KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.A DENGAN DIAGNOSA MEDIS *NON HEMORAGIC STROKE* DI RUANG BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

PETRONELA YOHANELA BAKI (NS2514901063)

REGITA NOVITA TANDIBUA (NS2514901066)

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

2026

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.A DENGAN DIAGNOSA MEDIS *NON HEMORAGIC STROKE* DI RUANG BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

PETRONELA YOHANELA BAKI (NS2514901063)

REGITA NOVITA TANDIBUA (NS2514901066)

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

2026

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

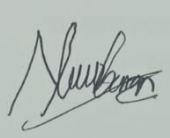
1. Petronela Yohanela Baki (NS2514901063)
2. Regita Novita Tandibua (NS2514901066)

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

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

Makassar, 17 April 2026

Yang menyatakan



Petronela Yohanela Baki



Regita Novita Tandibua

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembeimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Petronela Yohanela Baki (NS2514901063)

2. Regita Novita Tandibua (NS2514901066)

Disetuji oleh:

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep)	(Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB., Ph.D)
NIDN:0907049202	NIDN: 0913098201

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama

STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN : 0913068201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama	: 1. Petronela Yohanela Baki	(NS2514901063)
	2. Regita Novita Tandibua	(NS2514901066)
Program studi	: Profesi Ners	
Judul KIA	: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragik Stroke Di Ruangan Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar	

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

Pembimbing I	: Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep	( )
Pembimbing II	: Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,Ph.D	( )
Penguji I	: Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.Ph.D	( )
Penguji II	: Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes	( )

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal :

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

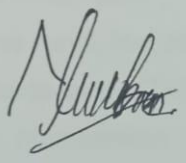
Petronela Yohanela Baki (NS2514901071)
Regita Novita Tandibua (NS2514901072)

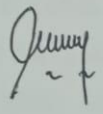
Menyatakan menyutujui dan memberikan kewenangan kepada sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, menggalih informasi/formatikan, merawat dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk Pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 17 April 2026

Yang menyatakan





Petronela Yohanela Baki

Regita Novita Tandibua

KATA PENGANTAR

Segala puji dan Syukur kami haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas segala berkat dan rahmatnya, sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul **" Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar".**

Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Studi Profesi Ner dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar

Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini kami menyadari bahwa banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini kami menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Fransiska Anita E.R.S. , Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,Ph.D, selaku ketua STIK Stella Maris Makassar sekaligus pembimbing II dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir
2. Serlina sandi, Ns., M.Kep., Ph.D, selaku wakil Ketua I bidang akademik dan kerjasama STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir.
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua II Bidang administrasi dan keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep, selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Wirmando, Ns., M.Kep, selaku ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Yunita Gabriela Madu, S. Kep Ns., M.Kep, selaku Ketua Unit

Penjaminan Mutu STIK Stella Maris Makassar.

7. Fitriyanti Patarru',Ns.,M.Kep, selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Asrijal Bakri,Ns.,M.Kes selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir
9. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin dan pengarahan untuk melaksanakan studi kasus di ruang perawatan Bernadeth II. Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
11. TN "A" selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.

Akhir kata, penulis berharap semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/I STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... **i**
HALAMAN SAMPUL ..... Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **iii**
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR ..... **iv**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **v**
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **vi**
KATA PENGANTAR ..... **vii**
DAFTAR ISI ..... **ix**
DAFTAR GAMBAR ..... **xi**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xii**
DAFTAR TABEL ..... **xiii**
BAB I PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 4
C. Manfaat Penulisan 5
D. Metode Penulisan 5
E. Sistematika Penulisan 6
BAB II TINJUAN PUSTAKA **8**
A. Konsep Dasar Medis 8
B. Konsep Dasar Keperawatan Non Hemoragic Stroke 36
BAB III PENGAMATAN KASUS **47**
A. Ilustrasi Kasus 47
B. Analisa Data 68
C. Diagnosa Keperawatan 71
D. Intervensi Keperawatan 72
E. Implementasi Keperawatan 75
F. Evaluasi Keperawatan 95

G. Daftar Obat 104
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 109
A. Pembahasan Askep 109
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing 121
C. Picot EBN Pasien (Problem, Intervensi, Comparis, Outcome and Time) 123
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 129
A. Kesimpulan 129
B. Saran 131
DAFTAR PUSTAKA 133
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar Korteks Serebrum..... 9

2.2 Gambar Sirkulasi Darah Otak… 11

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
Lampiran 2 SOP EBN Terapi AIUEO
Lampiran 3 Leaflet
Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 5 Lembar Konsul

DAFTAR TABEL

3.1 Tabel Level Stroke 66
3.2 Tabel Pemeriksaan Laboratorium 67

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gaya hidup yang tidak sehat merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan seseorang. Salah satu bentuk gaya hidup yang sering dijumpai adalah pola makan yang kurang sehat. Asupan lemak yang berlebihan dapat menyebabkan peningkatan kadar lipid dalam darah yang kemudian memicu terbentuknya plak aterosklerosis pada dinding pembuluh darah. Selain itu, kebiasaan merokok juga dapat memperburuk kondisi pembuluh darah karena kandungan zat toksik dalam rokok dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah, meningkatkan tekanan darah, serta mempercepat proses pembentukan plak aterosklerosis. Apabila proses tersebut terjadi pada pembuluh darah yang menyuplai darah ke otak, maka aliran darah dan suplai oksigen ke jaringan otak dapat terganggu. Kebiasaan seperti ini akan berakibat pada kesehatan dan akan menimbulkan berbagai macam penyakit sistem peredaran darah, salah satunya yang terjadi yaitu stroke (Zuhriyyah et al., 2025)

Stroke tidak hanya menyerang kelompok usia lanjut, tetapi juga mulai banyak ditemukan pada kelompok usia yang lebih muda. Perubahan pola hidup masyarakat seperti kurangnya aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi makanan tinggi lemak, serta meningkatnya kejadian hipertensi, diabetes melitus, dan hiperlipidemia pada usia produktif turut berperan dalam meningkatkan risiko terjadinya stroke. Kondisi tersebut menyebabkan angka kejadian stroke cenderung mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, baik di tingkat global maupun nasional (Halimatunnisa et al., 2023). Menurut *World Health Organization* (2021) angka kejadian stroke di seluruh dunia pada tahun 2021 sebanyak 101,474,558 kasus dan 12,2 juta kasus stroke

baru setiap tahunnya. Data Kemenkes RI (2018) menunjukkan prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter, jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 kasus. Hingga tahun 2023, didapatkan data Kemenkes RI (2023) menunjukkan prevelensi stroke di indonesia berdasarkan diagnosis dokter dan jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 8,3 % atau diperkirakan sebanyak 638.178 kasus. Berdasarkan data Kemenkes RI (2018) menunjukkan prevelensi stroke di Sulawesi Selatan pada tahun 2018 sebanyak 10,6% atau diperkirakan sebanyak 23.069 kasus. Hingga tahun 2023, didapatkan data terbaru Kemenkes RI (2023) yang menunjukkan prevelensi stroke di Sulawesi Selatan sebanyak 7,9% atau diperkirakan sebanyak 21.459 kasus. Data tersebut menunjukkan bahwa terjadi penurunan prevalensi stroke di Indonesia, namun penyakit ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang perlu mendapatkan perhatian karena jumlah kasusnya masih cukup tinggi di masyarakat.

Tingginya angka kejadian stroke terutama stroke non hemoragik menunjukkan bahwa penyakit ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang serius. Kondisi ini menyebabkan gangguan fungsi neurologis yang ditandai dengan beberapa gejala seperti kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi anggota gerak, wajah tampak tidak simetris, pusing atau sakit kepala, serta gangguan bicara seperti afasia dan disartria (bicara pelo). Gangguan tersebut dapat menghambat pasien dalam berkomunikasi, beraktivitas, serta berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya sehingga memerlukan penanganan yang tepat dan berkelanjutan (Muskananfola et al., 2021)

Melihat dampak yang ditimbulkan, pasien stroke memerlukan penanganan yang cepat dan tepat terutama pada fase akut untuk mencegah terjadinya kerusakan jaringan otak yang lebih luas. Pada kondisi ini, perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif guna mempertahankan kondisi

fisiologis pasien tetap stabil. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada fase akut antara lain memantau tanda-tanda vital secara berkala, memantau status neurologis, serta membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari. Selain itu, perawat juga berperan dalam memberikan posisi kepala yang tepat, seperti elevasi kepala sekitar 30°, yang bertujuan untuk membantu meningkatkan aliran darah dan oksigen ke otak sehingga perfusi serebral dapat tetap terjaga. Penanganan yang tepat pada fase akut diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi serta membantu proses pemulihan pasien stroke.

Setelah melewati fase akut, pasien stroke umumnya masih mengalami berbagai gangguan yang memerlukan proses pemulihan secara bertahap. Pada fase rehabilitasi, perawat memiliki peran penting dalam membantu pasien untuk meningkatkan kembali kemampuan fungsional yang terganggu akibat kerusakan jaringan otak. Beberapa kondisi yang masih dapat dialami pasien antara lain kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, gangguan koordinasi gerakan, serta gangguan bicara seperti disartria atau bicara pelo. Salah satu tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada tahap rehabilitatif adalah dengan menerapkan intervensi berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN), yaitu pemberian terapi bicara AIUEO pada pasien yang mengalami gangguan bicara seperti disartria atau bicara pelo. Terapi ini dilakukan dengan melatih gerakan otot bibir, lidah, dan wajah melalui pengucapan huruf vokal secara berulang sehingga kemampuan berbicara pasien dapat meningkat dan kualitas hidup pasien menjadi lebih baik (Putri et al., 2024)

Berdasarkan fenomena tersebut, sangat penting bagi perawat untuk mengetahui dan menerapkan tindakan keperawatan yang tepat dalam menangani pasien stroke non hemoragik agar kondisi pasien dapat terkontrol dengan baik dan tidak menimbulkan komplikasi yang lain. Perawat juga dituntut untuk memiliki pengetahuan serta

keterampilan yang baik mengenai penyakit stroke sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien. Dengan pemberian asuhan keperawatan yang tepat diharapkan kondisi pasien dapat membaik dan proses pemulihan dapat berjalan dengan baik. Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahasnya dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien *Non Hemoragik Stroke* di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar."

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan non hemoragic stroke

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian pada pasien *Non Hemoragic Stroke*
b. Merumuskan diagnosa pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
d. Melaksanakan implementasi pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
f. Menerapkan evidence based nursing pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*
g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*

C. Manfaat Penulisan

1. Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan *non hemoragic stroke*.

2. Institusi Pendidikan

Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *non hemoragic stroke*.

3. Pasien dan Keluarga

Pasien dapat dijadikan sebagai pedoman dalam mengajarkan cara rawat pasien dengan *Non Hemoragic Stroke*, dan keluarga mengetahui dan mampu menerapkan cara merawat pasien *non hemoragic stroke*.

4. Penulis

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

D. Metode Penulisan

1. Studi Kepustakaan

Mempelajari literatur-literatur yang berkaitan atau relevan dengan karya tulis ilmiah baik dari buku-buku maupun internet

2. Studi Kasus

Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan:

a. Observasi

   Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

b. Wawancara

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

c. Pemeriksaan fisik

   Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

d. Diskusi

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

e. Dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

Penyusunan dalam penulisan ini dilakukan dalam lima bab dan disesuaikan dengan sub bab antara lain

1. Bab I pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang; tujuan penulisan; manfaat penulisan; metode penulisan; dan sistematika penulisan
2. Bab II tinjauan pustaka menguraikan tentang konsep atau teori yang mendasari penulisan karya ilmiah ini, yaitu konsep dasar yang meliputi pengertian; anatomi fisiologi; etiologi; patofisiologi; manifestasi klinik; tes diagnostik; penatalaksanaan medis; dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian; analisa data; diagnosis keperawatan; dan intervensi keperawatan.

3. Bab III pengamatan kasus meliputi ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan. Implementasi keperawatan; dan evaluasi keperawatan.
4. Bab IV pembahasan kasus merupakan laporan hasil ilmiah terkait asuhan keperawatan dan penerapan evidence based nursing. Bab V penutup terdiri dari kesimpulan dan saran

BAB II
TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Stroke merupakan gangguan neurologis yang terjadi secara mendadak akibat terhentinya aliran darah ke otak, baik karena sumbatan maupun pecahnya pembuluh darah, sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak dan hilangnya fungsi neurologis pada bagian tubuh tertentu (LeMone et al., 2018). Berdasarkan mekanisme terjadinya, stroke secara umum terbagi menjadi dua jenis, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik.

Non Hemorgaik Stroke adalah suatu gangguan pada otak yang terjadi akibat terhentinya atau tersumbatnya aliran darah ke otak. Kondisi ini disebabkan oleh berbagai faktor seperti iskemik, trombosis, emboli, dan penyempitan pembuluh darah (lumen). Akibat terhentinya aliran darah tersebut, pasien biasanya mengalami gangguan sensoris dan motoris, termasuk kelemahan otot, hilangnya koordinasi, serta gangguan keseimbangan tubuh dan postur/ hemiparesis (Fredy et al., 2024).

Dapat disimpulkan, *Stroke Non Hemoragik* terjadi akibat terhentinya aliran darah ke otak, yang bisa disebabkan oleh trombosis, emboli, iskemik, atau penyempitan pembuluh darah. Kondisi ini mengakibatkan kerusakan jaringan otak dan gangguan fungsi neurologis, terutama pada kemampuan sensoris dan motoris, seperti kelemahan otot, hilangnya koordinasi, gangguan keseimbangan, dan hemiparesis. Dengan demikian, stroke non hemoragik merupakan kondisi serius yang memerlukan penanganan cepat untuk mencegah kerusakan otak yang lebih luas.

2. Anatomi Fisiologi

Otak merupakan suatu alat tubuh yang sangat penting karena pusat komputer dari semua alat tubuh. Berat otak orang dewasa kira-kira 1400 gram. Otak terapung dalam bantalan cairan serebrospinalis (CSS). Otak dilindungi oleh kulit kepala dan rambut, tulang tengkorak, solumna vertebral dan meningen

Menurut Khadijah et al (2020), bagian otak secara garis besar terdiri dari :

a. *Cerebrum*/otak besar (*Cerebral Hemiphere*)

Otak besar merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur , mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak.

Cerebrum dibagi dalam 4 lobus yaitu

1) Lobus Frontalis

Bagian dari cerebrum yang terletak didepan sulkus sentralis, berfungsi menstimulasi pergersakan otot, yang bertanggung jawab untuk proses berpikir dan kemampuan berbicara.

2) Lobus Parietalis

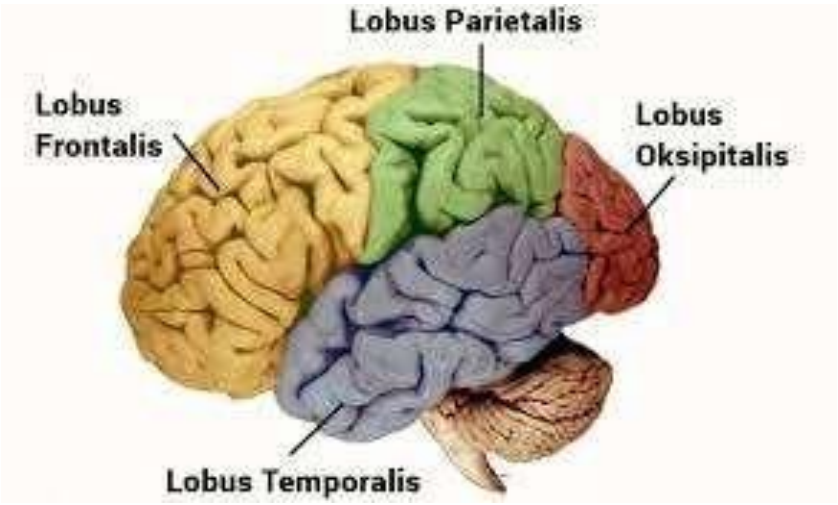
Terdapat didepan suklus sentralis, dan dibelakangi oleh karaco oksipitalis, merupakan area sensoris dari otak yang merupakan berfungsi menerima dan mengolah impuls sensoris seperti sentuhan, panas, dingin, dan nyeri dari permukaan tubuh (sensasi somestetik/perasaan tubuh).

3) Lobus Temporalis

Terdapat dibawah lateral dari fisura serebralis dan didepan lobus oksipitalis, mengandung area auditori yang menerima sensasi dari telinga. *Lobus temporalis* bertanggungjawab pada persepsi dan pengenalan rangsangan pendengaran, memori, dan bicara.

4) Lobus Occipitalis

Mengisi bagian belakang dari cerebrum, mengandung area visual yang menerima sensasi dari mata.



Gambar 2.1 Korteks serebrum

b. *Brain Stem* (batang otak)

Batang otak terdiri dari :

1) Diensepalon

Diencephalon ("interbrain") adalah daerah tabung saraf vertebrata yang membentuk struktur otak depan bagian posterior. Diencephalon terletak di ujung atas dari batang otak, di antara serebrum dan batang otak.

2) Mesensepalon

Atap *mesensepalon* terdiri atas 4 bagian yang menonjol ke atas, 2 disebelah atas disebut *korpus kuadrigeminus superior* dan 2 sebelah bawah disebut korpus *kuadrigeminus inferior.*

3) Pons Varoli

Pons varoli merupakan bagian tengah batang otak dan karena itu memiliki jalur lintasnaik dan turun seperti pada otak tengah. Selain itu juga ter dapat banyak serabut yang berjalan

menyilang pons untuk menghubungkan kedua lobus serebelum dan menghubungkan serebelum dengan kortex serebri.

4) *Medula Oblongata*

Medula Oblongata bertanggung jawab untuk mengatur beberapa fungsi dasar dari sistem saraf otonom yang meliputi: sistem respirasi kemoreseptor, pusat Jantung - simpatik, sistem parasimpatis dan pusat vasomotor baroreseptor. Oleh karena itu suatu cedera yang terjadi pada bagian ini dalam batang otak dapat membawa akibat yang sangat serius.

c. *Midbrain* (otak tengah)

Otak tengah atau disebut mesensepalon berada memanjang dipons ke diensefalon. Berfungsi sebagai penghubung indra perasa dan indera pendengaran serta sebagai pusat koordinasi dari respon refleks untuk indera penglihatan.

1) *Hipotalamus*

Pusat integrasi mengontrol fungsi sistem saraf otonom, mengukur suhu tubuh dan fungsi endokrin serta menyesuaikan ekspresi emosi.

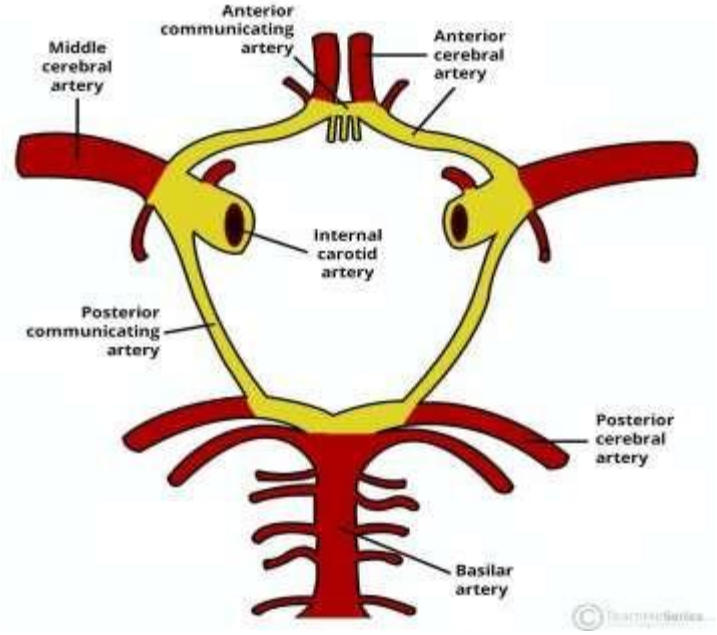
2) *Thalamus*

Bagian dari sistem limbik, dan terhubungkan daerah korteks serebral yang bertanggung jawab untuk kontrol gerak dan persepsi sensorik dengan bagian lain dari otak yang terlibat dalam fungsi yang sama.

d. *Cerebellum* (otak kecil)

Cerebellum terletak dalam fosa *cranial posterior*, dibawah tentorium *cerebelum* bagian posterior dari *pons varoli* dan *medulla oblongata*. Berat cerebellum lebih kurang 150 gram dari berat otak seluruhnya.

e. Sirkulasi Darah Otak



Gambar 2.2 Sirkulasi Darah ke Otak

Sistem saraf pusat sangat bergantung pada aliran darah yang memadai untuk nutrisi dan pembuangan sisa-sisa makanan dan metabolism. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lainnya sehingga dapat menjamin suplai darah yang kuat untuk sel. Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vetebralis dan arteri karotis. Kedua sistem ini merupakan system arteri terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh anastomosis yang membentuk sirkulasi arteririosis wilisi. Sirkulasi arteriosus willisis atau lingkaran wiliisi adalah system anatomis arteri yang berhubungan satu sama lain melalui susunan pembuluh darah berbentuk seperti lingkaran dan terletak didasar otak. Lingkaran willisi mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi penting antara pasokan darah otak depan dan belakang otak.

1) Suplai Arteri Karotis

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dari aorta, tetapi arteri karotis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis interna sedikit berdialitas tepat setelah percabangan yang dinamakan sinus karotikus, dimana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespon terhadap perubahan tekana darah arteri yang secara reflex mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis interna terbagi menjadi dua yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainya, bagian-bagian hidung dan bagian sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat akan mengakibatkan monocular, arteri parietalis serta frontalis korteks serebri dan membentuk penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila terkena hemisefium serebri dominan Bahasa.

2) Suplai Arteri Veterbralis

Arteri vetebralis kiri dan kanan berasal dari subklavia sisi yang sama, kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah dan bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. cabangan-cabangan dari sitem arteri serebri memperdarahi medulla oblongata, pons serebelum, otak tengah dan sebagaian diensefalon.

3. Klasifikasi Non Hemoragic Stroke

Menurut Fauzi (2019) klasifikasi NHS terbagi berdasarkan manifestasi klinis yaitu sebagai berikut:

a. Gangguan Peredaran Darah Otak Sementara (GPDOS) / *Transient Ischemic Attack*

Merupakan defisit neurologis akut akibat kelainan vaskuler yang biasanya berlangsung beberapa menit hingga beberapa jam dan tidak lebih dari 24 jam. Gangguan ini terjadi pada salah satu arteri atau cabangnya di otak, menimbulkan ketidakseimbangan antara kebutuhan metabolik otak dan aliran darah lokal. Manifestasi klinisnya berupa serangan singkat, umumnya 20–30 menit, dan gejala menghilang dalam waktu 24 jam.

b. *Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND)

Defisit neurologis akibat iskemia serebri fokal bertahan lebih dari 24 jam, namun gejala dapat pulih sepenuhnya dalam waktu 21 hari.

c. Progressing Stroke (Stroke in Evolution)

Defisit neurologis yang masih berlangsung dan semakin berat. Misalnya, penderita mengalami kelemahan pada tungkai pagi hari, beberapa jam kemudian lengan dan tangan ikut terpengaruh, dan keesokan harinya mengalami ketidakmampuan bergerak total. Kondisi ini menunjukkan perburukan aliran darah secara progresif.

d. Completed Stroke

Defisit neurologis yang sudah menetap atau permanen. Gejala stroke tidak lagi mengalami perubahan.

Menurut Menurut Utomo (2022), klasifikasi NHS berdasarkan penyebab/kasual:

a. Stroke Trombotik

Trombus adalah pembentukan bekuan platelet atau fibrin di dalam darah yang dapat menyumbat pembuluh vena atau arteri dan menyebabkan iskemia dan nekrosis jaringan. Trombosis

merupakan hasil perubahan dari satu atau lebih komponen utama hemostasis yang meliputi faktor koagulasi, protein plasma, aliran darah, permukaan vaskuler, dan konstituen seluler, terutama platelet dan sel endotel.

b. Stroke Emboli/Non Trombotik

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk dibagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah yang menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Thrombus dapat terlepas dari arteri karotis bagian dalam pada bagian luka plak dan bergerak kedalam sirkulasi serebral.

c. Stroke Tromboemboli

Tromboemboli (*artery to artery embolus*) terjadi akibat lepasnya plak aterotrombolik yang disebut sebagai emboli, yaitu akan menyumbat arteri sebelah distal dari arteri yang mengalami proses aterosklerosis

4. Etiologi Non Hemoragic Stroke

Etiologi dari Non Hemoragic Stroke adalah sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Usia lebih dari 55 tahun merupakan salah satu faktor risiko terjadinya stroke. Hal ini disebabkan oleh perubahan fisiologis pada pembuluh darah yang terjadi seiring bertambahnya usia. Pada usia lanjut, dinding pembuluh darah mengalami penurunan elastisitas dan menjadi lebih kaku sehingga mempermudah terjadinya penumpukan lemak, kolesterol, dan zat lain pada dinding pembuluh darah yang dikenal sebagai aterosklerosis. Penumpukan plak tersebut dapat mempersempit lumen pembuluh darah dan menghambat aliran darah menuju otak. Selain itu, plak yang terbentuk juga dapat

pecah dan memicu terbentuknya bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. Penyumbatan ini menyebabkan aliran darah serta suplai oksigen ke jaringan otak berkurang sehingga dapat menimbulkan kerusakan jaringan otak yang akhirnya menyebabkan trombus. (Rahayu, 2024)

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin yang lebih dominan mengalami stroke pada usia dewasa adalah laki-laki. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa laki-laki memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan perempuan, terutama sebelum usia lanjut. Secara biologis, perempuan memiliki hormon estrogen yang membantu melindungi pembuluh darah dengan menjaga elastisitas pembuluh darah dan membantu mengontrol kadar kolesterol. Pada laki-laki, perlindungan hormon ini tidak ada sehingga lebih mudah terjadi kerusakan pada pembuluh darah yang dapat menyebabkan penumpukan lemak atau aterosklerosis. Selain itu, laki-laki lebih sering memiliki faktor risiko seperti merokok, konsumsi alkohol, stres, hipertensi, serta pola makan tinggi lemak. Faktor-faktor tersebut dapat mempercepat terbentuknya plak pada dinding pembuluh darah. Plak yang terbentuk akan mempersempit pembuluh darah dan dapat pecah sehingga membentuk bekuan darah (trombus). Bekuan darah ini kemudian menyumbat aliran darah menuju otak sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak berkurang dan akhirnya menyebabkan trombus. (Idsam et al., 2022)

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol atau Hipertensi dapat menyebabkan stres pada sel endotel pembuluh darah dan memicu pelepasan sitokin pro-inflamasi seperti TNFα dan

IL-1. TNFα dapat menyebabkan kerusakan atau kematian sel endotel, sedangkan IL-1 merangsang pembentukan foam cell serta meningkatkan kadar fibrinogen yang dapat mengganggu mekanisme antikoagulan alami tubuh. Proses ini mempercepat terbentuknya plak pada dinding pembuluh darah atau aterosklerosis. Jika plak pecah, dapat terbentuk trombus yang menyumbat pembuluh darah otak sehingga menghambat aliran darah dan suplai oksigen ke jaringan otak yang akhirnya menyebabkan trombus (Permatasari, 2020)

2) Diabetes Mellitus

Penyakit Diabetes Mellitus dapat mempercepat terbentuknya plak pada pembuluh darah sehingga meningkatkan risiko terjadinya stroke iskemik. Seseorang dikatakan menderita diabetes mellitus apabila kadar gula darah puasa >140 mg/dL atau kadar gula darah 2 jam post prandial >200 mg/dL. Kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu lama dapat merusak dinding pembuluh darah dan memicu proses aterosklerosis. Selain itu, penderita diabetes sering mengalami obesitas yang dapat menyebabkan hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol dalam darah. Kondisi ini mempercepat penumpukan plak pada pembuluh darah. Jika plak pecah, dapat terbentuk bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah otak sehingga aliran darah dan suplai oksigen ke otak terganggu dan akhirnya menyebabkan trombus (Permatasari, 2020)

3) Penyakit Jantung

Penyakit jantung seperti Penyakit Jantung Koroner dan Infark Miokard merupakan faktor penting yang dapat menyebabkan terjadinya stroke. Kerusakan pada otot jantung dapat mengganggu fungsi pompa jantung sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Kondisi ini dapat menyebabkan terbentuknya bekuan darah di dalam jantung. Bekuan darah

tersebut dapat terlepas dan terbawa oleh aliran darah melalui pembuluh darah menuju otak. Ketika bekuan darah tersebut menyumbat pembuluh darah otak, aliran darah dan suplai oksigen ke jaringan otak akan terhenti. Akibatnya, jaringan otak dapat mengalami kerusakan secara mendadak sehingga menyebabkan emboli.(Zuhriyyah et al., 2025)

4) Merokok

Merokok dalam jangka panjang meningkatkan risiko terjadinya stroke hingga beberapa kali lipat dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Kandungan nikotin dalam rokok dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah dan memicu terjadinya Aterosklerosis. Selain itu, merokok juga menghasilkan *reactive oxygen species* (ROS) yang dapat merusak sel endotel pada dinding pembuluh darah. Kerusakan endotel ini menyebabkan perubahan permeabilitas dinding pembuluh darah sehingga mempermudah penumpukan lipid pada dinding pembuluh darah dan menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah. Merokok juga meningkatkan beban kerja jantung yang dapat menyebabkan takikardi dan vasokonstriksi. Kondisi tersebut mempercepat pembentukan plak pada pembuluh darah. Jika plak pecah, dapat terbentuk trombus yang menyumbat pembuluh darah menuju otak sehingga aliran darah dan suplai oksigen ke jaringan otak terganggu dan akhirnya menyebabkan trombus (Elfazi & Arina, 2021)

5) Pola Makan dan Kolesterol

Konsumsi makanan berlemak secara berlebihan dapat meningkatkan cadangan lemak tubuh sehingga memicu obesitas serta menyebabkan penumpukan kolesterol Low Density Lipoprotein (LDL) yang dikenal sebagai kolesterol jahat dalam pembuluh darah. Kadar LDL yang tinggi (>150 mg/dL) dapat menyebabkan penumpukan lemak pada dinding

pembuluh darah yang membentuk plak dan memicu terjadinya Aterosklerosis. Plak tersebut membuat pembuluh darah menjadi sempit dan dapat memicu terbentuknya bekuan darah atau trombosis. Apabila trombus tersebut menyumbat pembuluh darah yang menuju ke otak sehingga aliran darah dan suplai oksigen ke jaringan otak terganggu, maka kondisi ini dapat menyebabkan trombus. Selain itu, trombus juga dapat terlepas dan terbawa aliran darah menuju pembuluh darah yang lebih kecil yang disebut emboli, sehingga menimbulkan penyumbatan yang dikenal sebagai tromboemboli (Zuhriyyah et al., 2025)

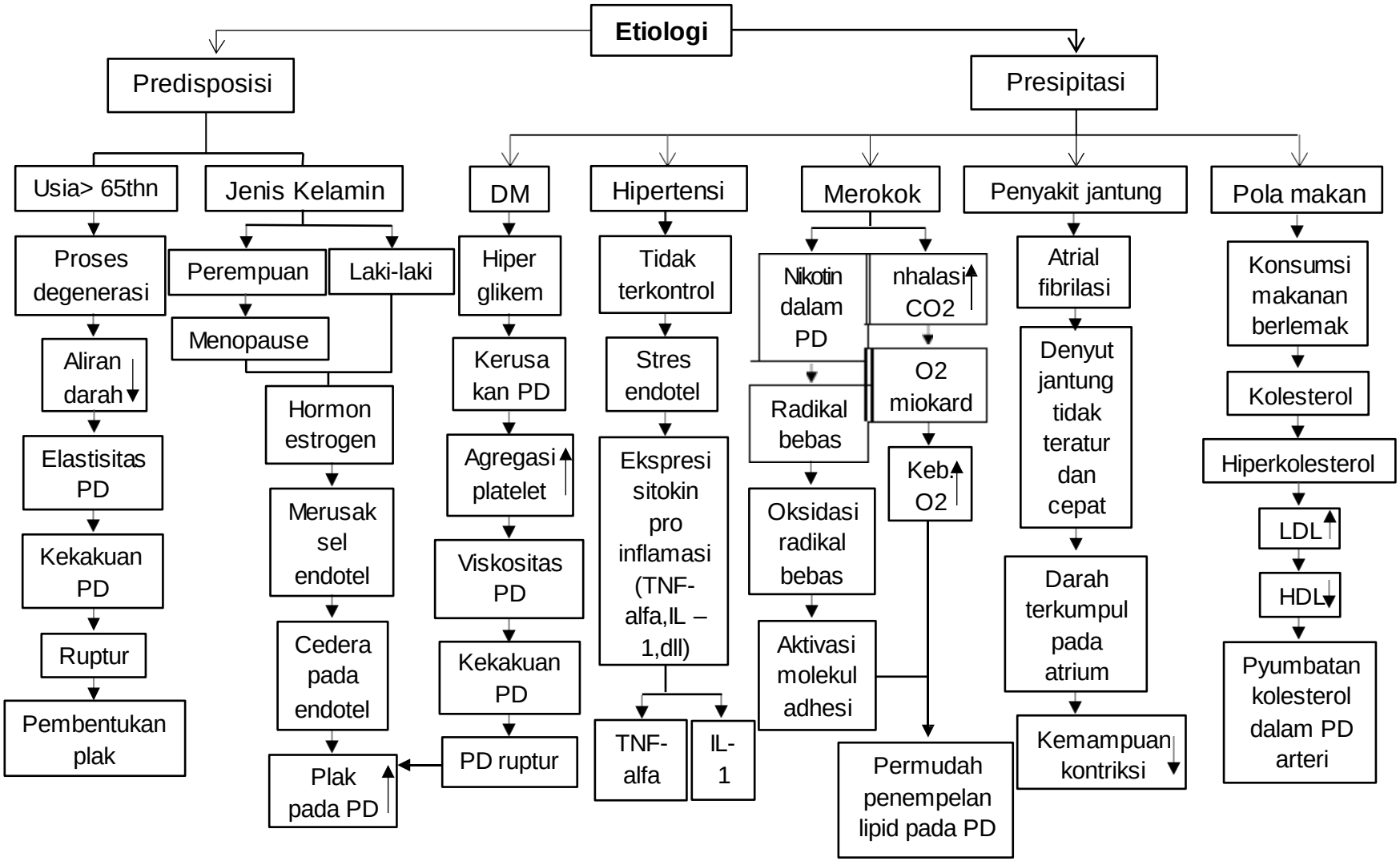
5. Patofisiologi Non Hemoragic Stroke

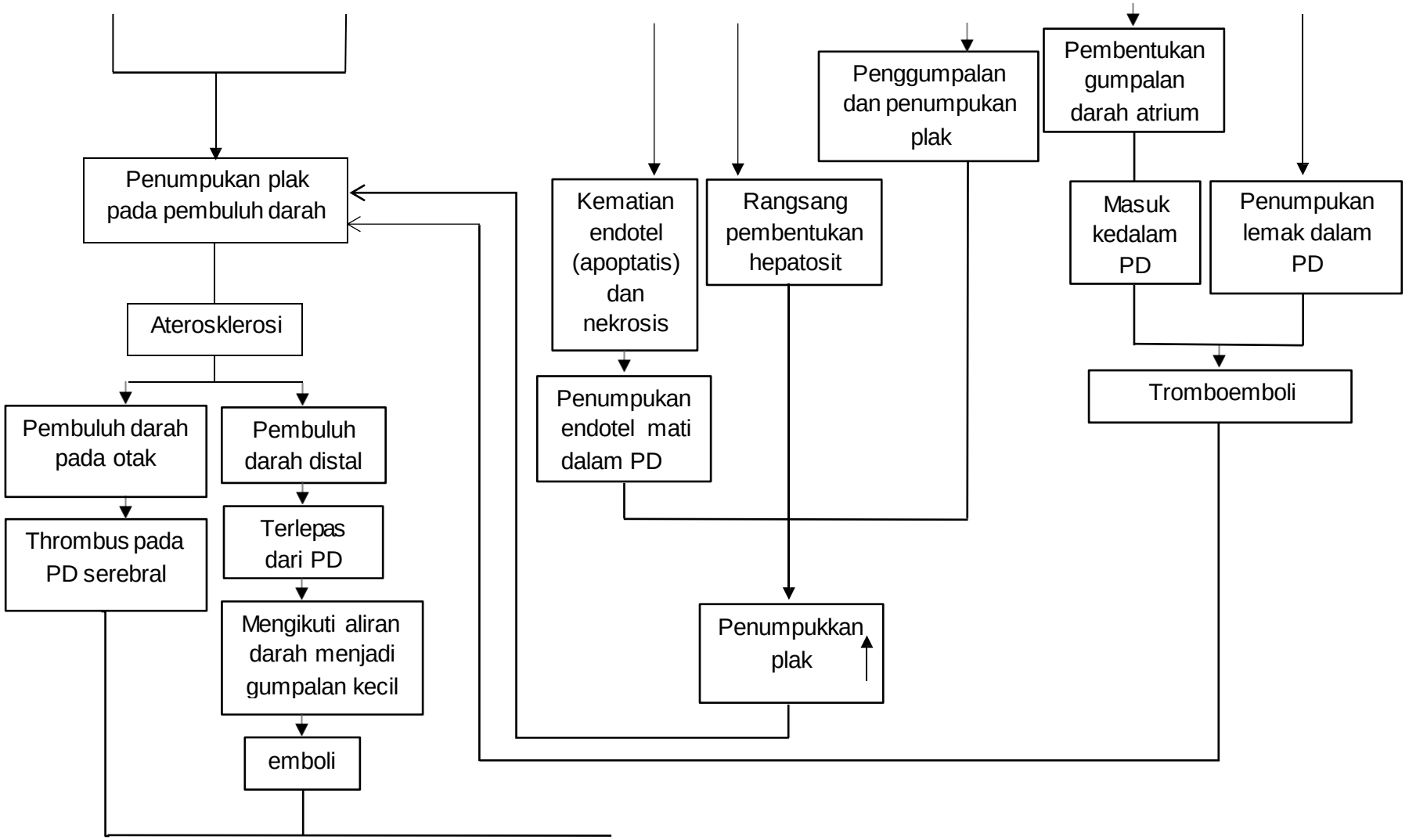
Non Hemoragik Stroke diawali oleh adanya penumpukan plak aterosklerosis pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan lumen pembuluh darah menyempit dan aliran darah menjadi tidak lancar. Plak yang terbentuk dapat mengalami kerusakan atau pecah, sehingga memicu terbentuknya tromboemboli yang menyebabkan mengecilnya pembuluh darah serebral dan semakin menghambat aliran darah ke otak. Penurunan aliran darah tersebut mengakibatkan perfusi serebral berkurang, sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak tidak adekuat dan menimbulkan iskemia. Iskemia yang berlangsung terus-menerus akan menyebabkan gangguan fungsi sel-sel otak, sehingga jaringan otak mengalami kerusakan dan kematian sel yang disebut infark serebri. Infark serebri inilah yang kemudian menimbulkan stroke non hemoragik.

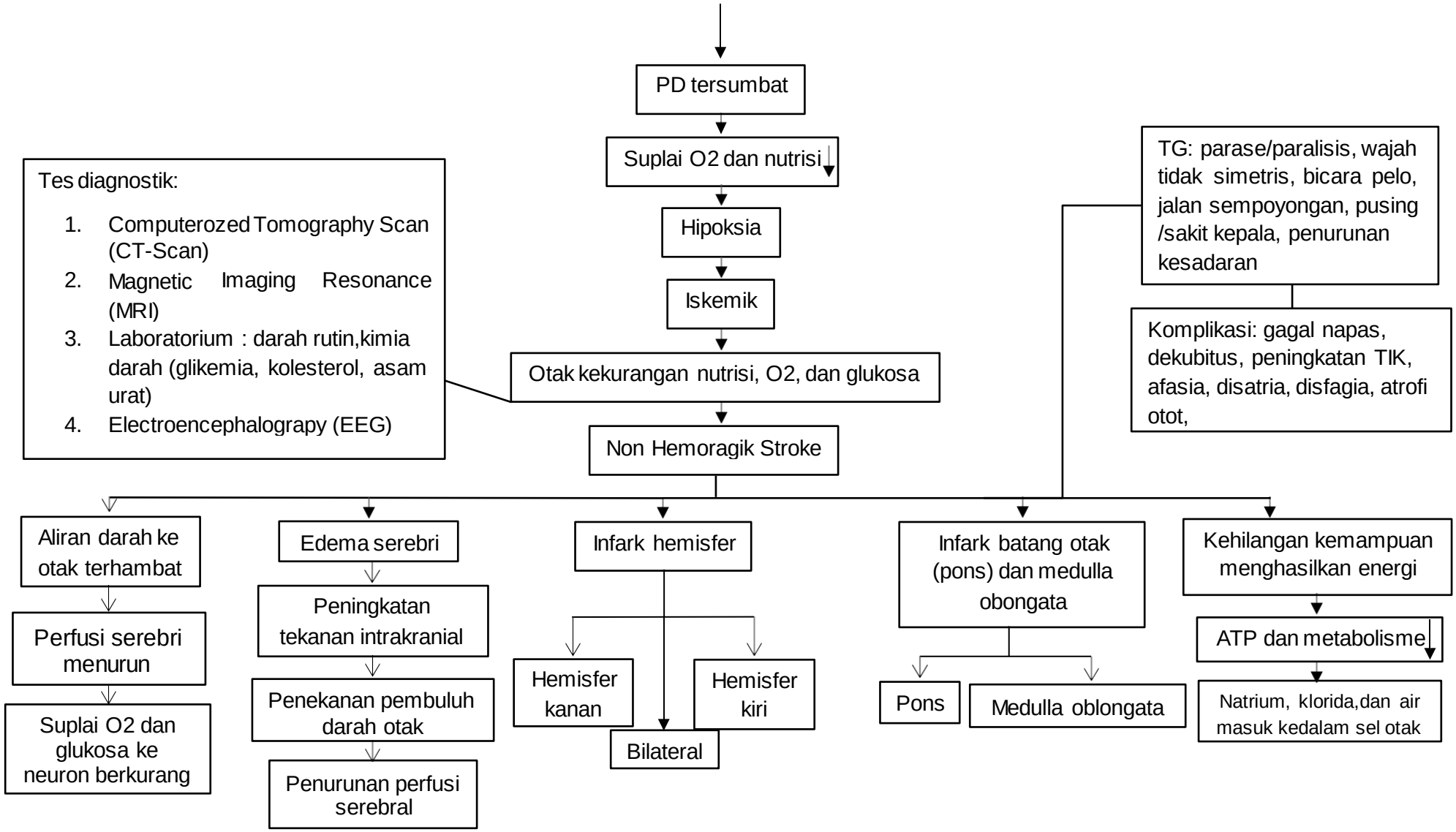
Setelah terjadi infark, jaringan otak yang mengalami kerusakan akan mengalami pembengkakan atau edema serebri. Edema serebri menyebabkan peningkatan volume jaringan otak di dalam rongga tengkorak, sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK yang berlangsung terus-menerus akan menekan jaringan otak dan pembuluh darah di sekitarnya, sehingga dapat

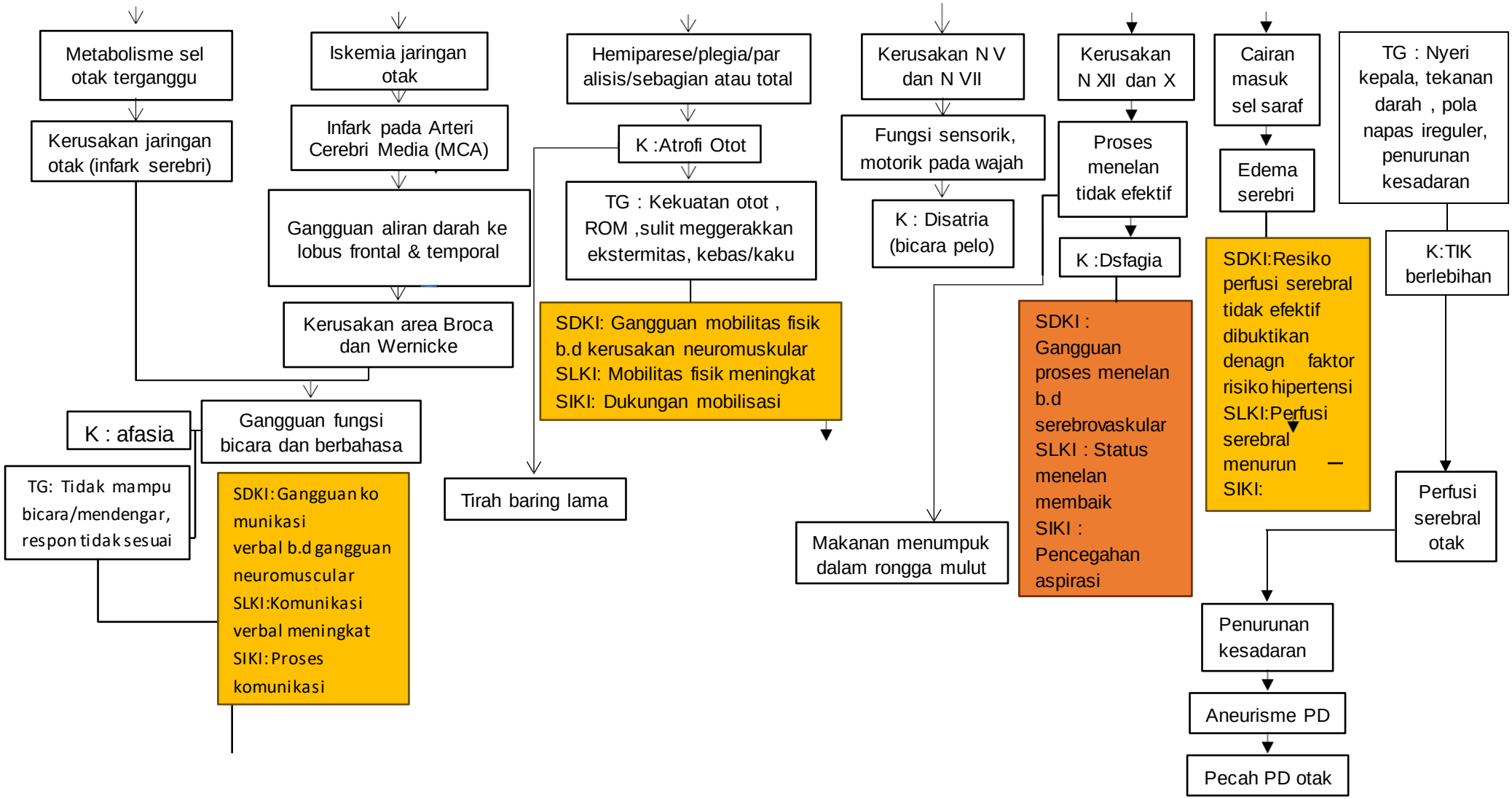
memperberat kerusakan jaringan otak. Pada kondisi yang lebih berat, peningkatan TIK dapat menyebabkan pergeseran struktur otak yang disebut herniasi serebri. Jika keadaan ini terus berlanjut, peningkatan TIK yang disertai kerusakan pembuluh darah pada area infark dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah, sehingga terjadi perdarahan sekunder sebagai komplikasi stroke hemoragik (Wijaya, 2018)

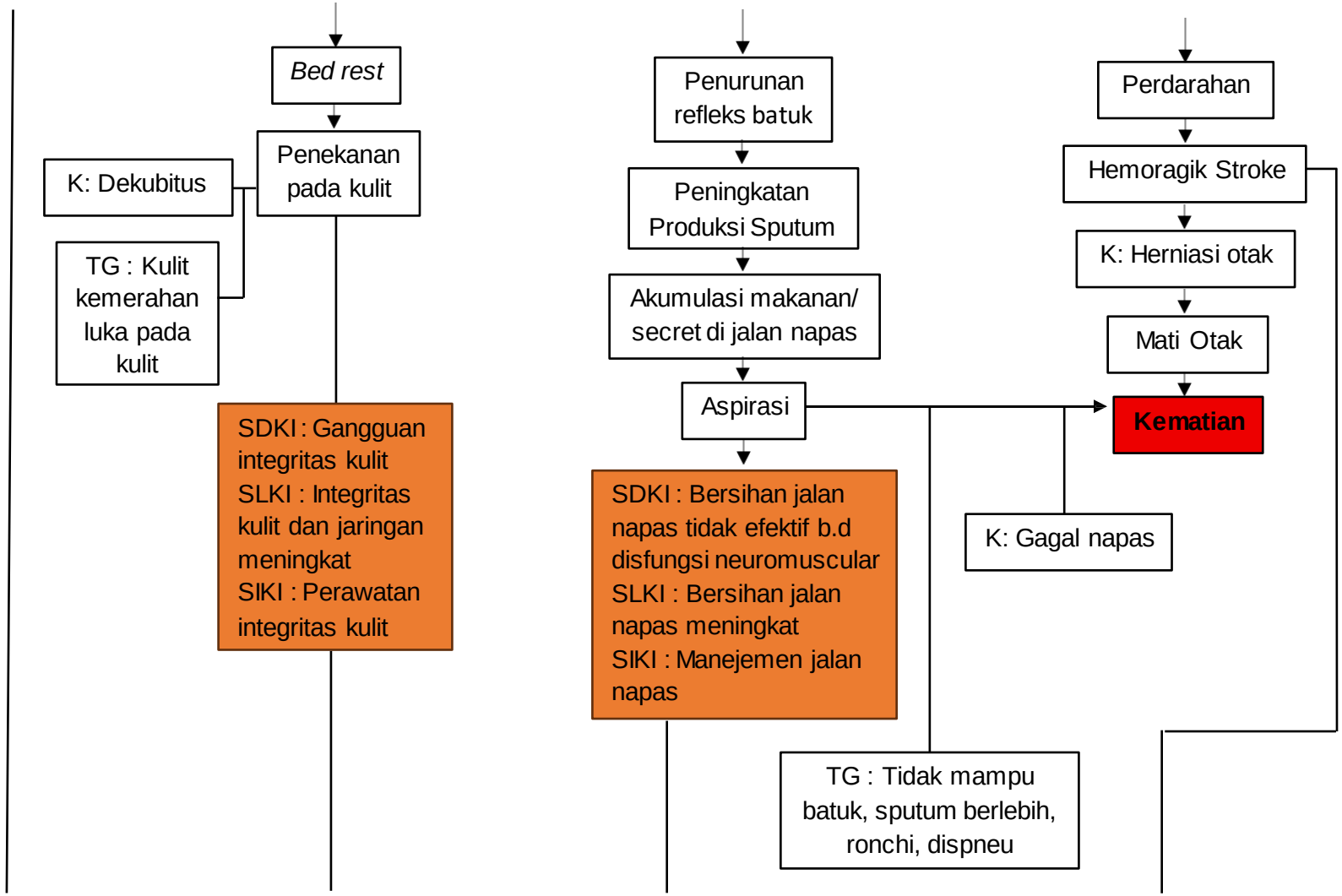
6. Pathway Non Hemoragic Stroke

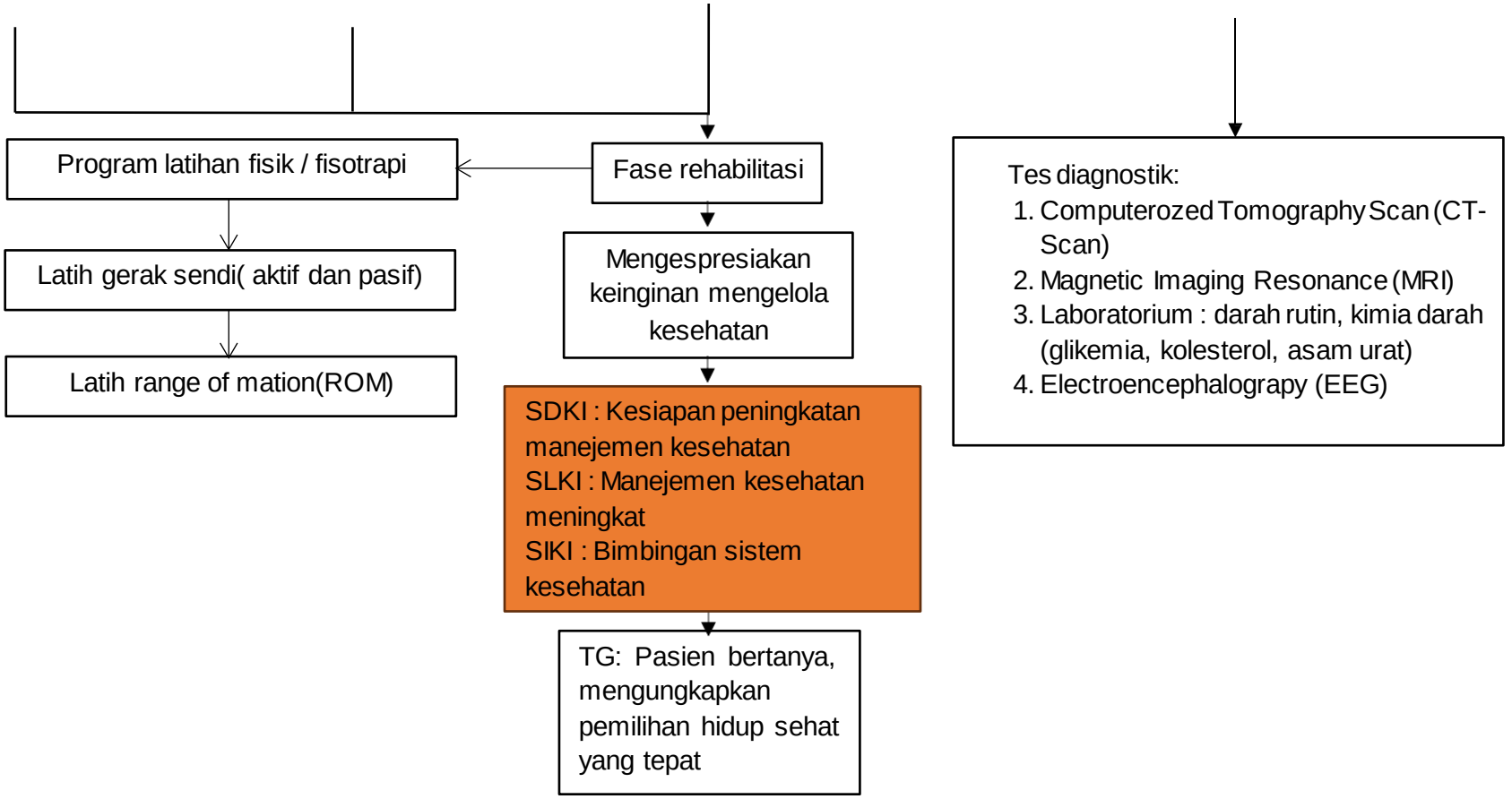



Penumpukan plak pada pembuluh darah
Aterosklerosi
Pembuluh darah pada otak
Pembuluh darah distal
Thrombus pada PD serebral
Terlepas dari PD
Mengikuti aliran darah menjadi gumpalan kecil
emboli
Kematian endotel (apoptatis) dan nekrosis
Penumpukan endotel mati dalam PD
Rangsang pembentukan hepatosit
Penggumpalan dan penumpukan plak
Penumpukkan plak
Pembentukan gumpalan darah atrium
Masuk kedalam PD
Penumpukan lemak dalam PD
Tromboemboli


PD tersumbat
Suplai O2 dan nutrisi
Hipoksia
Iskemik
Otak kekurangan nutrisi, O2, dan glukosa
Non Hemoragik Stroke
Tes diagnostik:
1. Computerozed Tomography Scan (CT-Scan)
2. Magnetic Imaging Resonance (MRI)
3. Laboratorium : darah rutin,kimia darah (glikemia, kolesterol, asam urat)
4. Electroencephalograpy (EEG)
TG: parase/paralisis, wajah tidak simetris, bicara pelo, jalan sempoyongan, pusing /sakit kepala, penurunan kesadaran
Komplikasi: gagal napas, dekubitus, peningkatan TIK, afasia, disatria, disfagia, atrofi otot,
Aliran darah ke otak terhambat
Perfusi serebri menurun
Suplai O2 dan glukosa ke neuron berkurang
Edema serebri
Peningkatan tekanan intrakranial
Penekanan pembuluh darah otak
Penurunan perfusi serebral
Infark hemisfer
Hemisfer kanan
Hemisfer kiri
Bilateral
Infark batang otak (pons) dan medulla obongata
Pons
Medulla oblongata
Kehilangan kemampuan menghasilkan energi
ATP dan metabolisme
Natrium, klorida,dan air masuk kedalam sel otak


Metabolisme sel otak terganggu
Kerusakan jaringan otak (infark serebri)
Iskemia jaringan otak
Infark pada Arteri Cerebri Media (MCA)
Gangguan aliran darah ke lobus frontal & temporal
Kerusakan area Broca dan Wernicke
Hemiparese/plegia/paralisis/sebagian atau total
K :Atrofi Otot
TG : Kekuatan otot , ROM ,sulit meggerakkan ekstermitas, kebas/kaku
SDKI: Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular
SLKI: Mobilitas fisik meningkat
SIKI: Dukungan mobilisasi
Tirah baring lama
Kerusakan N V dan N VII
Fungsi sensorik, motorik pada wajah
K : Disatria (bicara pelo)
Makanan menumpuk dalam rongga mulut
Kerusakan N XII dan X
Proses menelan tidak efektif
K :Dsfagia
SDKI : Gangguan proses menelan b.d serebrovaskular
SLKI : Status menelan membaik
SIKI : Pencegahan aspirasi
Cairan masuk sel saraf
Edema serebri
SDKI:Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan denagn faktor risiko hipertensi
SLKI:Perfusi serebral menurun
SIKI:
Penurunan kesadaran
Aneurisme PD
Pecah PD otak
TG : Nyeri kepala, tekanan darah , pola napas ireguler, penurunan kesadaran
K:TIK berlebihan
Perfusi serebral otak
K : afasia
Gangguan fungsi bicara dan berbahasa
TG: Tidak mampu bicara/mendengar, respon tidak sesuai
SDKI:Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular
SLKI:Komunikasi verbal meningkat
SIKI:Proses komunikasi


Bed rest
Penekanan pada kulit
K: Dekubitus
TG : Kulit kemerahan luka pada kulit
SDKI : Gangguan integritas kulit
SLKI : Integritas kulit dan jaringan meningkat
SIKI : Perawatan integritas kulit
Penurunan refleks batuk
Peningkatan Produksi Sputum
Akumulasi makanan/ secret di jalan napas
Aspirasi
SDKI : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuscular
SLKI : Bersihan jalan napas meningkat
SIKI : Manejemen jalan napas
TG : Tidak mampu batuk, sputum berlebih, ronchi, dispneu
K: Gagal napas
Perdarahan
Hemoragik Stroke
K: Herniasi otak
Mati Otak
Kematian


Program latihan fisik / fisotrapi
Fase rehabilitasi
Latih gerak sendi(aktif dan pasif)
Mengespresiakan keinginan mengelola kesehatan
Latih range of mation(ROM)
SDKI : Kesiapan peningkatan manejemen kesehatan
SLKI : Manejemen kesehatan meningkat
SIKI : Bimbingan sistem kesehatan
TG: Pasien bertanya, mengungkapkan pemilihan hidup sehat yang tepat
Tes diagnostik:
1. Computerozed Tomography Scan (CT-Scan)
2. Magnetic Imaging Resonance (MRI)
3. Laboratorium : darah rutin, kimia darah (glikemia, kolesterol, asam urat)
4. Electroencephalograpy (EEG)

7. Manifestasi Klinis Non Hemoragic Stroke

Di Indonesia 80% masyarakat tidak mengetahui gejala penyakit stroke. Akibatnya masyarakat, sering terlambat membawa penderita stroke berobat ke RS. Gejala stroke dikenal dengan singkatan **Se-Ge-Ra Ke RS** (Kemenkes RI, 2021)

- **Se** : senyum tidak simetris (mencong ke satu sisi), tersedak, sulit menelan air minum secara tiba-tiba
- **Ge** : gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba
- **Ra** : bicara pelo/tiba-tiba tidak dapat bicara, tidak mengerti kata-kata/bicara tidak nyambung
- **Ke** : kebas/baal/kesemutan separuh badan
- **R** : rabun, pendengaran satu, mata kabur, terjadi tiba-tiba
- **S** : sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, gangguan fungsi keseimbangan seperti terasa berputar, gerakan sulit dikoordinasi

8. **Pemeriksaan Diagnostik *Non Hemoragic Stroke***

Pemeriksaan diagnostik yang digunakan dalam membantu menegakkan diagnose pasien dengan stroke meliputi:

a. Radiologi

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

CT-Scan kepala merupakan pemindaian untuk memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pemadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak (Susanto et al., 2023)

2) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

MRI menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik (Saqri & Faruq, 2024)

3) Angiografi Serebral

Pada pasien stroke non hemoragik, angiografi serebral digunakan untuk mengevaluasi pembuluh darah serebral secara detail guna mengidentifikasi adanya stenosis, oklusi, atau gangguan aliran darah yang menyebabkan iskemia serebral.

4) *Electroencephalography* (EEG)

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

5) Sinar X

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

6) Ultrasonografi Doppler

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

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Seperti Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Semua itu berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia, sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Jika kadar leukosit pada pasien diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang.

2) Tes Darah Koagulasi

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

3) Tes Kimia Darah

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

9. Penatalaksanaan medis

Penanganan stroke pada golden time 3–4,5 jam pertama sangat penting untuk menurunkan risiko kematian dan kecacatan permanen. Fase akut berlangsung sekitar 4–7 hari dan merupakan tahap kritis. Setelah itu masuk fase pemulihan (rehabilitasi) selama 2–4 minggu, di mana pasien mulai melatih kembali keterampilan motorik yang terganggu serta belajar menyesuaikan diri dengan keterbatasan yang ada (Yuniadi, 2018)

a. Farmakologi

Terapi farmakologis yang digunakan pada pasien *Non Hemoragic Stroke* (NHS), yaitu:

1) *Recombinant Tissue Plasminogen Activator* (rtPA)

Terapi fibrinolitik atau trombolitik menggunakan Alteplase (rtPA) pada pasien stroke iskemik harus diberikan dalam waktu yang tepat yang dikenal sebagai *golden time*. Golden time pemberian rtPA yaitu dalam waktu kurang dari atau sama dengan 4,5 jam sejak onset atau awal munculnya gejala stroke. Pemberian terapi ini bertujuan untuk melarutkan bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah otak sehingga aliran darah ke jaringan otak dapat kembali normal. Semakin cepat terapi trombolitik diberikan, semakin besar kemungkinan jaringan otak yang masih dapat diselamatkan dan semakin baik pula prognosis pasien.

2) Terapi Antiplatelet

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

3) Terapi Antihipertensi

Antihipertensi diberikan pada NHS akut ketika tekanan darah > 220/120 mmHg atau apabila memiliki penyakit tertentu. Penggunaan antihipertensi pada pasien NHS akut yaitu seperti labetalol dan nikardipin dengan pertimbangan penggunaan rtPa dan nilai tekanan darah, sedangkan setelah post stroke semua agen antihipertensi dapat digunakan sesuai dengan kondisi pasien (Kurniawan et al., 2025)

4) Neuroprotektif

Terapi neuroprotektif pada pasien stroke iskemik diberikan untuk melindungi sel-sel saraf otak dari kerusakan lebih lanjut akibat kekurangan aliran darah dan oksigen. Berbeda dengan terapi trombolitik yang memiliki batas waktu ketat, obat neuroprotektif umumnya dapat diberikan sejak fase akut stroke setelah diagnosis ditegakkan. Tujuan pemberian obat ini yaitu reperfusi ke jaringan dengan harapan melindungi sel membran dan stabilisasi membran sehingga mengurangi luas infark. Jenis obat seperti citicoline, flunarizine, statin, edaravone, dan piracetam.

5) Terapi Antikoagulan

Obat ini diharapkan untuk mencegah terjadinya kembali stroke emboli dan menurunkan risiko tromboembolisme vena. Jenis golongan obat ini adalah unfractioned heparin (UFH) dan lower molecular weight heparin (LMWH). Terapi antikoagulan dapat

diberikan dalam 48 jam setelah onset gejala untuk pencegahan tromboemboli, dengan menghindari penggunaan bersama dengan fibrinolitik dalam 24 jam. Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli (Reza et al., 2023)

b. Fase akut
   1) Letakan posis kepala pasien pada posisi 30˚kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap dua jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
   2) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu dilakukan intubasi.
   3) Demam yang diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
   4) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonic, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaraan atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-200 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastric tube.
   5) Pantau juga kadar gula darah >150 mg%, dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.

c. Fase rehabilitasi
   1) Program fisioterapi
   2) Penanganan masalah psikososial
   3) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
   4) Program manajemen bladder dan bowel.

5) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM).
6) Pertahankan integritas kulit.
7) Pertahankan komunikasi yang efektif.
8) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
9) Pencegahan stroke berulang

Upaya dalam pencegahan stroke berulang adalah proses rehabilitasi dan pemahaman tentang pentingnya faktor risiko stroke. Upaya pencegahan dapat melakukan pendidikan kesehatan yang merupakan upaya untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan penderita dalam pencegahan stroke berulang dengan memberikan edukasi pola hidup sehat CERDIK dan PATUH cegah stroke berulang

CERDIK

C : Cek kesehatan secara berkala seperti kontrol tekanan darah, timbang berat badan, cek gula darah dan kolesterol.

E : Enyahkan asap rokok.

R : Rajin aktivitas fisik/olahraga dengan lakukan minimal 30 menit per hari dalam 3–5 kali per minggu.

D : Diet sehat dan seimbang dengan konsumsi buah dan sayur, kurangi konsumsi gula, madu atau sirup, kurangi konsumsi garam tinggi dan kurangi konsumsi lemak.

I : Istirahat cukup, tidur 7–8 jam per hari pada orang dewasa.

K : Kelola stres dengan relaksasi, berbicara bersama orang lain, aktivitas bersama keluarga dan berpikir positif

PATUH

P : Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter.

A : Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur.

T : Tetap diet sehat dengan gizi seimbang.

U : Upayakan beraktivitas fisik dengan aman.

H : Hindari rokok, alkohol dan zat lainnya.

10. Komplikasi Non Hemoragic Stroke

Komplikasi pada pasien *Non Hemoragic Stroke* (NHS) di bagi menjadi 2, yaitu:

a. Berdasarkan pada gangguan perfusi cerebri yang terdiri dari:

1) Edema Cerebri

Saat aliran darah melewati daerah jaringan otak yang infark, sel-sel mati tersebur membengkak sehingga menyebabkan peningakatan massa dalam otak. Edema serebri timbul dalam beberapa jam setelah onset stroke akut dan mencapai puncak dalam 2-5 hari. Kondisi pembengkakan ini dapat merusak dan mengubah struktur otak, meningkatkan tekanan intracranial, dan sekitar 2% - 3% dari kasus menyebabkan herniasi dan kematian (Husna & Dalhar, 2017)

2) Gagal Napas

Gagal napas dapat terjadi sebagai akibat langsung dari lesi stroke pada batang otak yang mengatur sistem respirasi, bersamaan dengan hilangnya tonus otot faring baik saat batuk, menelan, maupun refleks muntah yang sebenarnya juga memiliki peran fisiologis bagi sistem respirasi

3) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik ini terjadi dikarenakan pecahnya pembuluh darah dalam otak pada kondisi ini menyebabkan darah tidak mengalir dalam pembuluh darah otak untuk mengalirkan oksigen ke jaringan otak

4) Herniasi Cerebri

Merupakan pergeseran dari otak normal ke tempat lain karena efek pada massa dikarenakan peningkatan TIK. Herniasi memberikan tekanan yang ekstrim pada bagian- bagian otak dan dengan demikian memotong pasokan darah ke berbagai bagian otak. Herniasi dapat juga terjadi karena tidak adanya

TIK tinggi ketika lesi massa seperti hematoma terjadi di perbatasan otak (Dewi & Fitraneti, 2024)

5) Peningkatan TIK

TIK adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intrakranial, dan cairan serebrospinal (CSS) di dalam tengkorak. Ruang kranial yang kaku berisi jaringan otak dan darah. Volume tekanan pada ketiga komponen ini selalu berhubungan dengan keadaan keseimbangan. Apabila salah satu dari komponen ini meningkat maka akan menyebabkan perubahan pada volume yang lain dengan mengubah posisi atau menggeser CSS, atau menurunkan volume darah serebral, dan jika tidak ada perubahan, TIK akan meningkat (Rilianto, 2022)

b. Berdasarkan pada perawatan yang dilakukan terdiri dari:

1) Dekubitus

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

2) Pneumonia

Pneumonia dapat meningkatkan risiko terjadinya Stroke Iskemik atau stroke non hemoragik karena infeksi pada paru-paru dapat memicu berbagai perubahan pada sistem tubuh, terutama pada sistem peredaran darah dan proses pembekuan darah. Selain itu, pneumonia juga dapat menyebabkan gangguan oksigenasi karena paru-paru tidak mampu melakukan pertukaran oksigen secara optimal. Penurunan kadar oksigen dalam darah (hipoksia) dapat mengganggu fungsi sel-sel otak dan memperburuk kondisi pembuluh darah. Infeksi berat juga dapat menyebabkan kerusakan pada lapisan dalam pembuluh darah (endotel)

yang memicu pembentukan plak atau trombus yang dapat menyumbat aliran darah ke otak (Mariana et al., 2022)

3) Disfagia

Kerusakan yang disebabkan oleh stroke dapat mengganggu refleks menelan, akibatnya makanan dan minuman berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan (Mariana et al., 2022)

4) Kekakuan Sendi

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan imobilisasi.

5) Malnutrisi

Salah satu manifestasi klinis dari stroke adalah disfagia (sulit menelan). Dengan adanya gejala ini mengakibatkan terjadinya anoreksia yang menyebabkan intake tidak adekuat, sehingga menimbulkan malnutrisi

6) Konstipasi karena tirah baring

B. Konsep Dasar Keperawatan Non Hemoragic Stroke (NHS)

1. Pengkajian NHS

a. Pola Presepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

DS: adanya riwayat penyakit jantung, hipertensi, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.

DO: hipertensi arterial (dapat ditemukan atau terjadi pada cedera serebrovaskular) sehubungan dengan adanya embolisme

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

DS: nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi, rasa kecap pada lidah dan pipi serta tenggorokkan, disfagia, peningkatan lemak dalam darah

DO: kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas, tidak mampu memenuhi kebutuhan diri sendir

c. Pola Eliminasi

DS: Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, kesulitan BAB atau BAK dan anuria.

DO: Distensi abdomen (distensi kandung kemih), bising usus negatife (ileus paralitik)

d. Pola aktivitas dan latihan

DS: kesulitan dalam beraktivitas, kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis

DO: perubahan tonus otot,paralis, hemiplegia, kelemahan umum

e. Pola Tidur dan Istirahat

DS: kesulitan untuk beristirahat, nyeri kepala, mudah lelah (rasa nyeri atau kejang otot) dan tirah baring lama (penumpukkan sekret)

DO: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot, sektret tertahan

f. Pola persepsi dan Kognitif

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

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

g. Pola Presepsi dan Konsip diri

DS: perasaan putus asa, perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan

DO: mudah marah, tidak kooperatif

h. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama

DS: masalah bicara dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

DO: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, kesulitan mengun gkap-kan kata (afasia).

i. Pola Mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

DS: kemampuan klien untuk mendiskusikan masalah kesehatan saat ini, dampak kecemasan, ketakutan, perubahan perilaku akibar stres

DO: pandangan terhadap dirinya yang salah, ketidakmampuan m elaku-kan aktivitas secara maksimal

j. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: Tidak adanya gairah seksual

DO: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual

k. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

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

DO: gangguan dan kesulitan saat melaksanakan ibadah

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa ditegakkan berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Ningrum et al., 2017) sebagai berikut:

a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular (D.0001)

b. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)
c. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromusc ular d.dmengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)
d. Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut (D.0063)
e. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119) Dalam penyusunan diagnosa menggunakan teori yang telah disusun oleh PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (PPNI, 2016)

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan NHS

Luaran dan perencanaan diambil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2016) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2016)

a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular (D.0001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jala napas (L.01001) menurun dengan kriteria hasil:
   1) Batuk efektif cukup membaik
   2) Produski sputum cukup membaik
   3) Dispneu cukup membaik
   4) Frekuensi napas cukup membaik

   SIKI:

   Manajemen jalan napas (I.010011)

   Observasi

   1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
      Rasional: mengetahui keabnormalan pernapasan pasien
   2) Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, wheezing, ronkhi)

Rasional: Penurunan bunyi napas indikasi atelaktasis, ronki indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan napas sehingga otot aksesori digunakan dan kerja pernapasan meningkat

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
   Rasional: Pengeluaran sulit bila sekret tebal, sputum berdarah akibat kerusakan paruh atau luka bronkial yang memerlukan evaluasi/intervensi lanjut

Terapeutik

1) Pertahankan kepatenan jalan napas
   Rasional: Pasien dapat bernapas dengan mudah.
2) Posisikan semi-fowler atau fowler
   Rasional: Meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.
3) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik
   Rasional: Mencegah obstruksi/aspirasi, suction dilakukan bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret.
4) Berikan oksigen, jika perlu
   Rasional: Memaksimalkan bernapas dan menurunkan kerja napas

Edukasi

Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional: Ventilasi maksimal membuka area atelaksis dan peningkatan gerakan sekret agar mudah dikeluarkan

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu

Rasional: Menurunkan kekentalan sekret, lingkaran ukuran lumen trakeabronkial berguna jika terjadi hipoksia pada kavitas yang luas

b. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)

SLKI:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral (L.02014) menurun dengan kriteria hasil:

1) Sakit kepala cukup menurun
2) Nilai tekanan darah cukup membaik
3) Tingkat kesadaran cukup meningkat

SIKI:

Pemantauan Neurologis (I.06197)

Observasi

1) Monitor tingkat kesadaran (mis. menggunakan GCS)
   Rasional: Mengetahui adanya perubahan status kesadaran pada pasien
2) Monitor tingkat orientasi
   Rasional: Menilai adanya kecenderungan penurunan tingkat kesadaran
3) Monitor ingatan terakhir, rentan perhatian, memori masa lalu, perilaku
   Rasional: Menilai kemampuan ingatan dan proses mental individu
4) Monitor tanda-tanda vital
   Rasional: Agar mengetahui kondisi pasien dan mengetahui perubahan tanda-tanda vital pasien
5) Monitor kekuatan pegangan
   Rasional: Memonitor kerusakan pada neuromuscular
6) Monitor kesimetrisan wajah
   Rasional: Mengidentifikasi kerusakan nervus pada sistem saraf
7) Monitor keluhan sakit kepala
   Rasional: Mengidentifikasi peningkatan dan penurunan keluhan sakit
   kepala.

8) Monitor karakteristik bicara: kelancaran, kehadiran afasia, atau kesulitan mencari kata
   Rasional: Mengetahui adanya gangguan bicara.
9) Monitor respon terhadap pengobatan
   Rasional: Untuk melihat perkembangan perubahan pengobatan.

Terapeutik

1) Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, jika perlu
   Rasional: mendeteksi peningkatan TIK dan untuk melakukan tindakan lebih lanjut
2) Hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial
   Rasional: peningkatan TIK menyebabkan perdarahan, infeksi dan kerusakan motorik otak.
3) Dokumentasikan hasil pemantauan
   Rasional: untuk bukti pelaporan kegiatan yang dilakukan

Edukasi

Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Rasional: memonitor perubahan yang dapat terjadi

Kolaborasi

Dalam intervensi pemantauan neurologis tidak ditemukkan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

c. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)

   SLKI

   Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil:

   1) Pergerakan ekstermitas cukup meningkat
   2) Kekuatan otot cukup meningkat
   3) Rentang gerak (ROM) cukup meningkat

SIKI

Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Observasi

1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
   Rasional: mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya.
2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
   Rasional: mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah pasien.
3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
   Rasional: mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisas

Terapeutik

1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur)
   Rasional: memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi risiko jatuh/ sakit saat berpindah.
2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
   Rasional: meningkatkan status mobilitas fisik pasien.
3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
   Rasional: keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan

Edukasi

1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
   Rasional: memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan
2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

Rasional: untuk mengurangi risiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan

3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur, pndah dari tempat tidur ke kursi)

Rasional: melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

Kolaborasi

Dalam intervensi dukungan mobilisasi tidak ditemukkan tercantum adanya tindakan kolaborasi

d. Gangguan menelan b.d serebrovaskular d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulu (D.0063)

SLKI :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menelan membaik (L.06052) dengan kriteria hasil :

1) Refleks menelan cukup meningkat
2) Kemampuan mengosongkan perut cukup meningkat
3) Frekuensi tersedak cukup menurun
4) Batuk cukup menurun

SIKI :

Pencegahan aspirasi (I.01018)

Observasi

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

Rasional: mendeteksi secara dini tanda gangguan menelan dan risiko aspirasi sehingga dapat segera dilakukan tindakan pencegahan.

2) Monitor status pernapasan

Rasional: mengetahui adanya tanda aspirasi seperti sesak napas, napas cepat, atau suara napas abnormal.

Terapeutik

1) Posisikan semi fowler (30-45) derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
   Rasional: memanfaatkan gravitasi agar proses menelan lebih efektif dan mencegah makanan atau cairan masuk ke saluran napas.
2) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak
   Rasional: memudahkan proses mengunyah dan menelan serta menurunkan risiko tersedak atau aspirasi.
3) Berikan obat oral dalam bentuk cairan
   Rasional: mempermudah pasien menelan obat dan mengurangi risiko obat tersangkut di tenggorokan.

Edukasi

1) Anjurkan makan secara perlahan
   Rasional: memberi waktu yang cukup bagi pasien untuk mengunyah dan menelan dengan aman.
2) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu
   Rasional: membantu meningkatkan kemampuan menelan dan mengurangi kemungkinan aspirasi.

Kolaborasi

Dalam intervensi pemantauan aspirasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

e. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata (D.0119)

SLKI:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil:

1) Kemampuan bicara cukup meningkat
2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh cukup meningkat
3) Pelo cukup menurun

4) Pemahaman komunikasi cukup menurun

SIKI:

Proses Komunikasi: Defisit Bicara (I. 13492)

Observasi

1) Monitor kecepatan, volume dan diksi bicara
   Rasional: menyesuaikan pola komunikasi dengan pasien
2) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, isyarat tangan)
   Rasional: membantu pasien tetap dapat menyampaikan kebutuhan, perasaan, dan respon meskipun mengalami keterbatasan dalam berbicara.
3) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
   Rasional: meningkatkan pemahaman pasien terhadap informasi yang diberikan serta mengurangi kesalahpahaman dalam komunikasi.
4) Ulangi apa yang disampaikan pasien
   Rasional: memastikan pesan yang disampaikan pasien diterima dengan benar serta memberikan kesempatan untuk klarifikasi bila terjadi kesalahan.
5) Berikan dukungan psikologis
   Rasional: meningkatkan rasa percaya diri pasien, mengurangi kecemasan, dan memotivasi pasien untuk tetap berusaha berkomunikasi.

Edukasi

1) Anjurkan bicara perlahan
   Rasional: membantu pasien mengontrol pengucapan kata sehingga pembicaraan lebih jelas dan mudah dipahami oleh lawan bicara.

Kolaborasi

1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

Rasional: mendapatkan penanganan dan terapi komunikasi yang lebih spesifik untuk meningkatkan kemampuan bicara dan fungsi komunikasi pasien.

4. Perencanaan pulang (discharge planning)

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

a. Mencegah stroke berulang dengan menaati terapi yang diberikan dan melakukan rehabilitasi pasca stroke.
b. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
c. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam dan mengurangi makanan yang manis-manis.
d. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
e. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
f. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.
g. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
h. Menganjurkan kepada keluarga pasien unruk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien dirumah

BAB III
PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisial Tn. A berusia 65 tahun dengan diagnosa medis *Non Hemoragik Stroke* (NHS). Pada tanggal 02 Februari 2026, pasien masuk ke IGD diantar oleh keluarganya dengan keluhan kelemahan pada tubuh bagian sebelah kiri yang terjadi secara tiba-tiba. Saat tiba di rumah sakit pasien dalam keadaan sadar dengan GCS 15 compos mentis (E4V5M6). Ketika tiba di rumah sakit, pasien segera dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dan CT-Scan kepala. Hasil CT-Scan menunjukkan adanya dua lacunar infark pada cerebri dextra serta lacunar infark pada thalamus dextra. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan nilai RBC 4,43 $\times 10^6/\mu L$, Hematokrit (HCT) 39,6%, dan MCH 31,8 pg.

Pada saat dilakukan pengkajian 02 Februari 2026, pasien tampak sadar penuh dengan GCS 15, pasien mengeluh sakit kepala dengan skala nyeri 5 dengan karakteristik nyeri seperti tertusuk-tusuk, tubuh terasa lemas terutama pada sisi kiri, serta sulit menggerakkan ekstremitas kiri sehingga ADL sebagian besar masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Hasil observasi menunjukkan pasien tampak mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri, bicara pelo (disartria), serta pelafalan kata kurang jelas.

Pasien juga terpasang infus IVFD RL 500ml/20tpm. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 170/95 mmHg, N: 66 kali/menit, P: 23 kali/menit, dan S: 36,5°C.

Diagnosa yang diangkat pada kasus ini yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi, gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular, gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular, defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

KAJIAN KEPERAWATAN

Unit : Bernadeth II Autoanamnese: ✔

Kamar: 2217 (Bed 3) Alloanamnese: ✔

Tanggal masuk RS : 2 Februari 2026

Tanggal pengkajian : 2 Februari 2026

I. IDENTIFIKASI

1. PASIEN

Nama initial	: Tn. A
Umur	: 65 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	2
Agama/ suku	: Islam / Makassar
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Pensiunan
Alamat rumah	: Jln. Abd Daeng Sirua

2. PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Ny. H
Umur	: 40 tahun
Alamat	: Jln. Abd Daeng Sirua
Hubungan dengan pasien	: Anak

II. DATA MEDIK

Diagnosa medik

Saat masuk	: Hemiparese sinistra + NHS + HT Urgency
Saat pengkajian	: *Non Hemoragic Stroke*

III. KEADAAN UMUM

A. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ringan/ **sedang** / berat / tidak tampak sakit

Alasan:

Pasien dengan keadaan sakit sedang karena pasien terpasang Infus RL 500 ml/20tpm dengan kondisi tubuh sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan hanya bisa terbaring di tempat tidur saja

B. Tanda-Tanda Vital

1. Kesadaran (kualitatif): Composmentis

   Skala koma Glasgow (kuantitatif)

   a. Respon motorik 6
   b. Respon bicara 5
   c. Respon membuka mata 4

   Jumlah 15

   Kesimpulan : pasien sadar penuh

2. Tekanan darah : 170/95 mmHg

   MAP : 120 mmHg

   Kesimpulan : Perfusi darah ke ginjal tidak memadai

3. Suhu : 36.5^{0}C di axilla
4. Pernapasan: 23 x/menit

   Irama : Teratur

   Jenis : Dada

5. Nadi : 66 x/menit

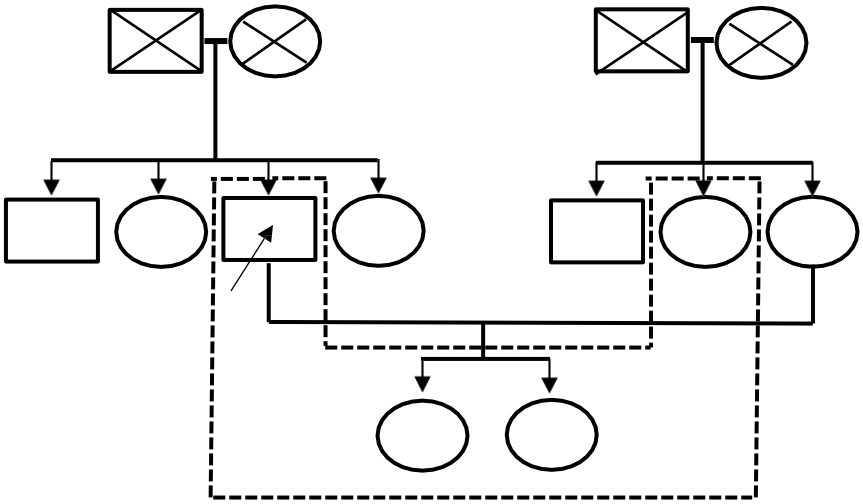
   Irama : Teratur

C. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 30 cm
2. Tinggi badan : 170 cm
3. Berat badan : 65 kg
4. IMT (Indeks Massa Tubuh : 22,5

   Kesimpulan : Berat badan normal

D. Genogram



Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Laki-laki sudah meninggal

: Perempuan sudah meninggal

: Pasien

: Tinggal serumah

IV. Pengkajian Pola Kesehatan

A. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit:

   Pasien mengatakan bahwa kesehatan itu penting namun dalam kehidupan sehari-hari pasien mengatakan belum menerapkan perilaku menjaga kesehatan. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien jarang melakukan pemeriksaan rutin di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dengan alasan selama ini belum pernah sakit parah dan takut mengetahui jika pasien mempunyai penyakit. Pasien mengatakan jika mengalami sakit ringan seperti flu pasien hanya membeli obat sendiri di warung. Pasien mengatakan tidak pernah melakukan kontrol tekanan

darah secara rutin dan tidak mengetahui bahwa dirinya menderita hipertensi. Pasien mengatakan sebelum sakit tidak pernah mengonsumsi obat tekanan darah tinggi. Pasien juga mengatakan tidak mengetahui secara pasti penyebab penyakit yang dialaminya saat ini. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan merokok dan menghabiskan setengah bungkus per hari (± 6 batang). Pasien juga mengatakan sesekali mengonsumsi coto daging kambing dan memiliki kebiasaan minum kopi di sore hari.

2. Riwayat penyakit saat ini :

   Keluhan utama: Kelemahan pada tubuh bagian kiri

   Riwayat keluhan utama :

   Keluarga pasien mengatakan 1 hari sebelum masuk rumah sakit pasien merasakan kebas-kebas pada tangan bagian kiri disertai pusing, sakit kepala dengan skala nyeri 5, dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul, dirasakan selama kurang lebih 3-5 menit setelah mengonsumsi coto daging kambing tetapi dibiarkan begitu saja dan pasien memilih untuk istirahat. Keesokan siang harinya keluarga pasien mengatakan tiba-tiba tubuh bagian kiri pasien sulit digerakkan, ketika duduk tidak seimbang, berjalan sempoyongan, merasa pusing, sakit kepala dan mulut pasien miring ke kanan, serta berbicara tidak jelas sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke IGD RS Stella Maris Makassar. Setelah pindah di ruang perawatan dari IGD di dapatkan pengkajian keadaan pasien mulai membaik, keadaan sadar penuh walaupun bibir masih miring ke kanan, bicara pelo namun masih bisa dimengerti dan lemah pada sisi tubuh bagian kiri dan masih merasakan pusing, sakit kepala, tanda-tanda vital TD: 170/95 N: 66x/menit, S: 36,5ºC P: 23x/menit, SPO2: 99%. Hasil CT-scan kepala: 2 (dua) lacunar infarks cerebri dextra, lacunar infarks thalamus dextra, kesadaran composmentis (GCS 15), terpasang infus RL 20 tpm.

3. Riwayat penyakit yang pernah dialami :

   Keluarga pasien mengatakan, biasanya pasien hanya sakit ringan seperti flu, batuk dan pusing. Keluarga pasien mengatakan ini adalah pertama kalinya pasien dirawat dirumah sakit dengan penyakit seperti ini dan baru pertama kali .

4. Riwayat kesehatan keluarga :

   Pasien mengatakan dalam keluarga ibunya memiliki riwayat penyakit stroke dan hipertensi.

   Pemeriksaan fisik :

   a. Kebersihan rambut: Rambut tampak bersih, tidak berminyak, bercampur uban dan tidak berbau
   b. Kulit kepala: Kulit kepala tampak bersih, tidak ada luka/lesi, tidak terdapat adanya benjolan/massa
   c. Kebersihan kulit: Tampak kulit bersih, tidak ada luka, teraba elastis dan lembab
   d. Higiene rongga mulut: Rongga mulut tampak bersih, tidak ada peradangan, tampak bibir pasien kering dan berwarna hitam
   e. Kebersihan genetalia: Tidak dilakukan pengkajian
   f. Kebersihan anus: Tidak dilakukan pengkajian

B. Pola Nutrisi dan Metabolik

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada penurunan nafsu makan, frekuensi makan 2 kali sehari pagi dan malam dengan menu makanan sayur, ikan, daging, tempe, tahu. Pasien mengatakan ia juga sesekali mengonsumsi daging seperti coto, konro atau bakso karena membuat selera makan meningkat. Pasien mengatakan sebelum sakit ia minum dalam sehari 6-8 gelas (±1 liter) dan setiap sore biasanya minum kopi dan merokok untuk merasa rileks. Pasien megatakan kebiasaan ini terbawa sejak ia muda.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan tidak menurun, hanya saja tidak terlalu banyak makan seperti ketika dirumah karena makanan dirumah sakit terasa hambar. Frekuensi makan 2-3 kali sehari dengan menu nasi,sayur,ikan dan buah yang didapatkan dari rumah sakit. Walau makanan di rumah sakit hambar pasien tetap menghabiskannya. Pasien mengatakan selama di rumah sakit minum air mineral sebanyak 1 liter (1 botol aqua besar) dalam sehari.

   Observasi :

   Selera makan pasien tampak baik, pasien menghabiskan makanan yang didapatkan di rumah sakit

3. Pemeriksaan fisik :
   a. Keadaan rambut: Rambut tampak bersih, berwarna hitam bercampur uban, tidak rontok
   b. Hidrasi kulit: Turgor kulit lembab dan elastis, finger print kembali dalm < 3 detik
   c. Palpebra/conjungtiva: Palpebra tidak edema dan konjungtiva tampak anemis
   d. Sclera: Tampak sclera tidak icterik
   e. Hidung: Septum hidung dampak lurus, tampak tidak ada secret, tampak tidak ada lesi, tidak ada peradangan/perdarahan.
   f. Rongga mulut: Rongga mulut tampak bersih, bibir tampak kering dan berwarna hitam, tampak tidak ada peradangan.
   g. Gigi, gusi, gigi palsu : Tidak tampak adanya peradangan pada gusi, tampak gusi berwarna merah muda, gigi pasien tidak lengkap, gigi geraham belakan tampak berlubang, tidak terdapat gigi palsu

h. Kemampuan mengunyah keras: Pasien tampak dapat mengunyah, tetapi tidak dapat mengunyah makanan keras seperti buah
i. Lidah: Tampak lidah pasien tidak kotor
j. Pharing: Tidak ada peradangan
k. Kelenjar getah bening: Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening
l. Kelenjar parotis: Tidak teraba adanya pembesaran
m. Abdomen :
    1) Inspeksi: Tampak abdomen buncit, umbilicus tidak menonjol, tidak tampak lesi, tidak tampak massa/benjolan
    2) Auskultasi: Bising usus 18 x/ menit
    3) Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat massa atau benjolan dan tidak ada pembesaran hepar/lien
    4) Perkusi: Tymphani
n. Kulit :
    1) Edema: Negatif
    2) Icterik: Negatif
    3) Tanda-tanda radang: Tidak tampak adanya radang
    4) Lesi: Tampak tidak ada lesi

C. Pola Eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan frekuensi BAB 1 kali sehari dengan warna feses kuning, dengan konsistensi lunak. Pasien mengatakan tidak pernah mengeluh kesulitan BAB. Pasien mengatakan dalam sehari pasien BAK 4-6 kali dengan warna kuning jernih, jumlah urine tiap BAK ±200 cc tidak dirasakan ketidaknyamanan saat BAK
2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan selama sakit frekuensi BAB 1 kali sehari menggunakan diapers dikarenakan pasien tidak mampu berjalan

ke toilet dengan warna fases kuning kecoklatan, konsistensi lunak, tidak ada keluhan kesulitan BAB. Pasien mengatakan BAK 4-5 kali sehari menggunakan pispot dengan warna urine kuning jernih, tidak bercampur darah, dan tidak ada keluhan kesuliatan BAK

Observasi :

Tampak pasien menggunakan diapers, tampak pasien menggunakan pispot ketika BAK dengan warna urin kuning jernih, tidak ada perdarahan, jumlah urin tiap BAK ±150 cc dan tidak ada keluhan nyeri ketika BAK

3. Pemeriksaan fisik :
   a. Peristaltik usus :18 x/menit
   b. Palpasi kandung kemih : Penuh ☐ Kosong ■
   c. Nyeri ketuk ginjal : Positif ☐ Negatif ■
   d. Mulut uretra : Tidak dikaji
   e. Anus :
      1) Peradangan : Tidak dikaji
      2) Hemoroid : Tidak dikaji
      3) Fistula : Tidak dikaji

D. Pola Aktivitas dan Latihan

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien hanya menghabiskan masa pensiunannya dengan beraktifitas seperti membuat layang-layang, menonton tv, bermain sama cucu. Pasien juga mengatakan kalau dirumah ia sering membantu istrinya jika memerlukan bantuan. Pasien mengatakan ia juga kadang-kadang olahraga kecil seperti berjalan kaki di sekitar komplek rumah dan melakukan kegiatan keagamaan bersama warga sekitar.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit ia sudah tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena merasa lemah, tangan kiri tidak

mampu memegang sesuatu, lemas dirasakan pada sisi tubuh sebelah kiri terutama pada bagian kaki sulit digerakkan. Pasien juga mengatakan tidak dapat duduk dan berdiri sendiri sehingga semua aktivitas dan latihan (ADL) dibantu oleh keluarga dan perawat

Observasi :

Pasien tampak terbaring lemas di tempat tidur, mengalami kelemahan di sisi tubuh bagian kiri, ADL dibantu oleh keluarga dan perawat, tampak tidak bisa beraktivitas mandiri, kekuatan otot dan rentang gerak menurun, eketermitas kiri pasif

a. Aktivitas harian :
   1) Makan 2
   2) Mandi 2
   3) Pakaian 2
   4) Kerapihan 2
   5) Buang air besar 2
   6) Buang air kecil 1
   7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

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

b. Postur tubuh : Tampak tidak seimbang
c. Gaya jalan : Tidak dikaji karna pasien hanya terbaring di tempat tidur
d. Anggota gerak yang cacat : Tidak ada anggota gerak yang cacat
e. Fiksasi : Tidak ada fiksasi
f. Tracheostomi : Tidak ada tracheostomi

3. Pemeriksaan fisik
   a. Tekanan darah
      Berbaring : 170/85 mmHg
      Kesimpulan : Hipotensi ortostatik: Negatif
   b. HR : 74 x/menit
   c. Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada keringat dingin

Basah : Tidak ada

d. JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : Tidak tampak pembesaran peningkatan JVP

e. Perfusi pembuluh kapiler kuku : CRT < 3 detik

f. Thorax dan pernapasan

1) Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak simetris

Retraksi interkostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada sianosis

Stridor : Tidak ada

2) Palpasi :

Vocal premitus : Tidak dikaji karna pasien tidak bisa berbicara dengan sempurna dan pasien hanya terbaring lemas di tempat tidur

Krepitasi : Tampak tidak ada kripitasi

3) Perkusi :

Sonor ■ Redup □ Pekak□

Lokasi : Dinding dada

4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Normal

Suara tambahan :Tidak ada suara napas tambahan

g. Jantung

1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 midclavicula sinistra

3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 linea strenalis sinistra

Batas bawah jantung : Antara ICS 5 midclavicularis dextra

Batas kanan jantung : ICS 3 linea midclavicularis dextra

Batas kiri jantung : ICS 4 linea axilia anterior sinistra

4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal

Bunyi jantung II P: Tunggal

Bunyi jantung I T : Tunggal

Bunyi jantung I M : Tunggal

Bunyi jantung III irama gallop: Tidak terdengar

Murmur: Tidak ada murmur

Bruit Aorta: Tidak ada

Renalis: Tidak ada

Femoralis: Tidak ada

h. Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot: Negatif
2) Rentang gerak : Aktif pada ekstermitas kanan

Kaku sendi : Tidak ada kekakuaan pada tubuh bagian kanan

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Ekstermitas kiri atas dan bawah

Paralisis : Tidak ada paralisis

3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	4
Kaki	5	3

Keterangan :

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

4) Refleks fisiologi :

Ekstremitas atas

Kiri: bisep, trisep (+)

Kanan: bisep, trisep (+)

Ekstremitas bawah: patella dan achiles (+)

5) Refleks patologi

Babinski, Kiri : Positif ☐ Negatif ■

Kanan :Positif ☐ Negatif ■

6) Clubing jari-jari : Tidak ada

7) Varises tungkai : Tidak ada

Kaku kuduk: Tidak ada kaku kuduk

E. Pola Tidur dan stirahat

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit jumlah jam tidur sekitar 8 jam sehari. Pasien mengatakan sesekali tidur siang saat senggang sekitar 1-2 jam. Pasien merasa segar saat bangun tidur. Pasien mengatakan biasanya menonton TV bersama keluarga sebelum tidur dan terbiasa tidur dengan lampu yang menyala. Pasien mengatakan terkadang menggunakan kipas angin saat tidur. Pasien juga mengatakan ia jarang tidur siang dan tidur dalam keadaan lampu padam.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit ia mengalami kesulitan saat tidur malam hari. Pasien mengatakan sering merasa sakit kepala dan pusing sehingga pasien sering terjaga di malam hari. Pasien juga mengatakan tidurnya sering terganggu oleh suasana kamar yang kurang nyaman, sehingga sering terbangun pada malam hari. Pasien mengatakan kebanyakan tidur saat siang hari 1-2 jam.

   Observasi :

   Pasien tampak lelah, ekspresi wajah mengantuk, ketika diajak berbicara pasien sering menguap.

   Ekspresi wajah mengantuk : Positif ■ Negatif □

   Banyak menguap : Positif ■ Negatif □

   Palpebra inferior berwarna gelap : Positif □ Negatif ■

F. Pola Persepsi dan Kongnitif

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan pasien sudah mengalami gangguan penglihatan. Keluarga mengatakan pasien sudah susah untuk membaca jarak jauh dan harus menggunakan kacamata. Selain itu pasien tidak memiliki gangguan pendengaran, penglihatan dan penciuman. Keluarga mengatakan fungsi daya ingat pasien masih baik dan tidak ada masalah, tidak memiliki kesulitan dalam mempelajari sesuatu atau adanya masalah dalam proses berpikir

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan sejak masuk ke IGD pasien mengalami gangguan berbicara dimana pasien berbicara tidak jelas/pelo sehingga pasien tampak binggung ketika diberi pertanyaan.

   Observasi :

   Pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran, orientasi penuh ketika diajak berbincang-bincang, tampak pasien disatria, tampak pasien bicara pelo, pelafalan kata kurang jelas namun masih dapat dimengerti

3. Pemeriksaan fisik :
   a. Penglihatan

      Kornea : Tampak jernih

      Pupil : Tampak isokor

      Lensa mata : Tampak jernih

      Tekanan intra okuler (TIO) : Teraba sama kenyal mata kiri dan kanan
   b. Pendengaran

      Pina: Tampak simetris kanan dan kiri, serta tidak tampak adanya luka/lesi

      Kanalis: Tampak bersih, tidak tampak adanya serumen

      Membran timpani : Reflek cahaya politser (+)
   c. Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

      Pasien dapat mengenali rasa yang diberikan dengan dilakukan pemeriksaan dengan mencubit eketermitas pasien, tetapi pasien mengatakan merasa kebas dan sulit di gerakkan di eketermitas kiri

G. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan ia merupakan seorang kepala keluarga dan berperan sebagai kakek dari cucu-cucunya. Pasien mengatakan telah memasuki masa pensiun dan sudah tidak bekerja lagi. Pasien mengatakan dalam kesehariannya pasien menghabiskan waktu dirumah dan menjalankan aktivitas ringan sesuai kemampuannya. Pasien mengatakan mampu menjalankan peran dan tanggung jawab dalam keluarga dengan baik. Pasien juga mengatakan perannya dalam keluarga tetap bermakna meskipun sudah tidak bekerja lagi.
2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan tidak merasa gelisah, malu atau ketakutan, tetapi pasien merasa sedikit sedih dengan keadaanya saat ini

dimana ia tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya. Pasien mengatakan akan mengikuti pengobatan di RS sampai selesai dan berharap cepat sembuh dan melanjutkan aktivitas seperti biasanya

Observasi :

Kontak mata pasien perhatian penuh, bicara pelo, walaupun pelafalan kata kurang jelas, tetapi dapat dimengerti, tampak keluarga dan pasien berkeinginan untuk melakukan perbaikan terhadap kesehatan, keluarga tampak banyak bertanya terkait keadaan pasien.

a. Kontak mata: Perhatian penuh
b. Rentang perhatian: Baik
c. Suara dan cara bicara: Pelo, pelafalan kata kurang jelas, volume suara kuat
d. Postur tubuh: Postur tubuh tidak seimbang ketika duduk

3. Pemeriksaan fisik :
   a. Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan bawaan
   b. Bentuk/postur tubuh : Tidak seimbang
   c. Kulit : Tampak tidak ada lesi, teraba elastis dan lembab

H. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama anak, istri dan cucu dengan kehidupan yang rukun. Keluarga mengatakan aktif mengikuti kegiatan islami seperti pengkajian di lingkungan tempat tinggalnya

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan sejak sakit semua anggota keluarga cemas dengan kondisi pasien, begitupun dengan teman dan kerabat terdekatnya, hubungan keluarga dan pasien tetap baik tetapi sejak sakit peran pasien terbatas dikeluarga dan lingkungan tempat tinggalnya

Observasi :

Tampak pasien memiliki hubungan yang baik dengan keluarganya. Istri, anak dan cucu tampak ikut menemani pasien selama masa perawatannya.

I. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan sebelum sakit tidak memiliki keluhan atau masalah yang berkaitan dengan fungsi reproduksi dan seksual

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada masalah atau keluhan terkait reproduksinya

   Observasi :

   Tampak tidak ada tanda-tanda gangguan pada sistem reproduksi. Pasien tampak nyaman dan tidak menunjukkan keluhan terkait reproduksi selama perawatan

3. Pemeriksaan fisik : Tidak dikaji

J. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stress

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan sebelum sakit biasanya keluarga dan pasien menghabiskan waktu luang bersama, jalan-jalan seperti ke pantai dan tempat wisata lainnya. Keluarga mengatakan ketika ada masalah dalam keluarga pasien dan istri berkomunikasi untuk mencari jalan keluar dari masalah dan istri pasien mengatakan pengambilan keputusan dalam keluarga biasanya dilakukan secara bersama-sama, namun terkadang pasien yang mengambil keputusan sebagai kepala keluarga.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan sejak sakit pasien dan keluarga sering berpikir terkait masalah dan kondisi pasien apalagi pasien baru kali ini masuk RS dan dirawat dengan penyakitnya sekarang ini.

Keluarga juga mengatakan sejak pasien sakit, pengembalian keputusan dalam keluarga dilakukan oleh istri

Observasi :

Keluarga tampak bersama-sama dalam merawat pasien, sering memutarkan ayat alquran untuk menenangkan pikiran, tampak istri sering memberikan motivasi pada pasien

K. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan menganut kepercayaan agama islam, pasien aktif dalam mengikuti kegiataan keagamaan seperti pengajian dan memimpin shalat di masjid. Keluarga juga mengatakan pasien rajin shalat 5 waktu dan tidak ada kepercayaan atau larangan di agama pasien terkait pengobatan pasien

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan sejak sakit ia hanya shalat, membaca alquran sambil duduk di atas tempat tidur. Keluarga juga suka memutarkan ayat alquran.

   Observasi :

   Tampak pasien sering shalat sambil menggunakan thasbi, mendengarkan ayat alquran dan membaca buku zikir

V. Uji Saraf Kranial

1. N I *Olfaktorius*
   Pasien dapat membedakan bau-bauaan seperti minyak kayu putih dan balsem
2. N II *Opticus*
   Pasien mengalami kesulitan membaca buku dengan jarak ±30 cm
3. N III, IV, VI *Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens*
   Pergerakan bola mata bisa kesegala arah, refleks cahaya politzer (+), pupil isokor
4. N V *Trigeminus*
   Sensorik : Pasien dapat merasakan goresan tisu yang diberikan pada pipi, dahi dan dagu
   Motorik : Pasien dapat mengigit tapi tidak dapat mengigit makanan keras
5. N VII *Fasciallis*
   Sensorik : Pasien dapat membedakan rasa manis, asin, dan pahit
   Motorik : Tampak senyum pasien tidak simetris, pasien tidak dapat bersiul, dapat mengerutkan dahi.
6. N VIII *Vestibulo-acusticus*
   Vestibularis : Pasien tidak dapat berdiri karena merasa lemah
   Akustikus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat pada telinga kanan dan kiri
7. N IX *Glossopharyngeus*
   Tampak uvula berada di tengah
8. N X Vagus
   Tampak pasien mampu menelan
9. N XI *Accessorius*
   Pasien hanya mampu mengangkat bahu sebelah kanannya
10. N XII *Hypoglussus*
    Pasien dapat menjulurkan lidah ke depan dan mendorong pipi dengan lidah dari dalam ke kiri dan kanan

VI. Pengkajian Tambahan

Level stroke

Tabel 3.1 Level Stroke

NO	LEVEL	KETERANGAN	HASIL
1	Level 1	Belum dapat menjaga keseimbangan kepala	Pasien dapat menjaga keseimbangan kepala
2	Level 2	Mampu menjaga keseimbangan kepala	
3	Level 3	Mampu duduk, tapi tidak dapat menjaga keseimbangan duduk	Tampak pasien mampu duduk dengan bantuan, tidak dapat menjaga keseimbangan ketika tidak diberikan tahanan

VII. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium darah

Nama : Tn.A

Jenis kelamin : Laki-laki

Ruang perawatan : Bernadeth II

Tanggal/jam : 02/02/2026

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium Darah

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	8.70	10^3/ul	3.07-11.10
RBC *	4.43	10^6/ul	4.70-6.10
HB	14.1	g/dl	13.4-17.5
HCT*	39.6	%	39.9-51.1
MCV	89.4	fL	73.4-91.0
MCH*	31.8	Pg	24.2-31.2
MCHC	35.6	g/dl	31.9-36.0
PLT	230	10^3/ul	150-450
RDW-CV	12.7	%	11.3-14.6
POW	10.8	fL	9.0-13.0
MPV	9.5	fL	7.2-11.1
P-LCR	20.7	%	15.0-25.0

NEUT#	6.14	10^3/ul	2.72-7.53
LYMP#	1.78	10^3/ul	1.46-3.73
MONO#	0.57	10^3/ul	0.33-0.91
EO#	0.19	10^3/ul	0.04-0.43
BASO#	0.02	10^3/ul	0.02-0.09
IG#	0.01	10^3/ul	
NEUT#	70.5	%	42.5-71.0
LYMPH#	20.5	%	20.40-44.60
MONO%	6.6	%	3.60-9.80
EO%	2.2	%	0.7-8.4

2. Pemeriksaan CT-Scan kepala

   Tanggal pemeriksaan: 2 februari 2026

   Kesan:

   - 2 (dua) lacunar infarks cerebri dextra
   - Lacunar infarks thalamus dextra
   - Proses atrofi cerebri
   - Deviasi septum nasi kekanan

VIII. Terapi

1. Citicoline 250 mg/12 jam/IV
2. CPG 1 tab/12 jam/oral
3. Disolf 1 tab/24 jam/oral
4. Amoldipine 1 tab/24 jam/oral
5. Mecobalamin 1 amp/24j/IV

B. Analisa Data

Nama/umur : Tn.A/ 65 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth 2/ 2212 bed 3

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Data subjektif: - Pasien mengeluh kelemahan pada tubuh sebelah kanan - Pasien mengeluh pusing dan sakit kepala - Pasien mengatakan skala nyeri 5, sakit kepala dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul Data objektif: - Pasien tampak lemah terbaring di tempat tidur - Wajah pasien tampak tidak simetris terutama di bibi miring ke kanan - TD: 170/95 mmHg - MAP meningkat, MAP 120 mmHg (perfusi darah keginjal tidak memadai) - Tampak pasien kesulitan mengangkat tangan dan kaki sebelah kiri - Hasil CT-Scan kepala: 2 (dua) lacunar infarks cerebri dextra Lacunar infarks thalamus dextra	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif
2	Data subjektif: - Pasien mengeluh merasa kelemahan pada tubuh sebelah kiri - Pasien mengeluh kaki dan tangan sebelah kiri sulit digerakkan - Pasien mengatakan tidak mampu duduk sendiri harus dengan bantuan penuh	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik

	Data objektif: - Keadaan umum tampak lemah - Tampak tangan dan kaki kiri sulit digerakkan - Tampak aktivitas dibantu oleh keluarga/perawat - Aktivitas harian • Makan : 2 • Mandi : 2 • Pakaian : 2 • Kerapihan : 2 • BAB : 2 • BAK : 1 - Uji kekuatan otot ektermitas atas kiri dan bawah kiri memiliki kekuatan yang kurang dibandingkan sisi yang lain - Hasil CT-Scan kepala: 2 (dua) lacunar infarks cerebri dextra Lacunar infarks thalamus dextra		
3	Data subjektif: - Keluarga mengatakan bibir pasien miring ke kanan dan bebicara kurang jelas Data objektif - Tampak kemampuan bicara pasien tidak jelas tetapi masih dapat di mengerti - Tampak pasien disatria - Tampak pasien pelo - Tampak kesulitan dalam memahami komunikasi	Gangguan Neuromuskuler	Gangguan komunikasi Verbal
4	Data subjektif: - Pasien mengatakan jarang melakukan pemeriksaan rutin di failitas kesehatan terdekat	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan

	- Pasien mengatakan tidak pernah melakukan kontrol tekanan darah sebelum sakit - Pasien mengatakan tidak mengatahui penyebab penyakit yang dialaminya - Pasien mengatakan baru pertama kali mengalami stroke Data objektif: - Tampak keluarga dan pasien bertanya tentang penyakitnya - Tampak keluarga dan pasien belum mengetahui penyebab penyakitnya - Tampak keluarga dan pasien mempertanyakan tentang masalah yang dihadapi		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama : Tn. A / 65 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth (2212) bed 3

NO	Diagnosa Keperawatan
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi (D.0017)
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, dan gerakan terbatas (D.0054)
3	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan bicara pelo, disatria (D.0119)
4	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

D. Intervensi Keperawatan

Nama/ umur : Tn. A/ 65 tahun

Ruang/ kamar : St.Bernadeth 2/ kamar 2212 bed 3.

Tanggal	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran yang diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI) Meliputi: Tindakan observasi, terapeutik, kolaborasi, edukasi
02 Februari 2026	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×14 jam diharapkan perfusi serebral menurun (L.02014) dengan kriteria hasil: - Sakit kepala cukup menurun - Tekanan darah sistolik cukup menurun - Tekanan darah diastolik cukup menurun	Pemantauan Neurologis (I.06197) **Observasi** - Monitor tanda-tanda vital - Monitor kesimetrisan wajah - Monitor keluhan sakit kepala **Terapeutik** - Hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial - Berikan posisi head up 30º **Edukasi** Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu* **Kolaborasi** Kolaborasi pemberian obat
	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular d.d kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, dan gerakan terbatas (D. 0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×14 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil:	**Dukungan mobilisasi (I.05173)** **Observasi** - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakkan

		- Pergerakkan ekstermitas cukup meningkat pada ekstermitas kiri - Kekuatan otot cukup meningkat - Rentang gerak (ROM) cukup meningkat	- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi **Terapeutik** - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakkan, *jika perlu* - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan **Edukasi** - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur, ke kursi)
	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d bicara pelo, disatria (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×14 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil: - Kemampuan bicara cukup meningkat - Pelo cukup menurun - Disatria menurun	**Promosi Komunikasi: Defisit bicara (1.13493)** **Observasi:** - Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara **Terapeutik:** - Berikan terapi bicara AlUEO **Edukasi:** - Anjurkan pasien berbicara perlahan

	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×14 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik (L.12111) dengan kriteria hasil: - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	**Edukasi kesehatan** **Observasi** - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi **Terapeutik** - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya **Edukasi** - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

E. Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn.A / 65 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth 2 / 2212 bed 3

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Nama perawat
03 Februari 2026	I	07.05	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - Tekanan darah: 170/95 mmHg - Suhu: 37,5ºC - Pernapasan: 22x/menit - Nadi: 76x/menit	Petronela
	I	07.05	Memberikan posisi head up 30º pada pasien Hasil: - Setelah diberikan posisi head up 30°, pasien mengatakan keluhan pusing masih ada, namun pasien merasa sedikit lebih nyaman dengan posisi yang diberikan. Pasien tampak lebih rileks dan dapat beristirahat di tempat tidur.	Petronela
	I	07.35	Memonitor kesemetrisan wajah Hasil: - Wajah pasien tampak tidak simeteris terutama pada area bibir tampak miring ke kanan	Petronela
	III		Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara Hasil: Pasien berbicara dengan kecepatan lambat dan jumlah kalimat yang diucapkan masih terbatas. Artikulasi atau diksi masih kurang jelas dengan bicara terdengar pelo (disartria), namun isi pembicaraan masih dapat dimengerti. Volume suara terdengar cukup kuat dan stabil saat pasien berbicara.	Petronela

<table>
<tr><td></td><td>I</td><td>08.00</td><td>Memonitor tanda-tanda vital
Hasil:
- Tekanan darah: 168/90 mmHg
- Suhu: 36,4ºC
- Pernapasan: 23x/menit
- Nadi: 90x/menit</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td>08.20</td><td>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik
Hasil:
- Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri
- Uji kekuatan otot:<table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>3</td></tr></table></td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td></td><td>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
Hasil:
- Membantu pasien melakukan personal hygiene diitempat tidur dengan mengganti pakaian dan memberikan posisi duduk dengan ekstermitas tubuh yang kuat (sebelah kanan) memegang pagar tempat tidur. Saat mengganti pakaian ekstermitas tubuh yang kuat membantu ekstermitas tubuh yang lemah</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td></td><td>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
Hasil:
- Tampak kondisi umum pasien baik, tampak pasien mencoba melakukan pergerakkan walaupun perlahan dan posisi tubuh tidak seimbang</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td></td><td>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakkan
Hasil:</td><td>Petronela</td></tr>
</table>

			- Pasien tampak membutuhkan pengawasan dan bantuan dari perawat/keluarga	
	I	09.05	Memonitor keluhan sakit kepala Hasil: - Pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul dengan skala nyeri 4 - Pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Petronela
	I		Melakukan pemberian obat Hasil: - Citicoline 250 mg/12j/IV - Mecobalamin 1 amp/24j/IV	Petronela
		11.30	Menganjurkan mobilisasi sederhana Hasil: - Pasien mengatakan akan mencoba melakukan mobilisasi sederhana dengan duduk ditempat tidur - Pasien tampak berusaha untuk duduk ditempat tidur sendiri tetapi sisi tubuh sebelah kiri pasien masih lemah	Petronela
		11.40	Melakukan latihan ROM Hasil: Tampak ekstermitas kiri atas dan bawah pasien masih sulit digerakkan	Petronela
		12.00	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan Hasil: - Keluarga mengatakan akan membantu memfasilitasi pergerakkan pasien	Petronela
	III	12.30	Memberikan terapi dengan melatih berbicara AIUEO pada pasien Hasil: Pasien tampak kooperatif dan mampu mengikuti instruksi yang	

			diberikan. Saat diminta mengucapkan huruf vokal A-I-U-E-O secara perlahan dan berulang, pasien dapat melakukannya meskipun artikulasi masih kurang jelas. Bicara pasien terdengar pelo (disartria), pengucapan kata belum sempurna, namun masih dapat dimengerti oleh perawat	Petronela
	III	12.45	Menganjurkan berbicara perlahan Hasil: Pasien tampak memahami anjuran yang diberikan dan mencoba berbicara secara perlahan saat berkomunikasi. Bicara pasien masih terdengar pelo dan pengucapan kata belum jelas	Petronela
	I	13.00	Menghindarkan aktifitas yang dapat meningkatkan TIK Hasil: - Tampak pasien kooperatif dan tidak melakukan aktivitas berat dan perubahan posisi mendadak - Tampak kondisi pasien stabil tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK seperti muntah dan penurunan kesadaran	Petronela
	I	14.00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : - Tekanan darah : 160/90 mmHg - Nadi : 95 x/menit - Pernapasan : 20 x/menit - Suhu 36,5 °C	Regita
	I		Memonitor kesimetrisan wajah Hasil : - Wajah tampak masih kurang simetris, tampak bibir masih	Regita

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>miring kearah kanan dan bicara masih pelo</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>I</td><td>15.00</td><td>Memonitor keluhan sakit kepala
Hasil :
- Pasien mengatakan kepalanya masih sakit dan pasien merasa pusing saat bangun dari tempat tidur dan jika bangun mendadak atau tiba-tiba
- Pasien mengatakan sakit kepala dengan skala nyeri 4</td><td>Regita</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td></td><td>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik
Hasil:
- Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri
- Uji kekuatan otot:<table><tr><th></th><th>Kanan</th><th>Kiri</th></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>3</td></tr></table></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td>16.10</td><td>Menganjurkan mobilisasi sederhana
Hasil :
Pasien mengatakan sudah mencoba untuk duduk ditempat tidur namun badan masih miring ke kiri, tidak seimbang dan dibantu oleh keluarga</td><td>Regita</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td>16.20</td><td>Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan
Hasil :
Keluarga pasien mengatakan akan membantu pemenuhan kebutuhan dan membantu peningkatan pergerakkan pasien</td><td>Regita</td></tr>
<tr><td></td><td>I,II</td><td>18.00</td><td>Melakukan pemberian obat
Hasil :
- Citicoline 250 mg/12j/IV
- CPG 1 tab/1×1/oral
- Disolf 1 tab/1×1/oral</td><td>Regita</td></tr>
</table>

			- Amoldipine 5 mg/1×1/oral	
	III		Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara Hasil: Pasien masih berbicara dengan kecepatan lambat. Kalimat yang diucapkan belum terlalu jelas, namun masih dapat dimengerti. Diksi masih kurang tepat, bicara terdengar pelo (disartria/cadel), dan jumlah kata yang diucapkan masih terbatas saat berkomunikasi.	Regita
	III		Memberikan terapi AIUEO Hasil : Pasien masih kooperatif saat dilakukan latihan. Pasien mampu mengikuti instruksi untuk mengucapkan huruf vokal A-I-U-E-O secara berulang, namun bicara masih terdengar pelo (disartria) dan pengucapan kata masih kurang jelas seperti sebelumnya. Belum tampak perubahan yang signifikan pada kemampuan bicara pasien, tetapi kata-kata yang diucapkan masih dapat dipahami oleh perawat.	Regita
	III		Menganjurkan berbicara perlahan Hasil: Pasien mencoba berbicara secara perlahan ketika menyampaikan sesuatu kepada perawat. Bicara masih terdengar pelo dan pengucapan kata masih kurang jelas tapi masih dapat dimengerti	Regita
	I		Memonitor tanda-tanda vital Hasil : - Tekanan darah : 156/87mmHg - Nadi : 86 x/menit - Pernapasan : 20 x/menit - Suhu 36,2 °C	Regita

	I	18.30	Memberikan posisi head up 30º pada pasien Hasil: Setelah diberikan posisi head up 30°, pasien mengatakan keluhan pusing masih ada, namun pasien merasa sedikit lebih nyaman dengan posisi yang diberikan.	Regita
	I	19.00	Menghindari aktivitas dapat meningkatkan TIK Hasil : - Menganjurkan pasien untuk beristirahat dan memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman	Regita
	IV	20.30	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: - Pasien dan keluarga mengatakan belum mengetahui tentang penyakit stroke - Keluarga mengatakan apakah jika tidak kontrol tekanan darah dan minum obat secara rutin dapat menyebabkan stroke - Pasien dan keluarga mengatakan siap untuk menerima informasi yang akan diberikan - Tampak pasien antusias untuk mendapatkan informasi	Regita
	IV		Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan Hasil: - Membuat leaflet pendidikan kesehatan	Regita
04 Februari 2026	I	08.00	Memonitor TTV Hasil : TD: 160/90 mmHg N : 80 x/menit P : 18 x/menit S : 36ºC	Petronela

<table>
<tr><td></td><td>I</td><td></td><td>Melakukan pemberian obat
Hasil:
- Citicoline 250 mg/12j/IV</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td></td><td>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik
Hasil:
- Pasien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan tangan kiri tetapi kaki sebelah kiri masih kaku dan sulit untuk digerakkan
- Uji kekuatan otot:
<table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr></table></td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td></td><td>Memonitor keluhan sakit kepala
Hasil :
Pasien mengatakan sakit kepala dan pusing mulai berkurang dengan skala nyeri 3 namun saat berdiri kepala masih terasa pusing</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>I</td><td>08.10</td><td>Memberikan posisi head up 30º pada pasien
Hasil:
Setelah dilakukan tindakan, pasien mengatakan bahwa rasa pusing yang dirasakan sudah mulai berkurang dibandingkan sebelumnya. Pasien tampak lebih nyaman, lebih rileks, dan dapat beristirahat dengan cukup baik.</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>I</td><td>08.40</td><td>Memonitor kesimetrisan wajah
Hasil :
Wajah pasien tampak tidak simetris dan tampak bibir pasien miring ke arah kanan</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>III</td><td>08.45</td><td>Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara
Hasil:</td><td></td></tr>
</table>

			Pasien masih berbicara dengan kecepatan lambat. Kalimat yang diucapkan belum jelas, namun masih dapat dimengerti. Diksi atau pengucapan kata masih kurang jelas dan bicara pasien masih terdengar pelo.	Petronela
	II		Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : Membantu pasien dalam personal hygiene dengan mengganti pakaian, tampak pasien duduk dengan bantuan tangan kanan memegang pagar tempat tidur	Petronela
	II	09.00	Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga mengatakan selalu membantu pasien untuk melakukan aktivitas	Petronela
	II		Memonitor kondisi umum selama melakukan pergerakan Hasil : Tampak kondisi umum pasien baik, tampak pasien mencoba untuk duduk walaupun anggota tubuh sebelah kiri masih lemah terutama di ekstermitas kiri bawah	Petronela
	II	09.35	Membantu pasien dalam mobilisasi Hasil : - Tampak pasien sudah mulai bisa mengangkat tangan kiri secara perlahan - Pasien mengatakan sudah mulai bisa duduk dengan bantuan tangan kanan memegang pagar tempat tidur dan juga dibantu oleh keluarga	Petronela

	II	11.00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : - Pasien masih memerlukan pengawasan dalam melakukan pergerakan dari keluarga/perawat	Petronela
	II	11.30	Melakukan latihan ROM Hasil: - Pasien tampak bisa mengangkat tangan sebelah kiri namun tidak seimbang - Pasien tampak masih sulit mengangkat kaki sebelah kiri	
	IV	12.00	Menjadwalkan pendidikan kesehatan Hasil : - Keluarga dan pasien mengatakan selalu siap untuk menerima pendidikan kesehatan karna keluarga pasien belum pernah mendapatkan edukasi tentang penyakit stroke - Rencana penkes 5 februari 2026 (16.00 WITA) - Pasien dan keluarga tampak antusias dalam rencana pendidikan kesehatan	Petronela
	III	13.00	Memberikan terapi AIUEO Hasil : Pasien masih mengikuti latihan yang diberikan dan tampak kooperatif. Pasien mampu mengucapkan huruf vokal A-I-U-E-O secara berulang dengan bantuan arahan dari perawat. Bicara pasien masih terdengar pelo dan beberapa kata masih kurang jelas, namun pengucapan mulai sedikit lebih terarah dan dapat dimengerti.	Petronela
	III	13.15	Menganjurkan berbicara perlahan	

			Hasil: Pasien mencoba memperlambat cara bicaranya saat berkomunikasi dengan perawat. Bicara masih terdengar pelo dan beberapa kata masih kurang jelas	Petronela
	I	14.15	Memonitor keluhan sakit kepala Hasil : - Pasien mengatakan sakit kepala menurun dengan skala nyeri 3 - Pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul	Regita
	I		Memberikan posisi head up 30º pada pasien Hasil: Setelah dilakukan tindakan, pasien mengatakan bahwa rasa pusing yang dirasakan sudah mulai berkurang dibandingkan sebelumnya. Pasien tampak lebih nyaman, lebih rileks, dan dapat beristirahat dengan cukup baik.	Regita
	I	14.20	Memonitor kesimetrisan wajah Hasil : - Wajah pasien tampak tidak simetris terutama dibagian bibir - Bibir pasien tampak miring kearah kanan	Regita
	III	14.35	Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara Hasil: kecepatan bicara pasien cenderung lambat dengan jumlah kata yang diucapkan masih terbatas. Volume suara cukup terdengar kuat. Diksi atau pengucapan kata masih kurang jelas dan bicara terdengar pelo, tetapi apa yang disampaikan	Regita

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>pasien masih dapat dipahami oleh perawat.</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>III</td><td>16.00</td><td>Memberikan terapi AIUEO
Hasil :
Pasien tampak mengikuti terapi dengan kooperatif dan mampu mengucapkan huruf vokal A-I-U-E-O secara berulang sesuai instruksi. Pengucapan masih terdengar pelo dan beberapa huruf belum terdengar jelas, namun pasien mampu menyelesaikan latihan sampai selesai. Selama terapi berlangsung pasien tampak fokus dan berusaha memperbaiki artikulasi.</td><td>Regita</td></tr>
<tr><td></td><td>III</td><td>16.15</td><td>Mengajurkan berbicara perlahan
Hasil:
Pasien berbicara secara perlahan saat berinteraksi dengan perawat. Kecepatan bicara pasien lebih terkontrol, namun pengucapan masih terdengar pelo dan beberapa kata masih kurang jelas. Komunikasi dengan pasien masih dapat dipahami dan pasien tetap kooperatif selama dilakukan interaksi.</td><td>Regita</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td>16.45</td><td>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik
Hasil:
- Pasien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan tangan kiri secara perlahan tetapi kaki sebelah kiri masih kaku dan sulit digerakkan
- Uji kekuatan otot:
<table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr></table></td><td>Regita</td></tr>
</table>

	II	17.00	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : - Pasien mengatakan tidak merasa lemah dalam melakukan melakukan mobilisasi - Pasien mengatakan tidak merasa kaku pada esktermitas kiri atas dalam melakukan mobilisasi namun masih merasa kaku pada ekstermitas kiri bawah	Regita
	I	17.55	Memonitor TTV Hasil : TD: 150/80 mmHg N : 69 x/menit P : 22 x/menit S : 36.2ºC	Regita
	I	18.00	Melakukan pemberian obat Hasil: Amoldipine 5 mg/1×1/oral Citicoline 250 mg/12j/IV CPG 1 tab/1×1/oral Disolf 1 tab/1×1/oral	Regita
	II	18.30	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : Pasien melakukan mobilisasi dengan duduk ditempat tidur sambil memegang pagar tempat tidur sebagai tumpuan	Regita
	II	19.30	Menganjurkan mobilisasi sederhana Hasil : Pasien sudah dapat duduk di atas tempat, namun hanya dalam waktu yang tidak terlalu lama dan posisi duduk pasien masih tampak tidak seimbang sehingga tetap memerlukan	Regita

			pantauan dan bantuan dari keluarga atau perawat.	
	I	20.00	Memonitor keluhan sakit kepala Hasil : - Pasien mengatakan sakit kepala sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 2 - Pasien mengatakan sakit kepala timbul saat pasien bergerak	Regita
	I	20.30	Menghindari aktifitas yang dapat meningkatkan TIK Hasil : - Menghindari perubahan posisi mendadak pada pasien - Menghindari posisi kepala pasien terlalu tinggi - Menghindari posisi kepala menunduk pada pasien	Regita
05 Februari 2026	I	07.05	Memonitor TTV Hasil : TD: 145/80 mmHg N : 78 x/menit P : 22 x/menit S : 37.3ºC	Regita
	I		Memonitor sakit kepala Hasil : Pasien mengatakan sudah tidak merasakan sakit kepala dan pusing	Regita
	I	07.40	Memberikan posisi head up 30º pada pasien Hasil: Setelah dilakukan tindakan, pasien mengatakan bahwa sudah tidak merasa pusing. Pasien tampak lebih nyaman, lebih rileks, dan dapat beristirahat dengan cukup baik.	Regita
	III	07.45	Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara Hasil :	

			pasien masih tampak berbicara pelo, namun kejelasan pengucapan sudah mulai membaik dibandingkan sebelumnya. Kecepatan bicara lebih teratur, jumlah kata yang diucapkan mulai bertambah, dan volume suara cukup terdengar. Pengucapan kata sudah agak jelas sehingga komunikasi dengan pasien menjadi lebih mudah dipahami.	Regita
	III		Menganjurkan berbicara perlahan Hasil: Pasien mengikuti anjuran yang diberikan dan mencoba berbicara lebih perlahan saat berkomunikasi dengan perawat. Bicara masih terdengar pelo, namun pengucapan sudah mulai lebih jelas sehingga lebih mudah dipahami.	Regita
	I	07.50	Memonitor kesimetrisan wajah Hasil : - Pasien mengatakan wajah pasien masih belum simetris dan bibir pasien masih miring ke kanan - Tampak wajah pasien belum simetris dan bibir pasien masih miring ke kanan	Regita
	I	08.00	Melakukan pemerian obat Hasil: Citicoline 1 amp/12j/IV	Regita
	II		Melakukan latihan ROM Hasil: - Pasien diberikan ROM pasif pada ekstermitas kiri bawah dan ROM aktif pada ekstermitas kiri atas - Tampak pasien sudah bisa mengangkat tangan sebelah	Regita

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>kiri dan mengangkat bahu sebelah kiri
- Tampak pasien masih sulit untuk mengangkat ekstermitas kiri bawah</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td>08.20</td><td>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik
Hasil:
- Pasien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai bisa dingkat namun tidak lama
- Uji kekuatan otot:<table><tr><th></th><th>Kanan</th><th>Kiri</th></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr></table></td><td>Regita</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td>08.30</td><td>Mengidentifikasi tolerasi fisik melakukan pergerakan
Hasil :
- Pasien tampak masih membutuhkan bantuan dari keluarga dan perawat
- Tampak kekuatan otot pasien pada ekstermitas kiri atas sudah meningkat tetapi ekstermitas kiri bawah masih belum</td><td>Regita</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td>09.00</td><td>Menganjurkan mobilisasi sederhana
Hasil :
- Memberikan posisi miring kiri dan kanan, dan pasien mendorong tubuh sendiri ke atas tempat tidur
- Pasien tampak mampu miring kiri dan kanan, namun masih sulit untuk mendorong tubuh ke atas tempat tidur dikarenakan ekstermitas kiri bawah masih agak sulit digerakkan</td><td>Regita</td></tr>
</table>

	II	09.40	Memonitor kondisi umum selama melakukan aktivitas Hasil : - Pasien mengatakan sudah bisa duduk dengan baik tetapi pasien harus berpegangan di penyangga tempat tidur - Pasien tampak sudah mulai bisa menggerakkan ekstermitas kiri atas dan ekstermitas kiri bawah sudah mulai bisa digerakkan namun masih agak kaku	Regita
	II	11.00	Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga tampak membantu pasien dalam pemenuhan ADL pasien	Regita
	I	14.00	Memonitor TTV TD: 140/80 mmHg N: 60 x/menit P: 20 X/menit S: 36.7ºC	Petronela
	I		Memonitor keluhan sakit kepala Hasil : - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan sakit kepala - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing	Petronela
	I		Memonitor kesimetrisan wajah Hasil : - Wajah pasien tampak tidak simetris terutama pada bagian bibir - Bibir pasien tampak miring kekanan	Petronela
	II		Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik Hasil: - Pasien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan	

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai bisa dingkat namun tidak lama
- Uji kekuatan otot:
<table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr></table></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td>15.45</td><td>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
Hasil :
- Pasien mengatakan mulai dapat melakukan aktivitas sederhana sendiri seperti makan atau duduk ditempat tidur
- Pasien tampak duduk di atas tempat tidur dengan memegang pagar penyangga tempat tidur sebagai tumpuan/pegangan pasien
- Tampak pasien mampu duduk ditempat tidur, walaupun kaki pasien sulit untuk mendorong tubuh pasien ke atas
- Pasien tampak belum dapat menggerakkan penuh ekstremitas kiri bawah</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td>16.30</td><td>Memberikan terapi AIUEO
Hasil :
Tampak bicara pasien masih terdengar pelo, namun pengucapan sudah mulai lebih jelas dibandingkan sebelumnya sehingga lebih mudah dimengerti. Pasien tampak lebih percaya diri saat latihan dan pasien mengatakan akan terus berlatih agar bicaranya semakin jelas.</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>IV</td><td>16.45</td><td>Melakukan pendidikan kesehatan tentang
• Apa itu stroke</td><td></td></tr>
</table>

			• Jenis stroke • Tanda dan gejala stroke • Penyebab terjadinya strorke • Komplikasi stroke • Pencegahan stroke Hasil: - Tampak pasien mendengar dan memperhatikan leaflet yang diberikan - Pasien dan keluarga mengatakan mengeti dan memahami tentang materi yang diberikan - Pasien dan keluarga mengatakan akan rutin kontrol kesehatan di faskes terdekat	Petronela
	IV	17.00	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya Hasil: - Tampak pasien dan keluarga bertanya makanan seperti apa yang bisa menyebabkan terjadinya stroke - Pasien dan keluarga mengajukan pertanyaan tentang cara untuk mencegah stroke berulang	Petronela
	I,II	18.00	Memberikan pemberian obat Hasil: - Amoldipine 5 mg/1×1/oral - Citicoline 1 amp/12j/IV - CPG 1 tab/1×1/oral - Disolf 1 tab/1×1/oral	Petronela
	II	18.30	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : - Membantu pasien berdiri dengan menggunakan kursi dan tempat tidur sebagai alat penyangga/pegangan pasien - Tampak ekstremitas kiri bawah belum dapat menahan tubuh terlalu lama	Petronela

	II	18.45	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : - Pasien mengatakan tidak merasa pusing - Pasien mengatakan badan terasa lemah karena jarang berdiri sejak sakit	Petronela
	I	19.00	Memonitor keluhan sakit kepala Hasil : Pasien mengatakan sudah tidak merasa sakit kepala	Petronela
	I		Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 143/78 mmHg N : 98 x/menit P : 20 x/menit S : 36.2ºC	Petronela
	I	19.30	Menghindari aktivitas yang dapat menyebabkan peningkatan TIK Hasil : - Menghindari pemberian tindakan seperti duduk mendadak dari posisi tidur pada pasien - Menghindari posisi kepala pasien menunduk terlalu lama	Petronela
	I	20.15	Memberikan posisi head up 30º pada pasien Hasil: Setelah dilakukan tindakan pemberian posisi head up 30º, pasien mengatakan sudah tidak merasakan sakit kepala. Pasien tampak lebih nyaman, kondisi umum membaik, dan pasien dapat beristirahat dengan baik.	Petronela

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. A/ 65 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth 2/ 2212 bed 3

<table>
<tr><th>Hari/ tanggal</th><th>DP</th><th>Evaluasi (SOAP)</th><th>Nama perawat</th></tr>
<tr><td>Selasa, 03/02 2026 Dinas pagi</td><td>I</td><td>DP I : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi
S:
- Pasien mengatakan kepala masih sakit dengan skala nyeri 4 dan hilang timbul
O:
- Kesadaran composmentis
- TTV:
Tekanan darah: 170/90 mmHg
A: Masalah belum teratasi
P:Lanjutkan intervensi pemantauan neurologis</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>II</td><td>DP II : Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular
S:
– Pasien mengatakan badan sebelah kiri masih sulit digerakkan dan lemah
O:
- Tampak pergerakkan ekstermitas kiri terbatas
- Tampak kekakuan pada ekstermitas sebelah kiri
- Uji kekuatan otot:
<table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>3</td></tr></table>A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi</td><td>Petronela</td></tr>
<tr><td></td><td>III</td><td>DP III : Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)
S:
– Keluarga pasien mengatakan pasien berbicara tidak jelas, bicara pelo tetapi dapat di mengerti
O:
– Tampak pasien berbicara lambat
– Tampak pasien berbicara pelo/cadel
– Tampak pasien disatria
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi promosi kesehatan: defisit bicara</td><td>Petronela</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td>DP IV : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
S:
– Pasien mengatakan kurang memahami kondisi penyakit yang dialaminya saat ini
– Pasien dan keluarga mengatakan ia jarang melakukan pemeriksaan rutin di faskes terdekat
O:
- Tampak pasien bertanya tentang penyakitnya
- Tampak pasien antusias dalam menerima informasi
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi edukasi kesehatan</td>
<td>Petronela</td>
</tr>
<tr>
<td>Dinas siang</td>
<td></td>
<td>DP I : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi
S:
- Pasien mengatakan kepala masih sakit dengan skala nyeri 4 dirasakan dan hilang timbul
O:
- Kesadaran composmentis
- TTV:
Tekanan darah: 160/90 mmHg
A: Masalah belum teratasi
P:Lanjutkan intervensi pemantauan neurologis</td>
<td>Regita</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>II</td>
<td>DP II : Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular
S:
– Pasien mengatakan badan sebelah kiri masih sulit digerakkan dan lemah
O:
- Tampak pergerakkan ekstermitas kiri terbatas
- Tampak kekakuan pada ekstermitas sebelah kiri
- Uji kekuatan otot:
<table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>3</td></tr></table>A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi dukungan mobilitas</td>
<td>Regita</td>
</tr>
</table>

	III	**DP III : Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)** S: - Keluarga pasien mengatakan masih pasien berbicara lambat, kalimat yang diucapkan kurang jelas tapi masih dapat dimengerti O: - Tampak pasien masih berbicara lambat - Tampak pasien masih berbicara pelo/cadel - Tampak pasien disatria A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi promosi kesehatan: defisit bicara	Regita
	IV	**DP IV : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi** S: - Pasien mengatakan kurang memahami kondisi penyakit yang dialaminya saat ini - Pasien dan keluarga mengatakan ia jarang melakukan pemeriksaan rutin di faskes terdekat O: - Tampak pasien bertanya tentang penyakitnya - Tampak pasien antusias dalam menerima informasi A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi edukasi kesehatan	Regita
Rabu, 04/02 2026 Dinas pagi	I	**DP I : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi** S: - Pasien mengatakan sakit kepala sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 3 O: - Kesadaran composmentis - TTV: Tekanan darah: 160/90 mmHg A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi pemantauan neurologis	Petronela
	II	**DP II : Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular** S: - Pasien mengatakan sudah tidak terlalu sulit dalam menggerakan ekstremitas kiri atas - Pasien mengatakan ekstermitas kiri bawah masih kaku dan sulit digerakkan	

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>O :
- Tampak pergerakkan ekstermitas kiri atas meningkat dan kekakuan menurun
- Tampak pasien masih sulit menggerakkan ekstermitas kiri bawah dan masih kaku
- Uji kekuatan otot:
<table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr></table>A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi</td>
<td>Petronela</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>III</td>
<td>DP III : Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)
S:
- Keluarga pasien mengatakan masih pasien berbicara lambat, kalimat yang diucapkan belum jelas tapi masih dapat dimengerti
O:
- Tampak pasien masih berbicara lambat
- Tampak pasien masih berbicara pelo/cadel
- Tampak pasien disatria
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi promosi kesehatan: defisit bicara</td>
<td>Petronela</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td>DP IV : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
S:
- Pasien mengatakan belum pernah mendapatkan edukasi tentang penyakitnya
- Pasien mengatakan bersedia menerima pendidikan kesehatan pada hari Kamis, 5 Februari 2026
O:
- Tampak keluarga dan pasien menerima untuk dilakukan pendidikan kesehatan
- Tampak keluarga dan pasien antusias untuk menerima edukasi kesehatan
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi edukasi kesehatan</td>
<td>Petronela</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>Dinas siang</td>
<td>I</td>
<td>DP I : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi
S:
- Pasien mengatakan sakit kepala sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 2
O:
- Pasien tampak composmentis
- TTV:
Tekanan darah: 150/80 mmHg
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi pemantauan neurologis</td>
<td>Regita</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>II</td>
<td>DP II : Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular
S:
- Pasien mengatakan kelemahan pada ekstermitas kiri atas sudah menurun
- Pasien mengatakan ekstermitas kiri bawah masih kaku
O :
- Tampak pergerakkan ekstermitas kiri atas meningkat dan kekakuan menurun
- Tampak pasien masih sulit menggerakkan ekstermitas kiri bawah dan masih kaku
- Uji kekuatan otot:
<table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr></table>A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi dukungan mobilitas</td>
<td>Regita</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>III</td>
<td>DP III : Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)
S:
- Keluarga pasien mengatakan masih pasien berbicara lambat, kalimat yang diucapkan belum jelas tapi masih dapat dimengerti
O:
- Tampak pasien masih berbicara lambat
- Tampak pasien masih berbicara pelo/cadel
- Tampak pasien disatria
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi promosi kesehatan: defisit bicara</td>
<td>Regita</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td>DP IV : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
S:
– Pasien mengatakan belum pernah mendapatkan edukasi tentang penyakitnya
– Pasien mengatakan bersedia menerima pendidikan kesehatan pada hari Kamis, 5 Februari 2026
O:
- Tampak keluarga dan pasien menerima untuk dilakukan pendidikan kesehatan
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi edukasi kesehatan</td>
<td>Regita</td>
</tr>
<tr>
<td>Kamis, 05/02 2026 Dinas pagi</td>
<td>I</td>
<td>DP I : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi
S:
– Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing
– Pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala
O:
- Pasien tampak sadar penuh
- TTV:
Tekanan darah: 145/80 mmHg
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi pemantauan neurologis</td>
<td>Regita</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>II</td>
<td>DP II : Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular
S:
- Pasien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai bisa dingkat namun tidak lama
O:
- Tampak pasien sudah bisa menggerakkan ekstermitas kiri atas
- Tampak ekstermitas kiri bawah sudah mulai bisa digerakkan tapi tidak begitu lama
- Uji kekuatan otot:
<table>
<tr><th></th><th>Kanan</th><th>kiri</th></tr>
<tr><td>Atas</td><td>5</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr>
</table>
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi</td>
<td>Regita</td>
</tr>
</table>

	III	**DP III : Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)** S: - Keluarga pasien mengatakan masih pasien berbicara pelo, suara sudah mulai jelas dibandingkan hari sebelumnya dan sudah dapat dimengerti O: - Tampak pasien masih berbicara lambat - Tampak pasien masih berbicara pelo/cadel - Tampak pasien disatria A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi promosi kesehatan: defisit bicara	Regita
	IV	**DP IV : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi** S: - Pasien mengatakan mulai sekarang akan pergi kontrol kesehatan rutin ke faskes terdekat - Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang materi penyakit stroke, cara pencegahan stroke berulang O: - Tampak keluarga dan pasien mengerti dan menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan perawat - Tampak pasien mengerti dengan penjelasan perawat dan akan rutin mengontrol tekanan darah dan minum obat hipertensi A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	Regita
Dinas siang	I	**DP I : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi** S: - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing - Pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala O: - Pasien tampak sadar penuh - GCS 15 (Composmentis) - TTV: Tekanan darah: 140/80 mmHg A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi pemantauan neurologis	Petronela

<table>
<tr>
<td></td>
<td>II</td>
<td>DP II : Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular
S:
- Pasien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai bisa diangkat namun masih kaku
O:
- Tampak pasien sudah bisa menggerakkan ekstermitas kiri atas
- Tampak ekstermitas kiri bawah sudah mulai bisa digerakkan tapi masih kaku
- Uji kekuatan otot:
<table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>Atas</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Bawah</td><td>5</td><td>4</td></tr></table>A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi dukungan mobilitas</td>
<td>Petronela</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>III</td>
<td>DP III : Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)
S:
- Keluarga pasien mengatakan masih pasien berbicara pelo, suara sudah mulai jelas dibandingkan hari sebelumnya dan sudah dapat dimengerti
O:
- Tampak pasien masih berbicara lambat
- Tampak pasien masih berbicara pelo/cadel
- Tampak pasien disatria
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi promosi kesehatan: defisit bicara</td>
<td>Petronela</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td>DP IV : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
S:
- Pasien mengatakan mulai sekarang akan pergi kontrol kesehatan rutin ke faskes terdekat
- Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang materi penyakit stroke, cara pencegahan stroke berulang
O:
- Tampak keluarga dan pasien mengerti dan menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan perawat</td>
<td>Petronela</td>
</tr>
</table>

		- Tampak pasien mengerti dengan penjelasan perawat dan akan rutin mengontrol tekanan darah dan minum obat hipertensi A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	

G. Daftar Obat

1. Citicoline 250 mg / 1 amp / 12 jam
   a. Klasifikasi / golongan obat : obat keras
   b. Dosis umum : 500mg-1000mg/hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 250 mg
   d. Cara pemberian obat : injeksi
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : citicoline bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia diotak yang berperan penting untuk melindungi fungsi otak
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :digunakan untuk mempercepat masa pemulihan akibat stroke dan melindungi sel membrane dan mencegah luas infark
   g. Kontraindikasi : tidak dianjurkan untuk orang yang alerg[terhadap obat ini, tidak dianjurkan untuk anak dibawa 13 tahun
   h. Efek samping : mual muntah, sakit kepala, penglihatan kabur, dan diare, konstipasi, nyeri dada

2. CPG 1 tab (75 mg) / 12 jam / oral
   a. Klasifikasi/golongan: obat antiplatelet/ obat sesuai resep
   b. Dosis umum : dosis awal 300 mg / hari, dosis setelah pasien stabil 75 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien : 75 mg (1 tab) / hari
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : clopidogrel adalah obat golongan antiplatelet yang bekerja dengan cara mencegah trombosit atau sel keping darah saling menempel dan membentuk gumpalan darah. Obat ini umumnya digunakan untuk mencegah stroke atau serangan jantung.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : diberikan untuk menghambat pembentukan thrombus (penggumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah arteri dan vena).
   g. Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap clopidogrel, pada pasien yang memiliki perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intracranial
   h. Efek samping obat : peningkatan resiko perdarahan, muntah darah, BAB darah, merasa sangat lelah

3. Disolf 1 tab (490 mg) / 24 jam / oral
   a. Klasifikasi/golongan: Antitrombotik / fibrinolitik
   b. Dosis umum : Dosis dewasa umumnya 1 tablet sebanyak 2–3 kali sehari, diminum sekitar ½–1 jam sebelum makan.
   c. Dosis untuk pasien : 1 tablet / hari (490 mg / hari).
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Disolf mengandung DLBS1033 dari ekstrak Lumbricus rubellus (cacing tanah) yang bekerja dengan cara menghambat agregasi trombosit, membantu proses fibrinolisis, dan membantu melarutkan bekuan darah sehingga dapat melancarkan aliran darah di pembuluh darah.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Diberikan untuk membantu melancarkan sirkulasi darah serta membantu mengurangi atau mencegah terbentuknya bekuan darah pada pembuluh darah, sehingga dapat mendukung terapi pada pasien stroke non hemoragik.
   g. Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap komponen obat, gangguan pembekuan darah, serta perlu hati-hati pada pasien dengan risiko perdarahan.
   h. Efek samping obat : Efek samping yang dapat terjadi antara lain reaksi alergi, gangguan pencernaan ringan, serta peningkatan risiko perdarahan jika digunakan bersama obat antiplatelet atau antikoagulan.

4. Amlodipine 1 tab (5 mg) / 24 jam / oral
   a. Klasifikasi/golongan: Antihipertensi golongan Calcium Channel Blocker (CCB).
   b. Dosis umum : Dosis awal pada dewasa umumnya 5 mg sekali sehari, dapat ditingkatkan hingga 10 mg sekali sehari sesuai kondisi pasien dan respon terhadap terapi.
   c. Dosis untuk pasien : 5 mg / hari (1 tablet / 24 jam).
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Amlodipine bekerja dengan menghambat masuknya ion kalsium ke dalam sel otot polos pembuluh darah dan otot jantung, sehingga menyebabkan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah). Hal ini dapat menurunkan tekanan darah dan meningkatkan aliran darah.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Diberikan untuk mengontrol tekanan darah tinggi (hipertensi) yang merupakan salah satu faktor risiko utama terjadinya stroke non hemoragik, sehingga dapat mencegah kerusakan pembuluh darah otak dan mengurangi risiko stroke berulang.
   g. Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap Amlodipine atau obat golongan calcium channel blocker, hipotensi berat, serta perlu hati-hati pada pasien dengan gangguan fungsi hati.
   h. Efek samping obat : Efek samping yang dapat terjadi antara lain pusing, sakit kepala, edema perifer (pembengkakan pada kaki), palpitasi, mual, dan kelelahan.

5. Mecobalamin 1 amp/ 24 Jam/ IV
    a. Klasifikasi/golongan: Vitamin B12 (neurotropik).
    b. Dosis umum: Pada dewasa umumnya diberikan 500 mcg per hari melalui injeksi intravena atau intramuskular, tergantung kondisi pasien.
    c. Dosis untuk pasien: 1 ampul / 24 jam / IV.
    d. Cara pemberian obat: Intravena (IV).
    e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mecobalamin merupakan bentuk aktif dari vitamin B12 yang berperan dalam proses pembentukan sel darah merah, sintesis DNA, serta metabolisme pada jaringan saraf. Obat ini membantu memperbaiki dan meregenerasi sel saraf yang rusak, serta meningkatkan fungsi sistem saraf.
    f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Diberikan untuk membantu memperbaiki fungsi saraf yang mengalami gangguan akibat stroke, serta mendukung proses regenerasi jaringan saraf sehingga diharapkan dapat membantu pemulihan fungsi neurologis pasien.
    g. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap Mecobalamin atau vitamin B12, serta perlu hati-hati pada pasien dengan riwayat reaksi alergi terhadap vitamin B kompleks.
    h. Efek samping obat: Efek samping yang dapat terjadi antara lain mual, muntah, diare, sakit kepala, reaksi alergi seperti ruam kulit atau gatal, dan pada beberapa kasus dapat terjadi reaksi di tempat suntikan.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Pada bab ini, secara singkat penulis menguraikan tentang kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yang ditemui pada pasien Tn. A di Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 2 – 5 Februari 2026 dengan melakukan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada Tn. A usia 65 tahun, didapatkan data bahwa pasien dibawa ke rumah sakit pada tanggal 02 Februari 2026 dengan keluhan kelemahan pada anggota tubuh, disertai pusing dan sakit kepala. Pasien mengatakan sakit kepala yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dengan skala nyeri 5. Selain itu pasien juga mengatakan tubuh terasa lemah dan sulit menggerakkan tangan serta kaki pada salah satu sisi tubuh. Kondisi tersebut menyebabkan pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Saat dilakukan pengkajian ditemukan pasien tampak lemah dan lebih banyak terbaring di tempat tidur. Tingkat kesadaran pasien baik dengan nilai GCS 15 (composmentis). Wajah pasien tampak tidak simetris terutama pada bagian bibir yang terlihat miring ke kanan. Selain itu bicara pasien terdengar pelo namun masih dapat dimengerti. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 170/95 mmHg dengan MAP 120 mmHg yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan darah yang dapat mempengaruhi perfusi darah ke otak. Selain itu tampak pasien mengalami kesulitan mengangkat tangan dan kaki serta aktivitas sehari-hari pasien masih dibantu oleh keluarga maupun perawat.

Hasil pemeriksaan penunjang berupa CT-Scan kepala menunjukkan adanya infark pada jaringan otak akibat tersumbatnya pembuluh darah kecil di otak. Lacunar infark merupakan salah satu bentuk stroke non hemoragik yang terjadi akibat oklusi pembuluh darah kecil yang biasanya berkaitan dengan hipertensi kronis. Penyumbatan tersebut menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak berkurang sehingga sel saraf mengalami kerusakan atau kematian sel. (Susanto et al., 2023)

Kerusakan pada area cerebri dextra berhubungan dengan munculnya kelemahan pada sisi tubuh yang berlawanan yaitu sisi kiri, sehingga pasien mengalami kesulitan menggerakkan tangan dan kaki kiri. Selain itu, gangguan pada jaringan otak juga dapat menyebabkan wajah tampak tidak simetris karena otot-otot wajah tidak bekerja secara normal. Infark yang terjadi pada thalamus dextra dapat mempengaruhi penghantaran impuls sensorik dan koordinasi sehingga pasien merasakan pusing dan sakit kepala. Kerusakan pada area otak yang berperan dalam koordinasi bicara juga menyebabkan pasien mengalami gangguan komunikasi seperti bicara pelo (disartria) dan pengucapan kata yang kurang jelas, bahkan pada beberapa kondisi dapat berkembang menjadi afasia (Firjatullah et al., 2025). Tanda dan gejala yang muncul pada pasien tersebut menunjukkan adanya gangguan fungsi neurologis akibat kerusakan jaringan otak sehingga diperlukan penatalaksanaan yang tepat. Berdasarkan kondisi tersebut, penulis menerapkan intervensi berbasis Evidence Based Nursing berupa terapi bicara AIUEO untuk melatih pergerakan otot bibir, lidah, dan mulut agar kemampuan artikulasi pasien dapat meningkat. Selain itu, pemberian posisi head up 30° juga dilakukan untuk membantu memperlancar sirkulasi darah ke otak dan membantu meningkatkan kondisi neurologis pasien (Malingkas et al., 2024)

Pada tinjauan pustaka didapatkan bahwa penyebab Non Hemoragic Stroke (NHS) antara lain usia, jenis kelamin, kebiasaan merokok, penyakit jantung, diabetes melitus, hipertensi dan hiperkolesterol. Berdasarkan kasus dan tinjauan pustaka ditemukan bahwa faktor risiko yang menyebabkan pasien mengalami Non Hemoragic Stroke yaitu usia, jenis kelamin, riwayat hipertensi, merokok serta kebiasaan pola makan yang tidak sehat yang dapat menyebabkan peningkatan kadar kolesterol dalam darah. Sedangkan faktor risiko yang ditemukan pada pasien namun tidak secara spesifik dibahas dalam tinjauan pustaka yaitu kebiasaan minum kopi setiap hari.

Selain kondisi medis yang dialami pasien, terdapat beberapa faktor risiko yang dapat berperan dalam terjadinya stroke non hemoragik. Salah satunya adalah kebiasaan merokok. Kandungan zat berbahaya dalam rokok seperti nikotin, karbon monoksida, dan berbagai radikal bebas dapat merusak lapisan dalam pembuluh darah (endotel). Kerusakan pada endotel ini memicu terjadinya proses peradangan serta mempermudah penumpukan lemak dan kolesterol pada dinding pembuluh darah. Nikotin juga dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah serta meningkatkan tekanan darah dan denyut jantung. Sementara itu, karbon monoksida dapat menurunkan kemampuan darah dalam membawa oksigen sehingga jaringan tubuh, termasuk otak, menjadi lebih rentan mengalami kerusakan. Dalam jangka panjang kondisi tersebut dapat mempercepat proses aterosklerosis, yaitu penumpukan plak lemak pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Penyempitan pembuluh darah ini dapat menghambat aliran darah ke otak sehingga meningkatkan risiko terjadinya stroke non hemoragik.

Pertambahan usia juga merupakan salah satu faktor risiko utama yang tidak dapat dimodifikasi (*non-modifiable risk factor*)

dalam kejadian stroke non-hemoragik, sebagaimana yang terjadi pada Tn. A yang kini berusia 65 tahun. Seiring bertambahnya usia, terjadi proses degeneratif secara alamiah pada sistem kardiovaskular yang menyebabkan penurunan elastisitas dinding pembuluh darah atau arteriosklerosis. Selain itu, pada usia lanjut, mekanisme perbaikan seluler pada lapisan endotel pembuluh darah mulai menurun. Hal ini menyebabkan akumulasi plak aterosklerosis yang telah terbentuk selama puluhan tahun menjadi lebih rentan mengalami ruptur atau penyempitan yang signifikan, sehingga mengganggu perfusi darah ke jaringan otak. Pada Tn. A, usia 65 tahun menjadi titikdi mana cadangan fungsional saraf (*neural reserve*) mulai berkurang, sehingga sumbatan pada pembuluh darah kecil sekalipun dapat memberikan dampak klinis yang nyata, seperti kelemahan ekstremitas dan gangguan bicara.

Selain itu kebiasaan pola makan yang tinggi lemak dan kolesterol juga dapat berkontribusi terhadap terjadinya aterosklerosis. Konsumsi makanan berlemak secara berlebihan dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam darah, terutama kolesterol LDL yang dikenal sebagai “kolesterol jahat”. Kolesterol LDL dapat menempel pada dinding pembuluh darah dan membentuk plak. Seiring waktu plak tersebut akan semakin menumpuk dan menyebabkan pembuluh darah menyempit serta kehilangan elastisitasnya. Kondisi ini menyebabkan aliran darah menjadi tidak lancar dan dapat memicu terbentuknya sumbatan pada pembuluh darah otak. Ketika aliran darah ke jaringan otak terhambat, suplai oksigen dan nutrisi menjadi berkurang sehingga dapat terjadi kerusakan jaringan otak yang akhirnya menyebabkan stroke non hemoragik.

Pasien juga memiliki kebiasaan seperti minum kopi tiap sore hari. Secara umum hubungan antara konsumsi kopi dan kejadian stroke masih menjadi kontroversial. Kopi mengandung berbagai zat

aktif yang dapat memberikan efek positif maupun negatif terhadap kesehatan pembuluh darah terutama apabila dikonsumsi dalam jumlah berlebihan. Penelitian systematic review yang dilakukan oleh Gunawan (2021) menunjukkan bahwa konsumsi kopi dalam jumlah wajar tidak selalu berhubungan dengan peningkatan risiko stroke karena kandungan senyawa fenol dalam kopi dapat berfungsi sebagai antioksidan yang mampu menghambat proses oksidasi kolesterol LDL serta memperlambat proses aterosklerosis tetapi menkonsumsi kopi dalam jumlah berlebihan dapat memberikan efek terhadap sistem kardiovaskular terutama pada penderita hipertensi. Kafein yang terkandung dalam kopi bekerja dengan cara mempengaruhi sistem saraf pusat. Kafein akan menghambat kerja hormon adenosin di otak sehingga aktivitas saraf meningkat dan merangsang pelepasan hormon adrenalin. Hormon ini dapat meningkatkan denyut jantung serta tekanan darah. Pada dosis yang tinggi, peningkatan hormon adrenalin dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah sehingga meningkatkan tekanan darah sistolik maupun diastolik. Kondisi ini dapat memperburuk hipertensi yang sudah dimiliki pasien dan menjadi salah satu faktor yang meningkatkan risiko terjadinya stroke (Soetardi, 2021).

Pada kasus Tn. A, manifestasi klinis yang muncul sesuai dengan teori yaitu kelemahan anggota gerak, wajah tidak simetris, bicara pelo, serta sakit kepala. Namun tidak semua manifestasi klinis stroke muncul pada pasien. Beberapa gejala seperti penurunan kesadaran berat, gangguan penglihatan, maupun afasia berat tidak ditemukan pada pasien. Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh lokasi infark yang terjadi pada pembuluh darah kecil sehingga kerusakan jaringan otak tidak terlalu luas. Selain itu, keberadaan sirkulasi kolateral pada otak juga dapat mempengaruhi berat ringannya gejala yang muncul. Sirkulasi kolateral merupakan sistem pembuluh darah cadangan yang dapat membantu mempertahankan aliran darah ke

jaringan otak yang mengalami gangguan. Jika sistem ini bekerja dengan baik maka kerusakan jaringan otak dapat diminimalkan sehingga gejala yang muncul tidak terlalu berat. Sebaliknya apabila sirkulasi kolateral tidak memadai maka kerusakan jaringan otak dapat menjadi lebih luas dan menyebabkan defisit neurologis yang lebih berat.

Berdasarkan hasil pengkajian kasus dan tinjauan pustaka tersebut, dapat disimpulkan bahwa kondisi yang dialami oleh Tn. A merupakan stroke non hemoragik yang disebabkan oleh gangguan aliran darah pada pembuluh darah otak. Hal ini didukung oleh gejala klinis yang muncul, hasil pemeriksaan fisik, serta temuan pada pemeriksaan CT-Scan yang menunjukkan adanya lacunar infark pada cerebri dextra dan thalamus dextra. Selain itu faktor risiko seperti merokok, usia, hipertensi, jenis kelamin, pola makan tidak sehat serta kurangnya pemeriksaan kesehatan secara rutin turut berperan dalam terjadinya penyakit pada pasien

2. Diagnosis keperawatan

Pada kasus Tn. A penulis mendapatkan 4 diagnosis keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu:

a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi (D.0017)

Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas karena didapatkan data pada pasien yaitu: keadaan umum lemah, mengeluh pusing dan sakit kepala dengan skala nyeri 5 yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. Tekanan darah pasien meningkat signifikan mencapai 170/95 mmHg dengan nilai MAP 120 mmHg yang mengindikasikan perfusi darah ke organ vital tidak memadai. Diagnosis ini didukung kuat oleh pemeriksaan CT-Scan kepala yang menunjukkan adanya 2 (dua) lacunar infarks cerebri dextra dan lacunar infarks thalamus dextra. Selain itu,

ditemukan manifestasi klinis berupa wajah tidak simetris terutama pada area bibir miring ke kanan (gangguan NV II Fascialis)

b) Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular (D. 0054)

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan data pada pasien yaitu: mengalami kelemahan pada tubuh bagian kiri (hemiparese sinistra). Pasien mengeluh tangan dan kaki kiri sulit digerakkan. Data objektif menunjukkan keterbatasan gerak pada tangan dan kaki kiri, nilai kekuatan otot (ekstremitas kiri atas 4, kiri bawah 3), mengeluh sulit menggerakkan esktremitas kiri, kebas/baal eksrtremitas kiri bawah, belum dapat berdiri, duduk dangan bantuan, postur tubuh tidak seimbang, dan seluruh aktivitas harian (ADL) seperti makan, mandi, dan berpakaian dibantu sepenuhnya oleh keluarga atau perawat. Kondisi ini relevan dengan hasil CT-Scan yang menunjukkan infark pada area thalamus dan serebri dextra yang mengatur fungsi motorik tubuh sisi kiri.

c) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data pada pasien yaitu: berbicara tidak jelas, bicara pelo/cadel dan disatria. Kondisi ini berkaitan dengan adanya gangguan neuromuskular akibat kerusakan jaringan otak yang ditunjukkan melalui hasil CT-Scan yang memperlihatkan adanya lacunar infarks cerebri dextra dan lacunar infarks thalamus dextra. Lesi pada area tersebut dapat mempengaruhi jalur saraf yang berperan dalam koordinasi otot-otot bicara seperti bibir, lidah, dan otot wajah sehingga menyebabkan gangguan artikulasi. Selain itu, ditemukan pula manifestasi klinis berupa wajah yang tidak simetris terutama pada bagian bibir yang tampak miring, yang menunjukkan adanya gangguan pada saraf kranialis yang berperan dalam proses berbicara. Kondisi tersebut menyebabkan

pasien mengalami kesulitan dalam mengucapkan kata secara jelas sehingga komunikasi verbal menjadi tidak efektif.

d) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)

Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan pada data pada kasus pasien namun tidak ada pada teori yang dijelaskan, data yang didapatkan yaitu: pasien mengatakan tidak mengetahui secara pasti penyebab penyakitnya dan baru pertama kali mengalami stroke. Sebelum sakit, pasien tidak pernah melakukan kontrol tekanan darah rutin dan tidak mengetahui bahwa dirinya menderita hipertensi. Pasien juga mengakui memiliki kebiasaan yang berisiko bagi kesehatannya, seperti menjadi perokok aktif yang menghabiskan setengah bungkus per hari serta sering mengonsumsi kopi dan makanan tinggi lemak seperti coto daging kambing. Pasien tampak kurang memahami kondisi penyakitnya saat ini dan belum mampu menjelaskan kembali upaya pencegahan stroke berulang, namun menunjukkan keinginan untuk belajar dengan bersedia menerima pendidikan kesehatan.

Diagnosa pada teori yang tidak diangkat pada kasus adalah:

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular, alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak mengalami hambatan dalam bernapas atau batuk berlendir. Terdapat data yang diperoleh bahwa pasien merasa terdapat lendir di tenggorokan yang tertahan tetapi data tersebut kurang mendukung untuk pengangkatan diagnosa bersihan jalan napas.
b. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan makanan dan kesulitan menelan. Terdapat data yang diperoleh bahwa pasien tidak mampu mengunyah dengan keras tetapi

data tersebut kurang mendukung untuk pengangkatan diagnosa gangguan menelan.

3. Perencanaan 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 dilakukan meliputi observatif, tindakan terapeutik/mandiri perawat, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosis perawat memfokuskan intervensi sesuai dengan kondisi pasien.

a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi (D.0017).

Pada diagnosis pertama ini, penulis menyusun intervensi yaitu: monitor tanda-tanda vital, monitor kesimetrisan wajah, monitor keluhan sakit kepala, hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial, dokumentasikan hasil pemantauan, berikan posisi head up 30°, kolaborasi pemberian obat

Pada diagnosis ini, penulis juga menambahkan intervensi pemberian posisi head up 30º diluar dari intervensi yang tercantum dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Pemberian intevensi head up 30º pada pasien bertujuan untuk mempertahankan tingkat kesadaran karena sesuai dengan posisi anatomis dari tubuh manusia yang kemudian mempengaruhi dan mempertahankan hemodinamik pasien seperti tanda vital dan tekanan intrakranial dalam batas normal. Selain itu, posisi ini efektif memenuhi kebutuhan oksigenasi otak sehingga mencegah terjadi hipoksia otak, mengurangi nyeri kepala sehingga meningkatkan kenyamanan.

b) Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot

menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D.0054)

Pada diagnosis ini penulis menyusun intervensi yaitu: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (seperti pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan pemenuhan ADL, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana (seperti duduk di tempat tidur). Intervensi ini difokuskan untuk mengatasi kelemahan pada sisi tubuh sebelah kiri (hemiparesis sinistra) di mana kekuatan otot pasien pada tangan kiri bernilai 4 dan kaki kiri bernilai 3

c) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)

Pada diagnosis ini penulis menyusun intervensi yaitu: Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, anjurkan berbicara perlahan. Pada diagnosis ini, penulis juga menambahkan intervensi pemberian terapi AIUEO diluar dari intervensi yang tercantum dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pemberian terapi AIUEO diberikan karena pasien mengalami disatria atau kesulitan bicara (bicara pelo), pelafalan kata kurang jelas, bibir miring ke arah kanan untuk menunjang intervensi monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara penulis menambahkan intervensi ini dengan tujuan pemberian terapi dapat meningkatkan dan memperbaiki pelafalan kata sehingga dapat dimengerti oleh orang lain. Pemberian terapi dengan cara menggerakan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata-kata .

d) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (D.0111)

Pada diagnosis ini penulis menyusun intervensi yaitu: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan (menggunakan leaflet), jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, serta jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

4. Implementasi keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. A, penulis melakukan beberapa implementasi keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Selama proses implementasi keperawatan berlangsung, penulis juga melibatkan keluarga pasien dalam membantu pelaksanaan tindakan Keterlibatan keluarga sangat penting karena dapat memberikan dukungan emosional kepada pasien serta membantu pasien dalam melakukan latihan secara rutin. Selain itu, perawat juga terus memberikan motivasi kepada pasien agar tetap semangat dalam menjalani proses pemulihan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 02-05 Februari 2026 pada pasien Tn. A/65 tahun merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini, dilakukan selama 3x14 jam:

a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi (D.0017)

Pada hari ketiga implementasi, diagnosis keperawatan ini sudah teratasi karna keluhan nyeri kepala pasien sudah menurun dan tekanan darah sudah membaik, tetapi pasien masih konsumsi obat untuk mempertahankan tekanan darah tetap stabil dan

masih dalam pemantauan lebih lanjut terhadap kejadian peningkatan tekanan intrakranial.

b) Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas (D. 0054)

   Sampai pada hari ketiga implementasi, diagnosis ini belum teratasi, dengan hasil pergerakan ekstremitas kiri atas cukup meningkat tetapi ekstermitas kiri bawah belum meningkat dan masih sulit digerakkan, dan uji kekuatan otot ekstermitas kiri bawah belum ada peningkatan

c) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)

   Sampai pada hari ketiga implementasi, diagnosis ini belum teratasi dengan hasil pasien masih berbicara pelo/cadel dan disatria, pasien masih berbicara lambat. Tampak kemampuan berbicara mulai jelas dan dapat dimengerti

d) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)

   Sampai pada hari ketiga implementasi, diagnosis in sudah teratasi dengan hasil keluarga dan pasien mengatakan bahwa mulai sekarang akan melakukan kontrol kesehatan secara rutin ke fasilitas kesehatan terdekat. Selain itu, pasien dan keluarga tampak mengerti terhadap informasi yang telah diberikan oleh perawat serta mampu menjelaskan kembali penjelasan yang telah disampaikan, sehingga menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai pentingnya kontrol kesehatan telah meningkat.

B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing

Evidence Based 1: Posisi *Head Up 30º*

1. Judul EBN: Pemberian Posisi *Head Up 30º*
2. Diagnosis keperawatan: Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
3. Luaran yang diharapkan: Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: sakit kepala cukup menurun, tekanan darah sistolik cukup menurun, tekanan darah diastolik cukup menurun
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN: Pemantauan neurologis yaitu pemberian posisi head up 30º.
5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
   a. Pengertian tindakan

      Pengertian tindakan pemberian posisi elevasi kepala 30 derajat adalah tindakan keperawatan dengan memposisikan kepala tempat tidur pasien dinaikkan sekitar 30° dari posisi datar, sehingga kepala dan bagian tubuh atas berada lebih tinggi dibandingkan tubuh bagian bawah.

   b. Tujuan / rasional EBN

      Tindakan ini bertujuan untuk membantu meningkatkan aliran balik vena dari otak, memperbaiki perfusi jaringan otak, serta menurunkan tekanan intrakranial. Posisi elevasi kepala 30° juga dapat membantu memperlancar pernapasan dan mengurangi risiko aspirasi, sehingga sering digunakan pada pasien dengan gangguan neurologis seperti stroke.

***Evidence Based* 2: Pemberian Terapi Bicara AIUEO**

1. Judul EBN: Pemberian Terapi Bicara AIUEO untuk melatih kemampuan artikulasi dan komunikasi pada pasien stroke
2. Diagnosa keperawatan: Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular
3. Luaran yang diharapkan: Komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: kemampuan bicara cukup meningkat, pelo cukup menurun, disatria cukup menurun
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN: Defisit bicara yaitu pemberian terapi AIUEO
   a. Pengertian tindakan

      Terapi AIUEO merupakan terapi wicara yang dilakukan dengan melatih pasien mengucapkan huruf vokal A, I, U, E, O secara berulang disertai latihan gerakan bibir, lidah, dan otot wajah untuk memperbaiki kemampuan berbicara pada pasien stroke.
   b. Tujuan / rasional EBN

      Pemberian terapi AIUEO bertujuan untuk melatih otot-otot bicara, memperbaiki artikulasi, serta meningkatkan kemampuan komunikasi pada pasien stroke. Terapi ini dapat merangsang fungsi saraf yang berperan dalam proses bicara sehingga kemampuan berbicara pasien berangsur membaik.

C. PICOT EBN PADA PASIEN (Problem, Intervensi, Comparis, Outcome and Time)

Evidence Based 1: Posisi *Head Up* 30º

P: Dalam penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien Tn.A dengan diagnosa medis *Non Hemoragik Stroke (NHS)*. Kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan kesadaran composmentis (GCS 15) mengeluh sakit kepala dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, hasil pengukuran tanda-tanda vital TD: 170/95 mmHg, N: 66 kali/menit, P: 23 kali/menit, dan S: 36,5°C. Didaptkan hasil pemeriksaan CT-Scan: dua lacunar infark pada cerebri dextra serta lacunar infark pada thalamus dextra.

I: Intervensi yang dilakukan untuk membantu meningkatkan perfusi serebral, menurunkan sakit kepala, serta mencegah peningkatan tekanan intrakranial yaitu dengan pemberian posisi elevasi kepala 30° (head up 30°). Posisi ini dilakukan dengan cara meninggikan kepala tempat tidur pasien sekitar 30° dari posisi datar. Posisi ini dilakukan setiap 2 kali sehari dengan waktu selama 30 menit dalam 3 hari perawatan

C: Tidak ada intervensi pembanding dalam penulisan ini.

O: Didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan tindakan pasien mengeluh sakit kepala dengan skala nyeri 5. Setelah dilakukan tindakan pemberian posisi elevasi kepala 30° selama masa perawatan, pasien mengatakan sakit kepala yang dirasakan pada hari pertama sudah tidak dirasakan lagi pada hari berikutnya, pasien tampak lebih nyaman, serta tidak ditemukan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial.

T: Pemberian posisi elevasi kepala 30º dilakukan setiap 2 kali sehari dengan waktu selama 30 menit dalam 3 hari perawatan

***Evidance Based* 2: Pemberian Terapi Bicara AIUEO**

P: Dalam penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien Tn.A dengan diagnosa medis *Non Hemoragik Stroke* (NHS). Kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan kesadaran compos mentis (GCS: E4, V5, M6). Pada saat pengkajian didapatkan pasien berbicara pelo, tampak mengalami disartria, pelafalan kata kurang jelas namun masih dapat dimengerti, serta bibir pasien tampak miring ke kanan.

I: Intervensi yang dilakukan untuk membantu memperbaiki kemampuan komunikasi pasien yaitu dengan pemberian terapi bicara AIUEO. Terapi ini dilakukan dengan cara melatih pasien mengucapkan huruf vokal A, I, U, E, O secara berulang untuk melatih koordinasi otot bibir, lidah, dan mulut sehingga membantu memperbaiki kejelasan artikulasi dan kemampuan berbicara pasien. Intervensi pemberian terapi AIUEO diberikan setiap 2 kali sehari dalam waktu 15 menit selama 3 hari perawatan

C: Tidak ada intervensi pembanding dalam penulisan ini.

O: Didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan tindakan, pasien tampak berbicara pelo, pelafalan kata kurang jelas, dan mengalami disartria. Setelah dilakukan terapi bicara AIUEO, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih berbicara pelo, namun suara sudah mulai lebih jelas dibandingkan hari sebelumnya dan sudah dapat dimengerti. Secara observasi, pasien masih berbicara lambat dan cadel, namun pelafalan kata tampak mulai lebih jelas dibandingkan sebelumnya, sehingga menunjukkan adanya perbaikan kemampuan komunikasi verbal pada pasien.

T: Terapi bicara AIUEO dilakukan setiap 2 kali sehari selama 15 menit dalam 3 hari perawatan

D. PICOT EBN TELAAH JURNAL (*Problem, Intervensi, Comparis, Outcome and Time*)

1. Posisi elevasi kepala 30º

	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Judul	Penerapan Intervensi Head-Up 30 Derajat dan Terapi Murottal Dalam Penurunan Rasa Nyeri Kepala Pada Pasien Stroke (Darmawan & Nurhakim, 2025)	Laporan Kasus Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik : Implementasi Head Up Position 30º (Putra, 2025)	Efektifitas Pemberian Posisi Kepala Elevasi 30º Pada Pasien Hipertensi Emergensi (Anggraini & Chanif, 2025)
Problem/Population	Populasi ini terdiri dari seorang pasien Ny. E berusia 61 tahun yang dirawat dengan diagnosis medis stroke.	Populasi ini terdiri dari seorang pasien laki-laki berusia 84 tahun yang dirawat dengan diagnosis stroke non hemoragik.	Populasi ini terdiri dari sebanyak 2 pasien didapatkan sesuai dengan kriteria inklusi.
Intervention	Intervensi yang diberikan yaitu pengaturan posisi head-up 30 derajat selama masa perawatan dan terapi murrotal.	Intervensi yang diberikan adalah penerapan posisi head up 30° pada pasien stroke non hemoragik. Posisi ini dilakukan dengan meninggikan kepala tempat tidur sekitar 30° dengan menjaga posisi kepala, leher, dan bahu tetap sejajar serta menghindari fleksi leher.	Intervensi yang diberikan dalam penelitian ini adalah penerapan posisi head up atau elevasi kepala sekitar 30° pada pasien stroke.
Comparasion	Perbandingan dalam penelitian ini adalah posisi elevasi kepala 30º dengan pemberian terapi murottal	Dalam penelitian ini tidak ada perbandingan	Dalam penelitian ini tidak ada perbandingan

Outcome	Posisi dengan elevasi kepala 30 derajat membantu meningkatkan aliran vena dari otak ke jantung sehingga dapat mengurangi tekanan intrakranial. Sedangkan, terapi murottal berkontribusi terhadap relaksasi psikologis pasien, yang secara fisiologis dapat menurunkan respons stres dan persepsi nyeri.	Hasil yang diperoleh setelah penerapan posisi head up 30° menunjukkan adanya perbaikan kondisi fisiologis pasien, yaitu penurunan tekanan darah, stabilisasi frekuensi nadi dan pernapasan, peningkatan saturasi oksigen, serta pasien merasa lebih nyaman dan rileks. Selain itu, intervensi ini membantu memperbaiki perfusi serebral dan mengurangi risiko peningkatan tekanan intrakranial pada pasien stroke non hemoragik.	Hasil ini menunjukkan pemberian posisi elevasi kepala 30º dapat memperbaiki status hemodinamik pada pasien hipertensi emergensi.
Time	Intervensi ini dilakukan selama tiga hari dimulai dari 9 Desember - 11 Desember 2024.	Intervensi diberikan dan dievaluasi selama 1 × 8 jam perawatan, dengan pemantauan kondisi pasien setiap 30 menit untuk melihat perubahan tanda vital dan respon pasien terhadap posisi head up 30°.	Dimana posisi head up 30º atau elevasi kepala 30º dilakukan selama 30 menit.

2. Jurnal Terapi AIUEO

	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Judul	Penerapan Terapi AIUEO pada Pasien Stroke untuk Meningkatkan Kemampuan Bicara (Rahmi & Permana, 2024)	Pengaruh Pemberian Terapi AIUEO Terhadap Disartria Mototik Pada Pasien Stroke di RSUD Toto Kabila (Lamadi et al., 2025)	Penerapan Terapi Bicara AIUEO untuk Meningkatkan Kemampuan Komunikasi Verbal Pada Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Rehabilitas Medik RSUD Cibabat (Yulianti et al., 2025)
Problem/Population	Pada kasus dalam jurnal, responden adalah seorang pasien laki-laki berusia 54 tahun yang dirawat di ruang rawat inap RSUD Sumedang dengan diagnosis stroke dan mengalami kesulitan berbicara.	Populasi dalam penelitian ini adalah pasien stroke yang mengalami disartria motorik di RSUD Toto Kabila dengan jumlah 10 responden yang mengalami gangguan bicara dengan tingkat ringan hingga sedang.	Populasi pada studi kasus ini adalah pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan komunikasi verbal di ruang Rehabilitasi Medik RSUD Cibabat, yaitu dua orang pasien (Ny. E usia 50 tahun dan Tn. D usia 66 tahun) yang mengalami bicara tidak jelas dan kesulitan berkomunikasi.
Intervention	Intervensi yang diberikan adalah terapi wicara AIUEO	Intervensi yang diberikan yaitu pemberian terapi AIUEO.	Intervensi yang diberikan yaitu pemberian terapi bicara AIUEO

Comparasion	Dalam penelitian ini tidak ada perbandingan	Dalam penelitian ini tidak ada perbandingan	Dalam penelitian ini tidak ada perbandingan
Outcome	Kemampuan pasien dalam mengucapkan kata dengan lebih jelas, artikulasi yang semakin baik, otot wajah yang tidak terlalu kaku saat berbicara, serta peningkatan skor penilaian kemampuan bahasa.	Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji paired t- test pada kelompok intervensi sesudah diberikan terapi AIUEO selama 3 hari diperoleh p value 0,000 (<0,05). Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh terapi AIUEO terhadap disartria motorik pada pasien stroke di RSUD Toto Kabila.	Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan adanya peningkatan kemampuan komunikasi verbal pada hari ke tiga setelah dilakukan terapi bicara A.I.U.E.O minimal tiga kali pemberian terapi. Terapi bicara A.I.U.E.O efektif dalam meningkatkan kemampuan komunikasi verbal pasien stroke non hemoragik.
Time	Intervensi terapi AIUEO dilakukan dua sesi setiap hari selama empat hari perawatan, kemudian dilakukan evaluasi pada hari terakhir untuk melihat perubahan kemampuan bicara pasien.	Dilakukan selama 3 hari dan dilakukan selama 2 kali sehari	Terapi dilakukan 1 kali sehari selama 15 menit dan diberikan selama 3 hari berturut-turut, kemudian dilakukan observasi perkembangan komunikasi verbal pasien.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah pembahasan konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan kasus pada pasien Tn. A dengan penyaki Non Hemoragic Stroke (NHS) di ruang perawatan Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagian berikut:

1. Pengkajian Keperawatan: Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn. A usia 65 tahun didapatkan data bahwa pasien masuk rumah sakit dengan keluhan kelemahan pada anggota tubuh sebelah kiri, pusing, serta sakit kepala dengan skala nyeri 5. Pasien juga mengalami kesulitan menggerakkan tangan dan kaki serta keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Selain itu ditemukan wajah tidak simetris, bicara pelo (disartria). Kondisi ini sesuai dengan manifestasi klinis stroke non hemoragik yang disebabkan oleh gangguan aliran darah pada pembuluh darah otak.
2. Diagnosa keperawatan

   Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Tn. A adalah risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi d.d dengan pasien mengeluh pusing dan sakit kepala dengan skala nyeri 5, tekanan darah meningkat mencapai 170/95 mmHg serta hasil CT-Scan menunjukkan adanya dua lacunar infark pada *cerebri dextra* dan *lacunar infark* pada *thalamus dextra*. Selain itu ditemukan pula gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular d.d kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun serta keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga sebagian besar aktivitas dibantu oleh keluarga atau perawat.

Diagnosis lainnya yaitu gangguan komunikasi verbal b/d gangguan neuromuskular yang d.d pasien berbicara pelo atau cadel, mengalami disartria serta pelafalan kata kurang jelas akibat gangguan koordinasi otot bicara. Selain itu ditemukan pula diagnosis defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi yang d.d pasien dan keluarga belum memahami secara optimal mengenai penyakit stroke serta pentingnya melakukan kontrol kesehatan dan penerapan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari.

3. Perencanaan keperawatan

   Dari rencana keperawatan yang telah penulis susun, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis; meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, tindakan kolaborasi dan penyuluhan serta intervensi keperawatan berbasis EBN. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis bekerjasama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan dan sarana yang ada di rumah sakit.

4. Implementasi keperawatan

   Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari sesuai intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dan dipadukan dengan penerapan *evidence based nursing* (EBN) yang dibantu oleh rekan dan perawat. Semua implementasi terjalan dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan

   Dari hasil evaluasi yang telah dilakukan, terdapat empat diagnosis keperawatan yang menjadi fokus dalam perawatan pasien. Diagnosis yang belum teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik, dan gangguan komunikasi verbal. Sementara itu, diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif sudah teratasi ditandai dengan keluhan nyeri kepala pasien sudah menurun dan tekanan darah pasien sudah membaik serta defisit pengetahuan dinyatakan sudah teratasi, ditandai dengan pasien dan keluarga telah memahami informasi

yang diberikan oleh perawat serta menunjukkan keinginan untuk melakukan kontrol kesehatan secara rutin.

6. Dokumentasi

Telah dilakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Tn A dengan *Non Hemoragic Stroke* dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi selama 3 hari dengan kerjasama yang baik oleh bantuan rekan dan perawat

B. Saran

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Pihak Rumah Sakit diharapkan memperhatikan dan meningkatkan mutu pelayanan, agar memberikan perawatan yang bersifat bio-psiko-sosial-spiritual, dalam hal perawat dapat meningkatkan pemantauan neurologis, pada pasien stroke, serta dapat menerapkan pemberian posisi evelasi kepala 30º dengan masalah perfusi serebral, melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di rumah sakit, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di rumah sakit dan mempercepat fase rehabilitasi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi dapat meningkatkan kapasitas dan kualitas pendidikan, dengan memberikan materi yang up to date pada mahasiswa tentang penyakit non hemoragik stroke, karena penyakit ini sering ditemukan dalam masyarakat dan dirumah sakit, sehingga mahasiswa lebih mengembangkan cara penanganannya dalam masyarakat maupun dirumah sakit.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Bagi mahasiswa(i) untuk lebih memperluas ilmu dalam pelaksanaan keperawatan yang tepat bagi pasien stroke sesuai dengan teori yang telah didapatkan dibangku perkuliahan, sehingga

turut meningkatkan derajat kesehatan pasien, mengadakan pembaharuan melalui pendidikan dalam dunia keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

Anggraini, S., & Chanif. (2025). Efektifitas Pemberian Posisi Kepala Elevasi Pada Pasien Hipertensi Emergensi. *Jurnal Ners Muda*, *1*, 78–86. https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5491

Aprilia, F., & Rahayu, D. (2024). Asuhan keperawatan pada pasien dewasa dengan stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik. *Jurnal Ilmiah Pamenang*, *6*, 176–184. https://jurnal.stikespamenang.ac.id/index.php/jip/article/view/247/160

Azzahra, S. D., & Fitriyani. (2023). Stroke non hemoragik. *Jurnal Medika Malahayati*, *7*(1), 573–580. https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/view/26028/18603

Darmawan, C. W., & Nurhakim, H. F. (2025). Penerapan intervensi head-up 30 derajat dan terapi murottal dalam penurunan rasa nyeri kepala pada pasien stroke. *Jurnal Keperawatan Duta Medika*, *5*(2), 100–109. https://ojs.udb.ac.id/DutaMedika/article/view/4954/3358

Dewi, L., & Fitraneti, E. (2024). Stroke Iskemik. *Scientific Journal*, *3*(6), 379–388. http://journal.scientic.id/index.php/sciena/issue/view/22

Elfazi, T. S., & Arina, C. A. (2021). The Relationship between Smoking and The Incidence of Stroke at Haji Adam Malik General Hospital in. *Sumatera Medical Journal*, *4*(3), 1–9. https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/eclinic/article/view/53662/47958

Familah, A., Arifin, A. F., Muchhsin, A. H., & Dahliah. (2024). Karakteristik penderita stroke iskemik dan stroke hemoragik. *Fakumi Medical Journal*, *04*(06), 457–464. https://fmj.fk.umi.ac.id/index.php/fmj/article/view/468/313

Fauzi, A. Al, Aji, Y. K., & Suroto, N. S. (2019). Neuroangiography patterns of the middle cerebral artery : Study of 554 cerebral angiography results. *Journal of Clinical Neuroscience*, 1–7. https://repositori.respati.ac.id/dokumen/R-00001242.pdf

Firjatullah, M. A., Syahril, E., Ansary, S. N., Rachman, M. E., Pratiwi, D., Jurnal, A., Malikussaleh, K., & No, V. (2025). Characteristics of Risk Factors and Clinical Manifestations of Non- Hemorrhagic Stroke In Patients At Ibnu Sina Hospital Makassar. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, *11*(2), 36–44. https://ojs.unimal.ac.id/averrous/article/view/25421

Fredy, R., Wijaya, H., Wardoyo, E., & Info, A. (2024). Jurnal Kesehatan Republik Indonesia Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) Dengan Penerapan Latihan Rom Pasif Di RSUD. *Jurnal Kesehatan Republik Indonesia*, *1*(2), 32–35.

https://jurnal.intekom.id/index.php/jkri/article/view/314/265

Gunawan, A. M. A. K., Khairunnisa, I. N., & Fais, M. K. (2021). Paradoks Konsumsi Kopi Terhadap Risiko Kejadian Stroke. *Scientific Medical Journal*, *3*(1), 51–60. https://talenta.usu.ac.id/scripta/article/view/4409/4085

Halimatunnisa, M., Asmawariza, L. H., Hadi, A., Yulandasari, V., & Wiksuarini, E. (2023). Faktor Risiko Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Praya Tahun. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, *11*(1), 371–381. https://doi.org/10.37824/jkqh.v11i1.2023.507

Husna, U., & Dalhar, M. (2017). Patofisiologi dan Penatalaksanaan Edema Serebri. *Malang Neurology Journal*, *3*, 94–107. https://mnj.ub.ac.id/index.php/mnj/article/view/262/199

Idsam, S. A., Sartika, S. D., & Pembahasan, H. (2022). Hal-Hal Yang Ada Hubungan Dengan Stroke Iskemik Pada Penderita Di Beberapa Lokasi Di Wilayah Indonesia Periode Tahun 2010 Sampai Dengan Tahun 2020 Things that Related to Ischemic Stroke Patients at Several Locations in Indonesian Region from 2010 to 2020. *Bosowa Medical Journal*, *1*(1), 13–18. https://doi.org/10.35965/bmj.v1i1.Hal-Hal

Kemenkes RI. (2018a). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 168–169. https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf

Kemenkes RI. (2018b). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. 164–165. https://repository.kemkes.go.id/book/1323

Kemenkes RI. (2021). *No Title*. https://kemkes.go.id/id/ kenali-gejala-stroke-dengan-metode-fast

Kemenkes RI. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI)*. 275–276. https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/ski-2023-dalam-angka/

Khadijah, S., Astuti, T., Rahayu Widaryanti, & Ratnaningsih, E. (2020). *Anatomi & fisiologi Manusia*. https://repositori.respati.ac.id/dokumen/R-00001242.pdf

Kurniawan, G., Naufal, M., Rosyad, A., & Muslim, A. S. (2025). Efektivitas Penggunaan Obat Antihipertensi pada Pasien Rawat Inap dengan Stroke Non-Hemoragik di RSUD RA Kartini Jepara. *Jurnal Ilmiah Farmasi*, *14*(3), 348–358. https://ejournal.poltekharber.ac.id/index.php/parapemikir/article/view/8677/pdf

Lamadi, A., Pakaya, N., & Rahim, N. K. (2025). Pengaruh Pemberian Terapi AIUEO Terhadap Disartria Mototik Pada Pasien Stroke di RSUD Toto Kabila. *Jurnal Kolaboratif Sains*, *8*(7), 4622–4633. https://doi.org/10.56338/jks.v8i7.8245

LeMone, P., Burke, K., Bauldoff, G., & Gubrud, P. (2018). *LeMone and Burke's Medical-Surgical Nursing: Clinical Reasoning in Patient Care* (6th ed.).

Malingkas, L., F, M., Wowor, & Berhimpon, S. (2024). Gambaran Kadar Hemoglobin dan Hematokrit pada Pasien Stroke Iskemik. *Jurnal E-Clinic (ECl)*, *12*(3), 397–402. https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/eclinic/article/view/53662/47958

Mariana, E. R., Sri, E., & Ningsih, P. (2022). Literature Review Faktor yang Mempengaruhi Pneumonia Aspirasi pada Pasien Stroke dengan Disfagia. *Jurnal Citra Keperawatan*, *10*(2), 73–80.

Muskananfola, I. L., Tahu, S. K., Febriyanti, E., & Lekitoo, J. B. (2021). Hubungan Antara Deteksi Dini Pengenalan Gejala Awal Stroke Dengan Pengetauan Tentang Cara Penanganan Stroke Pada Masyarakat Dalam Tindakan Pertolongan Pra Rumah Sakit di Wilayah Kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang. *Jurnal Keperawatan Malang*, *6*(2), 67–75. https://jurnal.stikespantiwaluya.ac.id/index.php/JPW/article/view/132/96

Ningrum, N. D., Prasetyaningati, D., & Maunaturrohmah, A. (2017). Asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. *Jurnal Stikes Insan Cendekia*. https://repository.itskesicme.ac.id/id/eprint/3768/2/ARTIKEL NIKEN BARU.pdf?utm_source=chatgpt.com

Permatasari, N. (2020). Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus dan Hipertensi Pendahuluan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, *11*(1), 298–304. https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.273

PPNI. (2016a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.).

PPNI. (2016b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.).

PPNI. (2016c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.).

Putra, R. R. (2025). Laporan Kasus Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik : Implementasi Head Up Position 30 o. *Jurnal Penelitian Nusantara*, *1*, 492–499. https://padangjurnal.web.id/index.php/menulis/article/view/611/589

Putri, N. S., Budi, Y. S., & Dewi, N. L. I. S. (2024). Penerapan Terapi Vokal " Aiueo " Pada Klien Stroke Non Hemoragic (SNH) Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal. *Jurnal Keperawatan*

Muhammadiyah, *9*(2), 231–236.

Rahmi, H. A., & Permana, R. H. (2024). Penerapan Terapi AIUEO pada Pasien Stroke untuk Meningkatkan Kemampuan Bicara: Studi Kasus. *Jurnal Riset Ilmiah*, *3*(4), 2052–2057. https://ejournal.nusantaraglobal.ac.id/index.php/sentri/article/view/2575/2623

Reza, R. A., Amalia, L., Dahlan, N. L., Juli, C., & Goenawan, H. (2023). Pattern of anticoagulant therapy in cardioembolic stroke. *Malang Neurology Journal*, *9*(2), 139–143. https://doi.org/10.21776/ub.mnj.2023.009.02.11

Rilianto, B. (2022). Perdarahan intrakranial pasca terapi trombolisis stroke iskemik akut pada populasi asia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, *14*(1), 33–38. https://mnj.ub.ac.id/index.php/mnj/article/view/599/582

Saqri, M., & Faruq, A. (2024). MRI Brain In Case Non-Hemmoragic STROKE At Gatot Soebroto Army Central Hospital (. *Jurnal Teknologi Kesehatan*, *20*(1), 17–21. https://e-journal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/JTK/article/view/1632?utm_source=chatgpt.com

Soetardi, E. K. R. (2021). Hubungan kebiasaan mengonsumsi kopi dengan penyakit kardiovaskular. *Jurnal Medika Hutama*, *03*(01), 1576–1580. https://www.jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/317/219

Susanto, T., Heru, N., & Jatiwinayu, M. (2023). Analisis karakteristik stroke dari hasil ct scan. *Jurnal Sains Kesehatan*, *30*(2), 2023.

Utomo, T. Y. (2022). Karakteristik faktor risiko stroke hemoragik dan stroke non hemoragik di RSUD kota Bekasi. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, *7*(9).

Wijaya, A. K. (2018). *PATOFISIOLOGI STROKE NON-HEMORAGIK AKIBAT TROMBUS*. 1–15. https://eperpus.unud.ac.id/repositori/skripsi?nim=0702005153

Yulianti, A., Octaviani, O., & Malisa, N. (2025). Penerapa Terapi Bicara AIUEO untuk Meningkatkan Kemampuan Komunikasi Verbal Pada Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Rehabilitas Medik RSUD Cibabat. *Jurnal Kesehatan An Nuur*, *2*(September), 9–16. https://journal.ypss.or.id/index.php/jukes/article/view/23/25

Yuniadi, Y. (2018). Intervensi pada Stroke Non-Hemoragik. *Jurnal Kardiologi Indonesia*, *31*(3), 153–155.

Zuhriyyah, A., Fahdhienie, F., & Arifin, V. N. (2025). FAKTOR RISIKO KEJADIAN STROKE ISKEMIK PADA PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA KOTA BANDA ACEH. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, *6*, 9986–9994. https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/view/48315/30743

LAMPIRAN 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : Pencegahan dan Penanganan Stroke

Sub Pokok Bahasan : Cara pencegahan Stroke

Sasaran : Pasien Dan Keluarga Pasien

Tempat : Ruangan St. Bernadeth II

Hari/Tanggal : 05 Februari 2026

Waktu : 20 menit

Penyuluh : Petronela Regita

A. Tujuan Umum

Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang stroke, termasuk pengertian, jenis, gejala, faktor risiko, terapi, agar mampu melakukan upaya pencegahan dan pengelolaan yang tepat untuk mengurangi risiko dan dampak dari penyakit tersebut.

B. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan diharapkan orang tua dapat:

a. Menjelaskan pengertian stroke non-hemoragik
b. Menyebutkan penyebab dan faktor risikonya.
c. Mengidentifikasi tanda dan gejala stroke secara dini (CARDIK/FAST).
d. Menjelaskan pencegahan dan penatalaksanaan awal.
e. Menunjukkan cara melakukan latihan ROM sederhana.
f. Menunjukkan sikap positif untuk menjaga kesehatan otak dan tubuh**.**

C. Sasaran

Sasaran penyuluhan adalah pasien dengan Stroke dan keluarga pasien

D. Metode

Ceramah

Diskusi tanya jawab dengan keluarga

E. Media

Leaflet

F. Pelaksanaan Kegiatan

1. Persiapan
   a. Menyusun SAP dan materi
   b. Konsultasi kepada pembimbing
2. Pelaksanaan Promosi Kesehatan

No.	Kegiatan Penyuluhan	Metode	Media	Waktu
1	Pembukaan : a. Memberi salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tujuan d. Kontrak waktu	Ceramah	-	5 menit
2	Pelaksanaan: a. Menjelaskan pengertian NHS b. Menyebutkan penyebab dan faktor riskonya c. Mengidentifikasi tanda dan gejala stroke secara dini d. Menjelaskan pencegahan dan penatalaksanaan e. Menunjukkan cara melakukan latihan ROM sederhana	Ceramah	Leaflet	10 menit
3	Penutup: a. Memberikan kesempatan untuk bertanya b. Menanyakan kembali pada keluarga mengenai materi penyuluhan c. Menyimpulkan dan menutup penyuluhan d. Mengucapkan salam	Menjawab pertanyaan		5 menit

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Stroke

Menurut WHO, Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa penurunan fungsi otak baik fokal maupun global, yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah sehingga sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan (Azzahra & Fitriyani, 2023)

B. Klasifikasi Stroke

1. Hemoragik Stroke

   Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak, yang mengakibatkan perdarahan di dalam otak dan peningkatan tekanan intrakranial (Yuniadi, 2018)

2. Non Hemoragik Stroke

   Stroke iskemik/non-hemoragik stroke terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah otak, yang menyebabkan berkurangnya aliran darah dan oksigen ke jaringan otak, sehingga sel-sel otak mengalami kerusakan (Familah et al., 2024)

C. Tanda dan Gejala

"SeGeRa Ke RS" adalah singkatan dari gejala-gejala yang sering muncul pada serangan stroke menurut Kemenkes (2023), yaitu:

SE: senyum tidak simetris

GE: gerak tubuh melemah secara mendadak

RA: bicara pelo/tiba-tiba tidak dapat bicara/tidak mengerti kata kata/bicara tidak nyambung

KE: kebas pada tubuh

R : rabun

S: sakit kepala hebat yang belum pernah dirasakan sebelumnya

D. Faktor Risiko Stroke

Menurut Utomo (2022) , beberapa faktor-faktor penyebab stroke sebagai berikut:

1. Hipertensi

   Tekanan darah tinggi menyebabkan dinding arteri menjadi tebal dan kaku (aterosklerosis), atau justru menipis karena stres kronis. Hal ini meningkatkan risiko pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik) atau terbentuknya plak dan bekuan darah

2. Diabetes Melitus

   Diabetes dapat meningkatkan kekentalan darah, yang berarti darah lebih mudah menggumpal atau membeku. Ketika pembekuan darah terbentuk di pembuluh darah yang sudah sempit akibat plak, ini bisa menyumbat aliran darah ke otak dan menyebabkan stroke iskemik

3. Obesitas

   Obesitas meningkatkan jumlah lemak tubuh, yang menyebabkan peningkatan kadar kolesterol jahat (LDL) dan penurunan kolesterol baik (HDL). Kadar LDL yang tinggi dapat menyebabkan penumpukan plak lemak di dinding arteri (aterosklerosis), yang mempersempit pembuluh darah. Pembuluh darah yang menyempit menghalangi aliran darah yang lancar ke otak, yang dapat menyebabkan stroke iskemik, yaitu stroke akibat sumbatan pembuluh darah.

4. Gaya Hidup Tidak Sehat

   Gaya hidup dapat menyebabkan stroke karena kebiasaan atau perilaku yang tidak sehat dapat meningkatkan faktor risiko yang berkontribusi pada terjadinya stroke. Faktor-faktor ini termasuk diet tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, dan stres kronis.

5. Penyakit Jantung

   Penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut atrial fibrilation Gaya hidup dapat menyebabkan stroke karena kebiasaan atau perilaku yang tidak sehat dapat meningkatkan faktor risiko yang berkontribusi pada terjadinya stroke. Faktor-faktor ini termasuk diet tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, dan stres kronis. yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Pada keadaan fibrilasi dimana denyut jantung tidak teratur dan cepat, menyebabkan risiko syok tinggi. Karena hal ini menyebabkan aliran darah tidak teratur dan secara perlahan akan terjadi pembentukan gumpalan darah diatrium kiri sehingga menurunkan kemampuan kontraksi jantung. Gumpalan ini dapat mencapai otak dan menyebabkan terhambatnya aliran darah di otak sehingga menyebabkan stroke

6. Merokok

   Seseorang yang telah merokok > 10 tahun berisiko 4 kali lebih besar terkena serangan stroke dibandingkan dengan mereka yang merokok kurang dari 10 tahun. Jumlah rokok yang dihisap akan memberi pengaruh yang sangat besar terhadap kejadian aterosklerosis terutama pada pembuluh darah otak sebagai pemicu stroke. Nikotin yang terkandung di dalam rokok menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga terjadi kekakuan pembuluh darah

E. Komplikasi

1. Disabilitas fisik: Kelemahan pada satu sisi tubuh (hemiparesis) atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiplegia).
2. Gangguan menelan (disfagia): Kondisi ini bisa sangat berbahaya karena meningkatkan risiko pneumonia.
3. Gangguan bicara (afasia) dan komunikasi: Kesulitan berbicara atau memahami ucapan, tergantung pada bagian otak yang rusak.
4. Gangguan pola tidur: Sering terjadi setelah stroke.

5. Risiko jatuh: Peningkatan risiko akibat gangguan keseimbangan dan koordinasi motorik.
6. Masalah penglihatan: Gangguan pandangan yang bisa terjadi pada satu atau kedua mata.
7. Dekubitus Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, bokong, sendi kaki, dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.

F. Penatalaksanaan Stroke

1. Penatalaksanaan Medis
   a. Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rtPA) Pemberian rt-PA

      Digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut.
   b. Terapi antiplatelet

      Penggunaan antiplatelet 48 jam sejak onset serangan dapat mencegah terjadinya agregasi platelet, dan mengurangi volume kerusakan otak.
   c. Terapi antikoagulan

      Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli
   d. Antihipertensi

      Anithipertensi diberikan pada NHS akut ketika tekanan darah > 220/120 mmHg atau apablia memiliki penyakit tertentu.
   e. Neuroprotektif

      Tujuan pemberian obat ini yaitu reperfusi kejaringan dengan harapan melindungi sel membran dan stabilisasi membran sehingga mengurangi luas infark
   f. Fase rehabiitasi
      1) Program fisiotherapi

2) Penanganan masalah psikososial Pertahankan nutrisi yang adekuat.
3) Program manajemen bladder dan bowel.
4) Mempertahankan keseimbangan tubuh Rntang gerak sendi range of motion (ROM).
5) Pertahankan integritas kulit. Pertahankan komunikasi yang efektif.
6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
7) Pencegahan stroke berulang
8) Upaya dalam pencegahan stroke berulang adalah proses rehabilitasi dan pemahaman tentang pentingnya faktor risiko Stroke.
9) Upaya pencegahan dapat melakukan pendidikan kesehatan yang merupakan upaya untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan penderita dalam pencegahan stroke berulang dengan memberikan edukasi pola hidup sehat CERDIK dan PATUH cegah stroke berulang

   Menurut Kemenkes, pencegahan stroke berfokus pada program CERDIK (Cek kesehatan rutin, Enkyahkan rokok, Diit sehat, Istirahat cukup, Kelola stres

   Cek kesehatan rutin: Pantau tekanan darah, kadar kolesterol, dan gula darah secara teratur untuk deteksi dini.

   Enkyahkan rokok: Hindari merokok karena menjadi salah satu faktor risiko utama stroke.

   Rajin aktivitas fisik : Rajin aktivitas fisik/olahraga dengan lakukan minimal 30 menit perhari dalam 3-5 kali perminggu.

   Diit sehat: Konsumsi makanan yang kaya serat, serta batasi asupan garam, gula, dan lemak jenuh.

   Istirahat cukup: Pastikan kebutuhan tidur terpenuhi dengan baik.

Kelola stres: Temukan cara untuk mengelola stres, seperti berbicara dengan teman atau keluarga.

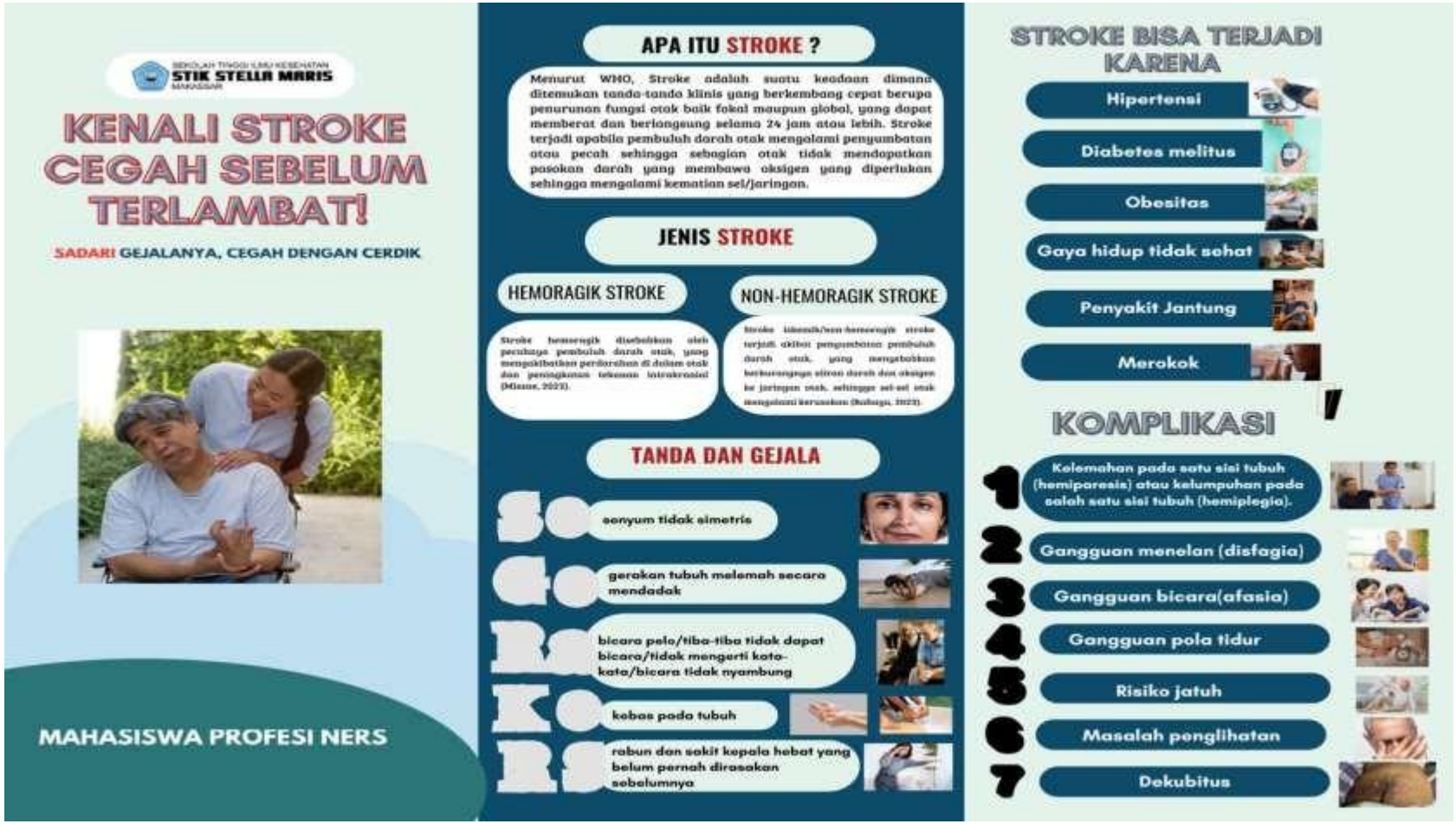
Lampiran 2

SOP TERAPI AIUEO

SOP (STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL)	
Pengertian	Terapi AIUEO *(Speech Theraphy)* adalah terapi yang menggunakan teknik mengajarkan pasien yang bicara pelo/afasia menggerakan otot bicara melalui menggerakkan lidah bibir otot wajah dan mengucapkan kata-kata dengan fonem bahasa A.I.U.E.O. Terapi ini memfokuskan pada perbaikan cara bicara penderita stroke yang pada umumnya mengalami kehilangan kemampuan bicara akibat adanya saraf yang mengalami gangguan. Terapi wicara membantu penderita untuk berbicara, maupun mengerti kembali kata-kata.
Indikasi	Pasien stroke yang pada umumnya mengalami kehilangan kemampuan bicara
Petugas	Perawat
Peralatan	**-**
Prosedur Pelaksanaan	**A. Tahap pra interaksi** Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakan **B. Tahap orientasi** - Memberikan salam dan memperkenalkan diri - Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu dengan pasien dan keluarga - Menjelaskan tujuan dan prosedur - Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien (keluarga) **C. Tahap Kerja** - Mengatur privasi klien dengan nyaman dan usahakan pasien tidar berbaring, hanya duduk di tempat tidur - Posisikan wajah klien menghadap ke depan ke arah perawat

	- Kedua tangan pasien masing-masing berada di samping kiri dan kanan - Ajarkan pasien kembungkan kedua bibir dengan rapat kemudian salah satu pipi dengan udara, tahan selama 5 detik dan kemudian hembuskan. Lakukan secara bergantian pada sisi lainnya - Pasien dianjurkan mengucapkan huruf "A" dengan keadaan mulut terbuka - Selanjutnya pasien dianjurkan untuk mengucapkan hurug "I" dengan keadaan mulut dan gigi dirapatkan dan bibir dibuka - Selanjutnya pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "U" dengan keadaan mulut mencucu ke depan bibir atas dan depan tidak rapat - Selanjutnya pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "E" dengan keadaan pipi, mulut dan bibi seperti tersenyum - Setelah itu pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "O" dengan keadaan mulut dan bibir mencucu ke depan **D.Tahap terminasi** - Merapikan klien dan memberikan posisi yang nyaman - Mengevaluasi respon klien - Memberikan reinforcement positif - Membuat kontrak pertemuan selanjutnya - Mendokumentasikan kegiatan pada lembar catatan **E.Dokumentasi** - Catat tanggal dan waktu prosedur terapi - Catat respon klien selama tindakan

Lampiran 3


SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STIK STELLA MARIS
MAKASSAR
KENALI STROKE CEGAH SEBELUM TERLAMBAT!
SADARI GEJALANYA, CEGAH DENGAN CERDIK
MAHASISWA PROFESI NERS
APA ITU STROKE ?
Menurut WHO, Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa penurunan fungsi otak baik fokal maupun global, yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah sehingga sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan.
JENIS STROKE
HEMORAGIK STROKE
Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak, yang mengakibatkan perdarahan di dalam otak dan peningkatan tekanan intrakranial (Misase, 2021).
NON-HEMORAGIK STROKE
Stroke iskemik/non-hemoragik stroke terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah otak, yang mengakibatkan berkurangnya aliran darah dan oksigen ke jaringan otak, sehingga sel-sel otak mengalami kerusakan (Rudiega, 2022).
TANDA DAN GEJALA
SO
senyum tidak simetris
GE
gerakan tubuh melemah secara mendadak
KA
bicara pelo/tiba-tiba tidak dapat bicara/tidak mengerti kata-kata/bicara tidak nyambung
KE
kebas pada tubuh
RI
rabun dan sakit kepala hebat yang belum pernah dirasakan sebelumnya
STROKE BISA TERJADI KARENA
Hipertensi
Diabetes melitus
Obesitas
Gaya hidup tidak sehat
Penyakit Jantung
Merokok
KOMPLIKASI
1 Kelemahan pada satu sisi tubuh (hemiparesis) atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiplegia).
2 Gangguan menelan (disfagia)
3 Gangguan bicara(afasia)
4 Gangguan pola tidur
5 Risiko jatuh
6 Masalah penglihatan
7 Dekubitus

BAGAIMANA PENANGANAN DAN PENCEGAHAN STROKE?

ek kesehatan rutin



nyahkan rokok



ajin aktivitas fisik



ietkan sehat



stirahat cukup



elolah stres

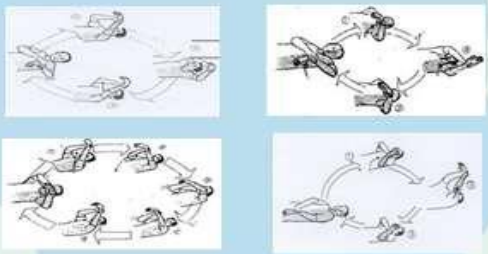


MACAM-MACAM DAN TEKNIK ROM

ROM pasif



ROM aktif





SCAN ME

Lampiran 4

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Petronela Yohanela Baki (NS2514901063)

: 2. Regita Novita Tandibua (NS2514901066)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang Bernadeth II rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1	Senin, 02 Februari 2026	Melapor kasus KIA			
2	Rabu, 04 Februari 2026	1. ACC judul BAB III 2. Konsul pengkajian			
3	Selasa, 24 Februari 2026	Konsul pengkajian 1. Analisa data 2. Intervensi 3. Implementasi			
4	Senin 10, Maret 2026	Konsul revisi Pengkajian 1. Analisa data 2. Intervensi 3. Implementasi 4. Evaluasi			
5	Senin, 12 Maret 2026	Konsul EBN dan PICOT			
6	Kamis, 17 Maret 2026	Konsul revisi 1. Implementasi 2. Evaluasi 3. EBN 4. PICOT			

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Petronela Yohanela Baki (NS2514901063)
: 2. Regita Novita Tandibua (NS2514901066)
Program Studi : Provesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang Bernadeth II rumah Sakit Stella Maris Makassar
Pembimbing : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,Ph.D

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1	Rabu, 25 Februari 2026	Konsul BAB I			
2	Rabu, 11 Maret 2026	Konsul Revisi BAB I, BAB II 1. Definisi 2. Etiologi 3. Patofisiologi 4. Klasifikasi 5. Patwey			
3	Jumat, 13 Maret 2026	Konsul revisi BAB I, BAB II 1. Definisi 2. Patofisiologi 3. Patwey			
4	Senin, 16 Maret 2026	Konsul revisi BAB II 1. Penulisan 2. Numbering			
5	Selasa, 17 Maret 2026	ACC			

Lampiran 5

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama	: Petronela Yohanela Baki
Agama	: Katolik
Tempat, Tanggal Lahir	: Lahad Datu, 26 Juni 2000
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jalan Lamadukelleng No.08

2. Identitas Orang Tua

Nama Ayah/Ibu	: Anselmus/Maria
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Jalan Sriwijaya RT 03

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

CLC Matakana	: 2010-2014
SDN 01 Talisayan	: 2014-2015
SMP Negri 5 Berau	: 2015-2018
SMA Negri 3 Berau	: 2018-2021
S1 STIK Stella Maris Makassar	: 2021-2025
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	: 2025-2026

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama	: Regita Novita Tandibua
Agama	: Katolik
Tempat, Tanggal Lahir	: Makassar, 04 November 2003
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jalan Pampang Utama

2. Identitas Orang Tua :

Nama Ayah/Ibu	: Agustinus Tandibua / Tubes Barany. A
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wirausaha
Alamat	: Jalan Pampang Utama

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Inpres Pampang II	: 2010-2015
SMP Frater Makassar	: 2016-2018
SMA Katolik Cendrawasih	: 2019-2021
S1 STIK Stella Maris Makassar	: 2021-2025
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	: 2025-2026