



KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON HEMORAGIK STROKE* (NHS) DI RUANGAN IGD RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

DIAN NOVITA (NS2514901015)

DWI ANUGRAH (NS2514901016)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2026**



KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON HEMORAGIK STROKE* (NHS) DI RUANGAN IGD RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

DIAN NOVITA (NS2514901015)

DWI ANUGRAH (NS2514901016)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2026**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini nama :

1. Dian Novita (NS2514901015)
2. Dwi Anugrah (NS2514901016)

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

Makassar, 26 Maret 2026

Yang menyatakan,



Dian Novita



Dwi Anugrah

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke (NHS)* di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

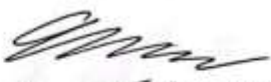
Nama Mahasiswa/NIM : 1. Dian Novita (NS2514901015)
2. Dwi Anugrah (NS2514901016)

Disetujui Oleh :

Pembimbing 1


(Mery Sampo, Ns., M.Kep)
NIDN: 0929089201

Pembimbing 2


(Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes)
NIDN : 0925107502

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama
STIK Stella Maris Makassar


Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D
NIDN : 0913068201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : 1. Dian Novita (NS2514901015)
2. Dwi Anugrah (NS2514901016)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Non
Hemoragik Stroke di Ruang Instalasi Gawat Darurat
Rumah Sakit Stella maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	: Mery Sambo, Ns., M.Kep	()
Pembimbing 2	: Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes	()
Penguji 1	: Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN	()
Penguji 2	: Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep	()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 26 Maret 2026

Menyetujui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

1. Dian Novita (NS2514901015)
2. Dwi Anugrah (NS2514901016)

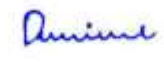
Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, menggali informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 26 Maret 2026

Yang menyatakan


Dian Novita


Dwi Anugrah

mu
an,
mu

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat dan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Dengan *Non Hemoragik Stroke (NHS)* di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar” Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah ini dengan baik. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Fransiska Anita E.R.S, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB.,Ph.D selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep., Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Wirmando, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris Makassar.
7. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit LPPM STIK Stella Maris Makassar sekaligus penguji II yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
8. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua Unit Identitas Misi ke Khatolikan STIK Stella Maris Makassar.

9. dr.Teoroci Luisa Nunuhitu, M.Kes., FISQua selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
10. Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku pembimbing I yang telah membagi waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir di STIK Stella Maris Makassar.
11. Elmiana B. Linggi, Ns., M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan masukan dan arahan dengan sangat baik untuk perbaikan Karya Ilmiah ini.
12. Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
13. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang selalu memberikan motivasi dan semangat selama menempuh Pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
14. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ini.
15. Teristimewa orang tua dan saudara/i, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
16. Kepada pasien dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
17. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2025 yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung.

Akhir kata, penulis sangat berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih sangat jauh dari kesempurnaan oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, 26 Maret 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Manfaat Penulisan	5
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar	9
1. Pengertian	9
2. Anatomi Fisiologi	9
3. Etiologi	14
4. Patofisiologi	18
5. Manifestasi Klinik.....	21
6. Pemeriksaan Penunjang.....	22

7. Penatalaksanaan	23
8. Komplikasi	26
B. Konsep Dasar Keperawatan	34
1. Pengkajian Primer	34
2. Diagnosa Keperawatan.....	40
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	41
4. <i>Discharge Planning</i>	54

BAB III PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus.....	56
B. Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat.....	57
C. Analisa Data	68
D. Diagnosa Keperawatan	71
E. Intervensi Keperawatan.....	72
F. Implementasi Keperawatan	74
G. Evaluasi Keperawatan	77

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep	81
B. Pembahasan Perencanaan <i>Evidence Based Nursing</i>	87
C. PICOT <i>Evidence Based Nursing</i>	88
D. PICOT Berdasarkan Teori	89
E. Hasil dan Kesimpulan <i>Evidence Based Nursing</i>	92

BAB V PENUTUP

A. Simpulan.....	94
B. Saran.....	95

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi otak.....	9
------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium	65
Tabel 3.2 Analisa Data	67
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan	70
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	71
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	73
Tabell 3.6 Evaluasi Keperawatan	76

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi Karya Ilmiah Akhir

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gaya hidup yang kurang baik dan aktivitas fisik yang berkurang dapat menyebabkan terjadinya penyakit tidak menular yang dapat mengancam nyawa. Salah satu penyakit tidak menular yang mengancam kehidupan adalah stroke karena merupakan komplikasi dari PTM lainnya dan terus meningkat setiap tahunnya dan menjadi penyebab kecacatan bahkan kematian di seluruh dunia termasuk Indonesia (Fitriah, 2024).

Stroke adalah kondisi dimana sebagian atau seluruh sel otak mati akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah yang ada di otak. Stroke terbagi atas 2 yaitu *Hemoragik stroke* dan *Non Hemoragik Stroke*. *Non Hemoragik Stroke* (NHS) adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang menyebabkan kematian sel atau jaringan otak yang berdampak pada sel-sel otak di daerah tersebut tidak dapat berfungsi lagi atau mengalami penurunan fungsi (Astriani & Dewi, 2025).

Terjadinya *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dapat dipicu oleh berbagai faktor, terutama penyumbatan aliran darah akibat emboli maupun trombus. Mengingat hipertensi berperan besar sebagai pemicunya, menjaga stabilitas tekanan darah serta mengadopsi gaya hidup sehat menjadi langkah preventif yang krusial. Namun, pemulihan medis saja terkadang tidak cukup untuk mengembalikan keadaan seperti semula. Stroke ini membawa perubahan mendalam bagi penderitanya, di mana dampak yang dirasakan melampaui keterbatasan fisik hingga

menyentuh ranah personal, hubungan keluarga, dan dunia kerja (Ni Putu Leony Puspitayanti et al., 2025).

Menurut Survey Kesehatan Indonesia (2023) mengungkapkan bahwa lebih dari 13,7 juta pasien stroke setiap tahun. Satu dari setiap orang diatas usia 25 tahun akan mengalami stroke selama hidup mereka, dengan 131,8 kasus kematian per 100 penduduk setiap tahun sebagai akibat dari stroke. Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (2018) dari 265 juta penduduk indonesia 10,9% diantaranya mengalami stroke dan berada di peringkat ketiga menjadi penyebab kematian di Indonesia sesudah penyakit kardiovaskuler dan kanker. Prevalensi tertinggi terdapat di Provinsi Kalimantan Timur sebesar 14,7% dan yang terendah di provinsi Papua 4,1%. Prevalensi stroke di Provinsi Sulawesi Selatan pada penduduk usia ≥ 15 tahun menurut karakteristik sebesar 10,6% dari jumlah penduduk 8,7 juta jiwa, dengan prevalensi tertinggi pada kelompok usia ≥ 75 tahun 48,2%, jenis kelamin perempuan 12% dan laki-laki 36,2%, Riskesdas, (2018) Prevalensi kasus *Non Hemoragik Stroke* (NHS) di wilayah Sulawesi Selatan merupakan urutan ke 18 terbanyak di Indonesia. Dampak dari stroke dapat menyebabkan kecacatan dan bahkan kematian.

Kematian dan kecacatan akibat stroke dapat dicegah jika dilakukan perawatan yang intensif pada fase akut. Fase akut merupakan fase dimana stroke bisa memburuk meskipun sudah dibawa ke rumah sakit. Fase akut terjadi 2 minggu pertama pasca serangan stroke, pada fase ini pasien mendapatkan perawatan khusus di rumah sakit yang bertujuan untuk mempertahankan integritas kulit, kekakuan sendi, mengatasi fungsi menelan, gangguan komunikasi, dan pencegahan jatuh. Fase akut stroke berakhir 48 sampai 72 jam, kondisi pasien sadar penuh saat masuk rumah sakit mempunyai prognosis yang lebih dapat diharapkan.

Prioritas dalam fase akut ini adalah mempertahankan jalan nafas dan ventilasi yang baik. Diperlukan pemantauan dan penanganan yang komperhensif demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Penanganan yang cepat dan tepat dari tenaga medis diharapkan dapat mengurangi resiko kematian dari kecacatan permanen (Lukman, 2023).

Peran perawat sangatlah penting pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS), dimana perawat di ruang intalasi gawat darurat dituntut untuk selalu menjalankan perannya dengan baik diberbagai situasi dan kondisi yang meliputi tindakan penyelamatan pasien secara professional khususnya penanganan pada pasien dengan gawat darurat. Sebagai pelaku atau pemberi asuhan keperawatan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) secara langsung atau tidak langsung kepada pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Penanganan di instalasi gawat darurat menggunakan suatu ketrampilan yang disebut triase yang merupakan salah satu keterampilan yang harus dimiliki oleh perawat unit gawat darurat. Sistem triase ini berdasarkan level kegawatan berfungsi lebih dari sekedar alat untuk mengukur level kegawatan pasien akan tetapi sistem ini berfungsi sebagai bahasa, standar komunikasi untuk menginformasikan level kegawatan pasien di instalasi gawat darurat. Triage pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dikategorikan sebagai pasien prioritas yang harus ditangani segera karena apabila tidak segera ditangani atau penanganannya lebih dari 3 jam maka dapat menyebabkan kerusakan yang parah hingga menyebabkan kematian (Wahyu et al., 2025).

Perawat merupakan salah satu bagian integral dari tim *interdisipliner* yang memiliki peran penting selama perawatan pasien stroke dari fase akut. Peran tersebut meliputi pengkajian cepat untuk membantu menegakkan diagnosa yang tepat, memonitor secara rutin aspek vital selama perawatan akut (mis. tekanan darah, suhu, tingkat oksigen, glukosa darah, integritas kulit), memberikan perawatan kepada pasien dengan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, mengidentifikasi dan mengelola komplikasi umum. Peran lain yaitu mengkoordinasi dan memperkuat langkah-langkah pencegahan sekunder termasuk pendidikan modifikasi gaya hidup, sesuai kebutuhan (Wahyu et al., 2025).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman yang nyata dalam mengelolah dan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
- c. Menetapkan rencana Tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
- f. Melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instalasi Rumah Sakit

Karya ilmiah ini dapat bermanfaat sebagai pedoman untuk tenaga kesehatan dan sebagai standar operasional prosedur dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) di unit perawatan intensif.

2. Bagi Penulis

Karya ilmiah ini dapat menjadi referensi dalam menentukan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini dapat menjadi referensi dan bahan bacaan di perpustakaan untuk menambah wawasan dan memperkaya ilmu pengetahuan tentang perawatan intensif pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

D. Metode Penulisan

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

1. Studi Kepustakaan

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

2. Studi Kasus

Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, menentukan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Untuk mengumpulkan informasi dalam

pengkajian, maka penulis melakukan:

a. Observasi

Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

e. Dokumentasi

Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan pasien termasuk hasil tes diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam bab dimana di setiap bab disesuaikan dengan sub bab antara lain bab I pendahuluan, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan pustaka, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu, konsep dasar medik yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi. Bab III

pengamatan kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Bab IV pembahasan kasus merupakan laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek. Bab V simpulan dan saran, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Stroke adalah suatu tanda klinis yang berkembang secara cepat akibat gangguan otak fokal atau global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih tanpa adanya penyebab lain yang jelas, selain vaskuler (Samsinar Citra Berlianta Situmeanga, 2026).

Non Hemoragik Stroke (NHS) didefinisikan sebagai *stroke* yang mengakibatkan suplai darah menuju ke otak mengalami hambatan karena adanya trombus atau gumpalan darah yang telah terbentuk dibawa oleh darah (Astriani & Dewi, 2025).

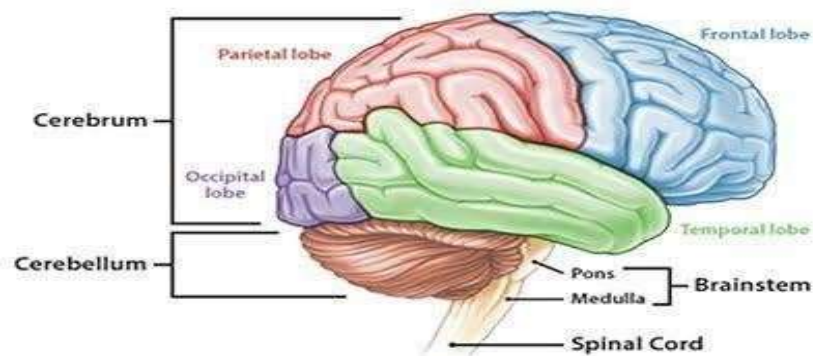
Non Hemoragik Stroke (NHS) adalah *stroke* yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh trombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang di suplai. Sehingga, kematian sel atau jaringan otak ini menyebabkan sel-sel otak di daerah tersebut tidak dapat berfungsi lagi atau mengalami penurunan fungsi (Hasanah et al., 2024).

Berdasarkan definisi diatas maka penulis menyimpulkan bahwa *Non Hemoragik Stroke* (NHS) adalah tersumbatnya pembuluh darah pada otak yang dikarenakan oleh adanya bekuan darah atau gumpalan thrombus sehingga suplai darah dan oksigen ke otak menjadi terhambat atau bahkan terhenti seluruhnya yang mengakibatkan terjadinya gangguan fungsi pada otak sehingga menyebabkan kerusakan/kematian pada jaringan otak.

2. Anatomi dan fisiologi

a. Otak

Otak terbagi menjadi empat bagian utama, yaitu otak besar (cerebrum), otak kecil (cerebellum), batang otak (brainstem), sistem limbik (limbic system)



Gambar 2.1
Anatomi Otak
(Putri et al., 2022)

Otak manusia menerima 17% dari curah jantung dan menggunakan 20% dari konsumsi O_2 total tubuh manusia untuk menjalankan metabolisme aerobik. Fungsi normal dari pusat kendali otak tergantung pada pasokan O_2 dan nutrisi yang cukup melalui jaringan pembuluh darah yang padat. Darah disuplai ke otak melalui dua set pembuluh darah utama, yaitu arteri karotis kanan dan kiri serta arteri vertebralis kanan dan kiri. Arteri karotis memiliki dua divisi. Arteri karotis eksternal memasok darah ke wajah dan kulit kepala. Arteri karotis internal memasok darah ke sebagian besar dari bagian anterior serebrum. Arteri vertebrobasilar memasok dua perlima posterior cerebrum, bagian cerebellum, dan batang otak. Setiap penurunan aliran darah melalui salah satu arteri karotis internal menyebabkan beberapa penurunan

fungsi otak yang dapat menyebabkan mati rasa (kebas), kelemahan, atau kelumpuhan pada sisi tubuh yang berlawanan dengan penyumbatan arteri. Penyumbatan salah satu dari arteri vertebral dapat menyebabkan konsekuensi serius (Rosiani & Lisa Indra, 2025).

b. Sistem Saraf Pusat

1) Otak Besar (Cerebrum)

Merupakan bagian otak yang terbesar 85% yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan tersusun dari korteks. Lapisan paling luar serebrum disebut sebagai korteks serebri, memiliki tebal 2-5 mm. Istilah neokorteks sering digunakan untuk merujuk korteks serebri kecuali pada bagian olfaktorius dan dari daerah hipokampus. Kedua korteks serebri kanan dan kiri menginterpretasi data sensori, menyimpan memori, mempelajari dan membentuk konsep akan tetapi setiap hemisfer mendominasi hemisfer yang lain dalam beberapa fungsi. Sebagai contoh pada sebagian besar orang, korteks kiri memiliki dominasi untuk analisis sistematis, bahasa dan kemampuan berbicara, matematika, serta abstraksi. Korteks kanan memiliki dominasi untuk asimilasi pengalaman sensoris seperti informasi visual dan aktivitas seperti menari, senam, musik, dan apresiasi seni (Zulkifli et al., 2025).

Di dalam otak besar terdapat beberapa lobus, yaitu:

a) Lobus Frontalis

Korteks motorik mengatur aktivitas motorik. Area Broca terletak di anterior korteks motorik primer dan superior sulkus lateralis mengkoordinasikan aktivitas muskular kompleks mulut, lidah, dan laring serta memungkinkan pembicaraan ekspresif (motorik).

Kerusakan pada area ini akan menyebabkan klien tidak bisa bicara dengan jelas, suatu gangguan yang disebut afasia brocca (Zulkifli et al., 2025).

b) Lobus Parietalis

Lobus parietalis adalah daerah korteks yang terletak di belakang sulkus sentralis, di atas fisura lateralis dan meluas ke belakang ke fisura parieto-okspitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran (Zulkifli et al., 2025).

c) Lobus Temporalis

Terletak dibawah (inferior) sulkus lateralis. Lobus temporalis mengandung area reseptif auditori primer (interpretasi) dan area asosiasi auditori. Memori bahasa disimpan di area asosiasi auditori lobus temporalis kiri. Kerusakan area ini akan menyebabkan seseorang tidak dapat memahami bahasa yang diucapkan atau di tulis atau mengenal memfasilitasi pemahaman bahasa terletak di area Wernicke. Lobus ini juga terlibat dalam interpretasi bau dan penyimpanan ingatan (Zulkifli et al., 2025).

d) Lobus Oksipitalis

Lobus oksipitalis adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak di sebelah posterior dari lobus parietalis dan di atas fisura-fisura parieto oksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata (Zulkifli et al., 2025).

2) Otak Kecil

Terletak difosa serebri posterior di bawah tentorium serebelum yaitu durameter yang memisahkannya dari lobus oksipital serebrum. Merupakan pusat koordinasi untuk

keseimbangan dan tonus otot melalui suatu mekanisme kompleks dan umpan balik juga memungkinkan sistem somatic tubuh untuk bergerak secara tepat dan terampil. Cerebellum merupakan bagian penting dari susunan saraf pusat secara tidak sadar mengendalikan kontraksi otot-otot volunter secara optimal. Bagian-bagian dari cerebellum yaitu: lobus anterior, lobus medialis, dan lobus fluccolonodularis. Lobus anterior merupakan paleocerebellum yang menerima masukan rangsang dari ujung-ujung proprioseptif dalam otot dan tendon serta dari reseptor raba dan tekan. Lobus medialis merupakan neocerebellum yang tidak berhubungan dengan gerak voluntary. Cerebellum terdiri atas substansia alba dan grisea. Cerebellum mengintegrasikan informasi sensoris berkaitan dengan posisi bagian tubuh, koordinasi gerakan otot skeletal dan mengatur kekuatan otot yang penting untuk keseimbangan dan postur (Zulkifli et al., 2025).

3) Batang otak secara garis besar terdiri atas:

a) Diensephalon

Diensephalon merupakan bagian atas otak yang terdapat diantara serebelum dan mesensefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di bagian depan lobus temporalis terdapat kapsul interna dengan sudut menghadap kesamping. *Diensephalon* tersusun atas talamus dan hipotalamus. Talamus menyalurkan semua informasi asesndens (sensorik) kecuali penghindu menuju ke sel kortikal. Hipotalamus mengatur fungsi sistem saraf autonom seperti denyut jantung, tekanan darah, keseimbangan air dan elektrolit, motilitas lambung dan usus, suhu tubuh, berat badan, dan siklus tidur terjaga.

Fungsi lain dari diensephalon adalah mengecilkan pembuluh darah, membantu proses pernafasan, mengontrol kegiatan refleks, membantu kerja jantung.

b) Menesefalon

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

c) Pons

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

d) Medulla Oblongata

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

e) Medula spinalis

Medula spinalis merupakan bagian susunan saraf pusat yang terdapat pada kanalis spinalis. Dimulai dari foramen magnum tengkorak ke bawah sepanjang ± 45 cm sampai setinggi vertebral lumbal 1-2 (yang disebut konus medularis) dan dikelilingi dan dilindungi oleh tulang vertebra dan meninges (durameter, arakhnoid, piameter). Medula spinalis tersusun dari 31 pasang saraf, yaitu 8 pasang saraf servikalis, 12 pasang saraf

torakalis, 5 pasang saraf lumbalis, 5 pasang saraf sakral dan 1 pasang saraf koksigeus. Di dalam sumsum tulang belakang terdapat saraf sensorik, saraf motorik, dan saraf penghubung. Fungsinya adalah sebagai penghantar impuls dari otak ke otak serta sebagai pusat pengatur gerak refleks.

c. Sistem saraf tepi/perifer

1) Saraf somatik

Saraf somatik terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medulla spinalis dan bersiap secara langsung pada sel otot rangka.

2) Sistem saraf otonom

a) Sistem saraf simpatis. Fungsi dari sistem ini adalah: siap siaga untuk membantu proses kedaruratan, keadaan stres baik yang disebabkan oleh fisik maupun emosional yang dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada impuls simpatis.

b) Sistem saraf parasimpatis. Berfungsi sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam, kondisi tanpa stres, impuls dan serabut-serabut saraf kolinergik yang menonjol.

d. Sistem peredaran darah otak

Darah mengangkut zat asam, makanan dan substansi lainnya yang diperlukan bagi fungsi jaringan hidup yang baik. Kebutuhan otak sangat mendesak dan vital, sehingga aliran darah yang konstan harus terus dipertahankan. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan

pembuluh darah yang bercabang cabang, berhubungan erat satu dengan yang lainnya sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel. Hemisfer otak disuplai oleh 3 pasang arteri besar, arteri serebri anterior, media dan posterior yang bercabang dan beranastomosis membentuk sirkulus willisi.

Arteri serebri anterior dan media bertanggung jawab terhadap sirkulasi di bagian depan dan merupakan cabang dari arteri karotis interna. Arteri serebri posterior merupakan cabang dari arteri basilaris dan membentuk sirkulasi pada bagian belakang otak yang

juga mensuplai talamus, batang otak dan otak kecil. Arteri cerebri anterior mencabangkan arteri komunikans anterior sehingga membagi dua segmen arteri serebri anterior menjadi segmen proksimal dan distal. Cabang- cabang kortikal dari arteri serebri anterior akan mensuplai darah untuk daerah lobus frontalis, permukaan medial korteks serebri sampai prekuneus, korpus kalosum, permukaan lateral dari girus frontalis superior dan medius.

Cabang-cabang sentralnya mengurus hipotalamus, area preoptika dan supraoptika, kaput nukleus kaudatus, bagian anterior dari kapsula interna dan putamen. Arteri serebri media mencabangkan 4 segmen: segmen horizontal yang memanjang hingga limen insula yang menyuplai arteri lentikulostriata lateral, segmen insula, segmen operkulum, segmen korteks bagian distal pada hemisfer lateral. Pada sirkulasi posterior, arteri vertebralis bersatu membentuk arteri basilaris. Arteri serebri inferior posterior merupakan cabang dari arteri vertebralis bagian distal sedangkan arteri serebri inferior anterior merupakan

cabang dari arteri basilaris bagian proksimal. Arteri serebri superior merupakan cabang distal dari arteri basilaris sebelum arteri basilaris bercabang dua menjadi serebri posterior. Adanya gangguan suplai darah yang melalui pembuluh darah tersebut akan menimbulkan defisit neurologis yang sesuai dengan fungsi dari bagian yang terkena (Zulkifli et al., 2025).

3. Etiologi

Menurut Dewi & Fitraneti (2024), etiologi dari *Non Hemoragik Stroke* (NHS) diantaranya sebagai berikut:

a) Faktor Predisposisi

1) Usia

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

2) Gen atau Riwayat stroke dalam keluarga.

Sekian banyak kasus *Non Hemoragik Stroke* (NHS) yang terjadi, sebagian besar penderita stroke memiliki faktor riwayat stroke dalam keluarganya. Keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan penanda aterosklerosis awal, yaitu proses terjadinya timbunan zat lemak dibawah lapisan dinding pembuluh

darah yang dapat memicu terjadinya stroke. Beberapa penelitian lain yang telah dilakukan mengesankan bahwa riwayat *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dalam keluarga mencerminkan suatu hubungan antara faktor genetik dengan tidak berfungsinya lapisan dinding pembuluh darah dalam arteri koronaria.

b) Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko tertinggi, sekitar 60% penyandang hipertensi akan mengalami stroke. Hipertensi dapat menyebabkan stroke iskemik 50% maupun stroke hemoragik 60%. Patofisiologi hipertensi menyebabkan terjadinya perubahan pembuluh darah, perubahan mulai terjadi dengan penebalan tunika intima dan peningkatan permeabilitas endotel oleh hipertensi, proses kemudian akan berlanjut dengan terbentuk deposit lipid terutama kolesterol pada tunika muskularis yang menyebabkan lumen-lumen pembuluh darah menyempit serta berkelok-kelok. Pada hipertensi kronis akan terbentuk nekrosis fibrinoid, sehingga terbentuk mirkoaneurisma yang di sebut charcot- bouchard, pengerasan pembuluh darah dapat menyebabkan gangguan autoregulasi, berupa kesulitan berkontraksi atau berdilatasi terhadap perubahan tekanan darah sistemik, jika terjadi penurunan aliran darah menyebabkan perfusi ke otak menjadi iskemik, jika terjadi peningkatan perfusi hebat yang menyebabkan hiperemia, edema, dan perdarahan.

2) Dislipidenmia

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 ekstravasasi melalui endotel yang rusak dan masuk ke ruang subendotel. Ox-LDL yang aterogenik akan tertahan dan bersifat sitotoksik, pro-inflamasi, dan kemotaktik. Akibat dari pengaruh tersebut, endotel menjadi aktif dan mengeluarkan sitokin. Nitrogen monoksida (NO) yang dilatasi dihasilkan endotel terkait fungsi vascular pun berkurang dan terjadi peningkatan pengeluaran sel-sel adhesi yang aktif menangkap monosit dan sel T. Monosit tersebut akan menangkap Ox-LDL dan berubah menjadi sel busa yang kemudian berkembang menjadi inti lemak dengan pelindung fibrosa. Pelindung ini dapat rapuh dan memicu proses trombogenesis. Sel apoptotic yang dihasilkan Ox-LDL akan memicu menyebabkan terbentuknya trombus.

3) Diabetes Melitus

Pada penderita diabetes mellitus menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping itu juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis. Hiperglikemia juga dapat meningkatkan viskositas darah yang kemudian akan menyebabkan naiknya tekanan

darah atau hipertensi dan berakibat terjadinya *Non Hemoragik Stroke* (NHS). Keadaan hiperglikemia juga mempermudah terjadinya edema otak dan meningkatkan angka kematian pasien yang dirawat akibat stroke.

4) Merokok

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

5) Penyakit Jantung

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

kontraksi jantung. Gumpalan ini dapat mencapai otak dan menyebabkan terhambatnya aliran darah di otak sehingga menyebabkan stroke.

6) Stres

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

7) Konsumsi Alkohol

Konsumsi Makin banyak konsumsi alkohol dapat menyebabkan penyakit hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga dapat terjadi emboli serebral.

4. Patofisiologi

Faktor resiko terbesar timbulnya *Non Hemoragik Stroke* (NHS), yaitu merokok, hipertensi, hiperkolesterol, diabetes melitus, penyakit jantung, usia serta jenis kelamin yang akan menyebabkan terjadinya aterosklerosis pada pembuluh darah (Rosiani & Lisa Indra, 2025).

Non Hemoragik Stroke (NHS) 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 (cut dewi, riski amalia, 2022). Trombus dan emboli dalam pembuluh darah akan 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, 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 (Rosiani & Lisa Indra, 2025). Edema yang terjadi dapat menyebabkan peningkatan TIK (Tekanan Intra Karanial) 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 infrak luas bahkan penurunan kesadaran. Dan edema dapat berkurang beberapa jam atau beberapa hari dengan menunjukkan perbaikan (Rosiani & Lisa Indra, 2025). Infark serebri yang terjadi pada penderita *Non Hemoragik Stroke* (NHS) 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 (Rosiani & Lisa Indra, 2025).

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 timbullah 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 (Rosiani & Lisa Indra, 2025).

Infark pada batang otak (pons) dan medulla oblongata mengakibatkan disastria. Pada daerah pons terdapat inti 20 persarafan (nucleus), nervus V (trigeminus), nervus VII (Fasialis) yang mempersarafi otot wajah (buccinator), otot masetter dan otot temporalis yang mempengaruhi persyarafan pada daerah wajah. Sedangkan area medulla terdapat nervus XII (Hipoglosus) dan mempersarafi otot lidah. Selain itu terdapat saraf lain yang ikut berperan dalam terjadinya isastria yaitu nervus X (vagus) yang berinti di ganglion jugulare

nodosum yang jika terjadi kerusakan dapat terjadi gangguan pada proses menelan. Selain itu sumbatan arteri karotis interna tidak cukup untuk menyebabkan manifestasi neurologi karena aliran darah dari arteri kolateral melalui sirkulus Wilisi. Sirkulasi wilisi adalah sirkulasi (lingkaran pembuluh darah otak) yang menghubungkan sirkulasi anterior dan posterior otak, sehingga dapat menyebabkan ketidakstabilan hemodinamik sirkulasi Wilisi dan dapat terjadinya kerusakan pada daerah otak.

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinik *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dapat terjadi secara bervariasi tergantung daerah otak yang mengalami kerusakan (Andi Auliyah Anugrah Rahman et al., 2025):

a. Kelemahan anggota gerak

Kelemahan anggota gerak merupakan gejala yang umum dijumpai pada stroke dapat terjadi ketika tiba-tiba seseorang merasa kehilangan kekuatan pada salah satu lengan dan tungkai atau lengan dan tungkai pada satu sisi. Gangguan peredaran darah otak disebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri begitu juga sebaliknya.

b. Wajah tidak simetris

Wajah tidak simetris pada stroke muncul akibat terganggunya saraf otak, wajah yang tidak simetris dapat timbul bersamaan dengan bicara pelo dan kelemahan anggota gerak.

c. Gangguan bicara

Pasien stroke dapat pula menunjukkan gejala bicara tidak jelas (pelo) atau tidak dapat bicara (afasia).

d. Pusing/Vertigo

Pusing atau vertigo adalah salah satu gejala stroke. Pusing berputar dapat disertai dengan gejala mual/muntah ataupun tidak. Gangguan pada sistem keseimbangan diserebelum akan menimbulkan gejala pusing.

Menurut Andi Auliyah Anugrah Rahman et al. (2025) manifestasi klinis *Non Hemoragik Stroke* (NHS) tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada *stroke* akut gejala klinis meliputi :

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparesis*) yang timbul secara mendadak.
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan penurunan kesadaran (*konfusi, delirium, letargi, sopor*, atau koma)
- 3) *Afasia* (kesulitan dalam bicara).
- 4) *Disatria* (bicara cadel atau pelo).
- 5) *Diplopia* (Gangguan penglihatan).
- 6) Nyeri kepala disertai mual dan muntah.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien stroke menurut Anita Mirawati et al. (2025) yaitu:

a. Radiologi

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

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

2) *Magnetic Imaging Resonance (MRI)*

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

3) Pemeriksaan *Thorax*

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

4) *Electroencephalography (EEG)*

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

a) Fungsi Lumbal

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

b) *Ultrasonografi Doppler*

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

b) Laboratorium

1. Pemeriksaan Darah Lengkap

Seperti Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Semua itu berguna 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. Tes Kimia Darah

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

3. Test Darah Koagulasi

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

7. Penatalaksanaan

Menurut Astriani & Dewi (2025) Penatalaksanaan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dibedakan menjadi 2, yaitu:

1. Farmakologi

- a) Antiplatelet adalah obat yang digunakan untuk mencegah terjadinya agregasi platelet (mencegah terjadinya thrombus) pada sistem arteri. Antiplatelet ini sering digunakan pada pasien stroke iskemik untuk pencegahan stroke berulang dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.
- b) Antihipertensi merupakan salah satu obat yang diberikan pada penanganan pasien strok iskemik dengan hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko utama setelah usia pada pria dan juga wanita. Bila tekanan darah meningkat cukup tinggi selama berbulan-bulan

atau bertahun-tahun, akan menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh serebral. Akibatnya, diameter lumen pembuluh darah tersebut akan menjadi tetap. Hal ini menyebabkan pembuluh serebral tidak dapat berdilatasi atau berkonstriksi dengan bebas untuk mengatasi fluktuasi dari tekanan darah sistemik. Bila terjadi penurunan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi ke jaringan otak tidak adekuat. Hal ini akan mengakibatkan iskemik serebral.

- c) Neuroprotektan merupakan salah satu terapi yang ditujukan untuk mengurangi terjadinya kerusakan sel karena terhambatnya aliran darah yang memasok oksigen.
- d) neuroprotektan yang sering dipakai dalam terapi stroke iskemik adalah citikolin dan piracetam.
- e) Golongan neurotropik merupakan golongan obat yang berfungsi sebagai pemacu kerja otak serta dapat membantu melancarkan fungsi otak akibat penurunan kesadaran. Dimana obat yang digunakan adalah mecobalamin.
- f) Golongan antikolesterol merupakan golongan obat yang berfungsi untuk menurunkan kadar kolestrol yang tinggi, obat yang sering digunakan simvastatin.

2. Non Farmakologi

a) Fase Akut

- 1) Letakkan 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.

- 2) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
 - 3) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonic, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 150-200 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastrik tube.
 - 4) 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.
- b) Fase Rehabilitasi
- 1) Fase rehabilitasi
 - 2) Pertahankan nutrisi yang adekuat
 - 3) Pertahankan integritas kulit
 - 4) Pertahankan komunikasi yang efektif
 - 5) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM).
 - 6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
 - 7) Persiapan pulang.
- c) 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 hidrocefalus obstruksi akut.

8. Komplikasi

Menurut Anita Mirawati et al. (2025), komplikasi pada penderita *Non Hemoragik Stroke* (NHS) yaitu sebagai berikut:

1) Tekanan intrakranial (TIK) meningkat

TIK adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intrakranial, dan cairan serebrospinal (CSS) didalam tengkorak. Ruang kranial yang kaku berisi jaringan otak dan 27 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.

2) 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 rileks, yang menyumbat orofaring sehingga terjadi gagal napas.

3) Disfagia

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

4) Bekuan Darah (trombosis)

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

5) 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.

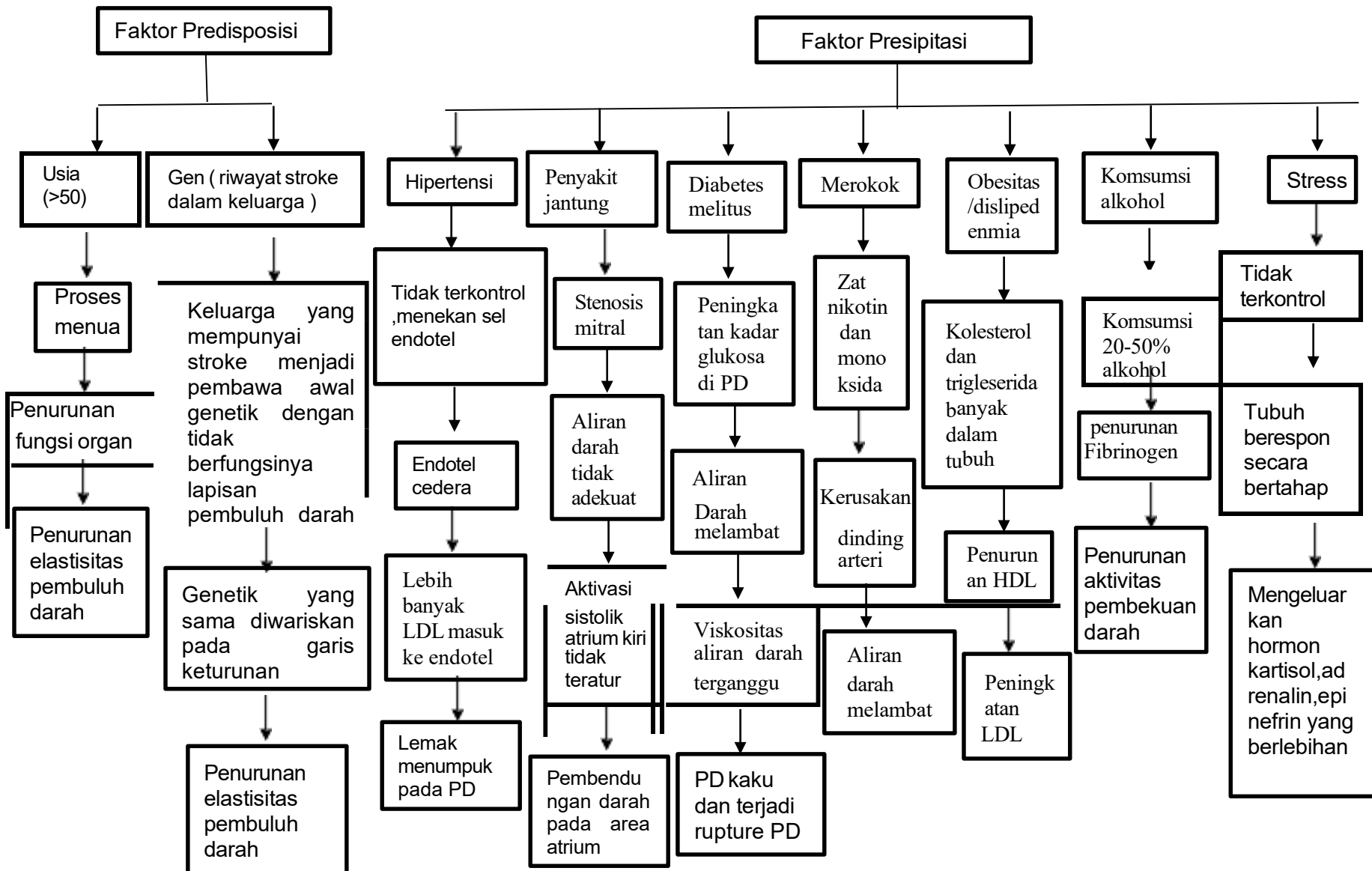
6) Pneumonia

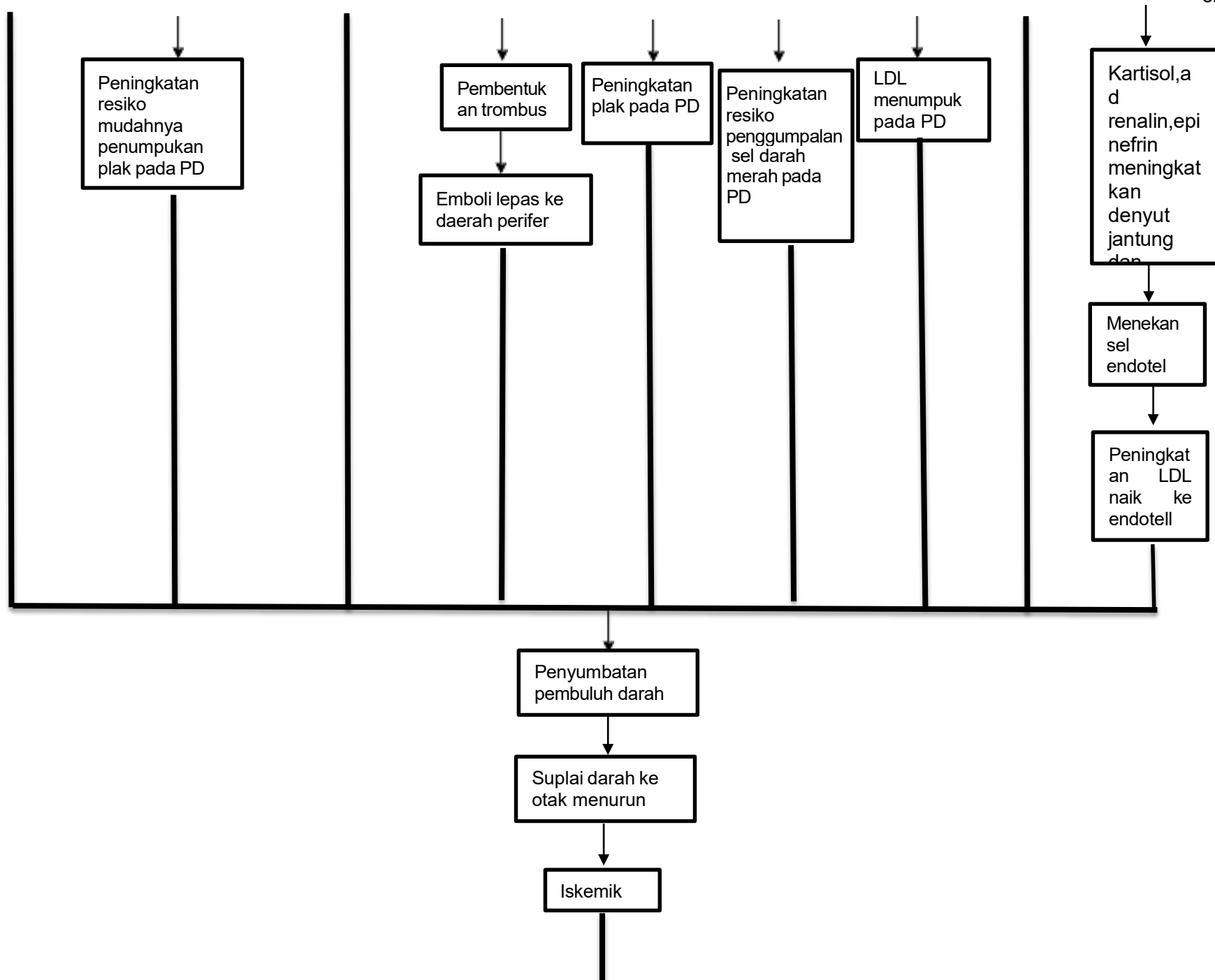
Pasien *stroke* tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

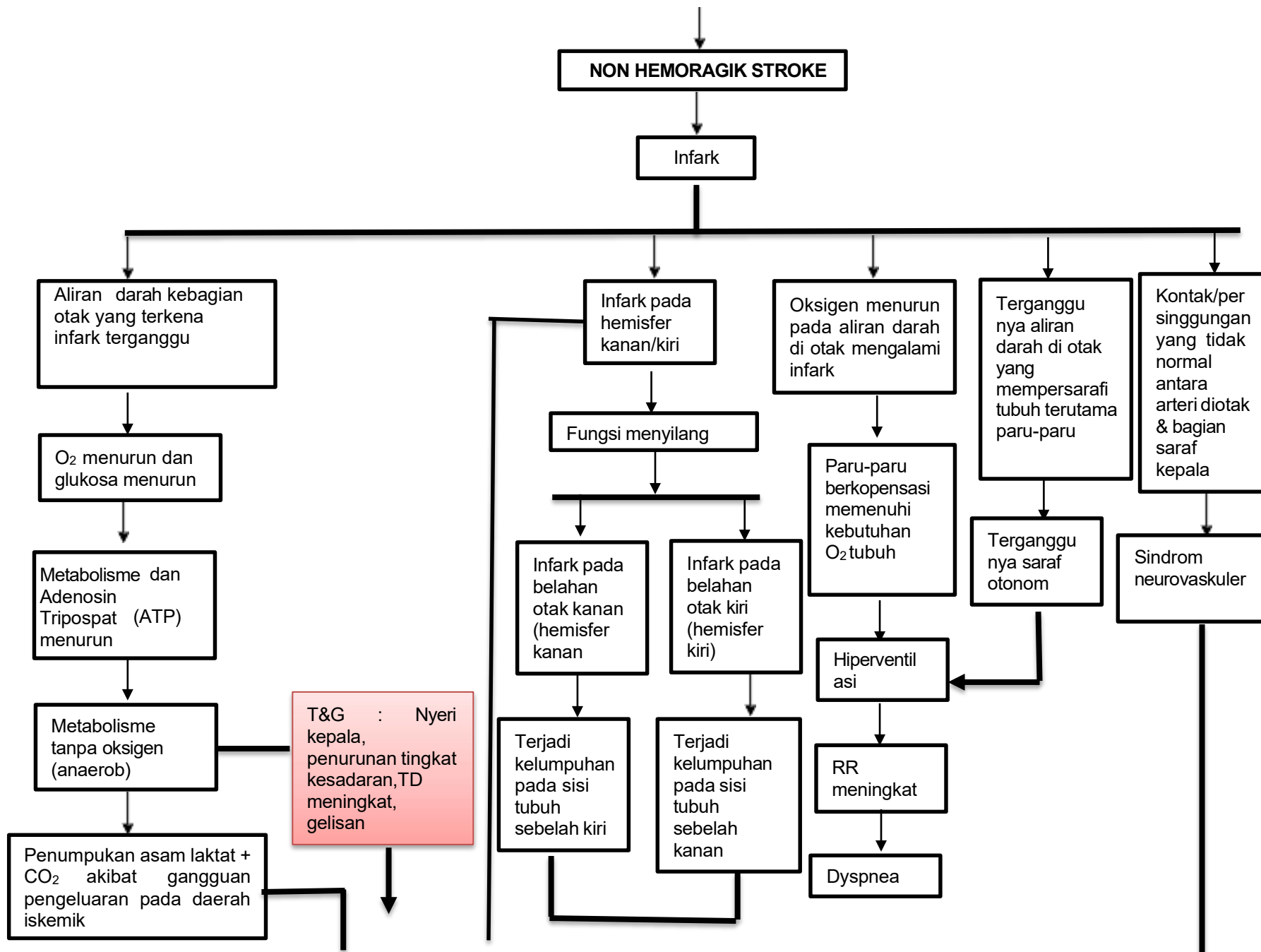
7) Atrofi

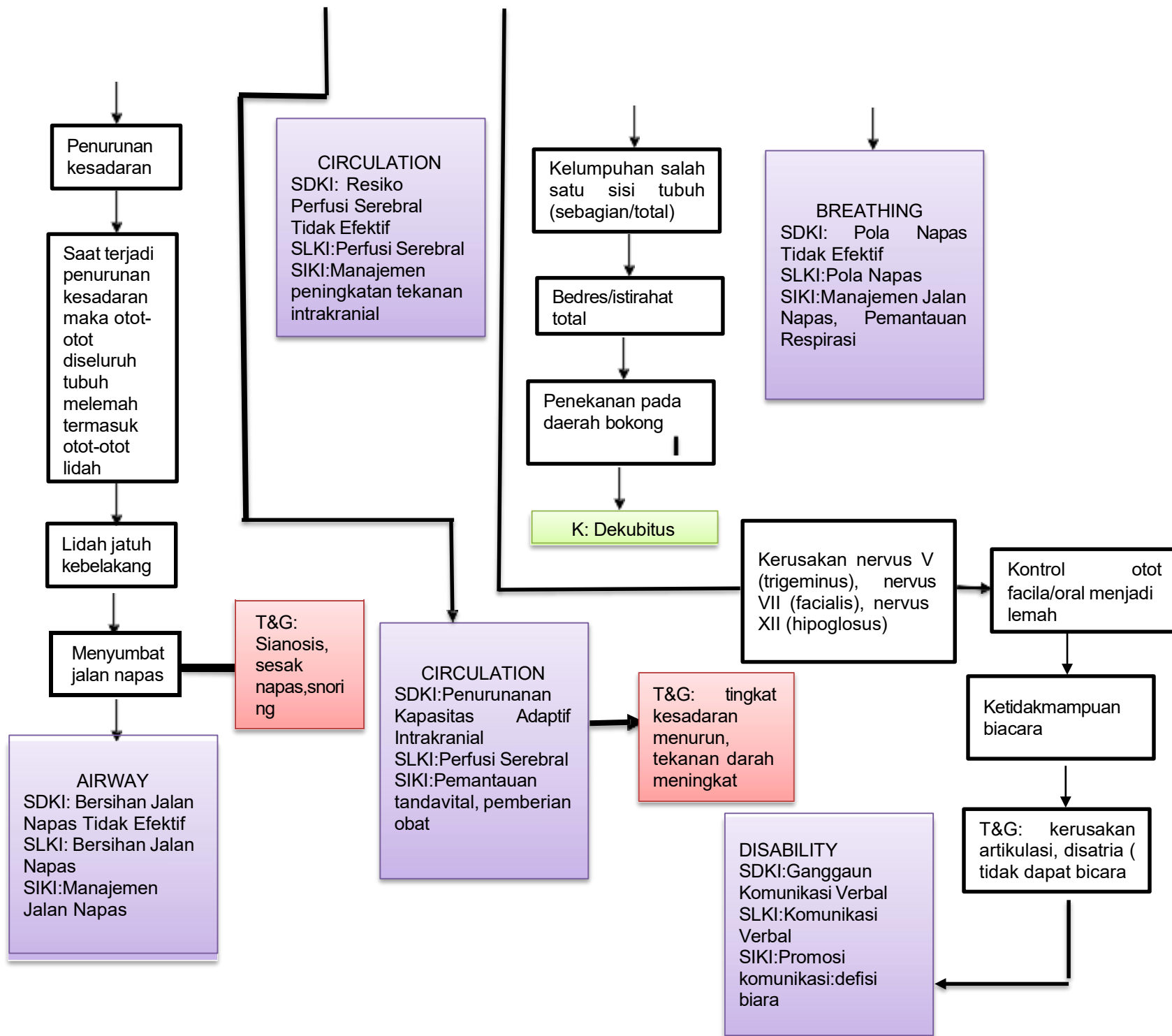
Atrofi dan kontraktur (kekakuan sendi) hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

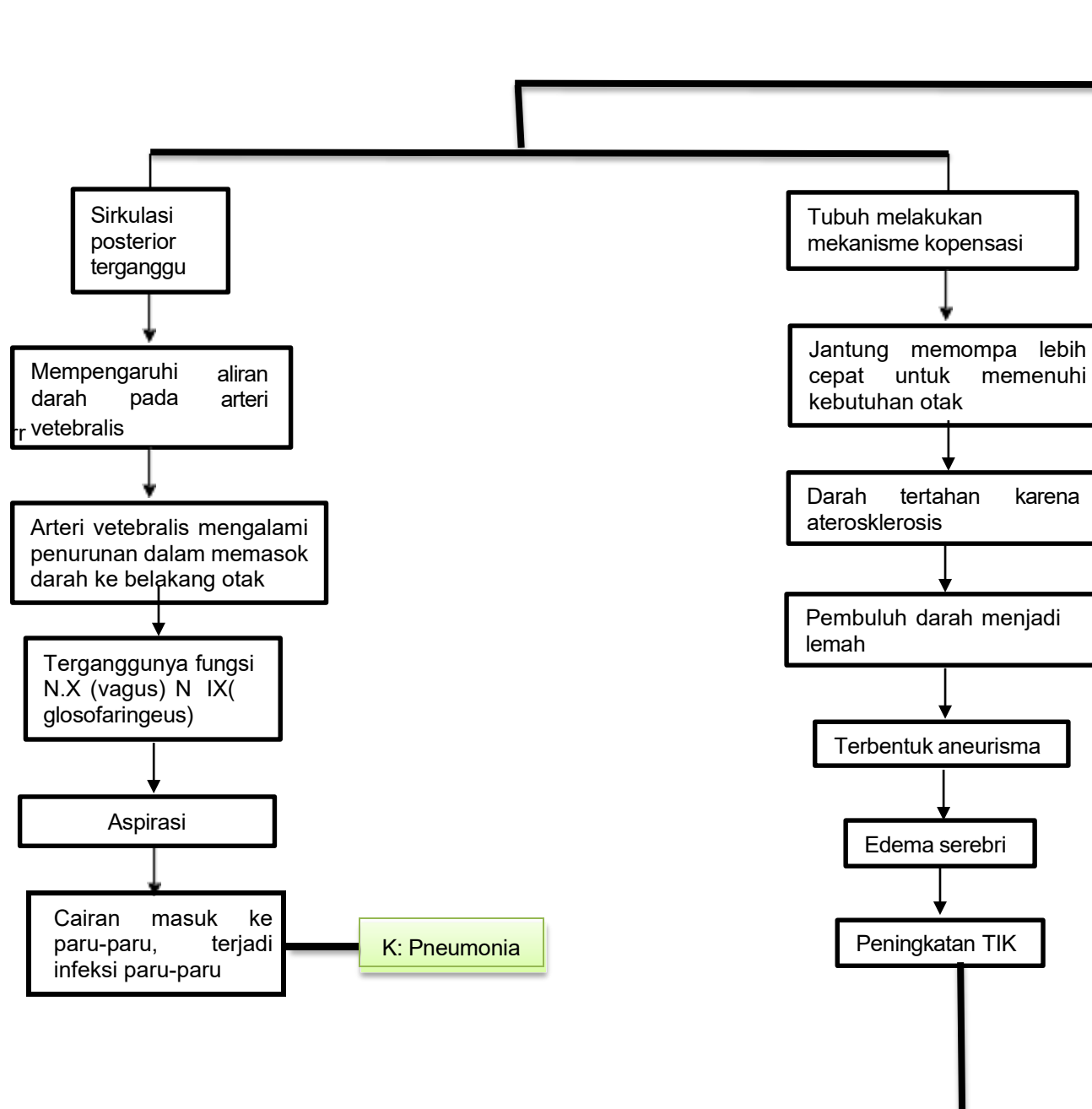
PATHWAY NON HEMORAGIK STROKE

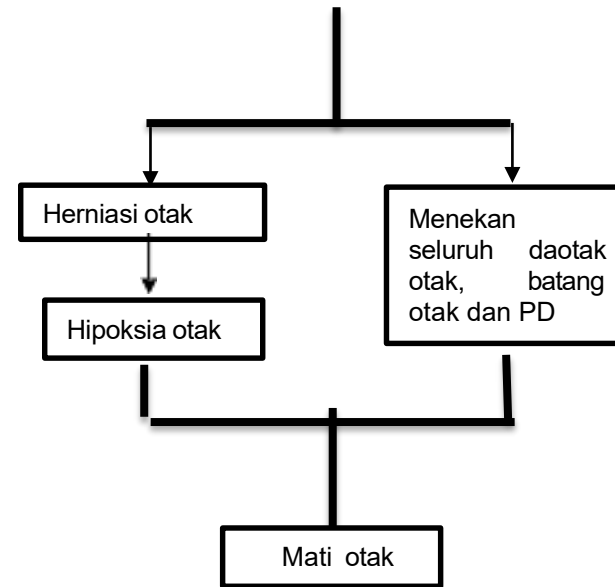












a) Konsep Dasar Keperawatan

a. Pengkajian

Menurut Haoxing (2021) pada pengkajian keperawatan gawat darurat pada pasien stroke ada 2 hal yang dapat dilakukan, yaitu;

- *Survey primary*

Perawat gawat darurat bertanggung jawab untuk mengetahui proses klinis penilaian akut pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dalam hal ini menilai tingkat kesadaran pasien. Penilaian utama memungkinkan untuk segera mengetahui kondisi klinis pasien yang berpotensi mengancam jiwa oleh karena itu survey primer yang tepat dan cepat yang dapat dinilai dengan menggunakan singkatan ABCDE yaitu A=*Airway*, B= *Breathing*, C=*circulation*, D=*Disability*, dan E= *Exposure*, untuk membantu mengenal urutan yang benar dalam menilai pasien yang datang ke unit gawat darurat yaitu sebagai berikut :

a) *Airway*

Kepatenan jalan napas adalah komponen yang terpenting yang harus ditangani untuk mencegah terjadinya hipoksia pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) yang dapat mengancam nyawa dan biasanya juga pengkajian ini dilakukan untuk menilai apakah ada sumbatan pada jalan napas, karena pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) yang mengalami penurunan kesadaran maka akan menimbulkan resiko sumbatan jalan napas misalnya lidah jatuh kebelakang.

b) *Breathing*

Pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) biasanya akan terjadi sesak karena ketidakcukupannya kebutuhan oksigen yang disebabkan oleh emboli atau trombus yang menyebabkan gangguan pada sirkulasi darah otak.

c) *Circulation*

Sirkulasi yang memadai perlu diperhatikan untuk mengetahui fungsi pemompa jantung dalam mempertahankan perfusi keseluruhan jaringan ketika terjadi stroke hemoragik. Kaji tekanan darah, biasanya kenaikan tekanan darah disebabkan oleh adanya tekanan perfusi serebral.

d) *Disability*

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

e) *Eksplosure*

Penilaian seluruh anggota tubuh dapat dilakukan untuk memastikan apakah pasien mengalami trauma atau cedera pada saat terjadinya serangan stroke. Pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) biasanya tidak mengalami trauma atau cedera pada bagian tubuh karena seringkali pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) hanya masuk rumah sakit akibat kelemahan sisi tubuh dan penurunan kesadaran sehingga eksplosure tidak perlu dikaji pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

a. Survey Sekunder

Surver sekunder dilakukan ketika kondisi yang mengancam nyawa telah diatasi. Perawat perlu mengingatkan bahwa jalan napas, sirkulasi, dan disabilitas harus selalu di pantau. Fokus utama dari penilaian sekunder adalah kondisi medis tertentu yang dimiliki oleh pasien. Penilaian sekunder menggunakan head to toe dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. pemeriksaan fisik (Sulistyowati et al.,2020):

a) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), sporo coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

1. Tanda -tanda Vital

a. Tekanan darah

Biasanya pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.

b. Nadi

Nadi pada pasien biasanya lebih cepat dikarenakan jantung lebih kuat memompa untuk berusaha memenuhi kebutuhan oksigen otak

c. Pernafasan

Biasanya pasien *Non Hemoragik Stroke (NHS)* mengalami gangguan bersihan jalan napas diakibatkan lidah jatuh kebelakang dan gangguan pola napas dikarenakan pasokan oksigen pada otak tidak cukup.

d. Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke (NHS)*.

2. Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien *Non Hemoragik Stroke (NHS)*.

3. Wajah

Biasanya tidak simetris. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada nervus VII (facialis) : biasanya alis mata tidak simetris, tidak dapat mengangkat alis, tidak dapat mengerutkan dahi, tidak dapat menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

4. Mata

Pada pemeriksaan nervus II (optikus): biasanya lapang pandangan terganggu dikarenakan pada sirkulasi anterior terganggu akibat adanya penurunan aliran darah ke retina. Pada nervus III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis): biasanya pasien dapat mengikuti arah

tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen): biasanya hasil yang di dapat pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

5. Hidung

Pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda.

6. Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, somnolen, sopor hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah tidak dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus): biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

7. Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas.

8. Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) mengalami gangguan menelan. Pada

pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).

9. Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal sonor.

Auskultasi : biasanya suara normal vesikuler

10. Jantung

Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya iktus kordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

11. Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya bising usus pasien tidak terdengar.

a. Ekstremitas atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra atau sinistra.

Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik.

Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) tidak dapat melawan tahanan

pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)).

Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika di beri reflek (reflek Hoffman tromner (+)).

b. Ekstremitas bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang

(reflek babinsky (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek Caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa apa (reflek Gordon (+)). Pada saat dilakukan treflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek patella (+)).

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) menurut Anita Mirawati et al. (2025), yaitu :

- 1) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik) ditandai dengan sakit kepala, tekanan darah meningkat, bradikardia, pola napas ireguler, tingkat kesadaran menurun, respon pupil melambat atau tidak sama, refleks neurologi terganggu, gelisah, agitasi, muntah (tanpa disertai mual), tampak lesuh/lemah, fungsi kognitif terganggu, TIK meningkat, papiledema, postur deserebrasi (ekstensi).
- 2) Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi.
Kondisi klinis terkait : Stroke, embolisme, hipertensi
- 3) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan dispnea, penggunaan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal, ortopnea, pernapasang cuping hidung, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.
- 4) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan difungsi neuromuscular ditandai dengan dispnea, sianosis, pola napas berubah.

- 5) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, afasia, disfasia, apraksia, disleksia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah.
- 6) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, ROM menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. Perencanaan Keperawatan

c. Perencanaan Keperawatan

Menurut Anita Mirawati et al. (2025), Perencanaan keperawatan pada pasien

Non Hemoragik Stroke (NHS) yaitu :

- 1) Penurunan Kapasitas Adaptif Intracranial Berhubungan Dengan Edema Serebral (stroke iskemik)
Ekspektasi : Kapasitas adaptif intracranial meningkat
Kriteria hasil :
 1. Tingkat kesadaran meningkat
 2. Fungsi kognitif meningkat
 3. Sakit kepala menurun
 4. Gelisah menurun
 5. Agitasi menurun
 6. Muntah menurun
 7. Tekanan darah membaik
 8. Tekanan nadi membaik
 9. Bradikardia membaik
 10. Pola napas membaik
 11. Respon pupil membaik

12. Refleks neurologi membaik

13. Tekanan intrakranial membaik

Intervensi :

Pemantauan Tekanan Intrakranial

1) Observasi

a) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (mis. Lesi, edema serebral).

R/ Penurunan saraf menandakan perlunya perawatan intensif dan pemantauan tekanan intrakranial (ICP). Jika kondisi stabil (stroke selesai), fokus beralih dari penanganan darurat ke rehabilitasi dan pencegahan.

b) Monitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial (mis. tekanan darah meningkat, kesadaran menurun).

R/ Menilai kerusakan perfusi serebral dan juga mengidentifikasi perubahan TIA yang dapat sembuh tanpa gejala lebih lanjut atau mungkin melebihi CVA trombotik.

2) Terapeutik

Berikan posisi semifowler.

R/ Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan sirkulasi serebral.

3) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian diuretic.

R/Obat diuretic dapat menurunkan tekanan intrakranial serta menurunkan edema otak.

Pemberian Obat Intravena

1) Observasi

a) Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat.

R/Menghindari adanya reaksi obat yang dapat memperburuk keadaan pasien.

b) Periksa tanggal kadaluarsa obat.

R/ Menghindari pemberian obat yang sudah tidak dapat digunakan, yang dapat menimbulkan efek samping yang memperburuk keadaan pasien.

c) Monitor efek samping dan interaksi obat.

R/ Menilai tingkat efektivitas obat terhadap kondisi pasien.

2) Terapeutik

a) Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu rute, dokumentasi).

R/ Menghindari kesalahan dalam pemberian obat karena jika terjadi kesalahan dalam pemberian obat maka dapat menimbulkan hal yang memperburuk kondisi pasien.

b) Pastikan ketepatan dan kepatenan kateter IV.

R/ Menghindari terjadinya kesalahan dalam ketepatan injeksi obat.

3) Edukasi

a) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian obat.

R/Menghormati hak pasien dalam hal pemberian informasi.

b) Jelaskan faktor yang dapat menurunkan efektifitas obat. R/ Agar pasien dapat menghindari hal yang dapat menurunkan efektivitas obat.

Pengaturan Posisi

1) Observasi

Monitor satur oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi.

R/ Mengetahui adanya perubahan nilai SPO2 dan status hemodinamik

2) Terapeutik

a) Tempatkan pada posisi terapeutik

R/ Memberikan posisi yang nyaman seperti semi fowler/fowler dan posisi elevasi kepala 30°

b) Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat.

R/ Menghindari posisi tidak tepat yang dapat memperburuk keadaan pasien.

c) Tinggikan tempat tidur bagian kepala

R/ Membantu menurunkan tekanan intrakranial di otak dan bisa meningkatkan aliran darah dan oksigen ke otak.

d) Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan

R/ Menjelaskan tujuan perubahan posisi dalam pemenuhan kebutuhan pasien

3) Edukasi

Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi.

R/ Menginformasikan kepada keluarga agar terlibat dengan pasien dalam melakukan perubahan posisi yang benar

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu.

R/ Membantu pasien menjadi tetap tenang dan nyaman dalam perubahan posisi

2) Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hipertensi.

Ekspektasi : Perfusi serebral meningkat Kriteria hasil :

1. Tingkat kesadaran meningkat
2. Tekanan intracranial menurun
3. Sakit kepala menurun
4. Gelisah menurun

5. Nilai rata-rata tekanan darah membaik Intervensi :

Pemantauan Tekanan Intrakranial

1) Observasi

- a) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intracranial (mis. Lesi, edema serebral).

R/ Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intracranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien atau untuk memberikan perawatan intensif dalam pemantauan terhadap peningkatan TIK.

- b) Monitor tanda-tanda vital.

R/ Pemantauan tanda-tanda vital seperti hipotensi/hipertensi yang mengidentifikasikan adanya perbaikan/perusakan jaringan serebral.

- c) Pantau tingkat kesadaran pasien.

R/ Perubahan tingkat kesadaran pasien dapat menjadi faktor percetus, serta mengidentifikasi perubahan TIK dan kerusakan otak.

- d) Monitor frekuensi dan irama jantung.

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

2) Terapeutik

Pertahankan posisi kepala dan leher agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis (netral).

R/ Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral.

Pemberian Obat Intravena

1) Observasi

- a) Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontra indikasi obat.

R/Menghindari adanya reaksi obat yang dapat memperburuk keadaan pasien.

b) Periksa tanggal kadaluarsa obat.

R/ Menghindari pemberian obat yang sudah tidak dapat digunakan, yang dapat menimbulkan efek samping yang memperburuk keadaan pasien.

c) Monitor efek samping dan interaksi obat.

R/ Menilai tingkat efektivitas obat terhadap kondisi pasien.

2) Terapeutik

a) Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu rute, dokumentasi).

R/ Menghindari kesalahan dalam pemberian obat karena jika terjadi kesalahan dalam pemberian obat maka dapat menimbulkan hal yang memperburuk kondisi pasien.

b) Pastikan ketepatan dan kepatenan kateter IV.

R/ Menghindari terjadinya kesalahan dalam ketepatan injeksi obat.

3) Edukasi

a) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian obat.

R/ Menghormati hak pasien dalam hal pemberian informasi.

b) Jelaskan faktor yang dapat menurunkan efektivitas obat. R/

Agar pasien dapat menghindari hal yang dapat menurunkan efektivitas obat.

3) Pola Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuscular

Ekspektasi : Pola napas membaik Kriteria hasil :

1. Dispnea menurun
2. Penggunaan otot bantu napas menurun
3. Frekuensi napas membaik
4. Kedalaman napas membaik Intervensi :

Pemantauan Respirasi

1) Observasi

a) Monitor frekuensi dan irama pernapasan.

R/ Mengetahui pola napas pasien dimana pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dapat terjadi frekuensi napas yang meningkat atau sesak napas akibat dari ketidakcukupan kebutuhan oksigen didalam tubuh pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

b) Monitor saturasi oksigen.

R/ Mengetahui adanya penurunan saturasi oksigen karena pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dapat mengalami penurunan saturasi oksigen sehingga jika perawat mengetahui pasien tersebut mengalami penurunan saturasi maka dapat dilakukan tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien.

2) Terapeutik

Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien.

R/ Pemantauan respirasi bertujuan untuk menilai tingkat efektivitas keberhasilan tindakan yang diberikan.

3) Edukasi

a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

R/ Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tujuan dan prosedur pemantauan

b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

R/ Memberikan informasi mengenai hasil pemantauan

Manajemen Jalan Napas

1) Observasi

a) Monitor pola napas.

R/ mengetahui pola napas dimana pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dapat terjadi frekuensi napas yang meningkat atau sesak napas akibat dari

ketidakcukupan kebutuhan oksigen didalam tubuh

b) Monitor bunyi napas tambahan.

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

2) Terapeutik

a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head tilt* dan *chin lift*.

R/ Untuk membuka saluran napas pasien.

b) Posisikan semi fowler atau fowler.

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

c) Berikan oksigen.

R/ Untuk membantu kecukupan oksigen yang diperlukan oleh tubuh.

3) Edukasi

Anjarkan teknik batuk efektif.

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

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, jika perlu.

R/ Untuk membuat kapasitas serapan oksigen paru-paru meningkat.

Dukungan Ventilasi

1) Observasi Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan

R/ Mengetahui efek dari perubahan posisi yang diberikan. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. Frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen). R/ Mengetahui frekuensi,

kedalaman, irama pernafasan penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, dan saturasi oksigen secara berkala agar dapat dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai dan mengetahui efek dari pemberian tindakan yang sudah dilakukan.

2) Terapeutik

- a) Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin R/
Memberikan kenyamanan yang sesuai
- b) Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (mis. Nasal kanul, masker wajah, masker rebreathing, atau non rebreathing).
R/ Membantu memenuhi kebutuhan oksigen dan meringankan sesak napas

3) Edukasi

Ajarkan melakukan Teknik napas dalam
R/ untuk mengatur frekuensi pola napas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi.

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronchodilator, jika perlu
R/ Membantu memenuhi kebutuhan oksigen dan meringankan sesak napas

4) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Disfungsi Neuromuscular.

Ekspektasi : Bersihan jalan napas meningkat Kriteria hasil :

1. Dispnea menurun
2. Sianosis menurun
3. Pola napas membaik Intervensi :

Pemantauan Respirasi

1) Observasi

- a) Monitor frekuensi dan irama pernapasan.
R/ Mengetahui pola napas pasien dimana pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dapat terjadi frekuensi napas yang

meningkat atau sesak napas akibat dari ketidakcukupan kebutuhan oksigen didalam tubuh pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

b) Monitor saturasi oksigen.

R/ Mengetahui adanya penurunan saturasi oksigen karena pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dapat mengalami penurunan saturasi oksigen sehingga jika perawat mengetahui pasien tersebut mengalami penurunan saturasi maka dapat dilakukan tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien.

2) Terapeutik

Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien.

R/ Pemantauan respirasi bertujuan untuk menilai tingkat efektivitas keberhasilan tindakan yang diberikan.

3) Edukasi

a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

R/ Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tujuan dan prosedur pemantauan

b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

R/ Memberikan informasi mengenai hasil pemantauan

Manajemen Jalan Napas

1) Observasi

a) Monitor pola napas.

R/ mengetahui pola napas dimana pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dapat terjadi frekuensi napas yang meningkat atau sesak napas akibat dari ketidakcukupan kebutuhan oksigen didalam tubuh.

b) Monitor bunyi napas tambahan

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

2) Terapeutik

- a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head tilt* dan *chin lift*.

R/ Untuk membuka saluran napas pasien.

- b) Posisikan semi fowler atau fowler.

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

- c) Berikan oksigen.

R/ Untuk membantu kecukupan oksigen yang diperlukan oleh tubuh.

3) Edukasi

Anjarkan teknik batuk efektif.

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

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, jika perlu.

R/Untuk membuat kapasitas serapan oksigen paru-paru meningkat.

5) Gangguan Komunikasi Verbal Berhubungan Dengan Penurunan Sirkulasi Serebral.

Ekspektasi : Komunikasi verbal meningkat Kriteria hasil :

1. Kemampuan berbicara meningkat
2. Kemampuan mendengar meningkat
3. Kesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
4. Pelo, gagap menurun Intervensi :

Promosi Komunikasi : Defisit Bicara

1) Observasi

- a) Monitor kecepatan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.

R/ Pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk mengucapkan

kalimat dan tidak menyadari bahwa komunikasi yang diucapkan tidak sesuai.

b) Monitor proses kognitif yang berkaitan dengan bicara.

R/ Membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi.

2) Terapeutik

a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. mata berkedip, isyarat tangan).

R/ Memudahkan keluarga dan tim medis dalam memahami kondisi pasien.

b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri tepat disamping pasien dan dengarkan dengan seksama dan bicara dengan perlahan).

R/ Menghindari kesalahan persepsi yang sebenarnya diucapkan oleh pasien.

3) Edukasi

Anjurkan berbicara perlahan.

R/ Agar kata-kata yang diucapkan dapat dipahami oleh keluarga dan tim medis.

Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan

1) Observasi

Identifikasi kepatuhan dan keteraturan menjalani program pengobatan.

R/ Untuk mengetahui kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan agar hasil pengobatan maksimal.

2) Terapeutik

Libatkan keluarga mendukung program pengobatan yang dijalani.

R/ Agar pasien dapat semangat dalam menjalani program pengobatan karena dukungan keluarga sangat penting.

3) Edukasi

a) Informasikan program pengobatan yang harus dijalani. R/
Menghormati hak pasien.

b) Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan.

R/ Karena dalam hal pengobatan pasien membutuhkan motivasi dari keluarga dimana keluarga ialah salah satu aspek terdekat pasien.

6) Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuscular.

Ekspektasi : Mobilitas fisik meningkat Kriteria hasil :

1. Pergerakan ekstermitas meningkat
2. Kekuatan otot meningkat
3. Rentang gerak (ROM) meningkat Intervensi :

Dukungan Mobilisasi

1) Observasi

a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

R/ Agar petugas medis dapat menyesuaikan dengan kondisi pasien.

b) Monitor kondisi umum pasien.

R/ Mengetahui apakah toleransi dalam melakukan pergerakan dapat dilakukan atau pasien harus dalam keadaan bedrest untuk menghindari penurunan keadaan umum.

2) Terapeutik

Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan misalnya ajarkan ROM pasif/aktif pada keluarga pasien.

R/ Agar jika kondisi pasien membaik pada saat diruang perawatan maka keluarga dapat membantu pasien dalam ROM.

3) Edukasi

Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

R/ Agar pasien dan keluarga dapat mengetahui bahwa imobilisasi penting untuk mencegah resiko terjadinya dekubitus maupun kekakuan otot.

Manajemen Lingkungan

1) Observasi

Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan.

R/ Agar jika dalam beraktivitas pasien dapat nyaman karena lingkungan yang aman dan nyaman.

2) Terapeutik

a) Sediakan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman.

R/ Meningkatkan perasaan nyaman pasien.

b) Atur suhu lingkungan yang sesuai

R/ Agar saat pasien nyaman tanpa adanya gangguan stimulasi lingkungan yang kurang nyaman.

3) Edukasi

Ajarkan pasien/keluarga untuk upaya peningkatan kenyamanan fisik.

R/ Agar keluarga dapat membantu pasien meningkatkan kenyamanan.

d. Discharge Planning

Menurut Sagita et al. (2019) berikut ini *discharge planning* bagi pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) :

1) Menganjurkan kepada pasien dan keluarga tentang mematuhi diet:

1. Diet rendah garam,
2. Diet rendah gula,
3. Diet rendah kolesterol.

2) Jangan menghentikan atau mengubah maupun menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter yang merawat.

- 3) Perbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur ROM pasif/aktif bila kondisi memungkinkan atau sudah membaik.
- 4) Menganjurkan kepada keluarga, mengenal tanda dan gejala pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS), misalnya tekanan darah meningkat, merasa pusing, disfasia (kehilangan bicara) dan bila tanda tersebut terjadi kembali maka segera laporkan pada petugas medis yang ada.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien berinisial Tn. Z usia 66 tahun, masuk di Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 26 Januari 2026 dengan keluhan utama sesak napas. Keluarga mengatakan 2 hari sebelumnya pasien mengeluh tegang pada leher, Akan tetapi 2 jam sebelum dibawa ke rumah sakit, pasien sesak napas, muntah 4x dan merasakan kelemahan pada sisi tubuh sebelah kiri serta penurunan kesadaran. Keluarga mengatakan hal ini baru pertama kalinya dialami oleh pasien. Saat pengkajian pasien tampak sakit berat, sopor, GCS: 6, kelemahan tubuh sebelah kanan, tampak sesak, tampak pernapasan cuping hidung, tampak gelisah, tampak muntah dan tampak lemah. Hasil observasi TTV : Tekanan darah : 147/111 mmHg, nadi : 120 x/mnt, suhu: 38,8°C, pernapasan : 30 x/mnt.

Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 26 Januari 2026 yaitu pemeriksaan darah lengkap didapatkan RBC 3.03 (L), HGB 12.5 (L), PDW 7.9 (L), MONO# 0.78 (H), EO% 0.3 (L), BASO# 0.01 (L),

selanjutnya hasil CT-Scan pada tanggal 26 Januari 2026 didapatkan kesan Infark cerebral bilateral, infark luas kanan, kecil-kecil pons cerebri sisi kanan atrofi selebri, hasil elektrokardiogram didapatkan hasil sinus takikardi. Pada penatalaksanaan medik, pasien mendapatkan terapi infus RL 500 cc 20 tetes/menit, terapi oksigen *non rebreathing mask* 15L/menit, dan diberikan obat citicoline 2 amp (1 amp/125 mg/2 ml/IV) dan obat mecobalamin 1 amp (1 amp/500 mg/Drips). Dari hasil analisa data diperoleh dua diagnosa keperawatan, yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dan pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular

B. Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. Z

Umur : 66 Tahun

Jenis kelamin : Laki-Laki

Tanggal/jam MRS : 26 Januari 2026 / 08.20 wita

Tanggal/jam pengkajian : 26 Januari 2026 / 08.20 wita

Diagnosa medis : *Non Hemoragik Stroke* (NHS)

C. Pengkajian

1. Keadaan Umum: Pasien tampak sakit berat, kesadaran sopor, terpasang infus RL 500ml 20 tetes/menit, oksigen *non rebreathing mask* 15 liter/menit, pasien sesak dengan frekuensi napas 30x/menit

2. Triase

☐ Prioritas 1 ☒ Prioritas 2 ☐ Prioritas 3 ☐ Prioritas 4 Alasan

masuk:

Pasien masuk ke IGD karena mengalami sesak napas dan penurunan kesadaran (GCS 6) disertai hemiparesis.

3. Keluhan Utama : Penurunan kesadaran

4. Riwayat keluhan utama :

Keluarga mengatakan 2 hari yang lalu pasien mengeluh tegang pada leher, akan tetapi 2 jam sebelum dibawa ke RS pasien sesak napas, muntah 4x dan merasakan kelemahan pada sisi tubuh sebelah kanan serta penurunan kesadaran sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke IGD RS. Stella Maris Makassar.

5. Riwayat penyakit terdahulu :

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu. Keluarga mengatakan pasien mengonsumsi obat anti hipertensi (amlodipine 10 mg), namun pasien tidak rutin meminum obatnya.

6. Survey Primer

a. Airway dan control cervical

- | | |
|---|--|
| ☒ Paten | Suara Napas: |
| ☐ Tidak Paten | ☒ Normal |
| ☐ Benda asing | ☐ Stridor |
| ☐ Sputum | ☐ Snoring |
| ☐ Cairan/darah | ☐ Gurgling |
| ☐ Lidah jatuh | ☐ Tidak ada suara napas |
| ☐ Spasme | ☐ lainnya |
| ☐ Lainnya : | |

Fraktur servikal

- ☐ Ya
☒ Tidak

Data Lainnya

b. *Breathing*

Frekuensi : 30 x/menit

Saturasi oksigen : 89 %

- ☐ Apnea
☐ Orthopnue
☒ Sesak

Tanda distress pernapasan suara tambahan

- | | |
|--|--|
| ☒ Retraksi dada/interkosta | ☐ Wheezing |
| ☐ Penggunaan otot bantu napas | ☒ Ronchi |
| ☐ Cuping hidung | ☐ Rales |
| ☐ Lainnya | |

Irama pernapasan

- ☐ Teratur
☒ Tidak teratur
☐ Dalam
☒ dangkal

Perkusi

- ☒ Sonor
☐ Pekak
☐ Redup

Lokasinya :

Pengembangan Dada Krepitasi

- ☒ Simetris
☐ Tidak simetris
- ☐ Ya
☒ Tidak

Suara napas distensi vena Jugularis

- ☐ Vesikuler
☐ Bronchi-vesikuler
☒ Bronchial
- ☐ Ya
☒ Tidak

Vocal Fremitus :

Jejas

Tidak dapat dikaji karena

☐ Yapasien mengalami penurunan kesadaran ☐ Tidak

Lokasi:

Luka / farktur

- ☐ Ya, sebutkan
☒ Tidak

Data lainnya :

c. *Circulation*

Tekanan darah : 147/111 mmHg

Suhu : 38,8 °C

Nadi : 120x/menit

Frekuensi : 30 x/menit

- ☐ Kuat
☐ Lemah
☐ Teratur
☒ Tidak teratur

Kulit dan Ekstremitas

- ☒ Hangat
☐ Dingin
☐ Sianosis
☐ Pucat

Mata cekung

☐ Ya

☒ Tidak

☒ CRT <3 detik

☐ Edema

☐ lainnya

Turgor kulit

☐ Elastis

☒ Menurun

☐ Buruk

Diaphoresis

☐ Ya

☒ Tidak

Bibir

☒ Kering

☐ Lembab

Pendarahan

☐ Ya, Jumlah :

Warna :

Melalui :

☒ Tidak

Data lainnya :

d. *Disbility*

Tikat kesadaran GCS

Kualitatif : Sopor

Kuantitatif : M : 2

V : 2

E : 2

Σ :6

Refleks Cahaya

☒ Positif

☐ Negatif

Pupil

☒ Isokor

☐ Anisokor

☐ Midriasis

Refleks babinsky:

☐ Fisologis

☒ Patologis

Kaku kuduk

☐ Ya

☒ Tidak

Uji kekuatan otot

	Kiri	Kanan
Tangan	0	4
Kaki	0	4

Keterangan

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: Mampu menahan gerak tapi tidak mampu melakukan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nial 1 : Tampak kontraksi otot ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot

Data lainnya :

Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan dialami sejak $\pm$ 2 jam yang lalu sehingga seluruh pergerakan dibantu oleh keluarga.

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

☐ Luka

☐ Jejas

Jelaskan :

Data lainnya :

f. *Foley chateter*

☒ Terpasang : Output : 10 cc

Warna : kuning pekat

Lainnya : Tampak tidak ada darah pada urine

☐ Tidak terpasang

g. *Gastric tube*

☐ Terpasang : Output :

Warna :

Lainnya :

☒ Tidak terpasang :

h. *Heart monitor*

☐ Terpasang : gambaran :

Lainnya

☒ Tidak terpasang :

6. Survey sekunder meliputi *head to toe*

a. Keadaan rambut :

Tampak kondisi rambut pendek, bersih, rambut beruban

b. Hidrasi kulit :

Hidrasi kulit kurang dari 3 detik

c. Palpebra :

Tampak tidak ada edema

d. Konjungtiva :

Tampak konjungtiva tidak anemis

e. Sclera :

Tampak sclera tidak ikterik

f. Pupil :

Tampak pupil isokor kiri dan kanan

g. Hidung :

Tampak hidung bersih, septum berada ditengah dan tidak ada polip

h. Rongga mulut : Tampak gigi

tidak utuh .

i. Telinga :

Telinga tampak bersih

j. Lidah :

Tampak lidah pada pasien bersih

k. Pharing :

Tampak tidak ada peradangan pada bagian pharing

l. Kelenjar getah bening :

Teraba tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening.

m. Abdomen :

- Inspeksi :

Tampak datar, tidak ada lesi

- Palpasi :

Teraba tidak terdapat benjolan pada abdomen

- Perkusi :

Terdengar bunyi thympani

- Auskultasi :

Terdengar peristaltik usus 15x/menit

n. Palpasi kandung kemih :

Teraba kosong

o. Nyeri ketuk ginjal :

Tidak dapat dikaji

p. Mulut uretra :

Tampak bersih

q. Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : negatif

Rentang gerak:

Kaku sendi : Positif

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : pada bagian tubuh sebelah kanan

Paralisis : tidak ada

r. Kulit :

Edema : Tampak tidak terdapat edema

Icterik : Tampak tidak ikterik

Tanda-tanda peradangan : Tampak tidak ada peradangan pada kulit

s. Lesi : Tampak tidak ada lesi

t. Jantung

- Inspeksi : Tampak tidak ictus cordis

- Palpasi :

Teraba ictus cordis pada bagian ics V linea midclavicular sinistra

- Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

batas bawah jantung : ICS V linea medioclavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS II linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS V linea aksilaris anterior sinistra

- Auskultasi :

Bunyi jantung II A : terdengar bunyi tunggal

Bunyi jantung II P : terdengar bunyi tunggal

Bunyi jantung I T : terdengar bunyi tunggal

Bunyi jantung I M : terdengar bunyi tunggal

Bunyi jantung III irama galop : tidak terdengar

Mumur : tidak terdengar

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

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Elektrokardiogram (26/01/2026) jam 08.30 WITA
Kesan: Tachycardia
- b. Foto thorax (26/01/2026) jam 09.10 WITA
Kesan : Gambaran Bronchitis
- c. CT-Scan (26/01/2026) jam 08.50 WITA
Kesan : Old Infark cerebral bilateral, infark luas kanan, kecil-kecil
pons cerebri sisi kanan atrofi selebri, Sinusitis maxillaris Sinistra.
- d. Laboratorium (26/01/2026) jam 08.40 WITA

TABEL 3.1

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
Hematologi Rutin			
WBC	21,63	4.79- 11.34	10 ³ /uL
RBC	4,47	4.0-5.50	10 ⁶ /UI
HGB	13.3	11.7-15.5	g/dl
HCT	46.2	35-47	%
MCV	93,1	73,4 – 91,0	
MCH	77.2	71.8-92.0	fL
MCHC	37.2	26.5-33.5	Pg
PLT	351	150-450	g/dl
RDW-SD	196	37.0 – 54.0	10 ³ /uL
RDW-CV	12.4	11.3 – 14.6	%
PDW	12,4	11.5 – 14.5	fL
MPV	10.6	9.0 – 13.0	fL
P-LCR	25.8	13.0 – 43.0	fL
PCT	0.20	0.17 – 0.35	%
NRBC#	0.00	0.00 - 24.00	%
NEUT#	6.0	2.72 – 7.0	10 ³ /uL
LYMPH#	2,03	1.46-3.73	10 ³ /uL
MONO#	0.78	0.33 – 0.91	10 ³ /uL

EO#	0.04	0.04 – 0.43	10 ³ /uL
BASO#	0.01	0.00 – 0.02	10 ³ /uL
IG#	0.03	0 – 7	10 ³ /uL
NRBC#	0.00	0.00- 24.00	10 ³ /uL
NEUT%	88.2	42.5-71.0	%
LYMPH%	.04.0	25.0-40.0	%
MONO%	5.5	3.60-9.90	%%
EO%	4,4	0.7-5.4	%
BASO%	0.1	0.0-1.00	%
IG%	0.2	0– 072	%

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

- a. Citicoline/250 mg/08.25 Wita/IV
- b. Mecobalamin/500mg/08.25 wita/Drips

9. Terapi Lainnya

- a. Cairan RL 500ml

ANALISIS DATA**TABEL 3.2**

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	Data Subjektif : • Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh tegang pada leher 2 hari yang lalu • Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu • Keluarga mengatakan pasien mengkonsumsi obat anti hipertensi (amlodipine 10 mg) namun tidak rutin meminumnya • Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan sejak 2 jam lalu disertai penurunan kesadaran Data Objektif : • TD: 147/111 mmHg • N: 120x /menit • Kesadaran Sopor • GCS: 6 (M:2,E:2,V:2) • Uji kekuatan otot	Hipertensi	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

	Kiri Kanan Tangan 0 4 ----- Kaki 0 4 • Kesimpulan: Pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah Kanan • CT Scan : Infark cerebral bilateral, infrak luas dikanan, Infark kecil-kecil pons cerebri sisi kanan atrofi selebri.		
2.	Data Subjektif : • Keluarga pasien mengatakan pasien sesak sejak 2 jam lalu • Keluarga pasien mengatakan pasien sulit untuk bernapas dan gelisah. Data Objektif: • Keadaan umum lemas • Tampak sesak napas • Tampak pasien gelisah • Tampak menggunakan otot bantu napas	Gangguan neuromuskular	Pola napas tidak efektif

	• Irama pernapasan pasien dangkal • Tampak bunyi napas tambahan • Tampak terpasang oksigen NRM 15 liter/menit • P: 30x/menit • SPO2 : 89x/menit • Foto Thorax Kesan : bronchitis		
--	---	--	--

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn. Z/ 66 Tahun

Ruangan : Resusitasi IGD

TABEL 3.3

No.	Diagnosis Keperawatan
1.	Resiko perfusi cerebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017).
2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan dispnea, saturasi menurun menjadi 89%, terdapat bunyi napas tambahan <i>ronchi</i> (D.0005).

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. Z / 66 Tahun

Ruangan : IGD RS Stella Maris Makassar

TABEL 3.4

Diagnosa	SLKI	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 jam maka hasil yang diharapkan Perfusi serebral Meningkat dengan kriteria hasil: - Tekanan Intrakranial cukup menurun - Tekanan darah cukup membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi • Identifikasi penyebab peningkatan TIK • Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misalnya : tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas irreguler, kesadaran menurun) Terapeutik • Minimalkan stimulus dengan menciptakan lingkungan yang tenang • Berikan posisi semifowler atau fowler (Elev

		asi Kepala 30°) • Hindari manuver valsava Kolaborasi • Kolaborasi pemberian obat
--	--	---

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 jam maka hasil yang diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : • Dispnea cukup menurun • Penggunaan otot bantu napas Cukup menurun • Frekuensi napas Cukup membaik	Manajemen jalan napas Observasi • Monitor pola napas • Monitor bunyi Napas • Frekuensi napas Terapeutik • Posisikan semi fowler / head up 30° • Berikan oksigen
---	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. Z/ 66 Tahun

Ruangan : IGD RS Stella maris Makassar

TABEL 3.5

Hari/Tanggal	Waktu	Dx	Implementasi	Perawat
Senin, 26 Januari 2026	08.20	I,II	Memberikan posisi <i>head up</i> 30° Hasil : - Tampak pasien terbaring dengan posisi <i>head up</i> 30° - Tampak saturasi oksigen 95%	Dian &Dwi Anugrah
	08.20	I,II	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: - tampak penurunan kesadaran pasien	Dian & Dwi Anugrah
	08.22	II	Memberikan terapi oksigen Hasil : - Pasien terpasang oksigen non rebreathing mask 15 Liter/menit - Spo2: 95%	

	08.25	I,II	Melakukan pemberian obat Hasil : - <i>Citicoline 250 mg</i> - <i>Mecobalamin 500 mg/drips</i>	
	08.28	II	Memonitor frekuensi napas dan saturasi Hasil: - P : 24x/menit - Spo2 : 95%	
	08.28	II	Memonitor pola napas Hasil : - Tampak pasien sesak dan menggunakan otot bantu napas	
	08.29	II	Memonitor bunyi napas Hasil: - Terdengar bunyi napas ronchi	

	08.30	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : - Kesadaran: sopor - GCS 6 (M2; V2; E2) - TD: 134/60 mmHg - Nadi: 85x/menit - P : 26x/menit	
--	-------	---	--	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. Z/ 66 Tahun

Ruangan : IGD RS Stella maris Makassar

TABEL 3.6

Tanggal	Dx	Evaluasi (S O A P)	Perawat
26 januari 2026	I	S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum sadar. O: - TD: 134/60 mmHg - N: 85 x/menit - Kesadaran sopor - GCS 6 (M2; E2;V2) A: Perfusi serebral belum efektif P: Lanjutkan intervensi di ruangan ICU	Dian & Dwi Anugrah

26 Januari 2026	II	S: Keluarga pasien mengatakan sesak yang dirasakan pasien sudah mulai berkurang O: - Terdengar bunyi napas ronchi - Frekuensi pernapasan pasien 26x/menit - Tempak penggunaan otot bantu napas - SpO2 pasien 95 % A: Pola napas belum membaik P: Lanjutkan intervensi di ruangan ICU	Dian & Dwi Anugrah
--------------------	----	---	--------------------------

Daftar Nama Obat

1. Citicoline

- a. Nama obat: Citicoline
- b. Klasifikasi/ golongan obat: vitamin saraf/ neuroprotektor
- c. Dosis umum
 - 1) Obat minum (tablet dan kaplet), 500 mg, 1-2 kali sehari, Dosis 1000 mg 1 kali sehari.
 - 2) Suntik atau infus, dosis 500- 1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari, di suntikan selama 3-5 menit atau diberikan dengan kecepatan infus 40-60 tetes per menit.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg/ 8 jam
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidycholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak. Citicoline juga digunakan sebagai terapi tambahan dalam mengobati penyakit Parkinson, penyakit alzheimer, gangguan bipola, mata malas, dan gangguan otak lainnya
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: karena hasil ct-scan terdapat infark cerebri sinistra dan GCS 6 (sopor)
- h. Kontraindikasi: hipersensitif pada kandungan obat dan sedang hamil atau menyusui
- i. Efek samping: insomnia, kegelisahan, konstipasi, diare, mual dan muntah, sakit perut, penglihatan kabur, nyeri dada, denyut jantung lambat atau cepat, hipotensi.

2. Mecobalamin

- a. Nama Obat : Mecobalamin
- b. Klasifikasi/golongan obat : Agen hematopoietik; nootropik, dan neurotronik/neurotropik.
- c. Dosis umum : 500 mg, 3x sehari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg/ Drips
- e. Cara pemberian obat : Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Fungsi untuk mengobati neuropati perifer (saraf tepi) dan anemia mengablastik yang disebabkan oleh defisiensi vitamin B12.
- g. Alasan pemberian obat : Mecobalamin digunakan untuk mengatasi kekurangan vitamin B12. Kekurangan atau defisiensi vitamin B12 bisa menyebabkan neuropati perifer, anemia megaloblastik, atau glositis.
- h. Kontra indikasi : Hindari konsumsi obat jika kamu punya riwayat alergi terhadap kandungan Mecobalamin
- i. Efek samping obat : Efek samping yang dapat ditimbulkan karena Mecobalamine biasanya pasien akan mengalami mual dan muntah.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 2 jam, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Tn. Z dengan diagnosa medis *Non Hemoragik Stroke* (NHS) di ruangan IGD Rumah sakit Stella Maris Makassar. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

1. Pengkajian

Pada pasien Tn."Z" juga mengalami kesadaran menurun. Penurunan kesadaran merupakan tanda pertama pada gangguan neurologi karena pasokan darah keotak terganggu atau terjadinya sumbatan pembuluh darah yang mengarah ke otak sehingga darah tidak sampai ke otak, menyebabkan asupan oksigen pada otak menjadi minimum dan membuat penderita dapat mengalami penurunan kesadaran (Riduansyah et al., 2021).

Hipertensi menyebabkan stroke melalui mekanisme kerusakan dinding pembuluh darah secara kronis, dimana tekanan darah yang terus-menerus tinggi mengakibatkan lapisan endotel arteri menjadi kaku, tebal, dan mengalami aterosklerosis (penumpukan plak). Kondisi ini dapat memicu stroke iskemik jika plak pecah dan membentuk gumpalan darah yang menyumbat aliran oksigen ke otak, atau memicu stroke hemoragik jika tekanan yang masif menyebabkan pembuluh darah yang sudah

rapuh atau mengalami aneurisma pecah, sehingga terjadi perdarahan yang menekan jaringan otak (Safitri K et al., 2022).

Stroke pada pasien hipertensi dapat menyebabkan penurunan kesadaran dan hemiparesis karena pecahnya atau tersumbatnya pembuluh darah otak yang memicu peningkatan tekanan intrakranial (TIK) serta edema serebri. Tekanan massa yang tinggi di dalam tengkorak menekan *Reticular Activating System (RAS)* di batang otak yang berfungsi menjaga kesadaran, sementara kerusakan pada korteks motorik atau jalur piramidalis di salah satu hemisfer otak menghentikan transmisi sinyal gerak ke sisi tubuh yang berlawanan, sehingga terjadi kelumpuhan separuh badan. Kondisi ini sering kali memerlukan penanganan segera untuk mengendalikan tekanan darah dan mencegah kerusakan jaringan saraf yang lebih luas (Hendro Putri et al., 2024).

2. Diagnosa Keperawatan

Adapun kasus Tn"Z" penulis temukan 2 diagnosa keperawatan, yaitu:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum tampak lemah, tubuh sebelah kanan tidak dapat digerakkan, mengalami penurunan kesadaran, GCS M2E2V2, refleks pupil isokor, hasil pemeriksaan refleks babinski negatif, hasil CT- Scan kepala di dapatkan Infark cerebral bilateral, infark luas kanan, kecil-kecil pons cerebri sisi kanan atrofi selebri, foto thorak didapatkan gambaran bronchitis, EKG didapatkan *Sinus Takikardi* (Frekuensi :120x/menit). Data ini sesuai dengan 80% data mayor pada buku SDKI.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala pasien tampak sesak, pernapasan 30 x/menit, SPO2: 89% terdengar suara napas tambahan ronchi.

Adapun diagnosis keperawatan teoritis pada kasus *Non Hemoragik Stroke* (NHS) yaitu :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan ketidakmampuan pasien dalam bergerak.
- b. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan oksigen otak menurun.
- c. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh Berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient.
- d. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
- e. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor resiko : lembab.
- f. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, kerusakan sentral bicara.

3. Intervensi Keperawatan

Pada setiap diagnosis perawat memfokuskan pada intervensi sesuai dengan kondisi pasien.

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi (D.0017). Pada diagnosis ini, penulis menyusun intervensi yaitu Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Tekanan Intrakranial) minimalkan stimulus dengan menciptakan lingkungan yang tenang,

- b. berikan posisi semifowler atau fowler (elevasi kepala 30°), hindari manuver valsava dan kolaborasi pemberian obat. Pada diagnosis ini, penulis menambahkan intervensi pemberian posisi elevasi kepala 30° diluar intervensi yang tercantum dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonsia (SIKI).

Pada diagnosis ini, intervensi pemberian posisi elevasi kepala 30° diluar intervensi yang tercantum dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonsia (SIKI). Pemberian intervensi elevasi kepala 30° pada pasien bertujuan untuk mempertahankan tingkat kesadaran karena sesuai dengan posisi anatomis dari tubuh manusia yang kemudian akan mempengaruhi dan mempertahankan hemodinamik pasien seperti tanda vital dan tekanan intrakranial dalam batas normal. Selain itu posisi ini efektif memenuhi kebutuhan oksigenasi di otak sehingga mencegah terjadi hipoksia otak, mengurangi nyeri kepala sehingga meningkatkan kenyamanan (Rizky et al., 2022).

- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan dispnea, saturasi menurun, terdapat bunyi napas tambahan ronchi (D.0005). Pada diagnosis pertama ini penulis menyusun intervensi yaitu: monitor status respirasi dan oksigenasi, pertahankan kepatenan jalan napas, berikan posisi semifowler atau fowler, dan berikan oksigenasi sesuai kebutuhan.

Menurut (Sihaloho, S. M., Suharmanto, T., Apriliana, E., & Pramesona (2024) pada diagnosis pola napas tidak efektif intervensinya yaitu: monitor status respirasi dan oksigenasi, pertahankan kepatenan jalan napas, berikan posisi semifowler atau fowler, dan berikan oksigenasi

sesuai kebutuhan.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Tn. "Z" penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan ini, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana yang sudah ada dalam rumah sakit. Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan ± 2 jam . berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat untuk setiap diagnosa keperawatan menurut kasus Pemberian fokus implementasi pada pasien yaitu posisi elevasi kepala 30° . Pemberian posisi elevasi kepala 30° dilakukan untuk meningkatkan dan menjaga hemodinamika tetap stabil, mencegah peningkatan tekanan intrakranial, memenuhi kebutuhan oksigenasi di otak sehingga menghindari terjadinya hipoksia otak pada pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 26 Januari 2026 pada pasien Tn."Z" merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan ± 2 jam adalah sebagai berikut :

- a. Diagnosa pertama yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis sebelum pasien dipindahkan ke ICU, penulis menyimpulkan bahwa masalah perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi teratasi sebagian dibuktikan dengan tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran, GCS :6 (Sopor) TD: 134/60 mmHg, N: 120x/menit, diagnosis yang diangkat

- b. belum teratasi sehingga penanganan selanjutnya di ruang ICU.
- c. Diagnosa kedua yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan neuromuskular. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis sebelum pasien dibawa ke ruang ICU penulis menyimpulkan bahwa masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian dibuktikan dengan sesak sedikit berkurang, pasien diberikan posisi *head up* 30° terpasang oksigen dengan NRM 15 liter, frekuensi pernapasan 26x/menit dan SpO2 pasien 95%.

B. Pembahasan Penerapan EBN (*Evidence-Based Nursing*)

1. Efektivitas posisi *head-up* 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen dan mengurangi tekanan intrakranial pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).
 - a) Diagnosa keperawatan: resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko hipertensi.
 - b) Luaran yang diharapkan: perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: tekanan darah membaik dan refleks saraf membaik.
 - c) Intervensi prioritas: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial
2. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN:
 - a) Pengertian Tindakan
Posisi *head-up* 30° adalah posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30° dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar.
 - b) Tujuan/rasional EBN
Pemberian posisi kepala 30° akan memperlancar aliran darah ke otak serta meningkatkan aliran darah ke otak. Pengaturan posisi elevasi kepala bertujuan untuk mengoptimalkan kerja aliran balik vena (*venous return*),

meningkatkan metabolisme jaringan serebral, melancarkan laju oksigenasi menuju otak, dan memaksimalkan kerja otak seperti semula sehingga dapat meningkatkan keadaan hemodinamik dan dapat mengurangi tekanan intrakranial.

C. PICOT EBN (*Evidence-Based Nursing*)

1. PICOT Pasien

a) *Problem*

Dalam penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis *Non Hemoragik Stroke* (NHS). Kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan hemiparese dextra dan kesadaran Sopor GCS E2V2M2, hasil pengukuran tanda-tanda vital TD: 220/105 mmHg, N: 58x/menit, RR: 28x/menit, S: 38,8°C, SpO2 89%, reaksi pupil: isokor. Didapatkan hasil pemeriksaan CT- Scan kepala: *Infark cerebral bilateral, infark luas kanan, kecil-kecil pons cerebri sisi kanan atrofi selebri.*

b) *Intervention*

Cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah oksigen dan mencegah terjadinya peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK) yaitu dengan pemberian posisi *head-up* 30°. Posisi ini diberikan dengan cara posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur pasien.

c) *Comparison*

Tidak ada intervensi pembandingan dalam penulisan ini

d) *Outcome*

Didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan posisi *head up* 30° didapatkan kesadaran pasien sopor GCS E2V2M2, hasil pengukuran tanda-tanda vital TD: 220/105 mmHg, N: 58x/menit, RR: 28x/menit, S: 37,2°C, SpO2 89%, reaksi pupil: isokor. Setelah dilakukan intervensi *head up* 30°

didapatkan tingkat kesadaran pasien *compos mentis* GCS E2V2M2, hasil pengukuran tanda-tanda vital TD:134/60 mmHg, RR: 24x/menit, N: 85x/menit, SpO2: 95%

e). T (*Time*)

Intervensi dilakukan selama 2 jam pada hari Senin, 26 Januari 2026 jam 08.20 pagi

2. Literature Review EBN

Judul: Pemberian posisi *head-up* 30 derajat terhadap *intracranial pressure* (ICP) pada pasien *non haemorrhagic stroke* di Ruang (*Problem/population*)

a). P (*Problem/population*)

Penelitian ini menggunakan metode *case report* dengan menggunakan konsep asuhan keperawatan kepada 1 pasien stroke dengan ditemukan tanda-tanda seperti KU lemah, GCS 6 (E2V2M2), pasien tampak gelisah, hemiparese sinistra, TD: 201/108 mmHg, P: 24 x/menit, N: 89 x/menit.

b). I (*Intervention*)

Cara yang dilakukan untuk mengurangi tekanan intrakranial adalah dengan melakukan pemberian *head up* 30⁰)

c). C (*Comparison*)

Tidak ada komparasi dalam penelitian ini.

d) O (*Outcome*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian posisi *head- up*

30⁰ efektif dalam mengurangi peningkatan tekanan intrakranial dimana setelah dilakukan intervensi, tanda-tanda PTIK berkurang dengan hasil GCS: 15 (E4V5M6), TD: 150/90 mmHg, P: 22 x/menit, N: 98 x/menit.

e) (*Time*)

Intervensi ini dilakukan selama 7 hari

3. Judul: Pengaruh pemberian posisi *head-up* 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke di IGD RSUD Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka (Trisila et al., 2022).

a) P (*Problem/population*)

Dalam penelitian ini respondennya berjumlah 15 responden dimana sebelum dilakukannya posisi *head-up* 30° saturasi oksigennya 96%.

b) I (*Intervention*)

cara yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah saturasi oksigen yaitu dengan melakukan pemberian posisi *head-up* 30° yaitu posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut 30° sekitar derajat dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar.

c) C (*Comparison*)

Tidak ada komparasi dalam penelitian ini.

d) O (*Outcome*)

Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pemberian posisi *head-up* 30° pada pasien stroke berpengaruh terhadap saturasi oksigen pada pasien tersebut. Dimana dari 15 responden yang mengalami penurunan saturasi oksigen 96% sebelum dilakukan intervensi mengalami peningkatan saturasi oksigen setelah diberikan posisi *head-up* 30° selama 30 menit menjadi 98%.

e) T (*Time*)

Intervensi ini diberikan selama 30 menit.

4. Judul : Pengaruh pemberian elevasi kepala 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) (Rosiani & Lisa Indra, 2025).

a) P (*Problem/population*)

Penelitian ini menggunakan metode *case report* dengan menggunakan konsep asuhan keperawatan kepada 1 pasien stroke dengan kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan kelemahan pada ekstremitas bagian kiri, kesadaran menurun dengan tingkat kesadaran somnolen GCS E2V1M3, pupil isokor, terdapat bunyi napas tambahan ronkhi, pasien terpasang ventilator dan terpasang O2 NRM 15 lpm. Hasil pemeriksaan TD: 123/78 mmHg, MAP: 79, HR: 104x/menit, RR: 33x/menit, suhu: 36,8°C, dan SpO2: 91%.

b) I (*Intervention*)

Dalam memenuhi kebutuhan oksigenasi dilakukan pemberian posisi elevasi kepala 30°.

c) C (*Comparison*)

Tidak ada komparasi dalam penelitian ini.

d) O (*Outcome*)

Selama 3 hari melakukan implementasi elevasi kepala 30° pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) terdapat peningkatan nilai saturasi oksigen dengan diberikan elevasi kepala 30°. Dimana pasien sebelum dilakukan intervensi nilai saturasi oksigen sebesar 89%, setelah diberikan intervensi selama tiga hari terjadi peningkatan besar 96%.

e) T (*Time*)

Pemberian elevasi kepala 30° dilakukan selama 3 hari.

5. Judul : Penerapan Evidence Based Nursing Practice pemberian *head up* 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) (Ernawati et al., 2024).

a) P (*Problem/population*)

Dalam penelitian ini didapatkan sebanyak 12 responden dengan nilai saturasi oksigen 88%.

b) I (*Intervention*)

Cara yang dilakukan untuk meningkatkan saturasi oksigen adalah dengan memberikan posisi *head-up* 30°.

c) C (*Comparison*)

Tidak ada komparasi dalam penelitian ini.

d) O (*Outcome*)

Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pemberian posisi *head-up* 30° pada pasien stroke terbukti efektif dalam meningkatkan kadar saturasi oksigen pada pasien stroke. Pada onset kurang dari 24 jam, rata-rata SPO2 meningkat dari 88% menjadi 93%, sedangkan pada kurang dari 48 jam, rata-rata SPO2

meningkat dari 91% menjadi 95%. Selain itu, pada onset lebih dari 7 hari, rata-rata SPO2 meningkat dari 95% menjadi 99%.

e) T (*Time*)

Pemberian intervensi elevasi kepala 30° dilakukan 7 hari.

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

Stroke merupakan penyebab kematian nomor dua dari penyebab kecacatan tertinggi di dunia. Stroke merupakan defisit neurologis yang mempunyai awitan tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh gangguan neuromuskular. Stroke atau cedera cerebrovaskuler merupakan hilangnya fungsi otak akibat berhenti/berkurangnya suplai darah ke bagian otak sehingga

menyebabkan gangguan fungsi saraf lokal atau global, muncul secara mendadak, progresif dan cepat (Modesta et al., 2025).

Pada kasus penulis temukan sebelum dilakukan tindakan pemberian posisi elevasi kepala 30° pada Tn. Z didapatkan bahwa tekanan darah 147/111 mmHg, N: 120 x/menit, setelah dilakukan pemberian posisi elevasi kepala 30° selama 15 menit didapatkan hasil tekanan darah pasien 134/60 mmHg, N: 85 x/menit, yang berarti pemberian posisi elevasi kepala 30° dapat meningkatkan status hemodinamik pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Setyarini (2019) dimana sebelum dilakukan pemberian posisi elevasi kepala 30° didapatkan hasil nilai mean tekanan sistolik pada kelompok intervensi sebelum diberikan posisi elevasi adalah 176,04 dan hasil nilai mean tekanan sistolik pada kelompok intervensi setelah diberikan posisi elevasi adalah 151,80, sedangkan nilai mean tekanan diastolik sebelum diberikan posisi elevasi adalah 109,71 dan nilai mean diastolic setelah diberikan posisi adalah 97,95, hasil ini menunjukkan bahwa elevasi kepala 30° dapat memperbaiki tekanan rata-rata arterial, menurunkan tekanan intrakranial dan menghambat tekanan perfusi serebral ke otak pada pasien stroke.

Penulis juga menemukan bahwa sebelum dilakukan intervensi posisi elevasi kepala 30° pada Tn. Z didapatkan SpO₂ : 89% setelah diberikan posisi elevasi kepala selama 15 menit didapatkan SpO₂ : 95 %. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Anisa (2026), dimana sebelum diberikan posisi elevasi kepala didapatkan nilai rata-rata saturasi oksigen adalah 97% sedangkan setelah diberikan posisi elevasi kepala didapatkan nilai rata-rata saturasi oksigen adalah 98%.

Dari beberapa artikel pendukung diatas penulis menarik kesimpulan bahwa pemberian posisi elevasi kepala 30° efektif dalam memperbaiki kondisi hemodinamik pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) sehingga dapat diimplementasikan sebagai *evidence based nursing (EBN)* didalam praktik keperawatan.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) Diruang Instalasi Gawat Darurat RS Stella Maris Makassar , maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian :Dari hasil pengkajian didapatkan, GCS : 6 pasien M2V2E2, kesadaran Sopor , pasien tampak lemah dan mengalami penurunan kesadaran, nadi teraba lemah, perkusi thoraks terdengar sonor. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah : 147/111 mmHg, nadi : 120 x/menit, suhu : 38,8°C, pernapasan : 30 x/menit, SpO2 tanpa oksigen tambahan 89%, SpO2 dengan NRM 95%, pemeriksaan lain yang didapatkan foto thoraks menunjukkan kesan *Cardiomegaly* , pemeriksaan EKG menunjukkan *Sinus Takikardi*, pemeriksaan CT Scan Kepala menunjukan kesan *Infark cerebral bilateral, infrak luas dikanan, Infrak kecil-kecil pons cerebri sisi kanan atrofi selebri*. Pemeriksaan darah didapatkan WBC $14.29 \times 10^3/u$, RBC $3.03 \times 10^3/u$, MCHC 37.2 Pg. Oleh karena itu pada kasus Tn. Z ditemukan bahwa faktor resiko terjadinya *Non Hemoragik Stroke* (NHS) adalah karena adanya hipertensi yang diderita oleh Tn. Z sejak 3 tahun yang lalu, selain itu faktor resiko yang terdapat pada kasus tersebut yaitu usia dan juga gaya hidup tidak sehat yang meliputi pola makan yang tidak seimbang serta kurangnya aktivitas fisik.

2. Diagnosa keperawatan : pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular, resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, dan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
3. Intervensi keperawatan : Dari rencana keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi antara lain observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Intervensi ini meliputi peningkatan intrakranial dan manajemen jalan napas didukung dengan *evidence based head up 30°*. Intervensi dapat terlaksana dengan baik dikarenakan penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan sarana yang ada didalam rumah sakit.
4. Implementasi keperawatan : Pada saat melakukan tindakan keperawatan dibantu oleh rekan dan perawat sehingga seluruh tindakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan dapat dilaksanakan dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan : Dari hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan, didapatkan pada diagnosis pertama dan kedua masalah belum teratasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa hal/saran yang dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan sebagai berikut:

1. Bagi Pendidikan

Secara khusus, disarankan agar literatur tersebut mencakup teknik posisi *head up 30°* sebagai salah satu intervensi mandiri keperawatan yang krusial. Penambahan referensi mengenai manfaat posisi ini dalam menjaga

perfusi jaringan serebral dan menurunkan tekanan intrakranial akan sangat membantu mahasiswa dalam menyusun penelitian maupun memberikan asuhan keperawatan yang berbasis bukti (*evidence-based practice*). Sebagai langkah nyata, institusi dapat memfasilitasi buku dari mahasiswa yang akan lulus untuk memperkaya referensi pustaka di perpustakaan.

2. Bagi Pasien

Untuk mencegah terjadinya gejala stroke berulang, dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat, batasi mengkonsumsi makanan asin dan makanan tinggi kolesterol .

3. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit diharapkan untuk menetapkan teknik posisi *head up 30°* sebagai bagian dari standar operasional prosedur (sop) dalam perawatan pasien dengan gangguan perfusi jaringan serebral. Perawat diharapkan dapat menerapkan intervensi mandiri ini secara rutin guna membantu menurunkan tekanan intrakranial dan mempercepat pemulihan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Andi Auliyah Anugrah Rahman, Achmad Harun Muchsin, & Mochammad Erwin Rachman. (2025). Tinjauan Literature Review: Karakteristik Pasien Stroke Iskemik. *The Indonesian Journal of General Medicine*, 14(3), 119–141. <https://doi.org/10.70070/7nwcxy45>
- Anisa, R. R. N. (2026). *PENDAHULUAN Stroke merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang terjadi akibat gangguan aliran darah pada otak . Perubahan neurologis ini dapat terjadi secara mendadak dan harus ditangani secara cepat dan tepat 1 . World. 6*, 603–611.
- Anita Mirawati, Dewi Aprho Dita, Tintin Sumarni, Desi Deswita, & Zulharmaswita Zulharmaswita. (2025). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RS Otak Dr. Drs. Muh. Hatta Kota Bukittinggi Tahun 2024. *Jurnal Medical Laboratory*, 4(2), 30–48. <https://doi.org/10.57213/medlab.v4i2.279>
- Astriani, Y., & Dewi, P. I. (2025). Pengaruh latihan lateral prehension grip terhadap kekuatan otot pada pasien Stroke Non Hemoragik (SNH). *Stikesbethesda*, 2. <https://jurnal.stikesbethesda.ac.id/index.php/jurnalkesehatan/article/view/675#:~:text=Stroke Non Hemoragik adalah gangguan,dengan latihan Lateral Prehension Grip.>
- cut dewi, riski amalia, nani safuni. (2022). *Jurnal Penelitian Perawat Profesional Volume 6 Nomor 3, Juni 2024 e-ISSN 2715-6885; p-ISSN 2714-9757*
<http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>.
4(November), 1377–1386.
- Dewi, L., & Fitraneti, E. (2024). *Stroke Iskemik. III*, 379–388.
- Ernawati, Ariani, S. P., & Nor Aina. (2024). Penerapan Head Up 30 Derajat Pada Pasien Intracerebral Hemorrhage Diruang Icu Rumah Sakit TK III

- DR R Soeharsono Banjarmasin. *Jurnal Sains Farmasi Dan Kesehatan*, 1(3), 1–6. <https://doi.org/10.62379/jfkes.v1i3.896>
- Fitriah, D. (2024). Hubungan Antara Gaya Hidup Dengan Kejadian Stroke. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(April), 1180–1189.
- Haoxing, Z., & System, C. (2021). *FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN PRIMARY SURVEY PERAWAT GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT Denny*. 1.
- Hasanah, S. A., Maulidia, S. Z., & Dewi, E. (2024). Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Intervensi Range Of Motion (ROM) Terapi Genggam Bola Tangan Di HCU Stroke RS An-Nisa. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mnadira Cendikia*, 3(7), 203–207. <https://journal-mandiracendikia.com/jikmc>
- Hendro Putri, P., Aisyah, P., Widhi Indra Pangestu, K., Ar Rahma, B., Fhatima Novariani Putri, S., Ilmu Penyakit Saraf, B., & Jenderal Ahmad Yani Metro, R. (2024). Stroke Hemoragik dengan Riwayat Hipertensi Tidak Terkontrol: Sebuah Laporan Kasus. *MEDULA (Medical Proffesional Journal of Lampung)*, 14, 512–517.
- Indonesia, S. K. (2023). Survey Kesehatan Indonesia. *Kota Kediri Dalam Angka*, 1–68.
- Lukman. (2023). Jurnal Penelitian Perawat Profesional Stroke Iskemik. *British Medical Journal*, 2(5474), 1333–1336.
- Modesta, I., Sinaga, T. R., Nababan, D., Tarigan, F. L., & Sitorus, M. E. (2025). Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Di Rs Murni Teguh Methodist Susanna Wesley. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(2), 7058–7067. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i3.34640>
- Ni Putu Leony Puspitayanti, Putu Adi Suputra, & Ni Nyoman Mestri Agustini. (2025). Hubungan Hipertensi dengan Tipe Stroke pada Pasien Stroke Usia Dewasa di RSUD Buleleng. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*, 10(2).

<https://doi.org/10.51933/health.v10i2.2430>

- Putri, E. G., Nugraha, B. A., & Titis, K. (2022). Pengelolaan Risiko Peningkatan Tekanan Intrakranial Dan Defisit Neurologis Pada Pasien Stroke Infark: Studi Kasus. *Padjadjaran Acute Care Nursing Journal*, 3(2). <http://jurnal.unpad.ac.id/pacnj>
- Riduansyah, M., Zulfadhilah, M., & Annisa, A. (2021). Gambaran Tingkat Kesadaran Pasien Cedera Kepala Menggunakan Glasgow Coma Scale (Gcs). *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 5(3), 137. <https://doi.org/10.32419/jppni.v5i3.236>
- Rizky, M. W., Sri, N., & Janu, P. (2022). Penerapan Relaksasi Autogenik Untuk Menurunkan Tekanan Darah Penderita Hipertensi Di Uptd Rawat Inap Banjarsari Kecamatan Metro Utara. *Cendikia Muda*, 2(3), 402,.
- Rosiani, N., & Lisa Indra, R. (2025). Jurnal Ilmu Keperawatan (Journal of Nursing Sciences). *Hubungan Pengetahuan Tentang Gastritis Dengan Motivasi Untuk Mencegah Kekambuhan Gastritis*, 9, 1–9. <https://jurnal.stikes-alinsyirah.ac.id/index.php/keperawatan/>
- Safitri K, H. L., Mangerangi, Y., Susilo, W., Mokhtar, S., & K, S. I. (2022). Fakumi medical journal. *Jurnal Mahasiswa Kedokteran*, 2(5), 359–367.
- Samsinar Citra Berlianta Situmeanga, D. (2026). Jurnal Keperawatan Sisthana. *Jurnal Keperawatan Sisthana*, 10(2), 1–6. <https://jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id/index.php/SISTHANA/article/view/68/62>
- Setyarini, D. (2019). Posisi Head Up 30 Derajat sebagai Upaya untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen pada Pasien Stroke Hemoragik dan Non Hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 55–59.
- Sihaloho, S. M., Suharmanto, T., Apriliana, E., & Pramesona, B. A. (2024). *Journal of Language and Health*. 5(1), 7–14.
- Trisila, E., Mukin, F. A., & Dikson, M. (2022). Pengaruh pemberian posisi head up 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 8(16), 664–674.

<https://jurnal.peneliti.net/index.php/JIWP>

- Wahyu, G., Artha, S., Pasek, M. S., Putu, L., & Kamelia, L. (2025). *Karakteristik Sosiodemografi dan Klinis Pasien Stroke Iskemik di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng Periode Januari – Juni Tahun Sociodemographic and Clinical Characteristics of Ischemic Stroke Patients at Buleleng Regency General Hospital in the Period January – June 2025*. 8(11), 6835–6841. <https://doi.org/10.56338/jks.v8i11.8898>
- Zulkifli, Z., Lahmi, A., Dahlan, D., & Hakim, R. (2025). Mekanisme Kerja Otak dan Sistem Saraf: Perspektif Neurosains Pendidikan Islam. *Menara Ilmu*, 19(1), 118–130. <https://doi.org/10.31869/mi.v19i1.6138>

LAMPIRAN 1

LEMBAR KONSUL

Nama dan NIM : 1. Dian Novita (NS2514901015)
 2. Dwi Anugrah (NS2514901016)

Program Studi : Profesi Ners

Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada
 Pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang
 Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella maris
 Makassar

Pembimbing 1 : Mery Sambo, Ns., M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda Tangan		
			Penulis		Pembimbing 1
			I	II	
1.	Senin, 26 Januari 2026	Melapor Kasus KIA			
2.	Senin, 16 Februari 2026	Konsul hasil pengkajian 1. Melengkapi data pengkajian 2. Perbaiki implementasi			
3.	Kamis, 12 Maret 2026	Konsul BAB IV dan BAB V 1. Memperbaiki penulisan 2. Memperbaiki bagian pembahasan			
4.	Jumat, 13 Maret 2026	Konsul BAB IV dan BAB V 1. Memperbaiki bagian pembahasan			

		2. Memperbaiki penulisan	<i>DR</i>	<i>Annie</i>	<i>h</i>
5.	Selasa, 17 Maret 2026	ACC Kasus KIA	<i>DR</i>	<i>Annie</i>	<i>f</i>

LEMBAR KONSUL

Nama dan NIM : 1. Dian Novita (NS2514901015)
 2. Dwi Anugrah (NS2514901016)

Program Studi : Profesi Ners

Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada
 Pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang
 Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella maris
 Makassar

Pembimbing 2 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda Tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1.	Kamis, 26 Februari 2026	Konsul BAB I dan BAB II			
2.	Senin, 9 Maret 2026	Konsul BAB III, BAB IV, dan BAB V 1. Perbaikan penulisan 2. Perbaikan bahasa asing			
3.	Kamis, 12 Maret 2026	ACC Kasus KIA			

LAMPIRAN 2

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Dian Novita
Tempat/Tanggal Lahir : Mambi, 18 oktober 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Sepakuan

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu :Aris/Nurani
Agama :Kristen
Pekerjaan :Petani
Alamat :Sepakuan

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 002 Balla : Tahun 2008-2014
SMPN 1 Balla : Tahun 2014-2017
SMAN 1 Balla : Tahun 2017-2020
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2021-2026

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Dwi Anugrah
Tempat/Tanggal Lahir : Makassar, 7 November 2002
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Kompleks BBD. No. 10

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Hendrik/Angelina Erna Kappu
Agama : Kristen
Pekerjaan : Karyawan Swasta
Alamat : Kompleks BBD No.10

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Frater Thamrin Makassar : Tahun 2008-2014
SMP Sunodia Samarinda : Tahun 2014-2017
SMA Protestan Makassar : Tahun 2017-2020
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2021-2026

