



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT TK. II PELAMONIA MAKASSAR**

OLEH:

AGNES SEVANI (NS2414901021)

AGNES YUDISTIRA PALIMBANAN (NS2414901022)

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



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT TK. II PELAMONIA MAKASSAR**

OLEH:

AGNES SEVANI (NS2414901021)

AGNES YUDISTIRA PALIMBANAN (NS2414901022)

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Agnes Sevani (NS2414901021)
2. Agnes Yudistira Palimbanan (NS2414901022)

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

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2025

Yang menyatakan,



Agnes Sevani



Agnes Yudistira Palimbanan

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Agnes Sevani (NS2414901021)
2. Agnes Yudistira Palimbanan (NS2414901022)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Wirmando, Ns., M.Kep)
NIDN: 0929089201

Pembimbing 2



(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)
NIDN: 0904078805

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



Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB., Ph.D
NIDN: 0913098201

LEMBAR PENGESAHAN

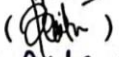
Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Agnes Sevani (NS2414901021)
2. Agnes Yudistira Palimbanan (NS2414901022)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Non
Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU Rumah Sakit
TK.II Pelamonia Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

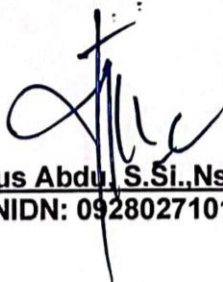
DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Wirmando, Ns.,M.Kep
Pembimbing 2 : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep
Penguji 1 : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB.,Ph.D
Penguji 2 : Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep
Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 16 Juni 2025

()
()
()
()

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agnes Sevani (NS2414901021)
Agnes Yudistira Palimbanan (NS2414901022)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2025

Yang menyatakan



Agnes Sevani



Agnes Yudistira Palimbanan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar”. Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, material maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya. Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi Program Profesi di STIK Stella Maris Makassar. Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB., Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
3. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.Ph.D. selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
4. Fitriyanti Pattaru, Ns., M.Kep selaku Sekretaris Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan masukan dan motivasi.
5. Wirmando, Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.

6. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep selaku dosen penguji 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
9. Teristimewa untuk kedua orang tua tercinta dari Agnes Sevani dan kedua orang tua tercinta dari Agnes Yudistira Palimbanan, serta semua keluarga dan sahabat yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Untuk teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Profesi Ners angkatan tahun 2024 yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih memiliki kekurangan „tak ada gading yang tak retak“, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 28 Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xxi
DAFTAR TABEL	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	4
C. Manfaat Penelitian	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar	7
B. Konsep Dasar Keperawatan	41
BAB III PENGAMATAN KASUS	52
A. Pengkajian	53
B. Diagnosis Keperawatan	89
C. Intervensi Keperawatan	90
D. Implementasi Keperawatan	95
E. Evaluasi Keperawatan	120
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	127
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	127
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	133
BAB V PENUTUP	144

A. Simpulan	144
B. Saran	145

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian Otak	8
Gambar 2.2 Meningen	11
Gambar 2.3 Sirkulus Wilisi	14

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer	53
Tabel 3.2 Analisa Data	84
Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan	89
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	90
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan	95
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan	120
Tabel 4.1 Picot EBN	135

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban pada masa modern ini berkembang sangat pesat, terutama pada bidang teknologi. Masyarakat di kota-kota besar khususnya sangat mengandalkan kemampuan teknologi dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga kurang melakukan aktivitas-aktivitas di luar rumah. Hal ini membuat masyarakat lalai dalam memperhatikan kesehatan tubuhnya. Kurang berolahraga, pola makan menjadi tidak teratur, serta konsumsi makanan cepat saji menjadi kebiasaan yang berpotensi menimbulkan berbagai macam penyakit seperti stroke (Lengga, 2023).

Stroke adalah kondisi dimana otak mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak yang mengalami gangguan atau terhambat akibat adanya sumbatan (Nofitri, 2020). Terdapat dua jenis stroke yaitu Hemoragik Stroke (HS) dan Non Hemoragik Stroke (NHS). Non hemoragik stroke (NHS) didefinisikan sebagai hilangnya fungsi neurologis secara mendadak yang disebabkan oleh obstruksi aliran darah ke satu atau lebih bagian otak akibat oklusi arteri serebral (Nair et al., 2023).

Menurut World Stroke Organization (2022) secara global, lebih dari 12,2 juta atau satu dari empat orang diatas usia 25 akan mengalami stroke serta terdapat lebih dari 28% dari semua kejadian stroke adalah perdarahan intraserebral, 1,2 juta perdarahan subarachnoid, dan lebih dari 7,6 juta atau 62% stroke iskemik baru setiap tahun. Sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat menderita stroke baru atau berulang. Sekitar 610.000 diantaranya adalah stroke pertama kali, sementara 185.000 adalah stroke berulang.

Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi stroke di Indonesia yaitu 10,9%, yang mana daerah yang

tertinggi prevalensi stroke yaitu Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, yaitu 14,6% dengan kelompok umur yang paling banyak mengalami stroke yaitu pada kelompok umur 75 tahun ke atas, yaitu 50,2% yang umumnya dialami oleh laki-laki. Sedangkan pada Provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan prevalensi stroke sebanyak 10,6% yang paling banyak dialami pada kelompok umur >75 tahun (48,2%) (Kemenkes RI, 2022). Sedangkan, di Rumah Sakit Pelamonia TK.II Makassar sendiri didapatkan jumlah pasien stroke sebanyak 2379 orang pada tahun 2018 (Insani & Ngkolu, 2020).

Berdasarkan prevalensi yang tinggi tersebut maka sangat diperlukan penanganan stroke yang tepat dan cepat. Pada kasus Non Hemoragik Stroke (NHS) sendiri pemantauan ketat menggunakan alat ukur seperti *Glasgow Coma Scale* (GCS) atau *NIH Stroke Scale* (NIHSS) memungkinkan deteksi dini perburukan kondisi dan mendukung pengambilan keputusan klinis yang cepat dan tepat. Keberhasilan penatalaksanaan stroke sangat bergantung pada kualitas intervensi keperawatan yang diberikan secara holistik, mulai dari fase akut, subakut, hingga rehabilitasi (Pitliya et al., 2025).

Fase akut pada Non Hemoragik Stroke (NHS) rata-rata terjadi selama 7 hari pertama pasca serangan stroke (Permana et al., 2021). Selama periode ini, meningkatkan perfusi serebral menjadi sangat krusial untuk mencegah kerusakan otak yang lebih luas akibat kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga diperlukan penanganan yang komprehensif sebagai peran perawat demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Tindakan keperawatan yang harus dilakukan adalah *head up* (30°) derajat untuk membantu mengurangi tekanan intrakranial sekaligus memfasilitasi aliran darah ke otak. Selanjutnya, pemberian oksigen diberikan untuk memastikan saturasi oksigen tetap optimal diatas 94%, sehingga jaringan otak mendapat suplai oksigen yang cukup (Kurniawan, 2021).

Selama fase akut pemantauan tekanan darah juga krusial, dengan menjaga tekanan darah pada rentang yang aman (biasanya 140-180 mmHg) agar tekanan perfusi serebral tetap terjaga tanpa memperburuk kondisi iskemik. Selain itu, pemberian cairan isotonik dilakukan untuk mempertahankan volume darah dan mencegah dehidrasi yang dapat mengganggu aliran darah ke otak. Jika memungkinkan, terapi trombolitik harus diberikan dalam waktu 3-4,5 jam sejak munculnya gejala untuk memecah bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. Pemantauan neurologis secara ketat juga harus dilakukan untuk mendeteksi perubahan kondisi pasien, termasuk tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial atau komplikasi lain. Kontrol kadar gula darah dan suhu tubuh juga penting karena hiperglikemia dan demam dapat memperburuk kerusakan otak. Melalui tindakan keperawatan yang sistematis dan cepat ini, perfusi serebral dapat ditingkatkan sehingga mencegah kerusakan otak lebih lanjut dan meningkatkan peluang pemulihan pasien (Sulistiyawati, 2020).

Selain itu, penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan teori dan hasil penelitian, untuk memberikan *outcome* yang lebih baik demi kesembuhan pasien (Febriawati et al., 2023). Berdasarkan beberapa hasil penelitian, pemberian terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) merupakan intervensi EBN yang sudah diteliti dan direkomendasikan pada pasien stroke yang bertujuan untuk meningkatkan tingkat kesadaran (Aripratiwi et al., 2020). Penelitian yang dilakukan oleh Chanif et al. (2025) menunjukkan bahwa nilai GCS meningkat signifikan setelah diberikan terapi FAST selama 3 hari berturut-turut dimana terapi ini dapat mengaktifkan respons emosional dan memori pasien dengan memanfaatkan suara yang akrab dan signifikan bagi mereka, yang dapat merangsang bagian-bagian otak yang terlibat dalam kesadaran dan persepsi, serta membantu memulihkan tingkat kesadaran pasien.

Berdasarkan deskripsi diatas dan temuan penulis mengenai prevalensi NHS, yang masih merupakan salah satu kondisi medis paling serius dimana perawat memainkan peran kritis dalam perawatan 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 Pada Pasien Dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar".

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di RS pada pasien Non Hemoragic Stroke (NHS).

2. Tujuan Khusus

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

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan demi meningkatkan mutu pelayanan 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

Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang Non Hemoragik Stroke (NHS) sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi.

3. Bagi Penulis

Dapat menjadi bahan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan saat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) yang mengalami gangguan pada perfusi serebral dengan menggunakan *Evidence Based Nursing Familiar Auditory Sensory Training* sebagai salah satu pilihan intervensi terapeutik perawat.

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:

1. Studi Kepustakaan

Mengambil beberapa *literature* sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir mengenai Non Hemoragik Stroke (NHS).

2. Studi Kasus

Dengan melakukan pengamatan langsung di Ruang ICU Rumah sakit Pelamonia Makassar.

3. Wawancara

Data data pendukung lainnya didapatkan dengan hasil wawancara dengan keluarga pasien.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir tersusun/terdiri dari V bab yang terdiri dari: BAB I Pendahuluan, bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Pustaka, bab ini menguraikan tentang konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan. BAB III Pengamatan Kasus, bab ini menguraikan tentang pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi. BAB IV Pembahasan Kasus, bab ini terdiri dari pembahasan dimana bagian ini membahas tentang kesenjangan teori dan kasus nyata di unit ICU. Selain itu, pada BAB IV juga terdapat penerapan EBN yang membahas tentang EBN yang diangkat dan diimplementasikan pada pasien. BAB V Simpulan dan Saran, bab ini menguraikan tentang simpulan dan saran. Kemudian pada akhir dilengkapi dengan daftar pustaka

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Definisi Non Hemoragik Stroke

Non Hemoragik Stroke didefinisikan sebagai hilangnya fungsi neurologis secara mendadak yang disebabkan oleh obstruksi aliran darah ke satu atau lebih bagian otak akibat oklusi arteri serebral (Nair et al., 2023). Non Hemoragik Stroke (NHS) adalah kondisi dimana terdapat penyumbatan pembuluh darah arteri serebral oleh thrombus (bekuan darah yang terbentuk ditempat) atau embolus (bekuan darah yang berasal dari tempat lain). Akibat sumbatan ini, terjadi penurunan suplai oksigen dan glukosa ke jaringan otak, sehingga sel-sel saraf mengalami iskemia dan akhirnya nekrosis jika tidak segera ditangani (Campbell et al., 2020).

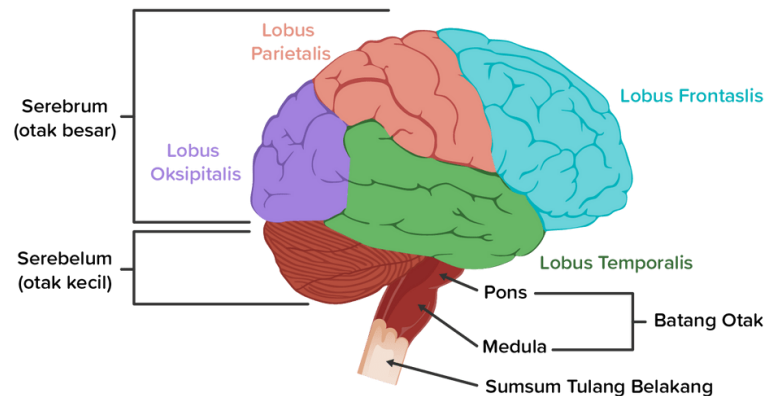
Non Hemoragik Stroke (NHS) juga diartikan sebagai hilangnya fungsi neurologis secara akut yang berlangsung 24 jam atau lebih dan dapat dikonfirmasi melalui pencitraan otak, seperti CT scan atau MRI, yang menunjukkan adanya infark serebral tanpa bukti perdarahan (Pandian et al., 2021).

Berdasarkan definisi tersebut penulis dapat menyimpulkan bahwa Non Hemoragik Stroke (NHS) adalah hilangnya fungsi neurologis yang terjadi karena penyumbatan pembuluh darah arteri serebral oleh thrombus atau embolus biasanya terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik yang berlangsung 24 jam atau lebih.

2. Anatomi dan Fisiologi

Menurut Kusyani & Khayudin (2022) anatomi dan fisiologi otak terdiri dari:

a. Otak



Gambar 2.1 Bagian otak

(Sumber: Sudibjo, 2022)

Otak merupakan pusat kendali untuk melaporkan peristiwa sensorik dan menghubungkannya dengan informasi yang tersimpan, pusat kendali pengambilan keputusan, dan pusat kecerdasan, emosi, dan memori.

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.

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.

- a) Lobus parietal berperan sebagai sensasi sentuhan, pergerakan tubuh, bau rasa disertai kesadaran. Selain itu, lobus ini terdapat daerah bicara yang bertanggung jawab untuk pengertian (pemahaman) bahasa.
- b) Lobus temporalis berperan sebagai tempat emosi dan juga bertanggung jawab terhadap rasa, persepsi, memori, music, agresif dan perilaku seksual.
- c) Lobus oksipitalis berfungsi untuk penglihatan. Pada lobus oksipitalis kiri untuk melihat angka dan huruf, sedangkan kanan untuk melihat gambar dan memegang peranan penting terhadap fungsi mata.

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 dibawah otak tengah dan diatas medula oblongata. Fungsi utama pons adalah

mengirimkan informasi dari otak kecil ke batang otak dan antara dua belahan otak kecil.

3) Otak tengah

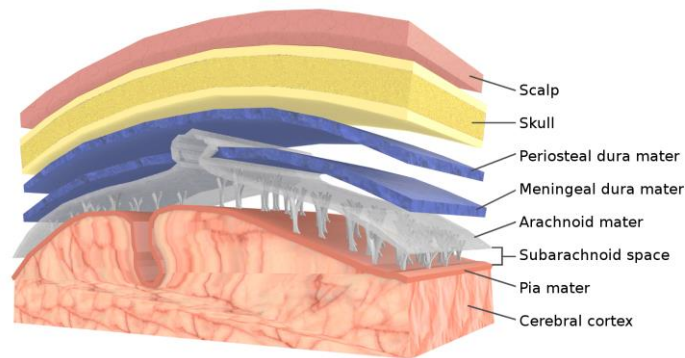
Otak tengah atau disebut mesensefalon berada memanjang dipons ke diensefalon. Berfungsi sebagai penghubung indra perasa dan indra pendengaran serta sebagai pusat koordinasi dari respons refleksi untuk indra penglihatan.

- a) Hipotalamus merupakan pusat integrasi mengontrol fungsi sistem saraf otonom, mengukur suhu tubuh dan fungsi endokrin serta menyesuaikan ekspresi emosi.
- b) Talamus merupakan bagian dari sistem limbik, dan terhubung daerah korteks serebral yang bertanggung jawab untuk kontrol gerak dan persepsi sensorik dengan lain dari otak yang terlibat dalam fungsi yang sama.

4) Serebellum

Serebellum disebut dengan otak kecil yang berada dibagian posterior batang otak. Serebellum berfungsi untuk mengkoordinasikan gerakan otot, keseimbangan dan postur tubuh. Ketika area ini mengalami kerusakan, akan menyebabkan gerakan otot tidak berfungsi.

5) Meningen



Gambar 2.2 Meningen

(Sumber: Bailey, 2019)

Meningen merupakan lapisan atau membran tipis yang berfungsi untuk menutupi atau melindungi otak dan saraf tulang belakang. Meninges terdiri atas tiga jenis, yaitu:

- a) Duramater, merupakan membran rangkap yang membungkus otak. Bagian paling luarnya menempel pada bagian dalam tulang kranial membentuk lapisan periosteal. Bagian lainnya disebut dengan lapisan meningeal.
- b) Arachnoidmater, merupakan lapisan meningeal tengah yang berbentuk seperti sarang laba-laba.
- c) Piamater, merupakan lapisan meninges paling dalam dan paling lembut yang menempel pada permukaan otak dan sumsum tulang belakang (Ramadhani & Widyaningrum, 2022).

6) 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

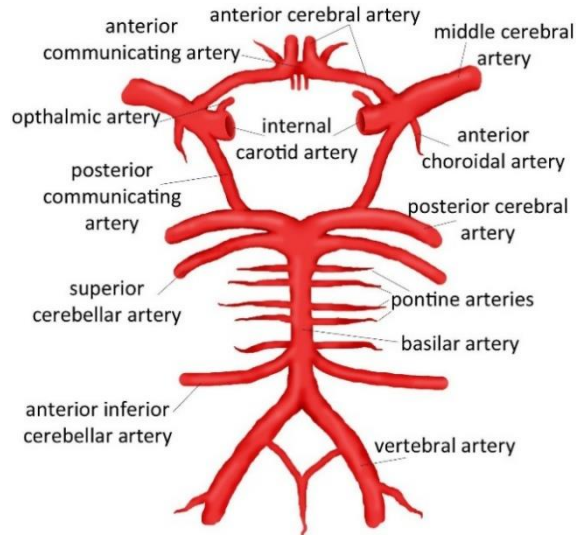
seperti telinga, hidung, lidah dan kulit. Saraf kepala terbagi menjadi dua belas yaitu:

- a) Nervus olfaktorius sensorik sensasi bau dan penciuman.
- b) Nervus optikus sensorik bola mata, ketajaman penglihatan.
- c) Nervus okulomotorius: bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot pergerakan bola mata), menghantarkan serabut-serabut para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- d) 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 motorik) mensarafi otot-otot pengunyah, serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.
- e) Nervus abduksen: sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata.
- f) Nervus fasialis: sifatnya majemuk (sensori dan motorik) 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.

- g) Nervus vestibulokoklearis: sifatnya sensoris, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.
- h) Nervus glossofaringeus: sifatnya majemuk (sensoris dan motorik) mensarafi faring, tonsil dan lidah. Saraf ini dapat membawa rangsangan citra rasa ke otak.
- i) Nervus vagus sifatnya majemuk (sensoris dan motorik) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esophagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa.
- j) Nervus aksesorius saraf ini mensarafi musculus sternocleidomastoid dan musculus trapezium. Fungsinya sebagai saraf tambahan.
- k) Nervus hipoglasus saraf ini mensarafi otot-otot lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyangkut.

b. Sistem sirkulasi darah ke otak



Gambar 2.3 Sirkulus Willis
(Sumber: Imran, 2015)

Otak mendapatkan aliran darah melalui dua sistem: arteri karotis (anterior) dan arteri vertebralis (posterior). Arteri vertebralis mengalirkan darah ke bagian belakang otak dan bawah dari otak hingga tempurung kepala (medulla oblongata, pons atau batang otak, lobus oksipital, serebelum, dan lobus temporalis inferior), sedangkan arteri karotis menyalurkan darah ke bagian depan dan atas dari otak (lobus frontalis, parietal, temporal, ganglia basal dan kapsula interna). Arteri karotis bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid, sedangkan arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia. Apabila aliran darah serebral mengalami gangguan akan digantikan dengan pembuluh darah kolateral yang dikenal dengan sirkulus willisi. Sirkulus Willis merupakan anastomotik arteri yang berada di otak untuk melindungi pasokan darah dari otak apabila terjadi sumbatan di salah satu cabang.

Ada tiga sirkulasi yang membentuk sirkulus willisi di otak yaitu; sirkulasi anterior, sirkulasi posterior dan arteri komunikans. Sirkulasi ini mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi antara suplai darah dari otak depan dan belakang. Selain itu, sirkulus willisi mengalirkan darah dari arteri serebri anterior melalui komunikans anterior untuk memperdarahi hemisfer serebri atau dari arteri posterior melalui komunikans posterior mengirigasi sirkulasi karotis (González & Schwamm, 2020).

3. Etiologi Non Hemoragik Stroke (NHS)

Non Hemoragik Stroke (NHS) terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak (Pratama, 2020). Menurut Sinta (2020) stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke, yaitu:

a. Hipertensi

Hipertensi yang tidak terkontrol menyebabkan tekanan darah tinggi secara terus-menerus pada dinding arteri, yang menimbulkan tekanan mekanis berlebih pada sel endotelium, yaitu lapisan dalam pembuluh darah. Tekanan ini merusak sel endotel sehingga terjadi disfungsi endotel. Kerusakan endotel meningkatkan permeabilitas dinding pembuluh, memungkinkan LDL (*low-density lipoprotein*) atau kolesterol jahat dan sel darah putih masuk ke dalam lapisan dinding arteri. Sel darah putih yang masuk ini memicu reaksi inflamasi dengan melepaskan zat-zat proinflamasi dan radikal bebas (*reactive oxygen species*), yang semakin memperburuk kerusakan endotel dan menyebabkan penumpukan plak aterosklerosis. Plak ini terdiri dari kolesterol, sel radang, dan jaringan fibrotik yang menebal dan membuat

lumen arteri terutama pada arteri *coronaria* menyempit, kemudian plak lepas menjadi emboli yang menuju ke otak sehingga aliran darah ke otak menjadi terganggu termasuk ke jaringan tubuh lainnya. Akibatnya, terjadi iskemik atau kekurangan suplai oksigen dan nutrisi, yang dapat menyebabkan infark (Sinta, 2020).

b. Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus (DM) yang tidak terkontrol menyebabkan hiperglikemia atau kadar gula darah tinggi secara terus-menerus. Hiperglikemia ini menyebabkan ginjal tidak mampu menyerap semua glukosa yang berlebih, sehingga terjadi glukosuria. Kehadiran glukosa dalam urine meningkatkan tekanan osmotik di tubulus ginjal, sehingga menarik lebih banyak air ke dalam urine, menyebabkan peningkatan produksi urine yang disebut diuresis osmotik. Kondisi ini menyebabkan kehilangan cairan tubuh yang berlebihan sehingga pasien mengalami dehidrasi. Dehidrasi ini membuat volume darah berkurang dan viskositas darah meningkat, sehingga darah menjadi lebih kental dan sulit mengalir lancar (Juni, 2020).

Selain itu, hiperglikemia kronis juga merusak dinding pembuluh darah dengan menyebabkan pengerasan (arteriosklerosis) dan penebalan dinding pembuluh, sehingga pembuluh menjadi kaku dan rentan mengalami ruptur atau kerusakan. Kerusakan ini memicu proses inflamasi dan penumpukan lemak, terutama LDL yang membentuk plak thrombus di dinding pembuluh darah. Thrombus membuat lumen pembuluh darah menyempit dan menghambat aliran darah, sehingga terjadi iskemik atau kekurangan suplai oksigen dan nutrisi. Jika terjadi lebih lanjut maka thrombus lepas menjadi thromboemboli yang kemudian menyumbat arteri cerebri yang lebih kecil yang dapat menyebabkan infark serebri (Sinta, 2020)

c. Hiperkolesterol

Proses terjadinya aterosklerosis diawali dari berubahnya kolesterol LDL menjadi lebih aterogenik setelah proses oksidasi dan berubah menjadi LDL teroksidasi (Ox- LDL). Di sisi lain, endotel bisa mengalami gangguan fungsi yang lama-kelamaan dapat menyebabkan dengan atau tanpa deendotelisasi disertai adhesi trombosit. Molekul plasma dan partikel lipoprotein, yang sesuai ukurannya, dapat melakukan ekstrasvasasi 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 mengangkat 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 apoptosis yang dihasilkan Ox-LDL akan memicu menyebabkan terbentuknya thrombus (Sinta, 2020).

d. Penyakit Jantung

Penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut atrial fibrillation, 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 thrombus di atrium kiri, kemudian thrombus akan lepas ke sirkulasi darah otak menjadi thromboemboli dan menyebabkan penyumbatan aliran darah di otak sehingga menyebabkan stroke (Sinta, 2020).

e. Merokok

Rokok mengandung nikotin dan karbon monoksida yang menyebabkan peningkatan fibrinogen melalui mekanisme stres oksidatif dan inflamasi. Nikotin memicu vasokonstriksi dan aktivasi sistem saraf simpatik sehingga meningkatkan tekanan darah dan produksi fibrinogen oleh hati sebagai respons inflamasi, sementara karbon monoksida mengikat hemoglobin sehingga menimbulkan hipoksia dan kerusakan endotel yang memicu pelepasan sitokin inflamasi, mempercepat proses aterosklerosis dengan penebalan dan penyempitan pembuluh darah akibat penumpukan plak dan fibrinogen. Peningkatan fibrinogen ini meningkatkan viskositas darah dan memicu agregasi trombosit, dimana trombosit menempel pada dinding pembuluh yang rusak dan membentuk thrombus. Kaskade koagulasi kemudian mengubah fibrinogen menjadi fibrin yang membentuk jaring-jaring fibrin memperkuat thrombus sehingga menyumbat pembuluh darah (Sinta, 2020).

f. Usia

Seiring bertambahnya usia, terutama diatas 55 tahun, elastisitas pembuluh darah menurun akibat perubahan struktural pada dinding arteri, seperti penurunan jaringan elastin dan peningkatan kolagen yang membuat pembuluh menjadi kaku dan kurang lentur. Penurunan elastisitas ini menyebabkan pembuluh darah sulit menyesuaikan diri terhadap perubahan tekanan darah, sehingga meningkatkan resistensi perifer dan memicu hipertensi sistolik. Hipertensi dan kekakuan pembuluh darah ini mempercepat proses aterosklerosis dengan penebalan dinding pembuluh akibat penumpukan plak dan kerusakan endotel, yang akhirnya menyempitkan lumen pembuluh darah. Penyempitan ini menghambat aliran darah ke otak, meningkatkan risiko

terbentuknya thrombus yang dapat menyumbat pembuluh darah otak sehingga menyebabkan infark serebri (Sinta, 2020).

g. Jenis kelamin

Penurunan hormon estrogen, terutama pada wanita pasca-menopause dan laki-laki jumlah kadar hormon estrogen yang tergolong rendah menyebabkan kerusakan sel endotel pembuluh darah karena estrogen berperan melindungi dan menjaga elastisitas pembuluh darah arteri. Estrogen meningkatkan kadar kolesterol baik *High Density Lipoprotein* (HDL) dan menurunkan *Low Density Lipoprotein* (LDL) sehingga membantu mencegah penumpukan lemak dan plak pada dinding pembuluh darah. Saat kadar estrogen menurun, elastisitas pembuluh darah menurun dan lapisan endotel menjadi lebih rentan rusak akibat stres oksidatif dan peradangan. Kerusakan endotel ini memicu akumulasi plak aterosklerosis yang menebal dan membuat pembuluh darah menyempit, meningkatkan risiko hipertensi dan gangguan aliran darah. Akumulasi plak ini juga dapat menyebabkan pembentukan thrombus pada pembuluh darah otak sehingga menyebabkan iskemik (Sinta, 2020).

h. Stres

Stres yang bersifat konstan dan terus menerus memengaruhi kerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memproduksi hormon adrenalin, tiroksin, dan kortisol sebagai hormon utama stres akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistem homeostasis. Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sistem saraf simpatik berpengaruh terhadap kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksin selain meningkatkan Basal Metabolism Rate (BMR) juga menaikkan denyut jantung dan frekuensi nafas. Stres dapat merangsang pelepasan hormon adrenalin dan memacu

jantung untuk berdetak lebih cepat dan lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat (Murtiningsih, 2020).

Peningkatan tekanan darah kronis menyebabkan kerusakan pada sel endotel pembuluh darah karena tekanan mekanik yang tinggi mengganggu fungsi normal endotel, termasuk produksi gas vasodilator seperti nitrit oksida (NO) yang berperan menjaga relaksasi pembuluh dan mencegah perlekatan trombosit. Kerusakan endotel ini menimbulkan disfungsi endotel yang ditandai dengan penurunan produksi NO dan peningkatan faktor vasokonstriktor serta zat pro-inflamasi, sehingga pembuluh darah menjadi kaku dan mudah mengalami peradangan. Endotel yang rusak juga memicu pelepasan *Von Willebrand Factor* yang mempercepat adhesi dan agregasi trombosit yang memulai proses pembentukan thrombus. Thrombus ini semakin menyempitkan lumen pembuluh darah yang menyebabkan gangguan suplai oksigen dan nutrisi sehingga terjadi infark serebri (Sinta, 2020).

4. Patofisiologi Non Hemoragik Stroke (NHS)

Faktor risiko terbesar timbulnya non hemoragik stroke, yaitu merokok, hipertensi, hiperkolesterol, diabetes melitus, penyakit jantung, usia serta jenis kelamin yang akan menyebabkan terjadinya aterosklerosis pada pembuluh darah (Hartaty & Haris, 2020).

Non hemoragik stroke disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak (Lengga, 2023). Thrombus dan emboli dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal lalu menyebabkan berkurangnya aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen sehingga berujung pada kematian sel dalam

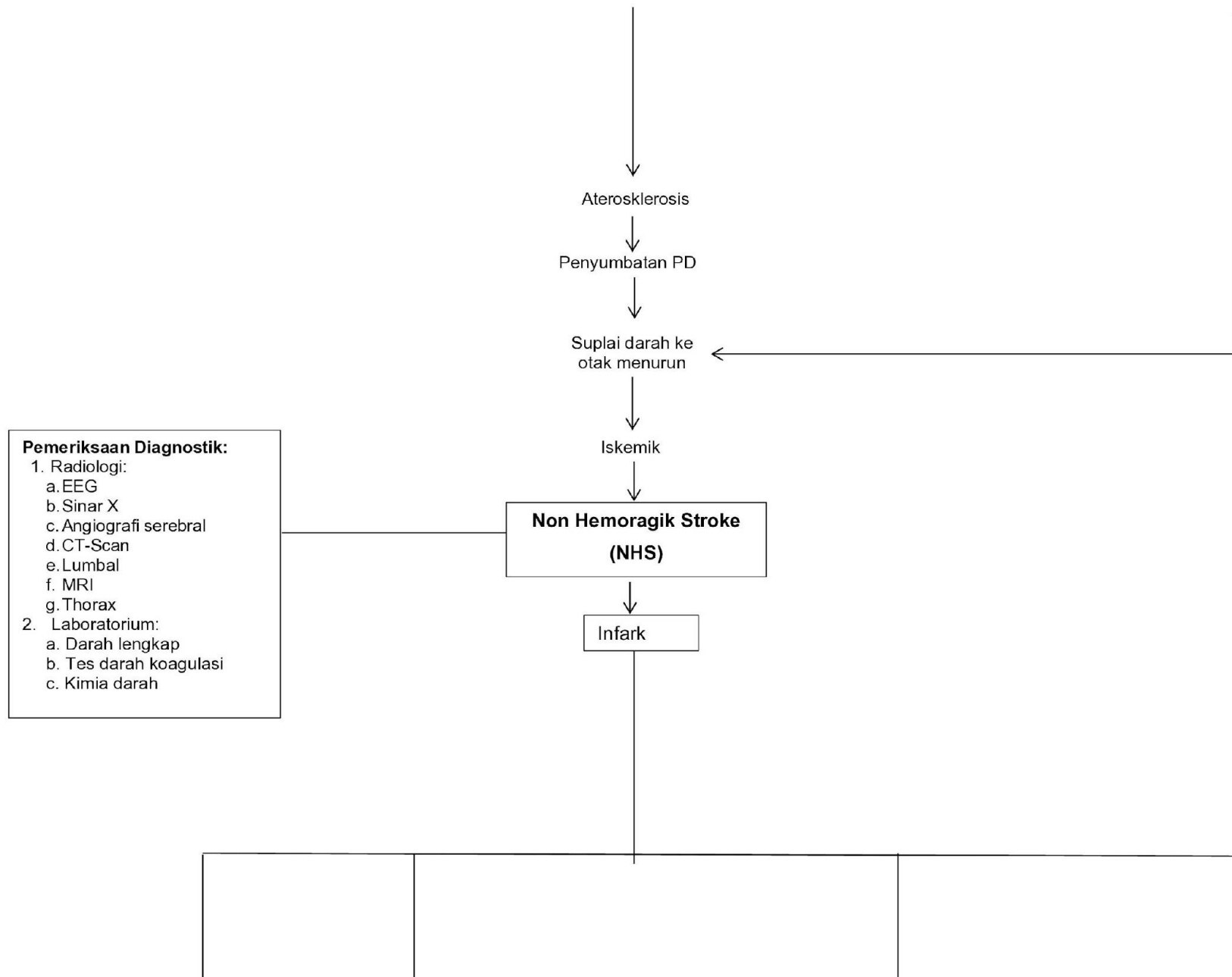
hitungan menit. Area dengan aliran darah kurang dari 10 mL/100g/menit disebut sebagai inti infark (*core*), tempat terjadinya kerusakan permanen. Di sekitar inti infark terdapat area dengan aliran darah antara 10–25 mL/100g/menit, yang dikenal sebagai penumbra, yang masih dapat bertahan hidup selama beberapa jam jika diberikan intervensi yang tepat, seperti reperfusi (pemulihan aliran darah). Tanpa reperfusi, penumbra akan mengalami kerusakan lebih lanjut dan bergabung dengan inti infark, menyebabkan kerusakan otak permanen. Selain itu, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis metabolik mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat dengan gejala klinis nyeri kepala, pusing dan dapat disertai penurunan kesadaran (Sinta, 2020).

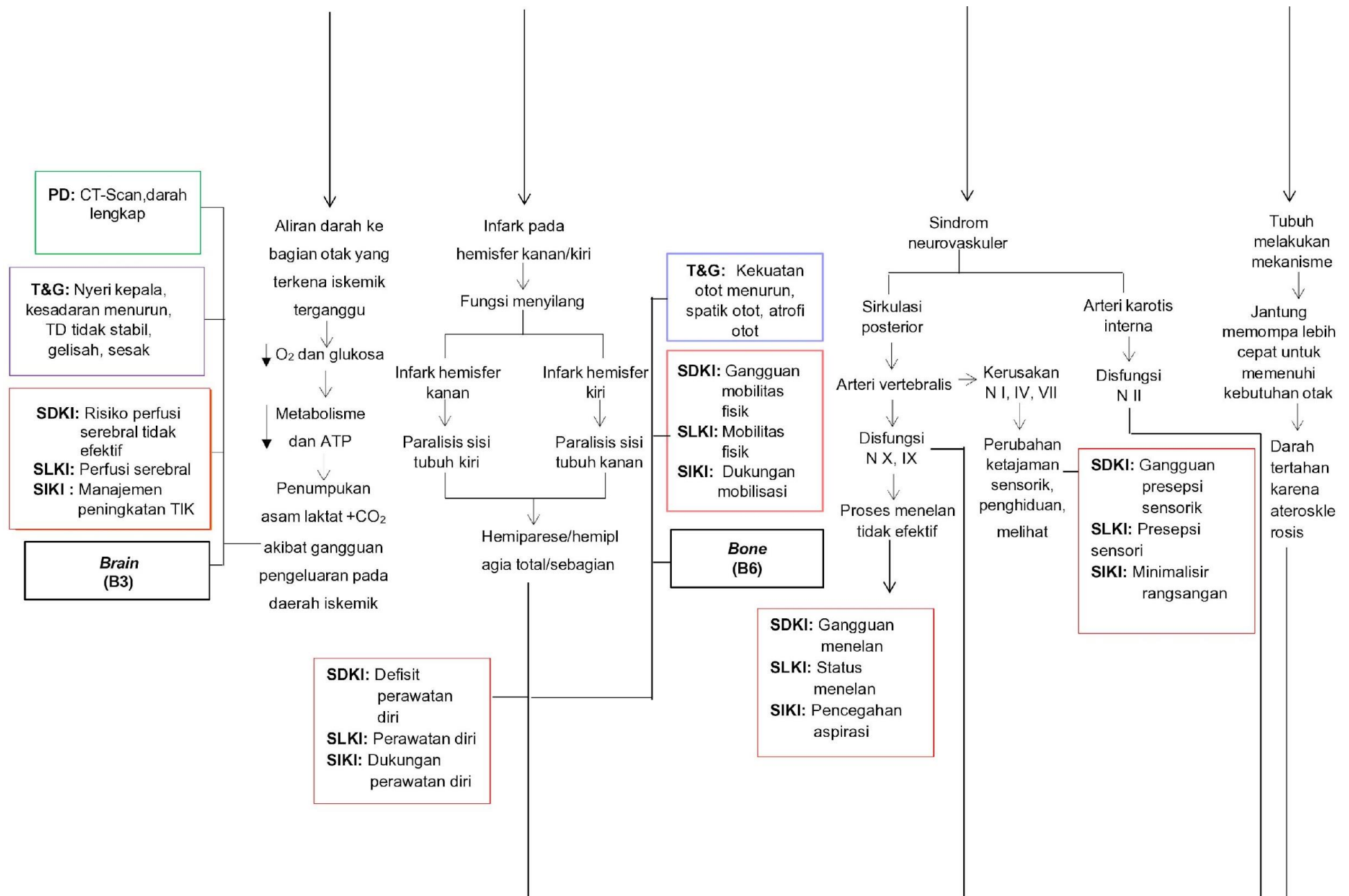
Edema yang terjadi dapat menyebabkan peningkatan TIK secara signifikan sehingga terjadi latasi aneurisma pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan perdarahan serebri akibat pecahnya aneurisma. Perdarahan area serebri yang luas akan menyebabkan kematian. Karena perdarahan yang luas dapat menyebabkan penekanan tekanan intrakranial, menurunnya perfusi otak dan yang lebih berat menyebabkan herniasi otak hingga kematian. Area edema yang terjadi dapat menyebabkan disfungsi besar seperti infark luas bahkan penurunan kesadaran. Dan edema dapat berkurang beberapa jam atau beberapa hari dengan menunjukkan perbaikan (Sinta, 2020). Infark serebri yang terjadi pada penderita stroke non hemoragik mengakibatkan suplai darah ke area tertentu otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi, besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap daerah yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat (Kuriakose & Xiao, 2020).

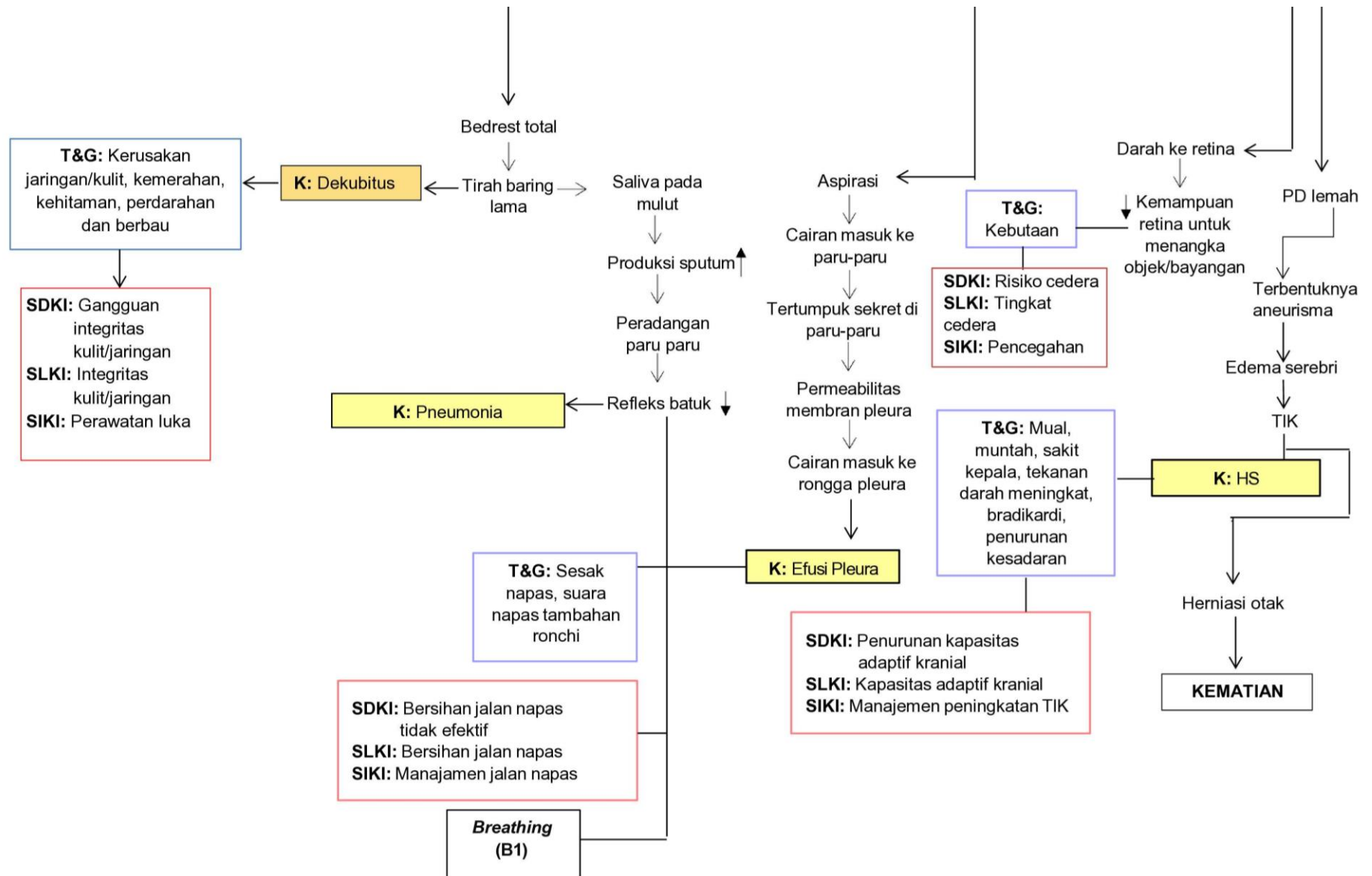
Infark pada hemisfer kedua otak dapat menyebabkan paralisis dengan terjadinya kelemahan sisi tubuh yang berlawanan. Sedangkan infark bilateral dapat menyebabkan terjadinya kerusakan area sisi hemisfer atau paralisis/parese kedua ekstremitas dan terjadi penurunan kekuatan otot serta rentang gerak pasif pada kedua sisi atau berlawanan. Bila terjadi kerusakan pada otak kiri maka akan terjadi gangguan dalam fungsi bicara dan berbahasa. Akibat penurunan *Cerebral Blood Flow* (CBF) regional pada suatu daerah otak, terisolasi dari jangkauan aliran darah yang mengangkut O₂ dan glukosa yang diperlukan untuk metabolisme oksidatif serebral daerah yang terisolasi tersebut tidak berfungsi lagi sehingga timbulah manifestasi defisit neurologi yang biasanya berupa paralisis, hemiparese dan hemiparastesia yang bisa juga disertai defisit fungsi luhur seperti afasia. Apabila arteri serebri media tersumbat di dekat percabangan kortikal utamanya (pada cabang arteri) dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisfer serebri dominan bahasa (Kartika et al., 2022).

Infark pada batang otak (pons) dan medulla oblongata mengakibatkan disartria. Pada daerah pons terdapat inti persarafan (nucleus), nervus V (trigeminus), nervus VII (Fasialis) yang mempersarafi otot wajah (buccinator), otot masseter dan otot temporalis yang mempengaruhi persarafan pada daerah wajah. Sedangkan area medulla terdapat nervus XII (Hipoglossus) dan mempersarafi otot lidah. Selain itu terdapat saraf lain yang ikut berperan dalam terjadinya disartria yaitu nervus X (vagus) yang berinti di ganglion jugulare nodosum yang jika terjadi kerusakan dapat terjadi gangguan pada proses menelan (Nugraheni et al., 2024). Selain itu sumbatan arteri karotis interna tidak cukup untuk menyebabkan manifestasi neurologi karena aliran darah dari arteri kolateral melalui sirkulus Willisi. Sirkulus willisi adalah sirkulasi (lingkaran pembuluh darah otak) yang menghubungkan sirkulasi

anterior dan posterior otak, sehingga dapat menyebabkan ketidakstabilan hemodinamik sirkulasi Willisian dan dapat terjadinya kerusakan pada daerah otak (Nugraheni et al., 2024).







5. Manifestasi Klinis Non Hemoragik Stroke (NHS)

Menurut Permatasari (2020) gejala umum yang sering terjadi dan mudah dilihat adalah penderita merasakan lemah dan mati rasa atau kebas pada bagian wajah, tangan, atau kaki terutama salah satu bagian tubuh. Gejala stroke dapat disingkat FAST untuk memudahkan masyarakat dalam mengenali gejala tersebut:

a. F (face/ wajah)

Minta orang tersebut untuk tersenyum. Wajah akan terlihat tidak simetris (asimetris), sebelah sudut mulut tertarik ke bawah dan lekukan antara hidung ke sudut mulut tampak mendatar.

b. A (arms drive/ gerakan lengan)

Minta orang tersebut untuk mengangkat kedua lengan. Lengan diangkat lurus sejajar kedepan dengan sudut 90° dan telapak tangan keatas selama 30 detik. Jika kelumpuhan lengan ringan dan tanpa disadari penderita, maka lengan lumpuh akan turun (menjadi tidak sejajar lagi) sedangkan kelumpuhan yang berat, lengan tersebut tidak bisa diangkat lagi dan tidak dapat digerakkan.

c. S (speech/ bicara)

Minta orang tersebut mengulangi kalimat sederhana. Maka akan terlihat gangguan berbicara (artikulasi terganggu) atau sulit berbicara (gagu) atau bisa bicara tetapi mengalami gangguan pemahaman atau sulit mengerti.

d. T (time/ waktu)

Segera memanggil ambulans atau ke rumah sakit jika menemukan tiga gejala diatas seperti perubahan wajah, kelumpuhan dan bicara atau disertai gejala seperti:

- 1) Kehilangan kesadaran (pingsan)
- 2) Pusing berputar (vertigo)
- 3) Kesemutan separuh badan
- 4) Penglihatan tiba-tiba kabur pada kedua atau salah satu mata.

Menurut Katrisnani (2020) stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

a. Kehilangan motorik

Disfungsi motorik paling umum adalah paralisis pada salah satu sisi atau hemiplegia karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Pada awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul adalah paralisis dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam atau penurunan 30 kekuatan otot untuk melakukan pergerakan, apabila refleks tendon dalam ini muncul kembali biasanya dalam waktu 48 jam, peningkatan tonus disertai dengan spastisitas atau peningkatan tonus otot abnormal pada ekstremitas yang terkena dapat dilihat (Afandy & Wiriatarina, 2020).

b. Kehilangan Komunikasi

Menurut Katrisnani (2020), fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

- 1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- 2) Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
- 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c. Gangguan Persepsi

Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori (Katrishani, 2020).

d. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologik

Menurut Afandy & Wiriatarina (2020) gangguan persepsi sensori merupakan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Gangguan persepsi sensori pada stroke meliputi:

- 1) Disfungsi persepsi visual, karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Kehilangan setengah lapang pandang terjadi sementara atau permanen (homonimus hemianopsia). Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala penderita berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut yang disebut dengan amorfosintesis. Pada keadaan ini penderita hanya mampu melihat makanan pada setengah nampan, dan hanya setengah ruangan yang terlihat.
- 2) Gangguan hubungan visual-spasial yaitu mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial sering terlihat pada penderita dengan hemiplegia kiri. Penderita tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- 3) Kehilangan sensori, karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau berat dengan kehilangan proprioepsi yaitu kemampuan untuk merasakan posisi

dan gerakan bagian tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius

- 4) Disfungsi kandung kemih, karena setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena kebingungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/bedpan (Katrishani, 2020).

6. Tes Diagnostik Non Hemoragik Stroke (NHS)

Menurut Murtiningsih (2020), tes diagnostik pada pasien stroke, yaitu:

a. Radiologi

1) CT-Scan

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

2) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

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

3) Elektroensefalogram (EEG)

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

4) Sinar X

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

5) Angiografi Serebral

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

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 Darah Koagulasi

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

3) Tes Kimia Darah

Tes ini digunakan untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat dll. Seseorang yang terindikasi penyakit stroke biasanya memiliki yang gula darah yang tinggi. Apabila seseorang memiliki riwayat penyakit diabetes yang tidak diobati maka hal tersebut dapat menjadi faktor pemicu resiko stroke.

Insani & Ngkolu (2020) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat memberi efek positif pada kesehatan serta kesejahteraan. Dengan adanya dukungan yang solid, angka kematian dapat ditekan, pemulihan dari penyakit menjadi lebih lancar, dan kesehatan mental, fisik, dan kognitif meningkat. Dukungan keluarga juga membantu menyesuaikan diri dengan kehidupan yang penuh tekanan. Sifat dan jenis dukungan sosial yang diterima oleh setiap keluarga berbeda-beda sepanjang siklus kehidupan. Dukungan keluarga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga dengan memudahkan mereka menggunakan berbagai potensi dan sumber daya.

7. Penatalaksanaan Non Hemoragik Stroke (NHS)

Menurut Faridah 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 di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah thrombus 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.

a) Nikardipin 5mg/jam.IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam, setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila

tekanan darah tidak tercapai $<185/110$ mmHg, maka jangan diberikan rtPA.

- b) Pasien sudah dapat rtAP, namun tekanan darah sistolik $>180-230$ mmHg atau diastolik $>105-120$ mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg/IV, kemudian infus kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA $<180/105$ mmHg, monitor tiap 15 menit selama 2 jam dari mulainya rtPA, lalu tiap 30 menit selama 6 jam dan kemudian tiap jam selama 16 jam.

5) Diuretik Osmotik

Pemberian diuretik osmotik, seperti manitol, pada pasien non-hemoragik stroke (NHS) dengan edema serebri bertujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial dengan cara menarik cairan dari jaringan otak ke dalam ruang intravaskuler. Manitol diberikan secara intravena (infus) dengan dosis sekitar 0,25-0,5 gram/kg berat badan selama lebih dari 20 menit, yang dapat diulang setiap 4-8 jam sesuai kebutuhan dan respons pasien. Mekanisme kerja manitol adalah meningkatkan tekanan osmotik plasma sehingga cairan ekstraseluler di otak terdorong keluar ke pembuluh darah, mengurangi volume edema serebral dan menurunkan tekanan intrakranial. Selain itu, manitol juga dapat meningkatkan perfusi serebral sehingga membantu mempertahankan aliran darah otak yang adekuat.

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. 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, dianjurkan menggunakan nasogastrik tube.
- e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg%, dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.

2) Fase rehabilitasi

- a) Mobilisasi dini.
- b) Fisioterapi.
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM).

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

atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

8. Rehabilitasi Pasca Stroke

Menurut Kurniawan (2021), mengklasifikasikan fase dalam rehabilitasi stroke sebagai berikut:

a. Fase Akut

Pasien stroke mendapatkan perawatan di ruang perawatan biasa maupun unit stroke, dikarenakan kondisi hemodinamik pasien belum stabil. Rehabilitasi fase akut dilakukan pada 7 hari pertama pasca serangan stroke. Selama periode ini, meningkatkan perfusi serebral menjadi sangat krusial untuk mencegah kerusakan otak yang lebih luas akibat kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga diperlukan penanganan yang komprehensif sebagai peran perawat demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Tindakan keperawatan yang harus dilakukan adalah *head up* (30°) derajat untuk membantu mengurangi tekanan intrakranial sekaligus memfasilitasi aliran darah ke otak. Selanjutnya, pemberian oksigen diberikan untuk memastikan saturasi oksigen tetap optimal diatas 94%, sehingga jaringan otak mendapat suplai oksigen yang cukup (Kurniawan, 2021).

Selama fase akut pemantauan tekanan darah juga krusial, dengan menjaga tekanan darah pada rentang yang aman (biasanya 140-180 mmHg) agar tekanan perfusi serebral tetap terjaga tanpa memperburuk kondisi iskemik. Selain itu, pemberian cairan isotonik dilakukan untuk mempertahankan volume darah dan mencegah dehidrasi yang dapat mengganggu aliran darah ke otak. Jika memungkinkan, terapi trombolitik harus diberikan dalam waktu 3 - 4,5 jam sejak munculnya gejala untuk memecah bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah.

Pemantauan neurologis secara ketat juga harus dilakukan untuk mendeteksi perubahan kondisi pasien, termasuk tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial atau komplikasi lain (Sinta, 2020).

b. Fase Sub-akut

Pasien stroke fase sub-akut pada umumnya kondisi hemodinamiknya mulai stabil dan dibolehkan untuk pulang ke rumah. Apabila pasien masih memerlukan penanganan rehabilitasi yang intensif maka belum boleh untuk dipulangkan. Fase rehabilitasi ini dilakukan antara 2 minggu hingga 6 bulan setelah stroke. Tujuan pemberian rehabilitasi yaitu untuk mengoptimalkan pemulihan neurologis dan reorganisasi saraf, meningkatkan kualitas hidup dan konsep diri. Latihan pada fase sub-akut ini yaitu meliputi latihan berdiri dan berjalan, latihan ketahanan, terapi kognitif, terapi berbicara, dan terapi dengan modalitas, dan juga terapi yang telah dilakukan pada fase akut dapat dilanjutkan.

c. Fase Kronis

Program latihan atau rehabilitasi untuk fase kronis berlangsung diatas 6 bulan setelah terjadi stroke. Pada fase ini latihan endurasi dan penguatan otot dilakukan secara bertahap dan terus ditingkatkan hingga pasien dapat mencapai aktivitas aktif yang optimal. Tujuan dari program latihan fase kronis adalah mengoptimalkan dan mempertahankan kemampuan fungsional yang telah dicapai, mengoptimalkan kualitas hidup pasien, dan mencegah terjadinya komplikasi. Latihan fase kronis meliputi latihan berjalan, latihan kekuatan dan latihan keseimbangan

Menurut Sulistiyawati (2020) peningkatan kualitas hidup penderita stroke melalui rehabilitasi. Rehabilitasi dilakukan segera mungkin dan secara rutin, hal ini menyebabkan kembalinya kemampuan motorik penderita stroke secara

bertahap. Rehabilitas pada ekstremitas atas sangatlah penting bagi penderita stroke. Ekstremitas atas sangat berperan penting dalam pelaksanaan kegiatan sehari-hari seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan lain sebagainya. Penatalaksanaan rehabilitasi yang dapat dilakukan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik yaitu melakukan mobilisasi sesegera mungkin saat kondisi neurologis dan hemodinamik penderita stroke telah membaik atau stabil. Mobilisasi harus dilakukan secara berkala.

9. Komplikasi Non Hemoragik Stroke (NHS)

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

a. Edema serebri

Edema serebri atau edema otak adalah kondisi dimana terjadi penumpukan cairan berlebihan dalam jaringan otak sehingga menyebabkan pembengkakan otak. Karena otak berada dalam rongga tengkorak yang keras dan tertutup, pembengkakan ini menyebabkan tekanan di dalam tengkorak meningkat, yang dapat menekan jaringan otak dan mengganggu fungsi otak normal.

b. Tekanan intrakranial (TIK) meningkat

TIK adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intrakranial, dan cairan serebrospinal (CSS) di dalam 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.

c. Hemorhagik stroke

Hemoragik stroke adalah kondisi medis serius yang terjadi ketika pembuluh darah di dalam otak pecah, menyebabkan perdarahan di jaringan otak. Perdarahan ini mengganggu aliran darah normal, sehingga area otak yang seharusnya menerima oksigen dan nutrisi menjadi kekurangan pasokan, yang kemudian merusak atau menghancurkan sel-sel otak. Akumulasi darah juga memberi tekanan pada jaringan otak di sekitarnya, memperburuk kerusakan fungsi otak.

d. Gagal napas

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

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 dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

g. Atrofi

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Primer

a. B1 (*Breathing*)

Pada inspeksi didapatkan klien suara napas snoring, 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 fremitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

b. B2 (*Blood*)

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).

c. B3 (*Brain*)

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 merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

d. B4 (*Bladder*)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena kebingungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan 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.

e. B5 (*Bowel*)

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.

f. B6 (*Bone*)

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

2. Pengkajian Sekunder

- a. Identitas pasien, umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa dll.
- b. Riwayat kesehatan dahulu, riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embolisme serebral, riwayat tinggi kolesterol, obesitas, riwayat DM, riwayat aterosklerosis, merokok dan riwayat konsumsi alkohol
- c. Riwayat kesehatan sekarang, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kehilangan motorik, merasa kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi/paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah istirahat, nyeri, kejang otot
- d. Riwayat kesehatan keluarga apakah ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga
- e. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
Adanya penyakit jantung (reumatik, penyakit jantung vaskuler), polistemia, riwayat hipotensi postural. Ditemukan hipertensi arterial (terjadinya pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.
- f. Pola nutrisi dan metabolik
Nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah. Terjadi kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.
- g. Pola eliminasi
Perubahan pada perkemihan seperti inkontinensia urine, anuria. Distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.
- h. Pola aktivitas dan latihan
Merasa sulit melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis, hemiplegia, merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat. Gangguan tonus otot, paralitik

(hemiplegia) dan terjadi kelemahan gangguan penglihatan dan gangguan kesadaran

i. Pola tidur dan istirahat

Susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot). Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot.

j. Pola persepsi dan sensorik dan kognitif

Sinkop atau pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat dengan adanya perdarahan intraserebral, subaraknoid, kesemutan (biasanya selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain). Status mental atau tingkat kesadaran pada pasien stroke yaitu somnolen, apatis, sopor, coma.

k. Pola persepsi dan konsep diri

Perasaan putus asa, emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

l. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi. Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, untuk afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata-kata)

m. Pola reproduksi dan seksualitas

Tidak adanya gairah seksual, kelemahan tunggu dan gangguan persepsi seksual

n. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Perasaan tidak berdaya, putus asa. Emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri

o. Pola sistem nilai kepercayaan

Tidak mampu mengekspresikan diri. Tidak mampu melakukan ibadah

3. Diagnosis Keperawatan

Menurut Juni (2020) diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien stroke yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme
- b. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
- d. Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun
- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (tirah baring lama)
- f. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebri

4. Luaran dan Rencana Keperawatan

Berikut adalah luaran dan rencana keperawatan menurut (SLKI PPNI, 2018) dan (SIKI PPNI, 2018) :

- a. SDKI: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Tekanan intrakranial menurun
- 3) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- 4) Tekanan darah sistolik membaik
- 5) Tekanan darah diastolik membaik

SIKI: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial Observasi:

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

R/ mengetahui sistem saraf motorik dan sensorik

- 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)

R/ peningkatan TIK menyebabkan terganggunya perfusi jaringan serebral

- 3) Monitor MAP

R/ untuk mengetahui normal tidaknya hemostatis tubuh

- 4) Monitor status pernapasan

R/ untuk mengetahui tanda-tanda bahaya seperti sesak nafas

Teraupetik:

- 1) Berikan posisi semi fowler

R/ meningkatkan sirkulasi/perifer serebral dan mengurangi risiko peningkatan TIK

- 2) Pertahankan suhu tubuh normal

R/ hipertermi mengakibatkan peningkatan pada laju metabolisme kebutuhan oksigen dan glukosa.

Kolaborasi:

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

R/ meningkatkan dan memperbaiki aliran darah serebral dan mencegah terjadinya thrombus

- b. SDKI: Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Refleks menelan meningkat
- 2) Kemampuan mengunyah meningkat
- 3) Usaha menelan meningkat

SIKI: Dukungan perawatan diri: makan/ minum Observasi:

- 1) Monitor kemampuan menelan

R/ Mengetahui adanya kelemahan nervus vagus sehingga mengganggu fungsi menelan

Teraupetik:

- 1) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
R/ mempermudah pasien untuk makan dan minum
- 2) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
R/ mulut yang bersih dapat meningkatkan napsu makan
- 3) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
R/ agar membantu pasien dalam melakukan kebutuhan

c. SDKI: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan manajemen energi meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Kaku sendi menurun

SIKI: Manajemen energi Observasi:

- 1) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
R/ untuk menentukan perkembangan peningkatan aktivitas yang dilakukan

Teraupetik:

- 1) Lakukan latihan gerak pasif dan aktif
R/ meminimalkan atrofi otot meningkatkan sirkulasi dan mencegah kontraktur

Edukasi:

- 1) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
R/ Mengidentifikasi perubahan tingkat mobilitas pasien setiap hari dan menentukan perkembangan peningkatan kekuatan otot sehingga dapat diprioritaskan tindakan yang diberikan.

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

R/ mempercepat proses penyembuhan

- d. SDKI: Risiko jatuh dibuktikan dengan kelemahan otot

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Jatuh saat berjalan
- 2) Jatuh saat berjalan

SIKI: Pencegahan jatuh Observasi:

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis, usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)

R/ mengetahui faktor yang dapat menyebabkan jatuh

- 2) Identifikasi faktor lingkungan

R/ mengetahui situasi lingkungan sekitar yang menyebabkan jatuh

Teraupetik:

- 1) Pasang handrell tempat tidur

R/ mencegah pasien jatuh dari tempat tidur

- e. SDKI: Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 2) Kemerahan menurun

SIKI: Perawatan integritas kulit

Observasi:

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan, penurunan mobilitas)

R/ Mendeteksi penyebab dan tindakan yang diberikan dalam perawatan

Teraupetik:

- 1) Ubah posisi tiap 2 jam, jika tirah baring

R/ mencegah tekanan pada kulit

Edukasi:

- 1) Anjurkan menggunakan pelembab

R/ menjaga kelembaban kulit

- 2) Anjurkan mandi menggunakan sabun

R/ menjaga kelembaban kulit

- f. SDKI: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x ... jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Tekanan intrakranial membaik
- 2) Tekanan darah membaik
- 3) Tekanan nadi (pulse pressure) membaik
- 4) Respon pupil cukup membaik
- 5) Refleks neurologis cukup membaik

SIKI: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Observasi

- i. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. edema serebral)
R/ Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien.
- ii. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar)
R/ Untuk memantau perkembangan pasien

Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

R/ Untuk memberikan kenyamanan pasien

2) Berikan posisi semi fowler

R/ Dapat menurunkan tekanan arteri dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis

R/ Pemberian diuretik osmosis dapat membantu menurunkan tekanan darah

5. Discharge Planning

Menurut Sumiati et al. (2021) adapun perawatan di rumah untuk penderita stroke pada fase rehabilitasi yang bisa dilakukan oleh keluarga secara garis besar adalah sebagai berikut:

- a. Mendukung mobilisasi pasien dengan membantu latihan gerak aktif dan pasif (ROM) untuk mencegah kekakuan dan mempercepat pemulihan fungsi motorik.
- b. Memberikan motivasi dan dukungan emosional agar pasien tetap semangat dan percaya diri menjalani rehabilitasi.
- c. Melakukan perawatan kebutuhan dasar seperti membantu mandi, makan, dan aktivitas sehari-hari sambil mendorong kemandirian pasien.
- d. Memantau tanda-tanda komplikasi dan mengingatkan pasien untuk minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter.
- e. Memodifikasi lingkungan rumah agar aman dan nyaman untuk pasien, termasuk penggunaan alat bantu jika diperlukan.
- f. Mengikuti edukasi dan instruksi dari tenaga kesehatan terkait terapi rehabilitasi, perawatan, dan pengelolaan faktor risiko stroke.
- g. Menjadi caregiver yang aktif dan konsisten mendampingi pasien selama proses rehabilitasi agar proses pemulihan berjalan optimal.

- h. Mendorong pasien melakukan aktivitas fisik ringan secara rutin sesuai kemampuan untuk meningkatkan fungsi dan mencegah komplikasi pasca stroke.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien dengan initial Tn.S umur 64 tahun, jenis kelamin laki-laki, bekerja sebagai wiraswasta, agama islam, alamat Jl. Tinumbu dengan diagnosa medis Non Hemoragik Stroke (NHS). Pasien masuk IGD diantar keluarganya pada tanggal 16 Mei 2025 dengan keluhan penurunan kesadaran dan tidak bisa menggerakkan badan sebelah kiri, sehingga dokter memutuskan untuk pasien diopname. Keluarga mengatakan pasien pernah jatuh di kamar mandi karena kehilangan keseimbangan dan muntah 2x dirumah saat sedang makan. Kemudian sekitar 2 minggu yang lalu pasien mengalami batuk berlendir dan kelemahan tubuh sisi sebelah kiri sehingga mobilitasnya dibantu oleh keluarga selain itu pasien juga mengeluh sakit kepala. Pada pagi hari tanggal 16 Mei 2025 pasien mengalami sesak dan penurunan kesadaran secara tiba-tiba sehingga dibawa ke IGD RS TK.II Pelamonia Makassar.

Pada saat tiba di IGD pasien dilakukan observasi TTV, TD: 168/105, R: 28 x/menit, SpO2: 89% dan dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 204 mg/dl. Dan pada hasil CT Scan didapatkan hasil infark serebri dextra dan brain atrophy sehingga dokter memutuskan pasien dipindahkan ke ICU. Saat dilakukan pengkajian di ICU, tampak pasien terbaring lemah, tampak penurunan kesadaran dengan GCS E:1, V:2, M:2 (sopor), tampak pasien sesak, tampak pasien terpasang NRM 10 liter, infus 2 line NaCl 1000 cc dan RL 500 cc/24 jam, kateter urine dan NGT. TD: 160/98 mmHg, N: 112 x/menit, S: 36,5, R: 26 x/menit, SpO2: 100% dengan memakai oksigen.

A. Pengkajian

RUANG INTENSIVE CARE UNIT

Nama Mahasiswa : Agnes Sevani & Agnes Yudistira Palimbanan

Tanggal : 16 Mei 2025

Nama Pasien/Umur : Tn.S/64 tahun

Diagnosa Medis : NHS + Kesadaran Menurun

1. Pengkajian Primer

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan dada	Tampak pergerakan dada kiri dan kanan simetris
	Pemakaian alat bantu napas	Tidak ada
	Palpasi	- Nyeri tekan: Tidak ada nyeri tekan - Krepitasi: Tidak ada krepitasi
	Perkusi	Pekak
	Suara nafas	- Vesikuler - Terdengar suara nafas tambahan ronchi di kedua lapang paru
	Batuk	Tidak produktif
	Sputum	Tampak sputum pasien kental, berwarna putih kekuningan
	Alat bantu napas	- Ada - Jenis: <i>Non Rebreathing Mask</i> (NRM) 10 liter

	Lain-lain	• Terpasang OPA ukuran 80 mm (berwarna hijau) • Tampak pasien sesak • SPO₂: 89% • RR: 26x/m
<i>Blood</i> (B2)	Suara jantung	• S1 S2 S3 S4 • Tunggal
	Irama jantung	• Reguler
	CRT	• <3 detik
	JVP	• Normal, 5-2 cmH₂O
	CPV	• Tidak ada
	Edema	• Tidak ada edema
	EKG	• Tidak ada
	Lain-lain	• Tanda-tanda vital: TD: 160/98 mmHg N : 112x/m S : 36,5 ° C
<i>Brain</i> (B3)	Tingkat kesadaran	• Kualitatif : Sopor comatus • Kuantitatif E₁V₂M₂ Kesimpulan: GCS 5 (Sopor comatus)
	Reaksi pupil • Kanan	• Isokor, diameter 2,5 mm

	• Kiri	• Isokor, diameter 2,5 mm
	Refleks fisiologis • Biseps • Triceps • Patella • Achilles	• Kiri : Negatif Kanan : Positif • Kiri : Negatif Kanan : Positif • Kiri : Negatif Kanan : Positif • Kiri: Negatif Kanan: Positif
	Refleks patologis • Babinski	• Kiri : Positif • Kanan : Negatif
	Lain-lain	Hasil CT-scan (16 Mei 2025, 13.00) • Infark serebri dextra • Brain atrophy
<i>Bladder</i> (B4)	Kateter	• Ada, hari pertama
	Urin	• Jumlah urin 210cc / 8 jam (14.00-21.00) • Warna: Kuning pekat
	Kesulitan BAK	• Tidak ada
	Lain-lain	• Tidak ada
<i>Bowel</i> (B5)	Mukosa bibir	• Tampak bibir pasien lembab
	Lidah	• Tampak lidah pasien kotor

	Keadaan gigi	• Tampak tidak ada gigi palsu								
	Nyeri telan	• Tidak dikaji								
	Abdomen	• Tidak distensi								
	Peristaltik usus	• Normal, 10x/m								
	Mual	• Tidak ada								
	Muntah	• Tidak ada								
	Hematemesis	• Tidak ada								
	Melena	• Tidak ada								
	Terpasang NGT	• Ya, tampak pasien terpasang NGT								
	Colostomy bag	• Tidak terpasang								
	Diare	• Pasien tidak mengalami diare								
	Konstipasi	• Tidak mengalami konstipasi								
	Asites	• Tidak ada asites								
	Lain-lain	• Tidak ada								
<i>Bone</i> (B6)	Perdarahan kulit	• Tidak ada								
	Icterus	• Tidak ada								
	Akral	• Teraba hangat								
	Pergerakan sendi	• Terbatas								
	Fraktur	• Tidak ada fraktur								
	Luka	• Tidak ada luka								
	Lain-lain	• Uji kekuatan otot <table> <tr> <td></td><td>Kiri</td><td>kanan</td></tr> <tr> <td>Tangan</td><td>1</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Kaki</td><td>1</td><td>4</td></tr> </table>		Kiri	kanan	Tangan	1	4	Kaki	1
	Kiri	kanan								
Tangan	1	4								
Kaki	1	4								

2. Diagnosa Keperawatan

- B-1 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan
- B-2 : Tidak ada
- B-3 : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral
- B-4 : Tidak ada
- B-5 : Tidak ada
- B-6 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

3. Pengkajian Sekunder

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting. Keluarga Pasien mengatakan jika batuk, flu, demam, dan sakit kepala upaya yang dilakukan keluarga pasien adalah dengan membeli obat di apotek. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah memeriksakan kesehatannya sehingga pasien dan keluarganya tidak mengetahui kondisi kesehatan pasien. Pasien juga tidak pernah berolahraga dan pasien menyukai makanan manis seperti es buah, es cendol dan minuman kemasan terutama minuman bersoda. Selain itu pasien jika menyukai gorengan dan makanan bersantan. Keluarga pasien mengatakan ketika di rumah pasien sering mengkonsumsi nasi padang.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama: Penurunan kesadaran

b) Riwayat keluhan utama:

Keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit kurang lebih 6 bulan yang lalu pasien mengeluh sering buang air kecil terutama saat malam hari, cepat lelah dan sering kesemutan pada kedua kakinya,

namun pasien tidak memeriksakan dirinya karena merasa dirinya baik-baik saja. Pasien juga pernah jatuh di kamar mandi karena kehilangan keseimbangan dan muntah 2x di rumah saat sedang makan. Dan sekitar 2 minggu yang lalu pasien mengalami batuk berlendir dan kelemahan tubuh sisi sebelah kiri sehingga mobilitasnya dibantu oleh keluarga selain itu pasien juga mengeluh sakit kepala. Pada pagi hari tanggal 16 Mei 2025 pasien mengalami sesak dan penurunan kesadaran secara tiba-tiba sehingga dibawa ke IGD RS Pelamonia.

Pada saat tiba di IGD pasien dilakukan observasi TTV, TD: 168/105, R: 28 x/menit, SpO₂: 89% dan dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 204 mg/dl. Dan pada hasil CT Scan didapatkan hasil infark serebri dextra dan brain atrophy sehingga dokter memutuskan pasien dipindahkan ke ICU. Saat dilakukan pengkajian di ICU, tampak pasien terbaring lemah, tampak pasien tidak sadar dan tidak membuka mata saat diberikan rangsangan nyeri.

3) Riwayat yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah memeriksakan Kesehatan sehingga tidak mengetahui sejak kapan pasien menderita diabetes melitus dan hipertensi

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit serupa dengan pasien.

5) Pemeriksaan fisik

- a) Kebersihan rambut : Tampak rambut pasien berketombe dan beruban.
- b) Kulit kepala : Tampak tidak ada lesi.
- c) Kebersihan kulit : Tampak kulit pasien bersih

- d) Hygine rongga mulut : Tampak bibir pasien lembab, tampak lidah kotor
- e) Kebersihan genetalia : Tampak bersih
- f) Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki pola makan yang teratur yakni 3x sehari. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering mengkonsumsi nasi padang saat sedang bekerja menjaga toko. Selain itu, pasien juga menyukai makanan manis seperti es buah, es cendol dan minuman kemasan terutama minuman bersoda. Pasien juga menyukai gorengan dan makanan bersantan. Keluarga pasien mengatakan ketika di rumah pasien sering mengkonsumsi nasi padang. Keluarga pasien mengatakan pasien minum ± 2000 cc perhari.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien makan melalui selang NGT, dengan teratur 3 kali sehari (jika MAP diatas 60 dan tidak ada residu saat diaspirasi) dengan menu bubur saring 100 cc bilas air putih 20 cc. Dan pasien juga diberikan susu 2 kali sehari 100cc bilas air putih 20cc.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan NGT.

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan rambut : Tampak rambut beruban dan rontok
- b) Hidrasi kulit : Tampak kulit terhidrasi normal

- c) Palpebra/Conjunctiva : Tampak tidak ada edema/tidak anemis
- d) Sclera : Tampak tidak ikterik
- e) Hidung : Tampak septum berada di tengah, tampak tidak ada secret atau lesi maupun pendarahan pada hidung, tampak pertumbuhan bulu hidung
- f) Rongga mulut : Tampak bibir pasien kering dan mulut pasien agak berbau
- g) Gigi : Tampak gigi pasien sedikit berwarna kuning, tampak ada karang gigi, tampak tidak ada gigi palsu yang digunakan oleh pasien.
- h) Kemampuan mengunyah : Tidak dapat dikaji
- i) Lidah : Tampak kotor
- j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
- k) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
- l) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
- m) Abdomen
 - Inspeksi : Tampak tidak ada ascites
 - Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 10 x/menit

- Palpasi : Tidak teraba adanya nyeri tekan
- Perkusi : Terdengar bunyi timpani

n) Kulit

- Edema : Tidak ada
- Ikterik : Tidak ada
- Tanda – tanda radang: Tidak ada

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien mengeluh sering buang air kecil terutama saat malam hari dengan frekuensi sekitar 6 kali sehari dengan warna kuning jernih. Sedangkan BAB biasanya 1 kali sehari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien BAK melalui kateter dan sejak pasien dirawat pasien belum pernah BAB.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan kateter dengan urine 200 cc dan berwarna kuning pekat dan menggunakan pampers.

4) Pemeriksaan fisik

- a) Peristaltik usus : 10 x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : Tidak teraba distensi kandung kemih
- c) Nyeri ketuk ginjal : Tidak terasa nyeri ketuk ginjal
- d) Mulut uretra : Tampak bersih

e) Anus

- Peradangan : Tampak tidak terdapat tanda- tanda peradangan
- Hemoroid : Tampak tidak terdapat hemoroid
- Fistula : Tampak tidak terdapat fistula

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan kegiatan sehari-hari pasien adalah menjaga toko bangunannya dari jam 08.00 – 20.00 wita. Saat menjaga toko biasanya pasien dibantu oleh anaknya. Namun saat pasien mulai mengalami kelemahan sisi tubuh pasien hanya beraktivitas dirumah. Saat pasien mengalami kelemahan mobilisasi pasien dibantu oleh keluarga dengan cara dibopong. Keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak pernah berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit

Selama di RS pasien mengalami penurunan kesadaran dan tidak bisa melakukan aktivitas.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Pengkajian level stroke: tidak dapat dikaji (hemodinamik belum stabil)

a) Aktivitas harian:

- Makan : 4
- Mandi : 4
- Pakaian : 4
- Kerapihan : 4

0 : Mandiri

1 : Bantuan dengan alat

2 : Bantuan orang

3 : Bantuan alat dan orang

4 : Bantuan penuh

- BAB : 3
- BAK : 3
- Mobilisasi di tempat tidur: 4
- b) Postur tubuh : Tidak ada anggota gerak yang cacat
- c) Anggota gerak yang cacat: Tidak ada anggota gerak yang cacat
- d) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien penurunan kesadaran
- e) Fiksasi : Tidak ada fiksasi
- f) Tracheostomi : Pasien tidak terpasang trakeostomi
- 4) Pemeriksaan fisik
 - a) Tekanan darah
 - Berbaring : 160/98 mmHg
 - Duduk : Tidak dikaji
 - Berdiri : Tidak dikaji
 - b) HR : 112 x/menit
 - c) Kulit
 - Keringat dingin : Tidak ada
 - Basah : Tidak ada
 - d) JVP : 5-2 cmH₂O
 - Kesimpulan : Perfusi jantung memadai
 - e) Perfusi pembuluh kapiler : CRT <3 detik
 - f) Thorax dan pernapasan
 - Inspeksi
 - Bentuk Thorax : Tampak simetris antara kiri dan kanan
 - Retraksi Interkostal : Tidak ada
 - Sianosis : Tampak tidak ada sianosis
 - Stridor : Tidak terdengar

- Palpasi
 - Vocal Premitus : Teraba getaran paru kanan dan kiri sama
 - Krepitasi : Tidak ada krepitasi
 - Perkusi
 - Suara perkusi : Sonor
 - Auskultasi
 - Suara napas : Vesikuler
 - Suara ucapan : Normal
 - Suara tambahan : Ronchi di kedua lapang paru
- g) Jantung
- Inspeksi
 - Ictus cordis : Tidak tampak
 - Palpasi
 - Ictus cordis : Getaran dirasakan pada ICS 5 media clavicularis sinistra
 - Perkusi
 - Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis dextra
 - Batas kiri jantung : ICS 5 linea mid clavicularis sinistra
 - Auskultasi
 - BJ II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dextra
 - BJ II P : Tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra
 - BJ I T : Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra
 - BJ I M : Tunggal ICS 5 linea midclavicularis sinistra

- Tidak terdengar
- BJ III irama gallop : Tidak terdengar
- Mur-mur : Tidak ada
- Bruit Aorta : Tidak terdengar
- Arteri Renalis : Tidak terdengar
- Arteri Femoralis :
- h) Lengan dan tungkai
- Atrofi otot : Negatif
 - Rentang gerak : Keterbatasan gerak (kelemahan) pada ekstremitas sinistra
 - Kaku sendi : Tidak ada kaku sendi
 - Nyeri sendi : Tidak ada nyeri sendi
 - Fraktur : Tidak ada fraktur
 - Parese : Pada sisi tubuh bagian kiri
 - Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	4	1
Kaki	4	1

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kekuatan otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologis

Bisep : Kiri negatif, kanan positif

Trisep : Kiri negatif, kanan positif

Patella : Kiri negatif, kanan positif

- Refleks patologi

Babinski Kiri : Positif

Kanan : Negatif

- Columna vertebralis

Inspeksi : Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran

Palpasi : Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran

Kaku Kuduk : Tidak kaku kuduk

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengalami gangguan tidur, pasien biasa tidur malam sekitar 8 jam dari pukul 9 malam dan bangun jam 5 pagi dan pasien merasa segar saat bangun pagi dan tidur siang sekitar 1 jam dan Keluarga pasien mengatakan pasien bisa tidur setelah menonton TV sebagai pengantar tidurnya dan pasien suka tidur dengan suasana ruangan gelap dan biasa tidur menggunakan kipas angin.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur karena penurunan kesadaran.

Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Banyak menguap : Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola persepsi dan kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata dan alat pendengaran. Pasien tidak mengalami kesulitan dalam mempelajari sesuatu. Keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak mengalami gangguan pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, maupun perabaan dan daya ingat pasien masih baik

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata dan alat pendengaran namun penglihatan pasien sudah mulai kabur dan pendengarannya masih bagus. Pasien mengalami kelemahan tubuh, Lengan dan tungkai sebelah kanan sulit untuk digerakkan. Pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan. Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea : Tampak Jernih

Pupil : Isokor
 Lensa mata : Tampak jernih
 Tekanan Intraokular : Teraba sama pada kedua mata

b) Pendengaran

Pina : Tampak simetris antara kiri dan kanan
 Kanalis : Kanalis bersih, dan tidak terdapat pus/serumen
 Membran timpani : Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :

Tampak gerakan ekstensi saat pasien diberikan rangsangan nyeri.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien seorang pengusaha toko bangunan. Pasien dikenal sebagai pribadi yang tegas dan disiplin. Pasien merupakan seorang kepala rumah tangga yang bertanggung jawab dan dikenal ramah oleh tetangga sekitar rumahnya. Keluarga pasien mengatakan pasien merasa bahagia dan bersyukur dengan kehidupannya dan tidak pernah merasa putus asa dan frustrasi dalam kehidupannya.

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien penurunan kesadaran

- a) Kontak mata : Tidak ada
- b) Rentang perhatian : Tidak ada
- c) Suara dan cara bicara : Tidak dapat dikaji
- d) Postur tubuh : Tidak dapat dikaji

4) Pemeriksaan fisik

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan bawaan
- b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dapat dikaji
- c) Kulit : Elastis

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama istri dan anaknya. Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang kepala rumah tangga sekaligus suami dan ayah bagi istri dan anak-anaknya. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga dan tetangga sekitar terjalin sangat baik harmonis. Keluarga pasien mengatakan pasien sering bersosialisasi dengan tetangga sekitar rumah, dan pasien aktif mengikuti kegiatan sosial dimasyarakat seperti kerja bakti, dan kegiatan lainnya yang ada dimasyarakat dan pasien sangat senang apabila bisa mengikuti kegiatan tersebut. Pasien sering berkunjung ke rumah sahabat dan anaknya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan mereka merasa sedih, cemas dan ingin pasien segera sembuh dan selalu mendukung semua proses pengobatan pasien. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien rutin dikunjungi oleh keluarga dan sahabatnya serta tetangga di sekitar rumah pasien.

3) Observasi

Tampak pasien sering dikunjungi dan dijenguk oleh kerabat serta tetangganya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan seorang laki-laki. Pasien memiliki 4 orang anak yang sudah berumah tangga. Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki masalah ataupun gangguan reproduksi seperti impotensi ataupun penyakit menular seksual dan tidak memiliki penyimpangan seksual.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan tidak ada masalah dibagian organ reproduksinya semenjak sakit.

3) Observasi

Tampak tidak ada perilaku penyimpangan seksual dan tampak bagian genitalia bersih, tidak ada tanda-tanda peradangan, tidak ada lesi.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan terkadang pasien merasa marah jika ada anggota keluarga yang membuat kesalahan dan merasa cemas dan sedih jika mengalami kegagalan dan apabila pasien sedang cemas, marah, sedih atau mengalami stress dan gelisah, pasien selalu bercerita dengan istri maupun anak-anaknya dan jika ada masalah akan mencoba mengatasi dengan kepala dingin dan tenang agar tidak salah dalam mengambil keputusan.

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran

3) Observasi

Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran

k. Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama Islam dan percaya bahwa segala sesuatu yang diterima dan dihadapi adalah anugerah dari Allah SWT dan keluarga serta pasien menerapkan tata nilai kehidupannya berdasarkan ketentuan agama yang dianutnya sebagai pedoman dalam menjalani kehidupan. Keluarga mengatakan pasien rajin beribadah ke masjid, setiap hari sholat 5 waktu, mengaji dan rajin mengikuti kegiatan keagamaan. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat ingin pergi ke tanah suci akan tetapi kondisi tubuh yang tidak memungkinkan dan dalam keluarga pasien tidak ada larangan ataupun pantangan.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak beribadah dikarenakan kondisinya yang lemah. Sejak sakit pasien hanya didoakan oleh keluarga dan dibacakan alquran di samping pasien.

3) Observasi

Tampak keluarga sering mendoakan pasien di samping tempat tidur pasien dan tampak keluarga mendengarkan lagu sholawat melalui youtube di samping pasien.

4. Uji Saraf Kranial

a. N I (Olfactorius)

Tidak dikaji (kesadaran menurun)

b. N II (Optikus)

Tidak dikaji (kesadaran menurun)

c. N III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducens)

Respon pupil melambat, refleks cahaya positif

- d. N V (Trigeminus)
Tidak dikaji (kesadaran menurun)
- e. N VII (Fascialis)
Sensorik : Tidak dikaji (kesadaran menurun)
Motorik : Tidak dikaji (kesadaran menurun)
- f. N VIII (Vestibulo Acusticus)
Vestibularis : Tidak dikaji (kesadaran menurun)
Akustikus : Tidak dikaji (kesadaran menurun)
- g. N IX (Glosopharyngeus)
Uvula berada di tengah
- h. N (Vagus)
Tidak dikaji (kesadaran menurun)
- i. N XI (Accesorius)
Tidak dikaji (kesadaran menurun)
- j. N XII (Hypoglossus)
Tidak dikaji (kesadaran menurun)

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. GDS (16/05/2025) : 204 mg/dl
- b. HbA1c (16/05/2025) : 9%
- c. CT Scan Kepala (16/05/2025)
Kesan:
 - Infark serebri dextra
 - Brain Atrophy
- d. Foto thorax (16/05/2025)
Kesan: Normal

6. Terapi Farmakologi

- a. Citicoline 500mg/12 jam, IV
- b. Manitol 20% 100cc/8 jam, IV
- c. Ranitidine 1 amp/8 jam, IV

- d. Actrapid 4-6 unit 1-1-1, SC
- e. Atrovastatin 20mg 0-0-1, Oral
- f. CPG 75mg 1x1 selang 1 hari, Oral
- g. Vitamin B complex 3x1, Oral
- h. Vitamin C 1-0-0, Oral
- i. Combivent 2ml/8 jam, Nebu
- j. Ceftriaxone 1 g/12 jam/IV
- k. Sanmol 1gr/8 jam/IV

DAFTAR OBAT

A. Citicoline

1. Nama obat : Citicoline
2. Klasifikasi/golongan obat : Kelas terapi: Nootropik dan neurotonik atau neurotropik
Klasifikasi obat : Vitamin saraf
3. Dosis umum : Dosis 500–1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari
4. Dosis untuk pasien : 500mg/IV/12 jam
5. Cara pemberian obat : Intravena (IV)
6. 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. Semua ini sangat diperlukan untuk mendukung fungsi yang lebih luas dari otak seperti memori, motorik, fungsi kognitif, berpikir, dan proses pengambilan keputusan. Pemberian citicoline berguna sebagai neuroproteksi pada iskemik karena sifatnya sebagai bahan pengadaan kardiolipin dan sfingomielin, sumber fosfatidilkolin serta stimulasi sintesis glutathione sebagai antioksidan endogen dan menjamin keseimbangan aktivitas neurotransmisi Na^+ K^+ -ATPase antar sel di sistem saraf pusat (SSP). Citicoline juga memiliki potensi untuk mengurangi kerusakan otak akut dan meningkatkan pemulihan fungsional pada model binatang yang stroke, bahkan ketika diberikan beberapa jam setelah kejadian iskemik.
7. Alasan pemberian obat pada pasien : Pada Tn.S diberikan citicoline karena pasien mengalami kerusakan pada fungsi otak

8. Kontra indikasi : Citicoline dikontraindikasikan bagi pasien dengan hypertonia system nervus parasimpatis
9. Efek samping : Diare, mual, reaksi hipersensitivitas seperti ruam kulit, gangguan vaskular seperti sakit kepala, insomnia, serta perubahan tekanan darah sementara

B. Manitol

1. Nama obat : Manitol
2. Klasifikasi/ golongan obat : Diuretik osmotik
3. Dosis umum : Dewasa: 50-200 gram, diberikan selama 24 jam Anak-anak: 0,25-2 gram/kgBB
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 100 cc/8 jam/IV
5. Cara pemberian obat : Melalui cairan infus
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Untuk menurunkan tekanan intrakranial dengan cara meningkatkan osmolalitas plasma sehingga aliran cairan dari jaringan menuju ke dalam plasma meningkat, terjadi penurunan viskositas darah.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi tekanan intrakranial yang tinggi
8. Kontra indikasi : hipersensitivitas terhadap obat ini, kondisi anuria, edema paru yang berat, gagal ginjal, dehidrasi berat, edema metabolik, penyakit ginjal progresif, dan perdarahan intrakranial aktif.
9. Efek samping : Demam, menggigil, sakit kepala, pilek, buang air kecil jadi lebih sering, pusing atau penglihatan kabur, mual atau muntah'

C. Ranitidine

1. Nama obat : Ranitidine
2. Klasifikasi/golongan obat : Antagogs H₂
3. Dosis umum:

- a. 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.
 - b. Anak : 1 mg/kg berat badan (maksimal 50 mg) melalui intravena. Lakukan setiap 6-8 jam.
4. Dosis yang diberikan kepada pasien : 1 amp/8 jam/IV
 5. Cara pemberian obat : Injeksi IV
 6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ranitidin bekerja menghambat reseptor histamin H₂ secara selektif dan reversibel. Rangsangan 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.
 7. Alasan pemberian obat kepada pasien : pada Tn.S mengonsumsi cukup banyak obat-obat emergency yang dapat meningkatkan asam lambung , sehingga diberikan ranitidine untuk menetralkan kadar asam lambung dalam tubuh.
 8. Kontraindikasi : bila terdapat riwayat porfiria akut dan hipersensitivitas terhadap ranitidin. Pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan liver memerlukan penyesuaian dosis.
 9. Efek samping obat : sakit kepala, sembelit, diare, mual, muntah dan sakit perut.

D. Actrapid

1. Nama obat : Actrapid
2. Klasifikasi/golongan : Insulin Long Acting Atau Rapid Acting Insulin

3. Dosis umum : Total kebutuhan setiap orang terhadap insulin ini dapat berbeda-beda. Biasanya dosisnya berada pada kisaran 0,3 sampai 1 unit/mL per kilogram berat badan per hari
4. Dosis yang diberikan ke pasien: 4-6 unit 1-1-1/SC
5. Cara pemberian obat: SC
6. Mekanisme kerja obat: Bekerja dengan membantu gula darah (glukosa) masuk ke dalam sel-sel sehingga tubuh dapat menggunakannya untuk energi.
7. Alasan pemberian pada pasien: Untuk mengontrol kadar gula darah tinggi
8. Kontraindikasi: Hindari pemberian pada pasien dengan kondisi hipersensitif (efek berlebih atau sangat sensitif) terhadap insulin dan sedang mengalami hipoglikemia (kadar gula darah rendah)
9. Efek samping obat: Cemas, sakit kepala, linglung, sesak napas, keringat dingin, penglihatan kabur, gemetar, kehilangan kesadaran.

E. Atrovastatin

1. Nama obat : Atrovastatin
2. Klasifikasi / golongan obat : Statin
3. Dosis umum : 10-80 mg/hari
4. Dosis untuk pasien : 20 mg 0-0-1
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Atorvastatin menurunkan jumlah kolesterol dalam tubuh dengan cara menghambat enzim yang bertugas memproduksi kolesterol di hati. Dengan demikian, jumlah kolesterol jahat dalam darah akan turun.
7. Alasan pemberian: Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam darah

8. Kontraindikasi : Jangan mengonsumsi atorvastatin jika Anda alergi terhadap obat ini.
9. Efek samping obat : Nyeri sendi dan otot, sakit kepala, hidung tersumbat, sakit tenggorokan, diare, mual, konstipasi, kembung, mimisan.

F. CPG (Clopidogrel)

1. Nama Obat : Clopidogrel
2. Klasifikasi/golongan obat : Obat antiplatelet
3. Dosis Umum : 1 kali 1 tablet (75 mg)
4. Dosis untuk pasien : 1 tablet (75 mg) / 24 jam
5. Cara pemberian obat pada pasien : oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara mencegah trombosit atau sel keping menempel dan membentuk gumpalan darah
7. Alasan pemberian obat pada pasien: Untuk mencegah atau mengobati penyumbatan pembuluh darah dan membantu melancarkan peredaran darah
8. Kontraindikasi: Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipersensitif terhadap clopidogrel dan perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intrakranial
9. Efek samping: Sakit kepala, pusing, ruam, insomnia, gangguan gastrointestinal (seperti sembelit atau muntah).

G. Vitamin B Complex

1. Nama Obat : Vitamin B complex
2. Klasifikasi/golongan obat : vitamin neurotropik
3. Dosis Umum :
 - a. Dewasa: 1 tablet atau kapsul per hari, sesuai anjuran dokter.
 - b. Anak-anak: Sesuai petunjuk dokter berdasarkan usia dan berat badan.

4. Dosis untuk pasien : 3x1
5. Cara pemberian obat pada pasien : oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Vitamin B berperan penting dalam fungsi sistem saraf pusat dan tepi. Beberapa mekanisme kerjanya meliputi berperan sebagai kofaktor dalam proses metabolisme neuron, pembentukan mielin, dan sintesis neurotransmitter, serta melalui mekanisme antioksidan
7. Alasan pemberian: untuk memenuhi kebutuhan vitamin B dalam tubuh, yang berperan penting dalam berbagai fungsi, termasuk metabolisme, energi, dan kesehatan saraf.
8. Kontraindikasi: pasien yang memiliki reaksi hipersensitivitas, berupa riwayat reaksi alergi atau anafilaksis terhadap masing-masing kandungan. Walaupun jarang terjadi, tetapi reaksi anafilaksis berat termasuk kematian dapat terjadi akibat pemberian vitamin B kompleks secara parenteral.
9. Efek samping: Mual ringan. Diare. Perubahan warna urin menjadi lebih kuning cerah. Sakit kepala ringan.

H. Vitamin C

1. Nama Obat : Vitamin c
2. Klasifikasi/golongan obat : vitamin atau suplemen
3. Dosis Umum : 1 kali per hari 1 tablet atau sesuai dengan anjuran dokter
4. Dosis untuk pasien : 1-0-0
5. Cara pemberian obat pada pasien : oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Vitamin C atau asam askorbat (*ascorbic acid*) berperan penting dalam mengoptimalkan kerja sistem kekebalan tubuh, membentuk kolagen, dan meningkatkan penyerapan zat besi. Vitamin C juga memiliki efek antioksidan yang dapat membantu tubuh melawan radikal bebas. Vitamin C tidak dapat diproduksi sendiri oleh tubuh. Oleh karena itu, agar

kebutuhan tubuh untuk vitamin ini terpenuhi, Anda perlu mengonsumsi makanan sumber vitamin C, seperti jeruk, kiwi, cabai, tomat, stroberi, atau bayam. Selain itu, vitamin C juga dapat ditemukan dalam bentuk suplemen.

7. Alasan pemberian: untuk menjaga sistem kekebalan tubuh agar terhindar dari infeksi penyakit.
8. Kontraindikasi: Sebelum mengonsumsi vitamin C, perlu diperhatikan bahwa pengguna tidak pernah memiliki reaksi alergi pada penggunaan suplemen vitamin C atau alergi terhadap bahan inaktif dalam suplemen (seperti kacang atau kedelai). Pada pasien yang memiliki alergi terhadap sulfat juga perlu diperhatikan karena beberapa sediaan vitamin C mengandung sulfat.
9. Efek samping: Interaksi obat di antaranya dengan amphetamine berupa penurunan kadar amphetamine dalam darah.

I. Combivent

1. Nama Obat : Combivent
2. Klasifikasi/golongan obat : Obat keras Anti-asma dan Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
3. Dosis Umum : Serangan akut : 1 ampul dapat ditingkatkan menjadi 2 unit vial dosis pada kondisi yang berat/parah. Maintenance : 1 ampul dipakai 3-4 x sehari
4. Dosis untuk pasien : 2ml/8 jam
5. Cara pemberian obat pada pasien : Nebuliser
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Combivent adalah obat yang berisi kombinasi antara Ipratropium Bromida dan Albuterol. Obat ini memiliki fungsi yang sama dengan ventolin dan diberikan untuk mengatasi kondisi sesak nafas karena bronkospasme. Ipratropium Bromida dalam Combivent memiliki cara kerja yang berbeda dari Albuterol dalam membuka penyempitan saluran

napas. Combivent diberikan melalui nebulizer yang akan mengubah cairan Combivent menjadi uap. Combivent mengandung bahan aktif ipratropium bromide dan salbutamol sulfat. Gabungan bahan aktif ini bekerja dengan cara melebarkan bronkus dan melemaskan otot-otot saluran pernapasan, sehingga aliran udara ke paru-paru akan meningkat. Combivent bermanfaat untuk meredakan dan mencegah munculnya gejala sesak napas atau mengi akibat penyempitan saluran pernapasan. Penyempitan saluran napas sering disebabkan oleh asma dan PPOK.

7. Alasan pemberian: untuk mengatasi kondisi sesak napas karena bronkospasme.
8. Kontraindikasi: Pasien dengan kardiomiopati obstruktif hipertrofik atau takiaritmia.
9. Efek samping: Mulut dan tenggorokan kering, tremor atau gemetar, detak jantung cepat.

J. Ceftriaxone

1. Nama Obat : Ceftriaxone
2. Klasifikasi/golongan obat : antibiotik golongan sefalosporin
3. Dosis Umum :
 - Dewasa: 1000-2000 milligram (mg) per hari. Pada kasus infeksi berat, dosis bisa kamu tingkatkan menjadi 4000 mg, 1-2 kali sehari.
 - Anak-anak usia 15 hari hingga 12 tahun: 50-80 mg/kgBB per hari. Dosis maksimal 4000 mg per hari.
 - Anak-anak dibawah usia 15 hari: 20-50 mg/kgBB, 1 kali sehari yang bisa kamu berikan melalui infus selama 60 menit.
4. Dosis untuk pasien : 1 g/12 jam
5. Cara pemberian obat pada pasien : IV

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Selain itu, ceftriaxone juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada saat operasi.
7. Alasan pemberian: Untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri
8. Kontraindikasi: Obat ini dikontraindikasikan pada pasien yang diketahui alergi terhadap kelompok antibiotik sefalosporin. Orang yang memiliki hipersensitivitas dan bayi prematur atau dibawah usia empat minggu juga tidak dianjurkan untuk menggunakan injeksi antibiotik ini.
9. Efek samping: Bengkak, kemerahan, dan rasa nyeri di tempat injeksi, demam.

K. Sanmol

1. Nama Obat : Sanmol
2. Klasifikasi/golongan obat : Analgesik dan antipiretik
3. Dosis Umum : 1gr/6 jam (maksimal dosis 4gr/hari)
4. Dosis untuk pasien : 1gr/8 jam
5. Cara pemberian obat pada pasien : IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat antipiretik bekerja dengan cara menurunkan patokan termostat di hipotalamus dan bekerja dalam sistem fisiologis pengaturan suhu yaitu dengan menurunkan pembentukan panas, vasodilatasi pembuluh darah di kulit yang menyebabkan kecepatan aliran darah bertambah, dan peningkatan pengeluaran panas melalui evaporasi, radiasi, dan konveksi..
7. Alasan pemberian: untuk melebarkan pembuluh darah (vasodilatasi).

8. Kontraindikasi: Pasien hipersensitivitas terhadap paracetamol. Gangguan fungsi hati berat/penyakit hati aktif, gangguan ginjal berat.
9. Efek samping: Pemberian antipiretik dapat menyebabkan efek samping seperti peningkatan spasme bronkus, gangguan pada saluran cerna, penurunan fungsi ginjal, dan menghalangi supresi respon antibodi serum.

Analisa Data

Nama/Umur : Tn.S/64 tahun

Ruang/Kamar : ICU

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien menyukai gorengan dan makanan bersantan dan sebelum sakit pasien sering mengkonsumsi nasi padang - Keluarga pasien juga mengatakan pasien menyukai minuman manis seperti es buah, es cendol dan minuman kemasan terutama minuman bersoda - Keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit kurang lebih 6 bulan yang lalu pasien mengeluh sering buang air kecil terutama saat malam hari, cepat lelah dan sering kesemutan pada kedua kakinya, namun pasien tidak memeriksakan dirinya ke faskes karena merasa dirinya baik-baik saja. - Keluarga pasien mengatakan sekitar 2 minggu yang lalu pasien	Edema serebral	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

	mengalami batuk berlendir dan kelemahan tubuh sisi sebelah kiri dan mengeluh sakit kepala • Keluarga pasien mengatakan pasien pernah jatuh di kamar mandi karena kehilangan keseimbangan dan muntah 2x dirumah saat sedang makan • Pada tanggal 16 Mei 2025 pasien mengalami sesak dan penurunan kesadaran secara tiba-tiba sehingga dibawa ke IGD RS Pelamonia. DO : • Hasil TTV TD : 159/98 mmhg N : 112 x/m P : 26 x/m • Tingkat kesadaran GCS (E₁V₂M₂) : sopor comatus • GDS: 204 mg/dl (16 Mei 2025, 12.30) • HbA1c: 9% (17 Mei 2025, 08.00) • Hasil CT-Scan (16 Mei 2025, 13.00) - Infark serebri dextra - Brain atrophy		
--	---	--	--

2.	DS : • Keluarga mengatakan pasien batuk berlendir sejak 2 minggu yang lalu, • Keluarga mengatakan pasien sesak napas sejak tanggal 16 Mei 2025 DO : • Hasil TTV RR : 26 x/m SPO2 : 89% • Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru • Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan sputum.	Sekresi yang tertahan	Bersihkan jalan napas tidak efektif
3.	DS : • Pada tanggal 16 Mei 2025 pasien mengalami sesak dan penurunan kesadaran secara tiba-tiba sehingga dibawa ke IGD RS Pelamonia. • Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sisi kiri sejak 2 minggu yang lalu • Keluarga mengatakan semenjak mengalami	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik

	kelemahan pasien dibopong/dibantu saat melakukan mobilisasi DO : • Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur • Tampak ekstremitas kiri tidak dapat digerakkan • Uji kekuatan otot <table><tr><td></td><td>Kiri</td><td>kanan</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>4</td></tr></table> • Tampak semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat • Hasil CT-Scan (16 Mei 2025, 13.00) • Infark serebri dextra • Brain atrophy		Kiri	kanan	Tangan	1	4	Kaki	1	4		
	Kiri	kanan										
Tangan	1	4										
Kaki	1	4										
4.	DS : • Keluarga pasien mengatakan sejak sakit semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat • Keluarga pasien mengatakan pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur DO : • Tampak rambut pasien berketombe	Kelemahan	Defisit Perawatan Diri									

	• Tampak lidah kotor dan mulut pasien agak berbau • Tampak gigi pasien sedikit berwarna kuning, tampak ada karang gigi • Tampak pasien terbaring lemah • Tampak kebutuhan harian pasien seperti makan, mandi, berpakaian, kerapian, BAK, BAB dibantu oleh perawat		
--	---	--	--

B. Diagnosis Keperawatan

Nama/Umur : Tn.S/64 tahun

Ruang/Kamar : ICU

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral
2.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan
3.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular
4.	Defisit perawatan diri b.d kelemahan

C. Intervensi Keperawatan

Nama/Umur : Tn.S/64 tahun

Ruang/Kamar : ICU

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Kapasitas adaptif intrakranial (L.06049) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat 2. Tekanan darah cukup membaik 3. Respon pupil cukup membaik 4. Kadar glukosa darah menurun	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun). 3. Monitor status pernapasan. Terapeutik 1. Berikan posisi semi fowler (head-up 30°) 2. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

			3. Melaksanakan <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN) <i>Familiar Auditory Sensory Training</i> (FAST) Edukasi 1. Berikan edukasi pada keluarga terkait <i>Familiar Auditory Sensory Training</i> (FAST) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretik osmotik, <i>jika perlu</i> Pemberian obat (I.02062) Observasi: 1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat 2. Periksa tanggal kedaluwarsa obat 3. Monitor nilai laboratorium (GDS) sebelum pemberian obat, <i>jika perlu</i> Teraupetik: 1. Lakukan prinsip enam benar 2. Pastikan ketepatan dan kepatenan kateter IV
2.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Bersihkan jalan napas	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi : 1. Monitor bunyi napas tambahan

		(L.01001) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Produksi sputum berkurang 2. Frekuensi napas dalam batas normal 3. Tidak terdengar suara napas tambahan	2. Monitor pola napas Teraupetik : 1. Posisikan semi fowler atau fowler 2. Lakukan penghisapan lendir 3. Berikan oksigen, bila perlu Kolaborasi : 1. Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
3.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Meningkatkan kekuatan otot 2. Tidak terjadi kaku sendi 3. Rentang gerak (ROM) cukup meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi : 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Teraupetik : 1. Fasilitas melakukan pergerakan Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Perawatan Tirah Baring (I.14572) Observasi: 1. Monitor komplikasi tirah baring Teraupetik :

			1. Berikan latihan gerak aktif atau pasif 2. Pertahankan kebersihan pasien 3. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari Edukasi : 1. Jelaskan tujuan tirah baring
4.	Defisit perawatan diri b.d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan Perawatan diri (L.11103) cukup meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi cukup meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian cukup meningkat 3. Kemampuan makan cukup meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) cukup meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi : 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik: 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. Sabun mandi, sikat gigi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Dukungan Perawatan Diri: Makan/minum (I.11351) Observasi : 1. Identifikasi diet yang dianjurkan

			Terapeutik : 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan 2. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT)
--	--	--	---

D. Implementasi Keperawatan

Nama/Umur : Tn.S/64 tahun

Ruang/Kamar : ICU

Hari/Tanggal	Jam	DP	Implementasi	Perawat
Sabtu, 17 Mei 2025	08.00	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: - Mengukur tanda-tanda vital: TD: 130/80 N: 126 x/menit S: 37,2 °C P: 24 x/menit - Refleks pupil: tampak pupil isokor - Menilai tingkat kesadaran: GCS E2M2V1	Perawat
	08.10	I	Menjelaskan kepada keluarga pasien tentang <i>Familiar Auditory Sensory Training</i> (FAST) (pengertian, tujuan, langkah-langkah, dan durasi pelaksanaannya) Hasil: Tampak keluarga pasien mengerti dengan penjelasan perawat dan merekam suara sesuai ajaran perawat	Yudistira
	08.40	I	Melaksanakan <i>Evidence Based Nursing</i> FAST	Yudistira

			Hasil: Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit										
	08.05	I, II	Memonitor bunyi nafas Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru	Perawat									
	08.08	I, II	Menilai status pernafasan Hasil: Memasang Spo2 : 95%	Yudistira									
	08.25	I, II	Memberikan dan mempertahankan posisi kepala pasien (Head up 30°) Hasil: Tampak SPO2 pasien semakin membaik saat diberikan posisi kepala 30° (sebelum: Spo2 95%, sesudah: SpO2 100%)	Yudistira									
	09.00	III	Mengkaji kekuatan otot Hasil: <table><tr><td></td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>4</td></tr></table> Tampak ekstremitas sebelah kiri lemah dan tidak mampu untuk digerakkan sama sekali atau hemiparese sinistra		Kiri	Kanan	Tangan	1	4	Kaki	1	4	Perawat
	Kiri	Kanan											
Tangan	1	4											
Kaki	1	4											

	09.05	III	Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi Hasil: Keluarga pasien mengatakan mengerti tujuan dan manfaat mobilisasi bagi pasien	Yudistira
	10.55	I	Memonitor nilai laboratorium (GDS) sebelum pemberian obat Hasil: GDS: 210 mg/dl	Yudistira
	11.00	I	Pemberian obat Hasil: • Ceftriaxone 1 g/IV/12 jam • Manitol 20% 100 cc/IV/8 jam • Ranitidine 1 ampul/IV/12 jam • Sanmol 100mg/IV/8 jam • Actrapid 4 unit 1-1-1, SC	Yudistira
	12.30	IV	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil: • Pasien diberikan bubur saring 100 cc • Air 20 cc	Yudistira
	13.33	I	Melaksanakan <i>Evidence Based Nursing Familiar Auditory Sensory Training</i> (FAST) Hasil:	Yudistira

			Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	
	14.30	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: - Mengukur tanda-tanda vital: TD: 149/96 mmhg N: 104 x/menit S: 36,2 °C P: 21 x/menit - Refleks pupil: tampak pupil isokor - Menilai tingkat kesadaran: GCS E2M2V1	Perawat
	14.40	I, II	Memberikan dan mempertahankan posisi kepala pasien (Head up 30°) Hasil: Pasien diberikan posisi head up 30°	Sevani
	14.45	I, II	Memonitor bunyi napas Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru	Perawat
	14.48	II	Memberikan terapi oksigen Hasil: Tampak terpasang NRM 10 liter	Sevani

	14.53	II	Melakukan pengisapan lendir Hasil: Tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan	Sevani									
	15.00	IV	Melakukan oral hygiene Hasil: Tampak mulut dan gigi pasien sudah dibersihkan	Sevani									
	15.30	III	Mengkaji kekuatan otot Hasil: <table><tr><td></td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>4</td></tr></table> Tampak ekstremitas sebelah kiri lemah dan tidak mampu untuk digerakkan sama sekali atau hemiparese sinistra		Kiri	Kanan	Tangan	1	4	Kaki	1	4	Perawat
	Kiri	Kanan											
Tangan	1	4											
Kaki	1	4											
	15.40	III	Memonitor tingkat kemandirian Hasil: Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat	Sevani									
	16.00	III	Memberikan asupan nutrisi Hasil: • Pasien diberikan susu 100 cc • Bilas air 20 cc	Sevani									
	17.55	I	Memonitor nilai laboratorium	Sevani									

			(GDS) sebelum pemberian obat Hasil: GDS: 220 mg/dl	
	18.00	I	Pemberian obat Hasil: • Manitol 20% 100 cc/IV/8 jam • Ranitidine 1 ampul/IV/8 jam • Combivent 2ml/8 jam, `Nebu • Sanmol 100mg/IV/8 jam • Actrapid 4 unit 1-1-1, SC	Sevani
	18.30	III	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil: • Pasien diberikan bubur saring 100cc • Air 20 cc • CPG 75mg 1x1 selang 1 hari	Sevani
	19.00	I	Melaksanakan <i>Evidence Based Nursing Familiar Auditory Sensory Training</i> (FAST) Hasil: Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Sevani
	20.00	III	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil:	Sevani

			- Pasien diberikan bubur saring 100cc - Air 20 cc - CPG 75mg 1x1 selang 1 hari	
	21.00	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: - Mengukur tanda-tanda vital: TD: 152/106 mmhg N: 110 x/menit S: 36,2 °C P: 25 x/menit - Refleks pupil: tampak pupil isokor - Menilai tingkat kesadaran: GCS E2M3V1	Perawat
	21.10	I, II	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Tampak kepala tempat tidur pasien ditinggikan (30°)	Agatha
	21.17	I, II	Auskultasi suara napas tambahan Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru	Perawat
	21.22	II	Melakukan pengisapan lendir Hasil: Tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan	Agatha

	21.30	III,IV	Melakukan oral hygiene Hasil: Tampak mulut dan gigi pasien sudah dibersihkan	Agatha
	21.50	II	Memberikan terapi oksigen Hasil: Tampak terpasang NRM 10 liter	Agatha
	23.00	I	Pemberian obat Hasil: • Ceftriaxone 1 g/IV/12 jam • Citicoline 500mg/12 jam, IV	Agatha
	03.00	I	Pemberian obat Hasil: • Manitol 20% 100 cc/IV/8 jam • Sanmol 100mg/IV/8 jam	Sakliresy
	05.00	III,IV	Personal Hygiene Hasil: Tampak pasien dimandikan, mengganti pakaian, sikat gigi, pengganti popok, dan mengganti laken	Sakliresy
	06.00	III,IV	Memonitor tingkat kemandirian Hasil: Tampak aktivitas pasien masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat	Sakliresy
	06.10	I,II	Mempertahankan kepatenan jalan napas	Agatha

			Hasil : Tampak pasien terpasang OPA berwarna hijau	
	06.40	I	Memonitor nilai laboratorium (GDS) sebelum pemberian obat Hasil: GDS: 240 mg/dl	Agatha
	06.50	I	Pemberian obat Hasil: Actrapid 4 unit 1-1-1, SC	Agatha
	07.00	III	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil: - Pasien diberikan bubur saring 100cc - Air 20 cc	Agatha
Minggu, 18 Mei 2025	08.00	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: - Mengukur tanda-tanda vital: TD: 148/90 N: 98 x/menit S: 36,8 °C P: 25 x/menit - Refleks pupil: tampak pupil isokor - Menilai tingkat kesadaran:	Perawat

			GCS E2M3V1										
	08.01	I	Melaksanakan <i>Evidence Based Nursing Familiar Auditory Sensory Training</i> (FAST) Hasil: Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Yudistira									
	08.10	I,II	Memonitor bunyi nafas Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru	Perwat									
	08.15	I,II	Menilai status pernafasan Hasil: Memasang Spo2 : 99%	Yudistira									
	08.25	I,II	Mempertahankan posisi kepala pasien (Head up 30°) Hasil: Tampak pasien semi fowler (30°)	Yudistira									
	08.55	III	Mengkaji kekuatan otot Hasil: <table><tr><td></td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>4</td></tr></table> Tampak ekstremitas sebelah kiri lemah dan sulit digerakkan		Kiri	Kanan	Tangan	1	4	Kaki	1	4	Perawat
	Kiri	Kanan											
Tangan	1	4											
Kaki	1	4											

	11.10	I	Memonitor nilai laboratorium (GDS) sebelum pemberian obat Hasil: GDS: 205 mg/dl	Yudistira
	11.15	I	Pemberian obat Hasil: • Ceftriaxone 1 g/IV/12 jam • Transamin 500 g/IV/8 jam • Manitol 20% 100 cc/IV/8 jam • Ranitidine 1 ampul/IV/12 jam • Actrapid 4 unit 1-1-1, SC • Sanmol 100mg/IV/8 jam	Yudistira
	12.30	III,IV	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil: • Pasien diberikan bubur saring 100cc • Air 20 cc • Vitamin B complex 3x1, Oral	Yudistira
	12.45	I	Melaksanakan <i>Evidence Based Nursing Familiar Auditory Sensory Training</i> (FAST) Hasil: Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Yudistira

	14.15	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: - Mengukur tanda-tanda vital: TD: 115/62 mmhg N: 99 x/menit S: 36,7 °C P: 25 x/menit - Refleks pupil: tampak pupil isokor - Menilai tingkat kesadaran: GCS E2M3V1	Perawat
	14.25	I. II	Mempertahankan posisi kepala pasien (Head up 30°) Hasil: Tampak pasien diberikan posisi head up 30°	Sevani
	14.28	II	Memonitor bunyi nafas Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru	Perawat
	14.40	II	Memberikan terapi oksigen Hasil: Tampak terpasang NRM 10 liter	Sevani
	15.00	II	Melakukan pengisapan lendir Hasil:	Sevani

			Tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan										
	15.08	IV	Melakukan oral hygiene Hasil: Tampak mulut dan gigi pasien sudah dibersihkan	Sevani									
	15.28	III	Mengkaji kekuatan otot Hasil: <table><tr><td></td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>4</td></tr></table> Tampak ekstremitas sebelah kiri lemah dan sulit digerakkan		Kiri	Kanan	Tangan	1	4	Kaki	1	4	Perawat
	Kiri	Kanan											
Tangan	1	4											
Kaki	1	4											
	15.50	III	Memonitor tingkat kemandirian Hasil: Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat	Sevani									
	16.15	III	Memberikan asupan nutrisi Hasil: • Pasien diberikan susu 100 cc • Bilas air 20 cc	Sevani									
	18.30	I	Pemberian obat Hasil: • Manitol 20% 100 cc/IV/8 jam • Ranitidine 1 ampul/IV/8 jam	Sevani									

			• Combivent 2 ml/8 jam, Nebu • Citicoline 500 mg/12 jam, IV • Actrapid 4 unit 1-1-1, SC • Sanmol 100 mg/IV/8 jam	
	18.45	I	Memonitor nilai laboratorium (GDS) sebelum pemberian obat Hasil: GDS: 230 mg/dl	Sevani
	20.00	III	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil: • Pasien diberikan bubur saring 100 cc • Air 20 cc • Atrovastatin 20 mg 0-0-1, Oral • Zinc 20 mg 0-0-1, Oral	Sevani
	20.30	I	Melaksanakan <i>Evidence Based Nursing Familiar Auditory Sensory Training</i> (FAST) Hasil: Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Agatha
	21.10	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: • Mengukur tanda-tanda vital: TD: 159/91 mmhg	Perawat

			N: 120 x/menit S: 36 °C P: 24 x/menit • Refleks pupil: tampak pupil isokor • Menilai tingkat kesadaran: GCS E2M4V1	
	21.15	I, II	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Tampak kepala tempat tidur pasien ditinggikan (30°)	Sakliresy
	21.18	II	Auskultasi suara napas tambahan Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi (+)	Pearawat
	21.20	II	Melakukan pengisapan lendir Hasil: Tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan	Sakliresy
	21.30	IV	Melakukan oral hygiene Hasil: Tampak mulut dan gigi pasien sudah dibersihkan	Sakliresy
	21.50	II	Pemberian oksigen Hasil: Tampak terpasang NRM 10 liter	Agatha
	23.00	I	Pemberian obat	Agatha

			Hasil: Ceftriaxone 1 g/IV/12 jam	
	03.00	I	Pemberian obat Hasil: • Manitol 20% 100 cc/IV/8 jam • Sanmol 100mg/IV/8 jam	Sakliresy
	04.15	IV	Personal Hygiene Hasil: Tampak pasien dimandikan, mengganti pakaian, sikat gigi, mengganti popok, dan mengganti laken	Agatha
	06.00	III,IV	Memonitor tingkat kemandirian Hasil: Tampak aktivitas pasien masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat	Agatha
	06.10	I,II	Memberikan dan mempertahankan posisi kepala pasien (Head up 30°) Hasil : Tampak pasien diberi posisi head up 30°	Sakliresy
	06.40	I	Memonitor nilai laboratorium (GDS) sebelum pemberian obat Hasil: GDS: 190 mg/dl	Agatha
	06.45	I	Memberikan obat	Agatha

			Hasil: Tampak pasien diberikan insulin Atrapid 4 unit, SC	
	07.00	III	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil: • Pasien diberikan bubur saring 100cc • Air 20 cc • Vitamin C 1-0-0, Oral • Vitamin B complex 3x1, Oral	Agatha
Senin, 19 Mei 2025	08.00	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: • Mengukur tanda-tanda vital: TD: 146/111 N: 105 x/menit S: 36,6 °C P: 24 x/menit • Refleks pupil: tampak pupil isokor • Menilai tingkat kesadaran: GCS E2M4V2	Perawat
	08.05	I	Melaksanakan <i>Evidence Based Nursing Familiar Auditory Sensory Training (FAST)</i> Hasil:	Sevani

			Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit										
	08.16	II	Memonitor bunyi nafas Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru	Perawat									
	08.18	II	Menilai status pernafasan Hasil: Memasang Spo2 : 99%	Sevani									
	08.25	I, II	Mempertahankan posisi kepala pasien (Head up 30°) Hasil: Tampak pasien semi fowler (30°)	Sevani									
	08.50	III	Mengkaji kekuatan otot Hasil: <table><tr><td></td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>4</td></tr></table> Tampak ekstremitas sebelah kiri lemah dan sulit digerakkan		Kiri	Kanan	Tangan	1	4	Kaki	1	4	Perawat
	Kiri	Kanan											
Tangan	1	4											
Kaki	1	4											
	09.00	II	Melakukan pengisapan lendir Hasil:	Sevani									

			Tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan	
	09.30	IV	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil: • Pasien diberikan susu 100 cc • Air 20 cc	Sevani
	11.30	I	Memonitor nilai laboratorium (GDS) sebelum pemberian obat Hasil: GDS: 233 mg/dl	Sevani
	11.45	I	Pemberian obat Hasil: • Ceftriaxone 1 g/IV/12 jam • Transamin 500 g/IV/8 jam • Manitol 20% 100 cc/IV/8 jam • Ranitidine 1 ampul/IV/12 jam • Actrapid 4 unit 1-1-1, SC • Sanmol 100mg/IV/8 jam	Sevani
	12.00	IV	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil: • Pasien diberikan bubur saring 100cc	Sevani

			• Air 30 cc • Vitamin B complex 3x1, Oral	
	13.00	I	Melaksanakan <i>Evidence Based Nursing Familiar Auditory Sensory Training</i> (FAST) Hasil: Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Sevani
	14.15	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: • Mengukur tanda-tanda vital: TD: 142/87 mmhg N: 95 x/menit S: 37 °C P: 26 x/menit • Refleks pupil: tampak pupil isokor • Menilai tingkat kesadaran: GCS E2M4V2	Perawat
	14.25	I,II	Mempertahankan posisi kepala pasien (Head up 30°) Hasil: Tampak pasien diberikan posisi head up 30°	Yudistira
	14.28	II	Memonitor bunyi nafas Hasil:	Perawat

			Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru										
	14.35	II	Pemberian oksigen Hasil: Tampak terpasang NRM 10 liter	Yudistira									
	14.50	II	Melakukan pengisapan lendir Hasil: Tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan	Yudistira									
	15.10	IV	Melakukan oral hygiene Hasil: Tampak mulut dan gigi pasien sudah dibersihkan	Yudistira									
	15.35	III	Mengkaji kekuatan otot Hasil: <table><tr><td></td><td>Kiri</td><td>Kanan</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>4</td></tr></table> Tampak ekstremitas sebelah kiri lemah dan sulit digerakkan		Kiri	Kanan	Tangan	1	4	Kaki	1	4	Yudistira
	Kiri	Kanan											
Tangan	1	4											
Kaki	1	4											
	15.50	III	Memonitor tingkat kemandirian Hasil: Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat	Yudistira									
	16.10	IV	Memberikan asupan nutrisi	Yudistira									

			Hasil: • Pasien diberikan susu 100 cc • Bilas air 20 cc	
	18.00	I	Memonitor nilai laboratorium (GDS) sebelum pemberian obat Hasil: GDS: 221 mg/dl	Yudistira
	18.15	I	Pemberian obat Hasil: • Manitol 20% 100 cc/IV/8 jam • Ranitidine 1 ampul/IV/8 jam • Combivent 2ml/8 jam, Nebu • Citicoline 500mg/12 jam, IV • Actrapid 4 unit 1-1-1, SC • Sanmol 100mg/IV/8 jam	Yudistira
	18.15	IV	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil: • Pasien diberikan bubur saring 100 cc • Air 20 cc • Atrovastatin 20mg 0-0-1, Oral • Zinc 20mg 0-0-1, Oral	Yudistira
	20.40	I	Melaksanakan <i>Evidence Based Nursing Familiar Auditory Sensory Training</i> (FAST) Hasil:	Agre

			Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	
	21.10	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: - Mengukur tanda-tanda vital: TD: 183/85 mmhg N: 92 x/menit S: 36,5 °C P: 24 x/menit - Refleks pupil: tampak pupil isokor - Menilai tingkat kesadaran: GCS E2M4V2	Perawat
	21.15	I,II	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Tampak kepala tempat tidur pasien ditinggikan (30°)	Tina
	21.18	I,II	Mengauskultasi suara napas tambahan Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi di kedua lapang paru	Perawat
	21.27	II	Melakukan pengisapan lendir Hasil: Tampak lendir pasien berwarna putih kekuningan	Agre

	21.37	IV	Melakukan oral hygiene Hasil: Tampak mulut dan gigi pasien sudah dibersihkan	Tina
	21.50	II	Pemberian oksigen Hasil: Tampak terpasang NRM 10 liter	Agre
	23.15	I	Pemberian obat Hasil: Ceftriaxone 1 g/IV/12 jam	Agre
	03.00	I	Pemberian obat Hasil: • Manitol 20% 100 cc/IV/8 jam • Sanmol 100mg/IV/8 jam	Tina
	04.00	IV	Personal Hygiene Hasil: Tampak pasien dimandikan, mengganti pakaian, sikat gigi, pengganti popok, dan mengganti laken	Tina
	06.00	III	Memonitor tingkat kemandirian Hasil: Tampak aktivitas pasien masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat	Agre
	06.10	I,II	Mempertahankan kepatenan jalan napas	Agre

			Hasil: Tampak pasien terpasang OPA berwarna hijau	
	06.35	I	Memonitor nilai laboratorium (GDS) sebelum pemberian obat Hasil: GDS: 236 mg/dl	Tina
	06.40	I	Memberikan obat Hasil: Tampak pasien diberikan insulin Atrapid 4 unit, SC	Tina
	06.45	III	Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT) Hasil: • Pasien diberikan bubur saring 100cc • Air 20 cc • Vitamin C 1-0-0, Oral • Vitamin B complex 3x1, Oral	Tina

E. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Tn.S/64 tahun

Ruang/Kamar : ICU

Hari/Tanggal	DP	Evaluasi (SOAP)	Perawat
Sabtu, 17 Mei 2025	I	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral S: - O: • Hasil TTV: TD: 152/106 mmhg • P: 25 x/menit • Tampak pupil isokor • GCS E2M3V1 • Tampak pasien masih terbaring lemah A: • Kapasitas adaptif intrakranial mulai meningkat P: • Lanjutkan intervensi - Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial	Rara
	II	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan S: - O: • Tampak pasien masih sesak • Tampak pasien masih batuk berlendir • Tampak batuk belum produktif	

		• Tampak sputum berwarna putih kekuningan • Terdengar bunyi nafas ronchi di kedua lapang paru • Tampak terpasang NRM 10 liter • RR: 25 x/menit A: • Bersihan jalan napas belum meningkat P: • Lanjutkan intervensi - Manajemen jalan nafas										
	III	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular S: - O: • Tampak pasien masih tidak mampu menggerakkan ekstremitas kiri • Tampak aktivitas pasien masih dibantu keluarga dan perawat • Uji kekuatan otot <table><tr><td></td><td>Kiri</td><td>kanan</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>4</td></tr></table> A: • Mobilitas fisik belum meningkat P: • Lanjutkan intervensi - Dukungan mobilisasi		Kiri	kanan	Tangan	1	4	Kaki	1	4	
	Kiri	kanan										
Tangan	1	4										
Kaki	1	4										
	IV	Defisit perawatan diri b.d kelemahan										

		S: - O: • Tampak pasien terbaring lemah • Tampak kebutuhan harian pasien seperti makan, mandi, berpakaian, kerapian, BAK, BAB dibantu oleh perawat dan keluarga A: • Perawatan diri belum meningkat P: • Lanjutkan intervensi - Dukungan perawatan diri	
Minggu, 18 Mei 2025	I	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral S: - O: • Hasil TTV: TD: 159/91 mmhg • S: 36 °C • P: 24 x/menit • Tampak pupil isokor • GCS E2M4V1 • Tampak pasien masih terbaring lemah A: • Kapasitas adaptif intrakranial mulai meningkat P: • Lanjutkan intervensi	Agnes

		- Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial	
	II	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan S: - O: • Tampak pasien masih sesak • Tampak pasien masih batuk berlendir • Tampak batuk belum produktif • Tampak sputum berwarna putih kekuningan • Terdengar bunyi nafas ronchi • Tampak terpasang NRM 10 liter • RR: 23 x/menit • Spo2: 99% A: • Bersihkan jalan napas belum meningkat P: • Lanjutkan intervensi • Manajemen jalan nafas	
	III	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular S: - O: • Tampak pasien masih tidak mampu menggerakkan ekstremitas kiri • Tampak aktivitas pasien masih dibantu keluarga dan perawat • Uji kekuatan otot	

		Kiri kanan Tangan 1 4 Kaki 1 4 A: • Mobilitas fisik belum meningkat P: • Lanjutkan intervensi - Dukungan mobilisasi	
	IV	Defisit perawatan diri b.d kelemahan S: - O: • Tampak pasien masih terbaring lemah • Tampak kebutuhan harian pasien seperti makan, mandi, berpakaian, kerapian, BAK, BAB masih dibantu oleh perawat dan keluarga A: • Perawatan diri belum meningkat P: • Lanjutkan intervensi - Dukungan perawatan diri	
Senin, 19 Mei 2025	I	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral S: - O: • Hasil TTV: TD: 153/85 mmhg	Rara

		P: 24 x/menit • Tampak pupil isokor • GCS E2M4V2 • Tampak pasien masih terbaring lemah A: • Kapasitas adaptif intrakranial mulai meningkat P: • Lanjutkan intervensi - Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial	
	II	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan S: - O: • Tampak pasien masih sesak • Tampak pasien masih batuk berlendir • Tampak batuk belum produktif • Tampak sputum berwarna putih kekuningan • Terdengar bunyi nafas ronchi • Tampak terpasang NRM 10 liter • RR: 24 x/menit • Spo2: 99% A: • Bersihkan jalan napas belum meningkat P: • Lanjutkan intervensi • Manajemen jalan nafas	

	III Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular S: - O: • Tampak pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas kiri • Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat • Uji kekuatan otot <table border="1" data-bbox="746 779 1066 981"> <tr> <td></td><td>Kiri</td><td>kanan</td></tr> <tr> <td>Tangan</td><td>1</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Kaki</td><td>1</td><td>4</td></tr> </table> A: • Mobilitas fisik belum meningkat P: • Lanjutkan intervensi - Dukungan mobilisasi		Kiri	kanan	Tangan	1	4	Kaki	1	4	
	Kiri	kanan									
Tangan	1	4									
Kaki	1	4									
	IV Defisit perawatan diri b.d kelemahan S: - O: • Tampak pasien masih terbaring lemah • Tampak kebutuhan harian pasien seperti makan, mandi, berpakaian, kerapian, BAK, BAB masih dibantu oleh perawat dan keluarga A: • Perawatan diri belum meningkat P: • Lanjutkan intervensi - Dukungan perawatan diri										

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn.S umur 64 tahun dengan diagnosis medis Non Hemoragik Stroke (NHS) yang dirawat di ICU RS TK.II Pelamonia Makassar pada tanggal 16 Mei – 19 Mei 2025. Adapun pengambilan data melalui pendekatan proses keperawatan yaitu melalui pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data pengkajian diperoleh melalui wawancara ke keluarga pasien dan hasil observasi langsung oleh perawat, serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung. Dari pengkajian kasus didapatkan data Tn.S umur 64 tahun. Pasien dipindahkan ke ICU tanggal 16 Mei 2025 dengan keluhan penurunan kesadaran dan hemiparese sinistra, pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Mei 2025. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah jatuh di kamar mandi karena kehilangan keseimbangan dan muntah 2x di rumah saat sedang makan. Dan sekitar 2 minggu yang lalu pasien mengalami batuk berlendir dan kelemahan tubuh sisi sebelah kiri sehingga mobilitasnya dibantu oleh keluarga selain itu pasien juga mengeluh sakit kepala. Pada pagi hari tanggal 16 Mei 2025 pasien mengalami sesak dan penurunan kesadaran secara tiba-tiba sehingga dibawa ke IGD RS Pelamonia. Setelah dilakukan pemeriksaan, tampak penurunan kesadaran dengan GCS E:1, V:2, M:2 (sopor comatus), tampak pasien terpasang NRM 10 liter, infus 2 *line* NaCl 1000 cc dan RL 500 cc/24 jam, kateter urine dan NGT. TD: 160/98 mmHg, N: 112 x/menit,

S: 36,5, R: 26 x/menit, SpO₂: 100% dengan memakai oksigen. Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu hasil CT-Scan: Infark serebri dextra, brain atrophy.

Berdasarkan teori yang penulis dapatkan ada beberapa tanda gejala pada pasien stroke non hemoragik yaitu: lemah/mati rasa pada bagian wajah, tangan dan kaki terutama salah satu bagian tubuh, gangguan bicara, kehilangan kesadaran, nyeri kepala, penglihatan kabur/disfungsi persepsi visual (Pratama, 2020). Hal ini juga didapatkan tanda dan gejala utama yang ada pada pasien yaitu: penurunan kesadaran dengan GCS 5 (sopor comatus), dan kelemahan badan sebelah kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 4 dan ekstremitas kiri 1.

Pada kasus, faktor yang menyebabkan Tn.S mengalami stroke yaitu pada faktor predisposisi yaitu jenis kelamin (laki-laki) dan usia (>55 tahun) kemudian pada faktor presipitasi seperti pola makan yang tidak sehat, seperti konsumsi makanan dan minuman tinggi gula serta makanan tinggi kolesterol dan lemak jenuh, disertai gaya hidup sedentari (tidak pernah berolahraga) dan kurangnya pemeriksaan kesehatan rutin, dapat memicu gangguan metabolik seperti diabetes melitus dan hipertensi yang menjadi faktor risiko utama terjadinya stroke non hemoragik. Asupan gula berlebih menyebabkan resistensi insulin dan peningkatan kadar glukosa darah kronis yang lama-kelamaan berkembang menjadi diabetes melitus tipe 2. Di sisi lain, konsumsi kolesterol tinggi menyebabkan akumulasi lemak dalam dinding pembuluh darah, yang mempercepat proses aterosklerosis, yaitu penyempitan dan pengerasan pembuluh darah akibat plak. Ketika tidak disertai olahraga, metabolisme tubuh melambat dan fungsi kardiovaskular menurun, memperparah kondisi tersebut. Tanpa deteksi dini melalui pemeriksaan kesehatan, diabetes dan hipertensi sering tidak terkontrol dan menyebabkan kerusakan pada endotel pembuluh

darah. Gabungan dari hiperglikemia, hipertensi, dan aterosklerosis ini akhirnya menghambat aliran darah ke otak akibat sumbatan pada pembuluh darah otak (thrombus atau emboli) (Kuriakose & Xiao, 2020).

Akibat penyumbatan ini, pasokan oksigen dan nutrisi ke jaringan otak berkurang atau terhenti, menyebabkan sel-sel otak mengalami kerusakan dan kematian (infark). Kerusakan ini mengganggu fungsi otak, terutama jika area yang mengatur kesadaran seperti batang otak atau sistem retikular aktivasi terkena, sehingga penderita mengalami penurunan kesadaran (Nofitri, 2020). Selain itu, infark juga bisa menyebabkan kelemahan anggota gerak. Misalnya jika infark terjadi di sebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Sebaliknya, gangguan pada otak sebelah kiri akan mengakibatkan kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Hal ini disebabkan karena adanya persilangan traktus kortikospinalis lateralis dari otak kiri menyilang ke bagian kanan medulla spinalis begitupun sebaliknya (Kurniawan, 2021). Hal ini sejalan dengan hasil CT scan pada Tn.S yang menunjukkan adanya infark serebri kanan, yang bermanifestasi pada kelemahan motorik yang dialami Tn.S pada ekstremitas kiri.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus Tn."S" penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan menurut (SDKI PPNI, 2018), yaitu :

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum berat, tampak lemah, GCS E1M2V2, refleks pupil isokor (2,5 mm), refleks fisiologis bicep, tricep, patella, achilles pada ekstremitas kiri negatif, refleks patologis babinski kiri positif. Hasil CT-Scan kepala didapatkan Infark serebri dextra, brain atrophy.

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

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala pasien tampak pasien sesak, pernapasan 26 x/menit, SPO2: 89% terdengar suara napas tambahan ronchi, dan tampak pasien tidak dapat mengeluarkan sputum.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kiri, dan segala aktivitas pasien dibantu total oleh keluarga dan perawat.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala seperti kebutuhan harian pasien seperti makan, mandi, berpakaian, kerapian, BAK, BAB dibantu sepenuhnya oleh perawat dan keluarga.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien (SIKI PPNI, 2018).

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor status pernapasan, berikan

posisi semi fowler (head-up 30°), kolaborasi pemberian diuretik osmotik, dan pemberian terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST).

Pemberian terapi FAST bertujuan untuk meningkatkan tingkat kesadaran dimana terapi ini dapat mengaktifkan respons emosional dan memori pasien dengan memanfaatkan suara yang akrab dan signifikan bagi mereka, yang dapat merangsang bagian-bagian otak yang terlibat dalam kesadaran dan persepsi, serta membantu memulihkan tingkat kesadaran pasien (Chanif et al., 2025).

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

Pada diagnosa ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: Monitor bunyi napas tambahan, monitor pola napas, posisikan semi fowler atau fowler, lakukan penghisapan lendir, berikan oksigen, pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Pada diagnosa ini penulis membuat 8 intervensi yaitu: identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi melakukan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, monitor komplikasi tirah baring, berikan latihan gerak aktif atau pasif, pertahankan kebersihan pasien, fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari - hari, jelaskan tujuan tirah baring.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Pada diagnosa ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi), siapkan keperluan pribadi (mis. sabun mandi, sikat gigi), dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.

Penulis juga menambahkan intervensi tentang **dukungan Perawatan Diri: Makan/minum** yaitu identifikasi diet yang dianjurkan, lakukan oral hygiene sebelum makan, berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (NGT).

Berdasarkan beberapa intervensi yang telah dilakukan penulis mengangkat pemberian posisi semi fowler sebagai intervensi utama untuk memaksimalkan oksigen ke jaringan otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Tn."S" penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit. Selama dilakukan implementasi didapatkan keadaan pasien mengalami penurunan kesadaran dimana pada saat pengkajian didapatkan kesadaran pasien sopor comatus dan pada hari ketiga kesadaran pasien menjadi somnolen.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 17 Mei sampai 19 Mei 2025 pada pasien Tn."S" merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam :

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi namun sudah mulai meningkat. Hal ini ditandai oleh tingkat kesadaran yang mulai meningkat dan refleks pupil yang baik.

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

Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi. Karena tampak pasien masih sesak, masih terdengar suara napas tambahan ronchi, dan tampak pasien belum bisa mengeluarkan sputum.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Sampai perawatan hari ketiga masalah belum teratasi. Karena tampak pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas bagian kiri, dan tampak seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan di tempat tidur dengan bantuan penuh dari keluarga dan perawat.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Sampai perawatan hari ketiga masalah belum teratasi. Karena tampak pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas bagian kiri dan kebutuhan harian pasien seperti makan, mandi, berpakaian, kerapian, BAK, BAB dibantu sepenuhnya oleh perawat dan keluarga.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

P : Pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran

I : *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST)

C : Tidak ada intervensi pembanding

O : Peningkatan kesadaran

Pertanyaan: Apakah *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) efektif untuk meningkatkan kesadaran pada pasien stroke?

Judul EBN: Pengaruh *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) terhadap peningkatan kesadaran pada pasien non hemoragik stroke di ICU Rumah Sakit Pelamonia TK II Makassar

1. Diagnosis Keperawatan

Resiko perfusi serebral dibuktikan dengan embolisme

2. Luaran yang Diharapkan

Tingkat kesadaran meningkat

3. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN

Terapeutik: *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST)

4. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN**a. Pengertian tindakan**

Familiar Auditory Sensory Training (FAST) adalah sebuah intervensi non-farmakologi yang memanfaatkan stimulasi sensori auditori untuk meningkatkan kesadaran pada pasien. Metode ini, pasien mendengarkan rekaman suara yang dipersonalisasi, yang berisi suara orang-orang yang dikenal dekat dengan mereka, seperti anggota keluarga atau teman, yang membagikan cerita atau pengalaman yang memiliki makna khusus bagi pasien.

b. Tujuan/rasional

Tujuan dari FAST adalah untuk mengaktifkan respons emosional dan memori pasien dengan memanfaatkan suara yang akrab dan signifikan bagi mereka, yang dapat merangsang bagian-bagian otak yang terlibat dalam kesadaran dan persepsi, serta membantu memulihkan tingkat kesadaran pasien.

c. Hasil telaah

No	Informasi Artikel	Populasi	Intervensi	Comparassion	Outcome	Time
1.	Judul: Pengaruh Familiar Auditory Sensory Training Pada Tingkat Kesadaran Pasien Stroke Di RSD dr. Soebandi Jember Tahun: 2020 Penulis: Cirila Aripriatiwi, Jon Hafan Sutawardana, dan Mulia Hakam Publikasi: Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia	Populasi dalam penelitian adalah pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Melati dan Catleya di rumah sakit dr. Soebandi Jember. Subjek penelitian berjumlah sebanyak 30 orang dengan stroke.	Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian quasi experimental menggunakan rancangan Non equivalent control group. FAST dilakukan tiga kali sehari selama tiga hari berturut-turut. Terapi FAST dilakukan	Peneliti membagi responden dalam dua kelompok yakni 15 masuk kedalam kelompok intervensi dan 15 masuk ke dalam kelompok kontrol. 15 orang Kelompok intervensi akan mendapatkan terapi FAST sedangkan kelompok kontrol hanya akan mendapatkan perawatan biasa.	Hasil uji perbedaan nilai GCS pretest dan post-test pada kelompok perlakuan didapatkan nilai p value = 0,001 (p value < 0,05) sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan rata-rata nilai GCS pretest posttest pada kelompok intervensi, selain itu pada uji beda selisih nilai GCS pre-test dan post-test pada kelompok kontrol dan perlakuan diperoleh nilai p value = 0,010 (p	Penelitian ini dilakukan pada tanggal 28 Juli 2020

			dengan 3 sesi dengan total durasi 10 menit yang berasal dari rekaman yang sama setiap kali terapi dilakukan.		value $<0,05$). Hal ini dapat diartikan bahwa adanya perbedaan yang signifikan antara selisih nilai GCS pada kelompok kontrol dan perlakuan. Terjadi peningkatan nilai GCS pasien stroke yang menunjukkan kesadaran pasien membaik setelah diberikan terapi FAST (Familiar Auditory Sensory Training). Terdapat perbedaan signifikan nilai median GCS pasien antara yang diberikan dan tidak	
--	--	--	---	--	---	--

					diberikan terapi FAST (Familiar Auditory Sensory Training), sehingga dapat disimpulkan FAST berpengaruh terhadap tingkat kesadaran pasien stroke.	
2.	Judul: Penerapan Familiar Auditory Sensory Training (Fast) Terhadap Tingkat Kesadaran Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Jakarta Tahun: 2024	Populasi dalam penelitian adalah pasien Stroke di ruang HCU Neuro Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi. Subjek dalam studi kasus ini berjumlah 5	Penelitian ini menggunakan rancangan studi kasus (case study) dengan pemberian intervensi dari Evidence Based Nursing pada pasien stroke dengan penurunan	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembandingan	Setelah menjalani terapi Familiar Auditory Sensory Training (FAST) selama tiga hari, pasien - pasien menunjukkan perbaikan yang signifikan pada skor Glasgow Coma Scale (GCS), yang merupakan indikator penting dari tingkat kesadaran dan respons	Penelitian ini dilakukan pada bulan July 2024

	Penulis: Nuzula Firdaus, Wati Jumaiyah, Ninik Yunitri, Rizki Nugraha Agung Publikasi: Malahayati Health Student Journal	orang dengan memperhatikan kriteria inklusi yaitu pasien dengan diagnose stroke, penurunan kesadaran, keluarga mengizinkan untuk diberikan terapi FAST.	kesadaran berupa Familiar Auditory Sensory Training (FAST). FAST dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan durasi 10-15 menit. Instrumen yang digunakan dalam melakukan pengukuran tingkat kesadaran menggunakan lembar Observasi Glasgow coma scale (GCS).		kognitif mereka. Pada P1 GCS meningkat dari yang awalnya 10 menjadi 13, P2 dari yang awalnya 9 menjadi 12, P3 dari yang awalnya 9 menjadi 11, P4 dari yang awalnya 9 menjadi 12, dan P5 dari yang awalnya 10 menjadi 13	
--	---	--	--	--	--	--

			Analisis data dilakukan dengan membandingkan skor GCS yang didapat antara sebelum dan sesudah intervensi,			
3.	Judul: Peningkatan tingkat kesadaran pada pasien stroke melalui penerapan Familiar Auditory Sensory Training (FAST) di Intensive Care Unit (ICU) Tahun: 2025	Populasi dalam penelitian adalah pasien Stroke di ruang ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang. Subjek dalam studi ini 3 pasien yang	Desain penerapan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Instrumen dalam studi kasus ini menggunakan Standar Operating	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding	Hasil studi kasus menunjukkan bahwa nilai GCS meningkat signifikan setelah diberikan terapi Familiar Auditory Sensory Training (FAST) selama 3 hari berturut-turut dengan masing-masing pasien mengalami peningkatan GCS sebanyak 3 point. (P1 meningkat dari GCS 5	Penelitian ini dilakukan pada tanggal 21 Februari 2024

	Penulis: Chanif, Athik Dina Nashikha, dan Dwi Nur Rahmantika Puji Safitri Publikasi: Holistic Nursing Care Approach	didapatkan secara random sesuai kriteria inklusi yaitu penderita stroke, GCS $\leq$ 8, usia pasien $\geq$ 55 tahun	Prosedur (SOP) Familiar Auditory Sensory Training (FAST). Instrumen lain adalah menggunakan lembar observasi Glasgow Coma Scale (GCS). Familiar Auditory Sensory Training (FAST) dilakukan tiga kali sehari selama tiga hari berturut-turut menggunakan		menjadi GCS 8, P2 meningkat dari GCS 6 menjadi GCS 9, dan P3 meningkat dari GCS 7 menjadi GCS 10	
--	---	---	--	--	---	--

			rekaman suara keluarga yang berdurasi 10 menit.			
--	--	--	--	--	--	--

Kesimpulan Hasil EBN

Apakah *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) efektif untuk meningkatkan kesadaran pada pasien stroke? Hasil studi kasus ini sesuai antara teori dengan beberapa hasil penelitian, dimana terdapat perbedaan tingkat kesadaran pada pasien stroke sebelum dan setelah diberikan *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) di ICU Rumah Sakit Pelamonia TK II Makassar. Peningkatan kesadaran ini dapat disebabkan oleh aktifnya respons emosional dan memori pasien yang disebabkan suara yang akrab dan signifikan bagi mereka, yang dapat merangsang bagian-bagian otak yang terlibat dalam kesadaran dan persepsi, serta membantu memulihkan tingkat kesadaran pasien

Ketika pasien mendapatkan stimulus FAST, gelombang tersebut akan dihantarkan melalui ossicles di telinga tengah menuju nervus auditory melalui cairan cochlear, dimana gelombang tersebut akan merangsang pelepasan hormon endorfin yang membuat tubuh rileks (Febriawati et al., 2023). Stimulus auditori memiliki efek mengurangi stimulus sistem saraf simpatis yaitu menurunkan tonus neuromuskular, meningkatkan tingkat kesadaran yang biasanya dilihat dari HR, RR, dan menurunkan tekanan darah (Ismoyowati, 2021). Mekanisme hubungan antara sistem saraf dan sistem hormonal, musik dan rangsangan gelombang suara merangsang aktivasi dopamin (Ling et al., 2023). FAST dapat menghasilkan efek sedatif dengan cara merangsang sistem opioid dan serotonin dalam tubuh, mirip dengan mekanisme kerja morfin. Stimulus auditori dikenal atau familiar ini dapat memicu pelepasan neurotransmitter seperti serotonin yang berfungsi mengatur suasana hati dan memberikan efek menenangkan. Selain itu, rangsangan ini juga dapat meningkatkan aktivitas sistem opioid endogen yang berperan dalam pengurangan rasa nyeri dan menurunkan tonus sistem saraf otonom. Efek-efek ini secara keseluruhan dapat menyebabkan penurunan tonus pada sistem saraf otonom, yang tercermin dalam

perubahan fisiologis seperti penurunan detak jantung dan tekanan darah, serta peningkatan keadaan rileks (Mohammadi et al., 2019)

Pada penelitian Chanif et al. (2025) dan Firdaus et al. (2024) didapatkan hasil nilai GCS yang meningkat signifikan setelah diberikan terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) selama 3 hari berturut-turut. Hal ini sejalan dengan penelitian Aripriati et al. (2020) yang menyatakan adanya perbedaan yang signifikan antara selisih nilai GCS pada kelompok kontrol dan perlakuan. Terjadi peningkatan nilai GCS pasien stroke yang menunjukkan kesadaran pasien membaik setelah diberikan terapi FAST.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. S umur 64 tahun dengan Non Hemoragik Stroke, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada Tn. S tahun, faktor yang mendukung terjadinya stroke adalah dari pola hidup dan pola makan pasien yang tidak terjaga sehingga menimbulkan penyakit seperti DM dan hipertensi yang kemudian menyebabkan stroke.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Tn.S dengan NHS yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial dengan edema serebral, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang telah disusun penulis yaitu: manajemen peningkatan tekanan intrakranial untuk mengatasi penurunan kapasitas adaptif intrakranial, manajemen jalan napas untuk mengatasi bersihan jalan napas tidak efektif, dukungan mobilitas dan perawatan tirah baring untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik, dan dukungan perawatan diri mandi dan makan/minum untuk mengatasi defisit perawatan diri.

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, kelima diagnosis keperawatan belum teratasi sehingga intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan dan mahasiswa.

2. Penerapan EBN pada pasien Tn.S dengan Non Hemoragik Stroke yaitu tentang pemberian terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) dimana bertujuan meningkatkan kesadaran dengan cara mengaktifkan respons emosional dan memori pasien dengan memanfaatkan suara yang akrab dan signifikan bagi mereka sehingga dapat merangsang bagian-bagian otak yang terlibat dalam kesadaran dan persepsi.

B. Saran

1. Bagi rumah sakit

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

2. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan lebih memodifikasi lagi tentang asuhan keperawatan pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) dengan melakukan asuhan keperawatan contohnya pemberian terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST), pemberian posisi *head-up* 30°, dan beberapa tindakan lainnya

3. Bagi institusi keperawatan

Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS).

DAFTAR PUSTAKA

- Afandy, I., & Wiriatarina, J. (2020). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan Tn. B Dengan Diagnosa Stroke Non Hemoragik (SNH) Dengan Inovasi Pemberian Pelatihan Pemasangan Puzzle Jigsaw Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarind*. Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur. <https://dspace.umkt.ac.id/handle/463.2017/757>
- Aripratiwi, C., Sutawardana, J. H., & Hakam, M. (2020). Pengaruh Familiar Auditory Sensory Training Pada Tingkat Kesadaran Pasien Stroke Di RSD dr. Soebandi Jember. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 6(2), 137–146. <https://doi.org/10.17509/jpki.v6i2.26917>
- Campbell, B. C. V, De Silva, D. A., Macleod, M. R., Coutts, S. B., Schwamm, L. H., Davis, S. M., & Donnan, G. A. (2020). Ischaemic stroke. *Nature Reviews. Disease Primers*, 5(1), 70. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0118-8>
- Chanif, C., Nashikha, A. D., Nur, D., & Puji, R. (2025). *Peningkatan tingkat kesadaran pada pasien stroke melalui penerapan Familiar Auditory Sensory Training (FAST) di Intensive Care Unit (ICU)*. 1–11.
- Faridah, A. A., Noor Istiqomah, I., Kurnianto, S., & Khovifah, N. (2022). The Effectiveness of Range of Motion (ROM) on Increasing Muscle Strength in Stroke Patients: Literature Review. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(2), 137–142. <https://doi.org/10.53713/nhs.v2i2.118>
- Febriawati, H., Andri, J., Losyanti, Y., & Padila, P. (2023). Pemberian Stimulasi Sensori Auditorius terhadap Perubahan Nilai Glasgow Coma Scale (GCS) pada Pasien Penurunan Kesadaran. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1994–2001. <https://doi.org/10.31539/jks.v6i2.5684>
- Firdaus, N., Jumaiyah, W., Yunitri, N., & Nugraha, R. A. (2024). Penerapan Familiar Auditory Sensory Training (FAST) terhadap Tingkat Kesadaran Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Jakarta. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, 4(4), 1379–1391.

<https://doi.org/10.33024/mahesa.v4i4.14152>

- González, R. G., & Schwamm, L. H. (2020). Imaging acute ischemic stroke. *Handbook of Clinical Neurology*, 135, 293–315. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53485-9.00016-7>
- Hartaty, H., & Haris, A. (2020). Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 976–982. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.446>
- Insani, Y., & Ngkolu, N. W. (2020). Level Stres Dan Strategi Coping Pada Caregiver Stroke Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.29241/jmk.v6i1.211>
- Ismoyowati, T. W. (2021). Stimulasi Auditori pada Pasien Cedera Kepala dengan Penurunan Kesadaran Diri. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 12(April), 167–172.
- Juni. (2020). *Asuhan keperawatan dengan stroke dalam pemberian elevasi kepala. Di Ruang ICCU RSUD. Prof. Dr. W. Kupang*. Poltekes Kemenkes Kupang. Ners. <http://repo.stikesperintis.ac.id/1182/1/18>
- Kartika, A. A., Suwanto, A. W., & Wiratmoko, H. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Klien Pasca Stroke Dengan Gangguan Komunikasi Verbal di Wilayah Puskesmas Jenangan Ponorogo. *Journal of Management Nursing*, 1(4), 111–115. <https://doi.org/10.53801/jmn.v1i4.66>
- Katrisnani, R. (2020). *Asuhan keperawatan keluarga Tn. N dengan salah satu anggota keluarga Ny. T mengalami post stroke haemorrhagic di Wilayah Kerja Puskesmas Mantrijeron Kota Yogyakarta*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Politeknik Kesehatan Yogyakarta. <https://doi.org/http://doi.org/ac.id/2136/3>
- Kemenkes RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Kemenkes.
- Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives. *International Journal of*

- Molecular Sciences*, 21(20). <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
- Kurniawan, W. S. (2021). *Asuhan keperawatan klien stroke non hemoragik. KTI. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. igilib.stikesicmejbg.%0Aac.id/akasia/index.php*
- Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan keperawatan stroke untuk mahasiswa dan perawat profesional (Guepedia/BR (ed.)). Guepedia.*
- Laili, N., Heni, S., & Tanoto, W. (2023). *Optimalisasi Program Edukasi Pencegahan Stroke ‘Cerdik’ pada Penderita Hipertens. 2(2), 154–167.*
- Lengga. (2023). *Profil Pengobatan Stroke Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Malang Periode Januari - Desember 2021. 2(11), 4578–4586.*
- Ling, Y., Xu, C., Wen, X., Li, J., Gao, J., & Luo, B. (2023). Cortical responses to auditory stimulation predict the prognosis of patients with disorders of consciousness. *Clinical Neurophysiology*, 153, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2023.06.002>
- Mohammadi, M. K., Yeganeh, M. R., Ebrahimzadeh, A. M., Roshan, Z. A., Soodmand, M., & Pouralizadeh, M. (2019). The Effects of Familiar Voices on the Level of Consciousness among Comatose Patients: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 27(2), 1–8. <https://doi.org/10.9734/jpri/2019/v27i230164>
- Murtiningsih, D. (2020). *Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri, mandi di RSUD Dr Hardjono Ponorogo. Universitas Muhammadiyah Ponorogo. http://eprints.umpo.ac.id/5044/*
- Nair, R., Wagner, A. N., & Buck, B. H. (2023). Advances in the management of acute ischemic stroke. *Current Opinion in Neurology*, 36(2), 147–154. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000001136>
- Nofitri. (2020). *Asuhan keperawatan pada Ny. S dengan stroke non hemoragik dalam penerapan inovasi intervensi terapi vokal “aiueo”*

dengan masalah gangguan komunikasi verbal di ruangan neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukit tinggi (DIII Keper). Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.
<http://repo.stikesperintis.ac.id/915/1/14> NOFITRI

Nugraheni, O. D., Alvita, G. W., & Listyarini, A. D. (2024). Studi Deskriptif Resiko Cedera Pada Pasien Dengan Penurunan Kesadaran Di Ruang Irin Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 11(1), 49–58.

Pandian, J. D., Gall, S. L., Kate, M. P., Silva, G. S., Akinyemi, R. O., Ovbiagele, B. I., Lavados, P. M., Gandhi, D. B. C., & Thrift, A. G. (2021). Prevention of stroke: a global perspective. *Lancet (London, England)*, 392(10154), 1269–1278. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31269-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31269-8)

Permana, A. P., Nafisah, Z. F., & Mesiano, T. (2021). Recommendation of 8D Stroke System for Management of Acute Ischemic Stroke. *Journal Of The Indonesian Medical Association*, 71(1), 54–60.

Permatasari, N. (2020). Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus dan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 298–304. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.273>

Pitliya, A., Siddiq, A. Bin, Oli, D., Wijaya, J. H., Batra, V., Vasudevan, S. S., Choudhari, J., Singla, R., & Pitliya, A. (2025). Telerehabilitation in post-stroke care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 32(3), 323–335. <https://doi.org/10.1080/10749357.2024.2392439>

Pratama, W. (2020). *Asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan kerusakan membran muklosa oral di ruang aster RSUD Dr. Harjono Ponorogo (DIII Keper)*. Universitas Muhammadiyah Ponorogo. <http://eprints.umpo.ac.id/5392>

Ramadhani, K., & Widyaningrum, R. (2022). Buku Ajar Dasar-Dasar Anatomi Dan Fisiologi Tubuh Manusia. In *Uad Press: Pustaka*.

https://www.google.co.id/books/edition/Dasar_dasar_Anatomi_dan_Fisiologi_Tubuh/ATTFEAAAQBAJ?hl=jv&gbpv=1&dq=klasifikasi+sendi&pg=PA37&printsec=frontcover

Sinta, R. (2020). *Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan keperawatan gangguan mobilitas fisik*. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Sulistiyawati. (2020). *Asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik* (Ners). Politeknik Kesehatan Samarinda. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1079>

Sumiati, Y., Kurniati, T., Sabri, L., Hadi, M., & Suminarti, T. (2021). Penerapan Discharge Planning terhadap Kepuasan Pasien pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2), 544–553. <https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1633>

Tim Pokja SDKI PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnosik* (1st ed.). Dewan Pengurus Inti Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnosik* (1st ed.). Dewan Pengurus Inti Pusat PPNI.

Tim Pokja SLKI PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnosik* (1st ed.). Dewan Pengurus Inti Pusat PPNI.

World Stroke Organization. (2022). Global Stroke Fact Sheet 2022
Purpose : Data sources : *World Stroke Organization (WSO)*, 13, 1–14.

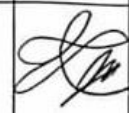
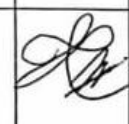
LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH

Nama : 1. Agnes Sevani (NS2414901021)
2. Agnes Yudistira Palimbanan (NS2414901022)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Wirmando, Ns.,M.Kep

Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan
Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU
RS TK. II Pelamonia Makassar

No	Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf		
			Pembimbing	1	2
1.	16/05/2025	Pengajuan kasus - ACC kasus - Melakukan pengkajian sampai evaluasi			
2.	19/05/2025	Konsul Bab III - EBN ACC - Lanjutkan buat bab IV			
3.	04/06/2025	Konsul Bab III & IV - Lengkapi analisa data, nama perawat di implementasi, dan evaluasi - Perbaiki PICOT EBN			
4.	05/06/2025	Konsul Bab III & IV - Hapus yang tidak perlu - ACC			

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH

Nama : 1. Agnes Sevani (NS2414901021)
2. Agnes Yudistira Palimbanan (NS2414901022)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep

Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan
Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU
RS TK. II Pelamonia Makassar

No	Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf		
			Pembimbing	1	2
1.	05/06/2025	Konsul Bab I & II - Perbaiki pendahuluan - Lengkapi anatomi dan fisiologi otak - Perbaiki pathway NHS - Perbaiki pemeriksaan penunjang NHS			
2.	09/06/2025	Konsul Bab III & Bab IV - Kurangi kalimat yang tidak perlu - Tambahkan tentang infark dan penumbra di patofisiologi - Perbaiki penulisan			
3.	10/06/2025	Konsul Bab I & II - Perbaiki kata pengantar - ACC			

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Agnes Sevani
Agama : Protestan
Tempat/Tanggal Lahir : Makassar, 05 Agustus 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Adhyaksa Baru Lr.V

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Yohanis/Adriana Pasande
Agama : Protestan
Pekerjaan : Karyawan Swasta/IRT
Alamat : Jln. DR.Ratulangi No.71 Maros

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 31 Maros : 2007 – 2013
SMPN 2 Unggulan Maros : 2013 – 2016
SMAN 3 Lau Maros : 2016 – 2019
S1 STIKES Nani Hasanuddin Makassar : 2019 – 2024
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : 2024 – 2025

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Agnes Yudistira Palimbanan
Agama : Katolik
Tempat/Tanggal Lahir : Berau, 05 Agustus 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Datu museng, No. 21D

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Didimus Depong/Yulita Bubun
Agama : Katolik
Pekerjaan : Karyawan Swasta/IRT
Alamat : Jln. Gunung Panjang, Kec. Tanjung Redeb, Berau

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Katolik Maria Imaculata Tanjung Redeb : 2007 – 2008
SDN 007 Tanjung Redeb : 2008 – 2014
SMPN 9 Tanjung Redeb : 2014 – 2017
SMA 13 Tanjung Redeb : 2017 – 2020
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2020 – 2024
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : 2024 – 2025

