup mata/ tidur.

2. Keadaan Sejak Sakit :

Pasien tidak merespon ketika diajak bicara.

3. Observasi :

Pasien tampak selalu menutup mata.

k. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1. Keadaan Sebelum Sakit :

Pasien beragama Katolik, keluarga pasien sudah tidak bisa lagi ke gereja, kadang mendapat kunjungan pelayanan dari gereja.

2. Keadaan Sejak Sakit :

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

3. Observasi :

Tampak pasien berdoa saat sebelum makan

Tampak pasien ikut berdoa bersama jika keluarga atau temannya menjenguk.

5. UJI SARAF KRANIAL

- a. N I (Olfaktorius) : Pasien dapat menghirup aroma minyak kayu putih dalam keadaan mata tertutup.
- b. N II (Optikus) : Pasien tidak mampu membaca dengan jarak ± 30 cm.
- c. N III, IV, VI : Tidak dapat dikaji karena pasien cenderung menutup mata
(Oculomotorius, Trochlearis, Abducent)
- d. N V (Trigeminus)
 - Sensorik : Tidak dapat dikaji karena pasien cenderung menutup mata
 - Motorik : Tidak dapat dikaji karena pasien cenderung menutup mata
- e. N VII (Facialis)
 - Sensorik : Pasien tidak bisa menyebutkan rasa manis yang diberikan perawat
 - Motorik : Pasien mampu mengunyah
- f. N VIII : Pasien kadang-kadang bisa bangun
(Vestibulocochlearis) dengan rangsangan suara
- g. N IX : Pasien tidak mampu menelan
(Glossopharyngeus) karena pasien terpasang NGT
- h. N X (Vagus) : Tampak ovula berada ditengah
- i. N XI (Accessorius) : Pasien tidak mampu dapat mengangkat dan mengerakkan kedua bahunya.

- j. N XII (Hypoglossus) : Pasien tidak bisa mengerakkan lidah dan mendorong pipi ke kiri dan kanan.

6. PENGKAJIAN LEVEL STROKE

NO	KOMPONEN	OBSERVASI		
		YA	TIDAK	KET
1	Persiapan perawat :	√		
	- Perawat mengetahui level stroke pasien - Perawat menguasai dan memahami langkah- langkah yang akan dilakukan	√ √		
2	Persiapan pasien	√		
	- Menjelaskan tujuan tindakan dan prosedur yang akan dilakukan - Tanda vital pasien stabil (hemodinamik stabil) sudah melewati fase akut - Persiapan fisik dan mental pasien	√ √ √ √ √		
3	Persiapan lingkungan	√		
	- Persiapan lingkungan dan nyaman dan sesuai dengan kebutuhan klien - Melibatkan keluarga atau rekan selama proses tindakan pertahanan prifasi	√ √		

	lingkungan			
4	Persiapan alat:-	√		
5	Pelaksanaan	√		
	• Salam teraupetik • Mencuci tangan • Mengkaji adanya nyeri bahu • Mengkaji kondisi dan kemampuan pasien (tonus otot) • Memberikan posisi yang nyaman sesuai tindakan yang akan dilakukan	√ √ √ √ √		
	Level 1 dan 2 : (kaji keseimbangan kepala)	√		
	Level 1 : belum dapat menjaga keseimbangan kepala	√		
	Level 2 : mampu menjaga keseimbangan kepala	√		
	1. Pasien tetap dalam posisi baring	√		
	2. Beri posisi fleksi kepala dan meminta pasien untuk menahannya	√		
	3. Letakkan tangan kiri perawat berada di area parietal pasien	√		

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

7. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Laboratorium (10/05/2025)

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	9.33	[10 ³ /uL]	4.79-11.3
RBC	3.42	[10 ⁶ /uL]	4.00-5.50
HGB	9.5	[g/dL]	10.8-14.9
HCT	27.4	[%]	34.0-45.1
MCV	80.1	[fL]	71.8-92.0
MCH	27.8	[pg]	22.6-31.0
MCHC	34.7	[g/dL]	30.8-35.2
PLT	246	[10 ³ /uL]	150-450
RDW-CV	14.6	[%]	11.3-14.6
PDW	8.8	[fL]	9.0-13.0
MPV	9.1	[fL]	7.2-11.1
P-LCR	17.7	[%]	15.0-25.0
NEUT#	+ 12,84	[10 ³ /uL]	2.72-7.53
LYMPH#	1.68	[10 ³ /uL]	1.46-3.73
MONO#	+ 0,89	[10 ³ /uL]	3.60-9.90
EO#	0.04	[10 ³ /uL]	0.04-0.43
BASO#	0.07	[10 ³ /uL]	0.02-0.09
IG#	0.04	[10 ³ /uL]	0.000-0.0
NEUT%	82,7	[%]	42.5-71.0
LYMPH%	10.8	[%]	20.40-44
MONO%	5.7	[%]	3.60-9.90
EO%	0.3	[%]	0.7-5.4
BASO%	0.5	[%]	0.00-1.00
IG%	0.3	[%]	0-7

b. CT Scan (10/05/2025)

Kesan:

Infark lama dan baru cerebri bilateral, infrak lama luas di kanan

Infrak kecil-kecil pons cerebri sisi kanan

Atrofi cerebri

c. Foto Toraks (09/05/2025)

Kesan : Cardiomegaly

C. ANALISA DATA

Nama / Umur : Ny.J / 79 tahun

Ruang / Kamar : St.Bernadeth / 1211

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak dari usia 35 tahun Data Objektif: - Tampak pasien cenderung menutup mata. - Hasil observasi: TD: 191/90mmHg N: 68x/menit P: 24x/menit S: 37°C - Hasil CT-Scan kesan : infrak celebri bilateral, infark pons cerebri kanan dan atrofi cerebri. - GCS : M3V3E1 = 7 Kesadaran : Somnolen	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2.	Data Subjektif - Keluarga pasien mengatakan pasien lemah	Gangguan neuromuskular	Defisit perawatan diri

	dan tidak mampu melakukan aktivitas fisik sehari-hari semenjak sakit stroke 1 tahun dan harus dibantu penuh oleh keluarga karena pasien terus berbaring Data Objektif - Pasien tampak lemah dan bedrest - Pasien tampak tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, dan berhias secara mandiri - Hemiplegi sinistra		
3	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mampu melakukan aktivitas dan hanya berbaring di tempat tidur - Keluarga pasien mengatakan pasien cenderung menutup mata - Keluarga mengatakan pasien tidak dapat miring kanan dan miring kiri secara mandiri Data objektif: - Pasien tampak bedrest total dengan posisi berbaring terlentang - Pasien tampak tertidur - Pasien tampak lemah sehingga perlu bantuan orang lain - Pasien tampak tidak ada tanda-tanda decubitus	Penurunan mobilitas	Resiko gangguan integritas kulit

	- GCS : M3V3E1 = 7 Kesadaran : Somnolen		
--	--	--	--

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama / Umur : Ny. J / 79 tahun

Ruang / Kamar : St.Bernadeth / 1211

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi (D.0017).
2.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular (D.0109).
3.	Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan penurunan mobilitas (D.0139).

E. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Ny. J / 79 tahun

Ruang / Kamar : St.Bernadeth / 1211

NO	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibutuhkan dengan hipertensi (D.0017)	Perfusi Serebral (L.02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan perfusi serebral membaik dengan kriteria hasil: • Tekanan diastol cukup membaik • Tekanan Sistolik cukup membaik	Pemantauan Neurologis (I.06197) Observasi • Monitor tingkat kesadaran (mis. menggunakan Skala Koma Glasgow) • Monitor tanda-tanda vital • Monitor respon terhadap pengobatan Terapeutik • Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, jika perlu • Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien • Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi • Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan • Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Kolaborasi • Pemberian obat antikoagulan dan neuroprotektor.
2.	Defisit perawatan diri	Perawatan diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi

	berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0109)	keperawatan selama 2x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: • Mempertahankan kebersihan diri cukup meningkat • Mempertahankan kebersihan mulut cukup meningkat	• Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik • Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) • Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) • Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Edukasi • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan
3.	Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0139)	Integritas kulit/jaringan (L.14125) Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil: • Kerusakan kulit/jaringan tidak terjadi	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas) Terapeutik • Ubah posisi tiap 2 jam. • Gunakan produk berbahan minyak pada kulit (mis. <i>Virgin coconut oil</i>) Edukasi • Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) • Anjurkan minum air yang cukup • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Ny. J / 79 tahun

Ruang / Kamar : St.Bernadeth / 1211

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
15 /05/ 2025	I	08:30	Mengobservasi Tanda-tanda vital serta tingkat kesadaran GCS Hasil: • TD: 191/90mmHg • N : 68x/menit • S : 37°C • P : 24x/menit Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran somnolen dengan GCS: M3V3E1=7	Vivien
	III	10.20	Mengubah posisi tiap 2 jam Hasil : Pasien miring kanan untuk mencegah dekubitus dan tampak keluarga pasien membantu pasien miring kiri dan miring kanan sesuai instruksi.	Vivien
	I, III	10.15	Mengkolaborasikan pemberian obat Hasil : • Moxifloxacin 400mg • Albuterol (3x2)/Oral	Vivien
	II	10.18	Memonitor tingkat kemandirian Hasil :	Vivien

			Pasien tampak lemas dan cenderung tidur dan mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri sehingga semua aktifitas bantuan.	
	III	10.20	Mengubah posisi tiap 2 jam Hasil : Pasien miring kiri	Vivien
	II	11.00	Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Hasil : Tampak keluarga telah membantu menyiapkan perlengkapan untuk kebersihan diri pasien seperti pakaian bersih, dan popok.	Vivien
	III	11.15	Mengoleskan minyak <i>virgin coconut oil</i> pada kulit bagian belakang pasien. Hasil : Kulit lembab, tidak ada tanda kemerahan.	Vivien
	III	12.00	Memberikan asupan nutrisi Hasil : Tampak makanan pasien disediakan rumah sakit sesuai instruksi dari ahli gizi dengan menu bubur saring sebanyak 150 cc pemberian melalui NGT.	Vivien

	III	12.07	Memberikan minum air yang cukup Hasil : Tampak pasien diberikan air putih sebanyak 50 cc melalui selang NGT	Vivien
	III	12.55	Mengubah posisi tiap 2 jam Hasil : Pasien miring kanan	Vivien
	III	12.57	Mengidentifikasi tanda-tanda dekubitus setelah diberikan posisi miring kanan Hasil : Tampak tidak ada tanda dekubitus pada area bokong dan punggung pasien.	Vivien
	II	14.25	Mengobservasi Tanda-tanda vital Hasil: ▪ TD: 180/85 ▪ N : 74x/menit ▪ S : 36,5°C ▪ P : 22x/menit	Vivi
	III	14.45	Mengubah posisi tiap 2 jam Hasil : Pasien miring kiri	Vivi
	I	16.30	Membantu pasien mengganti pakaian pakaian bersih Hasil : Tampak pasien lebih nyaman dan lebih bersih dan rapi dari sebelumnya	Vivi

	III	16.55	Mengubah posisi tiap 2 jam Hasil : Pasien miring kiri	Vivi
	I,III	17.00	Mengkolaborasikan pemberian obat Hasil : • Citicolin/2 ampul • Mersibion/1 ampul • Ambacin/1 gram • Nefrosteril/1 botol • Omeprazole/1 Vial • Alunos (3x2)/oral	Vivi
	III	18.00	Memberikan asupan nutrisi pada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring melalui NGT sebanyak 100 cc +50 cc air putih	Vivi
	I	20.20	Mengobservasi tanda-tanda vital serta tingkat kesadaran TTV Hasil : • TD: 180/90mmhg • N: 76x/menit • P: 23x/menit • S: 36,5 • GCS: 7 Pasien belum masih mengalami penurunan kesadaran yaitu somnolen	Vivi
	III	20.55	Mengubah posisi tiap 2 jam	Vivi

			Hasil : Pasien miring kanan	
	III	20.58	Mengidentifikasi tanda-tanda dekubitus setelah diberikan posisi miring kanan Hasil : Tampak tidak ada tanda dekubitus pada area bokong dan punggung pasien.	Vivi
16/05/2025	I	08:30	Mengobservasi Tanda-tanda vital serta tingkat kesadaran GCS Hasil: ▪ TD: 176/85 ▪ N : 82x/menit ▪ S : 36,5°C ▪ P : 23x/menit Tampak ada sedikit perubahan pada (eyes) dari E1 ke E2 pasien yaitu kesadaran somnolen dengan GCS: M3V3E2=8	Vivien
	III	08.50	Mengidentifikasi tanda-tanda dekubitus Hasil : Pasien tidak mengalami tanda dekubitus pada area bokong dan punggung pasien.	Vivien
	III	08.55	Mengubah posisi tiap 2 jam Hasil : Pasien miring kiri	Vivien

	I,III	10.05	Mengkolaborasikan pemberian obat Hasil : • Moxifloxacin 400mg • Albinos (3×2)/Oral	Vivien
	III	10.55	Mengubah posisi tiap 2 jam Hasil : Pasien miring kanan	Vivien
	III	12.00	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Hasil : Tampak makanan pasien disediakan rumah sakit sesuai instruksi dari ahli gizi pasien dengan menu bubur saring sebanyak 150 cc pemberian melalui NGT.	Vivien
	III	12.10	Menganjurkan minum air yang cukup Hasil : Tampak pasien diberikan air putih sebanyak 50 cc melalui selang NGT	Vivien
	III	12.50	Mengubah posisi tiap 2 jam Hasil : Pasien miring kiri	Vivien
	III	12.57	Mengidentifikasi tanda-tanda dekubitus Hasil : Pasien tidak mengalami tanda dekubitus pada area bokong dan punggung pasien.	Vivien
	II	14.00	Mengobservasi Tanda-tanda vital	Vivi

			serta tingkat kesadaran GCS Hasil: • TD: 175/90 • N : 80x/menit • S : 36,5°C • P : 22x/menit Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran dengan GCS:M3V3E2=8 (somnolen)	
	III	15.40	Mengidentifikasi tanda-tanda dekubitus Hasil : Pasien tidak mengalami tanda dekubitus pada area bokong dan punggung pasien.	Vivi
	III	15.48	Mengubah posisi tiap 2 jam Hasil : Pasien miring kanan	Vivi
	II	16.00	Memandikan pasien Hasil : Pasien nyaman setelah dibersihkan dan diganti pakaiannya	Vivi
	III	16.15	Menggunakan produk atau minyak/ pelembab pada kulit. Hasil : Tampak keluarga menyiapkan minyak <i>virgin coconut oil</i> dan dioleskan pada kulit pasien	Vivi

	I,III	17.00	Mengkolaborasikan pemberian obat Hasil : • Citicolin/2 ampul • Mersibion/1 ampul • Ambacin/1 gram • Nefrosteril/1 botol • Omeprazole/1 Vial • Alunos (3x2)/oral	Vivi
	II	18.20	Memberikan asupan nutrisi pada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring melalui NGT sebanyak 150 cc + 60 cc air putih	Vivi
	III	18.50	Mengubah posisi tiap 2 jam Hasil : Pasien miring kiri	Vivi
	III	18.55	Mengidentifikasi tanda-tanda dekubitus Hasil : Pasien tidak mengalami tanda dekubitus pada area bokong dan punggung pasien.	Vivi
	I	20.35	Mengobservasi tanda-tanda vital pada pasien Hasil : • TD: 180/90mmHg • N: 76x/menit	Vivi

			• P: 23x/menit • S: 36,5	
--	--	--	--	--

G. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Ny.J / 79 tahun

Ruang / Kamar : St.Bernadeth / 1211

Tanggal	Dx	Evaluasi (S O A P)	Nama Perawat
15/05/2025	I	Diagnosis keperawatan: Resiko perfusi serebral tidak efektif S: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak gelisah ataupun cemas karena pasien cenderung tidur O : - GCS 7 (M3,V3,E1) - Kesadaran somnolen, pasien cenderung menutup mata - Pasien hanya berespon jika diberi stimulus. TTV : - TD : 191/90mmHg - N: 68 x/menit - P: 24 x/menit - S: 370C A : Masalah perfusi serebral belum teratasi P: Lanjutkan manajemen pemantauan neurologis	Vivien
	II	Diagnosis keperawatan: Defisit	

		perawatan diri S: • Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri dan selalu perlu bantuan dari orang lain O: • Pasien tampak bersih • Pasien tampak nyaman setelah perawatan diri • Pasien tampak memerlukan bantuan orang lain untuk perawatan diri dan mempertahankan kebersihannya A: Masalah perawatan diri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi perawatan diri	
	III	Diagnosis keperawatan: Resiko gangguan integritas kulit S: • Keluarga mengatakan pasien sudah 1 tahun terbaring di tempat tidur dan bangun apabila di panggil/ dikasih rangsangan nyeri O: • Pasien tampak bedrest total, tidak mampu miring kiri miring kanan. • Pasien menghabiskan bubur saring 150cc dan air putih 60cc melalui NGT • Pasien belum menunjukkan tanda tanda decubitus.	

		A: Masalah integritas kulit/jaringan tidak terjadi P: Tetap dilanjutkan intervensi perawatan integritas kulit	
16/05/2025	I	Diagnosis keperawatan: Resiko perfusi serebral tidak efektif S: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak gelisah ataupun cemas karena pasien cenderung tidur O : Pasien tampak selalu menutup mata. - GCS 8 (M3,V3,E2) - Kesadaran Somnolen - TTV : - TD: 180/85 - N : 74x/menit - S : 36,5°C - P : 24x/menit A : Masalah perfusi serebral belum teratasi P: Lanjutkan manajemen pemantauan Neurologis	Vivi
	II	Diagnosis keperawatan: Defisit perawatan diri S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri dan selalu perlu bantuan	

		dari orang lain O: • Pasien tampak bersih • Pasien tampak nyaman setelah perawatan diri • Pasien tampak memerlukan bantuan orang lain untuk perawatan diri dan mempertahankan kebersihannya A: Masalah perawatan diri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi perawatan diri	
	III	Diagnosis keperawatan: Resiko gangguan integritas kulit S: • Keluarga mengatakan pasien sudah 1 tahun terbaring di tempat tidur dan bangun apabila di panggil/ dikasih rangsangan nyeri O: • Pasien tampak bedrest total • Pasien tampak turgor kulitnya elastisitas/kering • Pasien menghabiskan bubur saring 150cc dan air putih 60cc melalui NGT • Pasien belum menunjukkan tanda	

		tanda decubitus. A: Masalah integritas kulit/jaringan tidak terjadi P: Tetap lanjutkan intervensi perawatan integritas kulit	
--	--	---	--

H. DAFTAR OBAT

1. Ambacin

- Klasifikasi/golongan obat: antibiotik sefalosforin
- Dosis umum : Dewasa : 750 mg - 1,5 g diberikan setiap 8 jam selama 5 - 10 hari.
- Mekanisme kerja obat: obat ini bekerja untuk menghambat dan menghentikan pertumbuhan bakteri penyebab infeksi
- Alasan pemberian : untuk mencegah pertumbuhan bakteri
- Efek samping : Gangguan gastrointestinal, perubahan hematologi (perubahan darah), superinfeksi, rasa sakit pada tempat injeksi, radang tromboflebitis (pembengkakan pada vena)

2. Citicolin

- Klasifikasi/golongan obat: Neuroprotektif, prekursor fosfatidilkolin
- Dosis umum: 500–2000 mg per hari, dapat diberikan secara oral atau injeksi
- Mekanisme kerja obat: Meningkatkan sintesis fosfatidilkolin di membran sel saraf, mendukung pemulihan sel saraf setelah cedera atau stroke
- Alasan pemberian: Mendukung pemulihan neurologis setelah stroke, trauma otak, atau gangguan kognitif ringan
- Efek samping: Umumnya jarang; dapat meliputi gangguan pencernaan ringan, insomnia, atau sakit kepala

3. Merubion

- a. Klasifikasi/golongan obat: Vitamin B12 (Kobalamin)
 - b. Dosis umum: 500–1000 mcg per hari, tergantung pada kebutuhan individu
 - c. Mekanisme kerja obat: Mendukung metabolisme sel darah merah dan fungsi sistem saraf
 - d. Alasan pemberian: Mengatasi defisiensi vitamin B12, anemia megaloblastik, atau neuropati
 - e. Efek samping: Jarang terjadi; dapat mencakup reaksi alergi ringan atau gangguan pencernaan
4. Atovastatin
- a. Klasifikasi/golongan obat: Statin (HMG-CoA reduktase inhibitor)
 - b. Dosis umum: 10–80 mg per hari, tergantung pada indikasi dan respons pasien
 - c. Mekanisme kerja obat: Menghambat enzim HMG-CoA reduktase, mengurangi produksi kolesterol di hati
 - d. Alasan pemberian: Menurunkan kadar kolesterol LDL dan trigliserida, mencegah penyakit jantung koroner
 - e. Efek samping: Nyeri otot, gangguan pencernaan, peningkatan enzim hati, risiko diabetes tipe 2
5. Nefrosteril
- a. Klasifikasi/golongan obat: Obat penunjang fungsi ginjal
 - b. Dosis umum: Dosis disesuaikan dengan kondisi pasien dan indikasi spesifik
 - c. Mekanisme kerja obat: Mendukung fungsi ginjal dan metabolisme tubuh
 - d. Alasan pemberian: Mengatasi gangguan fungsi ginjal atau sebagai terapi tambahan pada penyakit ginjal
 - e. Efek samping: Dapat mencakup reaksi alergi atau gangguan elektrolit
6. Omeprazole
- a. Klasifikasi/golongan obat: Penghambat pompa proton (PPI)
 - b. Dosis umum: 20–40 mg per hari, biasanya sebelum makan

- c. Mekanisme kerja obat: Menghambat enzim H^+/K^+ ATPase di sel parietal lambung, mengurangi produksi asam lambung
- d. Alasan pemberian: Mengobati GERD, tukak lambung, dan kondisi terkait asam lambung berlebih
- e. Efek samping: Sakit kepala, diare, mual, peningkatan risiko infeksi saluran cerna

7. Moxifloxacin

- a. Klasifikasi/golongan obat: Antibiotik fluoroquinolone
- b. Dosis umum: 400 mg per hari, baik oral maupun intravena
- c. Mekanisme kerja obat: Menghambat enzim topoisomerase II dan IV, mengganggu replikasi DNA bakteri
- d. Alasan pemberian: Mengobati infeksi bakteri seperti pneumonia, infeksi kulit, dan infeksi mata
- e. Efek samping: Mual, diare, pusing, risiko perpanjangan interval QT, reaksi alergi

8. Albunos

- a. Klasifikasi/golongan obat: Plasma ekspansor
- b. Dosis umum: Dosis disesuaikan dengan kondisi klinis pasien
- c. Mekanisme kerja obat: Meningkatkan volume plasma didalam darah, memperbaiki tekanan onkotik
- d. Alasan pemberian: Mengatasi hipovolemia, syok, atau kondisi medis yang memerlukan peningkatan volume darah
- e. Efek samping: Reaksi alergi, demam, peningkatan tekanan darah

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan ASKEP

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruang Bernadet I Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 15 Mei 2025 - 17 Mei 2025. Prinsip pembahasan menggunakan teori proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, keluarga dan perawat ruangan. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat. Hasil pengkajian kasus Ny.J usia 79 tahun didapatkan data bahwa pasien dalam kondisi somnolen dengan GCS 7, sisi kiri tubuh pasien mengalami hemiplegia sedangkan sisi kanan pasien masih dapat digerakkan namun lemah, tampak terpasang kateter dan pasien menggunakan pampers untuk pemenuhan eliminasi pasien, terpasang NGT untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien, sehingga aktivitas sehari-harinya (ADL) dibantu oleh keluarga atau perawat.

Ekstremitas kanan dapat digerakkan namun mengalami penurunan kekuatan otot (nilai 3) rentang gerak terbatas, pasien tidak dapat miring kiri dan miring kanan. Hasil CT-Scan kepala menunjukkan adanya infark cerebri bilateral, infark pada pons cerebri kanan, serta atrofi cerebri. Hal ini menunjukkan adanya kesamaan tanda dan gejala didalam tinjauan pustaka dimana manifestasi klinis mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan. Observasi tanda - tanda vital yaitu, TD : 191/90mmHg, N:

68×/menit, P: 24×/menit, S : 36,50C. Pasien mempunyai riwayat penyakit DM dan Hipertensi sejak usia 35 tahun.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian diatas diagnosis keperawatan utama yang diangkat oleh penulis :

a. Risiko gangguan perfusi cerebral ditandai dengan hipertensi

Penulis mengangkat diagnosis tersebut karena penulis memperoleh data yang mendukung yaitu Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kirinya dan memiliki riwayat hipertensi sejak dari usia 35 tahun. Hasil pengkajian diperoleh data pasien tampak selalu menutup mata, kesadaran somnolen, dengan data penunjang CT-Scan diperoleh kesan : infark celebri bilateral, infark pons cerebri kanan dan atrofi cerebri dengan hasil TTV : TD : 191/90mmHg, N: 68×/menit, P: 24×/menit.

b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Penulis mengangkat diagnosis ini karena penulis memperoleh data yang mendukung yaitu keluarga pasien mengatakan pasien lemah dan tidak mampu melakukan aktivitas fisik sehari-hari semenjak sakit stroke 1 tahun yang lalu. Pasien mengalami Hemiplegi sinistra dan cenderung tidur, tampak lemah. Semua ADL pasien yaitu mandi, mengenakan pakaian, makan, minum, eliminasi, harus dibantu oleh keluarga dan perawat.

c. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan penurunan mobilitas

Penulis mengangkat diagnosis ini karena penulis memperoleh data yang mendukung yaitu data yang didapatkan pada pasien yaitu pasien tampak bedrest total dengan posisi berbaring terlentang, tidak mampu miring kiri dan miring kanan, pasien

tampak cenderung tidur. Pemeriksaan fisik pada area belakang punggung tidak ada tanda dan gejala dekubitus (kemerahan,luka).

3. Intervensi keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ditemukan:

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi .

Untuk masalah ini, diharapkan perfusi serebral membaik dengan kriteria hasil : tekanan diastolik dan sistolik cukup membaik dan tingkat kesadaran cukup meningkat. Berdasarkan diagnosis ini penulis membuat intervensi sesuai dengan kondisi pasien yaitu pemantauan neurologis yang terdiri atas, observasi meliputi : monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, monitor respon terhadap pengobatan, terapeutik : tingkatkan frekuensi, atur interval waktu pemantauan neurologis, edukasi : tingkatkan frekuensi dan dokumentasi hasil pemantauan neurologis dan atur interval waktu berdasarkan dengan kondisi pasien, dan kolaborasi: pemberian obat antikoagulan dan neuroprotektor.

b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Untuk masalah ini, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil mempertahankan kebersihan diri dan mulut cukup meningkat. Berdasarkan diagnosis ini maka penulis membuat intervensi sesuai dengan kondisi pasien yaitu dukungan perawatan diri meliputi observasi : monitor tingkat kemandirian, dan kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan, terapeutik : sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi), siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi), edukasi : anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan.

- c. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan penurunan mobilitas

Untuk masalah ini, diharapkan integritas kulit / jaringan meningkat dengan kriteria hasil kerusakan kulit / jaringan tidak terjadi. Berdasarkan diagnosis ini maka penulis membuat intervensi sesuai dengan kondisi pasien yaitu dukungan perawatan diri meliputi observasi : identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem), terapeutik : ubah posisi tiap 2 jam, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, edukasi : anjurkan menggunakan pelembab (mis, lotion dan serum), anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Berdasarkan EBN salah satu intervensi untuk membantu mengurangi resiko gangguan integritas kulit dan jaringan adalah tindakan *massage virgin coconut oil*. Menurut Setiawan, (2023) pemberian *virgin coconut oil* dapat dilakukan pada pasien yang mengalami stroke hemoragik untuk mencegah terjadinya dekubitus.

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan implementasi keperawatan mengacu pada perencanaan yang dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Semua intervensi yang dibuat dan disusun telah di implementasikan selama 2 hari. Pada tahap ini penulis memberikan intervensi pada diagnosis resiko gangguan integritas kulit dan jaringan secara terapeutik kepada pasien berdasarkan dengan EBN dibantu dengan keluarga telah mengimplementasikan tindakan perubahan posisi miring kiri atau miring kanan yang dilakukan setiap 2 jam. Setiap perubahan posisi dilakukan observasi terkait dengan tanda-tanda dekubitus.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi Keperawatan merupakan tahapan akhir dari serangkaian proses keperawatan bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana perawatan telah tercapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan yang diberikan pada pasien.

- a. Diagnosis I : Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi

Evaluasi : masalah perfusi serebral belum teratasi karena belum ada perbaikan perkembangan neuromuskular pada pasien dengan data pendukung pasien masih cenderung tidur, kesadaran somnolen dengan tingkat kesadaran GCS 7 (M3,V3,E1) dan TD: 191/90mmHg, N: 68x/menit, P: 24x/menit.

- b. Diagnosa II : Defisit perawatan diri berhubungan dengan neuromuskular

Evaluasi : masalah perawatan diri belum teratasi karena pasien belum bisa secara mandiri melakukan aktivitas ADL seperti : mandi, mengenakan pakaian, makan, minum, eliminasi. Sehingga memerlukan bantuan dari orang lain yaitu keluarga dan perawat.

- c. Diagnosa III : Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan penurunan mobilitas

Evaluasi : masalah resiko gangguan integritas kulit belum teratasi karena pasien cenderung tidur dan tidak mampu melakukan posisi miring kanan dan miring kiri secara mandiri. Sehingga memerlukan bantuan orang lain.

B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing

1. Judul EBN

Efektivitas pemberian *virgin coconut oil* pada pasien stroke untuk mencegah dekubitus.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan integritas kulit ditandai dengan penurunan mobilitas.

3. Luaran yang diharapkan

Diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil kerusakan kulit/jaringan tidak terjadi.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Gunakan *virgin coconut oil* pada kulit pasien. Pada saat pengkajian, penulis menemukan bahwa klien GCS 7 dengan kesadaran somnolen sehingga pasien beresiko mengalami dekubitus.

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan

Pemberian *virgin coconut oil* adalah perawatan dasar pasien, terutama bagi mereka yang tidak dapat bergerak sendiri (tirah baring total) untuk mencegah terjadinya komplikasi seperti luka tekan (dekubitus).

b. Tujuan/ rasional EBN dan pada kasus askep

Tujuannya dari pemberian *virgin coconut oil* adalah untuk membantu mencegah kelembapan kulit sehingga tidak terjadi kerusakan pada kulit yang menyebabkan dekubitus.

6. PICOT EBN (*Population, Intervensi, Comparasi, Outcome dan time*)

No.	PENELITIAN	POPULATION	INTERVENSI	COMPARASI	OUTCOME	TIME
1.	Massage Effleurage Menggunakan Virgin Coconut Oil (VCO) untuk Menurunkan Risiko Dekubitus pada Penderita Stroke Penulis : Setiawan, Susyanti, Pratama Tahun Publish : 2024	Menggunakan 2 responden pada penelitian adalah 2 orang pasien Stroke.	Studi kasus yang dilakukan pada dua orang pasien stroke hemoragik yang diberikan intervensi <i>massage effleurage virgin coconut oil</i> .	Penelitian ini merupakan studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan medikal bedah. Tidak ada pembandingan dalam penelitian ini.	Berdasarkan pada penelitian ini diperoleh hasil kedua pasien yang diberikan posisi <i>massage effleurage virgin coconut oil</i> dapat mencegah terjadinya decubitus. karena dapat melembabkan kulit.	Dilakukan Setiap 4-5 menit pada pagi hari dan sore hari selama 5 hari

2.	Efektifitas Massage Dengan Minyak Zaitun (<i>Olive Oil</i>) Dan <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Rsud Sunan Kalijaga Demak Penulis : Christina Nur Widayati, Yesita Ragil Kusumaningrum, Rahmawati. Tahun Publish :	Menggunakan 22 responden pasien stroke sebagai sampel penelitian.	Studi kasus yang dilakukan pada dua kelompok pembandingan orang pasien stroke yang diberikan intervensi <i>massage olive oil</i> dan <i>virgin coconut oil</i> .	Penelitian ini merupakan metode <i>quasi eksperimental design</i> dengan <i>pre-test post-test</i>. 2 kelompok dilakukan <i>massage</i> dengan menggunakan yaitu kelompok (I) minyak zaitun (<i>olive oil</i>) dan Kelompok (II) <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO)	Berdasarkan pada penelitian ini diperoleh hasil kedua kelompok pasien yang diberikan posisi <i>massage olive oil</i> dan <i>virgin coconut oil</i> efektif dapat mencegah terjadinya decubitus.	Dilakukan Setiap 4-5 menit pada pagi hari dan sore hari selama 1 bulan
----	---	---	--	--	--	---

	2023					
3.	Mencegah Luka Tekan Pasien Stroke Dengan Implementasi Massage Menggunakan Minyak Kelapa Murni dan Alih Baring Penulis : Kuriawan Bagus Sugiarto, Much Nurkharistna Al Jihad Tahun Publish :	Menggunakan 2 responden pada penelitian adalah 2 orang pasien Stroke.	Studi kasus yang dilakukan pada dua orang pasien stroke hemoragik yang diberikan intervensi <i>massage virgin coconut oil</i> daerah punggung sampai sacrum dan alih baring	Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Tidak ada pembandingan dalam penelitian ini.	Berdasarkan penelitian yang dilakukan diperoleh hasil bahwa kedua pasien yang diberikan <i>massage virgin coconut oil</i> dan alih baring efektif untuk mencegah luka tekan pada pasien stroke yang menjalani tirah baring lama.	Dilakukan Setiap 4-5 menit pada pagi hari dan sore hari selama 5 hari

	2022					
--	------	--	--	--	--	--

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. "J" umur 79 tahun dengan NHS, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : dari hasil yang didapatkan pada Ny "J" umur 79 Tahun, faktor yang mendukung terjadinya NHS adalah komplikasi dari penyakit primer kronis yang dialami oleh pasien yaitu Hipertensi.
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Ny "J" dengan NHS yaitu :
 - a. Resiko resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
 - b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
 - c. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
3. Intervensi keperawatan yang telah di susun penulis yaitu, pemantauan neurologis untuk mengatasi masalah resiko, perfusi serebral tidak efektif, dukungan perawatan diri untuk mengatasi defisit perawatan
4. Implementasi keperawatan setelah dilakukan selama 2 hari yang dibantu oleh patner dan perawat yang bertugas, implementasi terlaksana dengan baik sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
5. Evaluasi keperawatan dari ketiga diagnosa keperawatan sudah teratasi sebagian sehingga intervensi dapat dilanjutkan oleh perawat di ruangan dan mahasiswa yang bertugas di ruangan.

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 dan keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik. Diharapkan pihak rumah sakit khususnya ruang perawatan, pentingnya memonitor secara ketat penanganan pasien stroke Non Hemoragik selama fase akut dalam peningkatan perfusi oksigen ke otak dengan menerapkan *evidence based nursing* terkait dengan pemberian *virgin coconut oil* untuk mencegah dekubitus.

2. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga dapat merawat, mencegah serta melakukan penanganan penyakit Stroke Non Hemoragik 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 Stroke Non Hemoragik.

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 Stroke Non Hemoragik melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan di bidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik di bidang 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>
- Caron, J., & Markusen, J. R. (2016). *Determinan Kejadian Stroke pada Pasien Hipertensi*. 1–23.
- Dinda vitya, d., cindy, a., & afni, n. (n.d.). *Ners professional study program professional program faculty of health sciences university of kususma husada surakarta 2023 position application head up 300 in fulfilling the needs of oxygenation in stroke patients*. Professional program.
- 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.
<https://doi.org/10.25077/jk3l.5.1.76-82.2024>
- Faridah, U., Sukarmin, S., & Murtini, S. (2019). Pengaruh Posisi Miring Terhadap Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Rsud Raa Soewondo Pati. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(1), 155.
<https://doi.org/10.26751/jikk.v10i1.632>
- 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>
- 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.
- Hady, A. J., Faradila, S., Kadir Ahmad, A., Harmiady, R., & Kemenkes Makassar, P. (2023). STROKE Fulfillment Of Oxygenation Needs by Providing A Head-Up 30°Position30°Position in Stroke Patients. In *Politeknik Kesehatan Makassar* (Vol. 14, Issue 1).
- Husni, A dan Randi, (2024) 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.
- 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>
- Juliani, J., Ritarwan, K., & Asrizal, A. (2022). Pengaruh Mobilisasi Segera Setelah Stroke Terhadap Kemandirian Fungsional Dan Pencegahan Resiko Ulkus Dekubitus. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 10(3), 266–273. <https://doi.org/10.20527/jdk.v10i3.86>
- Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surakarta Athanasia Budi Astuti, D., Endah Happy S Kp, R. P., & Kep, M. (n.d.). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Unit Stroke Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta (Aprilia Dwi Rahmawati, 2022).
- Kesehatan, P. (2024). Mengungkap Fakta Faktor Risiko Diabetes Melitus Uncovering The Facts On Risk Factors For Diabetes Mellitus In

Indonesia. 34(4), 814–823.

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.

<http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JLH>

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.

Masriana, Muammar, & Yahya, M. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Stroke Pada Pasien. *Journal of Nursing and Midwifery*, 3(3), 55–66. <http://jurnal.sdl.ac.id/index.php/dij/>

Muhammad Aldo Aditama, & Ummu Muntamah. (2024). Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Hemiparesis Dengan Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat*, 2(1), 7–14. <https://doi.org/10.35473/jkbs.v2i1.2444>

Nugraheni, F., & Anita, D. C. (2025). Studi Kasus Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Nursing Case Study : Physical Mobility Disorders in Non-Hemorrhagic Stroke Patients. 3, 532–539.

Pramana, B., Putra, S., Nyoman, N., Agustini, M., Putu, L., & Kamelia, L. (2024). Pengkajian Holistik Pasien Stroke Non-Hemoragik : Sebuah. 4(2), 98–104.

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.

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).

Pratama, A. D. (2021). Pengaruh Pemberian Dual Task Training Terhadap Penurunan Risiko Jatuh Pada Kasus Stroke Iskemik. *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*, 3(2), 32–40.

Pristianto, A., Raminda, S., & Nadia, Z. (2022). The Effect of Early Mobilization and Body Positioning on Functional Ability in Patients with Acute Ischemic Stroke. *Journal of Health Sciences*, 15(03), 262–269. <https://doi.org/10.33086/jhs.v15i03.2845>

Rachmatun, & Nuzulita, D. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Disartia di Rumah Sakit Islam Klaten. *Andrew's Disease of the Skin Clinical Dermatology.*, 8–53.

Rahayu, T. G. (2023). Analisis Faktor Risiko Terjadinya Stroke Serta Tipe Stroke. *Faletehan Health Journal*, 10(01), 48–53. <https://doi.org/10.33746/fhj.v10i01.410>

Rusmeni, N. P. D. A., Dewi, Y. S., & Suryantoro, S. D. (2022). Kombinasi Terapi Cermin Dan Menggenggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Pasca Stroke: Tinjauan Sistematis. *Jurnal Keperawatan*, 14(September), 807–820.

Sahla delia azzahra, F. (2023). 2,3 2 1. 7(1), 573–580.

Saputra, C. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasca Stroke Di RSUD Prof. Dr. H.Aloei Saboe Kota Gorontalo. *Jurnal Surya Medika*, 7(2), 62–66.

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. P. (2022). Pencegahan Stroke Berulang pada Penderita Pasca Stroke. *Jurnal Akademika Baiturrahim*, 5(2), 7–14.

SKI. (2023). *Prevalensi Stroke di Indonesia*. https://drive.google.com/file/d/1rjNDG_f8xG6-Y9wmhJUnXhJ-vUFevVJC/view

Suhermi, Ernasari, Safruddin, Amir, H., & Padhila, N. I. (2021). Penyuluhan

Non Hemoragik Stroke pada Keluarga Pasien. *Idea Pengabdian Masyarakat*, 3(01), 39–43.

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.

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*.

DAFTAR LEMBARAN KONSUL

Nama Mahasiswa : 1. Vivi Almayanti Merta (NS2414901109)
 : 2. Vivien Puspita Haerdania (NS2014901110)

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
 Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruangan St.
 Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris
 Makassar.

Pembimbing Askep : Rosdewi, S.Kp.,MSN

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Mahasiswa		Pembimbing
				I	II	
1.	Rabu, 14 Mei 2025	Pengajuan judul KIA	Acc judul			
2.	Senin, 9 Juni 2025	Konsul kasus BAB III	• Perbaiki Ilustrasi kasus • Ganti diagnosa kedua menjadi defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular dan diagnosa ketiga Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.			
3.	Selasa, 10 Juni 2025	Konsul BAB III & IV	• Perbaiki Diagnosa • Perbaiki Bahasa di bagian pola . • Perbaiki implementasi keperawatan dan intervensi dan evaluasi. • Buat EBN.			

4.	Rabu, 11 Juni 2025	Konsul Bab III & IV	• Perbaikan intervensi keperawatan Implementasi. • Pembaikan EBN.			
5.	Senin, 16 Juni 2025	Konsul Bab III & IV	• Perbaikan implementasi dan evaluasi • Perbaikan EBN.			
6.	Selasa, 17 Juni 2025	Konsul bab III & IV	Perbaikan EBN.			
7.	Kamis, 19 Juni 2025	Konsul KIA	ACC KIA			

DAFTAR LEMBARAN KONSUL

Nama Mahasiswa : 1. Vivi Almayanti Merta (NS2414901109)
 : 2. Vivien Puspita Haerdania (NS2014901110)

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

Pembimbing Teori : Kristia Novia, Ns.,M.Kep

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Mahasiswa		Pembimbing
				I	II	
1.	Senin, 9 Juni 2025	Konsul kasus BAB I dan II	• Rapikan penulisan • Tambahkan teori di bab I dan Bab II. • Tambahkan 3 definisi dan Kesimpulan di Bab II.	Vb	Vg	ft
2.	Selasa, 10 Juni 2025	Konsul BAB I & II	• Tambahkan teori di bab I. • Perbaiki pembahasan di bab I dan II. • Perbaiki pathway • Tambahkan daftar Pustaka.	Vb	Vg	ft
3.	Kamis, 12 Juni 2025	Konsul Bab I & II	• Perbaikan penulisan. • Tambahkan teori.	Vb	Vg	ft
4.	Senin, 16 Juni 2025	Konsul Bab I & II	• Perbaikan penulisan • Perbaikan pathway.	Vb	Vg	ft
5.	Rabu, 18 Juni 2025	Konsul Bab I & II	• Perbaikan penulisan • Perbaikan pathway.	Vb	Vg	ft
6.	Kamis, 19 Juli 2025	Konsul Bab I & II	ACC Bab I dan Bab II.	Vb	Vg	ft

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Pribadi

Nama : Vivien Puspita Haerdania
Tempat/Tanggal Lahir : Ujung Pandang, 15 Februari 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Taman Sudiang Indah C4/No.3

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Akhmad Junaidi
Ibu : Yuspina Salu
Agama : Islam dan Kristen Protestan
Pekerjaan
Ayah : Polri
Ibu : IRT
Alamat : Taman Sudiang Indah C4/No.3

C. Pendidikan yang Ditempuh

TK Asoka Makassar : 2006-2008
SD Inpres Pai 1 Makassar : 2008-2014
SMPN 16 Makassar : 2014-2017
SMA Katolik Cendrawasih Makassar : 2017-2020
S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar : 2020-2024
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : 2024-2025

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Pribadi

Nama : Vivi Almayanti Merta
Tempat/Tanggal Lahir : Ujung Pandang, 26 Juni 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jln. Kompleks Perhubungan Antang
Lama

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Alm. Paulus Rorrong
Ibu : Meri Suangga
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan
Ayah : -
Ibu : IRT
Alamat : Simbuang Mappak

C. Pendidikan yang Ditempuh

TK : 2005-2007
SDN 344 Puangbembe : 2007-2013
SMPN Satap Simbuang : 2013-2016
SMA 2 Makale : 2016-2019
S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar : 2019-2023
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : 2024-2025