KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON HEMORAGIK STROKE* DI *INTENSIVECARE UNIT* RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY JUSUF PUTERA MAKASSAR

OLEH:

JESIKA HERMAN(NS2514901035)

JOSEBA MIN MELMAMBESSY (NS2514901036)

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* DI *INTENSIVECAREUNIT* RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY JUSUF PUTERA MAKASSAR

OLEH:

JESIKA HERMAN(NS2514901035)

JOSEBA MIN MELMAMBESSY (NS2514901036)

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini,

1. Jesika Herman (NS2514901035)
2. Joseba Min Melmambessy (NS2514901036)

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

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengen sebenar-benarnya.

Makassar, 26 Maret 2026
Yang menyatakan

Jesika Herman Joseba Min Melmambessy

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar", telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama/NIM : 1. Jesika Herman/NS2514901035

2. Joseba Min Melmambessy/NS2514901036

Disetujui oleh

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep)	(Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN)
NIDN: 09270389903	NIDN: 0913058903

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar

Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D

NIDN: 0913068201

Dipindai dengan CamScanner

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama	:	1. Jesika Herman (NS2514901035) 2. Joseba Min Melmambessy (NS2514901036)
Program Studi	:	Profesi Ners
Judul KIA	:	Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	:	Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep	( )
Pembimbing 2	:	Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN	( )
Penguji 1	:	Rosmina Situngkir Ns.,M.Kes	( )
Penguji 2	:	Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes	( )

Ditetapkan di : **Makassar**

Tanggal :

Mengetahui,

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.Jesika Herman (NS2514901035)
2.Joseba Min Melmambessy (NS2514901036)

Menyatakan menyutujui dan memberikan wewenang kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat, dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengen sebenar-benarnya.

Makassar, 26 Maret 2026
Yang menyatakan

Jesika Herman Joseba Min Melmambessy

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar". Dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, material maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sebagaimana mestinya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung, dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini, terutama kepada:

1. Fransiska Anita E. R. Sa'pang, Ns., M.Kep., Sp.KMB., Ph.D selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama.
3. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni, dan Inovasi sekaligus sebagai dosen pembimbing 1 dalam penyusunan karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Wirmando,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris.
6. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris.
7. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat STIK Stella Maris.

8.Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN selaku dosen pembimbing 2 dalam penyusunan Karya lmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

9.Rosmina Situngkir Ns.,M.Kes selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.

10.Sseiplarikaun upse Anbgduuji, S2 .Syia.,n Ngs .t,e Mla.hK ems emberikan masukan dan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.

11.Bapak dan Ibu Dosen beserta staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing dan memberi pengarahan selama perjalanan pendidikan penulis.

12.Ny. S selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.

13.Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Jesika (Herman Bokko' dan Yori Maulu') dan Joseba (Abraham F.R. Melmambessy dan Ibu Loisa Batserin), serta keluarga, teman-teman, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, motivasi yang tiada henti sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya lmiah Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang besifat membangun guna memperbaiki penulisan karya imiah akhir ini.

Makassar, 26 Maret 2026

Penulis

DAFTAR ISI

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

BAB I PENDAHULUAN

A.Latar Belakang.....1
B.Tujuan Penulisan.....4
C.Manfaat Penulisan.....5
D.Metode Penulisan.....5
E.Sistematika Penulisan.....6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A.Konsep Dasar Medik.....8
B.Konsep Dasar Keperawatan.....44

BAB III PENGAMATAN KASUS

A.Ilustrasi Kasus.....56 B.
Pengkajian.....57
C.Analisa Data.....72
D.Diagnosis Keperawatan.....74
E.Perencanaan Keperawatan.....75
F.Implementasi Keperawatan.....79
G.Evaluasi Keperawatan.....100

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A.Pembahasan Asuhan Keperawatan.....113

B.Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*.....125

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan.....132

B. Saran.....133

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer.....57
Tabel 3.2 Analisa Data.....72
Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan.....74
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan.....75
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....79
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan.....100
Tabel 4.1 Picot EBN.....127

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian Otak.....9
Gambar 2.2 Sirkulasi Wilis.....17

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi
Lampiran 2 Biografi Penulis

BAB I
PENDAHULUAN

A.Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat penting, sehingga setiap individu berhak memperoleh dan mempertahankan kondisi kesehatan yang optimal. Namun, pada kenyataannya tidak semua orang dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal akibat berbagai faktor, seperti kondisi lingkungan yang kurang mendukung, status sosial ekonomi yang rendah, serta gaya hidup yang tidak sehat. Pola makan yang tidak seimbang, aktivitas kerja yang berlebihan, dan kurangnya aktivitas fisik dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai penyakit, khususnya penyakit jantung dan penyakit tidak menular. Salah satu penyakit tidak menular yang berkaitan dengan gangguan pembuluh darah otak adalah stroke.

Stroke bukan merupakan penyakit tunggal, melainkan suatu kondisi klinis yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor risiko serta melibatkan proses dan mekanisme penyakit yang kompleks (Ismoyowati et al., 2025).

Stroke merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah kesehatan utama di dunia. Stroke, yang sering disebut sebagai serangan otak, terjadi ketika aliran darah ke bagian tertentu dari otak terhambat atau ketika pembuluh darah di otak mengalami ruptur. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak. Kekurangan oksigen yang berlangsung dalam waktu lama dapat mengakibatkan terjadinya hipoksia hingga nekrosis mikroskopik pada neuron. Kerusakan dan kematian neuron tersebut berdampak pada hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik volunter. Oleh karena itu, sekitar 80% individu yang mengalami stroke non-hemoragik dilaporkan mengalami gangguan mobilitas fisik (Dewi & Fitraneti, 2024).

Word Stroke Organization (WSO) melaporkan disetiap tahunnya ada sekitar 6 juta orang yang meninggal akibat dari stroke di seluruh dunia. Penyakit stroke 62% terjadi pada usia dibawah 70 tahun dan 16% pada usia 15-49 tahun. Rata-rata dalam setahun 53% penyakit stroke ini terjadi pada wanita dan 47% pada pria (Feigin et al., 2025)

SurBveir dKaessaerkhanta dna tIan donesia, (2023) jumlah kasus penyakit stroke di

Indonesia mencapai (8,3%) atau sekitar 638.178 orang dan prevalensi stroke di Sulawesi Selatan 2023-2024 melaporkan mencapai 10,6% hingga 10,9% namun, jika dilihat dari kelompok usia, kejadian stroke pada lansia di atas 75 tahun dengan angka (41,3%), sementara kelompok usia 15-24 tahun memiliki jumlah kasus stroke terendah, yaitu (0,1%) (Kemenkes, 2023).

Stroke Berdasarkan laporan Riskesdas 2023, insiden penyakit menunjukkan bahwa pasien laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan pasien perempuan, yaitu masing-masing 8,8% dan 7,9% (Kemenkes, 2023). Adapun data pasien stroke yang diperoleh dari Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera didapatkan hasil selama NHS tahun 2021-2025 sebanyak 251 pasien (RM RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar, 2025).

Berdasarkan angka tersebut stroke pada lansia tergolong tinggi sehingga kondisi ini menjadi perhatian penting karena proses penuaan menyebabkan penurunan fungsi fisiologis tubuh serta memperberat dampak kecacatan yang ditimbulkan. Lansia mengalami Stroke Non Hemoragik karena adanya penurunan elastisitas pembuluh darah, hipertensi kronis, diabetes melitus, dislipidemia, serta pola makan yang kurang sehat yang mempercepat proses aterosklerosis (Ismoyowati et al., 2025).

Perubahan kondisi neurologis pada lansia dapat terjadi secara cepat dan sering kali tidak disadari jika tidak dipantau secara ketat sehingga membutuhkan intervensi untuk mencegah komplikasi lanjut seperti peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan hipoksia serebral

yang menyebabkan gangguan pada perfusi serebral (Feigin et al., 2025).

Salah satu intervensi yang terbukti efektif dan termasuk dalam Evidence Based Nursing adalah posisi head up 30°. Intervensi sederhana ini sangat penting pada lansia dengan Stroke Non Hemoragik karena dapat meningkatkan oksigenasi, memperbaiki aliran darah serebral yang menurun akibat proses penuaan, serta membantu menurunkan TIK. Dengan demikian, penerapan posisi head up 30° menjadi urgensi utama bagi perawat untuk mendukung stabilitas kondisi lansia, mencegah perburukan, dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan secara komprehensif. (Kiswanto, 2021).

Pemberian posisi *head up* 30º pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke didapatkan kenaikan saturasi sebelum dan setelah diberikan posisi *head up* 30º, yang dimana sebelum dilakukan pemberian posisi head up 30º saturasi pasien 94 % dan setelah dilakukan pemberian posisi *head up* 30º selama 30 menit didapatkan hasil saturasi 98%. Posisi *head up* 30º diberikan pada pasien stroke karena posisi kepala yang ditinggikan berada di atas aksis ventrikel jantung menyebabkan cairan seresprospinal terdistribusi kembali menuju ke ruang spinal subaraknoid dan memfasilitasi terjadinya aliran balik vena sehingga dapat menurunkan tekanan intracranial (Rohmawati, 2022). Dengan demikian posisi *head up* 30º menjadi posisi ideal untuk mempertahankan keseimbangan antara penurunan TIK dan perfusi otak yang adekuat. Penelitian yang dilakukan oleh Inayati & Yosi Oktarina (2024), menunjukkan bahwa posisi *head up* 30º mampu menurunkan TIK rata-rata sebesar 5,58 mmHg tanpa menyebabkan *(*p*C*e*e*n*r*u*e*r*b*u*m*a*a*l* n*P* e*s*r*i*f*g*u*n*s*i*f*o*i*k*n*a* n*P* r*e*p*s*a*s*d*u*a*r*e* *)*.t eIknai nmane nupnejurfkuksa tidak hanya bermanfaat untuk meningkatkan oksigenasi tetapi juga aman dan efektif dalam menurunkan TIK pada pasien dengan gangguan serebral akut termasuk stroke non hemoragik.

Berdasarkan uraian diatas penyakit Stroke Non Hemoragik merupakan masalah kesehatan yang perlu mendapatkan penanganan dan perawatan khusus. Dalam mengatasi berbagai masalah yang timbul pada pasien Stroke Non Hemoragik, peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional maupun komprehensif terutama dalam penerapan dan pemberian posisi *head up* 30˚ yang dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral maka penulis merasa tertarik untuk membahas kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada pasien dengan dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar dengan harapan dapat menerapkan perawatan keperawatan yang efektif dan berkualitas.

B.Tujuan Penulisan

1.Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar.

2.Tujuan Khusus

a.Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke.

b.Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke.

c.Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke.

d.Melaksanakan tindakan keperawatan dan EBN pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke.

e.Melaksanakan evaluasi keperawatan gawat darurat pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke.

C.Manfaat Penulisan

1.Bagi Instansi Rumah Sakit

Membantu rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke untuk meningkatkan mutu pelayanan yang cepat dan tanggap.

2.Bagi Pasien

Karya ilmiah ini dapat menjadi sumber informasi tentang tanda dan gejala stroke serta tindakan atau penanganan yang tepat bagi pasien dengan Non Hemoragik Stroke.

3.Bagi Penulis

karya ilmiah ini dapat dijadikan sarana dan alat dalam memperoleh pengetahuan dan pengalaman khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke.

4.Bagi Institusi

Pendidikan menjadi salah satu sumber referensi serta acuan dibagian akademik tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke.

D.Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini adalah metode deskriptif melalui pendekatan sebagai berikut:

1.Studi Kepustakaan

Dalam metode peneliti mengumpulkan buku, dan artikel ilmiah berupa jurnal *online*.

2.Studi Kasus

Dalam studi kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan dan evaluasi keperawatan untuk mendapatkan informasi digunakan teknik :

a. Wawancara

Peneliti mengadakan wawancara dengan keluarga melalui pertanyaan langsung.

b. Observasi

Plaenngesluitni g mreeankgsia/rdeaskpaonn epmeonsgi apmaastiaen/ mriewnagyeavt aplueansyi akit, tindakan dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan fisik pada pasien.

c. Diskusi

Melakukan diskusi dan konsultasi bersama pembimbing Karya Tulis Ilmiah.

E.Sistematika Penulisan

Penulisan kerya ilmiah akhir ini disusun secara sistematika yang disusun dalam 5 BAB di mulai dari:

1.BAB I Pendahuluan

Dalam BAB ini terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

2.BAB II Tinjauan Pustaka

Dalam BAB ini di susun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, dab komplikasi, kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengakajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang.

3.BAB III Pengamatan Kasus

Dalam BAB ini diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi atau pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.BAB IV Pembahasan Kasus

Dalam BAB ini berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat serta membahasan penerapan EBN (pada tindakan leperawatan).

5.BAB V Simpulan dan saran

Dalam BAB ini merupakan bagian akhir dari karya ilmiah akhir yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak pihak yang terkait dari penyusunan karya ilmiah ini.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A.Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Non Hemoragik Stroke (NHS) merupakan stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah akibat adanya gangguan suplai darah ke otak sehingga aliran darah ke otak terhenti. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah. Akibatnya, sebagian otak tidak menerima suplai darah yang membawa oksigen yang diperlukan,sehingga mengalami kematian sel/jaringan (Hasanah et al., 2024).

Stroke iskemik atau yang sering disebut sebagai Stroke Non Hemoragik merupakan jenis stroke yang paling banyak terjadi. Stroke ini disebabkan oleh adanya penyumbatan pada pembuluh darah arteri yang berfungsi mengalirkan darah ke otak. Penyumbatan tersebut dapat terjadi akibat proses penumpukan lemak, kolesterol, dan zat-zat lain pada dinding pembuluh darah ainrit emri enyaenbga bkadnik epneanl yemsepbitaagna i lumaertne riopsekmlebruo aliran darah dan suplai oksigen ke otak menjadi tidak optimal (Kuriakose, 2020).

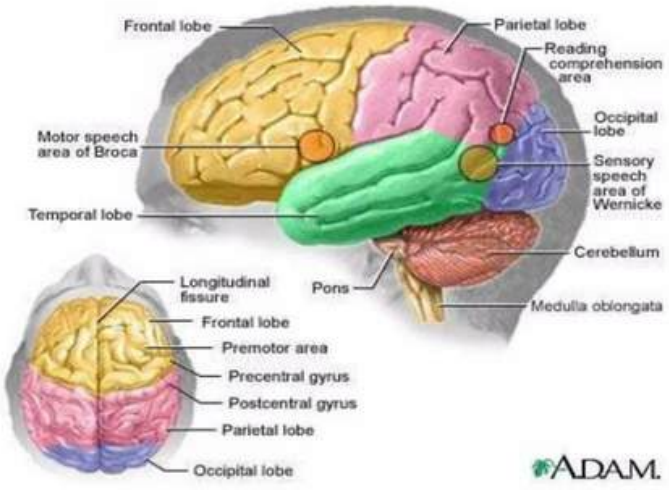
Selain itu, Stroke Non Hemoragik adalah kondisi yang terjadi akibat terbentuknya bekuan darah atau gumpalan yang berasal dari proses pembentukan trombus maupun embolus. Bekuan darah tersebut dapat menyumbat pembuluh darah di otak baik sebagian maupun seluruhnya, sehingga aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke jaringan otak menjadi terganggu atau bahkan terhenti. Apabila kondisi ini berlangsung dalam waktu yang cukup lama, maka jaringan otak akan mengalami iskemia dan berpotensi

menimbulkan kerusakan jaringan otak secara permanen (Salaudeen et al., 2024).

Berdasarkan uraian tersebut, penulis dapat menyimpulkan bahwa Non Hemoragik Stroke (NHS) merupakan suatu jenis stroke yang terjadi akibat adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah atau trombus. Penyumbatan ini menyebabkan terganggunya hingga terhentinya aliran darah serta suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak. Akibatnya, sel-sel otak mengimablaumlkia n kkeekrursaankgaann jarionkgsaigne ont aky daanng bedraupju fungsi otak, baik secara sementara maupun permanen, tergantung pada tingkat keparahan dan lamanya penyumbatan yang terjadi.

2.Anatomi Fisiologi

a. Otak



Gambar 2.1 Bagian Otak
(Salaudeen et al., 2024)

Otak merupakan organ utama yang berfungsi sebagai pusat pengaturan berbagai aktivitas tubuh, termasuk penerimaan dan pengolahan rangsangan sensorik, pengintegrasian informasi dengan data yang telah tersimpan,

serta pengendalian proses pengambilan keputusan. Selain itu, otak berperan penting dalam fungsi kecerdasan, pengaturan emosi, dan penyimpanan serta pengingatan memori (Wijaya, 2024).

1)Serebrum

Serebrum adalah bagian otak terbesar yang terdiri atas dua belahan, yaitu hemisfer kanan dan hemisfer kiri, yang dipisahkan oleh suatu celah yang disebut fisura serebri longitudinal. Setiap hemisfer tersebut terbagi lagi menjadi empat bagian utama yang dikenal sebagai lobus frontal, lobus parietal, lobus temporal, dan lobus oksipital.

a)Lobus frontalis merupakan bagian otak yang paling besar dan terletak pada fossa kranial anterior. Lobus ini berfungsi menerima berbagai informasi yang berasal dari bagian otak lainnya, kemudian mengolah serta mengintegrasikan informasi tersebut menjadi proses berpikir, perencanaan, dan pembentukan perilaku. Selain itu, lobus frontalis memiliki peran utama dalam fungsi kognitif tingkat tinggi, seperti kemampuan memecahkan masalah, menyimpan dan mengingat informasi (memori), mpeontigvgausni,a akne mambpauhansa , meniplaeim bseunattuuk anti n pengendalian impuls dan emosi.

b)Lobus parietalis berperan dalam menerima dan mengolah rangsangan sensorik, termasuk sensasi sentuhan, posisi dan pergerakan tubuh, serta persepsi terhadap bau dan rasa yang disertai dengan kesadaran. Selain itu, pada lobus ini terdapat area yang berhubungan dengan kemampuan berbahasa, khususnya dalam memahami dan mengartikan makna bahasa yang diterima.

c)Lobus temporalis berfungsi sebagai pusat pengolahan emosi dan berperan penting dalam berbagai fungsi lainnya, seperti persepsi pendengaran, pengolahan rasa, penyimpanan memori, apresiasi terhadap musik, serta pengaturan perilaku, termasuk perilaku agresif dan perilaku seksual.

d)Lobus oksipitalis memiliki fungsi utama dalam proses penglihatan. Lobus oksipitalis bagian kiri berperan dalam mengenali angka dan huruf, sedangkan bagian kanan berfungsi dalam mengenali bentuk dan gambar. Secara keseluruhan, lobus ini memegang peranan yang sangat penting dalam pengolahan informasi visual yang diterima oleh mata.

2)Batang otak

Batang otak merupakan bagian otak yang memiliki hubungan langsung dengan sumsum tulang belakang dan memiliki panjang sekitar 7,5cm. Struktur batang otak tersusun atas tiga komponen utama, yaitu medula oblongata, pons, dan otak tengah. Batang otak berperan sebagai jalur utama penghantar impuls saraf yang menghubungkan otak besar dengan sumsum tulang bperolaskeasn pge, ngsireimhinagngdaa n mpemneurnimgkaiannk apne sate dan berbagai bagian tubuh (Salaudeen et al., 2024).

a) Medula oblongata adalah bagian batang otak yang berfungsi sebagai pusat pengendali aktivitas otonom tubuh yang sangat penting bagi kelangsungan hidup. Bagian ini mengatur fungsi vital seperti denyut jantung, pengaturan pernapasan, serta refleks-refleks dasar termasuk refleks batuk, bersin, dan muntah. Selain itu, medula oblongata merupakan tempat terjadinya

persilangan jalur saraf piramidal yaitu jalur yang mengendalikan gerakan sadar sehingga setiap belahan otak mengontrol gerakan sukarela pada sisi tubuh yang berlawanan di mana sisi kanan tubuh dikendalikan oleh belahan otak kiri dan sebaliknya.

b) Pons merupakan bagian batang otak yang mudah dikenali karena berbentuk tonjolan dan terletak di antara otak tengah dan medula oblongata. Fungsi utama pons adalah sebagai penghubung dan penghantar informasi asenbtaargaa i optaekn ghkuebcuil ngd akno mbuantaiknags i oatnatka,r otak kecil. Selain itu, pons juga berperan dalam membantu pengaturan irama pernapasan dan koordinasi beberapa fungsi saraf lainnya.

3)Otak tengah (mesensefalon)

Otak tengah atau mesensefalon merupakan bagian otak yang terletak memanjang di antara pons dan diensefalon. Struktur ini berfungsi sebagai jalur penghubung antara rangsangan sensorik, khususnya indra pendengaran dan indra penglihatan. Selain itu, otak tengah berperan sebagai pusat koordinasi respons refleks, terutama refleks yang berkaitan dengan rangsangan visual (Kuriakose, 2020).

a)Hipotalamus merupakan pusat integrasi yang berfungsi mengatur dan mengoordinasikan aktivitas sistem saraf otonom. Bagian ini berperan dalam pengaturan suhu tubuh, pengendalian fungsi endokrin melalui hubungan

deanlagma n pekneglaetnujarar n heikpsopfirseis,i esmeortsai dbaenr pek tubuh secara keseluruhan.

b)Talamus merupakan bagian dari sistem limbik yang berfungsi sebagai pusat penghubung antara korteks

serebri dan bagian otak lainnya. Struktur ini berperan dalam mengatur dan meneruskan impuls yang berkaitan dengan kontrol gerak dan persepsi sensorik ke area otak yang sesuai, sehingga memungkinkan terjadinya integrasi informasi sensorik dan motorik.

4)Serebelum

Serebelum atau yang dikenal sebagai otak kecil terletak di bagian posterior batang otak. Bagian ini memiliki peran penting dalam mengoordinasikan gerakan otot, menjaga keseimbangan tubuh, serta mempertahankan postur tubuh yang stabil. Apabila serebelum mengalami kerusakan, maka akan terjadi gangguan koordinasi gerak, sehingga gerakan otot menjadi tidak terarah dan tidak terkontrol

5)Mdeenninggaens baik.

Meninges merupakan lapisan membran tipis yang berfungsi melapisi, melindungi, dan menopang otak serta saraf tulang belakang. Lapisan ini berperan penting dalam melindungi sistem saraf pusat dari benturan atau cedera serta membantu menjaga lingkungan yang aman bagi jaringan saraf.

6)Saraf kepala

Saraf kepala adalah susunan saraf yang berasal langsung dari otak dan keluar melalui lubang-lubang yang terdapat pada tulang tengkorak. Saraf ini berhubungan erat dengan ftuenlinggsai ,pancainderaseperti pendengaran pada penciuman pada hidung, pengecapan pada lidah, serta sensasi pada kulit wajah. Saraf kepala terdiri atas dua belas pasang saraf yaitu:

a)Nervus olfaktorius

Nervus olfaktorius merupakan saraf yang bersifat sensorik dan berfungsi menerima serta menghantarkan

rangsangan bau dari rongga hidung ke otak, sehingga memungkinkan terjadinya proses penciuman.

b)Nervus optikus

Nervus optikus adalah saraf sensorik yang berperan dalam penghantaran rangsangan visual dari retina mata menuju otak. Saraf ini berfungsi dalam mengatur ketajaman penglihatan dan kemampuan mata dalam menerima cahaya.

c)Nervus okulomotorius

Nervus okulomotorius merupakan saraf yang bersifat motorik dan bertanggung jawab dalam menginervasi sebagian besar otot-otot orbital yang berperan dalam pergerakan bola mata. Selain itu, saraf ini juga myaenngg hbaenrtfaurnkgasni mseenrgaebnudt-asliekranb uot tot psairlaiasriims pdaatins otot iris, sehingga berperan dalam pengaturan ukuran pupil dan akomodasi lensa mata.

d)Nervus troklearis

Nervus troklearis adalah saraf yang bersifat motorik dan berfungsi mensarafi otot-otot orbital tertentu yang berperan dalam pergerakan dan pemutaran bola mata. Pusat saraf dari nervus ini terletak di bagian belakang pusat saraf pengendali gerakan mata.

e)Nervus abdusens

Nervus abducens merupakan saraf motorik yang bertugas menginervasi otot-otot orbital, khususnya otot yang berperan dalam menggerakkan bola mata ke arah samping atau lateral, sehingga memungkinkan terjadinya gerakan pengoyangan mata ke sisi luar.

Nf)ervus fasialis

Nervus fasialis merupakan saraf yang bersifat majemuk, yaitu memiliki fungsi sensorik dan motorik. Serabut motoriknya menginervasi otot-otot wajah yang berperan dalam ekspresi atau mimik wajah, serta sebagian otot di sekitar rongga mulut. Selain itu, saraf ini juga mengandung serabut-serabut saraf otonom parasimpatis yang berfungsi mengatur kelenjar di wajah dan kulit kepala, serta menghantarkan rangsangan pengecap dari sebagian lidah.

g)Nervus trigeminus

Nervus trigeminus merupakan saraf kranial terbesar dan bersifat majemuk karena memiliki fungsi sensorik dan motorik. Saraf ini dikenal sebagai saraf kembar tiga karena terbagi menjadi tiga cabang utama yang masing-masing memiliki fungsi berbeda.

i.Nervus oftalmikus

Nervus oftalmikus bersifat sensorik dan berfungsi menghantarkan rangsangan dari kulit kepala bagian depan, kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata, serta permukaan bola mata.

ii.Nervus maksilaris

Nervus maksilaris merupakan saraf sensorik yang berperan dalam penghantaran rangsangan dari gigi atas, bibir atas, langit-langit mulut, batang hidung, rongga hidung, serta sinus maksilaris.

iii.Nervus mandibularis

Nervus mandibularis adalah cabang nervus trigeminus yang bersifat majemuk karena memiliki fungsi sensorik dan motorik. Serabut motoriknya menginervasi otot - osetonts oprieknygau nymahe,n gsheadnatanrgkkaann rsaenrgasbauntg an dari gigi
bawah, kulit daerah temporal, serta area dagu.

h)Nervus vestibulokoklearis

Nervus vestibulokoklearis merupakan saraf yang bersifat sensorik dan berperan dalam menghantarkan rangsangan yang berasal dari alat pendengaran dan organ keseimbangan di telinga bagian dalam menuju otak. Saraf ini berfungsi dalam proses pendengaran serta mdeenmgbaamntu menjaga keseimbangan tubuh mengirimkan informasi posisi dan gerakan kepala ke pusat saraf.

i) Nervus glosofaringeus

Nberrsviugas glosofaringeus adalah saraf yang majemuk karena memiliki fungsi sensorik dan motorik. Saraf ini menginervasi faring, tonsil, dan sebagian lidah, serta berperan dalam proses menelan. Selain itu, nervus glosofaringeus berfungsi menghantarkan rangsangan pengecapan atau citra rasa dari bagian belakang lidah menuju otak.

j) Nervus vagus

Nervus vagus merupakan saraf kranial yang bersifat majemuk dan memiliki serabut motorik, sensorik, serta parasimpatis. Saraf ini berperan dalam menginervasi berbagai organ penting, antara lain faring, laring, paru-paru, esofagus, lambung, usus halus, serta kelenjar-kelenjar pencernaan yang terdapat di dalam rongga abdomen. Nervus vagus berfungsi dalam mengatur

aktivitas organ-organ tersebut, termasuk fungsi pencernaan, pernapasan, serta penghantaran rangsangan sensasi viseral dan pengecapan tertentu.

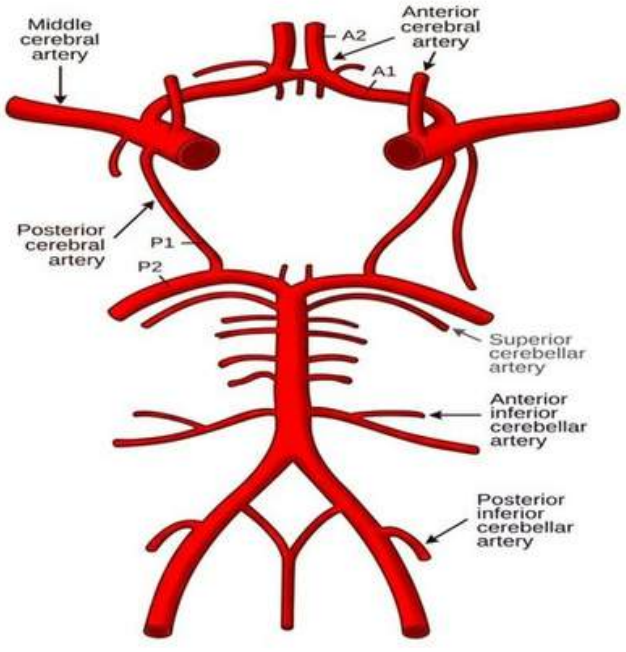
k)Nervus aksesorius

Nervus aksesorius merupakan saraf yang berfungsi untuk menginervasi otot sternokleidomastoideus dan trapezius. Saraf ini berperan dalam mengatur gerakan kepala dan bahu, sehingga sering disebut sebagai saraf tambahan yang mendukung fungsi motorik pada daerah leher dan bahu.

l) Nervus hipoglosus

Nervus hipoglosus adalah saraf yang bersifat motorik dan berfungsi mensarafi seluruh otot-otot lidah. Saraf ini berperan penting dalam proses berbicara, mengunyah, dan menelan, serta berasal dari bagian sumsum penyambung yang menghubungkan otak dengan sumsum tulang belakang.

b.Sistem sirkulasi darah ke otak



Gambar 2.2 Sirkulasi Willis
(Nyasa et al., 2021)

Otak memperoleh suplai darah melalui dua sistem pembuluh darah utama, yaitu sistem arteri karotis yang berperan dalam mensuplai bagian depan otak dan sistem arteri vertebralis yang bertugas menyalurkan darah ke bagian belakang otak. Arteri vertebralis berfungsi membawa darah ke bagian posterior dan inferior otak, termasuk medula obksloipnigtalt,a ,s erpeobneslu ma, tasue rtab abtagniga n obtawk,a h lolobb Sementara itu, arteri karotis bertanggung jawab dalam menyuplai darah ke bagian anterior dan superior otak, yang meliputi lobus frontalis, lobus parietalis, lobus temporalis, ganglia basal, serta kapsula interna. arteri karotis berasal dari percabangan arteri karotis komunis yang terletak kurang lebih setinggi tulang rawan tiroid, sedangkan arteri vertebralis kanan dan kiri berasal dari arteri subklavia. Kedua sistem pembuluh darah ini bekerja secara bersamaan untuk memastikan jaringan otak memperoleh pasokan darah, oksigen, dan nutrisi yang cukup. Apabila terjadi gangguan pada aliran darah serebral, tubuh memiliki mekanisme perlindungan berupa pembuluh darah pengganti yang dikenal sebagai sirkulasi willis (Ahmad et al., 2024).

Sirkulasi willis merupakan jaringan anastomosis pembuluh darah arteri yang terletak di dasar otak dan berfungsi menjaga kestabilan suplai darah ke otak apabila terjadi penyumbatan pada salah satu cabang arteri. Sistem ini tersusun atas tiga komponen utama, yaitu sirkulasi anterior, sirkulasi posterior, dan arteri komunikans. Sirkulasi willis mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan berperan

sebagai penghubung antara aliran darah yang berasal dari bagian depan dan bagian belakang otak. Melalui arteri komunikans anterior, darah dari arteri serebri anterior dapat dialirkan untuk menyuplai kedua hemisfer serebri. Selain itu, melalui arteri komunikans posterior, darah dari sistem arteri posterior dapat mengalir ke sirkulasi karotis, sehingga kebutuhan darah otak tetap terpenuhi meskipun terjadi gangguan pada salah satu jalur pembuluh darah utama (Salaudeen et al., 2024).

3.Etiologi

Stroke Non Hemoragik merupakan kondisi yang terjadi akibat adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke otak. Penyumbatan tersebut menyebabkan aliran darah ke jaringan otak mengalami penurunan secara bertahap atau bahkan dapat terhenti sepenuhnya. Keadaan ini umumnya disebabkan oleh proses aterosklerosis, yaitu penumpukan lemak dan kolesterol pada dinding pembuluh darah, maupun oleh terbentuknya bekuan darah yang menutup salah satu pembuluh darah yang menuju ke otak (Kosyakovsky et al., 2025).

Stroke Non Hemoragik terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga mengakibatkan berkurangnya suplai darah dan oksigen ke jaringan otak. Kondisi ini dapat muncul dalam bentuk trombosis serebral, aterosklerosis, maupun emboli serebral, yaitu penyumbatan pembuluh darah otak yang disebabkan oleh lepasnya gumpalan darah atau plak dari bagian tubuh lain. Proses penyumbatan tersebut menyebabkan penyempitan pembuluh darah yang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko, antara lain penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, kadar kolesterol yang tinggi, kebiasaan merokok, tingkat stres yang tinggi, pola dan gaya hidup yang tidak sehat,

syeanrtga behrikpeprtaennjsain. gaSne dlaaipna t imtue, nygeabnagbgkuaann k eraulisrakna n daatraauh kematian neuron motorik atas, yang berdampak pada gangguan fungsi gerak (Hanan & Ardhi, 2024).

Menurut Ambarika et al.(2023), stroke merupakan suatu penyakit yang terjadi akibat pengaruh berbagai faktor penyebab, bsehrsinifgaskteaing disebut sebagai penyakit yang multifaktorial. Terdapat sejumlah faktor risiko yang memiliki hubungan erat dengan terjadinya stroke, antara lain sebagai berikut:

a. Hipertensi

Hipertensi yang tidak terkontrol dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan terjadinya tekanan dan kerusakan pada lapisan endotel pembuluh darah. Kondisi ini memicu endotel untuk menghasilkan zat-zat proinflamasi, seperti *tumor necrosis factor alfa* dan interleukin satu. *Tumor necrosis factor alfa* dapat menyebabkan kematian sel endotel melalui jalur ekstrinsik serta memicu terjadinya nekrosis, sehingga terjadi penumpukan sel endotel yang mengalami kerusakan di dalam pembuluh darah. Sementara itu, interleukin satu merangsang pembentukan sel busa atau *foam cell* yang berperan dalam perkembangan plak aterosklerosis. Proses ini juga merangsang hati untuk meningkatkan produksi fibrinogen, yang dapat menghambat kerja sistem antikoagulan alami tubuh. Akibatnya, terjadi kondisi hiperkoagulasi atau peningkatan pembekuan darah yang memicu penumpukan plak pada dinding pembuluh darah.

b. Diabetes melitus

Kadar gula darah yang tinggi atau hiperglikemia pada penderita diabetes melitus dapat menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil di seluruh tubuh. Selain itu, hiperglikemia juga meningkatkan

kecenderungan terjadinya agregasi trombosit, yang bersama-sama dapat mempercepat proses terbentuknya aterosklerosis. Keadaan hiperglikemia juga dapat meningkatkan kekentalan darah, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah dan memperbesar risiko terjadinya Stroke Non Hemoragik. Selain itu, kadar gula darah yang tinggi dapat mempermudah terjadinya pembengkakan jaringan otak dan meningkatkan angka kematian pada pasien yang mengalami stroke.

c. Hiperkolesterolemia

Proses terjadinya aterosklerosis dimulai dari perubahan kolesterol lipoprotein densitas rendah menjadi bentuk yang lebih berbahaya setelah mengalami proses oksidasi, yang dikenal sebagai lipoprotein densitas rendah teroksidasi. Pada saat yang sama, lapisan endotel pembuluh darah dapat mengalami gangguan fungsi secara bertahap, yang dapat disertai dengan hilangnya lapisan endotel dan meningkatnya perlekatan trombosit. Molekul plasma dan partikel lipoprotein yang berukuran sesuai dapat menembus lapisan endotel yang rusak dan masuk ke ruang subendotel. Lipoprotein densitas rendah teroksidasi yang bersifat aterogenik akan tertahan di ruang tersebut dan menimbulkan efek toksik terhadap sel, memicu peradangan, serta menarik sel-sel imun. Akibat proses ini, endotel menjadi lebih aktif dan melepaskan berbagai sitokin, sementara produksi nitrogen monoksida yang berfungsi sebagai vasodilator mengalami penurunan. Selain itu, terjadi peningkatan ekspresi molekul adhesi yang menangkap monosit dan sel limfosit T. Monosit yang telah menelan lipoprotein densitas rendah teroksidasi akan berubah menjadi sel busa, yang kemudian berkembang menjadi inti lemak yang dilapisi jaringan fibrosa. Lapisan fibrosa ini dapat menjadi rapuh dan

memicu terbentuknya trombus. Sel-sel yang mengalami kematian akibat efek toksik lipoprotein densitas rendah teroksidasi juga berperan dalam proses pembentukan bekuan darah.

d. Penyakit jantung

Penyakit jantung merupakan salah satu faktor risiko penting yang dapat meningkatkan terjadinya stroke, terutama gangguan irama jantung yang dikenal sebagai fibrilasi atrium. Fibrilasi atrium adalah kondisi ketika denyut jantung, khususnya pada serambi kiri (atrium kiri), yang berlangsung secara tidak teratur dan cenderung lebih cepat. Keadaan ini menyebabkan kontraksi atrium menjadi tidak efektif sehingga aliran darah di dalam jantung menjadi tidak lancar. Akibatnya, darah dapat tertahan di dalam atrium kiri dan berpotensi membentuk gumpalan (*thrombus*). Terbentuknya gumpalan darah tersebut akan menurunkan kemampuan jantung dalam memompa darah secara efektif. Apabila gumpalan darah ini terlepas dan terbawa aliran darah menuju otak, maka dapat menyumbat pembuluh darah otak dan mengakibatkan terhambatnya suplai darah ke jaringan otak, yang pada akhirnya memicu terjadinya stroke. Kebiasaan merokok

e. Kebiasaan merokok

Kebiasaan merokok dalam jangka waktu yang lama dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke secara signifikan. Individu yang memiliki riwayat merokok lebih dari sepuluh tahun diketahui memiliki risiko terkena stroke beberapa kali lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang merokok dalam waktu yang lebih singkat. Jumlah rokok yang dikonsumsi setiap hari juga sangat memengaruhi proses terjadinya aterosklerosis, terutama pada pembuluh darah otak, yang merupakan salah satu penyebab utama stroke. Zat nikotin yang terkandung dalam rokok dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah,

sehingga pembuluh darah menjadi lebih kaku. Selain itu, paparan karbon monoksida dari asap rokok mengurangi kyeamngampuadarah dalam mengikat oksigen, menyebabkan peningkatan beban kerja jantung, timbulnya denyut jantung yang cepat, serta penyempitan pembuluh darah. Nikotin juga menghasilkan senyawa radikal bebas atau *reactive oxygen species* yang dapat merusak sel-sel endotel pembuluh darah melalui proses nekrosis. Aktivasi molekul adhesi pada dinding pembuluh darah mempermudah penempelan lemak yang telah mengalami oksidasi, sementara makrofag yang teraktivasi akan memakan lemak tersebut dan menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah serta penyempitan lumen pembuluh darah.

f. Kebiasaan mengonsumsi alkohol

Konsumsi minuman beralkohol dapat memberikan berbagai efek samping yang berkontribusi terhadap peningkatan risiko stroke. Efek tersebut meliputi peningkatan tekanan darah, pkaednainrgkatan osmolaritas plasma, meningkatnya homosistein dalam darah, gangguan pada otot jantung atau kardiomiopati, serta gangguan irama jantung. Seluruh kondisi tersebut dapat memperbesar kemungkinan terjadinya stroke. Namun, konsumsi alkohol dalam jumlah sedang dilaporkan dapat memberikan efek yang bersifat protektif, karena alkohol dapat menghambat penggumpalan trombosit, menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan kadar lipoprotein tertentu, meningkatkan kadar lipoprotein densitas tinggi, serta meningkatkan sensitivitas insulin.

g. Usia

Pertambahan usia merupakan faktor risiko yang tidak dapat dihindari dalam terjadinya stroke. Semakin bertambah usia seseorang, maka semakin tinggi pula kemungkinan terjadinya

stroke. Hal ini berkaitan dengan proses penuaan alami atau degenerasi yang terjadi pada tubuh, khususnya pada pembuluh darah, yang menjadi lebih kaku akibat penumpukan plak pada dinding pembuluh darah. Risiko stroke diketahui meningkat secara signifikan setelah seseorang memasuki usia 55 tahun, bahkan dapat meningkat dua kali lipat setiap sepuluh tahun berikutnya. Meskipun demikian, kondisi ini tidak menutup kemungkinan bahwa stroke juga dapat terjadi pada kelompok usia yang lebih muda.

h. Jenis kelamin

Stroke dapat terjadi baik pada laki-laki maupun perempuan. Namun, terdapat perbedaan risiko yang dipengaruhi oleh faktor hormonal. Pada laki-laki, kadar hormon estrogen relatif lebih rendah dibandingkan pada perempuan. Hormon estrogen memiliki peran penting sebagai pelindung alami terhadap proses aterosklerosis, yaitu dengan membantu menjaga keseimbangan kadar kolesterol dalam darah. Estrogen berperan dalam mempertahankan kadar kolesterol baik atau

high density lipoprotein tetap lebih tinggi dibandingkan kolesterol jahat atau *low density lipoprotein*. Selain itu, hormon etesrtjraodgineyna pjuegmab ekbuearnfu ndgasrai h mdenguarunn kmaenn ghra koagulasi berlebihan. Namun, setelah perempuan memasuki masa menopause, kadar hormon estrogen di dalam tubuh akan mengalami penurunan yang signifikan. Penurunan hormon estrogen dapat menyebabkan kerusakan pada lapisan endotel pembuluh darah dan memicu terbentuknya plak aterosklerosis. Akibatnya, risiko terjadinya stroke pada perempuan setelah menopause menjadi setara dengan risiko pada laki-laki.

4. Patofisiologi

Faktor risiko utama yang berperan dalam terjadinya stroke nonhemoragik meliputi kebiasaan merokok, hipertensi, kadar kolesterol yang tinggi, diabetes melitus, penyakit jantung, pertambahan usia, serta jenis kelamin. Faktor-faktor tersebut dapat memicu terjadinya proses aterosklerosis pada pembuluh darah yang menyuplai otak. Hal ini umumnya disebabkan oleh terbentuknya trombus akibat plak aterosklerosis pada pembuluh darah otak yang berasal dari pembuluh darah di luar otak dan kemudian menyumbat arteri otak. Trombus maupun embolus yang terbentuk dapat terlepas dan terbawa oleh aliran darah hingga terperangkap pada pembuluh darah yang lebih kecil dan distal. Keadaan ini menyebabkan berkurangnya aliran darah ke jaringan otak, sehingga sel-sel otak mengalami kekurangan oksigen dan noutatkri smi. enKgeakuibratnkgaann t erjoakdsinigyean gadnagng uagnl umkeotsaa asidosis metabolik (Xianwu Cheng, 2022).

Kondisi tersebut menyebabkan masuknya natrium klorida dan air ke dalam sel otak, sementara ion kalium keluar dari sel, sehingga terjadi pembengkakan sel atau edema serebri. Edema ini dapat menimbulkan gejala klinis seperti nyeri kepala, pusing, serta penurunan tingkat kesadaran. Edema otak yang semakin berat dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial secara signifikan. Peningkatan tekanan intrakranial ini berisiko menimbulkan dilatasi pembuluh darah atau aneurisma yang dapat pecah dan menyebabkan perdarahan serebral. Apabila perdarahan terjadi dalam area otak yang luas, maka dapat menyebabkan penurunan perfusi otak, peningkatan tekanan intrakranial yang berat, hingga terjadinya herniasi otak dan berakhir pada kematian. Pada beberapa kasus, edema dapat berkurang dalam hitungan jam

hingga beberapa hari, yang ditandai dengan adanya perbaikan kondisi neurologis (Hladky & Barrand, 2024).

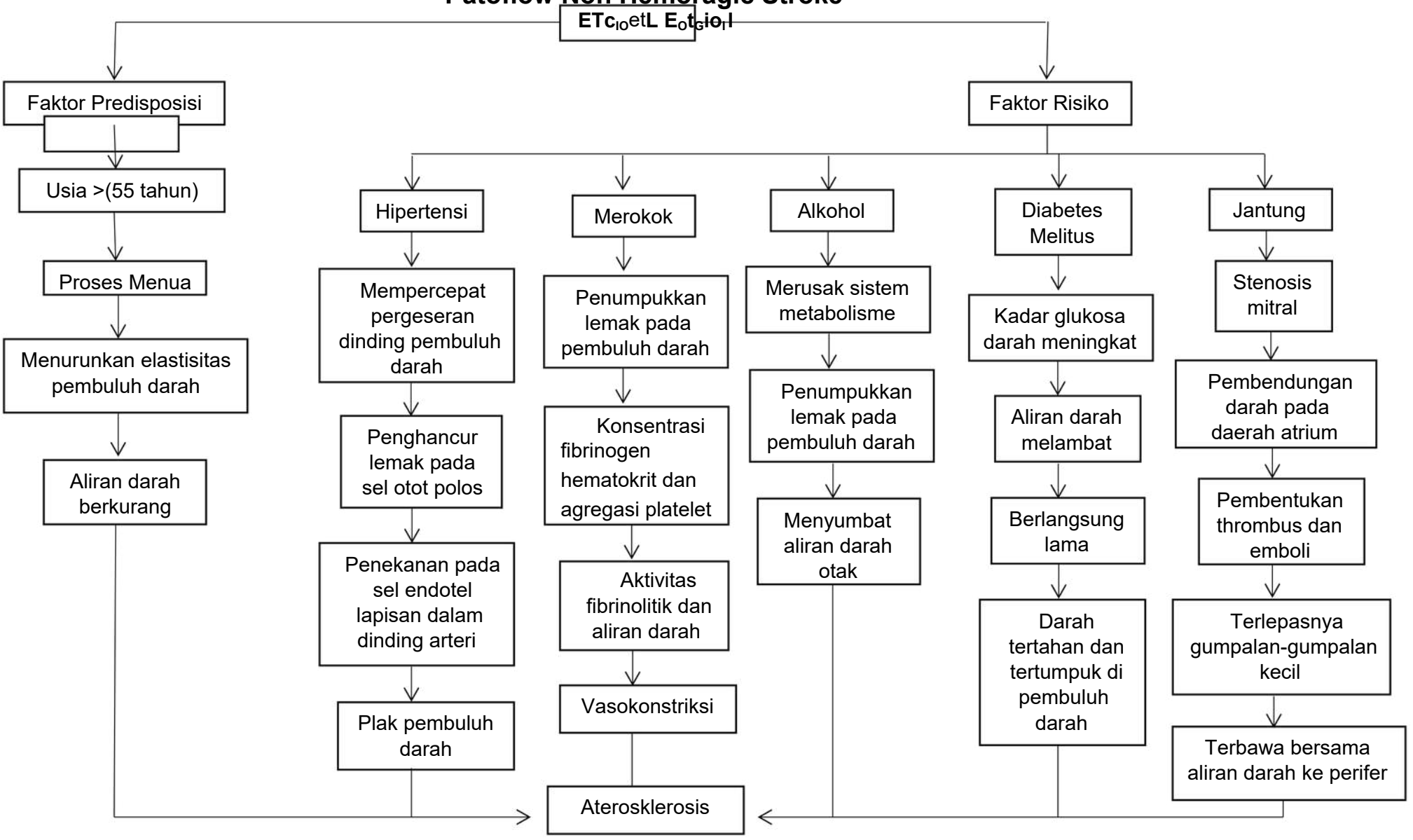
Infark serebri yang terjadi pada penderita Stroke Non Hemoragik menyebabkan terhentinya suplai darah ke area tertentu di otak. Luas dan beratnya infark sangat bergantung pada lokasi suemrtab atkaenm, amupkuraann siprkeumlabsui luhko ladtearraalh daylamng mten tersebut. Infark yang terjadi pada satu hemisfer otak dapat menyebabkan kelumpuhan atau kelemahan pada sisi tubuh yang berlawanan. Sementara itu, infark bilateral dapat mengakibatkan gangguan pada kedua sisi tubuh berupa kelemahan atau kelumpuhan ekstremitas, disertai penurunan kekuatan otot dan keterbatasan rentang gerak. Kerusakan pada hemisfer kiri otak sering kali menimbulkan gangguan fungsi bicara dan bahasa. Penurunan aliran darah otak regional atau *cerebral blood flow* pada area tertentu menyebabkan jaringan otak terisolasi dari suplai oksigen dan glukosa yang dibutuhkan untuk metabolisme. Akibatnya, fungsi jaringan otak tersebut terganggu dan muncul defisit neurologis seperti paralisis, hemiparesis, hemiparestesia, serta gangguan fungsi luhur seperti afasia. Apabila penyumbatan terjadi pada arteri serebri media, terutama pada hemisfer dominan bahasa, maka dapat timbul gangguan bicara yang berat (Deliana et al., 2024).

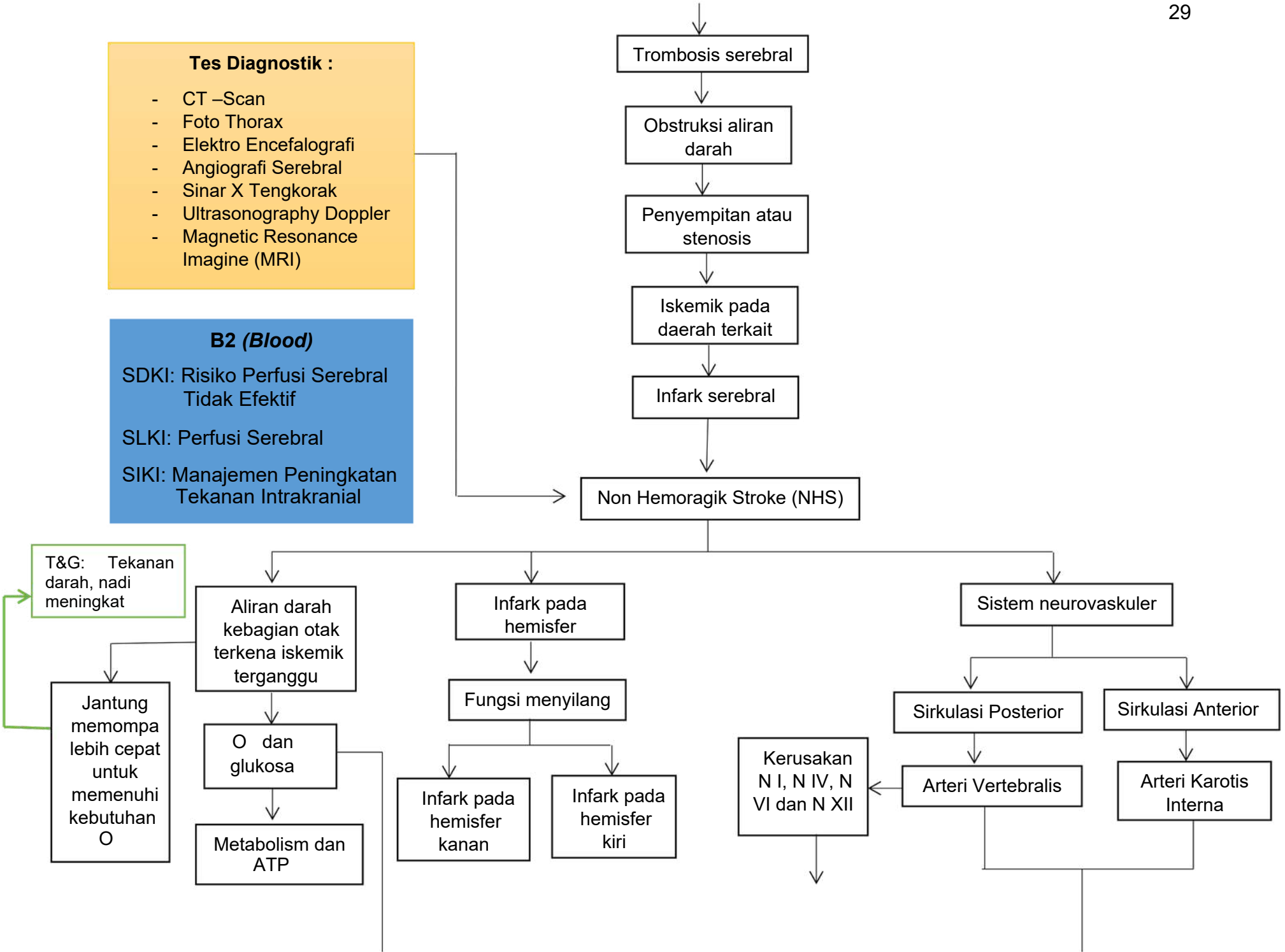
Infark yang mengenai batang otak, khususnya pons dan medula oblongata, dapat menyebabkan terjadinya disartria. Di daerah pons terdapat inti saraf kranial, seperti nervus trigeminus dan nervus fasialis, yang berperan dalam persarafan otot-otot wajah, termasuk otot *buccinator*, *masseter*, dan temporalis. Sementara itu, pada medula oblongata terdapat nervus hipoglosus yang menginervasi otot-otot lidah. Selain itu, nervus vagus yang berperan dalam proses menelan juga dapat terlibat, sehingga

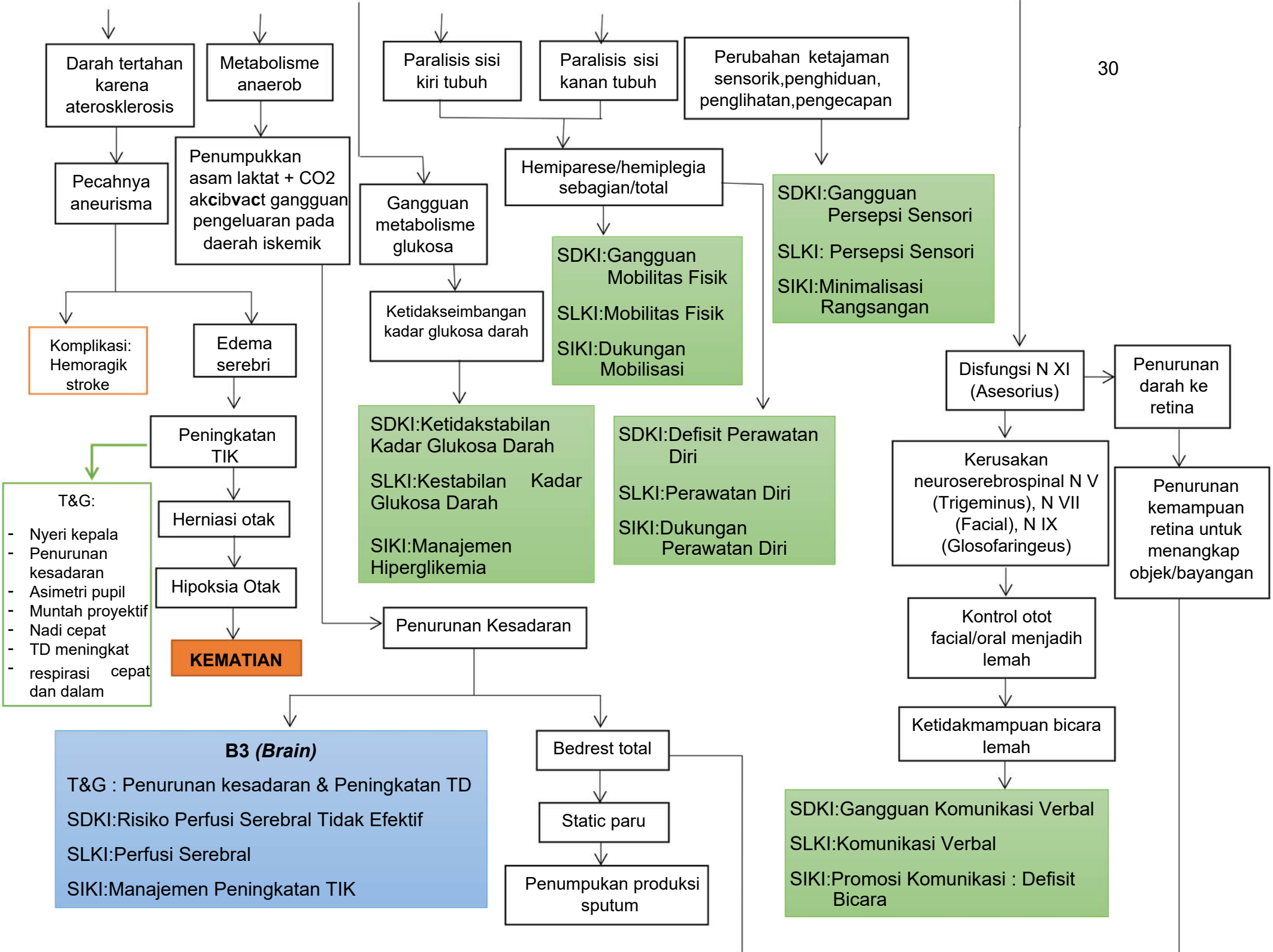
gangguan pada saraf-saraf tersebut menyebabkan kesulitan berbicara dan menelan (Raamprasath et al., 2024).

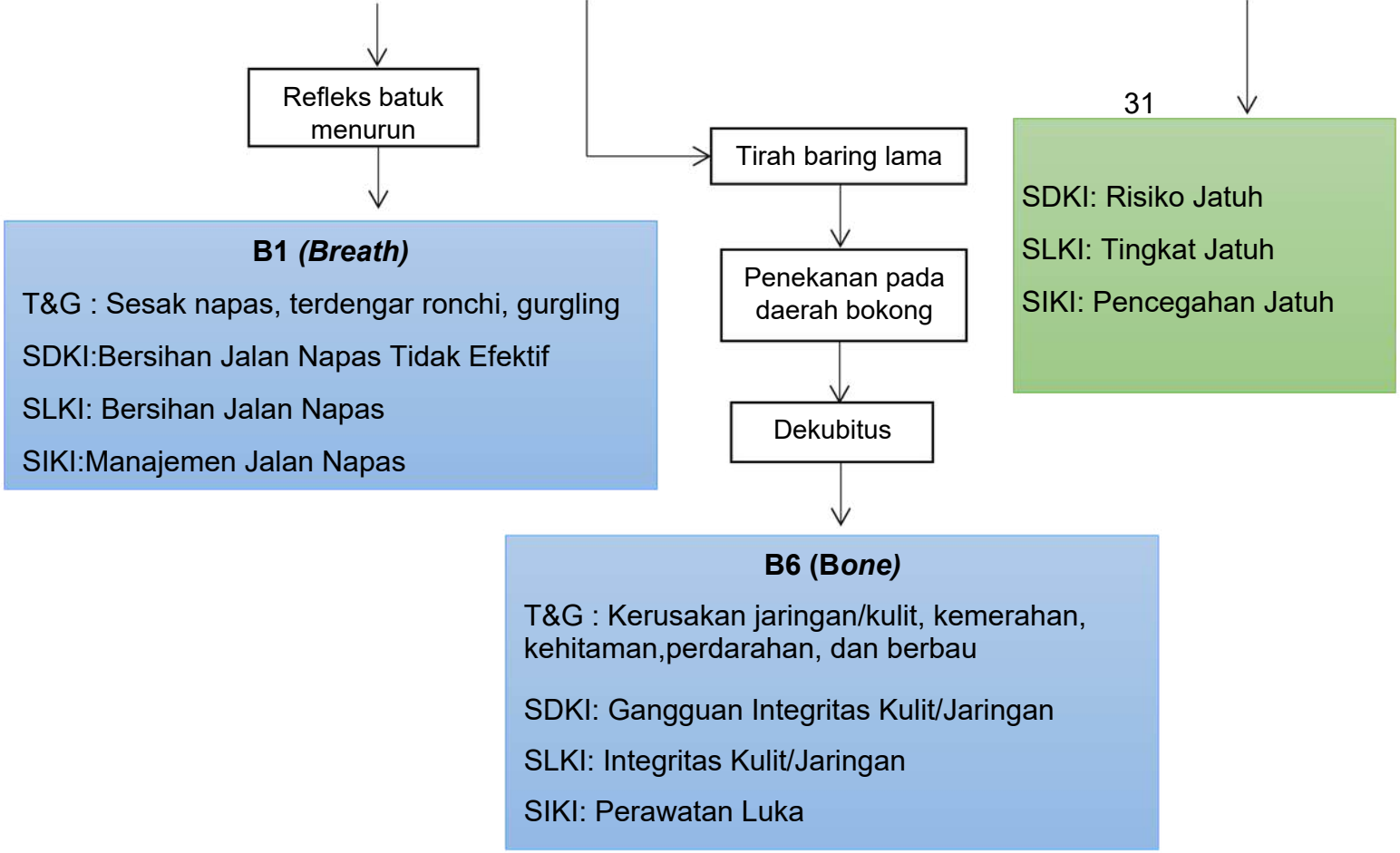
Sumbatan pada arteri karotis interna tidak selalu langsung menimbulkan gejala neurologis, karena adanya aliran darah pengganti melalui sirkulasi willis. Sirkulasi willis merupakan jaringan pembuluh darah di dasar otak yang menghubungkan sirkulasi anterior dan posterior otak. Sistem ini berfungsi mempertahankan suplai darah otak apabila terjadi gangguan pada salah satu pembuluh darah utama. Namun, ketidakstabilan hemodinamik pada sirkulasi willis dapat tetap menyebabkan gangguan aliran darah dan kerusakan jaringan otak.

Patoflow Non Hemoragic Stroke




Tes Diagnostik :
- CT –Scan
- Foto Thorax
- Elektro Encefalografi
- Angiografi Serebral
- Sinar X Tengkorak
- Ultrasonography Doppler
- Magnetic Resonance Imagine (MRI)
B2 (Blood)
SDKI: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
SLKI: Perfusi Serebral
SIKI: Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial
Trombosis serebral
Obstruksi aliran darah
Penyempitan atau stenosis
Iskemik pada daerah terkait
Infark serebral
Non Hemoragik Stroke (NHS)
T&G: Tekanan darah, nadi meningkat
Aliran darah kebagian otak terkena iskemik terganggu
Jantung memompa lebih cepat untuk memenuhi kebutuhan O
O dan glukosa
Metabolism dan ATP
Infark pada hemisfer
Fungsi menyilang
Infark pada hemisfer kanan
Infark pada hemisfer kiri
Sistem neurovaskuler
Sirkulasi Posterior
Sirkulasi Anterior
Kerusakan N I, N IV, N VI dan N XII
Arteri Vertebralis
Arteri Karotis Interna


Darah tertahan karena aterosklerosis
Metabolisme anaerob
Paralisis sisi kiri tubuh
Paralisis sisi kanan tubuh
Perubahan ketajaman sensorik,penghiduan, penglihatan,pengecapan
Pecahnya aneurisma
Penumpukkan asam laktat + CO2 akcibvact gangguan pengeluaran pada daerah iskemik
Gangguan metabolisme glukosa
Hemiparese/hemiplegia sebagian/total
SDKI:Gangguan Persepsi Sensori
SLKI: Persepsi Sensori
SIKI:Minimalisasi Rangsangan
Komplikasi: Hemoragik stroke
Edema serebri
Ketidakseimbangan kadar glukosa darah
SDKI:Gangguan Mobilitas Fisik
SLKI:Mobilitas Fisik
SIKI:Dukungan Mobilisasi
Disfungsi N XI (Asesorius)
Penurunan darah ke retina
Peningkatan TIK
SDKI:Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
SLKI:Kestabilan Kadar Glukosa Darah
SIKI:Manajemen Hiperglikemia
SDKI:Defisit Perawatan Diri
SLKI:Perawatan Diri
SIKI:Dukungan Perawatan Diri
Kerusakan neuroserebrospinal N V (Trigeminus), N VII (Facial), N IX (Glosofaringeus)
Penurunan kemampuan retina untuk menangkap objek/bayangan
T&G:
- Nyeri kepala
- Penurunan kesadaran
- Asimetri pupil
- Muntah proyektif
- Nadi cepat
- TD meningkat
- respirasi cepat dan dalam
Herniasi otak
Hipoksia Otak
KEMATIAN
Penurunan Kesadaran
Kontrol otot facial/oral menjadih lemah
Ketidakmampuan bicara lemah
B3 (Brain)
T&G : Penurunan kesadaran & Peningkatan TD
SDKI:Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
SLKI:Perfusi Serebral
SIKI:Manajemen Peningkatan TIK
Bedrest total
Static paru
Penumpukan produksi sputum
SDKI:Gangguan Komunikasi Verbal
SLKI:Komunikasi Verbal
SIKI:Promosi Komunikasi : Defisit Bicara


Refleks batuk menurun
Tirah baring lama
SDKI: Risiko Jatuh
SLKI: Tingkat Jatuh
SIKI: Pencegahan Jatuh
B1 (Breath)
T&G : Sesak napas, terdengar ronchi, gurgling
SDKI:Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
SLKI: Bersihan Jalan Napas
SIKI:Manajemen Jalan Napas
Penekanan pada daerah bokong
Dekubitus
B6 (Bone)
T&G : Kerusakan jaringan/kulit, kemerahan, kehitaman,perdarahan, dan berbau
SDKI: Gangguan Integritas Kulit/Jaringan
SLKI: Integritas Kulit/Jaringan
SIKI: Perawatan Luka

5.Manifestasi Klinis

Menurut Charan et al. (2024), manifestasi klinis pada Stroke Non Hemoragik dapat muncul dengan berbagai bentuk dan tingkat keparahan. Tanda dan gejala yang timbul sangat dipengaruhi oleh lokasi jaringan otak yang mengalami kerusakan, luas area yang terkena, serta kemampuan pembuluh darah kolateral dalam mempertahankan aliran darah ke otak. Berikut beberapa manifestasi klinis yang sering ditemukan pada penderita Stroke Non Hemoragik:

a. Kelemahan anggota gerak

Kelemahan anggota gerak merupakan salah satu tanda yang paling sering dijumpai pada penderita stroke. Gejala ini

bdeiansgaanny ab erkmuuranncgunl ya saetcaaur ah ilantigbnay-taib ak,e kudaittaann dpaai da satu sisi

tubuh, baik pada lengan saja, tungkai saja, maupun kombinasi antara lengan dan tungkai pada sisi yang sama. Gangguan aliran darah ke otak bagian kanan akan menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan pada sisi kiri tubuh, sedangkan gangguan pada otak bagian kiri akan berdampak pada sisi kanan tubuh. Kondisi ini dikenal sebagai hemiparesis dan dapat berkembang menjadi kelumpuhan total apabila kerusakan jaringan otak cukup luas.

b.Wajah tampak tidak simetris

Perubahan bentuk wajah yang tampak tidak seimbang atau tidak simetris merupakan gejala yang sering menyertai stroke. Kondisi ini terjadi akibat gangguan pada saraf kranial yang mengontrol otot-otot wajah. Wajah dapat tampak mencong ke salah satu sisi, sudut mulut turun, atau kesulitan menggerakkan otot wajah. Gejala ini sering muncul bersamaan dengan bicara pelo serta kelemahan anggota gerak pada satu sisi tubuh.

c. Gangguan bicara

Gangguan bicara juga merupakan manifestasi klinis yang sering terjadi pada pasien Stroke Non Hemoragik. Pasien dapat mengalami kesulitan dalam mengucapkan kata-kata secara jelas sehingga bicara terdengar cadel atau pelo (disartria). Pada kondisi yang lebih berat, pasien dapat mengalami afasia, myaeitmu ahakmeitidakmampuuntuk berbicara, pembicaraan, membaca, atau menulis, terutama bila area otak yang berperan dalam fungsi bahasa mengalami kerusakan.

d. Pusing atau vertigo

Keluhan pusing atau sensasi berputar (vertigo) merupakan salah satu gejala yang dapat dialami oleh penderita stroke. Pusing ini dapat muncul secara tiba-tiba dan terkadang disertai mual serta muntah, meskipun pada beberapa kasus dapat terjadi tanpa gejala penyerta. Gangguan pada sistem keseimbangan yang dikendalikan oleh serebelum atau batang otak menjadi penyebab utama munculnya vertigo pada Stroke Non Hemoragik.

Menurut manifestasi klinis Stroke Non Hemoragik sangat bergantung pada sisi dan bagian otak yang terkena, ukuran lesi, serta keberadaan sirkulasi kolateral. Pada fase akut stroke, gejala klinis yang sering dijumpai meliputi kelumpuhan atau kelemahan pada wajah maupun anggota tubuh di satu sisi yang terjadi secara mendadak. Selain itu, dapat ditemukan gangguan sensibilitas pada stiangtuk ata ktaeus adbaerbaenr aypaan g bbaegrviaanr iastui,b muhu,l ais deartrai letargi, stupor, hingga koma (Sukmara et al., 2026).

Gejala lain yang juga sering muncul adalah gangguan kemampuan berbicara, baik berupa afasia maupun disartria. Pasien

dapat mengalami gangguan penglihatan, seperti pandangan ganda atau diplopia, akibat keterlibatan jalur saraf penglihatan. Nyeri kepala yang disertai mual dan muntah juga dapat menjadi bagian dari manifestasi klinis Stroke Non Hemoragik, terutama pada kondisi dengan peningkatan tekanan intrakranial (Lengga Serafina, 2023).

6.Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke dilakukan untuk memastikan diagnosis, menentukan jenis stroke, serta mengetahui lokasi dan luas kerusakan jaringan otak. Menurut Broocks & Meyer (2023), terdapat beberapa jenis pemeriksaan penunjang yang sangat diperlukan dalam membantu menegakkan diagnosa stroke, yang meliputi pemeriksaan radiologi dan pemeriksaan laboratorium.
a.Pemeriksaan Radiologi

1) *Computed Tomography Scan (CT-Scan)*
   CT-Scan kepala merupakan salah satu pemeriksaan peansiceintr aadne ngyan g dupgaalianng sstreorkineg. Pdeigmunearikasana np aidnai bertujuan untuk menampilkan gambaran struktur otak secara jelas sehingga dapat diketahui lokasi terjadinya pembengkakan jaringan otak (edema), keberadaan dan posisi hematoma, serta area otak yang mengalami iskemia atau infark. Pada hasil CT-Sfockandapat ditemukan gambaran hiperdens penumpukan darah di ventrikel, atau penyebaran darah ke permukaan otak tergantung pada jenis dan beratnya kerusakan yang terjadi.
2) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*
   Magnetic resonance imaging merupakan pemeriksaan pencitraan yang memanfaatkan medan magnet untuk menghasilkan gambaran otak dengan tingkat ketelitian yang

lebih tinggi. Pemeriksaan ini digunakan untuk mengetahui secara lebih akurat lokasi, ukuran, dan luas jaringan otak yang mengalami kerusakan. Melalui pemeriksaan *magnetic resonance imaging* dapat terlihat area lesi dan daerah infark yang terjadi akibat gangguan aliran darah otak, sehingga sangat membantu dalam menentukan tingkat keparahan kondisi pasien stroke.

3) Foto Thoraks

Pemeriksaan foto rontgen dada dilakukan untuk menilai kondisi jantung dan paru-paru. Pada pasien stroke, foto toraks dapat menunjukkan adanya pembesaran ventrikel kiri yang sering berkaitan dengan hipertensi kronis. Selain itu, pemeriksaan ini juga dapat memberikan gambaran adanya pergeseran kelenjar pineal ke sisi yang berlawanan akibat tekanan massa yang meluas di dalam rongga kepala.

Elektroensefalografi (EEG)

4)

EEG merupakan pemeriksaan yang bertujuan untuk merekam aktivitas listrik otak. Pemeriksaan ini dapat membantu mengidentifikasi gangguan fungsi otak berdasarkan pola gelombang otak yang terekam. Selain itu, *EEG* juga dapat menunjukkan adanya area otak tertentu yang mengalami lesi atau gangguan aktivitas, terutama pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran atau kejang.

5) Angiografi Serebral

Akonngdioisgi rapfei mbsuelruehb rdaal rahd iloatkaukk asenc aruan tleubk ih rminecli.h aPte meriksaan ini sangat berguna dalam menentukan penyebab stroke secara spesifik, seperti adanya penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah, perdarahan, oklusi arteri, maupun ruptur pembuluh darah yang berpotensi menimbulkan gangguan aliran darah ke otak.

6) Foto Rontgen Tengkorak

Pemeriksaan sinar-X pada tengkorak dapat menunjukkan adanya perubahan atau pergeseran kelenjar pineal ke sisi yang berlawanan akibat tekanan massa yang besar di dalam otak. Selain itu, pemeriksaan ini juga dapat membantu mengidentifikasi adanya kalsifikasi pada arteri karotis interna, penebalan sebagian dinding pembuluh darah, serta adanya aneurisma, khususnya pada kasus perdarahan subaraknoid.

b.Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan darah lengkap meliputi pengukuran kadar hemoglobin, jumlah eritrosit, leukosit, dan trombosit.

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui kondisi umum darah pasien, seperti adanya anemia, gangguan sistem imun, atau kelainan jumlah trombosit. Peningkatan jumlah leukosit di atas nilai normal dapat mengindikasikan adanya proses infeksi yang sedang berlangsung pada pasien (Li et al., 2023).

2) Pemeriksaan Kimia Darah

Pemeriksaan kimia darah dilakukan untuk menilai kadar gula darah, kolesterol, asam urat, serta parameter metabolik lainnya. Pada pasien dengan stroke sering ditemukan kadar glukosa darah yang tinggi. Kondisi hiperglikemia, terutama pada pasien dengan riwayat diabetes melitus yang tidak terkontrol, dapat menjadi salah satu faktor risiko utama terjadinya stroke.

3) Pemeriksaan Koagulasi Darah

Pemeriksaan koagulasi darah bertujuan untuk menilai kemampuan pembekuan darah pasien. Pemeriksaan koagulasi darah meliputi pemeriksaan *prothrombin time*,

partial thromboplastin time, *international normalized ratio,* serta pemeriksaan agregasi trombosit. Pada keempat pemeriksaan tersebut digunakan untuk mengetahui kecepatan dan efektivitas proses pembekuan darah. Pada sebagian besar pasien stroke nonhemoragik, hasil pemeriksaan *prothrombin time* dan *partial thromboplastin time* umumnya berada dalam batas normal.

7.Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada pasien Stroke Non Hemoragik bertujuan untuk memulihkan aliran darah otak, mencegah perluasan kerusakan jaringan otak, serta menurunkan risiko komplikasi dan kekambuhan. Menurut Lou (2024), penanganan medis pada pasien stroke non hemoragik dibagi menjadi dua kelompok utama, yaitu terapi farmakologis dan terapi nonfarmakologis.

a.Penatalaksanaan Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan untuk memperbaiki perfusi otak yang terganggu, mencegah pembentukan bekuan darah baru, serta melindungi jaringan saraf dari kerusakan lebih lanjut. Obat- obatan yang digunakan meliputi agen trombolitik, antikoagulan, asenptiperlatit esleitti,k olain tiahtipaeur tepnirsais, etsaemrt,a teorubtatm an epuarodpar opteakstiief n dengan gangguan bicara seperti afasia.

1) Terapi Fibrinolitik atau Trombolitik (rt-PA)

Obat golongan fibrinolitik digunakan sebagai terapi reperfusi pada fase akut stroke non hemoragik dengan tujuan melarutkan bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah otak. Adapun jenis-jenis obat trombolitik yaitu *alteplase*, *tenecteplase*, dan *reteplase*, namun di Indonesia obat yang tersedia dan paling sering digunakan adalah alteplase.

Mekanisme kerja obat ini adalah dengan mengaktifkan plasminogen yang berikatan dengan fibrin sehingga trombus dapat terurai. Efek sampingnya dapat menimbulkan adanya risiko perdarahan, baik perdarahan intrakranial maupun pkemrduanraghkainnasaplada n pencernaan, terormjadbionyiaik dema. Pemberian terapi memberikan hasil terbaik apabila dilakukan dalam waktu kurang dari tiga jam sejak timbulnya gejala, dan masih dapat dipertimbangkan hingga empat setengah sampai lima jam setelah onset untuk meningkatkan peluang perbaikan fungsi neurologis dan menurunkan angka kematian.

2) Terapi Antikoagulan

Obat antikoagulan digunakan untuk mencegah terjadinya stroke berulang yang disebabkan oleh emboli, serta untuk menurunkan risiko tromboemboli vena. Golongan obat antikoagulan yang sering digunakan adalah heparin tidak terfraksinasi (*unfractionated heparin*) dan heparin dengan berat molekul rendah (*low molecular weight heparin*). Terapi ini dapat diberikan dalam waktu 48 jam setelah munculnya gejala stroke dengan tujuan pencegahan tromboemboli, namun tidak boleh diberikan bersamaan dengan terapi trombolitik dalam 24 jam pertama. Penggunaan antikoagulan lebih sering ditujukan sebagai pencegahan sekunder jangka panjang, terutama pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke yang berasal dari sumber kardioemboli.

3) Terapi Antiplatelet

Pemberian obat antiplatelet dilakukan untuk menghambat penggumpalan trombosit sehingga dapat mencegah terbentuknya sumbatan baru pada pembuluh darah otak. Terapi ini umumnya diberikan dalam waktu 48 jam setelah serangan stroke dan terbukti dapat mengurangi luas

kerusakan jaringan otak. Obat antiplatelet yang sering digunakan antara lain aspirin dan clopidogrel. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dapat diberikan pada fase awal dalam 24 jam pertama dan dilanjutkan selama kurang lebih 21 hari untuk hasil optimal pada pasien tertentu.

4) Terapi Antihipertensi

Pengendalian tekanan darah sangat penting pada pasien stroke iskemik yang direncanakan menerima terapi trombolitik. Jika tekanan darah pasien melebihi 185/110 mmHg, maka terapi rt-PA tidak dapat langsung diberikan dan tekanan darah harus diturunkan terlebih dahulu. Obat yang dapat digunakan antara lain labetalol dengan dosis 10–20 mg intravena yang diberikan selama 1–2 menit dan dapat diulang satu kali bila diperlukan.

Alternatif lain adalah nikardipin yang diberikan secara intravena dengan dosis awal 5 mg per jam, kemudian dititrasi dengan peningkatan 2,5 mg per jam setiap 5–15 menit hingga tercapai tekanan darah target, dengan maksimum 15 mg per jam. Apabila tekanan darah tidak dapat diturunkan hingga di bawah 185/110 mmHg, maka terapi rt-PA tidak boleh diberikan.

Pada pasien yang telah menerima rt-PA namun tekanan darah sistolik meningkat di atas 180–230 mmHg atau tekanan diastolik di atas 105–120 mmHg, maka terapi antihipertensi tetap dilanjutkan menggunakan labetalol atau nikardipin sesuai dosis yang dianjurkan. Selama dan setelah pemberian rt-PA, tekanan darah harus dijaga di bawah 180/105 mmHg dan dipantau secara ketat setiap 15 menit selama dua jam pertama, setiap 30 menit selama enam jam berikutnya, dan setiap satu jam selama 16 jam selanjutnya.

b.Penatalaksanaan Nonfarmakologis

Menurut Hasan et al.(2021), terdapat penatalaksanaan Nonfarmakologis yaitu sebagai berikut:

1) Fase Akut

Pada fase akut, perawatan difokuskan pada stabilisasi kondisi pasien dan pencegahan komplikasi. Posisi kepala pasien dianjurkan ditinggikan sekitar 30 derajat dengan kepala dan dada berada pada satu garis lurus. Posisi tidur pasien perlu diubah setiap dua jam untuk mencegah dekubitus, dan mobilisasi dilakukan secara bertahap setelah kondisi hemodinamik stabil.hal-hal yang perlu di perhatikan yaitu

a) Jalan napas harus dipastikan tetap terbuka dan pasien dapat diberikan oksigen dengan aliran 1–2 liter per menit hingga hasil analisis gas darah tercapai. Jika diperlukan, tindakan intubasi dapat dilakukan untuk mempertahankan ventilasi adekuat.

b) Demam harus segera ditangani dengan kompres dan pemberian obat antipiretik, serta dilakukan pencarian penyebab demam. Apabila kandung kemih penuh, pengosongan dapat dilakukan,sebaiknya menggunakan kateterisasi intermiten.

c) Pemberian cairan dan nutrisi sangat penting karena pasien stroke berisiko mengalami dehidrasi akibat penurunan kesadaran atau gangguan menelan. Cairan isotonik seperti kristaloid atau koloid diberikan sebanyak 1500– 2000 ml per hari sesuai kebutuhan elektrolit pasien. Cairan yang mengandung glukosa sebaiknya dihindari. Pemberian nutrisi melalui mulut hanya dilakukan apabila fungsi menelan baik, sedangkan pada

pasien dengan disfagia dianjurkan menggunakan selang nasogastrik.

d) Kadar gula darah juga harus dipantau secara ketat. Apabila kadar gula darah melebihi 150 mg/dL, maka perlu dilakukan koreksi dengan pemberian insulin intravena secara kontinu selama dua hingga tiga hari pertama hingga kadar gula darah mencapai batas aman.

2) Fase Rehabilitasi

Pada fase rehabilitasi, penatalaksanaan difokuskan pada pemulihan fungsi dan kemandirian pasien. Mobilisasi dini dilakukan untuk mencegah komplikasi imobilisasi. Pasien juga dianjurkan menjalani fisioterapi secara teratur untuk meningkatkan kekuatan otot dan koordinasi gerak. Selain itu, latihan mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi atau *range of motion* sangat penting untuk mencegah kekakuan sendi dan atrofi otot.

3) Tindakan Pembedahan

Tindakan bedah dipertimbangkan pada kondisi tertentu, seperti apabila terjadi perdarahan serebrum dengan diameter lebih dari tiga sentimeter atau volume perdarahan melebihi 50 ml. Pembedahan dilakukan untuk tujuan dekompresi otak atau pemasangan pintasan ventrikuloperitoneal pada pasien dengan hidrosefalus obstruktif akut.

8.Komplikasi

Menurut Aleksandar (2025), pasien yang mengalami stroke non hemoragik berisiko mengalami berbagai komplikasi yang dapat memperburuk kondisi klinis apabila tidak ditangani dengan tepat. Komplikasi tersebut dapat terjadi akibat kerusakan jaringan otak, gangguan kesadaran, serta keterbatasan mobilitas yang dialami

pasien. Beberapa komplikasi yang sering muncul antara lain sebagai berikut:

a. Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Tekanan intrakranial merupakan tekanan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara jaringan otak, volume darah di dalam rongga tengkorak, serta cairan serebrospinal (CSS). Rongga tengkorak bersifat kaku dan tidak dapat mengembang, sehingga setiap peningkatan volume pada salah satu komponen tersebut harus diimbangi dengan penurunan volume komponen lainnya agar tekanan tetap stabil. Pada kondisi Stroke Non Hemoragik, pembengkakan jaringan otak atau peningkatan volume darah serebral dapat mengganggu keseimbangan tersebut. Apabila mekanisme kompensasi tidak mampu mengimbangi perubahan volume, maka tekanan intrakranial akan meningkat dan dapat menimbulkan gangguan kesadaran, nyeri kepala hebat, hingga kerusakan jaringan otak lebih lanjut.

b. Gagal Napas

Penurunan tingkat kesadaran pada pasien stroke dapat menyebabkan gangguan pada mekanisme pernapasan. Dalam keadaan tidak sadar, refleks proteksi jalan napas menjadi menurun sehingga lidah dapat jatuh ke belakang dan menyumbat orofaring. Kondisi ini menghambat aliran udara ke paru-paru dan dapat berujung pada kegagalan pernapasan apabila jalan napas tidak segera diamankan dan dipertahankan dengan baik.

c. Disfagia

Kerusakan pusat saraf akibat stroke sering kali memengaruhi koordinasi dan refleks menelan. Gangguan menelan atau disfagia menyebabkan makanan dan minuman sulit masuk ke saluran cerna dengan aman, sehingga berisiko masuk ke

saluran pernapasan. Aspirasi yang terjadi secara berulang dapat menimbulkan komplikasi serius seperti pneumonia aspirasi dan memperburuk kondisi umum pasien.

d. Pembentukan Bekuan Darah (Trombosis)

Pasien stroke yang mengalami kelumpuhan dan imobilisasi, terutama pada ekstremitas bawah, memiliki risiko tinggi terbentuknya bekuan darah di pembuluh vena kaki. Kondisi ini dapat menyebabkan penumpukan cairan dan pembengkakan pada tungkai. Apabila bekuan darah tersebut terlepas dan terbawa aliran darah menuju paru-paru, maka dapat terjadi emboli paru, yaitu sumbatan pada pembuluh darah paru yang berpotensi mengancam jiwa.

e. Dekubitus

Keterbatasan mobilitas pada pasien stroke menyebabkan tekanan yang terus-menerus pada area tubuh tertentu, seperti punggung, sendi kaki, dan tumit. Tpienkgagnbakan berkepanjangan ini dapat mengganggu aliran darah ke jaringan kulit dan jaringan di bawahnya sehingga menimbulkan luka tekan atau dekubitus. Jika tidak dirawat dengan baik, luka tersebut dapat berkembang menjadi ulkus dekubitus yang mudah terinfeksi dan sulit sembuh.

f. Pneumonia

Gangguan batuk dan refleks menelan pada pasien stroke menyebabkan sekresi dan cairan mudah menumpuk di saluran pernapasan. Akumulasi cairan ini menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan bakteri di paru-paru, sehingga meningkatkan risiko terjadinya pneumonia. Kondisi ini sering dijumpai pada pasien dengan kesadaran menurun dan disfagia yang tidak tertangani dengan baik.

g. Atrofi Otot dan Kontraktur

Kurangnya aktivitas fisik dan kondisi imobilisasi dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan pengecilan massa otot atau atrofi. Selain itu, sendi yang jarang digerakkan akan mengalami kekakuan atau kontraktur, sehingga membatasi rentang gerak dan memperburuk kemampuan fungsional pasien. Apabila tidak dilakukan latihan dan rehabilitasi secara dini, kondisi ini dapat menghambat proses pemulihan jangka panjang.

B.Konsep Dasar Keperawatan

1.Pengkajian

Proses keperawatan merupakan pendekatan sistematis yang digunakan oleh perawat dalam memberikan asuhan kepada pasien. Proses ini terdiri dari lima tahap utama, yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang bsertaujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan memastikan kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal (Hasibuan et al., 2023).

a.Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosa medis.

b.Keluhan utama

Adapun keluhan utama yang sering dijumpai yaitu kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

c.Riwayat penyakit sekarang

Biasanya pada stroke non hemoragik bisa terjadi gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain serta adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial perubahan perilaku juga umum terjadi.

d.Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, akonnti trakoseapgsuiloarna,l asypainrign dlaanm ak,e gepmenugkagnu.n aPaenn gkoabjaiatn-o braiwt ayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e.Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

1)Pengkajian Primer

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna uanatumk nemsise.nduatang dari pengkajian Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara persistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (*Brain*) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien (Mirawati et al., 2025).

a)B1 (*Breath*/Pernapasan)

Pada inspeksi di dapatkan peningkatan produksi sputum, dseasna kp ennianpgakas,t anp efrnegkguuenasai np erontaopt asban.t uA unsakpualtas,s i bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran.

b)B2 (*Blood*/sirkulasi)

Kaji adanya tanda-tanda peningkatan TIK yaitu peningkatan tekanan darah yang sering terjadi pada klien stroke.

c)B3 (*Brain*/persarafan otak)

Kaji adanya keluhan nyeri kepala hebat, kaji status mental, tingkah laku, gaya bicara, ekspresi wajah dan aktivitas motorik. Kaji fungsi intelektual dan memori serta penurunan kemampuan berhitung. Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

d)B4 (*Bladder*/perkemihan)

Kaji adanya tanda-tanda inkontenensia uri akibat ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih.

e)B5 (*Bowel*/pencernaan)

Kaji adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, serta mual dan muntah

f) B6 (*Bone*/tulang dan integumen)

Kaji adanya dekubitus, warna kulit dan turgor kulit Pada kulit, jika klien kurangan O2 kulit akan tampak pucat. Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

2.Pengkajian sekunder

a.Pola presepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

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

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

b.Pola Nutrisi dan Metabolik

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

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

c.Pola Eliminasi

DS: Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen 34 (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik).

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

d.Pola aktivitas dan latihan

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

DO: pGaraanligsgisu a(nh emtoipnleugs ia) otdoat n (teflarjkasdiid ,k elsepmaash gangguan tingkat kesadaran.

e.Pola tidur dan istirahat

DS: Susah untuk beristirahat

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

f. Pola persepsi kognitif

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

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

g.Pola presepsi dan konsep diri

DS: Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

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

h.Pola peran dan hubungan dengan sesama

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

DO: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: Tidak adanya gairah seksual

DO: Kelemahan tubuh dan gangguan presepsi seksual.

j. Pola mekanisme koping dan stress

DS: Perasaan tidak berdaya

DO: Emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah

k.Pola sistem nilai kepercayaan

DS: Jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil

DO: Gangguan dan kesulitan saat melaksanakan ibadah

3.Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) menurut SDKI (2017), yaitu :

a.Risiko perfusi serebral tidak eketif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)

b.Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas (D.0001)

c.Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Resistensi Insulin (D.0027)

d.Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0109)

e.Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (D.0054)

f. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler(D.0119)

g.Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (tirah baring lama) (D.0129)

h.Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)

i. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan hipoksia serebral (D.0085)

4.Luaran dan Perencanaan Keperawatan

adalahP peerreunmcaunsaann t ujuanta, ut indainktaenrv deannsi penkielapiaenra wraantgakna ian asuhan

keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan dapat diatasi (Jeanifer et al., 2023). Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau persepsi pasien /keluarga/ komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan.

Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam menyusun

intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (PPNI, 2018).

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

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

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

SLKI : Manajeman Peningkatan Tekanan Intrakranial

Observasi:

1)Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
R/ mengetahui sistem saraf motorik dan sensorik
2)Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
R/ peningkatan TIK menyebabkan terganggungnya perfusi jaringan serebral
3)Monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*)
R/ untuk mengetahui normal tidaknya hemostatis tubuh
4)Monitor status pernapasan
R/ untuk mengetahui tanda-tanda bahaya seperti sesak nafas
5)Monitor intake dan output cairan

Terapeutik :

1)Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
R/ untuk memberikan kenyamanan pasien
2)Berikan posisi semi fowler
R/ meningkatkan sirkulasi/perifer serebral dan mengurangi risiko peningkatan TIK

Kolaborasi :

1)Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu

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

2)Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

b. Diagnosis II :Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka pola napas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil:

1)Dispnea menurun

2)Pengunaan otot bantu napas menurun

3)Pemanjangan fase ekspirasi menurun

4)Frekuensi napas membaik

5)Kedalaman napas membaik

SIKI: Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi:

1)Monitor pola napas

R/ mengontrol pernapasan (penurunan kecepatan) dapat terjadi

Terapeutik

1)Posisikan semi fowler atau fowler

R/ menurunkan konsumsi oksigen/ kebutuhan dan meningkatkan inflamasi paru maksimal

2)Berikan oksigen

R/ meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardia dan juga mengurangi ketidaknyamanan sehubungan dengan iskemia jantung.

Edukasi

1)Ajarkan Teknik batuk efektif

R/ untuk mengeluarkan dahak yang sudah terkumpul ke saluran pernapasan yang besar.

Kolaborasi

1)Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran dan mukolitik jika perlu

R/ mengendurkan otot-otot saluran pernapasan agar aliran udara menjadi lebih lancar

SIKI: Dukungan Ventilasi (I.01002)

Observasi

1) Identifikasi kelelahan otot bantu napas

R/ untuk mengetahui adanya kelelahan otot bantu napas

2) Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan

R/ untuk mengetahui perubahan posisi terhadap pola napas pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan

Terapeutik

1)Pertahankan kepatenan jalan napas

R/ untuk menjaga keadekuatan ventilasi

Edukasi

1)Ajarkan mengubah posisi secara mandiri

R/ untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi diri

Kolaborasi

1)Kolaborasi pemberian obat, jika perlu

R/ mengoptimalkan proses penyembuhan

c.Diagnosis III : d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan regulasi glukosa darah

SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3×24 jam, maka status glukosa darah (L.03044) membaik dengan kriteria hasil:

1)Kadar glukosa darah membaik

2)Keluhan pusing menurun

3)Keluhan lemas menurun

4)Pola makan membaik

5)Kesadaran membaik

SIKI : Manajemen Hiperglikemia (I.03115)

Observasi

1)Monitor kadar glukosa darah secara berkala

R/ untuk mengetahui perubahan kadar glukosa darah sehingga dapat dilakukan penanganan yang cepat.

2)Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsia, polifagia)

R/ untuk mendeteksi peningkatan kadar glukosa darah sejak dini.

3)Monitor tanda dan gejala hipoglikemia (lemas, berkeringat dingin, pusing)

R/ untuk mencegah komplikasi akibat penurunan glukosa darah yang terlalu rendah.

Terapeutik

1)Atur jadwal makan sesuai kebutuhan kalori pasien

R/ untuk menjaga kestabilan kadar glukosa darah dalam tubuh.

2)Berikan cairan yang cukup sesuai kebutuhan

R/ untuk mencegah dehidrasi akibat peningkatan kadar glukosa darah.

3) Anjurkan aktivitas fisik ringan sesuai kondisi pasien

R/ aktivitas fisik membantu meningkatkan penggunaan glukosa oleh sel tubuh.

Edukasi

1)Ajarkan pasien mengenali tanda dan gejala hiperglikemia dan hipoglikemia

R/ agar pasien dapat segera melakukan tindakan bila terjadi perubahan kadar glukosa darah.

2)Anjurkan pasien mematuhi diet diabetes yang dianjurkan

R/ diet yang tepat membantu mengontrol kadar glukosa darah.

Kolaborasi

1)Kolaborasi pemberian insulin atau obat hipoglikemik oral sesuai indikasi

R/ untuk membantu menurunkan kadar glukosa darah ke batas normal.

2)Kolaborasi pemeriksaan laboratorium glukosa darah

R/ untuk memantau efektivitas terapi yang diberikan.

d.Diagnosis IV : Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler, kelemahan (D.0109)

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil (L.13121)

1)Kemampuan mandi cukup meningkat

2)Kemampuan menggenakan pakaian meningkat

3)Kemampuan makan meningkat

4)Minat melakukan perawatan diri meningkat

SIKI : Dukungan perawatan diri (I.11348)

Observasi

1)Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia

R/ untuk dapat mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia klien

2)Monitor tingkat kemandirian

R/ untuk dapat mengetahui tingkat kemandirian klien

3)Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

R/ untuk dapat mengetahui kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan dari klien

Terapeutik

1)Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)

R/ untuk dapat menyediakan lingkungan yang terapeutik seperti suasana yang hangat, rileks dan privasi dari klien

2)Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

R/ untuk mendapat mendapingi melakukan perawatan diri sampai mandi dari klien

3)Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan

R/ untuk dapat memfasilitasi menerima keadaan ketergantungan dari klien

4)Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri

R/ untuk dapat memfasilitasi kemandirian dari klien, bantu klien jika klien tidak dapat melakukan perawatan diri

Edukasi

1)Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (PPNI, 2018).

2)R/ untuk dapat menganjurkan klien melakukan perawatan diri sesuai kemampuan

3.Perencanaan Pulang (*discharge planning*)

Menurut Astuti et al. (2026), perawatan di rumah untuk penderita stroke secara garis besar adalah sebagai berikut :

a.Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah secara teratur minimal sekali seminggu.

b.Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam.

c.Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.

d.Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.

e.Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat seperti diet rendah kalori.

f. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.

g.Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

.

BAB III
TINJAUAN KASUS

A.Ilustrasi Kasus

Pasien dengan intial Ny. S umur 83 tahun, beragama Islam, masuk di IGD RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar pada tanggal 02 Januari 2026. Masuk dengan diagnosa medis *Non Hemoragik Stroke* (NHS). Keluarga pasien mengatakan pasien sempat jatuh dikamar mandi sekitar 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit.

Keluarga pasien mengatakan pada hari jumat, pasien masih melakukan aktivitas seperti biasa dirumah sekitar jam 3 sore sempat minum susu. Setelah selesai minum susu, selang beberapa jam pasien didapatkan lemah tubuh sebelah kanan sudah tidak bisa membuka matanya lagi, bicaranya mulai pelo dan pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke IGD RS Akademis Jusuf Jaury sekitar pukul 18.00 WITA. Setelah dilakukan penanganan di IGD, pasien dipindahkan di ruang ICU pada tanggal 02 Januari 2026 pukul 21.00 WITA.

Pada saat pengkajian di ruang ICU keadaan umum: tampak pasien tidak sadarkan diri dengan GCS: E3V2 M4 kesimpulan somnolen, uji kekuatan otot tangan kanan 1 dan kiri nilai 1, kaki kanan 1 dan kiri nilai 1. Pada pasien tampak sesak dengan hasil pemeriksaan fisik TD:180/100mmHg, N: 54x/menit, P: 32x/menit, S: 36,5ºC, SPO2: 88%, GDS: 159mg/dl, hasil pemeriksaan CT-Scan Kepala pada tanggal 03/01/2026 terdapat kesan infark hemisfer cerebelli dan corona radiata kiri, nucleus lentiformis bilateral, thalamus kanan dan pons. Adapun hasil pemeriksaan elektrokardiogram yaitu sinus bradikardia, tampak pasien terpasang infus RL 20 tetes/menit dan tampak terpasang NRM 12 liter/menit, menggunakan folley kateter ukuran 16, tampak terpasang NGT ukuran 16. Keluarga pasien mengatakan pasien

memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi sejak 30 tahun yang lalu dan pasien juga memiliki riwayat stroke pada tahun 2023.

Dari data yang didapatkan, penulis merumuskan 3 diagnosa keperawatan yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

B. Pengkajian

Nama pasien (Initial)	: Tn. S
Umur	: 83Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tanggal/Jam MRS	: 02 Januari 2026/ 21.00 Wita
Tanggal/ Jam Pengkajian	: 05 Januari 2026/ 09.00 Wita
Diagnosa Medis	: Non Hemoragic Stroke

1.Pengkajian primer (Meliputi B-1/*Breath*, B-2/*Blood*, B-3/*Brain*, B-4/*Bladder*, B-5/*Bowel* dan B-6/*Bone*)

Breath **(B1)**	Pergerakan dada	- Tampak pergerakan dada simetris - Tampak tidak ada kelainan bentuk dada - Tampak sesak
	Pemakaian otot bantu nafas	Tampak pemakaian otot bantu nafas
	Palpasi	Tidak teraba adanya krepitasi - Vokal premitus tidak dapat dikaji karena pasien afasia - Tampak tidak ada nyeri tekan
	Perkusi	Sonor Lokasi: Kedua lapang paru
	Suara nafas	Gurgling Lokasi: Kedua dinding dada
	Batuk	*Non produktif* Encer, warna kehijauan
	Sputum	Ada
	Alat bantu napas	-

		- Jenis: NRM 12 liter/menit
	Lain-lain	- Frekuensi napas: 32x/menit - Spo_2: 88%
Blood **(B2)**	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 Tunggal ✓ ✓ Lokasi: S1: Bunyi jantung I T : ICS 4 linea sternalis dextra Bunyi jantung I M: ICS 5 linea mid clavicularis sinistra S2: Bunyi jantung II A: ICS 2 linea sternalis dextra Bunyi jantung II P: ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra S3 dan S4 : Tidak terdengar
	Irama jantung	Irreguler
	CRT	Tampak CRT kembali dalam < 2 detik
	JVP	Hasil: 5-2 cmH_2O
	CPV	Tidak ada
	Edema	Tidak ada
	EKG	Hasil: Sinus bradikardi
	Lain-lain:	Tanda-tanda vital: - Tekanan darah : 180/100 mmHg Nadi: 54 x/menit Suhu : 36.5^{O}C Pernapasan: 32x/menit MAP: 127 mmHg GDP: 159 mg/dl
Brain **(B3)**	Tingkat Kesadaran	- Kualitatif: Somnolen - Kuantitatif (GCS) : 9 E: 3 V: 2 M: 4
	Reaksi Pupil Kanan Kiri	 - Ada, diameter 3 cm - Ada, diameter 3 cm

	Refleks fisiologis	- Kiri : Triceps negatif, biceps positif - Kanan : Triceps negatif, biceps positif
	Refleks patologis	Tidak ada: Babinsky negatif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada
Bladder **(B4)**	Urine	- Jumlah : 300 cc - Warna : Kuning jernih
	Kateter	- Ada - Jenis: *Folley chateter*, ukuran 16
	Kesulitan BAK	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada Kering Kotor
Bowel **(B5)**	Mukosa bibir	Tidak lengkap
	Lidah	Tidak ada
	Keadaan gigi	Tidak distensi
	Nyeri tekan	Terdengar 11x/menit
	Abdomen	Tidak ada
	Peristaltik Usus	Tidak ada
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematememsis	Ya
	Melena	Ukuran 16
	Terpasang NGT	Tidak ada - Tidak ada - Tidak ada
	Diare	Tidak ada
	Kontipasi	Baik
	Asites	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada
Bone (B6)	Turgor	Hangat
	Perdarahan kulit	Pucat
	Icterus	Tidakbebas
	Akral	Ujikekuatan otot - -
	Pergerakan sendi	- - Kanan Kiri

		Tangan 1 | 1 Kaki 1 | 1
	Fraktur	Tidak ada
	Luka	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada

2.Diagnosis Keperawatan: (berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)

B1 : Bersihan jalan napas tidak efektif

B2 : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

B3 : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif :

B4 Tidak ada masalah keperawatan

B5 : Tidak ada masalah keperawatan

B6 : Tidak ada masalah keperawatan

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

Diagnosis I: Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

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

a)Tingkat kesadaran cukup meningkat

b)Tekanan intrakarnial cukup membaik

c)Tekanan darah sistolik cukup membaik

d)Tekanan darah diastolik cukup membaik

e)Refleks saraf cukup membaik

SIKI: Manajeman Peningkatan Tekanan Intrakranial

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

b)Kolaborasi pemberian obat

Citicolin 250gram/12jam/IV

Amlodipine 10mg/8jam/NGT

Diagnosis II : Bersihan jalan napas tidak efektif

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

a)Produksi sputum cukup menurun

b)Dispnea cukup menurun

c)Kesulitan bicara cukup menurun

d)Frekuensi napas membaik

e)Pola napas membaik

SIKI : Manajemen Jalan Napas

a)Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)

b)Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

c) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

Diagnosis III: Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

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

f) Produksi sputum cukup menurun

g)Dispnea cukup menurun

h)Kesulitan bicara cukup menurun

i) Frekuensi napas membaik

j) Pola napas membaik

SIKI : Manajemen Jalan Napas

d)Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)

e)Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

f) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

4.Pengkajian Sekunder: (Meliputi Pengkajian Riwayat Keperawatan dan *Head to Toe*)

a.Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

1)Keadaam Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting dan berkat dari Tuhan YME. Keluarga pasien mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit ringan atau sedang mereka hanya akan mengkonsumsi obat sesuai kebutuhan, namun jika sakit yang diderita semakin berat maka keluarga akan segera membawa ke rumah sakit terdekat. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang kontrol kesehatannya di puskesmas dan rumah sakit. Keluarga mengatakan pasien juga sering memeriksakan tekanan darahnya sendiri dirumah. Keluarga pasien mengatakan pasien rutin minum obat antihipertensi yang diberikan oleh dokter yaitu amlodipine 10 mg.

2)Keadaan Sejak Sakit

Keluhan Utama : Penurunan kesadaran

Riwayat Keluhan Utama: Keluarga pasien mengatakan pasien sempat jatuh dikamar mandi sekitar 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit. Keluarga pasien mengatakan pada hari jumat, pasien masih melakukan aktivitas seperti biasa dirumah sekitar jam 3 sore sempat minum susu. Setelah selesai minum susu, selang beberapa jam pasien didapatkan lemah tubuh sebelah kanan sudah tidak bisa membuka matanya lagi, bicaranya mulai pelo dan pasien

mengalami penurunan kesadaran sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke IGD RS Akademis Jusuf Jaury sekitar pukul 18.00 WITA. Setelah dilakukan penanganan di IGD, pasien dipindahkan di ruang ICU pada tanggal 02 Januari 2026 pukul 21.00 WITA. Pada saat pengkajian di ruang ICU keadaan umum: tampak pasien tidak sadarkan diri dengan GCS: E3V2M4 kesimpulan somnolen, uji kekuatan otot tangan kanan dan kiri nilai 1,

kaki kanan dan kiri nilai 1. Pasien tampak sesak dengan hasil pemeriksaan fisik TD:180/100mmHg, N: 54x/menit, P: 32x/menit, S: 36,5ºC, SPO2: 88%,GDS:159mg/dl. Tampak pasien terpasang infus RL 20 tetes/menit dan tampak terpasang NRM 12 liter/menit, tampak terpasang folley kateter ukuran 16, tampak terpasang NGT ukuran 16. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi sejak 30 tahun yang lalu dan pasien juga memiliki riwayat stroke pada tahun 2023.

3)Riwayat penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi, stroke tahun 2023 dan diabetes melitus sejak 30 tahun yang lalu.

4)Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan dalam keluarga memiliki riwayat diabetes melitus.

5)Pemeriksaan Fisik

a)Kebersihan rambut : Tampak bersih dan lepek

b)Kebersihan kulit kepala: Tampak kulit kepala bersih

c)Kebersihan kulit :Tampak kulit bersih tidak ada lesi

d)Hygiene rongga mulut: Tampak kotor dan berbau

e)Kebersihan genetalia : Tampak bersih dan tidak adalesi

f) Kebersihan anus : Tampak bersih

b.Pola Nutrisi dan Metabolik

1)Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari dengan menu seperti nasi ,sayur, ikan, ayam, namun pasien juga sering mengkonsumsi daging sapi .Keluarga mengatakan pasien lebih suka makan ikan asin. Keluarga mengatakan pasien

minum air putih sekitar 5-6 gelas sehari dan pasien sering mengkonsumsi kopi 1 gelas dalam sehari.

2)Keadaan Sejak Sakit

Pasien makan melalu NGT dengan menu bubur saring 150cc/ shift (3x sehari) dan air 50 cc/ shift (3xsehari)

3) Observasi

Tampak pasien terpasang NGT No.16

c.Pola Eliminasi

1)Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning coklat dan BAK ±6x sehari dengan warna urine kuning jernih.

2)Keadaan Sejak Sakit

Keluarga Pasien mengatakan belum BAB selama dirawat di Rumah sakit melalui kateter warna kuning jernih.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang folley kateter ukuran 16. Produksi urine ada dengan jumlah ± 1200cc/24jam dan berwarna kuning jernih.

d.Pola Aktivitas dan Latihan

1)Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga. Keluarga mengatakan pasien hanya menghabiskan waktu dengan menonton tv dan jarang berolahrga di rumah.

2)Keadaan Sejak Sakit

Pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur. Semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

a)Aktivitas harian:

- Makan : 3

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3 : Bantuan alat dan orang
4 : Bantuan penuh

- Mandi : 2
- Pakaian : 4
- Kerapihan : 4
- Buang air besar : 4
- Buang air kecil : 4
- Mobilisasi di tempat tidur: 4

b)Postur tubuh : Tidak ada anggota gerak yang cacat

c)Anggota gerak yang cacat : Tidak ada anggota gerak yang cacat

d)Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien penurunan kesadaran

e) Fiksasi : Tidak ada fiksasi

f) Tracheastomi : Tidak terpasang

3)Pemeriksaan fisik:

a) Tekanan darah
   - Berbaring : 180/100 mmHg
   - Duduk : tidak dikaji (penurunan kesadaran)
   - Berdiri : tidak dikaji (penurunan kesadaran)

b) HR : 112 x/menit

c) Kulit
   - Keringat dingin : tidak ada

d)JVP : 5-2 cmH2O

Kesimpulan : Perfusi jantung memadai

e)Perfusi pembuluh kapiler : CRT <3 detik

4)Thorax dan pernapasan

a) Inspeksi

Bentuk Thorax : tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi Interkostal : tidak ada

Sianosis : tidak ada

Stridor : tidak ada

b) Palpasi

Vocal Premitus : tidak dikaji (penurunan kesadaran)

Krepitasi : tidak ada krepitasi

c) Perkusi

Suara perkusi : teraba getaran paru kanan dan kiri sama

d) Auskultasi

Suara napas : vesikuler

Suara ucapan : tidak di kaji (penurunan kesadaran)

Suara tambahan : gurgling.

e) Jantung

- Inspeksi Ictus cordis : tidak tampak
- Palpasi Ictus cordis : getaran dirasakan pada ICS 5 media clavicularis sinistra
- Perkusi :

  Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

  Batas kiri jantung : ICS 5 media clavicularis sinistra
- Auskultasi

  BJ II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

  BJ II P : Tunggal, ICS 2 dan ICS III Linea sternalis sinistra

  BJ I T : Tunggal, ICS 4 Linea sternalis

  BJ I M : Tunggal, ICS 5 Linea midclavicularis sinistra

  Mur-mur : tidak ada

  Bruit Aorta : tidak terdengar

  Arteri Renalis : tidak terdengar

  Arteri Femoralis : tidak ada

f) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : negatif
- Rentang gerak : Keterbatasan gerak (kelemahan)
- Kaku sendi : tidak ada kaku sendi
- Nyeri sendi : tidak ada nyeri sendi

- Fraktur : tidak ada
- Parese : pada sisi tubuh sebelah kiri
- Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	1	1
Kaki	1	1

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: Tidak ada kekuatan otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologis

Bisep : Kiri negatif, kanan positif

Trisep : Kiri negatif, kanan positif

Patella : Kiri negatif, kanan positif

- Refleks patologi:

Babinski Kiri : positif

Babinski Kanan :negatif

- Columna vertebralis

Inspeksi : Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran

Palpasi : Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran

Kaku Kuduk : tidak ada kaku kuduk

e.Pola Tidur dan Istirahat

1)Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan waktu tidur malam pasien 7-8 jam dan tidur siang 1-2 jam. Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur. Sebelum tidur pasien dengan TV keluarga dan pasien senang jika tidur dengan suasana gelap.

2)Keadaan Sejak Sakit

Pasien hanya terbaring ditempat tidur, dan lebih sering tertidur.

3) Observasi

Tampak pasien cenderung tidur.

f. Pola Persepsi Koginitif

1)Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak menggunakan kaca mata, mampu mengenali orang sekitar, lingkungan dan mampu mengenal waktu.

2)Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata dan alat pendengaran namun penglihatan pasien sudah mulai kabur dan pendengarannya masih bagus.

3) Observasi

Tampak pasien mengalami kelemahan tubuh, Lengan dan tungkai sebelah kanan sulit untuk digerakkan. Tampak pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

g.Pola Persepsi dan Konsep Diri

1)Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien selalu ceria, dan merasa bangga dengan dirinya, suka berbaur dengan orang lain, bersemangat, dan cerewet kalau dirumah.

2)Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengenali waktu dan tempat karena pasien sedang dalam kondisi penurunan kesadaran pasien hanya merespon nyeri atau suara keras.

3) Observasi

Tampak pasien penurunan kesadaran

h.Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1)Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit hubungan pasien dengan keluarga, teman, tetangga terjalin baik dan tidak ada masalah.

2)Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak berkumpul bersama keluarga di rumah dan jarang bertemu keluarga lainnya, dan karena pasien dirawat diruangan ICU sehingga keluarga tidak dapat menemaninya, walaupun begitu banyak teman serta kerabat pasien yang datang menjenguk pasien.

3) Observasi

Tampak pasien didampingi anak-anaknya, dijenguk oleh keluarga dan kerabat lainnya pada saat jam besuk.

i. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

1)Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mangatakan jika pasien mengalami masalah ia langsung menceritakannya kepada keluarga dan akan didiskusikan bersama keluarga untuk mengatasinya.

2)Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan pasien menerima kondisinya saat ini dan tidak ada yang berubah dari dirinya

3) Observasi

Tampak pasien tenang walapun kadang-kadang gelisah.

j. Pola Reproduksi dan Seksual

1)Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien tidak mengalami masalah pada organ reproduksinya. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah memasuki usia lanjut dan telah mengalami menopause sejak beberapa tahun yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien juga tidak memiliki keluhan terkait fungsi reproduksi.

2)Keadaan Sejak Sakit

Saat ini pasien tidak menunjukkan adanya masalah pada sistem reproduksi. Aktivitas seksual tidak menjadi prioritas karena kondisi usia lanjut dan penyakit yang dialami pasien. Tidak ditemukan keluhan seperti nyeri pada area genital,
perdarahan, maupun gangguan lainnya pada sistem reproduksi.

k.Pola Nilai dan Kepercayaan

1)Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien menganut agama Islam dan sebelum sakit pasien selalu meluangkan waktu untuk sholat di masjid.

2)Keadaan Sejak Sakit

Tampak keluarga pasien membaca doa untuk pasien.

l. Uji Saraf Kranial

1)Nervus II (Optikus)

Tampak pupil isokor dan ada reaksi pupil (kiri dan kanan diameter 3 cm)

m.Pemeriksaan Penunjang: (Meliputi Pemeriksaan Lab, CT Scan, Foto Thorax, Elektrokardiogram)

1)Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
DARAH RUTIN			
MCV Trombosit	93	fL	71,8~92.0
Neut% Lymph%	181.00	µ/L	216.000
Eosinofil NRL	0	%	-
Laju endap darah	76.7	%	451.000
	16.9	%	0,7~5,4
	0,6	-	0,78~3.53
	4,53	Mm/jam	<20
	31		

2)Pemeriksaan CT-Scan Kepala (03/01/2026)

Kesan: Infark hemisfer cerebelli dan corona radiata kiri, nucleus lentiformis bilateral, thalamus kanan dan pons.

3)Pemeriksaan Elektrokardiogram

Hasil: Sinus bradikardia

4) Terapi

a)Citicolin 500mg/12jam/intravena

b)Mecobalamine 500mcg/24jam/intravena

c)Clopidogrel 75 mg/24 jam/oral

d)Amlodipine 10mg/8jam/NGT

e)Novorapid

f) Glimiperide 2 mg/24 jam/oral

C.Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 30 tahun yang lalu - Keluarga mengatakan pasien tidak rutin minum obat hipertensi di rumah - Keluarga pasien mengatakan pasien jatuh di kamar mandi 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit dan Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak di bawa ke rumah sakit - Keluarga pasien mengatakan mengalami kelemahan sebelah kanan dan tidak dapat berbicara dengan jelas/pelo Data Objektif: - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E3V2M4) - Tekanan darah: 180/100 mmHg - Nadi: 54x/menit - Hasil CT Scan Kepala: - Kesan: Infark hemisfer cerebelli dan corona radiata kiri, nucleus lentiformis bilateral, thalamus kanan dan	Hipertensi	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

	pons. Hasil EKG : Sinus Bradikardi		
2.	Data Subjektif: - Data Objektif: - Tampak pasien sesak - Terdengar suara napas tambahan gurgling - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna hijau) - Observasi TTV: P: 32x/menit - SPO_2 : 88%	Hipersekresi jalan napas	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
3.	Data Subjektif: Keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat DM sejak 30 tahun yang lalu Data Objektif: - Hasil Pemeriksaan GDS: 159 mg/dl	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

D.Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)
2.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D.0001)
3.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)

E.Perencanaan Keperawatan

Nama/Umur : Ny. S/83 tahun

Ruang : ICU RS Jaury Jusuf Putera Makassar

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Luaran Yang Diharapkan SLKI	SIKI
			Meliputi: Observasi, Terapeutik, Edukasi, dan Kolaborasi
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017) Data Subjektif: -Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak -Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki obatan yang rutin diminum yaitu candersantan -Keluarga pasien mengatakan pasien jatuh di kamar mandi 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit dan Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak dari rumah -Keluarga pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: (L.01014) a.Tingkat kesadaran cukup meningkat b.Tekanan intrakranial cukup membaik c.Tekanan darah sistolik cukup membaik d.Tekanan darah diastolik membaik e.Refleks saraf cukup membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) **Observasi** -Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK(TD meningkat, tekanan nadi melebar,kesadaran menurun, pola napas). -Monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*) -Monitor status pernapasan -Monitor refleks pupil -Monitor intake dan output cairan **Terapeutik:** -Berikan posisi semi fowler/elevasi kepala 30^0 -Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang **Kolaborasi** -Kolaborasi pemberan obat -Citicolin 500 mg/12

	pasien mengalami lemah tubuh sebelah kanan dan tidak dapat berbicara dengan jelas/pelo Data Objektif: -Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS -Kualitatif: Somnolen -Kuantitatif: 9 (E3V2M4) -Tekanan darah: 180/100mmHg -Nadi: 54x/menit -Hasil CT Scan Kepala: -Kesan: Infark hemisfer cerebelli dan corona radiata kiri, nucleus lentiformis bilateral, thalamus kanan dan pons. -Hasil EKG : Sinus Bradikardi		jam/IV -Mecobalamine 500 mcg/24 jam/iIV -Clopidogrel 75 mg/24 jam/NGT -Amlodipine 10mg/24 jam/NGT

2.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D.0001) Data Subjektif: - Data Objektif: -Tampak pasien sesak -Terdengar suara napas tambahan gurgling -Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna hijau) Observasi TTV: P: 32x/menit SPO_2 : 88%	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: (L.01001) a.Produksi sputum cukup menurun b.Dispnea cukup menurun c.Kesulitan berbicara cukup menurun d.Frekuensi napas membaik Pola napas membaik.	Manajemen Jalan Napas (I.01011) **Observasi** a.Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) b.Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) **Terapeutik** a.Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik b.Berikan oksigen (nasal kanul 5 liter/menit) **Kolaborasi** a.Kolaborasi pemberian mukolitik Salbutamol 2mg/12jam/NGT
3.	Ketidakstabilan Glukosa Darah kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027) Data Subjektif: Keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat DM sejak 30 tahun yang lalu Data Objektif:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : (La..0K3a0d2a2r) a. glukosa dalam darah cukup membaik	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) **Observasi :** a.Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia b.Monitor kadar glukosa darah **Edukasi :** a.Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri **Kolaborasi :** a.Kobalorasi pemberian insulin,

	Hasil: Pemeriksaan GDS: 159 mg/dl		jika perlu - Novorapid 3x4 Sc - Glimepiride 2mg/24jam/NGT - Pemberian cairan IV(RL500ml/20tetes/menit)

F.Implementasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny.S/83 tahun

Ruang : ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

Tanggal	Dx	Waktu	Tindakan Keperawatan	Nama Perawat
06/01/ 2026	I	07.20	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD : 189/84 mmHg N : 44x/menit P: 32x/menit S: 36^0 C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	Jesika
	I	07.23	Memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*) Hasil: MAP 119 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	Jesika
	I	07.25	Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak pasien sesak dengan saturasi oksigen 88%	Joseba
	II	07.30	Memberikan oksigen via NRM liter/menit Hasil: Tampak pasien terpasang oksigen NRM 12 liter/menit dan saturasi 88%	12Joseba

	II	07.50	Memberikan terapi mukolitik Salbutamol 2 mg/oral Hasil: Tampak sputum encer berwarna putih kehijauan	Jesika
	IV	08.00	Memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) Hasil: Tampak rambut, mulut, dan gigi pasien kotor	Jesika
	IV	08.10	Memonitor integritas kulit Hasil: Tampak kulit pasien kotor, kering, dan bersisik	Joseba
	IV	08.15	Memfasilitasi mandi dan menggosok gigi Hasil: Perawat memandikan pasien dan membersihkan gigi dan gusi menggunakan kasa	Joseba
	IV	08.30	Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien Hasil: Tampak keluarga memahami penjelasan yang disampaikan	Jesika
	II	08.50	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas gurgling	Jesika
	II	09.00	Memonitor sputum Hasil: Tampak sputum encer dan berwarna putih kehijauan Melakukan penghisapan lendir	Joseba

	II	09.05	kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Joseba
	I	09.10	Memberikan posisi elevasi kepala 30º pada pasien di tempat tidur Hasil: Saturasi oksigen meningkat dari 88% menjadi 91%	Jesika
	III	10.25	Memonitor Kadar Glukosa Darah Hasil: 159 mg/dl	Jesika
	III	11.00	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Hasil: keluarga pasien mengatakan pasien sering makan makanan manis	Joseba
	III	11.40	Memberikan terapi insulin Hasil: Pasien diberikan Novorapid 3x4unit/SC	Joseba
	IV	11.45	Memonitor kemampuan menelan Hasil: Tampak pasien mengalami kesulitan menelan sehinga dipasang selang NGT	Jesika
	I,III	11.50	Melakukan Pemberian obat Hasil: Amlodipine 10 mg/oral Clopidrogrel 75mg/oral Glimepiride 2mg/oral Mengatur posisi yang nyaman untuk pasien makan/minum	Jesika

	IV	11.55	Hasil: Memberikan posisi elevasi kepala 30^{O}	Jesika
	IV	12,30	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 200 cc, 50 cc air putih	Jesika
	I	13.10	Melakukan pemberian obat Hasil: Pasien diberikan obat: -Citicolin 500mg	Jesika
	I	13.50	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Pengunjung dibatasi minimal 2 orang	Joseba
	I	14.00	Melakukan pemberian obat Hasil: -Mecobalamine 500mcg/IV	Joseba
	I	14.10	Memonitor tanda dan gejala TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, polaJesika napas) Hasil: TD: 188/87 N: 57x/menit P: 30x/menit S: 36,9^{o} C SPO2 : 91% Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9	

			(E: 3, V: 2, M: 4)	
	I	14.05	Memonitor output Hasil: Tampak urin berwara kuning kecoklatan dengan jumlah 600cc/8jam	Jesika
	I	14.15	Memonitor dan dokumentasikan intake – output pasien Hasil: Intake -RL 500 cc -Bubur saring 200 cc -Air putih 50 cc Total Intake: 750 cc Output -Urin 600 cc -IWL: (15x70)/24= 44x8 = 352 cc/8jam Intake – (Output + IWL) = 750 – 952 = -202cc	Jesika
	I	14.20	Posisikan semifowler Hasil: Pasien diberikan posisi semifowler dengan posisi kepala 30 derajat.	Joseba
	I	14.20	Berikan oksigen Hasil: Terpasang NRM 13 liter/menit	Jesika
	I	16.00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD : 186/87 mmHg N : 44x/menit	Perawat

			P: 32x/menit S: 36^0 C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	
	I	16.05	Memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*) Hasil: MAP 122 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	Perawat
	II	17.00	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas gurgling	Perawat
	II	17.20	Monitor sputum Hasil: Tampak sputum encer dan berwarna putih kehijauan	Perawat
	II	17.30	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Perawat
	I	18.20	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD : 185/85 mmHg N : 46x/menit P: 30x/menit S: 36^0 C	Perawat

			Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	
	I	18.20	Memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*) Hasil: MAP : 118 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	Perawat
	III	18.40	Memonitor Kadar Glukosa Darah Hasil: 150 mg/dl	Perawat
	III	19.20	Memberikan terapi insulin Hasil: Pasien diberikan Novorapid 3x4unit/SC	Perawat
	IV	19.40	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Perawat
	I	20.15	Melakukan pemberian obat Hasil: Pasien diberikan obat: -Salbutamol 2mg/Oral	Perawat
	I	00.20	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD : 180/80 mmHg N : 50x/menit P: 30x/menit	Perawat

			S: 36^0 C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	
	I	00.40	Memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*) Hasil: MAP : 113 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	Perawat
	I	01.30	Melakukan pemberian obat Hasil: Pasien diberikan obat: Citicolin 500mg/IV	Perawat
	II	03.30	Monitor sputum Hasil: Tampak sputum encer dan berwarna putih kehijauan	Perawat
	I	04.20	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD : 162/87 mmHg N : 57x/menit P: 30x/menit S: $36,9^0$ C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	Perawat
			Memonitor MAP (*Mean Arterial*	

			Pressure)	
	I	04.30	Hasil: MAP : 112 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	Perawat
	IV	05.10	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Perawat
	I	06.1	Memonitor dan dokumentasikan intake – output pasien Hasil: Intake -RL 500 cc -Bubur saring 150 cc -Air putih 50 cc Total Intake: 700 cc Output -Urin 650cc -IWL: (15x70)/24= 44x12 = 528 cc Intake – (Output + IWL) = 750 – 1.228 = -478cc	Perawat
07/01/ 2026	I	14.00	Melakukan pemberian obat Hasil: Mecobalamin 500 mcg/IV Citicolin 500mg/IV	Joseba
	I	14.10	Memonitor tanda dan gejala TIKJoseba (mis. TD meningkat, tekanan nadi kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 159/78	melebar,

			N: 45x/menit P: 28x/menit S: 36,9° C SPO2 : 93% Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	
	I	14.20	Memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*) Hasil: MAP 105 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	Joseba
	II	14.25	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas gurgling	Jesika
	II	14.30	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Jesika
	II	14.35	Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak pasien masih sesak dengan saturasi oksigen 93%	Joseba
	IV	15.30	Memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) Hasil: Tampak rambut, mulut, dan gigi pasien bersih	Joseba
	IV	15.40	Memonitor integritas kulit	Joseba

			Hasil: Tampak kulit pasien bersih	
	I	16.00	Memberikan posisi elevasi kepala 30º pada pasien di tempat tidur Hasil Saturasi oksigen pasien meningkat menjadi 95%	Jesika
	III	17.00	Memonitor Kadar glukosa darah Hasil: 156 mg/dl	Joseba
	IV	17.40	Melakukan pemberian cairan intravena Hasil: Tampak pasien diberikan RL 500 cc/20tpm	Joseba
	I	18.00	Memonitor tanda dan gejala TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 154/79 N: 46x/menit P: 28x/menit S: 36,9º C SPO2 : 93% Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	Jesika
	I	18.30	Memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*) Hasil: MAP 104 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	Jesika

	I	18.30	Memonitor dan dokumentasi intake-output pasien Hasil: Intake -RL 500 cc -Bubur saring 150 cc -Air putih 50 cc Total Intake: 700 cc Output -Urin 580 cc -IWL: (15x70)/24= 44x12 = 528 Intake – (Output + IWL) = 700 – 1.108 = -408cc	Jesika
	III	19.00	Melakukan pemberian insulin Hasil: Pasien diberikan Novorapid 3x4unit/SC	Joseba
	IV	19.30	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Joseba
	I	20.00	Melakukan pemberian obat Hasil: Salbutamol 2mg/oral	Joseba
	IV	20.30	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Membatasi pengunjung minimal 2 orang	Jesika

	I	20.50	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 148/82 mmHG N: 48x/menit P: 25 x/menit S: 36,7º C Spo2 :93% Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	Jesika
	I	21.00	Memonitor ouput Hasil: Tampak urin berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 580cc	Jesika
	II	21.10	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Joseba
	II	21.20	Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak pasien masih sesak dengan saturasi oksigen 93%	Joseba
	II	21.23	Posisikan semifowler Hasil: Pasien diberikan posisi semifowler dengan posisi kepala 30 derajat.	Jesika
	II	21.30	Berikan oksigen Hasil:	Jesika

			Terpasang nasal kanul 5 liter/menit	
	IV	05.20	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Perawat
	I	06.20	Memonitor dan dokumentasi intake-output pasien Hasil: Intake -RL 300 cc -Bubur saring 150 cc -Air putih 50 cc Total Intake: 500 cc Output -Urin 500 cc -IWL: (15x70)/24= 44x12 = 528 Intake – (Output + IWL) = 500 – 1.028 = -528cc	Perawat
08/01/ 2026	I	14.15	Melakukan pemberian obat Hasil: Mecobalamin 500 mcg/IV	Jesika
	I	14.20	Memonitor tanda dan gejala TIKJesika (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 145/88 N: 55x/menit P: 22x/menit S: 36,9° C SPO2 : 95% Tampak kesadaran menurun	

			dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	
	I	14.25	Memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*) Hasil: MAP 105 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	Jesika
	II	15.40	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas gurgling	Joseba
	II	15.50	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Joseba
	II	16.25	Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak pasien masih sesak dengan saturasi oksigen 95%	Jesika
	IV	16.30	Memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) Hasil: Tampak rambut, mulut, dan gigi pasien bersih	Jesika
	III	16.50	Memonitor integritas kulit Hasil: Tampak kulit pasien bersih	Joseba
	I	17.00	Memberikan posisi elevasi kepala 30º pada pasien di tempat tidur	Joseba

			Hasil Saturasi oksigen pasien meningkat menjadi 95%	
	III	17.55	Memonitor Kadar glukosa darah Hasil: 156 mg/dl	Joseba
	I	17.58	Melakukan pemberian cairan intravena Hasil: Tampak pasien diberikan RL 500 cc/20tpm	Jesika
	III	18.00	Menganjurkan keluarga pasien untuk memonitor kadar glukosa darah secara mandiri kepada pasien Hasil: Keluarga pasien memahami pentingnya pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri dan bersedia melakukan pemeriksaan gula darah secara rutin.	Joseba
	IV	18.05	Mengajarkan kepada keluarga pasien cara memandikan pasien dengan benar Hasil: Keluarga pasien mampu memahami dan mempraktikan cara memandikan pasien dengan teknik yang benar serta menjaga kebersihan dan kenyamanan pasien	Jesika
	I	18.10	Memonitor tanda dan gejala TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil:	Jesika

			TD: 140/88 N: 46x/menit P: 28x/menit S: 36,9° C SPO2 : 93% Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	
	I	18.15	Memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*) Hasil: MAP 105 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak Memadai	Jesika
	I	19.00	Memonitor dan dokumentasi intake-output pasien Hasil: Intake -RL 500 cc -Bubur saring 150 cc -Air putih 50 cc Total Intake: 700 cc Output -Urin 500 cc -IWL: (15x70)/24= 44x12 = 528 Intake – (Output + IWL) = 700 – 1.108 = -408cc	Joseba
	III	19.20	Melakukan pemberian insulin Hasil: Pasien diberikan Novorapid 3x4unit/SC	Jesika
			Memberikan bantuan makan dan	

			minum melalui NGT Hasil:	
	IV	19.30	Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Jesika
	IV	19.35	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Membatasi pengunjung minimal 2 orang	Joseba
	I	19.36	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 148/82 mmHG N: 48x/menit P: 25 x/menit S: 36,7º C Spo2 :93% Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	Joseba
	I	20.40	Memonitor ouput Hasil: Tampak urin berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 580cc	Jesika
	II	20.50	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum berwarna putih kehijauan	Joseba

	II	20.55	Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak sesak mulai berkurang dengan saturasi oksigen 97%	Jesika
	II	21.00	Posisikan semifowler Hasil: Pasien diberikan posisi semifowler dengan posisi kepala 30 derajat.	Jesika
	II	21.10	Berikan oksigen Hasil: Terpasang nasal kanul 5 liter/menit	Joseba
	II	21.15	Memberikan posisi elevasi kepala 30º pada pasien di tempat tidur Hasil: Saturasi oksigen meningkat menjadi 98%	Joseba
	I	01.30	Melakukan pemberian obat Hasil: Pasien diberikan obat: Citicolin 500mg/IV	Perawat
	II	03.00	Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak sesak pada pasien berkurang dengan saturasi oksigen 98%	Perawat
	II	03.15	Posisikan semifowler Hasil: Pasien diberikan posisi semifowler dengan posisi kepala 30 derajat.	Perawat
	I	06.30	Memonitor dan dokumentasi intake-output pasien Hasil:	Perawat

	I	06.35	Intake -RL 300 cc -Bubur saring 150 cc -Air putih 50 cc Total Intake: 500 cc Output -Urin 500 cc -IWL: (15x70)/24= 44x12 = 528 Intake – (Output + IWL) = 500 – 1.028 = -528cc Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 135/80 mmHG N: 62x/menit P: 22 x/menit S: 36,7º C Spo2 :98% Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	Perawat

G.Evaluasi Keperawatan

Nama : Ny. S/84 tahun
Ruang : ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar
Tanggal

06/01/	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
2026	**Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d. Hipertensi** S : O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4) - Tampak pasien masih sesak dengan saturasi 91% - Hasil observasi TTV TD : 162/87 mmHg N : 57x/menit P : 30x/menit S : 36,9º C Intake – Output pasien = -200cc/8jam A : Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d. Hipersekresi Jalan Napas** S : O : - Tampak pasien masih merasa sesak - Terdengar bunyi napas tambahan gurgling - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna putih kehijauan) - Pernapasan: 30x/menit	Jesika & Joseba

	- Saturasi oksigen: 91% A : Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi **Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/dResistensi Insulin** S : O : Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4 - Hasil pemeriksaan GDS: 159mg/dl A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
07/01/ 2026	**Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d. Hipertensi** S : O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4) - Tampak pasien masih sesak dengan saturasi 93% - Hasil observasi TTV TD : 148/82 mmHg N : 48x/menit P : 25x/menit S : 36,7º C A : Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Jesika & Joseba

	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d. Hipersekresi Jalan Napas S : O : - Tampak pasien masih merasa sesak - Terdengar bunyi napas tambahan gurgling - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna putih kehijauan) - Pernapasan: 25x/menit - Saturasi oksigen: 93% A : Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi **Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/dResistensi Insulin** S : O : Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4 - Hasil pemeriksaan GDS: 156mg/dl A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	

08/01/ 2026	**Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d. Hipertensi** S : O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4) - Tampak sesak pasien mulai berkurang dengan saturasi 98% - Hasil observasi TTV TD : 135/80 mmHg N : 62x/menit P : 22x/menit S : 36,7º C Intake – Output pasien = -170cc/8jam A : Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi **Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d. Hipersekresi Jalan Napas** S : O : - Tampak sesak pasien mulai berkurang - Terdengar bunyi napas tambahan gurgling - Terdapat sputum mulai berkurang (encer dan berwarna putih kehijauan) - Pernapasan: 22x/menit - Saturasi oksigen: 98% A : Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Jesika & Joseba

	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/dResistensi Insulin S : O : Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4 - Hasil pemeriksaan GDS: 142mg/dl A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	

H.DAFTAR OBAT

1. Citicolin

a.Klasifikasi / golongan obat

Neuroprotektif, prekursor fosfatidilkolin

b.Dosis umum

Dosis umumnya diberikan 500–2000 mg perhari dan dapat diberikan secara oral atau injeksi

c.Mekanisme kerja obat

Meningkatkan sintesis fosfatidilkolin di membran sel saraf, mendukung pemulihan sel saraf setelah cedera atau stroke.

d.Alasan pemberian

Citicolin diberikan untuk mendukung pemulihan neurologis setelah stroke, trauma otak, atau gangguan kognitif ringan.

e.Efek sampingnya dapat menimbulkan gangguan pencernaan ringan, insomnia, atau sakit kepala.

2. Amlodipine

a.Klasifikasi / golongan obat

Antihipertensi golongan Calcium Channel Bloker (CCB.

b.Dosis umum

Dosis umumnya diberikan 5 mg & 10 mg/ 1x sehari

c.Dosis untuk pasien yang bersangkutan

Pada pasien di berikan 10 mg/ 1x sehari

d.Cara pemberian obat : Amlodipine diberikan secara oral

e.Mekanisme kerja dan fungsi otot Obat ini bekerja dengan cara membantu melemaskan otot pembuluh darah akan. Dengan begitu pembuluh darah akan melebar, darah dapat mengalir dengan lebih lancar, dan tekanan darah dapat menurun.Fungsi obat amlodipine untuk menurunkan tekanan darah tinggi

Af.lasan pemberian obat pada pasien

Membantu menurunkan tekanan darah tinggi

g. Kontraindikasi

Hindari pemberian obat amlodipine pada pasien dengan alergi atau hipersensitivitas terhadap obat ini , pada pasien dengan syok kardiogenik, stenosis aorta berat, dan hipotensi berat.

h.Efek samping obat ini dapat menimbulkan rasa lelah, pusing, mual.

3. Mecobalamin

a.Klasifikasi / Golongan

Mecobalamine ini merupakan vitamin B kompleks atau B12 Golongan Neurotropik vitamin / vitamin untuk sistem saraf.

b.Dosis Umum

Dosis umum biasanya di berikan 500 mcg – 1500 mcg per hari dapat diberikan 1–3 kali sehari tergantung kondisi pasien. Obat ini dapat diberikan melalui intravena (IV), intramuskular (IM), atau oral.

c.Dosis untuk Pasien yang bersangkutan 500 mcg / 24 jam

d.Cara Pemberian Obat Intravena (IV)

e.Mekanisme Kerja dan Fungsi Obat

obat Mecobalamin adalah bentuk aktif vitamin B12. Obat ini berperan dalam sintesis DNA dan pembentukan sel darah merah sehingga dapat membantu regenerasi saraf dan pembentukan mielin pada sistem saraf.

f. Fungsi obat ini Membantu perbaikan kerusakan saraf, membantu pembentukan sel darah merah dan mengatasi neuropati perifer

g. Alasan Pemberian Obat kepada Pasien

Biasanya obat ini diberikan pada pasien yang mengalami Kekurangan vitamin B12 Neuropati (kerusakan saraf) Anemia megaloblastik Gangguan saraf seperti kesemutan, mati rasa

h.Kontraindikasi Obat tidak boleh diberikan pada

Pasien dengan alergi terhadap mecobalamin atau vitamin B12 Penyakit Leber (kelainan saraf mata herediter)

i. Efek sampingnya dapat menyebabkan Mual, muntah, diare, sakit kepala, ruam kulit atau reaksi alergi.

4. Clopidogrel

a.Klasifikasi / Golongan

Antiplatelet (antitrombosit) Golongan thienopyridine

b.Dosis Umum

Dosis umum 75 mg sekali sehari (1× sehari) untuk terapi pemeliharaan.Pada kondisi tertentu seperti serangan jantung atau stroke, dapat diberikan loading dose 300–600 mg, kemudian dilanjutkan 75 mg per hari.

c.Dosis untuk Pasien yang Bersangkutan

Dosis di berikan 75 mg / 24 jam

d.Cara Pemberian Obat: oral

e.Mekanisme Kerja dan Fungsi Obat

Obat clopidogrel bekerja dengan menghambat reseptor adenosine diphosphate pada trombosit dan menghambat Dagernegans i detmroikmiabno smit en(cpeegnaghg upmempableant ukpalna tetrloemt).b us (bekuan darah). Adapun fungsi obat yaitu mencegah trombosis pada pembuluh darah

f.Alasan Pemberian Obat kepada Pasien

Stroke Nonhemoragik

g. Kontraindikasi

Tidak boleh diberikan pada pasien dengan Alergi terhadap clopidogrel, perdarahan aktif (misalnya perdarahan lambung atau otak) dan gangguan hati berat

h.Efek Samping Perdarahan (paling sering), memar mudah terjadi, mimisan, diare, nyeri perut, dan ruam kulit.

5. Novorapid

a.Klasifikasi / Golongan

Insulin kerja cepat (rapid-acting insulin), analog insulin (insulin aspart).

b.Dosis Umum

Dosis bersifat individual sesuai kebutuhan pasien dan kadar glukosa darah. Umumnya diberikan sebelum makan (±5–10 menit sebelum makan). Total kebutuhan insulin harian bdaiapsatn ydaik omsbeiknitaasri kan0 ,5d–e1n ganu nitn/ksguBlinB /hkearjia, myeanegn gah atau kerja panjang.

c.Dosis untuk Pasien yang Bersangkutan

Dosis yang diberikan sesuai instruksi dokter dan kondisi kadar glukosa darah pasien (misalnya 6-8 unit sebelum makan, atau sesuai terapi yang diberikan).

d.Cara Pemberian Obat

Diberikan melalui injeksi subkutan (SC) pada daerah abdomen, paha, lengan atas, atau bokong.

e. Mekanisme Kerja dan Fungsi Obat

Novorapid mengandung insulin aspart yang bekerja cepat untuk menurunkan kadar glukosa darah dengan cara meningkatkan pengambilan glukosa oleh sel otot dan jaringan lemak, serta menghambat produksi glukosa oleh hati. Obat ini membantu mengontrol kadar gula darah terutama setelah makan (*postprandial*).

f.Alasan Pemberian Obat kepada Pasien

Diberikan untuk mengontrol kadar gula darah pada pasien dengan diabetes melitus.

g. Kontraindikasi

Tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipoglikemia (kadar gula darah terlalu rendah) Alergi atau hipersensitivitas terhadap insulin aspart atau komponen obat.

h.Efek Samping:

-Hipoglikemia (paling sering terjadi)

-Reaksi pada tempat suntikan (kemerahan, nyeri, atau bengkak)

-Lipodistrofi (perubahan jaringan lemak pada tempat suntikan)

-Reaksi alergi seperti ruam atau gatal.

6. Glimiperida

a.Klasifikasi / Golongan

Antidiabetik oral golongan sulfonilurea.

b.Dosis Umum

Dosis awal biasanya 1 mg sekali sehari, diminum saat atau segera setelah sarapan. Dosis dapat ditingkatkan secara bertahap sesuai respons kadar glukosa darah hingga maksimal 8 mg per hari.

c.Dosis untuk Pasien yang Bersangkutan 1–2 mg / 24 jam
(sesuai terapi yang diberikan dokter).

d.Cara Pemberian Obat

Diberikan secara oral (melalui mulut), biasanya satu kali sehari bersama sarapan atau makan pertama.

e.Mekanisme Kerja dan Fungsi Obat

Glimepiride bekerja dengan merangsang sel beta pankreas untuk meningkatkan sekresi insulin. Selain itu, obat ini juga mtuebmuhb atnetruh admape niingskualintk,a ns ehsinegngsait ivmitaesm baj kadar glukosa darah.

f.Alasan Pemberian Obat kepada Pasien

Diberikan untuk mengontrol kadar gula darah pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2.

g. Kontraindikasi

Tidak boleh diberikan pada pasien dengan diabetes melitus tipe 1, ketoasidosis diabetik alergi terhadap glimepiride atau obat golongan sulfonylurea, gangguan hati atau ginjal berat.

h.Efek Samping

- Hipoglikemia (kadar gula darah rendah)
- Pusing atau sakit kepala
- Mual atau gangguan pencernaan
- Reaksi alergi seperti ruam kulit atau gatal
- Penambahan berat badan.

2. Non farmakologis

a.Terapi cairan (RL 500 cc)

Ringer laktat adalah cairan yang isotonis dengan darah dan di maksudkan untuk cairan pengganti. Ringer laktat merupakan cairan kristaloid digunakan antaranya luka bakar, syok, dan cairan preload pada operasi. Ringer laktat merupakan cairan yang memiliki komposisi elektrolit

mirip dengan plasma. Satu liter cairan ringer laktat memilki kandungan 130 mEq ion natrium setara dengan 130 mmol/L, 109 mEq ion klorida setara dengan 109mmol/L, 28 mEq laktata setara dengan 28 mmol/L, 4 mEq ion kalium setara dengan 4 mmol/L, 3 mEq ion kalsium setara dengan1,5 mmol/L.Anion laktat yang terdapat dalam ringer laktat akan dimetabolisme di hati dan diubah menjadi bikarbonat untuk mengkoreksi keadaan asidosis, sehingga ringer laktat baik untuk mengkoreksi asidosis. Laktat dalam ringer laktat sebagian besar di metabolisme melalui proses glukoneu-genesis. Setiap satu mol laktat akan menghasilkan satu mol bikarbonat.

b.Terapi Oksigen (O_2, Nasal Kanul)

Nasal kanul adalah alat terapi oksigen yang digunakan untuk memberikan oksigen tambahan melalui dua ujung kecil (prong) yang dimasukkan ke dalam lubang hidung. Alat ini dihubungkan dengan sumber oksigen melalui selang dan memberikan aliran oksigen secara langsung ke nasofaring. Nasal kanul termasuk sistem aliran rendah yang memberikan konsentrasi oksigen yang bervariasi tergantung pada laju aliran dan pola pernapasan pasien. Umumnya nasal kanul digunakan pada pasien yang membutuhkan tambahan oksigen ringan hingga sedang serta masih dapat bernapas secara spontan. Nasal kanul mengalirkan oksigen dengan aliran sekitar 1–6 liter/menit $_2$d)e snegkaitna rf r2a4k–s4i 4o%ks.i gen terinspirasi (FiO karena memungkinkan pasien untuk berbicara, makan, dan minum selama terapi oksigen berlangsung.

c.Terapi oksigen (O2 *Non Rebreathing Mask*)

NRM adalah alat terapi oksigen yang terhubung ke kantong reservoir yang diisi dengan oksigen dengan konsentrasi yang tinggi. Sungkup muka non breathing memberikan konsentrasi oksigen sampai 99% dengan aliran yang sama pada kantong rebreathing. *Non rebreathing mask* arus rendah mengalirkan oksigen ke nasofaring dengan aliran 6-15 liter/menit dengan fraksi oksigen (O2) (Fi-O2) antara 60-99%.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A.Pembahasan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dengan kasus nyata dari penerapan asuhan keperawatan kritis di ruang ICU pada Ny. S umur 83 tahun dengan non hemoragik stroke (NHS) di ruang ICU Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera yang dilakukan dari tanggal 5 Januari 2026. Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data pengkajian diperoleh melalui wawancara ke keluarga pasien dan hasil observasi langsung oleh perawat, serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung.

Dalam proses keperawatan perlu menggunakan metode ilmiah sebagai pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan. Metode ini membantu perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan secara sistematis, terarah, dan terstruktur sehingga setiap tindakan yang di lakukan memiliki dasar ilmiah yang jelas. Melalui pendekatan ini perawat dapat mengidentifikasi, menganalisis, serta memecahkan berbagai masalah keperawatan yang di alami pasien secara tepat. Dengan demikian, tujuan keperawatan dapat tercapai mseepneinrtgi katkan derajat kesehatan, membantu proses pemulihan, serta memberikan kenyamanan dan ketenangan pada pasien yang berada dalam kondisi kritis maupun dalam menghadapi akhir kehidupan. Adapun Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut (Hasibuan et al., 2023).

a.Pengkajian Primer

1)B1 *(Breath)*

Pada pengkajian B1 (Breath) didapatkan hasil pengkajian pasien tampak sesak dengan jumlah pernapasan 32x/menit dan SpO2 88%. Terdengar bunyi napas tambahan gurgling pada kedua dinding dada pasien dan terdapat sputum yang berlebihan (berwarna hijau, encer). Dari kondisi pasien diatas, dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami penumpukan sputum yang berlebihan sehingga mengakibatkan pasien mengalami sesak napas. Hal ini sejalan dengan teori Susilo (2025), yang mengungkapkan bahwa Stroke juga dapat menyebabkan terjadinya gagal napas. Kondisi ini dapat terjadi sebagai dampak langsung dari adanya lesi pada batang otak yang berperan dalam mengatur sistem pernapasan. Kerusakan tersebut dapat menimbulkan penumpukan sputum secara berlebihan sehingga mengakibatkan bersihan jalan napas menjadi tidak efektif. Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan kondisi ketika seseorang tidak mampu membersihkan sekret atau hambatan pada saluran pernapasan sehingga jalan napas tidak dapat dipertahankan tetap terbuka (paten).

2)B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 (*Blood*) didapatkan hasil pengkajian tekanan darah 180/100 mmHg dan peningkatan frekuensi nadi 54x/menit. Hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan GDP: 159 mg/dl. Hal ini sejalan dengan teori Qatrunnada & Amalia (2024), yang mengungkapkan bahwa peningkatan tekanan darah dan denyut nadi pada pasien dapat terjadi akibat meningkatnya beban kerja jantung yang disebabkan oleh penumpukan plak pada pembuluh darah.

Kondisi ini menyebabkan kemampuan jantung dalam memo mpa darah menjadi tidak optimal sehingga kebutuhan metabolisme tubuh tidak dapat terpenuhi secara adekuat.

3)B3 (*Brain*)

Pada pengkajian *brain* didapatkan tingkat kesadaran pasien somnolen dengan GCS 9 dimana pasien hanya membuka mata dan melokalisir saat diberikan rangsangan nyeri serta mengeluarkan suara yang tidak jelas. Tampak reaksi pupil isokor kiri dan kanan. Hal ini sejalan dengan teori Abukarim et al. (2024), mengungkapkan bahwa penurunan kesadaran pasien terjadi karena adanya infark hemisfer yang dibuktikan dengan hasil CT-scan yaitu ditemukan adanya Infark hemisfer cerebelli dan corona radiata kiri, nucleus lentiformis bilateral, thalamus kanan dan pons.

4)B4 (*Bladder*)

Pada pengkajian B4 (*Bladder*) pada pasien ini tidak ditemukan adanya abnormalitas pada sistem perkemihan seperti nyeri saat buang air kecil (BAK), kesulitan berkemih, ataupun tanda-tanda infeksi saluran kemih. Pasien tampak terpasang *folley catheter* dengan jumlah urin sebanyak 300 cc dalam 8 jam dan berwarna kuning jernih. Warna urin tersebut masih tergolong normal dan menunjukkan bahwa fungsi fitrasi ginjal serta proses ekskresi cairan tubuh pasien masih berjalan dengan baik.

Pemasangan kateter urin pada pasien ini dilakukan untuk memonitor output urin secara akurat karena pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran. Pada pasien dengan kondisi kritis atau penurunan kesadaran,pemantaun keseimbangan cairan menjadi sangat penting untuk menilal status hemodinamik, fungsi ginjal, serta respon pasien terhadap terapi cairan yang diberikan. Penggunaan kateter

urin memungkinkan tenaga kesehatan untuk memantau jumlah, warna, dan karakteristik urin secara lebih akurat sehingga dapat membantu dalam pengambilan keputusan klinis selama proses perawatan.

Pada pasien yang mengalami gangguan neurologis seperti stroke, kemampuan dalam mengontrol proses berkemih
dapat terganggu akibat adanya kerusakan pada pusat saraf yang berperan dalam mengatur fungsi kandung kemih. Kondisi ini dapat menimbulkan berbagai masalah seperti inkontinensia urin, retensi urin, maupun gangguan pada refleks berkemih. Oleh sebab itu, pemasangan kateter urin
pserninugru nadni lakkeuskaadna ranp agduan a pmaesmiebna ntdue npgroasne s pengeluaran
urin serta memudahkan tenaga kesehatan dalam memantau jumlah output urin selama masa perawatan intensif (Barus et al., 2025).

5)B5 (*Bowel*)

Pada pengkajian B5 (*Bowel*) pada pasien ini tidak ditemukan adanya abnormalitas pada sistem pencernaan seperti hematemesis, melena, ataupun keluhan lain yang mengarah pada gangguan perdarahan saluran cerna. Pasien juga tidak menunjukkan tanda-tanda gangguan pengeluaran urine dan feses seperti konstipasi maupun inkontinensia alvi pada saat pengkajian dilakukan. Hal ini menunjukkan bahwa fungsi sistem gastrointestinal pasien masih dalam kondisi relatif stabil. Namun demikian, pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran sehingga kemampuan mempertahankan jalan
ini meningkatkan risiko terjadinya aspirasi apabila pemberian nutrisi dilakukan secara oral. Oleh karena itu, pada pasien dilakukan pemasangan *nasogastric tube* (NGT) sebagai

media untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi secara enteral. Pemberian nutrisi melalui NGT (*Nasogastric Tube*) dilakukan untuk memastikan bahwa kebutuhan energi dan zat gizi pasien tetap tercukupi. Selain itu, tindakan ini juga bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi seperti malnutrisi yang dapat memperburuk kondisi klinis pasien (Nilawati, 2025). Secara teori, pasien yang mengalami gangguan neurologis seperti stroke seringkali mengalami kesulitan menelan (disfagia) akibat kerusakan pada pusat saraf yang mengatur koordinasi proses menelan. Keadaan ini dapat mengakibatkan berkurangnya asupan nutrisi, munculnya keluhan mual dan muntah, serta meningkatkan risiko aspirasi apabila makanan atau cairan masuk ke saluran

pernapasan. Oleh karena itu, pemasangan NGT *(Nasogastric Tube)* dilakukan pada pasien dengan penurunan kesadaran atau disfagia untuk membantu memenuhi kebutuhan nutrisi secara aman dan adekuat hingga kondisi neurologis pasien membaik (Qin et al., 2025).

6)B6 (*Bone)*

Pada pengkajian B6 (*Bone*) didapatkan akral pasien tampak pucat dan teraba hangat. Hasil pemeriksaan kekuatan otot menunjukkan bahwa kekuatan otot pada ekstremitas kanan, baik tangan maupun kaki, bernilai 1, sedangkan pada ekstremitas kiri bernilai 1. Temuan tersebut menunjukkan adanya penurunan kekuatan otot pada pasien. Kondisi kelemahan otot yang dialami pasien diduga berkaitan dengan gangguan fungsi neurologis akibat stroke yang menyebabkan kerusakan pada jalur motorik di otak. Infark yang terjadi pada jaringan otak dapat menghambat proses transmisi impuls saraf dari korteks serebri menuju otot rangka melalui traktus kortikospinalis. Gangguan pada jalur

tersebut dapat menimbulkan gangguan pergerakan berupa hemiparesis atau kelemahan pada ekstremitas. Pada pasien stroke, kelemahan otot umumnya muncul pada sisi tubuh yang berlawanan dengan lokasi lesi di otak. Kondisi ini dapat mengganggu kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi serta aktivitas sehari-hari.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suhartina & Silvitasari (2024), yang menyatakan bahwa pasien stroke sering mengalami penurunan kekuatan otot akibat kerusakan pada jalur saraf motorik yang menghubungkan korteks serebri dengan otot rangka. Kberkuusraaknagnn ya ktermseabmupt uan moteont yuenbtaubkk abne rkont pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas yang berdampak pada keterbatasan mobilitas dan aktivitas sehari- hari.

b.Pengkajian Sekunder

Pada saat pengkajian hasil observasi didapatkan pasien tidak sadarkan diri dengan GCS: E3 V2 M4 kesimpulan koma, uji kekuatan otot tangan kanan dan kiri nilai 1, kaki kanan dan kiri nilai 1. Pasien tampak sesak dengan hasil pemeriksaan fisik TD:180/100mmHg, N:54x/menit, P:32x/menit, S:36,5ºC, SPO2: 88%, GDS: 159 mg/dl. Tampak pasien terpasang infus RL 20tetes/menit dan tampak terpasang NRM 13 liter/menit, tampak terpasang folley kateter ukuran 16, tampak terpasang NGT ukuran 16. Terapi obat yang diberikan yaitu Citicolin 500gram/24jam/Iv,Clopidogrel 75 mg/24 jam/oral, Amlodipine 10mg/8jam/oral, Novorapid 3x4unit/SC, Glimepiride 2mg/24jam/oral, Salbutamol 2mg/24jam/oral, dan mecobalamine 200mg/24jam/IV. Pemeriksaan CT-Scan kepala dengan hasil: Infark hemisfer cerebelli dan corona radiata kiri, nucleus lentiformis bilateral, thalamus kanan dan pons.

Pemeriksaan lain yang juga dilakukan adalah pemeriksaan elektrokardiogram dengan hasil sinus bradikardi. Adapun pengkajian yang dilakukan penulis kepada keluarga pasien untuk mendapatkan hasil data subjektif, yaitu keluarga pasien mengatakan pasien dipindahkan ke ICU tanggal 02 Januari 2026 dengan keluhan penurunan kesadaran dan lemah tubuh sebelah kanan Pengkajian dilakukan pada tanggal 05 Januari 2026, keluarga pasien mengatakan pasien sempat jatuh dikamar mandi sekitar 3 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit. Keluarga pasien mengatakan pada hari jumat, pasien masih melakukan aktivitas seperti biasa dirumah sekitar jam 3 sore sempat minum susu. Setelah selesai minum susu, selang beberapa jam pasien didapatkan lemah tubuh sebelah kanan sudah tidak bisa membuka matanya lagi, bicaranya mulai pelo dan pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke IGD RS

Asekkaidtaerm piusk Juul s1u8f. 0Ja0uWryI TA. Setelah dilakukan penanganan di IGD, pasien dipindahkan di ruang ICU pada tanggal 02 Januari 2026 pukul 21.00 WITA. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus dan hipertensi sejak 30 tahun yang lalu dan pasien juga memiliki riwayat stroke pada tahun 2023.

Saat dilakukan pengkajian pada pola aktivitas dan latihan didapatkan data bahwa seluruh aktivitas harian pasien seperti makan, mandi, pakaian, kerapian, buang air besar, buang air kecil, dan mobilisasi dilakukan sepenuhnya dengan bantuan perawat dan keluarga. Berdasarkan beberapa data diatas, kasus pada Ny. S sesuai dengan teori yang ada, yaitu hipertensi dan penyakit diabetes melitus merupakan pemicu dari Non Hemoragik Stroke (NHS).

2.Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan pada Ny. S sesuai SDKI, yaitu :

a.Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum tampak lemah, tubuh sebelah kanan tidak dapat digerakan, mengalami penurunan kesadaran, GCS E2V2M4, hasil *CT Scan* kepala di dapatkan Infark hemisfer cerebelli dan *corona* radiata kiri, *nucleus lentiformis bilateral, thalamus* kanan dan pons. Hasil EKG didapatkan Sinus Bradikardi.

b.Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala pasien seperti pasien sesak, terdengar suara napas tambahan gurgling, dteiardganpoasti s kseppuetruamw atayna ningi subdearhle mbiehmane nudha gejala mayor SDKI.

c.Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala pada pasien yaitu dkadna dr iagnluoksois ak epdearrawh atpaans iinein s uydanhg m etimdaekn dan gejala mayor SDKI.

Berdasarkan kajian teori, terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang tidak diangkat dalam kasus ini, yaitu:

a.Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular karena keterbatasan gerak yang dialami pasien bukan disebabkan oleh gangguan neuromuskular yang

dapat dinilai secara fungsional, melainkan akibat penurunan tingkat kesadaran yang dialami pasien. Pada kondisi ini pasien tidak mampu melakukan aktivitas atau pergerakan secara sadar, sehingga pengkajian terhadap kemampuan mobilitas seperti kekuatan otot, keseimbangan, dan kemampuan bergerak tidak dapat dinilai secara optimal.

b. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular karena pasien berada dalam kondisi penurunan kesadaran sehingga kemampuan menelan tidak dapat dinilai secara langsung. Pada pasien dengan penurunan kesadaran, pemberian makanan atau minuman melalui mulut tidak dilakukan (NPO) untuk mencegah terjadinya aspirasi. Oleh karena itu, diagnosa gangguan menelan belum dapat ditegakkan pada kondisi pasien saat ini.

c. Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran karena pasien sudah mendapatkan penanganan berupa pembatasan pemberian makanan dan minuman melalui mulut serta pemantauan ketat oleh tenaga kesehatan. Selain itu, belum ditemukan tanda atau gejala aspirasi seperti batuk saat menelan, suara napas abnormal akibat aspirasi, maupun gangguan pernapasan yang disebabkan oleh masuknya makanan atau cairan ke dalam saluran napas.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. diagnosa ini tidak diangkat karena kondisi pasien berada dalam penurunan kesadaran sehingga pasien tidak melakukan aktivitas secara mandiri. Oleh karena itu, respon tubuh terhadap aktivitas tidak dapat dinilai secara langsung.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan, penulis

menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan intervensi sesuai kondisi pasien.

a.Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Pada diagnosis pertama ini, penulis membuat 7 intervensi yaitu: monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, berikan posisi elevasi kepala 30º, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dan pemberian obat.

b.Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pada diagnosis kedua ini, penulis membuat 5 intervensi yaitu: monitor bunyi napas tambahan,monitor sputum, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen dan kolaborasi pemberian mukolitik.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Pada diagnosis ketiga ini, pideennutilfisik asmi keemmbuunagt kin5a n pinetneyrevebnasbi hipyearigtuli kadar glukosa darah, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, kolaborasi pemberian insulin dan kolaborasi pemberian cairan intravena.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dilakukan secara sistematis dengan berpedoman pada perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Setiap

tindakan keperawatan diberikan dengan mempertimbangkan tanda dan gejala yang dialami pasien, sehingga intervensi yang dilakukan berfokus pada pemenuhan kebutuhan pada pasien dan pencapaian tujuan asuhan keperawatan (K. I. Astuti & Rosyid, 2025).

Berdasarkan hasil pengkajian, pasien mengalami beberapa masalah keperawatan, yaitu risiko perfusi serebral etidfeakkt if, ekfetkidtiaf,k stabbeirlsainh anka dajar lagnl ukonsaap adsa rathid, a perawatan diri. Seluruh masalah tersebut ditangani melalui intervensi keperawatan yang dilaksanakan secara kompreh[illegible] dan berkesinambungan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Selain intervensi yang tercantum dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), perawat juga melakukan tindakan tambahan berupa pemberian posisi elevasi kepala 30°. Tindakan ini memiliki tujuan untuk meningkatkan aliran darah serebral dan memaksimalkan suplai oksigen ke jaringan otak, sehingga diharapkan dapat memperbaiki oksigenasi serebral yang ditunjukkan dengan peningkatan nilai saturasi oksigen. Implementasi tindakan ini mulai dilakukan sejak hari keempat perawatan pasien di ruang ICU dan dilaksanakan secara konsisten selama tiga hari berturut-turut sebagai bagian dari upaya optimalisasi kondisi neurologis pasien.

5.Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang

menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Dewi Astuti Sudijanto, 2025).

hasilE vimalupalesmi enktaespie ryaawnagt and ilakyuaknagn sdeildaampaa tk3a nh arid aprai da Ny.S

merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini didapatkan hasil sebagai berikut :

a.Rbiseikrhou pbeurnfugsai ns eredbernagl aasi d ak eifpeskrtitfe nsi evaluasi menunjukan bahwa sebagian masalah teratasi. Tingkat kesadaran pasien belum membaik karena pasien masih M4 (somnolen) Nakesadaran GCS E3 V2 sudah mulai menunjukan adanya penurunan. Pada hari ketiga implementasi, didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah mulai dari 135/80 mmHg.

b.Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas Hasil evaluasi pada diagnosis ini mulai teratasi ditandai dengan status pernapasan pasien yang mulai membaik.

Pdiaddaap atkhketiga implementasi, pernapasan pasien 22 x/menit dan SPO2 98% dengan tindakan *suctioning*, pemberian oksigenasi dan pemberian mukolitik.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin Hasil evaluasi menunjukan bahwa diagnosis ini belum teratasi, karena pada hari ketiga implementasi kadar glukosa darah pasien menjadi 142 mg/dl.

B.Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1.Judul EBN Penerapan Pemberian Posisi *Head Up* 30°.

Terhadap Perubahan Hemodinamik padan pasien non hemoragik stroke di Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera.

2.Diagnosa keperawatan

Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi

3. Luaran yang diharapkan

a.Tingkat kesadaran cukup meningkat.

b.Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik.

4.Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Manajemen penigkatan intrakarnial pada pemberian posisi *head up* 30°.

5.Pembahasan Tindakan keperawatan sesuai EBN

a.Pengertian

Tindakan posisi *head up* 30° merupakan tindakan memposisikan pasien dengan cara menaikkan bagian kepala tempat tidur sekitar 30° dari posisi datar, sementara bagian tubuh lainnya tetap berada dalam keadaan sejajar dan lurus dengan tempat tidur. Posisi ini bertujuan untuk memberikan kenyamanan pada pasien serta membantu memperbaiki fungsi pernapasan dan sirkulasi darah. Selain itu, posisi *head up* 30° juga sering digunakan pada pasien dengan gangguan neurologis, gangguan pernapasan, maupun peningkatan tekanan intrakranial karena dapat membantu meningkatkan aliran oksigen ke otak, memperbaiki ventilasi paru, serta mengurangi risiko terjadinya aspirasi. Dengan demikian, penerapan posisi *head up* 30° menjadi salah satu intervensi keperawatan yang penting dalam menunjang stabilitas kondisi

fisiologis pasien (Epiphania Trisila, Fransiska Aloysia Mukin, 2022).

b. Tujuan

Pada pasien stroke suplai oksigen ke otak berkurang karena adanya kerusakan pada otak, sehingga perlu mendapatkan bantuan secepat mungkin. Posisi elevasi kepala 30° pada pasien stroke betujuan untuk menurunkan TIK, memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

c.PICOT EBN

RUBRIK	**JURNAL 1**	**JURNAL 2**	**JURNAL 3**
JUDUL	Pengaruh Pemberian Posisi *Head Up* Elevasi 30° Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Di IGD RSUD Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka(Epiphania Trisila, Fransiska Aloysia Mukin, 2022).	Efektivitas Penerapan Elevasi Kepala Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak Pada Pasien Stroke (Kiswanto, 2021).	Implementasi posisi *head up* 30°. Terhadap saturasi oksigen terhadap pasien non hemoragik stroke (Santama, & Immawati 2025)

P (*Population*)	Penelitian ini dilakukan di Di IGD RSUD Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka dengan jumlah responden 15 orang.	Spenbealnityiaank i2n5i adriltaikkeulk yaann dgi Rdiulaaknugk aSna raf *screening* judul dan abstrak. Setelah dilakukan penyaringan terdapat 9 artikel yang akan dikaji kualitasnya dan disintesis dalam laporan Literatur.	RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro, dengan jumlah responden sebanyak 2 responden pasien stroke
I (*intervention*)	Penelitian ini memberikan intervensi dengan memposisikan *head up* 30° selama 30 menit.	Data penelitian ini berbentuk *Literatur Review*, pengambilan data ini dari hasil Penelitian sebelumnya. Penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan telaah artikel. Telaah artikel didapat berdasarkan	peneliti memberikan intervensi dengan memposisikan *head up* 30° yaitu kepala di tinggikan 30° selama 30 menit di lakukan selama 3 hari.

		desain, instrument dan populasi peneitian yang berbeda-beda dalam mengetahui peningkatan perfusi jaringan pada pasien stroke menggunakan elevasi kepala.	
C (*Comparison*)	penelitian ini tidak menggunakan pembanding.	Pada penelitian ini menggunakan 9 jurnal yang ditelaah dengan hasil masing-masing Jurnal menyampaikan pendapat bahwa setiap posisi elevasi kepala dapat meningkatkan saturasi oksigen dan posisi 30° lebih	Penelitian ini tidak menggunakan pembanding.

		di sarankan.	
O (*Outcome*)	hasil penelitian ini menunjukan adanya pengaruh elevasi kepala 30° terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik, dimana pada saat posisi supinasi saturasi oksigen 96%, sedangkan saat kepala di elevasi 30 derajat selama 30 menit saturasi meningkat menjadi 98%.	Beberapa literatur yang di dapatkan menunjukkan bahwa posisi *Head Up* 15°, 30°, 45°, dan 90°. Dapat mempengaruhi peningkatan nilai saturasi oksigen. Namun lebih Menganjurkan posisi 30° dalam praktik *Evidence based practice* *nursing*. Dengan demikian, rujukan tindakan keperawatan dalam oksigenme di otak pada pasien stroke adalah menggunakan elevasi kepala	Hasil pengkajian saturasi oksigen setelah implementasi mengalami peningkatan yaitu pada subyek I menjadi 97% dan subyek II menjadi 96%, dengan rata-rata kenaikan saturasi oksigen pada kedua subyek yaitu 1.67% per hari. Meninggikan posisi kepala mampu meningkatkan aliran darah otak dan emaksimalkan oksigenasi jaringan otak, peningkatan nilai yang menyebabkan

		30°.	saturasi oksigen.
T (*Time*)	Penelitian ini dilakukan pada bulan september 2022.	Penelitian ini dipublikasikan pada desember 2021.	Penelitian ini dilakukan pada maret 2025.

Kesimpulan :

Pemberian posisi *Head Up* 30° memberikan manfaat yang signifikan bagi pasien stroke non hemoragik (NHS) dalam menjaga dan memperbaiki stabilitas hemodinamik. Intervensi ini merupakan bagian dari asuhan keperawatan berbasis *Evidence-Based Nursing* (EBN) yang bertujuan untuk mengoptimalkan perfusi serebral, mengurangi risiko peningkatan tekanan intrakranial, serta mendukung fungsi kardiovaskular dan respirasi pasien. Setelah dilakukan pemberian posisi *Head Up* 30° secara tepat dan berkelanjutan, pasien umumnya menunjukkan perubahan hemodinamik yang positif, antara lain stabilisasi tekanan darah, perbaikan frekuensi nadi dan pernapasan, serta peningkatan saturasi oksigen. Selain itu, posisi ini juga membantu meningkatkan kenyamanan pasien dan menurunkan risiko komplikasi, seperti aspirasi dan gangguan pernapasan. Dengan demikian, pemberian posisi *Head Up* 30° dapat disimpulkan sebagai salah satu intervensi keperawatan nonfarmakologis yang efektif dan aman, serta menjadi bagian penting dalam penatalaksanaan pasien stroke non hemoragik, khususnya dalam upaya mempertahankan kestabilan hemodinamik dan meningkatkan keselamatan pasien.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. “S”umur 83 tahun dengan non hemoragik stroke, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

   Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny. “S” 83 tahun, faktor yang mendukung terjadinya stroke adalah dari penyakit primer kronis yang dialami pasien yaitu hipertensi.

2.Diagnosis Keperawatan

   Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Ny. “S” dengan NHS yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

3.Intervensi Keperawatan

   Dari rencana keperawatan yang telah penulis rencanakan, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi observasi,terapeutik, edukasi,dan kolaborasi. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan sarana yang ada di rumah sakit. Intervensi yang dilakukan di Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar dapat disimpulkan bahwa pasien stroke dapat menerapkan *Evidance Based Nursing* (EBN) yaitu pemberian posisi *head up* 30° yang terbukti

efektif dalam memfasilitasi aliran darah serebral dan meningkatkan oksigenasi ke jaringan serebral sehingga dapat memperbaiki kondisi hemodinamik pasien

4.Implementasi Keperawatan

Setelah perawatan selama tiga hari bekerjasama dengan rekan mahasiswa dan perawat, semua implementasi boleh terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi

Dari hasil evaluasi, ke empat diagnosis keperawatan belum teratasi sehingga intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan dan mahasiswa.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan penelitian, penulis menyampaikan beberapa saran yang diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, khususnya pada pasien stroke non hemoragik (NHS), sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi bagi perawat dalam menerapkan intervensi keperawatan berbasis *Evidence-Based Nursing* (EBN), khususnya pemberian posisi *Head Up* 30° pada pasien stroke non hemoragik. Intervensi ini diharapkan dapat membantu memperbaiki dan menstabilkan hemodinamik pasien, seperti tekanan darah, frekuensi nadi, dan saturasi oksigen, serta meningkatkan perfusi serebral. Penerapan posisi *Head Up* 30° secara tepat dan konsisten diharapkan dapat mkeepnedruawkuantagn , pmeennincgekgaatahn peknuinagliktasta n ptelkaaynaan mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut pada pasien stroke.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai bahan referensi ilmiah bagi peserta didik, khususnya mahasiswa keperawatan, dalam memahami dan menerapkan asuhan keperawatan berbasis *Evidence-Based Nursing* pada pasien stroke non hemoragik. Pemberian posisi *Head Up* 30° diharapkan dapat menjadi salah satu intervensi keperawatan yang mapaliukpelatan dalam pembelajaran keperawatan kritis keperawatan medikal bedah, baik di lingkungan rumah sakit maupun di masyarakat.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Penulis berharap agar profesi keperawatan mampu meningkatkan kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan mampu meningkatkan kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan menerapkan intervensi yang berbasis *Evidence Based Nursing*.

DAFTAR PUSTAKA

Abukarim, F., Kristanti, E., & Darmayanti, D. (2024). *Karakteristik Pasien Stroke Hemoragik Di Rsud Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate Periode Januari 2019–Desember 2021 .6* , 95–101.

Ahmad, A. F., Galassi, F. M., Burlakoti, A., Vaccarezza, M., & Papa, V. (2024). Heliyon Human cerebral blood supply via circulus arteriosus cerebri : A scoping review on its variations and clinical implications. *Heliyon*, *10*(12), e32648. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e32648

Aleksandar. (2025). *Stroke Management in the Intensive Care Unit : Ischemic and Hemorrhagic Stroke Care*. 1–19.

Ambarika, R., Saifulaman, M., Hastuti, A. P., & Ana, N. (2023). *Risk Factors of Stroke in Indonesian Population : Literature Review*. *7*(1), 133–148.

Astuti, K. I., & Rosyid, F. N. (2025). *Menurunkan Tekanan Intra Kranial Pada Pasien Stroke Infark: Literature Review*. *9*. https://doi.org/http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners

Astuti, N. A. W., Fentiana, N., & Ariyanti, I. (2026). *Jurnal Riset Ilmiah*. *3*(1), 293–299.

Barus, S. B., Surabina, H., Taufik, Tambunan, H. T. N., & Nurhayati, E. (2025). *PengaruhBladderTrainingterhadapKemampuanBerkemih Pasien Stroke yang Terpasang Kateter di Rumah Sakit Royal Prima Medan*.*8*(2). https://doi.org/10.32524/jksp.v8i2.1495

Broocks, G., & Meyer, L. (2023). *New Advances in Diagnostic Radiology for Ischemic Stroke*. 10–14.

Charan, S. S., Deepika, S., Kumar, E. R., Purnachander, K., & Naik, G. N. (2024). *A Comprehensive Review On Acute Ischemic Stroke ; Advances In Understanding , Diagnosis And Management*. *12*(7), 273–284.

Deliana, M., Pusparianda, D., & Putri, R. N. (2024). *Deskripsi Kejadian*

Stroke Iskemik Di Ruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Se Kota Tanjungpinang Description of Ischemic Stroke Incident in the Intensive Care Room of Hospitals in Tanjungpinang City. *c*, 26–32.

Dewi Astuti Sudjianto. (2025). *Evaluasi Implementasi Model Keperawatan Berbasis Bukti dalam Meningkatkan Kualitas Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit 4* . (1),12–22.

Dewi, L., & Fitraneti, E. (2024). *StrokeIskemik*. *III* , 379–388. https://doi.org/https://doi.org/10.56260/sciena.v3i6

Epiphania Trisila, Fransiska Aloysia Mukin, M. D. (2022). *Pengaruh Pemberian Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Di Igd Rsud Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka*. *8*(September), 664–674. https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.7117769

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S. O., Pandian, J., Lindsay, P., Grupper, M. F., & Rautalin, I. (2025). *World Stroke Organization : Global Stroke Fact Sheet 2025*. *20*(2). https://doi.org/10.1177/17474930241308142

Hanan, I., & Ardhi, M. S. (2024). *Risk Factors of Ischemic Stroke : A Literature Review*. *5*(6), 1500–1505. https://doi.org/10.51542/ijscia.v5i6.74

Hasan, T. F., Hasan, H., & Kelley, R. E. (2021). *Overview of Acute Ischemic Stroke Evaluation and Management*. 1–29.

Hasanah, S. A., Septimar, Z. M., Dewi, E., Ners, P. P., & Fisik, G. M. (2024). *AsuhanKeperawatanPada Pasien Stroke NonHemoragik Dengan Intervensi Range Of Motion (Rom) Terapi Genggam Bola TanganDiHcuStroke RsAn- Nisa* .203–207.

Hasibuan, E. K., Gulo, A. R. B., Saragih, M., Farmasi, F., Sari, U., & Indonesia, M. (2023). *HubunganPelaksanaan NursingRound Dengan Kinerja Perawat Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Di Rsu Advent Medan*. *6*(2), 70–77. https://doi.org/https://doi.org/10.51544/keperawatan.v6i2.4689

Hladky, S. B., & Barrand, M. A. (2024). Alterations in brain fluid physiology during the early stages of development of ischaemic oedema. *Fluids and Barriers of the CNS*, 1–33. https://doi.org/10.1186/s12987-024-00534-8

Indonesia, S. K. (2023). Survei Kesehatan Indonesia. *Kemenkes*.

Ismoyowati, T. W., Rahardjo, W., Suharso, E., & Nando, A. (2025). *Kolaborasi Interprofesi dalam Peningkatan Kapasitas Lansia dan Keluarga untuk Pencegahan Stroke*. *1*, 49–55.

Jeanifer, U. M., Mediawati, A. S., & Somantri, I. (2023). *Strategi Implementasi Diagnosis, Intervensi dan Luaran Keperawatan IndonesiaTerhadapPerawat 5* , 2338–2346.

Kemenkes. (2023). *Cegah Stroke dengan Aktivitas Fisik*. https://kemkes.go.id/eng/cegah-stroke-dengan-aktivitas-fisik

Kiswanto, L. (2021). Efektivitas Penerapan Elevasi Kepala Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak Pada Pasien Strokee. *Journal of Telenursing*, *3*, 519–525. https://doi.org/https://doi.org/10.31539/joting.v3i2.2559

Kosyakovsky, J., Rossitto, C. P., Antonios, J. P., Renedo, D., Stapleton, C. J., Sansing, L. H., Navaratnam, D. S., Giles, J. A., Patel, A. B., Matouk, C. C., & Sujijantarat, N. (2025). *Clot Compositionand IschemicStrokeEtiology:AContemporaryNarrative Review* . 1–21.

Kuriakose, D. (2020). *Pathophysiology and Treatment of Stroke : Present StatusandFuturePerspectives* . https://doi.org/10.3390/ijms21207609

Lengga Serafina. (2023). *SENTRI:Jurnal RisetIlmiah2* . (11), 4578–4586.

Li, Q., Zhao, L., Chan, C. L., Zhang, Y., Tong, S. W., Zhang, X., Wing, J., Ho, K., Jiao, Y., & Rainer, T. H. (2023). *Multi-Level Biomarkersfor Early Diagnosis of Ischaemic Stroke : A Systematic Review and Meta-Analysis*.

Lou, *Efficacy and safety of very early rehabilitation for acute ischemic stroke : a systematic review and* (2024). *October* , 1–17. https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1423517

Mirawati, A., Dita, D. A., Sumarni, T., Deswita, D., Sakit, R., & Yasmin, G. (2025). *StudiKasus : AsuhanKeperawatanpadaPasienStrokeNon Hemoragik di RS Otak Dr . Drs . Muh . Hatta Kota Bukittinggi Tahun 2024 Poltekkes Kemenkes Padang*.

Nilawati, N. S. (2025). *Characteristics and Acceptability of a Modified High-Energy , High-Protein Enteral Formula Based on Local Foods*. *11*(4). https://doi.org/10.22487/htj.v11i4.1531

Nurazizah, A., & Arofiati, F. (2023). *PengaruhPemberian Elevasi Kepala 30° Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik*. *14*(1). https://doi.org/10.33859/dksm.v14i1.889

Nyasa, C., Mwakikunga, A., Tembo, L., Dzamalala, C., & Ihunwo, A. O. (2021). *Distributionof variationsinanatomyofthecircle ofWillis : results of a cadaveric study of the Malawian population and review of literature*.

Otak, N. B. (2024). *NoTitle* . 1–37.

Qatrunnada, S., & Amalia, A. A. (2024). *Hubungan Kadar Kolesterol Total Dengan Tekanan Lansia Di Rsud Linggajati Kabupaten Kuningan*. *5*(September), 9695–9704.

Qin, M., Wang, S., Chen, J., & Feng, Y. (2025). *Effects of enteral nutrition in stroke : an updated review*. *March*, 1–9. https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1510111

Raamprasath, C., Saravanan, S., & F, J. A. F. (2024). *A Cross Sectional Study on the Severity of Ataxia in Posterior Circulation Stroke Patientsat aTertiaryCare Center16* (10), 398–403.

Rohmawati, N. (2022). *Kombinasi Terapi Relaksasi BensondanPosisi Head-up 30 ° hal* 183–190. https://doi.org/10.22146/jkkk.77216

Saaiq, M., Ashraf, B., Saaiq, M. A., Bello, N., Danraka, R. N., & Ammani, M. L. (2024). *Understanding the Pathophysiology of Ischemic Stroke : The Basis of Current Therapies and Opportunity for New Ones*. 1–23.

Santama, I. (2025). Implementasi Posisi Head Up. *Jurnal Cendikla Muda*,

5, 136–144.

Suhartina, S., & Silvitasari, W. (2024). *Penerapan ROM Pasif untuk Meningkatkan Kekuatan Otot pada Pasien Stroke Non Hemarogik di ICU.2024* (3).

Sukmara, T. R., Ariyani, H., & Muksin, A. (2026). *Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Ruang IGD RSUD Dr . Soekardjo*.

Susilo, T. (2025). *IKN : Jurnal Kesehatan Manajemen Kegawatdaruratan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif dengan Hisap Lendir pada Pasien Stroke di RSUD Pandan Arang Boyolali IKN : Jurnal Informatika dan Kesehata*, *7*, 12–78.

Xianwu Cheng. (2022). *a-brief-description-on-pathophysiology-of-ischemic-stroke.pdf*.

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Jesika Herman (NS2514901035)
2. Joseba Min Melmambessy (NS2514901036)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar

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

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1	Senin, 05/01/2026	Pengajuan Kasus "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke*" - ACC Kasus - Lanjutkan Pengkajian - Evaluasi			
2	Senin, 13/01/2026	Konsul BAB III - Lengkapi Pengkajian Pola Gordon - ACC EBN Pemberian Posisi Elevasi Kepala 30° - Lanjutkan BAB IV			
3	Senin, 09/03/2026	Konsul Revisi BAB III Konsul BAB IV - Tambahkan prognosis pada ilustrasi kasus - Tambahkan pemeriksaan fisik pada pola gordon - Pembahasan			

		dipertajam - Tambahkan penjelasan diagnosa keperawatan teori yang tidak diangkat - Tambahkan penjelasan pengangkatan diagnosa yang tidak sesuai teori - Buat implementasi 1x24 jam			
4	Kamis, 12/03/2026	Konsul Revisi BAB III, IV dan Konsul BAB V - Perbaikan pengetikan Dan perhatikan pada pengkajian			
5	Selasa, 17/03/2026	Konsul revisi BAB IV - Perbaikan pengetikan - ACC Lp			

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Jesika Herman (NS2514901035)
2. Joseba Min Melmambesy (NS2514901036)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar

Pembimbing : Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1	Selasa, 10/03/2026	Konsul BAB I dan BAB II - Perbaikan pada latar belakang dan pengetikan - Tambahkan data prevalensi stroke di sulawesi selatan - Tambahkan rasional pada luaran keperawatan			
2	Senin, 16/03/2026	Konsul Revisi BAB I dan II - Perbaikan pengetikan - Tambahkan pada pathway usia sesuai jurnal dan sinkronkan dengan etiologi pada BAB II - Tambahkan rasional pada luaran keperawatan			
3	Selasa 17/03/2026	Konsul Revisi BAB I dan II - Perbaikan pengetikan - Perbaiki kalimat pada setiap paragraf - Acc LP			

RIWAYAT HIDUP



1.Identitas Pribadi

Nama	:	Jesika Herman
Tempat/Tanggal Lahir	:	Palopo, 30 November 2003
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Alamat	:	Jln.Rajawali No.108

2. Indentitas Orang Tua

Ayah/ibu	:	Herman Bokko'/Yori Maulu'
Agama	:	Kristen Protestan
Pekerjaan	:	Pegawai Negeri Sipil
Alamat	:	Perum.Asri To'Bulung blok A.

3.Pendidikan Yang Ditempuh

TK Bhayangkari Kota Palopo	2008-2009
SDN 64 To'Bulung	2010-2015
SMPN 08 Palopo	2016-2018
SMAN 02 Palopo	2018-2021
STIK Stella Maris Makassar	2021-2024
Ners STIK Stella Maris Makassar	2025-2026



4. Ndaenmtiatas Pribadi

Tempat/Tanggal Lahir	:	Joseba Min Melmambessy
Jenis Kelamin	:	Saumlaki, 6 juli 2002
Alamat	:	Perempuan
	:	Jln Rappocini Raya lrg 5

5. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu	:	Abraham F R Melmambessy/Loisa Batserin
Agama	:	Kristen Protestan
Pekerjaan	:	IRT
Alamat	:	Bekasi

6.Pendidikan Yang Ditempuh

SD Kristen Saumlaki	:	2010-2016
SMP Kristen Saumlaki	:	2016-2018
SMA Negeri 8 Kepulauan Tanimbar	:	2018-2020
STIK Stella Maris Makassar	:	2020-2025
Ners STIK Stella Maris Makassar	:	2025-2026