



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA “NY.V” DENGAN
DIAGNOSA *NON HEMORAGIK STROKE* (NHS) DI
RUANG ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

**JULIANA ELMAS
KARINA DIMAYU**

**NS2414901078
NS2414901079**

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



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA “NY.V” DENGAN
DIAGNOSA *NON HEMORAGIK STROKE* (NHS) DI
RUANG ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

**JULIANA ELMAS
KARINA DIMAYU**

**NS2414901078
NS2414901079**

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

PERYATAAN ORSINALITAS

Yang bertandatangan dibawa ini nama:

1. Juliana Elmas (NS2414901078)
2. Karina Dimayu (NS2414901079)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan duplitkasi ataupun plagiasi (jiblakan) dari hasil karya orang lain

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 11 Juni 2025

Yang menyatakan

Karina Dimayu



Juliana Elmas



HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada "Ny. V" Dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

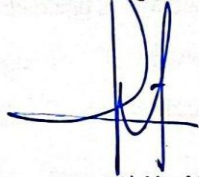
Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa: 1. Juliana Elmas (NS2414901078)

2. Karina Dimayu (NS2414901079)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep.

NIDN: 0927038903

Pembimbing 2

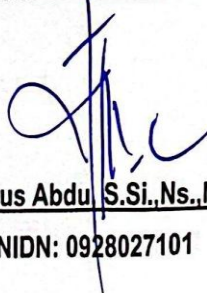


Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes.

NIDN: 0925107502

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

NIDN: 0928027101

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Juliana Elmas (NS2414901078)
2. Karina Dimayu (NS2414901079)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : "Asuhan Keperawatan Kritis Pada "Ny. V" Dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Telah berhasil di pertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1:	Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep	()
Pembimbing 2:	Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes	()
Penguji 1	: Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.Ph.D	()
Penguji 2	: Felisima Ganut, Ns.,M.Kep	()

Ditetapkan di: STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 11 Juni 2025

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar


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

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus yang Maha Esa atas Rahmat dan anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Kritis Pada “Ny. V” Dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Maris Makassar” Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini sampai dengan selesai tentu saja tidak lepas dari bimbingan, dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak karena itu penulis hendak mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Fransiska Anita E.R.S.,Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,Ph.D. selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes. selaku Bidang Administrasi Keuangan, Sarana Prasarana, juga sebagai pembimbing II penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes. selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan motifasi, ilmu dan moral pada penusun Karya Ilmiah ini
5. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.Ph.D, selaku ketua program studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar, selaku dosen penguji I yang telah memberikan saran dan masukkan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Nikodemus Sili Beda,Ns.,M.Kep, selaku Pembimbing I penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan

pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.

7. Felisima Ganut, Ns.,M.Kep. selaku Penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Kepada Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah menerima dan mengizinkan kami untuk melakukan praktik klinik sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Teristimewa orang tua tercinta dari Juliana Elmas (Bpk. Jimswit Elmas dan Ibu Hermina Masbaitubun) dan partner Karina Dimayu (Bpk. Yunius Dimayu dan Ibu Ancelina Tadubun) terima kasih untuk selalu memberikan motivasi, nasehat, cinta, perhatian dan kasih sayang serta ketulusan doa yang tentu takkan bisa penulis balas. Dan segenap keluarga besar terima kasih atas motivasi dan nasehat yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.

Makassar, 11 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERYATAAN ORSINALITAS	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Manfaat Penulisan	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Medis.....	7
B. Konsep Dasar Keperawatan	27
BAB III PENGAMATAN KASUS	38
A. Ilustrasi Kasus.....	38
B. Pengkajian Keperawatan Kritis	39
C. Analisa Data.....	51
D. Diagnosis Keperawatan	54
E. Intervensi Keperawatan	55
F. Implementasi Keperawatan.....	59
G. Evaluasi Keperawatan	67
H. Daftar Obat	75
BAB IV PEMBAHASAAN KASUS	80
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	80
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	87
BAB V PENUTUP	91
A. Simpulan.....	91
B. Saran	92
DAFTAR PUSTAKA	93
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak	7
Gambar 2.2 Sirkulasi <i>Wilisi</i>	12

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer	39
Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang	50
Tabel 3.3 Analisis Data	51
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan	52
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	55
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	59
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan	67
Tabel 4.1 Picot EBN.....	89

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban manusia sudah semakin berkembang pesat di segala bidang kehidupan. Ilmu pengetahuan dan teknologi dewasa ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan masyarakat modern, tidak hanya di negara maju, negara berkembang seperti Indonesia. Perubahan pola hidup menyebabkan meningkatnya prevalensi penyakit degeneratif terutama di kota besar. Stroke menjadi salah satu masalah kesehatan utama bagi masyarakat, hampir di seluruh dunia stroke menjadi masalah yang serius dengan angka kesakitan dan kematian yang tinggi dibandingkan dengan angka kejadian penyakit kardiovaskuler. Serangan stroke yang mendadak dapat menyebabkan kecacatan fisik dan mental serta kematian, baik pada usia produktif maupun lanjut usia (Amila et al., 2022).

Stroke disebabkan oleh gangguan suplai darah ke otak, biasanya karena pecahnya pembuluh darah atau penyumbatan oleh gumpalan darah. Gejala yang paling umum dari stroke merupakan kelemahan mendadak atau mati rasa pada wajah, lengan atau kaki, paling sering pada satu sisi tubuh. Gejala lain termasuk kebingungan, kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan, kesulitan melihat dengan satu atau kedua mata, kesulitan berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan atau koordinasi, sakit kepala parah tanpa diketahui penyebabnya, pingsan atau tidak sadarkan diri (Puspitasari, 2020)

Menurut *World Stroke Organization* (2023) angka kejadian stroke di seluruh dunia pada tahun 2023 sebanyak 101,474,558 kasus dan 12,2 juta kasus stroke baru setiap tahunnya. Kasus stroke iskemik sebanyak 77,192,498 kasus sedangkan *stroke hemoragik* sebanyak 20,663,889 kasus. Di negara Indonesia sendiri berdasarkan hasil Riskesdas (2021) prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan

tahun 2018 yaitu dari (7%) menjadi (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar (0,6%). Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (11.0%) dibanding dengan perempuan (10.9%). Di Provinsi Sulawesi Selatan prevalensi stroke tertinggi terdapat di kota Makassar (10.0%) dan menempati urutan ke 18 terbanyak. Berdasarkan data-data di atas banyaknya penderita stroke di Indonesia, khususnya di RS Stella Maris Makassar, menunjukkan bahwa pola hidup yang sehat masih banyak diabaikan oleh masyarakat. Selain itu juga, penyakit ini membutuhkan perawatan dan pemulihan yang lama sehingga membutuhkan biaya yang besar. Penderita juga dapat mengalami gejala sisa atau kecacatan sehingga berdampak pada menurunnya tingkat produktivitas serta dapat menyebabkan terganggunya sosial ekonomi keluarga.

Dalam konteks keperawatan, pengkajian kritis terhadap pasien non-hemoragik stroke sangat penting dilakukan sejak fase akut. Pengkajian yang komprehensif mencakup evaluasi fungsi neurologis, tingkat kesadaran, status hemodinamik, serta identifikasi awal komplikasi yang dapat memperburuk kondisi pasien. Penggunaan alat ukur seperti *Glasgow Coma Scale (GCS)* dan *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)* menjadi bagian penting dalam penilaian awal keperawatan guna menentukan prioritas intervensi dan prognosis pasien (Smeltzer & Bare, 2022).

Untuk menangani pasien stroke secara optimal, diperlukan penanganan yang komprehensif, salah satunya melalui peran perawat dalam mencegah komplikasi serius. Penerapan *Evidence-Based Nursing (EBN)* menjadi strategi penting dalam pemberian asuhan keperawatan yang efektif dan berbasis penelitian, guna meningkatkan hasil klinis pasien. Salah satu intervensi EBN yang direkomendasikan

pada pasien stroke adalah pengaturan posisi elevasi kepala 30°. Posisi ini bertujuan untuk meningkatkan saturasi oksigen, di mana posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat memperlancar aliran darah dan oksigen ke otak, serta mendukung peningkatan perfusi serebral (Kiswanto & Chayati, 2021).

Pengaturan posisi elevasi kepala 30° telah banyak digunakan sebagai intervensi untuk memperbaiki saturasi oksigen. Penelitian yang dilakukan (Azizah & Arofiati, 2023) menunjukkan bahwa tindakan elevasi yakni posisi kepala 30° mampu memperbaiki oksigenasi jaringan otak melalui peningkatan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK. Selain itu studi kasus yang dilakukan ini juga menunjukkan bahwa pemberian elevasi kepala 30° pada pasien stroke berpengaruh terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke. Dimana tindakan ini dapat mempertahankan kestabilan fungsi dari kerja organ agar tetap lancar khususnya sistem pernapasan (Priagung, 2021).

Berdasarkan uraian diatas dan prevalensi yang diperoleh penulis terkait penyakit *Non Hemoragik Stroke* yang masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang mengancam nyawa serta menempati urutan pertama kematian setelah penyakit jantung dan kanker, sehingga peran perawat sangatlah penting dalam proses pemberian asuhan keperawatan. Dengan melihat hal tersebut maka penulis sangat tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan asuhan keperawatan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di rumah sakit Setlla Maris Makassar pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
- c. Menetapkan rencana asuhan keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS)

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi petugas kesehatan khususnya perawat agar dapat menjalankan tugas khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

2. Bagi Pasien

Dapat dijadikan sebagai pedoman untuk merawat, mencegah dan melakukan penanganan penyakit *Non Hemoragik Stroke* dan juga dapat bermanfaat bagi pasien dan memotifasi untuk kembali sehat serta menyikapi kondisi sakit dengan optimis.

3. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang didapatkan selama pendidikan khususnya merawat pasien *Non Hemoragik Stroke*.

4. Bagi Institusi/Akademik

Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini adalah:

- a. Studi kepustakaan dengan mengambil beberapa literatur sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan karya ilmiah akhir mengenai *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
- b. Studi kasus dengan melakukan pengamatan langsung di ruangan ICU Rumah Sakit Stella Makassar.
- c. Data-data pendukung lainnya yang didapatkan dengan hasil wawancara dengan keluarga pasien.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya ilmiah ini dimulai dengan Bab I Pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada Bab II tinjauan pustaka di bagi dua yaitu konsep dasar medik yang berisi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, patoflowdiagram, manifestasi klinis, test diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi. Selain itu, ada konsep dasar keperawatan yang berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan diakhiri dengan *discharge planning*.

Selanjutnya pada Bab III terdapat pengamatan kasus yang berisikan ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada Bab IV berisi tentang pembahasan kasus dan Bab V berisi tentang kesimpulan dan saran dari keseluruhan karya ilmiah akhir ini. Dan pada akhir dari Bab I sampai Bab IV dilampirkan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Non hemoragik stroke atau infark adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan trombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak dan tempat lain tubuh (Sembiring et al., 2022)

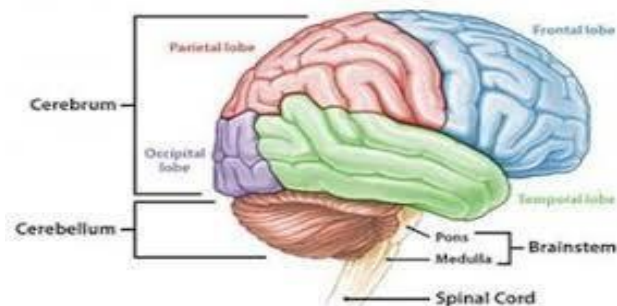
Non hemoragik stroke adalah stroke yang di sebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang sehingga dapat terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Ilmiah et al., 2020)

Stroke atau *cerebral vaskuler accident* (CVA) merupakan gangguan dalam sirkulasi Intraserebral yang berkaitan vascular insufficiency, trombosis, emboli, atau perdarahan (Management et al., 2020)

Dari uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa *non hemoragik stroke* adalah cedera otak yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah yang terjadi di otak sehingga suplai oksigen ke otak berkurang.

2. Anatomi Fisiologi

a. Otak



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Asri Kusyuni, 2020)

Otak merupakan pusat kendali untuk melaporkan peristiwa sensorik dan menghubungkannya dengan informasi yang tersimpan, pusat kendali pengambilan keputusan, dan pusat kecerdasan, emosi, dan memori (Sumiati et al., 2023).

1) Serebrum

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

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

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

c) Lobus temporalis berperan sebagai tempat emosi dan juga bertanggung jawab terhadap rasa, persepsi, memori, music, agresif dan perilaku seksual.

d) Lobus oksipitalis berfungsi untuk penglihatan. Di lobus oksipitalis kiri untuk melihat angka dan huruf, sedangkan kanan untuk melihat gambar dan memegang peranan penting terhadap fungsi mata (Biantara et al., 2023).

2) Batang otak

Batang otak berhubungan dengan sumsum tulang belakang yang panjangnya kurang lebih 7,5 cm dan terdiri dari medula oblongata, pons, dan otak tengah. Batang otak bertindak sebagai pemancar yang menghubungkan otak besar ke

sumsum tulang belakang, mengirim dan menerima pesan antara berbagai bagian tubuh dan otak menerima pesan antara berbagai bagian tubuh dan otak.

a) Medula oblongata merupakan pusat otonom, mirip dengan jantung, pusat pernafasan, pusat batuk, bersin, dan muntah. Medula oblongata juga merupakan tempat saluran piramidal berkomunikasi, artinya masing masing sisi otak mengontrol gerakan sukarela dari sisi tubuh yang berlawanan (sisi kanan tubuh dikendalikan oleh belahan otak kiri dan sebaliknya).

b) Pons mudah dikenali dari tonjolan di bawah otak tengah dan di atas medula oblongata. Fungsi utama pons adalah mengirimkan informasi dari otak kecil ke batang otak dan antara dua belahan otak kecil.

c) Otak tengah

Otak tengah atau disebut mesensefalon berada memanjang di pons ke diensefalon. Berfungsi sebagai penghubung indra perasa dan indra pendengaran serta sebagai pusat koordinasi dari respons refleksi untuk indra penglihatan.

(1) Hipotalamus merupakan pusat integrasi mengontrol fungsi sistem saraf otonom, mengukur suhu tubuh dan fungsi endokrin serta menyesuaikan ekspresi emosi.

(2) Talamus merupakan bagian dari sistem limbik, dan terhubung daerah korteks serebral yang bertanggung jawab untuk kontrol gerak dan persepsi sensori dengan lain dari otak yang terlibat dalam fungsi yang sama.

d) Serebellum

Serebellum disebut dengan otak kecil yang berada di bagian posterior batang otak. Serebellum berfungsi untuk mengkoordinasikan gerakan otot, keseimbangan dan

postur tubuh. Ketika area ini mengalami kerusakan, akan menyebabkan gerakan otot tidak berfungsi.

e) Meningen

Meningen merupakan lapisan atau membran tipis yang berfungsi untuk menutupi atau melindungi otak dan saraf tulang belakang.

f) Saraf kepala

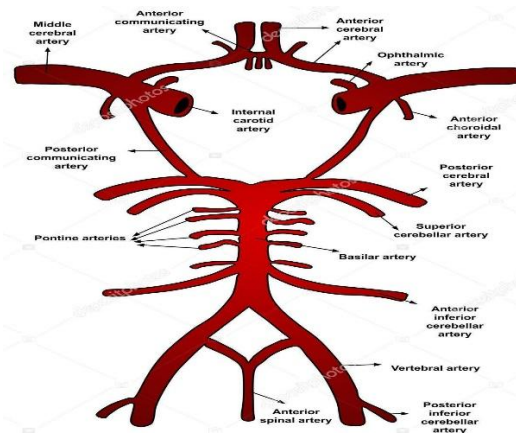
Susunan saraf terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak dan melewati lubang yang terdapat pada tulang tengkorak, berhubungan erat dengan otot panca indra seperti telinga, hidung, lidah dan kulit. Saraf kepala terbagi menjadi dua belas yaitu:

- (1) Nervus olfaktorius: sensorik sensasi bau dan penciuman.
- (2) Nervus optikus: sensorik bola mata, ketajaman pengelihatan.
- (3) Nervus okulomotorius: bersifat motoris, mensarafi otot otot orbital (otot pergerakan bola mata), menghantarkan serabut-serabut para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- (4) Nervus troklearis bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf pergerakan mata. Nervus trigeminus: bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang yang fungsinya sebagai saraf kembar tiga. Saraf ini merupakan saraf otak besar, sarafnya yakni Nervus oltamikus: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata. Nervus maksilaris: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung rongga hidung, dan sinus

maksilaris. Nervus mandibula: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah, serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.

- (5) Nervus abduksen: sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf pengoyang sisi mata.
- (6) Nervus fasialis: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk mengantarkan rangsangan pengecap.
- (7) Nervus vestibulokoklearis: sifatnya sensori, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.
- (8) Nervus glossofaringeus: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah. Saraf ini dapat membawa rangsangan citra rasa ke otak.
- (9) Nervus vagus: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esophagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa.
- (10) Nervus asesorius: saraf ini mensarafi musculus sternocleidomastoid dan musculus trapezium. Fungsinya sebagai saraf tambahan.
- (11) Nervus hipoglasus: saraf ini mensarafi otot-otot lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyangk (Sudibjo, P, 2022).

b. Fisiologi



Gambar 2.2 Sirkulasi *Willis* (Anisyah, 2023)

1) Sistem peredaran darah otak menurut, Anisyah, (2023)

Sistem saraf pusat sangat bergantung pada aliran darah yang memadai untuk nutrisi dan pembuangan sisa-sisa makanan serta metabolisme. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh darah yang bercabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjalin suplai darah yang kuat untuk sel.

Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vertebral dan arteri karotis. Kedua arteri ini merupakan sistem arteri terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh anastomosis yang membentuk sirkulasi arterious wilisi.

2) Arteri karotis interna

Arteri karotis internal dan eksternal bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dan aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis eksternal memperlirahi wajah, tiroid, lidah dan faring.

Arteri karotis internal sedikit berdilatasi tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotis, di mana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespons terhadap

perubahan tekanan darah arteri, yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak.

Arteri karotis internal terbagi menjadi dua yaitu arteri serebral anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri *ophthalmic* yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan rongga udara. Bila arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular.

Arteri serebral media menyuplai darah untuk bagian lobus temporal, parietal dan frontal korteks serebri dan membentuk penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

3) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang dari sistem vertebrobasilaris memperdarahi medula oblongata, pons *cerebellum*, otak tengah dan sebagian diensefalon (Asri Kusyani, 2020)

3. Etiologi

Menurut (Ratnasari, 2020) etiologi dari *Non Hemoragik Stroke* (NHS) diantaranya sebagai berikut:

a. Faktor Predisposisi

1) Usia

Semakin bertambah usia, semakin tinggi risiko terjadinya stroke. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah pada orang-orang lanjut usia,

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

2) Jenis Kelamin

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

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko tertinggi, sekitar 60% penyandang hipertensi akan mengalami stroke. Hipertensi dapat menyebabkan stroke iskemik 50% maupun stroke hemoragik 60%. Patofisiologi hipertensi menyebabkan terjadinya perubahan pembuluh darah, perubahan mulai terjadi dengan penebalan tunika intima dan peningkatan permeabilitas endotel oleh hipertensi, proses kemudian akan berlanjut dengan terbentuk deposit lipid terutama kolesterol

pada tunika muskularis yang menyebabkan lumen-lumen pembuluh darah menyempit serta berkelok-kelok.

Pada hipertensi kronis akan terbentuk nekrosis fibrinoid, sehingga terbentuk mirkoaneurisma yang di sebut *charcot-bouchard*, pengerasan pembuluh darah dapat menyebabkan gangguan autoregulasi, berupa kesulitan berkontraksi atau berdilatasi terhadap perubahan tekanan darah sistemik, jika terjadi penurunan aliran darah menyebabkan perfusi ke otak menjadi iskemik, jika terjadi peningkatan perfusi hebat yang menyebabkan hiperemia, edema, dan perdarahan.

2) Hiperkolestrol

Proses terjadinya aterosklerosis diawali dari berubahnya kolesterol LDL menjadi lebih aterogenik setelah proses oksidasi dan berubah menjadi LDL teroksidasi (Ox-LDL). Disisi lain, endotel bisa mengalami gangguan fungsi yang lama-kelamaan dapat menyebabkan dengan atau tanpa deendotelisasi disertai adhesi trombosit. Molekul plasma dan partikel lipoprotein, yang sesuai ukurannya, dapat melakukan ekstrasvasi melalui endotel yang rusak dan masuk ke ruang subendotel Ox-LDL yang aterogenik akan tertahan dan bersifat *sitotoksik*, *pro-inflamasi*, dan *kemotaktik*. Akibat dari pengaruh tersebut, endotel menjadi aktif dan mengeluarkan sitokin.

Nitrogen monoksida (NO) yang dilatasi dihasilkan endotel terkait fungsi vascular pun berkurang dan terjadi peningkatan pengeluaran sel-sel adhesi yang aktif menangkap monosit dan sel T. Monosit tersebut akan menangkap Ox-LDL dan berubah menjadi sel busa yang kemudian berkembang menjadi inti lemak dengan pelindung fibrosa. Pelindung ini dapat rapuh dan memicu proses trombogenesis. Sel *apoptic*

yang dihasilkan Ox-LDL akan memicu menyebabkan terbentuknya trombus.

3) Diabetes Melitus

Hiperglikemia pada penderita diabetes mellitus menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping itu juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis. Hiperglikemia juga dapat meningkatkan viskositas darah yang kemudian akan menyebabkan naiknya tekanan darah atau hipertensi dan berakibat terjadinya *Non Hemoragik Stroke*. Keadaan hiperglikemia juga mempermudah terjadinya edema otak dan meningkatkan angka kematian pasien yang dirawat akibat stroke.

4) Merokok

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

5) Penyakit Jantung

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

6) Stres

Stres yang bersifat konstan dan terus menerus dapat mempengaruhi kerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memproduksi hormon adrenalin, tiroksin, dan kortisol sebagai hormon utama stress akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistim homeostatis. Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sitem saraf simpatis berpengaruh terhadap kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksin selain meningkatkan *Basal Metabolism Rate* (BMR) juga meningkatkan denyut jantung yang akan mengakibatkan memperberat aterosklerosis. Stres dapat merangsang pelepasan hormon adrenalin dan memacu jantung untuk berdetak lebih cepat dan lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat.

7) Konsumsi Kopi

Konsumsi kopi dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke iskemik, disebabkan oleh denyut jantung yang meningkat beberapa saat setelah mengkonsumsi segelas kopi, yang dapat mengakibatkan aliran darah ke otak tidak stabil, akibatnya kerja jantung yang meningkat sehingga

kapasitas pembuluh darah bertambah dan akan berisiko terjadinya penyumbatan di dalam arteri.

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 pada 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.

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 emboli menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat, menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal

ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vascular 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, herniasi 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 (Sulistiyawati., 2020).

5. Manifestasi klinis.

Manifestasi klinis stroke sebagai berikut, Ayu Ria Widiani & Mahardika, (2023):

- a. Hemiparesis/hemiplegia, kelemahan tiba-tiba pada satu sisi tubuh (wajah, lengan, atau kaki).
- b. Afasia atau gangguan bicara, slurred speech, kesulitan memahami atau berbicara.
- c. Gangguan penglihatan, rabun atau kehilangan penglihatan, satu atau dua mata.
- d. Ataksia, vertigo, atau gangguan keseimbangan
- e. Mulut mencong atau tidak simetris

- f. Berbicara pelo
- g. Gangguan daya ingat
- h. Kesadaran menurun
- i. Gangguan fungsi otak
- a. Proses berkemih terganggu

6. Tes Diagnostik

Tes diagnostik pada pasien stroke yaitu (Murtiningsi, 2020):

a. Radiologi

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

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

2) *Magnetic Imaging Resonance* (MRI)

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

3) Pemeriksaan Thorax

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

4) *Electroencephalography* (EEG)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

5) Fungsi Lumbal

Tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA (*Transient Ischaemia Attack*) sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis berhubungan dengan proses inflamasi.

6) Ultrasonografi Doppler

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

b. 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 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.

3) Test Darah Koagulasi

Tes ini terdiri dari 4 pemeriksaan yaitu *pothromin time*, *partial thromboplastin* (PTT), *internasional Normalized Ratio* (INR) dan *angregasi trombosit*. Keempat tes ini berguna untuk mengukur seberapa cepat darah mengumpal. Pada pasien stroke biasanya ditemukan *PT/PTT* dalam keadaan normal.

7. Penatalaksanaan Medik

Menurut Abdillah et al., (2022), penatalaksanaan medik pada pasien non hemoragik stroke dibedakan menjadi 2, yaitu:

a. Penatalaksanaan farmakologis

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

1) Fibrinolitik / trombolitik (rtPA)

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

2) Antikoagulan

Obat ini diharapkan untuk mencegah terjadinya kembali stroke emboli dan menurunkan risiko tromboembolisme vena. Jenis golongan obat ini adalah *unfractionated heparin* (UFH) dan *lower molecular weight heparin* (LMWH). Terapi antikoagulan dapat diberikan dalam 48 jam setelah onset gejala untuk pencegahan tromboemboli, dengan menghindari penggunaan

bersama dengan fibrinolitik dalam 24 jam. Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli.

3) Antiplatelet

Penggunaan antiplatelet 48 jam sejak serangan dapat mencegah terjadinya agregasi platelet, dan mengurangi volume kerusakan otak. Antiplatelet yang biasa digunakan diantaranya aspirin, clopidogrel. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dianggap untuk pemberian awal dalam waktu 24 jam dan kelanjutan selama 21 hari.

4) Antihipertensi

Pasien dapat menerima rtAP namun tekanan darah >185/110 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg/iv selama 1-2 menit, dapat diulang satu kali. Nikardipin 5 mg/jam, IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam, setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai <185/110 mmHg, maka jangan diberikan rtPA. Pasien yang sudah dapat rtAP, namun tekanan darah sistolik >180-230 mmHg atau diastolik >105-120mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg/IV. Infus kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA <180/105 mmHg, monitor tiap 15 menit selama 2 jam dari mulainya rtPA, lalu tiap 30 menit selama 6 jam dan kemudian tiap jam selama 16 jam.

b. Penatalaksanaan non farmakologi

1) Fase Akut

a) Letakan posisi kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap dua

jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.

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

2) Fase rehabilitasi

- a) Mobilisasi dini.
- b) Fisioterapi.
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).
- d) Pembedahan dilakukan jika mengalami perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

8. Komplikasi

Menurut Laili et al., (2023) komplikasi pada penderita *stroke non hemoragik* yaitu sebagai berikut:

a. Tekanan intrakranial (TIK) meningkat

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

b. 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 kemungkinan mengalami rileks, yang menyumbat orofaring sehingga terjadi gagal napas.

c. Disfagia

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

d. Bekuan Darah (*thrombosis*)

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

e. 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.

f. Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru selanjutnya menimbulkan pneumonia.

g. Atrofi

Atrofi dan kontraktur (kekakuan sendi) hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian primer

1) B1 (*Breath*/pernapasan)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus sama kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2) B2 (*Blood*/sirkulasi)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

3) B3 (*Brain*/persyarafan, otak)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

4) B4 (*Bradder*/perkemihan)

Setelah stroke klien mungkin dapat mengalami inkontinensia urine sementara karena terjadi konfusi, ketidak

mampuan untuk mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5) B5 (*Bowel*/pencernaan)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

6) B6 (*Bone*/tulang dan intergumen)

Stroke mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O² kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau *paralise/*

hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

b. Pengkajian sekunder

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

DS: adanya penyakit jantung (rematik, penyakit jantung vaskuler), polistemia, riwayat hipotensi postural.

DO: hipertensi arterial (dapat ditemukan/ terjadinya pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.

2) Pola nutrisi dan metabolik

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

DO: kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas.

3) Pola eliminasi

DS: perubahan pola berkemih, seperti inkontenensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik).

DO: melihat apakah pasien terpasang kateter, pampers, serta melihat warna urine dan konsistensi feses.

4) Pola aktivitas dan latihan

DS: merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot).

DO: gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralisis (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.

5) Pola tidur dan istirahat

DS: susah untuk beristirahat.

DO: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada obat.

6) Pola persepsi sensorik dan kognitif

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

DO: status mental/tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau parese (ipsilateral), afasia (gangguan dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.

7) Pola persepsi dan konsep diri

DS: perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa

DO: emosi yang labil dan ketidakpastian untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

8) Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk menggunakan perasaan).

DO: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

9) Pola reproduksi dan seksualitas

DS: tidak adanya gairah seksual.

DO: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

10) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

DS: perasaan tidak berdaya.

DO: emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

11) Pola sistem nilai kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat diambil pada *pasien Non Hemoragic Stroke* berdasarkan SDKI (2019) yaitu :

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)
- b. Gangguan Mobilisasi Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119)
- d. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (D.0063)
- e. Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak (D.0062)

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan dapat diatasi (Ilmiah et al., 2020).

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau persepsi pasien /keluarga/ komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan.

Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam menyusun intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

- a. Diagnosa I Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

SLKI Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kognitif meningkat
- 2) Tekanan intrakranial menurun
- 3) Sakit kepala menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- 6) Refleks saraf membaik

Intervensi: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Observasi:

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- 3) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
- 4) Monitor status pernapasan
- 5) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 2) Berikan posisi semi fowler

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

- b. Diagnosa II Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

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

Intervensi: Dukungan Mobilisasi

Observasi:

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan mobilisasi dini

- c. Diagnosa III Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3X8 jam maka diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan berbicara meningkat
- 2) Kemampuan memahami komunikasi
- 3) Afasia menurun
- 4) Disfasia menurun

Intervensi: Promosi Komunikasi: Defisit Bicara

Observasi:

- 1) Monitor kecepatan, volume dan diksi bicara

Teraupetik:

- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan)
- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
- 3) Ulang apa yang disampaikan pasien
- 4) Berikan dukungan psikologis

Edukasi:

- 1) Anjurkan bicara perlahan
- 2) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

d. Diagnosis IV: Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Mempertahankan makanan di mulut meningkat
- 2) Refleks menelan meningkat
- 3) Frekuensi tersedak menurun

Intervensi: Pencegahan Aspirasi Observasi:

- 1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan
- 2) Periksa kepatenan selang nasogatrik sebelum memberi asupan oral

Terapeutik:

- 1) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
- 2) Pertahankan posisi semi fowler pada pasien tidak sadar
- 3) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak
- 4) Berikan obat oral dalam bentuk cair

Edukasi:

- 1) Anjurkan makan secara perlahan

e. Diagnosis V: Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan memori meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual meningkat
- 2) Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat
- 3) Verbalisasi pengalaman lupa menurun
- 4) Verbalisasi mudah lupa menurun

Intervensi: Latihan memori Observasi:

- 1) Identifikasi masalah memori yang dialami
- 2) Identifikasi kesalahan terhadap orientasi
- 3) Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi

Terapeutik:

- 1) Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan
- 2) Koreksi kesalahan orientasi
- 3) Fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal)
- 4) Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi

Edukasi:

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur latihan

4. Perencanaan Pulang (*discharge planning*)

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

- a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah secara teratur minimal sekali seminggu.
- b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam.
- c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
- d. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.

- e. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat seperti diet rendah kalori.
- f. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
- g. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien atas nama Ny. V usia 82 tahun diantar oleh keluarganya ke RS karena mengalami penurunan kesadaran, kelemahan pada seluruh tubuh dan sesak napas serta banyak sekret yang tertahan dibagian tenggorokan. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat diabetes melitus 5 tahun yang lalu tetapi pasien sering mengkonsumsi obat dan rutin pemeriksaan kesehatannya difasilitas kesehatan, keluarga mengatakan pasien memiliki penyakit hipertensi kurang lebih 10 tahun, dan rutin mengkonsumsi obat amlodipine 10ml. Keluarga juga mengatakan pasien pernah dirawat di RS Stella Maris dan didiagnosis stroke oleh dokter 2 minggu yang lalu, pasien dibawa ke RS Stella Maris akibat jatuh di kamar mandi dan mengalami benturan di bagian kepala, keluarga mengatakan pasien lama terbaring kurang lebih 1 minggu di rumah. Keluarga mengatakan pasien suka makan sop-sop dan ikan bakar.

Saat dilakukan pengkajian tampak klien mengalami penurunan kesadaran GCS E3V1M2 dan tidak dapat menggerakkan sisi tubuh sebelah kiri. Saat ini klien dalam perawatan hari ke-2 dan mendapatkan terapi obat Citicolin 500 mg/IV/12 jam, Neurobion 1 ampul/IV/12 jam, Ranitidine 2 ml/IV/12 jam, Ventonil 30mg/ 12jam, Vascon 0,3 mg/ 12jam, Tampak klien lemas, terpasang infus pump 1000cc/24 jam, NGT, dan kateter urin. Telah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala dan didapatkan hasil lacunar infark cerebri dextra, 2 (dua) lacunar infark aspek lateral sinistra pons, Proses atrofi cerebri. Hasil Thorax Pneumonia bilateral, Hasil Laboratorium WBC: 12.35, RDW-CV: 15.4, P-LCR: 0.16, NEUT#: 12.53, MONO#: 0.87, IG%: 0,7. TTV: TD: 145/90mmHg, N: 102x/m, S: 36°C, P: 35x/m, SPO₂: 93%.

B. Pengkajian Keperawatan Kritis

Nama Pasien (Initial) : Ny. V

Umur : 82 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Tanggal/jam Masuk RS : 18 Mei 2025

Tanggal/Jam Pengkajian : 19 Mei 2025

Diagnosa Medis : NHS + Pneumonia

1. Pengkajian Primer: (Meliputi: B-1/*Breath*, B-2/*Bleed*/Sirkulasi, B-3/*Brain*, B-4/*Bladder*, B-5/*Bowel* dan B-6/*Bone*)

Breath (B1)	Pergerakan dada	- Tampak pergerakan dada tidak simetris - Tampak tidak ada kelainan bentuk dinding dada - Tampak sesak
	Pemakaian otot bantu napas	- Ada, jenis: dada
	Palpasi	- Vocal Fremitus: tidak dikaji - Nyeri tekan: tidak ada - Krepitasi: tidak ada
	Perkusi	- Redup
	Suara napas	- Ronchi - Lokasi: pada kedua dinding dada
	Batuk	- Produktif
	Sputum	- Coklat - Encer - Warna lain: tidak ada
	Alat bantu napas	- Ada - Jenis: Non <i>Reabrthing</i> Mask (NRM) 15 liter
	Lain – lain	- Tampak pasien sesak - SPO₂: 93% - RR: 35x/m - Nadi: 102x/m

		- Hasil foto thorax Kesan: Pneumonia bilateral
Blood (B2)	Suara jantung	- S1 S2 S3 S4 - Tunggal
	Irama jantung	- Irreguler
	CRT	- ≥ 3 detik
	JVP	- Normal, 5-2 cmH ₂ O
	CVP	- Tidak ada
	Edema	- Tidak ada
	EKG	- Sinus ritme
	Lain-lain	Tanda-tanda vital: - TD: 145/90 mmHg - N: 102x/m - S: 36,7°C - RR: 35x/m - GDS 225
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : sopor - Kuantitatif (GCS) E: 3, V: 1, M: 2
	Reaksi pupil: - Kanan - Kiri	- ada, diameter isokor diameter 2mm - ada, diameter isokor diameter 2mm
	Refleks fisiologis	- Ada: Kiri negative Kanan positif
	Refleks patologis	- Ada: kiri negative kanan positif
	Meningeal sign	- Tidak ada
	Lain-lain	Pemeriksaan CT-Scan - Lacunar infark cerebri dextra - 2 (dua) lacunar infark aspek lateral sinistra pons - Proses atrofi cerebri
	Urin	- Jumlah 200cc / 24 jam

Bladder (B4)		- Warna: kuning pekat
	Kateter	- Ada, hari ke 3 - Jenis: ukuran 16
	Kesulitan BAK	- Tidak ada
	Lain-lain	
Bowel (B5)	Mukosa bibir	- Tampak bibir pasien kering
	Lidah	- Tampak kotor
	Keadaan gigi	- Tampak gigi pasien tidak utuh
	Nyeri telan	- Tidak di kaji (pasien mengalami penurunan kesadaran)
	Abdomen	- Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai: 15x/menit
	Mual	- Tidak ada
	Muntah	- Tidak ada
	Hematememesis	- Tidak ada
	Melena	- Tidak ada
	Terpasang NGT	- Ya - Ukuran 16
	Terpasang colostomy bag	- Tidak ada
	Diare	- Tidak ada
	Konstipasi	- Tidak ada
	Asites	- Tidak ada
	Lain-lain	-
Bone (B6)	Turgor	- Jelek
	Perdarahan kulit	- Tidak ada
	Icterus	- Tidak ada
	Akral	- Hangat - Kering - Pucat

	Pergerakan sendi	- Terbatas - Skala: Uji kekuatan otot <table><tr><td></td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>		Kiri	Kanan	Tangan	1	3	Kaki	1	3
	Kiri	Kanan									
Tangan	1	3									
Kaki	1	3									
	Fraktur	- Tidak ada									
	Luka	- Ada Lokasi: pada bokong dan kedua tangan									
	Lain-lain	- Tampak terdapat luka dikubitus pada bagian bokong berukuran $\pm 6\text{cm}$ - Tampak luka kemerahan, derajat 2 - Tampak kulit pasien kering dan gampang mengelupas									

2. Diagnosa Keperawatan: (Berdasarkan data Yang Diperoleh Saat Pengkajian Primer)

B-1: Bersihan jalan napas tidak efektif

B-2: Ketidak stabilan kadar glukosa darah

B-3: Risiko perfusi serebral tidak efektif

B-4: tidak ada masalah keperawatan

B-5: tidak ada masalah keperawatan

B-6: Gangguan integritas jaringan

3. Tindakan Keperawatan Utama Yang Dilakukan: (berdasarkan diagnosis)

a. Diagnosis I: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan perfusi serebral membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran cukup meningkat
- 2) Tekanan intrakranial cukup membaik
- 3) Tekanan darah sistolik cukup membaik
- 4) Tekanan darah diastolik cukup membaik

SIKI: Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

- 1) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas irreguler)

- 2) Kolaborasi pemberian obat

- Citicolin 500 mg/IV/12 jam
- Neurobion 1 ampul/IV/12 jam
- Ranitidine 2 ml/IV/12 jam
- Ventonil 30mg/jam

- b. Diagnosis II: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Produksi sputum cukup menurun
- 2) Dispnea cukup menurun
- 3) Frekuensi napas membaik
- 4) Pola napas membaik

SIKI: Manajemen Jalan Napas

- 1) Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)
- 2) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- 3) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

- c. Diagnosis III: Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
 SIKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil:
- 1) Kadar glukosa dalam darah cukup membaik
- SIKI: Manajemen Hiperglikemia
- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
 - 2) Monitor kadar glukosa darah
 - 3) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
 - Sansulin Rapid 6 Unit/SC
 - Sansulin Log-G 8 Unit/SC
- d. Diagnosis IV: Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
 SIKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil:
- 1) Perfusi jaringan cukup meningkat
 - 2) Kerusakan jaringan cukup menurun
 - 3) Kemerahan cukup menurun
- SIKI: Perawatan Luka
- 1) Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)
 - 2) Monitor tanda-tanda infeksi
 - 3) Melakukan perawatan luka
4. Pengkajian Sekunder yaitu: (Meliputi Pengkajian Riwayat Keperawatan dan Head ToToe)
- a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
- 1) Keadaan sebelum sakit: keluarga pasien mengatakan pasien jarang berolahraga dan pasien adalah sebagai ibu rumah tangga yang dimana Dia selalu melakukan aktifitas pekerjaan di rumah, keluarga mengatakan pasien memiliki

penyakit diabetes melitus ≥ 5 tahun tetapi pasien rutin melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan dan rutin mengonsumsi obat.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama: penurunan kesadaran

b) Riwayat keluhan utama: keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran, kelemahan pada seluruh tubuh dan sesak napas serta banyak sekret yang tertahan dibagian tenggorokan. keluarga mengatakan pada 2 minggu yang lalu pasien dibawa ke rumah sakit karena jatuh di kamar mandi dan mengalami benturan pada bagian kepala, setelah jatuh pasien mengeluh sakit kepala, kemudian keluarga membawa pasien ke RS Stella Maris di rawat kurang lebih 1 minggu yang lalu, kemudian setelah pulang dari rumah sakit, kurang lebih 3 hari di rumah mengalami kondisi yang buruk, ia mengalami penurunan kesadaran, sulit mengerakan seluruh tubuhnya dan batuk berlendir yang dimana banyak lendir yang tertumpuk di tengorokan pasien, membuat pasien merasa sesak napas, kemudian keluarga memutuskan untuk membawa pasien kembali ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan.

3) Riwayat penyakit yang diderita: keluarga mengatakan pasien memiliki penyakit diabetes melitus kurang lebih 5 tahun dan penyakit hipertensi kurang lebih 10 tahun, tetapi pasien rutin mengonsumsi obat amlodipine 10 mg serta rutin memeriksa kesehatan.

4) Riwayat Kesehatan keluarga: tidak ada

5) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut: Tampak rambut bersih sedikit beruban dan kering

- b) Kulit kepala: Tampak kulit kepala pasien tidak ada ketombe maupun lesi
 - c) Kebersihan kulit: Tampak kulit pasien kering dan gampang mengelupas dan tampak ada luka-luka lecet pada kedua tangan
 - d) Hygiene rongga mulut: Tampak bibir pasien kering, tampak lidah kotor dan mulut pasien berbau
 - e) Kebersihan genitalia: Tidak dikaji
 - f) Kebersihan anus: Tidak dikaji
- b. Pola nutrisi dan metabolisme
- 1) Keadaan sebelum sakit: Keluarga mengatakan pasien memiliki pola makan yang teratur yakni 3x sehari dengan menu yang biasa dimasak yakni nasi putih, sayur dan ikan atau tempe-tahu yang digoreng, keluarga pasien mengatakan makanan favorit pasien adalah sop-sop dan ikan bakar.
 - 2) Keadaan sejak sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien dianjurkan untuk diet tinggi garam dan lemak. Tampak pasien di pasang NGT sehingga pasien harus di sonde setiap harinya. Makanan yang disediakan oleh rumah sakit adalah bubur saring. Sehari pasien makan 3x dengan porsi 600cc untuk bubur saring dan 150cc air putih untuk sekali makan.
 - 3) Observasi: Tampak pasien menggunakan NGT, tampak semua bubur saring pasien dihabiskan, dan pasien minum 150cc air dalam satu hari
 - 4) Pemeriksaan fisik
 - a) Kebersihan rambut: Tampak rambut pasien bersih, beruban, kering, tidak berketombe dan lesi
 - b) Hidrasi kulit: Tampak kulit terhidrasi

- c) Conjunktiva: Tampak palpebra pasien tidak edema dan tampak conjunktiva tidak anemis
- d) Sclera: Tampak sclera pasien tidak ikterik
- e) Hidung: tampak septum berada di tengah, tampak tidak ada secret atau lesi maupun pendarahan pada hidung
- f) Rongga mulut: tampak bibir pasien kering dan mulut pasien berbau
- g) Gigi: tampak gigi pasien tidak utuh, berwarna kuning, tampak tidak ada karang gigi, tampak tidak ada gigi palsu yang digunakan oleh pasien.
- h) Kemampuan mengunyah keras: tidak di kaji
- i) Lidah: tampak kotor
- j) Pharing: tampak tidak ada peradangan
- k) Kelenjar getah bening: Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah benin
- l) Kelenjar parotis: Tidak ada pembesaran
- m) Rongga mulut: tampak bibir pasien kering dan mulut berbau
- n) Abdomen
 - Inspeksi: Tampak perut pasien membuncit, tidak tampak adanya bayangan vena
 - Auskultasi: Terdengar peristaltik usus 15x/i
 - Palpasi: Tidak teraba adanya nyeri tekan
 - Perkusi: Terdengar bunyi tympani
- o) Kulit
 - Ikterik ☐ Positif ✓ Negatif
 - Edema ☐ Positif ✓ Negatif
 - Tanda-tanda radang: tidak tampak adanya radang

c. Pola aktivitas dan latihan

- 1) Keadaan sebelum sakit: keluarga mengatakan sebelum sakit pasien sehari-hari melakukan aktivitasnya di rumah

bermain dengan cucu-cucunya dan sering berjalan-jalan pagi di sekitar rumahnya dan duduk di teras.

- 2) Keadaan sejak sakit: Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa lemah dan sulit untuk bergerak sehingga tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dan aktivitasnya sekarang dibantu oleh keluarga dan perawat.

Observasi: Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya, tampak pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur.

Aktivitas harian:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| • Makan 3 | Keterangan: |
| • Mandi 2 | 0: Mandiri |
| • Pakaian 4 | 1: Bantuan dengan alat |
| • Kerapihan 4 | 2: Bantuan orang |
| • Buang air besar 3 | 3: Bantuan alat dan orang |
| • Buang air kecil 3 | 4: Bantuan penuh |
| • Mobilisasi di tempat tidur 3 | |

a) Postur tubuh: Tidak dikaji (pasien dalam keadaan berbaring di tempat tidur)

b) Gaya jalan: Tidak dikaji

c) Anggota gerak yang cacat: Tampak pasien hemiparese sinistra

d) Fiksasi; Tidak tampak adanya fiksasi

e) Tracheostomi: Tampak tidak terpasang tracheostomi

3) Pemeriksaan Fisik

a) Tekanan darah

- Berbaring: 145/90 mmHg
- Duduk: -
- Berdiri: -

- HR: 102x/menit
- b) Kulit Keringat dingin: Tidak teraba keringat
Basah: Tampak kulit pasien kering
- c) JVP: 5-2cmH²o Kesimpulan: perfusi jantung memadai
- d) Perfusi pembuluh kapiler: CRT < 3 detik
- e) Thorax dan pernapasan
 - Inspeksi Bentuk thorax: Tampak tidak simetris kiri dan kanan, pernapasan pasien 35x/menit dengan irama takipnu
Retraksi intercostal: Tidak
Sianosis: Tidak sianosis
Stridor: Tidak tampak stridor
 - Palpasi Krepitasi: Tidak teraba
 - Perkusi
□ sonor □ redup √ pekak
 - Auskultasi
Suara napas: Terdengar vesicular
Suara ucapan: tidak dikaji
- f) Suara tambahan: Terdengar suara napas tambahan ronchi
- g) Lengan dan tungkai
 - Atropi otot: □ positif √ negatif
Rentang gerak Kaku sendi: tampak mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri
Paralisis: pasien tampak mengalami paralisis
 - Uji kekuatan otot

	Kiri	anan
Tangan	1	3
Kaki	1	3
 - Refleks fisiologis
Biseps • Kiri: negatif Kanan: positif

- Triceps • Kiri: negatif Kanan: positif
- Patella • Kiri: negatif Kanan: positif
- Achilles • Kiri: negatif Kanan: positif
- Refleks Patologis
- Babinski Kiri: Positif
- Kanan: Negatif

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Hematologi Rutin	Hasil	Nilai Rujul
WBC	12,35	4.79-11,34
RDW-CV	15,4	11.3-14.6
P-LCR	0,16	15.0-25.0
NEUT#	12,53	2.72-7.53
MONO#	0,87	3.60-9.90
IG%	0,7	0-72

d. Pemeriksaan foto thorax:

Kesan: Pneumonia bilateral

e. Pemeriksaan CT-Scan

- 1) Lacunar infark cerebri dextra
- 2) 2 (dua) lacunar infark aspek lateral sinistra pons
- 3) Proses atrofi cerebri

f. Terapi yang diberikan

- 1) Citicolin 500 mg/IV/12 jam
- 2) Neurobion 1 ampul/IV/12 jam
- 3) Ranitidine 2 ml/IV/12 jam
- 4) Ventonil 30mg/inhalasi oral/ 12jam
- 5) Vascon 0,3 mg/IV/12jam

C. Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
I.	Data Subjektif: a. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang melakukan aktivitas berolahraga b. Keluarga mengatakan pasien pernah jatuh di kamar mandi c. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki penyakit diabetes melitus ≥ 5 tahun d. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi ≥ 10 tahun Data Objektif a. Hasil TTV: TD: 145/90 mmHg N: 102X/menit b. Tingkat kesadaran (E :3, V :1, M :2) Sopor c. Reaksi pupil Isokor (2mm) d. Refleks fisiologis Bisep, triceps, patella, achilles pada ekstermitas kiri: negative e. Refleks patologis Babinski pada ekstermitas kiri: positif	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif

	f. Hasil CT-Scan Kesan: Lacunar infark cerebri dextra		
II.	Data Subjektif a. Keluarga mengatakan pasien sebelumnya mengalami batuk berlendir dan seperti tertumpuk pada bagian tengorokan pasien b. Keluarga mengatakan pasien mengalami sesak napas Data Objektif a. Tampak pasien sesak napas b. Terdengar bunyi napas tambahan ronchi c. TTV: P: 35x/menit Spo2: 93% d. Tampak pergerakan dada tidak simetris e. Hasil foto thorax: Kesan: Pneumonia bilateral	Sekresi yang tertahan	Bersihkan jalan napas tidak efektif

III.	Data Subjektif: a. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat diabetes melitus ≤ 5 Data Objektif a. Hasil pemeriksaan GDS: 225 mg/dL	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
IV.	Data Subjektif: a. Keluarga mengatakan pasien sudah lama terbaring 1 minggu di rumah b. Keluarga mengatakan sebelum sakit kulit pasien gampang mengering Data Objektif a. Tampak terdapat luka dikubitus pada bagian bokong b. Tampak luka kemerahan dengan luas luka ± 6 cm, c. Tampak kulit pasien kering, gampang mengelupas, terdapat luka-luka lecet pada kedua tangan	Penurunan mobilitas	Gangguan integritas jaringan

D. Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan
I.	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
II.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
III.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
IV.	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan Penurunan mobilitas

E. Intervensi Keperawatan

Nama: Ny.V/82 Tahun

Ruang: ICU RS Stella Maris Makassar

DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	Luaran yang diharapkan (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)
1. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi a. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang melakuakn aktivitas berolaraga b. Keluarga mengatakan pasien pernah jatuh di kamar mandi c. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki penyakit diabetes melitus $\geq$ 5 tahun d. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi $\geq$ 10 tahun Data Objektif a. Hasil TTV:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: a. Tingkat kesadaran cukup meningkat b. Tekanan intrakarnial cukup membaik c. Tekanan darah sistolik cukup membaik d. Tekanan darah diastolik cukup membaik e. Refleks saraf cukup membai	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial Observasi a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, Terapeutik a. Berikan posisi semi fowler (head-up 30°) kesadaran menurun). Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat - Citicoline 500 mg/IV/12 jam

TD: 145/90 mmHg N: 102X/Menit b. Tingkat kesadaran (E :3, V :1, M :2) Sopor c. Reaksi pupil Isokor (2mm) d. Refleks fisiologis Bisep, triceps, patella, achilles pada ekstermitas kiri: negative		- Neurobion 1 ampul/IV/12 jam - Ranitidine 2 ml/IV/12 jam - Ventonil 30mg/12jam
2. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Sekresi Yang Tertahan Data Subjektif a. Keluarga mengatakan pasien sebelumnya mengalami batuk berlendir dan seperti tertumpuk pada bagian tengorokan pasien b. Keluarga mengatakan pasien mengalami sesak napas Data Objektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: a. Produksi sputum cukup menurun b. Dispnea cukup menurun c. Frekuensi napas membaik d. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas Observasi a. Monitor bunyi napas tambahan b. Monitor pola napas Teraupetik a. Posisikan semi fowler atau fowler b. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik c. Berikan oksigen, jika perlu Kolaborasi a. Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

a. Tampak pasien sesak napas b. Terdengar bunyi napas tambahan ronchi c. Tampak pergerakan dada tidak simetris d. TTV: P: 35x/menit Spo²: 93% e. Hasil foto thorax: Kesan: Pneumonia bilateral		
3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin Data Subjektif: a. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat diabetes melitus 5 tahun yang lalu Data Objektif b. Hasil pemeriksaan GDS: 225mg/dL	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil: a. Kadar glukosa dalam darah cukup membaik	Manajemen hiperglikemia Observasi: a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia b. Monitor kadar glukosa darah Edukasi a. Anjurkan monitor kadatr glukosa darah secara mandiri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian isulin, jika perlu - Sansulin Rapid 6 unit/SC

		- Sansulin Log-G 8 unit/SC b. Kolaborasi pemberian cairan IV (RL 500ml-20 tetes/menit)
4. Gangguan Integritas Jaringan b.d Penurunan mobilitas Data Subjektif: a. Keluarga mengatakan sebelum sakit kulit pasien gampang mengering Data Objektif a. Tampak terdapat luka dikubitus pada bagian bokong b. Tampak kemerahan pada luka c. Tampak kulit pasien kering dan gampang mengelupas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan kulit menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nekrosis menurun	Perawatan luka Observasi a. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b. Bersihkan dengan cairan NaCl c. Bersihkan jaringan nekrotik d. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi e. Pasang balutan sesuai jenis luka f. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka g. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat h. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam Edukasi a. Ajarkan perawatan luka secara mandiri

F. Implementasi Keperawatan

Nama: Ny.V/82 Tahun

Ruang: ICU RS Stella Maris Makassar

Tgl	Waktu	DP	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
19 mey, 2025	14.35	I	Pemberian oksigen Hasil: Tampak pasien terpasang Non Reabrething Mask (NRM) 15L	Juliana & Karina
	14.38	I	Monitor tanda / gejala peningkatan TIK Hasil: - Mengukur tanda-tanda vital: TD: 145/90 mmHg N: 102x/m RR: 35x/m S: 36,7°C - Refleks pupil: tampak pupil isokor	
	14.45	I	Menilai tingkat kesadaran: - GCS E3V1M2 Sopor) E3: Membuka mata saat diajak bicara atau dipanggil nama rangsangan V1: tidak bersuara apapun M2: Ekstensi lengan abduksi	
	14.55	II	Mengatur posisi yang nyaman untuk pasien - Hasil: Memberikan posisi elevasi kepala 30°	
	15.10	II	Menilai status pernapasan:	

			- Hasil: Nilai saturasi oksigen SPO²: 93%	
	15.20	II	Auskultasi bunyi napas Hasil: - Terdengar bunyi napas tambahan ronchi (+)	
	15.25	II	Lakukan penghisapan lendir Hasil: - Tampak lendir pasien berwarna kekuningan	
	15.40	I	Melakukan pemberian obat - Hasil: Pasien diberikan obat amlodipine 10mg/NGT	
	16.00	III	Melakukan pemberian cairan intravena - Hasil: Tampak pasien diberikan (RL 500ml/20tetes/menit)	
	16.15	I	Pemberian obat: - Pemberian obat anti konvulsan Hasil: Citicoline 500 mg/ IV - Pemberian obat Hasil: Methylpredniolon 1 amp/ IV - Pemberian obat Hasil: Ranitidine 2ml/IV	

20 mey 2025	17.10	IV	Memonitor karakteristik luka - Hasil: tampak terdapat luka dikubitus pada bagian bokong, tampak kemerahab.	Juliana & Karina
	17.43	III	Memonitor kadar glukosa darah - Hasil: 225mg/dL	
	18.00	III	Memberikan terapi insulin - Hasil: Pasien diberikan sansulin Log-G 8 unit/SC	
	14.20	I	Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil: - Mengukur tanda-tanda vital: TD: 140/80 mmHg N: 100x/m RR: 25x/m S: 36,4°C - Refleks pupil: tampak pupil isokor	
	14.35	I	Memonitor status pernapasan - Hasil: Tampak pasien masih sesak namun saturasi meningkat menjadi 96%	
	14.17	II	Memberikan terapi mukolitik farbivent (2,5ml/8jam/inhalasi) - Hasil: Tampak sputum pasien encer dan	

			berwarna coklat kekuningan	
	14.20	II	Memonitor bunyi napas tambahan - Hasil: terdengar bunyi napas tambahan ronchi	
		IV	Memonitor tanda-tanda infeksi - Hasil: Tampak luka ada kemerahan	
	14.45	IV	Melakukan perawatan luka dengan cara: - Melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Bersihkan luka dengan NaCl. menggunakan kassa steril sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik luka secara sirkuler - Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat	

			- Hasil: Tampak luka pasien bersih dan tidak ada penambahan luas luka	
	15.00	IV	Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri - Hasil: Tampak keluarga mengerti apa yang disampaikan perawat	
	15.05	IV	Memberikan terapi mukolitik (farbivent 2,5ml/Inhalasi) - Hasil: Tampak sputum pasien encer dan berwarna putih kecoklatan	
	15.15	I	Memberikan posisi elevasi kepala 30° pada pasien ditempat tidur - Hasil: Saturasi oksigen pasien meningkat menjadi 96%	
	18.00	III	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Hasil: Karena kadar glukosa darah yang berlebihan (meningkat)	
	18.35	III	Memonitor kadar glukosa darah - Hasil: 198mg/dL	

	19.22	III	Memberikan terapi insulin - Hasil: Pasien diberikan sansulin Log-G 6 unit/SC	
		I	Melakukan pemberian obat - Hasil: Pasien diberikan obat neurobion 1m//2jam/Drips	
		I	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) - Hasil: TD:137/82mmHg N:98x/menit P:21x/menit S:36,3°C - Tampak kesadaran GCS: E3 V1 M2	
21 mey, 2025	08.10	I	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) - Hasil: TD:132/70mmHg N: 96x/menit P: 20x/menit S:36,5°C - Tampak kesadaran mulai membaik GCS Kualitatif: sopor Kuantitatif :7 (E:4 V:1 M:2)	Juliana & Karina

	08.35	I	Memberikan posisi elevasi kepala 30° pada pasien ditempat tidur - Hasil: Saturasi oksigen pasien meningkat menjadi 99%	
	09.15	I	Memonitor status pernapasan - Hasil: Tampak sesak pasien berkurang dan saturasi meningkat menjadi SPO₂: 99%, RR: 20	
	10.00	II	Memberikan oksigen via nasal kanul 5 liter/menit - Hasil: Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul dengan SpO₂: 99%	
	10.25	II	Memonitor bunyi napas tambahan - Hasil: Terdengar bunyi napas ronhchi	
	11.15	II	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum berwarna hijau dan kental	
	11.20	II	Memonitor sputum	

			- Hasil: Tampak sputum encer dan berwarna hijau	
	13.10	III	Memonitor kadar glukosa darah - Hasil: 178mg/dl	
	18.00	III	Memberikan terapi insulin - Hasil: Pasien diberikan sansulin Log-G 6 unit/SC	
	19.15	IV	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Hasil: Perawat menjelaskan kepada keluarga tanda-tanda infeksi yaitu: terdapat luka, luka ada kemerahan, kehitaman, berbau dan terjadi kerusakan jaringan	
		IV	Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri - Hasil: Tampak keluarga mengerti apa yang disampaikan perawat	

G. Evaluasi Keperawatan

Nama/ Umur : NY.V/82 tahun

Ruang/ Kamar: ICU

TANGGAL	Evaluasi S O A P	Nama Perawat
19 April, 2025	DP 1: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d/d Hipertensi S: - O: - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: sopor Kuantitatif: 6 (E:3 V:1 M:2) - Tampak pasien masih sesak dengan saturasi 93% - Hasil observasi TTV TD: 140/80 mmHg N: 100 x/menit S: 36,4 °C P: 25x/menit A: Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor status pernapasan - Memberikan posisi elevasi kepala 30° - Melakukan pemberian obat: Neurobion 1ml/2jam/Drips Amlodipin 10mg/8jam/NG Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b/d Hipersekresi Jalan Napas S:	Juliana & Karina

	O: - Tampak pasien masih merasa sesak - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna hijau kecoklatan) - Terdengar bunyi napas tambahan ronki - Pernapasan: 25x/menit - Saturasi oksigen: 96% A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: - Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Melakukan pemberian mukolitik (farbivent 2,5ml/8jam/inhalasi) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/d Resistensi Insulin S: O: - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran - Hasil pemeriksaan GDS: 198mg/dL A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Memonitor kadar glukosa darah - Melakukan pemberian insulin (Sansulin Log-G 6 unit/SC) - Melakukan pemberian cairan intravena (RL 500ml/20tetes/menit)	
--	---	--

	Gangguan Integritas Jaringan b/d Penurunan mobilitas S: - O: - Tampak terdapat luka dikubitus pada bagian bokong tampak kemerahan dengan luas $\pm$ 6cm - Tampak luka pasien bersih dan tidak berbau A: Kerusakan integritas jaringan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi - Melakukan perawatan luka	
20 mey, 2025	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d/d Hipertensi S: O: - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Sopor Kuantitatif: 6 (E:3 V:1 M:2) - Tampak pasien masih sesak dengan saturasi 96% - Hasil observasi TTV TD: 137/82 mmHg N: 100 x/meni, S: 36,4 °C P: 22x/meni A: Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Memonitor tanda dan gejala peningkatam TIK - Memonitor status pernapasan	Juliana & Karina

	- Memberikan posisi elevasi kepala 30° - Melakukan pemberian obat: Neurobion 1ml/2jam/Drips Amlodipin 10mg/8jam/NG Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif b/d Hipersekresi Jalan Napas S: O: - Tampak pasien masih merasa sesak - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna kuning kecoklatan) - Terdengar bunyi napas tambahan ronkhy - Pernapasan: 20x/menit - Saturasi oksigen: 99% A: Bersihkan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: - Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Memberikan oksigen via nasal kanul 5 liter/menit - Melakukan pemberian mukolitik (farbivent 2,5ml/8jam/inhalasi) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/d Resistensi Insulin S: O:	
--	--	--

	- Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran - Hasil pemeriksaan GDS: 222mg/dL A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Memonitor kadar glukosa darah - Melakukan pemberian insulin (Sansulin Log-G 6 unit/SC) - Melakukan pemberian cairan intravena (RL 500ml/20tetes/menit) Gangguan Integritas Jaringan b/d Penurunan mobilitas S: O: - Tampak terdapat luka dikubitus pada bagian bokong tampak kemerahan dengan luas luas $\pm$ 6cm - Tampak luka pasien bersih dan tidak berbau A: Kerusakan integritas jaringan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi - Melakukan perawatan luka	
--	--	--

21 mey,2025	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d/d Hipertensi S: O: - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: sopor: 7 (E:4 V:1 M:2) - Tampak sesak pasien berkurang dengan saturasi 99% - Hasil observasi TTV TD: 132/80 mmHg N: 99 x/menit S: 36,5°C P: 20 x/menit – - A: Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Memonitor tanda dan gejala peningkatam TIK - Memonitor status pernapasan - Memberikan posisi elevasi kepala 30° - Melakukan pemberian obat Neurobion 1ml/2jam/Drips - Amlodipin 10mg/8jam/NGT Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b/d Hipersekresi Jalan Napas S: O: - Tampak sesak pasien berkurang - Terdengar bunyi napas tambahan ronkhy - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna hijau) - Penapasan: 20x/menit - Saturasi oksigen: 99%	Juliana & Karina
------------------------	---	-----------------------------

	A: Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Memonitor bunyi napas tambahan - Memonitor sputum - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Memberikan oksigen via nasal kanul 5 liter/menit - Melakukan pemberian mukolitik (farbivent 2,5ml/8jam/inhalasi) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/d Resistensi Insulin S: O: - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran - Hasil pemeriksaan GDS:178mg/dL A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Memonitor kadar glukosa darah - Melakukan pemberian insulin (sansulin Log-G 6unit/SC) - Melakukan pemberian cairan intravena (RL 500ml/20tetes/menit) Gangguan Integritas Jaringan b/d Penurunan mobilitas	
--	---	--

	S: O: - Tampak terdapat luka dikubitus pada bagian bokong tampak kemerahan dengan luas $\pm 6\text{cm}$ - Tampak luka pasien bersih, tidak berbau dan tidak ada penambahan luas luka A: Kerusakan integritas jaringan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi - Melakukan perawatan luka - Kolaborasi pemberian insulin	
--	---	--

H. Daftar Obat

1. Citicoline

- a. Nama obat: Citicoline
- b. Klasifikasi/golongan obat: Nootropik dan neurotonik atau neurotrofik
- c. Klasifikasi obat: Vitamin saraf
- d. Dosis umum: Dosis 500–1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari
- e. Dosis untuk pasien: 500mg/IV/12 jam 5. Cara pemberian obat:
 - i. Intravena (IV)
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini berfungsi mencegah kerusakan otak (neuroproteksi) dan membantu pembentukan membran sel di otak (neurorepair). Citicoline memainkan peranan penting dalam perbaikan neuron dengan mendukung energi yang diproduksi di neuron. Hal ini pada gilirannya mendukung perbaikan dan pemeliharaan membran sel, pembentukan bahan kimia, dan propagasi impuls listrik.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada Ny.V diberikan citicoline karena pasien mengalami kerusakan pada fungsi otak
- h. Kontra indikasi: Citicoline dikontraindikasikan bagi pasien dengan hipertonia system nervus parasimpatis
- i. Efek samping: Diare, mual, reaksi hipersensitifitas seperti ruam kulit, gangguan vaskular seperti sakit kepala, insomnia, serta perubahan tekanan darah sementara (Agitha, 2022).

2. Neurobion

- a. Nama obat: Neurobion
- b. Klasifikasi/golongan obat: Suplemen vitamin
- c. Dosis umum:
 - 1) Tablet, tiap tabletnya mengandung 100 mg vitamin B1, 100 mg vitamin B6, dan 0,2 mg vitamin B12.
 - 2) Forte Tiap 1, tablet Neurobion Forte mengandung 100 mg vitamin B1, 100 mg vitamin B6, dan 5 mg vitamin B12.
 - 3) Suntik/IV, produk ini hanya dapat diberikan oleh dokter, atau oleh tenaga medis di bawah pengawasan dokter. Suplemen ini terdiri dari 2 ampul yang disuntikkan ke dalam otot. Ampul 1 mengandung 100 mg vitamin B1 dan 100 mg vitamin B6, sementara ampul 2 mengandung 5 mg vitamin B12.
- d. Dosis yang diberikan untuk pasien: 1ampul/IV/12jam
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Neurobion merupakan suplemen yang bermanfaat untuk menjaga Kesehatan sistem saraf. Selain untuk menjaga kesehatan saraf, vitamin B1, B6, dan B12 juga bermanfaat untuk mengatasi kekurangan (defisiensi) vitamin B, membantu pengolahan energi dari makanan, serta membantu produksi sel darah merah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien: pada pasien Ny.“V” mengalami kesulitan dalam mengonsumsi dan mencerna makanan yang mengandung vitamin B. sehingga diberikan neurobion untuk mencukupi kebutuhan vitamin dalam tubuh.
- h. Kontra indikasi: hipersensitivitas
- i. Efek samping obat: Neurobion dapat menimbulkan efek samping berupa diare, sakit perut, sering berkemih, atau kerusakan saraf

3. Ranidine

- a. Nama obat: Ranitidine
- b. Klasifikasi/golongan obat: Antagogs H₂
- c. Dosis umum:
 - 1) Dewasa: 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/kg berat badan/jam melalui infus. Lalu, diberikan secara oral dengan dosis 150 mg, minum sebanyak dua kali per hari.
- d. Cara pemberian obat: Injeksi IV
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ranitidin bekerja menghambat reseptor histamin H₂ secara selektif dan reversibel. Perangsangan dari reseptor histamin H₂ ini akan merangsang sekresi asam lambung sehingga dengan adanya ranitidine sebagai antagonis dari reseptor histamin ini, maka akan terjadi penghambatan sekresi asam lambung. Selain itu ranitidine ini juga mengganggu volume dan kadar pepsin cairan lambung. Reseptor histamin ini terdapat pada sel parietal di lambung yang mensekresi asam lambung.
- f. Alasan pemberian obat kepada pasien: pada Ny."V" mengonsumsi cukup banyak obat-obat emergency yang dapat meningkatkan asam lambung, sehingga diberikan ranitidine untuk menetralkan kadar asam lambung dalam tubuh.
- g. Kontraindikasi: bila terdapat riwayat porfiria akut dan hipersensitivitas terhadap ranitidin. Pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan liver memerlukan penyesuaian dosis.
- h. Efek samping obat: sakit kepala, sembelit, diare, mual, muntah dan sakit perut

4. Fentanyl

- a. Nama obat: Fentanyl
- b. Klasifikasi/golongan: analgesik dan anastesi
- c. Dosis umum: Obat Fentanyl tersedia dalam bentuk injeksi yang diberikan 0,05 mg/mL, 5 amp per kasus. Maksudnya adalah 1 pasien maksimal mendapatkan 5 ampul dalam 1x perawatan, bukan 5 ampul per kasus.
- d. Dosis yang diberikan ke pasien: 30mcg/jam
- e. Cara pemberian obat: IV/jam
- f. Mekanisme kerja obat: Pemberian fentanyl dan sufentanyl dihubungkan dengan peningkatan tekanan intra kranial (TIK) sebesar 6 hingga 9 mmHg walaupun PaCO₂ tidak berubah. Peningkatan TIK ini sering diikuti oleh penurunan MAP dan tekanan perfusi serebral (cerebral perfusion pressure, CPP). Hal ini mengisyaratkan bahwa peningkatan TIK, yang mungkin disebabkan oleh fentanyl, disebabkan karena adanya penurunan auto regulasi resistensi pembuluh darah serebral karena penurunan tekanan darah, sehingga menyebabkan vasodilatasi, peningkatan volume darah dan peningkatan TIK. Walau begitu, mekanisme ini sepertinya tidak berdiri sendiri, sehingga harus dipertimbangkan mekanisme lainnya.
- g. Alasan pemberian pada pasien: pada Ny."V" mengalami riwayat hipertensi, sehingga diberikan fentanyl untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK.
- h. Kontraindikasi: Pasien non-toleran opioid, sedang menjalani pengobatan nyeri akut selain breakthrough, misalnya migrain atau sakit kepala lainnya atau nyeri setelah operasi, gangguan pergerakan usus akibat kelumpuhan otot usus (ileus paralitik)
- i. Efek samping: Sembelit, mual, muntah, sakit perut, merasa mengantuk, vertigo, merasa bingung, sakit kepala, gatal atau ruam.

5. Vascon

- a. Nama obat: Vascon
- b. Golongan/klasifikasi obat: vasokonstriktor
- c. Dosis umum: Tujuan: Mengatasi pasien dengan hipotensi akut
Dosis awal 8–12 mcg per menit, melalui infus. Dosis dapat ditingkatkan untuk mencapai respon terapi yang diinginkan.
Dosis perawatan 2–4 mcg per menit, melalui infus. Tujuan: Menangani pasien dengan henti jantung Dosis awal 8–12 mcg per menit, melalui infus. Dosis dapat ditingkatkan untuk mencapai respon terapi yang diinginkan. Dosis perawatan 2–4 mcg per menit, melalui infus. Selain itu, norepinephrine juga bisa digunakan dalam pengobatan syok septik, dengan dosis 0,01–3,3 mcg/kgBB per menit, melalui infus.
- d. Dosis yang diberikan ke pasien: 0,03 mcg 5. Cara pemberian obat: IV
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mengatasi hipotensi yang mengancam nyawa dan menangani kondisi henti jantung. Obat ini memiliki efek pada reseptor alfa dan beta. Obat ini akan menyempitkan pembuluh darah sehingga bisa meningkatkan tekanan darah.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien: pada Ny."V" mengalami penurunan tekanan darah dari waktu ke waktu, sehingga diberikan vascon untuk mengatasi hipotensi yang dapat mengancam nyawa.
- g. Kontraindikasi: pada pasien hipertensi, wanita hamil, pasien dengan trombosis vaskular perifer atau mesenterika kecuali diperlukan sebagai prosedur penyelamatan jiwa
- h. Efek samping: Lambatnya denyut jantung (bradikardia), kesulitan dalam berafas, sakit kepala, kekurangan suplai darah ke jaringan atau organ tubuh (iskemia perifer) tekanan darah tinggi (Hipertensi), kecemasan, sesak nafas (dyspnoea).

BAB IV

PEMBAHASAAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam bab ini penulis akan menganalisa kasus yang dikaitkan dengan tujuan teoritis baik medis maupun keperawatan dan penulis juga akan membahas ada tidaknya kesenjangan antar konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan berdasarkan kasus nyata pada Ny. V umur 82 tahun dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Dalam proses keperawatan perlu menggunakan metode ilmiah sebagai pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan untuk membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan guna untuk mencapai sebuah tujuan keperawatan yaitu meningkatkan, mempertahankan kesehatan atau membuat pasien yang kritis tenang dalam menghadapi kematian. Proses perawatan pada lima tahap, dimana tahap-tahap ini secara bersama-sama membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang kontinu, yang mengulangi kembali kontak dengan pasien. Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut:

a. Pengkajian Kritis, meliputi:

1) (*Breath*)

Pada pengkajian B1 (*Breath*) didapatkan hasil pengkajian pasien tampak sesak dengan jumlah pernapasan 35x/menit dan SpO₂ 93%. Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi pada kedua dinding dada pasien dan terdapat sputum yang berlebihan (berwarna kekuningan, encer).

Dari kondisi pasien diatas, dapat di simpulkan bahwa pasien mengalami penumpukan sputum yang berlebihan sehingga

mengakibatkan pasien mengalami sesak napas. Hal ini sejalan dengan teori Khalid, (2022) yang mengungkapkan bahwa stroke dapat memicu terjadinya gagal napas. Gagal napas dapat terjadi sebagai akibat langsung dari lesi stroke pada batang otak yang mengatur sistem respirasi, yang menyebabkan terjadinya penumpukan jumlah sputum berlebih yang menyebabkan bersihan jalan napas tidak efektif dimana bersihan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

2) B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 (*Blood*) didapatkan hasil berupa peningkatan tekanan darah 145/90 mmHg dan peningkatan frekuensi nadi 102x/menit, dimana hal ini dikarenakan terganggunya aktivitas elektrolit akibat iskemik pada daerah terkait.

3) B3 (*Brain*)

Hasil pengkajian didapatkan tingkat kesadaran pasien sopor dengan GCS 6 dimana pasien hanya membuka mata dan melokalisir saat diberikan rangsangan nyeri serta tidak bersuara. Tampak reaksi pupil isokor kiri dan kanan.

4) B6 (*Bone*)

Pada saat pengkajian akral tampak pucat dan teraba hangat. Pergerakan sendi didapatkan uji kekuatan otot tangan kanan nilai 3 dan kiri nilai 1, kaki kanan nilai 3 dan kiri nilai 1. Hal ini sejalan dengan teori Purba et al, (2023) yang mengungkapkan bahwa kelemahan otot bagi penderita stroke akan mempengaruhi kontraksi otot. Dimana Kontraksi otot dikarenakan berkurangnya suplai darah ke otak, sehingga menghambat syaraf-syaraf utama otak dan medula spinalis. Terhambatnya oksigen dan nutrisi ke otak menimbulkan

masalah kesehatan yang serius karena bisa menimbulkan hemiparese bahkan kematian. Tampak juga terdapat luka dikubitus pada bokong tampak terdapat pus, tampak di sekitar luka ada kemerahan, kehitaman dan berbau. Pasien mempunyai faktor risiko terkena stroke karena pasien memiliki riwayat Diabetes Melitus, dimana hal ini sejalan dengan penelitian Kaemulhayati et al.,(2019) yang menyatakan bahwa diabetes mellitus merupakan faktor risiko *non hemoragik stroke* dan orang yang terdiagnosis diabetes mellitus memiliki peluang sebesar 3,8 kali lebih berisiko terkena *non hemoragik stroke* dari pada orang tanpa diabetes mellitus.

2. Pengkajian 11 Pola Gordon

Menurut Nuryanti (2020), Pengkajian 11 Pola Gordon dilakukan secara komprehensif yang mencakup seluruh aspek kerangka pengkajian kesehatan fungsional. Pada kasus Ny. V pengkajian 11 pola gordon dilakukan seluruhnya dan diperoleh beberapa pola yang bermasalah, antara lain: Pada saat pengkajian hasil observasi didapatkan pasien tidak sadarkan diri dengan GCS: E3 V2 M1 kesimpulan sopor, uji kekuatan otot tangan kanan nilai 3 dan kiri nilai 1, kaki kanan nilai 3 dan kiri nilai 1. Pasien tampak sesak dengan hasil pemeriksaan fisik TD: 145/90mmHg, N: 102x/menit, P: 35x/menit, S: 36,7°C, SPO₂: 93%, GDS: 225mg/dL. Tampak pasien terpasang infus RL 20 tetes/menit dan tampak terpasang O₂ NRM 15 liter/menit, tampak terpasang folley kateter ukuran 16, tampak terpasang NGT ukuran 16. Tampak terdapat luka dikubitus di bagian bokong berwarna kemerahan, dan terdapat luka-luka lecet pada kedua tangan pasien serta kulit pasien tampak kering dan mengelupas. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil WBC 12,35 ul, RDW-CV 15,4%, P-LCR 0,16%, NEUT#12,53/ul, MONO# 0,87/ul, IG% 0,7. Telah dilakukan

pemeriksaan CT-Scan kepala dan didapatkan hasil lacunar infark cerebri dextra, 2 (dua) lacunar infark aspek lateral sinistra pons, Proses atrofi cerebri. Hasil Thorax Pneumonia bilateral

3. Diagnosis Keperawatan

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi.

Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran, mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri, mengalami sulit menelan dan hasil CT-Scan menunjukkan hasil lacunar infark cerebri dextra, 2 (dua) lacunar infark aspek lateral sinistra pons, Proses atrofi cerebri. Diagnosis keperawatan ini sudah memenuhi 80% tanda dan gejala mayor pada SDKI.

b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala pasien seperti sesak, terdengar suara napas tambahan rhonki, terdapat sputum yang berlebihan dan diagnosis keperawatan ini sudah memenuhi 80% tanda dan gejala mayor SDKI.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala pada pasien yaitu kadar glukosa darah pasien yang tidak stabil dan diagnosis keperawatan ini sudah memenuhi 80% tanda dan gejala mayor SDKI

d. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala pasien seperti terdapat luka dikubitus di bagian bokong, tampak kemerahan, luka berukuran $\pm$ 6cm, luka derajat 2 dan

diagnosis keperawatan ini sudah memenuhi 80% tanda dan gejala mayor SDKI.

4. Intervensi

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

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi.

Pada diagnosis pertama ini, penulis membuat 7 intervensi yaitu: monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP (Mean Arterial Pressure), monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, berikan posisi elevasi kepala 30°, minimalkan stimulus dengan pemberian obat.

b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.

Pada diagnosis kedua ini, penulis membuat 5 intervensi yaitu: monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen dan kolaborasi pemberian mukoliti

c. Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Pada diagnosis ketiga ini, penulis membuat 5 intervensi yaitu: identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, kolaborasi pemberian insulin dan kolaborasi pemberian cairan intravena.

- e. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

Pada diagnosis keempat ini, penulis membuat 10 intervensi yaitu: monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dengan pleaster secara perlahan, bersihkan dengan NaCl sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan jelaskan tanda dan gejala infeksi pada keluarga pasien.

5. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Dari masalah yang ditemukan pada pasien, masalah risiko perfusi serebral tidak efektif, masalah bersihan jalan napas tidak efektif, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, masalah gangguan integritas jaringan semua intervensi dilakukan.

Adapun implementasi yang dilakukan pada pasien yang tidak terdapat didalam SIKI yaitu melakukan pemberian elevasi kepala 30° dengan tujuan untuk memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral dan memaksimalkan oksigenasi ke jaringan serebral sehingga akan memicu pada peningkatan nilai saturasi oksigenasi. Tindakan dilakukan pada hari pertama di ruang perawatan ICU. Tindakan dilakukan selama 3 hari berturut-turut

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan kritis yang diberikan. Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan kritis yang

diberikan pada pasien. Berdasarkan hasil evaluasi, menunjukkan bahwa masalah keempat diagnosis keperawatan ini mulai teratasi sebagian

- a. Diagnosis pertama risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

Evaluasi menunjukkan bahwa sebagian masalah teratasi. Dimana tingkat kesadaran pasien pada hari ke-3 mulai ada perubahan dengan tingkat kesadaran GCS E:4 V:1 M:2 (sopor) dan tekanan darah pasien sudah mulai menunjukkan adanya penurunan. Pada hari ketiga implementasi, didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah 132/80 mmHg

- b. Diagnosis kedua bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Hasil evaluasi pada diagnosis ini mulai teratasi ditandai dengan status pernapasan pasien yang mulai membaik. Pada hari ketiga implementasi, didapatkan pernapasan pasien 20 x/menit dan SPO₂ 99% dengan tindakan *suctioning*, fisioterapi dada, pemberian oksigenasi dan pemberian mukolitik.

- c. Diagnosis ketiga ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa diagnosis ini teratasi sebagian, karena pada hari ketiga implementasi kadar glukosa darah pasien kembali menurun menjadi 178mg/dL

- f. Diagnosis keempat gangguan integritas jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

Hasil evaluasi pada diagnosis ini mulai teratasi sebagian dimana luka dikubitus pada bagian bokong pasien tampak bersih, tidak terjadi penambahan luas dan tampak tidak berbau.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN: Pengaruh pemberian posisi elevasi 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan *stroke non hemoragik*.
2. Diagnosis Keperawatan Risiko perfusi serebral tidak eketif dibuktikan dengan hipertensi.
3. Luaran Yang Diharapkan Perfusi serebral meningkat (tingkat kesadaran cukup meningkat, tekanan intrakranial cukup membaik, tekanan darah sistolik cukup membaik, tekanan darah diastol cukup membaik, refleks saraf cukup membaik).
4. Intervensi Prioritas Mengacu Pada EBN: Pemberian posisi elevasi kepala 30°.
5. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN
 - a. Pengertian

Posisi elevasi 30° adalah posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30° dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar (Kususma et al, 2023)
 - b. Tujuan

Pada pasien stroke, suplai darah dan oksigen berkurang karena terjadi kerusakan di otak sehingga perlu mendapatkan bantuan secepat mungkin. Dengan posisi elevasi 30° dapat memperlancar aliran darah menuju otak, meningkatkan oksigenasi dan bermanfaat dalam perubahan hemodinamik (Kiswanto & Chayati, 2021)

6. PICOT EBN (*Problem/Populasi, Intervension, Comparison, Outcome, Time*)

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
JUDUL	Pengaruh pemberian elevasi 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan stroke non hemoragik	Pengaru pemberian <i>Head up</i> 30° terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke di instalasi gawat darurat	Pengaru pemberian elevasi 30° terhadap penigkatan saturasi oksigen pada pasien dengan stroke non hemoragik
PROBLEM/POPULASI	Untuk mengetahui pengaruh pemberian elevasi 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan stroke non hemoragik, populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosis non hemoragik stroke	Tujuan dilakukan posisi <i>Head up</i> untuk mengetahui peningkatan saturasi oksigen setelah dilakukan selama 30 menit.	Untuk mengetahui evektifitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke, populasi yang digunakan dalam penelitian ini berbeda-beda dimana populasinya didapatkan melalui sumber database Google Scholar, Proquest dan Pubmed. Sebanyak 25 artikel yang

			dilakukan screening judul dan abstrak
INTERVENSI	Intervensi atau tindakan keperawatan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu elevasi kepala. Memposisikan tempat tidur 30° dengan menaikan atau menopangnya dengan bantal selama 30 menit dapat meningkatkan kadar saturasi oksigen pada pasien stroke	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yakni pemberian elevasi kepala 30° selama 30 menit, dimana pengaturan posisi kepala lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak, sehingga bermanfaat secara signifikan meningkatkan saturasi oksigen	Intervensi yang dilakukan yaitu pemberian posisi elevasi kepala, dimana posisi kepala diangkat 30° dari posisi normal dan mensejajarkan dengan ekstremitas dan badan sehingga dapat memperlancar aliran darah menuju otak, meningkatkan oksigenasi dan bermanfaat dalam perubahan hemodinamik
COMPARISON	Dalam penelitian ini tidak ada kelompok kontrol, hanya dilakukan pre dan post	Dalam penelitian ini terdapat kelompok kontrol yaitu sebanyak 17 orang yang diberikan posisi elevasi kepala 30 derajat	Dalam penelitian ini tidak ada kelompok kontrol, hanya dilakukan pre dan post

OUTCOME	Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa tindakan elevasi yakni posisi kepala 30° mampu memperbaiki oksigenasi jaringan otak melalui peningkatan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK	Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian elevasi kepala 30° pada pasien stroke efektif dapat meningkatkan nilai saturasi oksigen. Dimana tindakan ini dapat mempertahankan kestabilan fungsi dari kerja organ agar tetap lancar khususnya sistem pernapasan	Pada hasil penelitian ini didapatkan menunjukkan bahwa pasien dengan penurunan oksigen pada saraf pusat yang disebabkan karena terputusnya jaringan otak secara tiba-tiba dapat mengalami perbaikan perfusi oksigen ketika menggunakan posisi elevasi kepala 30°
TIME	Memposisikan tempat tidur 30° dengan menaikkan atau menopangnya dengan bantal selama 30 menit, dilakukan 2 kali sehari selama 3 hari	Pemberian elevasi kepala 30 derajat dilakukan dalam waktu 30 menit dan dilakukan 2 kali sehari selama 3 hari	Dapat disimpulkan bahwa dari 9 artikel, penerapan elevasi 30° dilakukan selama 15-30 menit

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. "V" umur 82 tahun dengan *Non Hemoragik Stroke*, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny. "V" 82 tahun, faktor yang mendukung terjadinya stroke adalah dari penyakit primer kronis yang dialami pasien yaitu hipertensi.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Ny. "V" dengan NHS yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang telah disusun penulis yaitu: manajemen peningkatan tekanan intrakranial dan pemberian obat untuk mengatasi risiko perfusi serebral tidak efektif, manajemen jalan napas untuk mengatasi bersihan jalan napas tidak efektif, manajemen hiperglikemia untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah, dan perawatan luka untuk mengatasi gangguan integritas jaringan

4. Implementasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari yang dibantu oleh sesama mahasiswa dan perawat, maka implementasi terlaksana dengan baik sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun.

5. Evaluasi Keperawatan Dari hasil evaluasi, kempat diagnosis keperawatan belum teratasi sepenuhnya sehingga intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan dan mahasiswa.
6. Penerapan EBN pada pasien Ny. V dengan NHS yaitu tentang pemberian posisi elevasi kepala 30° dengan kepala diangkat dan meletakkan bantal di bawah kepala pasien dimana tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan tekanan intrakranial pada pasien. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa posisi elevasi kepala 30° berpengaruh terhadap perfusi serebral pasien NHS.

B. Saran

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

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Diharapkan bagi pihak RS agar selalu memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat mampu melakukan penanganan kegawatdaruratan serta mampu mengenali tanda dan gejala pada pasien stroke. pihak RS juga diharapkan dapat menyusun SOP tentang pemberian posisi elevasi kepala 30° pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* sebagai acuan bagi perawat di ruang ICU.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat maupun perawat itu sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, A., Istiqomah, I. N., Kurnianto, S., & Khovifah, N. (2022). *The Effectiveness of Range of Motion (ROM) on Increasing Muscle Strength in Stroke Patients : Literature Review*. 2(2), 55–60.
- Adolph, R. (2022). Peningkatan kekuatan otot pasien stroke *non hemoragik* dengan hemiparese melalui latihan *range of motion* (ROM) Pasif. 1, 1–23.
- Amila, A., Sembiring, E., & Rifami, E. (2022). Karakteristik stroke pada pasien usia muda. JINTAN: Jurnal Ilmu Keperawatan, 2(2), 151–159. <https://doi.org/10.51771/jintan.v2i2.357>
- Anisyah, D. (2023). Anisyah Dewi Syah Fitri , M . Pd. Anatomi Dan Fisiologi Otak, October.
- Ardaning, D. C., & Taufandas, M. (2024). Studi kasus asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *stroke non hemoragic* dengan masalah pola napas tidak efektif , gangguan mobilitas fisik dan risiko perfusi serebral tidak efektif. 01(01), 33–37.
- Asri Kusyanti, B. A. K. (2020). Asuhan keperawatan stroke untuk mahasiswa dan perawat profesional(Guepedia (ed.); Cetakan). Guepedia.
- Ayu Ria Widiani, G., & Mahardika Yasa, I. M. (2023). Korelasi tingkat pengetahuan terhadap kemampuan deteksi dini gejala stroke dengan sikap keluarga terhadap penanganan pre hospital. Bina Generasi: Jurnal Kesehatan, 14(2), 25–30. <https://doi.org/10.35907/bgjk.v14i2.255>
- Azizah, A. N., & Arofiati, F. (2023). Pengaruh pemberian elevasi kepala 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan stroke non hemoragik. Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan, 14(1), 81–89.

<https://doi.org/10.33859/dksm.v14i1.889>

Ilmiah, J., Sandi, K., & Riview, L. (2020). Hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke metode. 12, 922–926.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.435>

Kaemulhayati, Supriyanti, & Kasad. (2019). Hubungan pengetahuan dan sikap terhadap Kepatuhan diet diabetes melitus 2019,. 1(1), 113–121.

Kiswanto, L., & Chayati, N. (2021). Efektivitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke. *Journal of Telenursing*, 3(2),. 519–525.

Laili, N., Heni, S., & Tanoto, W. (2023). (n.d.). Optimalisasi program edukasi pencegahan stroke cerdik 2(2),53-65.

Management, S., Pasca, P., Dadi, R., & Sulawesi, P. (2020). Indonesia Nace D em i a healt Enc Es Jurnal. 1(2).

Murtiningsi, D. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di RSUD Dr Hardjono Ponorogo. *Repository*, 04. <https://doi.org/https://eprints.umpo.ac.id/50>.

PPNI. (2019). Standar diagnosis keperawatan indonesia: Definisi dan indikator diagnostik, (1st ed). Jakarta: DPP PPNI.

Priagung, B., Wahidin, & Muzaki, A. (2021). Pengaruh pemberian posisi elevasi kepala 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke. *Frontiers in Neuroscience*, 14(1), 1–13.

Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 922–926.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435>

Ratnasari, S. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien *stroke non*

hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Repository, 05. <https://doi.org/http://eprints.umpo.ac.id/61-85>.

Sembiring, E., Rifami, E., & Muda, U. (2022). Abstrak Pendahuluan. 2(2), 141–149.

Sulistiyawati. (2020). Asuhan keperawatan pada klien dengan *stroke non hemoragik* yang di rawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Diakses dari <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1079/1/KTI%20SULISTIYAWATI.pdf>.

World Stroke Organization., W. S. (2022). Global stroke factsheet (pp. 2–25). WSO.

Zahroh, C., Septianingrum, Y., & Zulkarnain, E. V. B. et al. (2023). *The Motor Imagery (MI) Intervention and Rubber Ball Grafting Therapy on Rehabilitation and Increasing Motor Strength in Stroke Patients: Literature Review. Journal of Applied Nursing and Health*, 6(1), 71–80. <https://doi.org/10.55018/janh.v6i1.177>

LEMBAR KONSUL

Nama dan NIM : Juliana Elmas (NS2414901078)

Karina Dimayu (NS2414901079)

Program : Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada "Ny.V" Dengan Diagnosa Non Hemoragik Stroke (Nhs) Di Ruang Icu Rumah Sakit

Pembimbing : Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep

No	Hari tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Mahasiswa		Pembimbing
			I	II	
1	Senin, 26 mei 2025	Konsul Bab III a. Melengkapi dan memperbaiki data pengkajian b. Memperbaiki diagnosa yang di angkat c. Memperbaiki penulisan bagian intervensi			
	Rabu, 28 mei 2025	Konsul Bab III a. Memperbaiki dan mempertahankan data pengkajian b. Memperbaiki penulisan pada pengkajian c. Menyelesaikan implementasi dan evaluasi			

		d. Memastikan data tidak berbeda			
	Kamis, 06 Juni 2025	Konsul Bab I dan Bab II a. Menyesuaikan analisa data objektif pada implementasi dan evaluasi b. Menyelesaikan IBN c. Perbaiki penulisan dan tata letak d. Memperhatikan data di setiap pengkajian	<i>Das</i>	<i>Kan</i>	<i>pu</i>
	Senin, 09 Juni 2025	Konsul Bab I dan Bab II	<i>Das</i>	<i>Kan</i>	<i>pu</i>

LEMBAR KONSUL

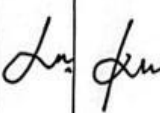
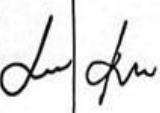
Nama dan NIM : Juliana Elmas (NS2414901078)

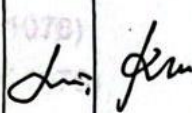
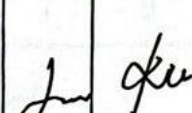
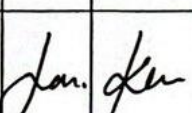
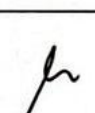
Karina Dimayu (NS2414901079)

Program : Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada "Ny.V" Dengan Diagnosa Non Hemoragik Stroke (Nhs) Di Ruang Icu Rumah Sakit

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

No	Hari tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Mahasiswa		Pembimbing
			I	II	
1	Selasa, 26 mei 2025	Konsul Bab I dan Bab II d. Memperbaiki latar belakang e. Memastikan sumber referensi pada paragraph prevalensi f. Memperbaiki spasi g. Memperbaiki penulisan pada patowlow			
	Rabu, 28 mei 2025	Konsul Bab I dan Bab II e. Memperbaiki latar belakang bagian prevalensi dan penjelasan			

		penangana pasien stroke f. Menambahkan pembahasan bagian patofisiologi g. Memperbaiki bagian penomoran		
No	Kamis, 06 Juni 2025 tanggal	Konsul Bab I dan Bab II e. Memperbaiki bagian patoflowdiagram f. Tambahkan penagana pasien stroke di bagian latar belakang g. Perbaiki penulisan dan tata letak		
	Senin, 09 Juni 2025	Konsul Bab I dan Bab II		

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Juliana Elmas
Tempat/Tanggal Lahir : Evu, 6 July 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln Daeng Tompo

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Jim SWIT Elmas
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Petani
Alamat : Ohoi Evu Kei Kecil

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Naskat Evu : Tahun 2007 - 2012
SMP Karel Sadsitubun Langgur : Tahun 2012 - 2014
SMA Negeri 2 Kei Kecil : Tahun 2014 - 2016
Akademik Keperawatan Tual : Tahun 2017-2020
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2022 – 2024

RIWAYAT HIDUP



4. Identitas Pribadi

Nama : Karina Dimayu
Tempat/Tanggal Lahir : Sangaji Nyeku, 22 Maret 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Datu Museng No.23

5. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Yunius Dimayu/Ancelina Tadubun
Agama : Kristen Protestan/Katolik
Pekerjaan : Guru/IRT
Alamat : Sangaji Nyeku, Maluku Utara

6. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Negeri Sangajia Nyeku : Tahun 2009 - 2015
SMP Elim Goin : Tahun 2015 - 2017
SMA Sanata Karya Langgur : Tahun 2017 – 2019
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2020 – 2024