KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH :
LEONERELIA AGNES MANTIRI (NS2414901082)
LEONY JUNI NAUWE (NS2414901083)

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

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH :
LEONERELIA AGNES MANTIRI (NS2414901082)
LEONY JUNI NAUWE (NS2414901083)

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

PERYATAAN ORSINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Leonerelia Agnes Mantiri (NS2414901082)
2. Leony Juni Nauwe (NS2414901083)

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

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

Makassar, 16 Juli 2025

Yang menyatakan

Leonerelia Agnes Mantiri

Leony Juni Nauwe

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama 1. Leonerelia Agnes Mantiri (NS2414901082)
2. Leony Juni Nauwe (NS2414901083)

Program studi: Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang ICU-ICCU Rumah Sakit Sttella Maris Makassar

Telah berhasil di pertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	: Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN	( )
Pembimbing 2	: Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes	( )
Penguji 1	: Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.Ph.D	( )
Penguji 2	: Yunita Gabriela Madu,Ns.,M.Kep	( )

Ditetapkan di : **Makassar**
Tanggal : **Rabu, 2 Juli 2025**

Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar

Sipriamus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes
NIDN. 0928027101

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul: “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Penyusunan karya ilmiah akhir ini bertujuan untuk memenuhi salah satu tugas akhir sebagai syarat kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners, serta sebagai salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam proses penulisan ini, penulis menyadari banyak mendapat dukungan, bimbingan, serta motivasi dan doa dari berbagai pihak yang membantu dalam penyelesaian karya ilmiah ini. Penulis juga menyadari masih terdapat berbagai kekurangan dan kesalahan dalam penulisan karya ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan dan penyempurnaan karya ilmiah ini. Pada kesempatan ini, penulis juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih secara khusus kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns., M.Kes sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E.R.S., Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB., Ph.D selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan pengetahuan, bimbingan dan arahan selama mengikuti pendidikan.
3. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.,Ph.D selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing maupun mengarahkan selama mengikuti pendidikan dan selaku penguji I yang telah banyak memberikan masukan maupun saran kepada penulis demi penyempurnaan karya ilmia akhir ini.

4. Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN sebagai dosen pembimbing I yang selalu memberikan bimbingan maupun arahan selama proses penulisan karya ilmiah akhir ini.
5. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kep sebagai dosen pembimbing II yang selalu memberiakan bimbingan maupun arahan selama proses penulisan karya ilmia akhir ini.
6. Yunita Gabriela Madu Ns.,M. Kep selaku penguji II yang telah banyak memberikan masukkan maupun saran kepada penulis demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini;
7. Bapak/ibu dosen serta seluruh staf yang telah membantu, memberikan fasilitas dan juga bekal ilmu pengetahuan selama menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar;
8. Teristimewa untuk kedua orang tua kami tercinta dari Leonerelia Agnes Mantiri (Bapak Berty Mantiri dan Ibu Helena Martije Hertje Sinay) dan orang tua dari Leony Juni Nauwe (Bapak Johanis Nauwe dan Ibu Fransesko Warawarin) beserta sanak saudara yang senantiasa memberikan doa, dorongan semangat, nasihat, kasih sayang, serta bantuan moral dan materi yang tak terhingga. Kami mengakui bahwa kehadiran mereka menjadi pendorong utama bagi kami untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan sukses.
9. Rekan-rekan seangkatan di STIK Stella Maris, yaitu Profesi Ners 2024 yang sangat kami hargai kontribusinya dalam memberikan masukan melalui diskusi bersama selama penyusunan karya ilmiah akhir kami.

Dengan penuh kesadaran akan keterbatasan yang dimiliki oleh penulis, diharapkan adanya masukan yang konstruktif untuk menjadikan tulisan ini lebih bermanfaat bagi pembaca yang membutuhkan.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL

..... Err

or! Bookmark not defined.

HALAMAN JUDUL I

HALAMAN PERSETUJUAN iii

HALAMAN PENGESAHAN iv

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI v

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

DAFTAR TABEL x

DAFTAR GAMBAR xi

DAFTAR LAMPIRAN xii

BAB I PENDAHULUAN

..... Err

or! Bookmark not defined.

A. Latar Belakang

..... **Err**

or! Bookmark not defined.

B. Tujuan Penelitian 4

1. Tujuan Umum 4
2. Tujuan Khusus 4

C. Manfaat Penelitian

..... **Err**

or! Bookmark not defined.

D. Metode Penulisan

..... **Err**

or! Bookmark not defined.

E. Sistematika Penulisan 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

..... Err or! Bookmark not defined.

A. Konsep Dasar

..... **Err or! Bookmark not defined.**

1. Pengertian

..... **Err or! Bookmark not defined.**

2. Anatomi dan Fisiologi

..... **Err or! Bookmark not defined.**

3. Etiologi 14
4. Patofisiologi 18
5. Manifestasi Klinik 20
6. Tes Diagnostik 20
7. Penatalaksanaan Medis 22
8. Komplikasi 25

B. Konsep Dasar Keperawatan 27

1. Pengkajian 27
2. Diagnose Keperawatan 31
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan 32
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning) 37

BAB III PENGAMATAN KASUS 42

A. Ilustrasi Kasus 42

B. Pengkajian Keperawatan Kritis

..... **Err or! Bookmark not defined.**

C. Analisa Data 57
D. Diagnosa Keperawatan 60
E. Intervensi Keperawatan 60

F. Implementasi Keperawatan 63
G. Evaluasi Keperawatan..... 70
H. Daftar Obat Yang Diberikan Pada Pasien 76
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 79
A. Pembahasanan Askep 79
B. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN..... ..88
C. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing 89
BAB V SIMPULAN DAN SARAN 93
A. Simpulan 93
B. Saran..... …94
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak 8
Gambar 2.2 Anatomi Non Hemoragik Stroke..... 9

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi
Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Menurut World Health Organization, stroke disebabkan oleh gangguan suplai darah ke otak, biasanya karena pecahnya pembuluh darah atau penyumbatan oleh gumpalan darah. Hal ini mengubah pasokan oksigen dan nutrisi, berkurang ke jaringan otak sehingga menyebabkan kerusakan pada jaringan otak. Gejala yang paling umum dari stroke adalah kelemahan mendadak atau mati rasa pada wajah, lengan atau kaki, paling sering pada satu sisi tubuh. Gejala lain termasuk kebingungan, kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan, kesulitan melihat dengan satu atau kedua mata, kesulitan berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan atau koordinasi, sakit kepala parah tanpa diketahui penyebabnya, pingsan atau tidak sadarkan diri.

Pencegahan penyakit stroke melalui deteksi dini terhadap faktor risiko merupakan metode terbaik untuk mengendalikan angka

Kejadian stroke yang semakin meningkat. Orang yang pernah menderi serangan stroke akan lebih mudah terjadi serangan ulang dengan dampak yang lebih parah serta angka kematian dan kecacatan lebih tinggi. Permasalahan yang menjadi kendala dalam pelayanan stroke di Indonesia antara lain karena kesadaran akan faktor risiko stroke masih rendah, gejala stroke kurang dikenali, pelayanan stroke belum optimal dan rendahnya ketaatan terhadap program terapi untuk pencegahan stroke ulang. Hal tersebut berperan dalam meningkatkan angka kejadian stroke baru, angka kematian yang tinggi karena stroke, dan kejadian stroke ulang yang pula tinggi di Indonesia.

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga terbesar di dunia dengan angka kejadian lebih dari 5,1 juta. Prevalensi stroke menurut data World Stroke Organization menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah. Selama 15 tahun terakhir, rata-rata stroke terjadi dan menyebabkan kematian lebih banyak pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara berpendapatan tinggi (Avila & Tuna, 2022).

Di negara Indonesia sendiri berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2020 prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2018 yaitu dari (7%) menjadi (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar (0,6%). Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (11.0%) dibanding dengan perempuan (10.9%). Di Provinsi Sulawesi Selatan prevalensi stroke tertinggi terdapat di kota Makassar (10.0%) dan menempati urutan ke 18 terbanyak (Sriwahyuni, 2020). Berdasarkan data di atas bahwa kejadian stroke masih tinggi di Indonesia maka dibutuhkan peran perawat dalam

memberikan tindakan keperawatan yang tepat dalam meningkatkan kesehatan pasien stroke. Stroke merupakan suatu kondisi dimana aliran darah ke otak berhenti karena adanya penyumbatan pembuluh darah ke otak. Penyumbatan ini dapat menyebabkan penurunan perfusi serebral mengakibatkan iskemik pada jaringan otak hingga kematian pada sel otak. Tindakan keperawatan yang tepat dapat menurunkan risiko pasien mengalami perfusi serebral tidak efektif dengan memberikan posisi elevasi kepala 30° pada pasien (Azizah & Arofiati, 2023).

Posisi elevasi pada kepala adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan menyejajarkan ekstremitas dengan badan. Posisi ini dapat mempertahankan tekanan intrakranial dalam kondisi normal, meningkatkan glasgow coma scale dan meningkatkan kadar saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi serebral (Azizah & Arofiati, 2023). Dalam penelitian Priagung (2021) menyatakan bahwa posisi elevasi kepala 30° juga dapat memperbaiki status hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral. Perubahan posisi harus dilakukan dengan tepat dan selalu memperhatikan posisi leher agar tidak terjadi penurunan aliran balik vena akibat fleksi dan rotasi berlebihan. Posisi rotasi berlebihan dapat berdampak padaz peningkatan tekanan intrakranial.

Berdasarkan data-data yang didapat, angka kejadian penyakit stroke cukup tinggi setiap tahunnya danpemulihannya membutuhkan waktu yang lama, sehingga perawat juga harus memiliki kemampuan dalam bidang pengetahuan dan keterampilan dalam menjalankan tugas dan kewajibannya sebagai pemberi asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi dan salah satunya adalah pada pasien stroke. Dari uraian tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil masalah Non Hemoragik Stroke sebagai Karya Tulis Ilmiah Akhir yang dilakukan di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus
   a. Melaksanakan pengkajian pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   c. Menetapkan rencana asuhan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Rumah Sakit Stella Maris M

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

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

2. Bagi Pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, pengobatan yang efektif dan melakukan perubahan pola hidup guna mencegah komplikasi atau berulangnya penyakit serta mendapatkan informasi mengenai penyebab, gejala, dan proses penanganan baik latihan maupun diet pada pasien dengan stroke non hemoragik.

3. Bagi Profesi Keperawatan

   Dapat menjadi bahan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan serta menambahkan pengalaman telah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS).

4. Bagi Institusi/Akademik

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

D. Metode Penulisan

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

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

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya ilmiah ini dimulai dengan Bab I Pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada Bab II tinjauan pustaka di bagi dua yaitu konsep dasar medik yang berisi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, patoflowdiagram, manifestasi klinis, test diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi. Selain itu, ada konsep dasar keperawatan yang berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan dan diakhiri dengan discharge planning. Selanjutnya pada BAB III terdapat pengamatan kasus yang berisikan ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada Bab IV berisi tentang pembahasan kasus dan Bab V berisi tentang kesimpulan dan saran dari keseluruhan karya ilmiah akhir ini dan pada akhir dari Bab I sampai Bab IV dilampirkan daftar pustaka.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi Stroke

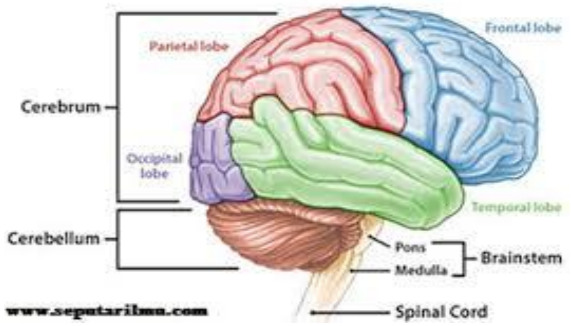
Stroke non hemoragik atau infark adalah cidera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan trombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak dan tempat lain tubuh (Desafitri et al., 2022).

Stroke non hemoragik adalah stroke yang di sebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang sehinga dapat terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Ilham Darmawan, Indhit Tri Utami, 2024).

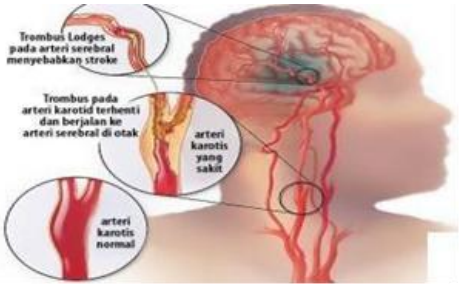
Stroke atau cerebral vaskuler accident (CVA) merupakan gangguan dalam sirkulasi Intraserebral yang berkaitan vascular insuffisiency, trombosis, emboli, atau perdarahan.(Muhammad Aldo Aditama & Ummu Muntamah, 2024).

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

2. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Otak



Gambar 2.2 Non Hemoragik Stroke

a. Anatomi

1) Sistem saraf pusat

Otak adalah struktur pusat pengaturan yang memiliki volume sekitar 1.350 cc dan terdiri dari seratus juta sel saraf dan neuron. Secara garis besar otak terdiri dari 3 bagian utama yaitu

a) Otak besar (cerebrum)

Serebrum merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Masing-masing disebut fossa kranial anterior atas dan fosa kranial media. Otak mempunyai dua permukaan atas dan bawah. Kedua permukaan ini dilapisi oleh lapisan kelabu yaitu pada bagian korteks serebral dan zat putih terdapat pada bagian dalam yang mengandung serabut saraf. Pada otak besar terdapat beberapa lobus yaitu:

(1) Lobus frontal adalah bagian dari serebrum yang terletak didepan sulkus sentral. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di broca area untuk kontrol motorik bicara.

(2) Lobus temporal terdapat di bawah lateral dari sulkus serebral dan di depan lobusoksipital. Berfungsi dalam menyimpan ingatan visual,

memahami bahasa, emosi, pendengaran dan penglihatan.

(3) Lobus parietal adalah daerah korteks yang terletak di belakang sulkus sentral, di atas sulkus lateral dan meluas ke belakang sulkus parieto-oksipitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.

(4) Lobus oksipital adalah lobus posterior korteks cerebrum. Lobus ini terletak di bagian posterior dari lobus parietal dan diatas sulkus arieto-oksipital. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata.

b) Otak kecil yaitu otak yang terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongta. Organ ini banyak menerima serabut aferen sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi. Otak kecil terbagi atas:

(1) Arkhiserebelum (vestibulo serebelum), serabut aferen berasal dari telinga dalam yang diteruskan oleh nervus VIII (auditorius) untuk keseimbangan dan rangsangan pendengaran ke otak.

(2) Paleaserebelum (spino serebelum), sebagai pusat penerima implus dari reseptor sensasi umum medulla spinalis dan nervus vagus (N. trigeminus) kelopak mata,rahang atas dan bawah serta pengunyah.

(3) Neoserebelum (ponta serebelum), korteks serebelum menerima informasi tentang gerakan yang sedang dan yang akan dikerjakan dan mengatur gerakan sisi badan.

c) Batang otak

Terdapat pada anterior, bagian-bagian batang otak terdiri dari:

1) Diensefalon, bagian otak paling atas terdapat diantara otak kecil dan otak tengah. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporal terdapat kapsul internal dengan sudut menghadapat le samping. Fungsi dari diensefalon yaitu penyempitan pembuluh darah, respiratori mengontrol kegiatan refleks dan membantu kerja jantung.
2) Otak tengah terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua di sebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.
3) Pons varoli, batang otak tengah (*brachium pontis*) yang menghubungkan otak tengah dan pons varoli dengan otak kecil, terletak di depan otak kecil diantara otak tengah dan medula oblongata. Fungsinya yaitu: penghubung antara ke dua bagian otak kecil dan pusat saraf nervus trigeminus.
4) Medulla oblongta, merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu: mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernafasan dan mengontrol kegiatan refleks.

d) Sistem limbik

Sistem limbik terletak di bagian otak tengah, membungkus batang otak. Komponen limbik antara lain hipotalamus, talamus, amigdala, hippocampus dan korteks limbik. Sistem limbik berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormon, memelihara homeostatis, rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolisme dan juga memori jangka panjang.

e) Sistem saraf tepi/perifer

1) Saraf somatik

Saraf somatik terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medulla spinalis dan bersiap secara langsung pada sel otot rangka. Neuron motorik merupakan saraf besar yang diisolasi oleh selubung pelindung yang melepas neurotransmiter.

2) Sistem saraf otonom

a) Sistem saraf simpatis

Fungsi dari sistem ini adalah: siap siaga untuk membantu proses kedaruratan, keadaan stres baik yang disebabkan oleh fisik maupun emosional yang dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada impuls simpatis, sebagai akibatnya yaitu: Bronkiolus berdilatasi untuk pertukaran gas, kontraksi jantung yang kuat dan cepat, dilatasi arteri menuju jantung dan otot volunter yang membawa lebih banyak darah. Kontraksi pembuluh darah perifer yang membu1at kulit pada kaki dingin, dilatasi pada pupil, hati mengeluarkan glukosa

untuk energi cepat, peristaltik makin lambat, rambut berdiri dan peningkatan keringat.

b) Sistem saraf parasimpatis

Berfungsi sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam, kondisi tanpa stres, impuls dasn serabut-serabut saraf kolinergik yang menonjol (*Ismas*, 2025).

b. Fisiologi

1) Sistem peredaran darah otak

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

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

2) Arteri karotis internal

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

karotis internal sedikit berdilatasi tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotis, di mana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespons terhadap perubahan tekanan darah arteri, yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak.

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

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

3) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang dari sistem vertebrobasilaris memperdarahi medula oblongata, pons cerebellum, otak tengah dan sebagian diensefalon (Biologi et al., 2023).

3. Etiologi

Menurut sebagai berikut :etiologi dari Non Hemoragik Stroke (NHS) diantaranya

a. Faktor Predisposisi

1) Usia

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

2) Jenis Kelamin

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

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

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

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

2) Hiperkolestrol

Proses terjadinya aterosklerosis diawali dari berubahnya kolestrol LDL menjadi lebih aterogenik setelah proses oksidasi dan berubah menjadi LDL teroksidasi (Ox-LDL). Disisi lain, endotel bisa mengalami gangguan fungsi yang lama-kelamaan dapat menyebabkan dengan atau tanpa deendotelisasi disertai adhesi trombosit. Molekul plasma dan partikel lipoprotein, yang sesuai ukurannya, dapat melakukan ekstravasasi

melalui endotel yang rusak dan masuk ke ruang subendotel Ox-LDL yang aterogenik akan tertahan dan bersifat sitotoksik, pro-inflamasi, dan kemotaktik. Akibat dari pengaruh tersebut, endotel menjadi aktif dan mengeluarkan sitokin.

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

3) Diabetes Melitus

Hiperglikemia pada penderita diabetes mellitus menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping itu juga akan meningkatkan agegrat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis.

Hiperglikemia juga dapat meningkatkan viskositas darah yang kemudian akan menyebabkan naiknya tekanan darah atau hipertensi dan berakibat terjadinya Non Hemoragik Stroke. Keadaan hiperglikemia juga mempermudah terjadinya edema otak dan meningkatkan angka kematian pasien yang dirawat akibat stroke.

4) Merokok

Seseorang yang telah merokok lebih dari 10 tahun berisiko 4 kali lebih besar terkena serangan stroke dibandingkan dengan mereka yang merokok kurang dari 10 tahun. Jumlah rokok yang dihisap akan memberi

pengaruh yang sangat besar terhadap kejadian aterosklerosis terutama pada pembuluh darah otak sebagai pemicu stroke. Nikotin yang terkandung di dalam rokok menyebabkan elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga terjadi kekakuan pembuluh darah. Nikotin dalam rokok juga mengandung Reactive Oxygen Species (ROS) yang menyebabkan terjadinya nekrosis pada sel endotel pembuluh darah. Molekul adhesi yang teraktivasi pada pembuluh darah mempermudah penempelan lipid yang telah teroksidasi oleh ROS pada pembuluh darah koroner.

5) Penyakit Jantung

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

6) Stres

Stres yang bersifat konstan dan terus menerus dapat mempengaruhi kerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memperoduksi hormon adrenalin, tiroksin, dan kortisol sebagai hormon utama stress akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistim homeostatis. Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sitem saraf simpatis berpengaruh terhadap

kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksin selain meningkatkan Basal Metabolism Rate (BMR) juga meningkatkan denyut jantung yang akan memperberat aterosklerosis. Stres dapat merangsang pelepasan hormon adrenalin dan memacu jantung untuk berdetak lebih cepat dan lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat.

7) Konsumsi Kopi

Konsumsi kopi dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke iskemik, disebabkan oleh denyut jantung yang meningkat beberapa saat setelah mengkonsumsi segelas kopi, yang dapat mengakibatkan aliran darah ke otak tidak stabil, akibatnya kerja jantung yang meningkat sehingga kapasitas pembulu darah bertambah dan akan berisiko terjadinya penyumbatan di dalam arteri (Karangan & Setyawati, 2022).

4. Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan pada jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi.

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah, terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh emboli menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat, menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik clan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vascular karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hernisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk

waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (sahla delia azzahra, 2023).

5. Menifestasi Klinis

Menurut Tranggono (2022) Manifestasi klinis stroke sebagai berikut :

a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan.
b. Tiba-tiba hilang rasa peka
c. Gangguan bicara dan bahasa
d. Mulut mencong atau tidak simetris
e. Berbicara pelo
f. Gangguan penglihatan
g. Vertigo
h. Gangguan daya ingat
i. Kesadaran menurun
j. Gangguan fungsi otak
k. Proses kencing terganggu

6. Tes Diagnostik

Menurut Valentina (2022) Tes diagnostik pada pasien stroke yaitu:

a. Radiologi
    1) *Computerozed 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.

2) *Magnetic Imaging Resonance* (MRI)

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

3) Pemeriksaan Thorax

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

4) *Electroencephalograpy* (EEG)

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

5) Fungsi Lumbal

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

6) Ultrasonografi Doppler

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

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

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

2) Test Kimia Darah

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

3) Test Darah Koagulasi

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

7. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan medik pada pasien non hemoragik stroke dibedakan menjadi 2, yaitu:

a. Penetalaksanaan farmakologis

Ditunjukkan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Acttivator). Selain itu, dapat juga diberi agen neuroproteksi yaitu sitikoin atau pirasetam (jika didapatkan afasia). Terapi

farmakologis yang digunakan pada pasien Non-Hemorhagic Stroke (NHS), yaitu:

1) Fibrinolitik / trombolitik (rtPA)

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

2) Antikoagulan

   Obat ini diharapkan untuk mencegah terjadinya kembali stroke emboli dan menurunkan risiko tromboembolisme vena. Jenis glongan 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.

3) Antiplatelet

   Penggunaan antiplatelet 48 jam sejak serangan dapat mencegah terjadinya agregasi platelet, dan mengurangi volume kerusakan otak. Antiplatelet yang biasa digunakan

diantaranya aspirin, clopidogrel. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dianggap untuk pemberian awal dalam waktu 24 jam dan kelanjutan selama 21 hari.

4) Antihipertensi

Pasien dapat menerima rtAP namun tekanan darah >185/110 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg/iv selama 1-2 menit, dapat diulang satu kali. Nikardipin 5 mg/jam, IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam, setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai <185/110 mmHg, maka jangan diberikan rtPA.

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

b. Penatalaksanaan non farmakologi

1) Fase Akut

a) Letakan posisi kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap dua jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.

b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.

c) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan

kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.

d) Kristaloid atau koloid 1500-200 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.

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

2) Fase rehabilitasi

a) Mobilisasi dini

b) Fisioterapi

c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).

d) Pembedahan dilakukan jika mengalami perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari

50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut (Keperawatan et al., 2023).

8. Komplikasi

komplikasi pada penderita stroke non hemoragik yaitu sebagai berikut:

a. Tekanan intrakranial (TIK) meningkat

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

dan darah. Volume tekanan pada ketiga komponen ini selalu berhubungan dengan keadaan keseimbangan, apabila salah satu dari komponen ini meningkat maka akan menyebabkan perubahan pada volume yang lain dengan mengubah posisi atau menggeser CSS, atau menurunkan volume darah serebral dan jika tidak ada perubahan intrakranial akan meningkat.

b. Gagal napas

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

c. Disfagia

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

d. Bekuan Darah (trombosis)

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

e. Dekubitus

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

f. Pneumonia

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

g. Atrofi

Atrofi dan kontraktur (kekakuan sendi) hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi (Beno et al., 2022).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian
   a. Pengkajian primer
      1) B1 (*Breath*/pernapasan)

         Pada inspeksi didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran. Pada klien dengan tingkat kesadaran sopor, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

      2) B2 (*Blood*/sirkulasi)

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

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

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

dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

4) B4 (*Bradde*r/perkemihan)

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

5) B5 (*Bowel*/pencernaan)

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

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

   Stroke mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika

klien kekurangan O2 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat

b. Pengkajian sekunder

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Data Subjektif:

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

Data Objektif:

Hipertensi arterial (dapat ditemukan/ terjadinya pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Data Subjektif:

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

Data Objektif:

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

3) Pola eliminasi

Data Subjektif: perubahan pola berkemih, seperti inkontenensia urine, anuria, distensi abdomen

(distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik).

Data Objektif:

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

4) Pola aktivitas dan latihan

Data Subjektif:

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

Data Objektif:

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

5) Pola tidur dan istirahat

Data Subjektif:

Susah untuk beristirahat.

Data Objektif:

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

6) Pola persepsi sensorik dan kognitif

Data Subjektif:

Sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, mati-lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain.

Data Objektif:

Status mental/tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau parese (ipsilateral), afasia (gangguan

dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.

7) Pola persepsi dan konsep diri
   Data Subjektif:
   Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa
   Data Objektif:
   Emosi yang labil dan ketidakpastian untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
8) Pola peran dan hubungan dengan sesama
   Data Subjektif:
   Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk menggunakan perasaan).
   Data Objektif:
   Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.
9) Pola reproduksi dan seksualitas
   Data Subjektif:
   Tidak adanya gairah seksual.
   Data Objektif:
   Kelemahan tubuh dan gangguan presepsi seksual.
10) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress
    Data Subjektif:
    Perasaan tidak berdaya.
    Data Objektif:
    Emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.
11) Pola sistem nilai kepercayaan
    Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengespresikan diri.

2. Diagnosis Keperawatan

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

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

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan dapat diatasi (Suci et al., 2021). Luaran *(outcome)* keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau persepsi pasien /keluarga/ komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan.

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

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

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

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

Intervensi : Manajeman peningkatan tekanan intrakranial

Observasi :

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

Terapeutik :

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

Edukasi :

1) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Kolaborasi :

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

b. Diagnosis II : Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

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

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

Intervensi : Dukungan mobilisasi

Observasi :

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

Terapeutik :

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

Edukasi :

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

c. Diagnosis III : Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

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

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

Intervensi : Promosi Komunikasi : Defisit Bicara

Observasi :

1) Monitor kecepatan, volume dan diksi bicara

Teraupetik :

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

Edukasi :

1) Anjurkan bicara perlahan

Kolaborasi :

1) Rujuk ke ahli patologi atau terapis

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

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

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

Intervensi : Pencegahan Aspirasi

Observasi :

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

2) Periksa kepatenan selang nasogatrik sebelum memberi asupan oral

Terapeutik :

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

Edukasi :

1) Anjurkan makan secara perlahan

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

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

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

Intervensi : Latihan memori

Observasi :

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

Terapeutik :

1) Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan

2) Koreksi kesalahan orientasi
3) Fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal)
4) Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi

Edukasi :

1) Jelaskan tujuan dan prosedur latihan

Kolaborasi :

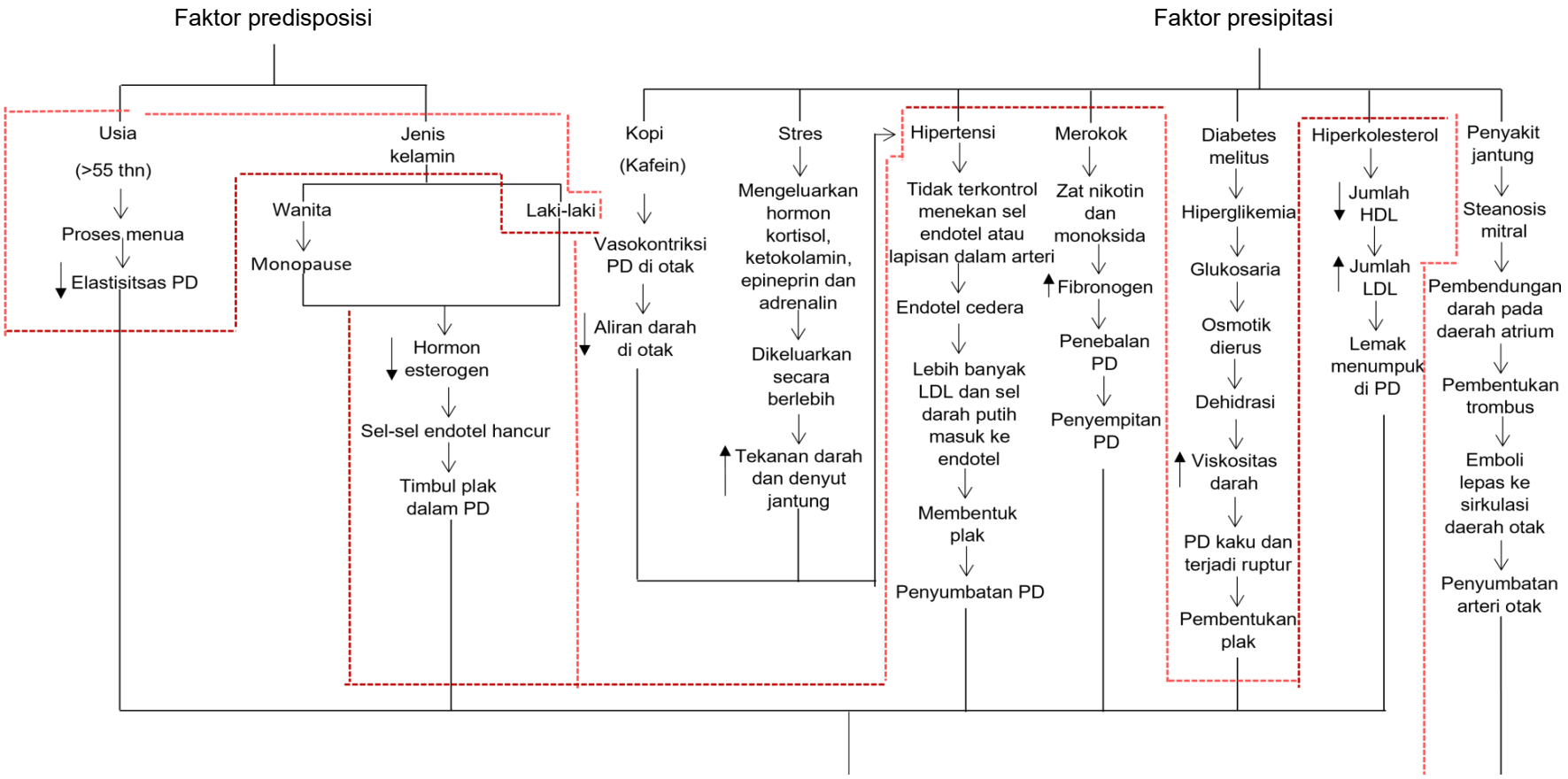
1) Rujuk pada terapi okupasi,jika perlu

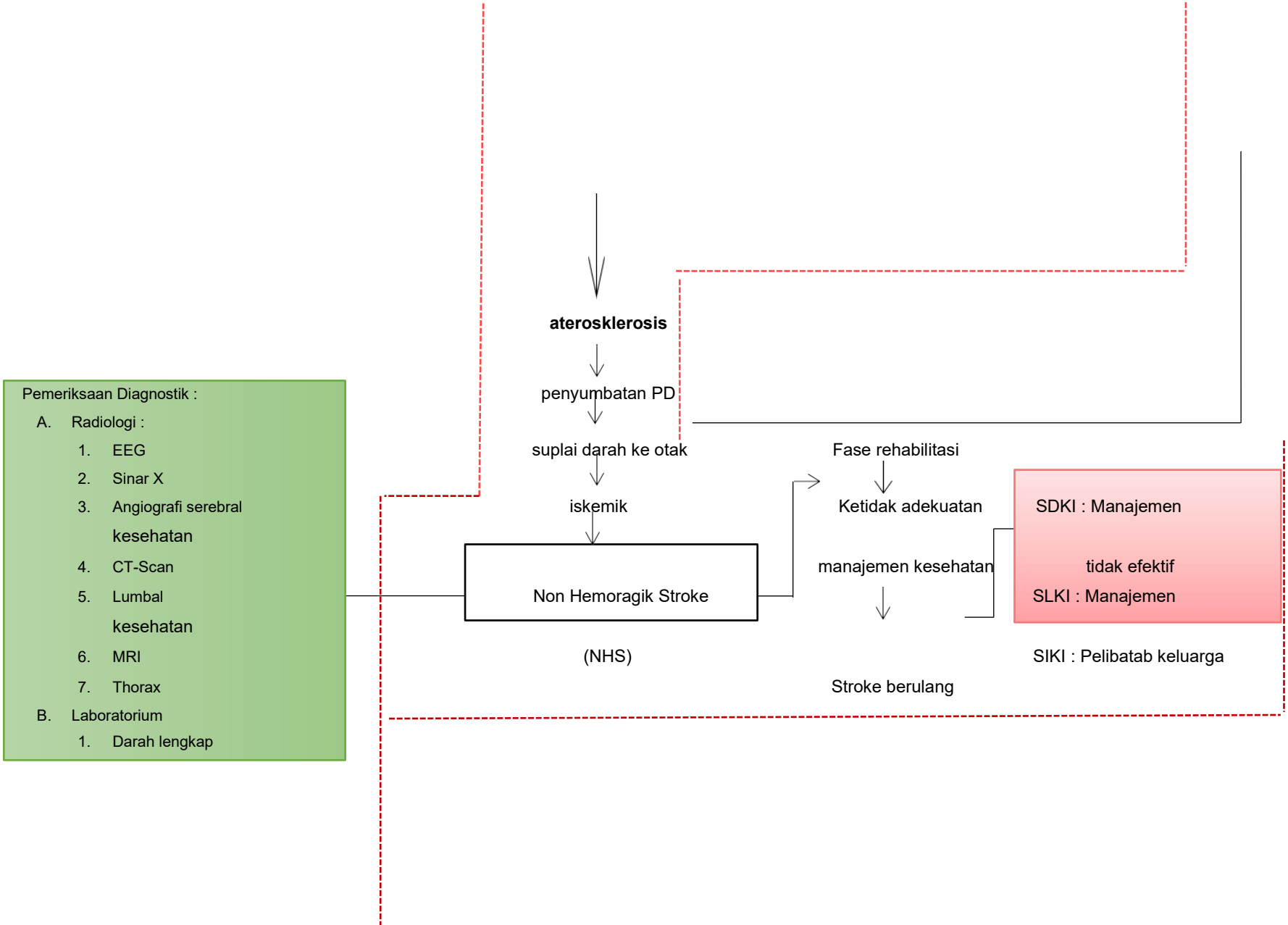
4. Perencanaan Pulang (*discharge planning*)

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

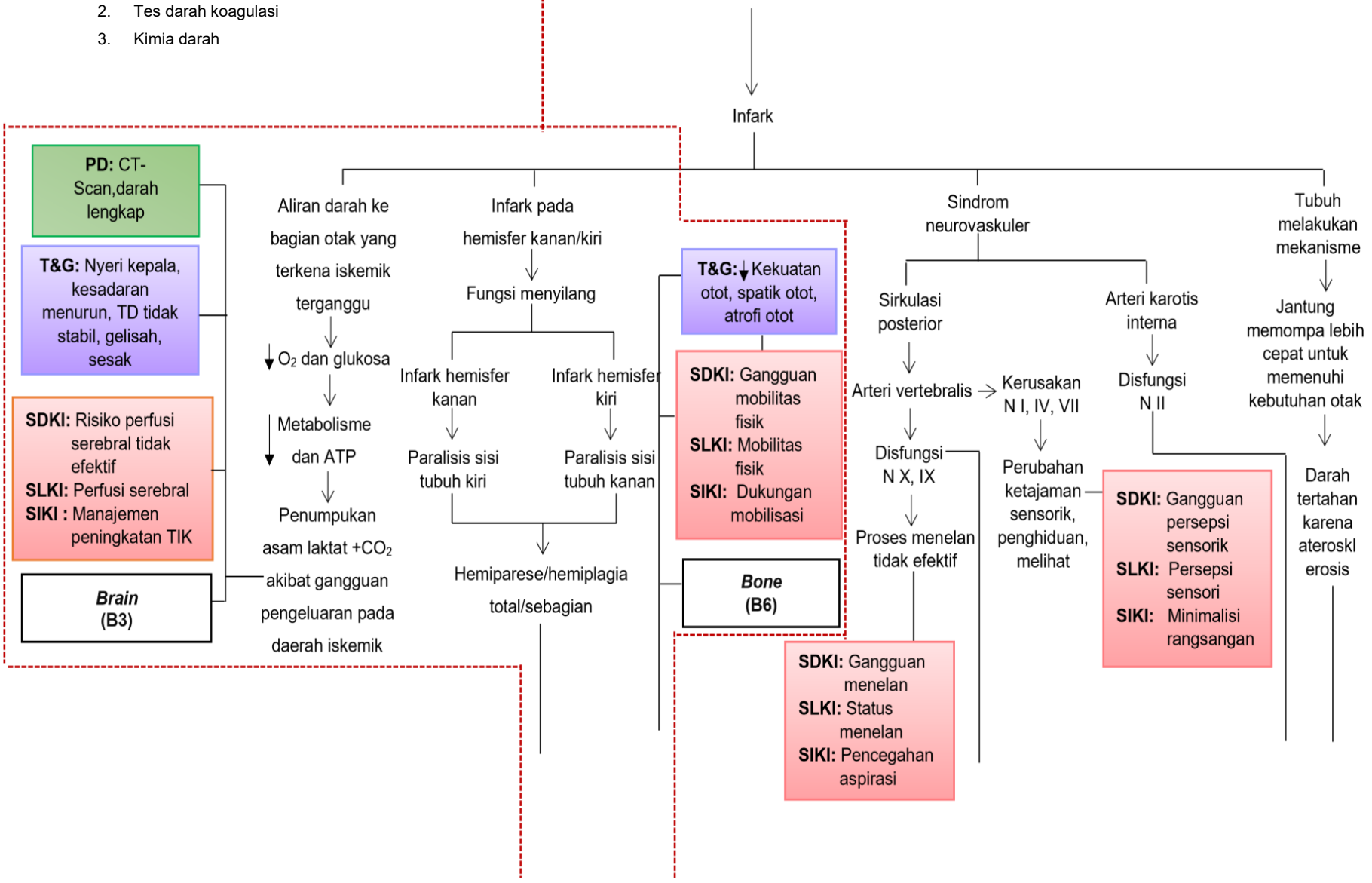
a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah secara teratur minimal sekali seminggu.
b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam.
c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
d. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
e. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat seperti diet rendah kalori.
f. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
g. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

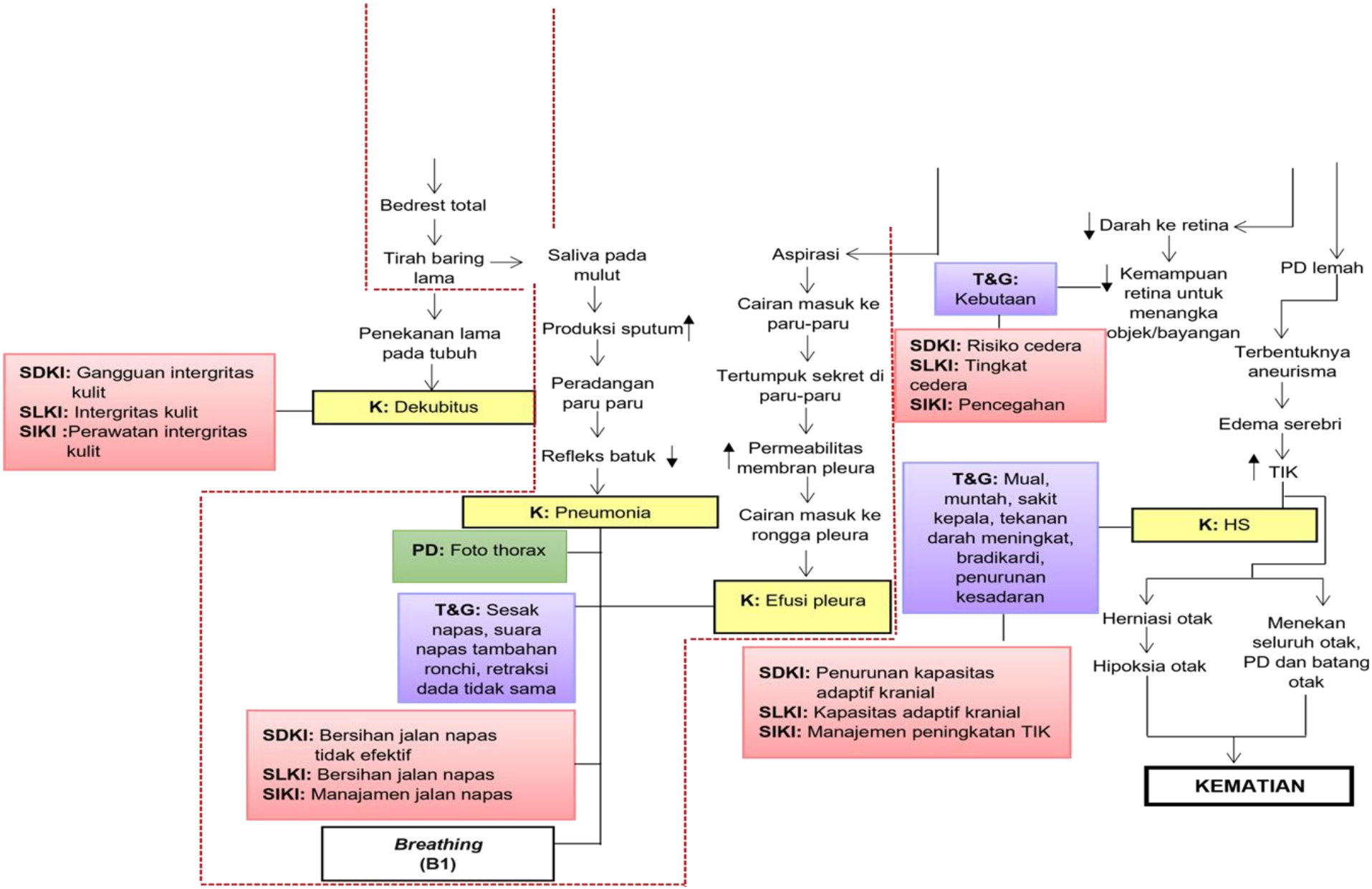
PATOFLOWDIAGRAM




aterosklerosis
penyumbatan PD
suplai darah ke otak
iskemik
Non Hemoragik Stroke
(NHS)
Pemeriksaan Diagnostik :
A. Radiologi :
1. EEG
2. Sinar X
3. Angiografi serebral
kesehatan
4. CT-Scan
5. Lumbal
kesehatan
6. MRI
7. Thorax
B. Laboratorium
1. Darah lengkap
Fase rehabilitasi
Ketidak adekuatan
manajemen kesehatan
Stroke berulang
SDKI : Manajemen
tidak efektif
SLKI : Manajemen
SIKI : Pelibatab keluarga

2. Tes darah koagulasi
3. Kimia darah




Bedrest total
Tirah baring lama
Penekanan lama pada tubuh
K: Dekubitus
SDKI: Gangguan intergritas kulit
SLKI: Intergritas kulit
SIKI :Perawatan intergritas kulit
Saliva pada mulut
Produksi sputum
Peradangan paru paru
Refleks batuk
K: Pneumonia
PD: Foto thorax
T&G: Sesak napas, suara napas tambahan ronchi, retraksi dada tidak sama
SDKI: Bersihan jalan napas tidak efektif
SLKI: Bersihan jalan napas
SIKI: Manajamen jalan napas
Breathing (B1)
Aspirasi
Cairan masuk ke paru-paru
Tertumpuk sekret di paru-paru
Permeabilitas membran pleura
Cairan masuk ke rongga pleura
K: Efusi pleura
T&G: Kebutaan
SDKI: Risiko cedera
SLKI: Tingkat cedera
SIKI: Pencegahan
SDKI: Penurunan kapasitas adaptif kranial
SLKI: Kapasitas adaptif kranial
SIKI: Manajemen peningkatan TIK
Darah ke retina
Kemampuan retina untuk menangka objek/bayangan
PD lemah
Terbentuknya aneurisma
Edema serebri
TIK
T&G: Mual, muntah, sakit kepala, tekanan darah meningkat, bradikardi, penurunan kesadaran
K: HS
Herniasi otak
Hipoksia otak
Menekan seluruh otak, PD dan batang otak
KEMATIAN

BAB III
PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan initial Tn. A/ umur 55 tahun pekerjaan kuli bangunan. Masuk dengan diagnosa medis Non Hemoragic Stroke. Pasien masuk IGD diantar keluarga pada tanggal 17 Mei 2025 dengan keluhan lemah tubuh bagian kanan, tidak bisa berbicara, sulit berbicara, mulut miring disertai nyeri leher bagian belakang sejak dua hari yang lalu. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Dan mengonsumsi obat amlodipine 10mg tetapi pasien tidak rutin mengonsumsi obatnya. Keluarga mengatakan bahwa pasien jarang mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan,dan suka makan jeroan dan minum kopi lebih dari 1 gelas per hari pasien juga seorang perokok aktif. Sebelum mengalami stroke, pasien sempat makan daging sapi di acara keluarga, kemudian setelah makan malam pasien istirahat dan beberapa saat kemudian pasien tiba-tiba tidak bisa berbicara, mendengar, dan tidak bisa bergerak. Keluarga mengatakan saat itu tidak langsung diantar ke rumah sakit tetapi menunggu hingga besok pagi dan dalam perjalanan ke rumah sakit pasien mengalami penurunan kesadaran.

Pada saat tiba di rumah sakit dilakukan tindakan awal di IGD kemudian pasien dipindahkan ke ICU. Saat pengkajian didapatkan kesadaran sopor dengan GCS (M2, V2, E2). Tampak kaku pada ekstermitas kanan, tampak mulut miring, tampak pasien tidak bicara, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit, TTV didapatkan, TD : 160/90, N : 99%. Hasil CT-Scan Kepala : Infark Luas Cerebri Kiri.

1. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Leonerelia Agnes Mantiri
Leony Juni Nauwe
Tanggal : 17 Mei 2025
Nama Pasien/Usia : Tn. A/55 Tahun
Diagnosa Medis : Non Hemoragik Stroke (NHS)

a. Pengkajian Primer

Breath (B1)	Pergerakan dada	• **Tampak pergerakan dinding dada Simetris kiri dan kanan, tampak pergerakan dada cepat** • Tidak simetris
	Pemakaian alat bantu napas	• Ada • **Tidak ada**
	Palpasi	• **Vocal premitus : Tidak dikaji karena pasien terbaring lemah ditempat tidur** • Nyeri tekan • Krepitasi
	Perkusi	• Redup • **Sonor** • Pekak
	Suara nafas	• **Vesikuler** • Wheezing • Ronchi
	Batuk	• Produktif • **Non produktif**
	Sputum	• Tidak ada
	Alat bantu napas	• Tidak ada • **Ada, jenis : Nasal Kanul 5 liter**
	Lain-lain	-

		• SPO2 : 99% • RR : 23x/menit • Nadi : 98x/menit
Blood (B2)	Suara jantung	Tunggal
	Irama jantung	• Irreguler • **Reguler**
	CRT	• **≤ 3 detik** • ≥ 3 detik
	JVP	• **Normal (5-2 CmH2O)** • Meningkat
	CPV	• Ada • **Tidak ada** • Nilai
	Edema	• Ada • **Tidak ada (tampak tidak ada edema)** • Lokasi
	EKG	Takikardi
	Lain-lain	Tanda-tanda Vital: TD : 160/90mmHg N : 98x/m P : 23x/m S : 36,8º c SPO2 : 99%
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	Kualitatif : Sopor Kuantitatif (GCS) M : 2 V : 2 E : 2
	Reaksi pupil • Kanan • Kiri	 • Isokor, diameter 3mm • Isokor, diameter 2mm

	Refleks patologis • Babinski	• Kiri : Negatif • Kanan : Positif
	Lain-lain	Hasil CT-Scan Kesan : Infark luas cerebri kiri
Bladder (B4)	Kateter	Ada, hari ke-3
	Urin	• Jumlah urin 300cc / 8 jam (14.00-21.00) • Warna: Kuning pekat
	Kesulitan BAK	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir kering
	Lidah	Tidak di kaji
	Keadaan gigi	Tidak di kaji
	Nyeri telan	Tidak dikaji
	Abdomen	Tidak teraba distensi abdomen
	Peristaltik usus	Normal, 15x/menit
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematemesis	Tidak ada
	Melena	Tidak ada
	Terpasang NGT	Ya, tampak pasien terpasang NGT
	Colostomy bag	Tidak terpasang
	Diare	Pasien tidak mengalami diare
	Konstipasi	Tidak mengalami konstipasi
	Asites	Tidak ada asites
	Lain-lain	Tidak ada
Bone (B6)	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Icterus	Tidak ada
	Akral	Teraba hangat
	Pergerakan sendi	Terbatas
	Fraktur	Tidak ada fraktur
	Luka	Tidak ada luka
	Lain-lain	Uji kekuatan otot

		Tangan Kiri Kanan 5 0 Kaki 5 0

b. Diagnosa Keperawatan

B-1 : Tidak ada

B-2 : Tidak ada

B-3 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi

B-4 : Tidak ada

B-5 : Tidak ada

B-6 : Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular

c. Pengkajian Sekunder

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, dan jarang memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan dan mengonsumsi obat amlodipine 10mg yang dibeli di apotek, tetapi pasien tidak rutin minum obat. Pasien hanya minum jika tekanan darah meningkat. Keluarga mengatakan pasien jarang berolahraga, riwayat merokok yang dapat menghabiskan 2 bungkus rokok per hari. Pasien juga menyukai makan jeroan dan ikan bakar, dan keluarga sering menghidangkan makanan dirumah yakni lauk pauk yang di goreng seperti ikan goreng, tempe dan tahu goreng.juga

yakni selalu lauk pauk yang digoreng seperti ikan goreng atau tempe/tahu goreng.

2) Riwayat penyakit saat ini
   a) Keluhan utama :
      Penurunan kesadaran
   b) Riwayat keluhan utama :
      Keluarga mengatakan sebelum diantar ke rumah sakit pasien merasa lemah pada tubuh bagian kanan, tidak dapat bicara, dan penurunan kesadaran. Sebelum mengalami stroke pasien sempat makan daging sapi di acara keluarga dan setelah makan malam pasien istirahan namun beberapa saat kemudian pasien tidak bisa berbicara, mendengar, tidak bisa menggerakan tubuh bagian kanan.

   c) Riwayat penyakit yang diderita :
      Keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu dan mengonsumsi amlodipin 10mg.
   d) Riwayat kesehatan keluarga :
      tidak ada
3) Pemeriksaan fisik
   a) Kebersihan rambut: tampak rambut bersih sedikit beruban dan kering
   b) Kulit kepala: tampak kulit kepala pasien tidak ada ketombe maupun lesi
   c) Kebersihan kulit: tampak bersih
   d) Hygine rongga mulut: tampak bibir pasien kering
   e) Keberihan genetalia: tampak bersih

f) Kebersihan anus: tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien memiliki pola makan yang teratur yakni 3x sehari dengan menu yang biasa dimasak oleh istrinya yakni nasi putih, sayur dan ikan atau tempe-tahu yang digoreng. Keluarga mengatakan makanan favorit pasien adalah jeroan dan ikan bakar,minum kopi lebih dari 1 gelas per hari. Keluarga pasien mengatakan pasien dalam sehari minum air putih biasa 4-5 gelas per hari. Keluarga mengatakan tidak ada suplemen atau vitamin yang di konsumsi oleh pasien.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengtakan pasien dianjurkan untuk diet tinggi garam dan lemak. Pasien di beri bubur saring 3x sehari dengan porsi 600cc untuk bubur saring dan 150cc air putih untuk sekali makan.

a) Observasi:

Tampak pasien menggunakan NGT, tampak semua bubur saring pasien dihabiskan, dan pasien minum 150cc air dalam satu hari

b) Pemeriksaan fisik

1) Kebersihan rambut : tampak rambut pasien bersih, sedikit beruban, kering, tidak berketombe dan lesi
2) Hidrasi kulit: tampak kulit terhidrasi
3) Conjungtiva : tampak tidak anemis

4) Sclera : tampak tidak ikterik
5) Palpebra : tampak tidak ada edema
6) Hidung : tampak septum berada di tengah, tampak tidak ada secret atau lesi maupun pendarahan pada hidung, tampak pertumbuhan bulu hidung
7) Rongga mulut : tampak bibir pasien kering dan mulut pasien agak berbau
8) Gigi : tampak gigi pasien sedikit berwarna kuning, tampak tidak ada karang gigi, tampak tidak ada gigi palsu yang digunakan oleh pasien.
9) Kemampuan mengunyah keras : kemampuan mengunyah keras pasien masih baik
10) Lidah : tidak dikaji
11) Pharing : tampak tidak ada peradangan
12) Kelenjar getah bening : tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening
13) Kelenjar parotis : tidak ada pembesaran
14) Abdomen
    a) Inspeksi : tampak perut pasien membuncit, tidak tampak adanya bayangan vena
    b) Auskultasi : terdengar peristaltik usus 21 x/menit
    c) Palpasi : tidak teraba adanya nyeri tekan
    d) Perkusi : terdengar bunyi tympani
15) Kulit
    a) Ikterik [ ] positif [√] Negatif
    b) Edema [ ] positif [√] Negatif

c) Tanda-tanda radang : tidak tampak adanya tanda peradangan

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan setelah sakit

Pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi cair, berwarna coklat. BAK ±950cc/24jam dan melalu kateter.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang kateter dengan produksi urine ±950cc/24jam dengan berwarna kuning pekat.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien sehari-hari melakukan aktivitasnya sebagai kuli bangunan. Keluarga pasien mengtakan pasien sering merasa sesak jika terlalu banyak aktivitas di lakukan.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa lemah dan sulit untuk bergerak pasien juga tampak sesak sehingga tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dan aktivitasnya sekarang tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dan aktivitasnya sekarang dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi :

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

a) Aktivitas harian
   - Makan : 3
   - Mandi : 3
   - Pakaian : 3
   - Kerapihan : 3
   - Buang air besar : 3
   - Buang air kecil : 3
   - Mobilisasi ditempat tidur : 3

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

b) Postur tubuh : Tidak dikaji (pasien dalam keadaan berbaring di tempat tidur)
c) Gaya jalan : Tidak dikaji
d) Anggota gerak yang cacat : Tampak pasien hemiparese dextra
e) Fiksasi : Tidak tampak adanya fiksasi
f) Tracheostomi : Tampak tidak terpasang tracheostomi

4) Pemeriksaan Fisik

a) Tekanan darah

   Berbaring : 160/90 mmHg
   Duduk : -
   Berdiri : -

b) HR: 113x/mnt
c) Kulit

   Keringat dingin: Tidak teraba keringat
   Basah: Tampak kulit pasien kering

d) JVP: 5- 2cmH2o

Kesimpulan: perfusi jantung memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler : CRT < 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi

Bentuk thorax: Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi intercostal : Tidak ada

Sianosis: Tidak sianosis

Stridor: Tidak terdengar

(2) Palpasi :

Vocal Premitus: teraba getaran paru kanan dan kiri sama

(3) Krepitasi: Tidak teraba

(4) Perkusi : sonor

(5) Auskultasi

Suara napas: Terdengar vesicular

Suara ucapan: Terdengar normal

Suara tambahan: Tidak ada

g) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot: negatif

(2) Rentang gerak: terbatas pada tugkai kanan dan tangan kanan karena kelemahan otot

(3) Uji kekuatan otot

Tangan

Kiri	Kanan
5	0
5	0

Kaki

Keterangan:

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tapi sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kekuatan otot, tidak mampu

h) Refleks fisiologis:

Bisep: kanan negatif, kiri positif

Trisep: kanan negatif, kiri positif

Patella: kanan negatif,kiri positif

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan waktu tidur malam pasien 7-8 jam dan tidur siang 2-3 jam. Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengonsumsi obat tidur. Sebelum tidur pasien nonton TV dengan keluarga dan pasien senang jika tidur dengan suasana gelap.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien hanya terbaring ditempat tidur karena mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

g. Pola Persepsi dan Konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien merasa bangga dengan dirinya. Pasien adalah pribadi yang bekerja kerasa sebagai kepala keluarga.

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji karena mengalami penurunan kesadaran

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien didampingi anaknya, dijenguk oleh keluarga dan kerabat lainnya.

i. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan jika pasien mengalami masalah langsung menceritakannya kepada istrinya dan akan di diskusikan bersama keluarga.

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji karena pasien menglami penurunan kesadaran.

j. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Tidak dikaji

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

Tampak keluarga membaca doa untuk pasien

b. Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium 18 Mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Referensi	Flag	Pending
Kimia Darah					
Spgt	27	-	< 41	N	No
Kolestrol LDL	**2141**	-	< 115	**H**	No
Creatinin	1.21	-	< 1.4	N	No
Gfr	71	-			No

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Referensi	Flag	Pending

HEMATOLOGI					
WBC	**11.16**	-	**4.8-10.8**	**H**	No
RBC	4.83	-	4.7-6.1	N	No
HGB	14.6	-	14-18	N	No
HCT	40.4	-	42-52	N	No
MCV	83.6	-	80-94	N	No
MCH	30.2	-	27-31	N	No
MCHC	**36.1**	**-**	**33-37**	**H**	No
PLT	226	-	150-450	N	No
RDW-CV	12.0	-	11.5-14.5	N	No
MPV	9.1	-	7.2-11.1	N	No
PDW	9.0	-	9-13	N	No

2. CT-Scan Kepala 17 Mei 2025
   - Infark luas cerebri kiri
3. EKG : Sinus takikard

c. Uji Saraf Kranial

1. N I (Olfaktorius)
   Tidak dikaji
2. N II (Optikus)
   Tidak dikaji
3. N III, IV,VI (Okulomotorius,Trochearis, Abduscens)
   Tampak pupil isokor dan refleks cahaya (+)
4. N V (Trigeminus)
   Tidak dikaji
5. N VII (Fascialis)

Tidak dikaji

6. N VIII (Vestibulo Acusticus)
   Tidak dikaji
7. N IX, X (Glosopharyngeus & Vagus)
   Tidak dikaji
8. N XI (Accesorius)
   Pasien tidak dapat mengangkat bahu kanan
9. N XII (Hypoglossus)
   Pasien tidak dapat menjulurkan lidah

2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: a. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu b. Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan seorang perokok aktif, dalam sehari pasien dapat menghabiskan 2 bungkus rokok	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif

	c. Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan jeroan DO: a. Tanda-Tanda Vital: TD : 160/90mmHg N : 98x/m P : 23x/m S : 36,8º c SPO2 : 99% b. Tampak tingkat kesadaran c. GCS (E2, V2, M2) : sopor d. Reaksi pupil isokor (3MM) e. CT- Scan : Infark luas cerebri		
2	DS : a. Keluarga mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh sebelah kanan DO : a. Uji kekuatan otot Kiri kanan tangan 5 0 5 0 Kaki - Makan : 3	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik

	- Mandi : 3 - Pakaian : 3 - Kerapihan : 3 - Buang air besar : 3 - Buang air kecil : 3 - Mobilisasi ditempat tidur : 3 b. Tampak lemah c. Tampak ekstermitas kanan atas dan bawah tidak dapat digerakkan		
3	DS : a. Keluarga mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur b. Keluarga mengatakan tidak bisa menggantikan pempres pasien di tempat tidur DO : a. Tampak kebutuhan makan dan mandi pasien di bantu oleh perawat dan keluarga	Gangguan Neuromuskuler	Defisit Perawatan diri

B. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi
2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular
3. Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskular

C. Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat 2. Tekanan intrakranial cukup menurun 3. Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik	Manajemen peningkatan TIK (I.06194) Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor status pernapasan Terapeutik : 1. Berikan posisi (*head up* 30º) Edukasi : 1. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Kolaborasi : 1. Pemberian diuretik osmosis

2.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstermitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat 3. Rentang gerak (ROM) cukup meningkat 4. Kaku sendi menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun	Perawatan tirah baring Observasi : 1. Monitor komplikasi tirah baring (mis. kehilangan massa otot, sakit punggung, konstipasi stress, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, infaksi saluran kemih, sulit buang air kecil, pneumonia) Terapeutik : 1. Berikan layihan gerak aktif atau pasif 2. Pertahankan kebersihan pasien 3. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring
		1. Kemampuan makan sedang	Dukungan perawatan diri Observasi :

		2. Mempertahankan membersikan diri cukup meningkat	1. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian dan makan Terapeutik: 1. Siapkan keperluan pribadi 2. Sediakan lingkungan yang terapeutik Edukasi : Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

D. Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal	Jam	DP	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Senin, 19 Mei 2025	19.00	I	Mengkaji keadaan umum dan keluhan pasien Hasil : keadaan umum tampak lemah, kesadaran sopor. Apasia , lemah badan sebelah kanan, sakit kepala, tidak bisa menggerakan tangan kanan dan kaki kanan, terpasang infus dan kateter.	Leony
	19.15	I	Memberikan posisi Head Up 30º Evaluasi : setelah di lakukan posisi Head Up 30º selama 15 menit di dapatkan hasil tanda-tanda vital TD : 160/90mmHg N : 98x/m P : 23x/m SPO2 : 98% Hasil : Tampak kepala pasien di tinggikan 30º	Leonerelia
	20.00	I	Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 160/90mmHg N : 98x/m P : 23x/m S : 38,8º c SPO2 : 98%	Leony
	20.10	I	Memberikan oksigen via nasal kanul	

			Hasil : tampak terpasang nasal kanul 5liter dengan Spo2: 98%	Leonerelia
	20.20	II	Menilai tingkat kesadaran Hasil : GCS E2, V2, M2 (sopor) E2 : membuka mata dengan	
	20.30	II	rangsangan nyeri V2 : nggrenyem M2 : ekstensi lengan abduksi	Leony
			Menilai status pernapasan Hasil : memasang SPO2 : 98%	
		III		
	21.00		Melakukan obat : Mersibion 1 ampul/IV Citicolin 1 ampul/IV Omeprazole 1 flacon/IV Afarfastatin 20mg/oral	
	21.15	III	Amlodipine 5mg/oral Paracetamol 1gr /IV	Leonerelia
			Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : pasien tidak menggerakan ektermitas kanan`	
	21.25	III	Memonitor kemampuan menelan Hasil: Tampak pasien mengalami kesulitan menelan sehingga dipasang selang NGT - Mengidentifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan	Leony

			Hasil : keluarga psien mengatakan siap	
		III	terlibat dalam perawatan pasien	
	21.30		selama dirumah sakit	Leonerelia
			Informasikan tingkat ketergantungan pasien pada keluarga	
		II	Hasil : menjelaskan bahwa pasien dalam bantuan keluarga, alat dan perawat	
		III		Leonerelia
	14.15		Memberikan makanan	
			Hasil: via NGT, bubur saring 200cc, air	
		I	putih 50cc	
	14.20			
			Menciptakan hubungan terapeutik pasien dengan keluarga dalam perawatan	
	14.24		Hasil : membangun hubungan saling percaya	
		I		
	14.30		Memfasilitasi melakukan pergerakan	
			Hasil : ubah posisi pasien setiap 2jam	
			Mempertahankan kebersihan pasien	
			Hasil : mengganti popok	Leony
		II	Menilai status pernapasan	
	14.45		Hasil : SPO2 : 98%	
			Mengobservasi tanda-tanda vital	
		I	TD : 140/90mmHg	
	08.00		N : 98x/m	
			P : 23x/m	
			S : 36,8º c	

			SPO2 : 98%	
		III		Leony
	08.15		Menilai tingkat kesadaran : GCS E2 V2 M2	
			E2 : tidak membuka mata	
		II	V2 : mengerang	
	08.25		M2 : tidak ada gerakan	
			Memberikan posisi Head Up30º	Leonerelia
			Hasil : tampak kepala tempat tidur pasien ditinggikan 30º	
		II	Memfasilitas melakukan pergerakan	
Selasa 20 Mei 2025	08.45		Hasil : ubah posisi setiap 2jam	Leonerelia
		I	Memberikan obat	
	08.50		Hasil :	
			Marsibion 2mg/drips	
		II	Citicolin 4mg/iv	Leonerelia
	09.20		Omeprazole 5mg/iv	
			Amlodipine 5mg/ iv	
			Memberikan makan	
			Hasil : bubur saring 200cc, air 50cc	Leonerelia
			Memonitor komplikasi tirah baring	
			Hasil : tampak tidak ada luka dekubitus	
	09.45	I		Leony
			Mengidentifikasi toleransi fisik	
			Hasil :	
			Uji kekuatan otot	
			Kiri | Kanan	
			5 | 0	
			5 | 0	
			- Tidak ada kekuatan otot	

		III	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	
	12.20		Hasil :	Leony
			Mengukur tanda-tanda vital	
	12.40	I	TD : 140/80mmHg	
			N : 97x/menit	
	12.50		P : 22x/menit	
			S : 36ºc	Leony
			GCS 6 (Sopor)	
			Reaksi pupil : isokor	
		I	Memberikan posisi semi fowler	
Rabu, 21 Mei 2025	13.00		Memonitor tanda dan gejala TIK	
			Hasil :	
		III	Mengukur tanda-tanda vital	Leony
	13.25		TD : 130/70	
			N : 98	
			P : 23	
			S : 36	
			SPO2 : 98	
			Menilai tingkat kesadaran GCS	
		I	E2, V2, M2 (sopor)	
			Reaksi pupil isokor	Leony
			Menjaga kebersihan pasien	
		I	Hasil : Memandikan pasien	Leony
	13.30			
			Memberikan obat	
			Hasil :	
		III	Clopidogrel 75mg/1x1/oral	Leony
			Mersibion 2mg/drips/iv	
			Omeprazole 5mg/iv	
		I	Amlodipine oral 5mg/iv	

	13.45		Mengatur posisi Head Up 30º	
		I	Evaluasi : setelah di lakukan posisi Head Up 30º selama 15 menit di dapatkan hasil tanda-tanda vital	Leony
			TD : 140/90mmHg	
			N : 98x/m	
			P : 23x/m	Leony
			SPO2 : 98%	
			Hasil : Tampak kepala pasien di tinggikan 30º	
			Hasil : tampak kepala pasien posisi 30º, dan Mika-Miki	
		III		
	14.00		Memberian makanan	Leony
			Hasil : bubur saring 200cc, air putih 50cc	
	14.15		Memberian oksigen	
		I	Hasil : tampak terpasang nasal kanul 5 liter	
	14.25		Memonitor tanda/gejala pengkatan TIK	
			Hasil :	
			Mengukur tanda-tanda vital	
			TD : 140/90	
			N : 97	Leony
			P : 24	
			S : 36,6	
			SPO2 : 99	
			Menilai tingkat kesadaran GCS E3 V4 M5 (somnolen)	

	14. 45		Menjaga kebersihan pasien Hasil : mengganti popok pasien	
	14.55		Mengatur posisi semi fowler Hasil : tampak kepala pasien dalam posisi 30º	
	15.00		Memberikan obat Hasil : Clopidogrel 75mg/1x1/oral Mersibion 2mg/drips/iv Omeprazole 5mg/iv Amlodipine 5mg/oral	
	15.20		Memberikan makanan Hasil : bubur saring 200cc, air putih 50cc melalui NGT	
	15.30		Memfasilitas melakukan pergerakan Hasil : ubah posisi setiap 2 jam	
	15.45		Memonitor komplikasi tirah baring Hasil : tampak tidak ada luka dekubitus	
	15.55		Memberikan oksigen Hasil : tampak terpasang nasal kanul 5liter	

E. Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Perawat
Senin 19 Mei 2025	DP 1 Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi S : - Keluarga pasien mengatakan pasien belum sadar dengan baik O : - Tekanan darah meningkat - Takikardi - Hasil TTV TD : 160/90mmHg N : 98x/m P : 23x/m S : 36,8º c SPO2 : 98% - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran GCS : E2 V2 M2 (sopor) - Refleks pupil : isokor A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efekti belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Leonerelia

	DP 2 Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular S : - Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakan ekstermitas kanannya O : - Tampak pasien belum mampu menggerakan ekstermitas kanan - Uji kekuatan otot Kiri | Kanan 5 | 0 5 | 0 - Tampak pasien terbaring lemah A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DP 3 Defisit Perawatan diri b/d gangguan neuromuskular S : - Keluarga mengetakan tidak mengetahui cara memendikan pasien di tempat tidur O : - Tampak Kebutuhan mandi, makan dan berpakian dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak kulit pasien bersih, kering dan bersisik - Tampak pasien terbaring lemah A: Masalah defesit perawatan diri belum teratasi P: Lanjut intervensi	

Selasa 20 Mei 2025	DP1 Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi S : - O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS - Kualitatif : Sopor - Kuantitatif : 6 (E2 V2 M2) - Tampak pasien terbaring lemah - Hasil TTV TD : 180/70 N : 120x/m S : 36,8º c P :23x/m SPO2 : 98% - Refleks pupil : isokor A : Masalah risiko perfusi tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DP2 Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular S - Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa menggerakan ekstermitas kanan O: - Uji kekuatan otot Kiri | Kanan 5 | 0 5 | 0 - Tampak pasien belum mampu menggerakan ekstermitas kanan	Leony

	- Rentang gerak pasif (ekstermitas kanan kaki dan tangan) - Tampak tidak ada kekuatan otot pada ekstermitas kanan - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak kaku sendi pada ekstermitas kanan A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DP 3 Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskular S : - Keluarga mengatakan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat O : - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien diberikan bantuan makan/minum melalui NGT - Tampak semua kebutuhan (makan, mandi,dan berpakian) pasien di bantu oleh perawat dan keluarga A : Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
Rabu 21 Mei 2025	DP 1 Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi S : - O : - Tekanan darah belum stabil Hasil tanda-tanda vital:	Leony

	TD : 180/90mmHg N : 97 P : 24 S : 36,6º c - SPO2 : 98% - GCS 11 (Somlolen) - Refleks pupil : isokor A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DP 2 Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular S : - Keluarga mengatakan pasien tidak dapat menggerakan ekstermitas kanan O : - Tampak pasien terbaring lemah - Uji kekuatan otot Kiri | Kanan 5 | 0 5 | 0 - Tampak tidak ada kekuatan otot pada ekstermitas kanan - Tampak gerakan terbatas pada ekstermitas kanan - Rentang pasif pada ekstermitas kanan A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjut intervensi	

	DP3 Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskular S : - Keluarga mengatakan kebutuhan makan, mandi dan berpakian pasien di bantu oleh keluarga dan perawat - Keluarga mengatakan tidak mengetahui cara memandikan dan mengganti pempres pasien di tempat tidur O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS E3 V4 M5 (somnolen) - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak semua kebutuhan pasien di bantu oleh perawat dan keluarga A : Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	

H. DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Citicoline
   a. Klasifikasi/Golongan obat : Neurotonik
   b. Dosis Umum : 250mg/12jam
   c. Dosis untuk pasien :1amp/8jam
   d. Cara pemberian obat : Injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Mengatasi kerusakan pada jaringan otak akibat penyakit atau trauma
   f. Alasan pemberian obat pada pasien : Karena pasien mengalami kerusakan fungsi otak
   g. Kontraindikasi :Penderita yang hipertensiv pada citicoline dan komponen obat ini
   h. Efek Samping : Insomia, sakit kepala, tekanan darah tinggi dan rendah, penglihatan terganggu, sakit pada bagian dada

2. Mersibion
   a. Klasifikasi/Golongan Obat : Vitamin B1
   b. Dosis Umum : 3ml/24jam
   c. Dosis untuk pasien : 3ml/12jam
   d. Cara pemberian obat : Drips/IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :Obat ini bekerja menormalkan pembentukan sel darah merah dan jaringan
   f. Alasan pemberian obat pada pasien :Masalah pada saraf, defisiensi vitamin B, serta masa pemulihan
   g. Kontraindikasi : Hindari pemberian Mersibion pada pasien yang hipersensitif terhadap vitamin B
   h. Efek Samping : Mati rasa, Kesemutan dan Masalah pada indera peraba

3. Amlodipine
    a. Klasifikasi/golongan : Antihipertensi
    b. Dosis umum : 5-10 mg per hari
    c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan 10 mg (0-0-1)
    d. Cara pemberian obat : oral (NGT)
    e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Amlodipine bekerja dengan cara membantu melemaskan otot pembuluh darah.Dengan begitu, pembuluh darah akan melebar, darah dapat mengalir dengan lebih lancar dan tekanan darah dapat menurun. Fungsi obat untuk menurunkan tekanan darah tinggi.
    f. Alasan pemberian obat kepada pasien : Karena tekanan darah pasien tidak stabil (meningkat).
    g. Kontra indikasi : Penggunaan pada pasien dengan hipersensivitas terhadap obat ini. Amlodipine juga sebaiknya tidak digunakan (kontra indikasi relatif) pada pasien dengan syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipotensi berat, gagal jantung dan gangguan hepar.
    h. Efek samping : Pusing, munculnya rasa melayang, kantuk atau sakit kepala, bengkak pada kaki, rasa hangat dan panas di wajah/leher/dada (flushing), sakit perut atau mual dan lelah yang tidak biasa.

4. Clopidogrel 75x1 / oral
    a. Klasifikasi/golongan obat: antiplatelet
    b. Dosis untuk pasien : 75 mg/ hari
    c. Cara pemberian obat : oral (NGT)
    d. 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.

e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : diberikan untuk menghambat pembentukan thrombus (penggumpalan darah yang tebentuk pada dinding pembuluh dara arteri dan vena).
f. Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap clopidogrel,pada pasien yang memiliki perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intracranial
g. Efek samping obat: peningkatan resiko perdarahan, munta darah, BAB darah, merasa sangat lelah.

5. Paracetamol
   a. Klasifikasi/golongan obat : analgesik dan antipiretik
   b. Dosis umum : 1000 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1000 mg
   d. Cara pemberian obat : intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : paracetamol adalah obat yang dapat digunakan untuk meringankan rasa sakit pada sakit kepala, sakit gigi, dan menurunkan demam. Paracetamol bekerja pada pusat pengatur suhu di hipotalamus untuk menurunkan suhu tubuh (antipiretik) serta menghambat sintesis prostaglandin sehingga dapat mengurangi nyeri ringan sampai sedang (analgetik).
   f. Alasan pemberian obat : untuk menurunkan demam
   g. Kontraindikasi :
   h. Efek samping : mual, sakit perut bagian atas, serta gatal-gatal.

BAB IV
PEMBAHASAAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Tn. A dengan diagnose medis Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruangan ICU/ICCU di Rumah Sakit Stella Maris -Makassar.

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dokumentasi, dan evaluasi pada pasien Non-Hemoragic Stroke (NHS).

1. Pengkajian

   Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data pengkajian diperoleh melalui wawancara ke keluarga pasien dan hasil observasi langsung oleh perawat, serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung. Dari pengkajian kasus didapatkan data Tn. A umur 55 tahun. Pasien masuk IGD kemudian pasien dipindahkan ke ICU dengan keluhan penurunan kesadaran dan hemiparese dextra, pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Mei 2025 dan pemeriksaan fisik didapatkan hasil TD: 160/90 mmHg, N: 98 x/menit, S: 36,8oC, P: 23 x/menit, SpO2: 99%, tampak pasien terpasang NGT, terpasang kateter, IVFD NaCl 0,9% 20 tpm, terpasang O2 nasal kanul 5 ltr/menit, kesadaran sopor, hemiparese dextra. Dan di dapatkan data pasien memiliki riwayat hepertensi

sejak 5 tahun yang lalu dan mengonsumsi obat amlodipine 10 mg namun tidak rutin, pasien juga memiliki kebiasan merokok.

Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan darah lengkap didapatkan: WBC: 11.16 4,8^10,8/uL, HCT: 40,4 %. Hasil CT-Scan: infark luas serebri kiri, hasil elektrokardiogram didapatkan hasil sinustakikardi.

Berdasarkan teori yang penulis dapatkan ada beberapa tanda gejala pada pasien stroke non hemoragik yaitu: lemah, tangan dan kaki terutama salah satu bagian tubuh, gangguan bicara, kehilangan kesadaran, nyeri kepala, penglihatan kabur/disfungsi persepsi visual (Ginting, 2020). Tanda dan gejala utama yang didapatkan pada pasien yaitu: penurunan kesadaran dengan GCS 6 (sopor), dan kelemahan badan sebelah kanan dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 0 dan ekstremitas kiri 5.

Penurunan kesadaran terjadi karena pasokan darah dan oksigen ke otak yang terkena iskemik terganggu sehingga darah, oksigen dan glukosa menjadi menurun dan menyebabkan penumpukan asam laktat dan CO2 akibat gangguan pengeluaran pada daerah iskemik yang tidak sampai ke otak (Pambudiasih, 2021).Sedangkan kelemahan badan sebelah kanan atau hemiparese dextra terjadi karena gangguan peredaran darah otak disebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Sebaliknya, gangguan pada otak sebelah kiri akan mengakibatkan kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Hal ini disebabkan karena adanya persilangan traktus kortikospinalis lateralis dari otak kiri menyilang ke bagian kanan medulla spinalis begitupun sebaliknya (Widyastuti & Dwitasari, 2017).

Faktor risiko terjadinya NHS yang terdapat pada Tn. A yaitu hipertensi. Hipertensi dapat menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah arteri, sehingga lumen dari pembuluh darah tersebut menyempit dan proses ini disebut aterosklerosis.

Penyempitan pembuluh darah ini akan menyebabkan aliran darah menjadi lambat bahkan tersumbat sehingga aliran darah pada pembuluh darah coroner yang fungsinya memberi oksigen ke jantung menjadi berkurang. Kurangnya oksigen akan menyebabkan otot jantung menjadi lemah, serangan jantung bahkan kematian mendadak (Elizabeth, 2018).

Kesenjangan yang didapatkan pada teori dan kasus, dimana pada kasus didapatkan pemberian O2 nasal kanul 5 liter/menit, sedangkan teori mengatakan bahwa pemberian nasal kanul dengan aliran 1 - 5 liter/menit dengan konsentrasi 24 – 44 %.Sedangkan sesak disebabkan oleh pembuluh darah di otak mengalami iskemik, kekurangan pasokan darah yang mengandung darah O2 dan nutrisi, hal tersebut yang menjadi salah satu pencetus terjadinyasesak (Lona, 2017 dalam Elizabeth, 2018).

Pada Tn A, didapatkan hasil pemeriksaan penunjang CT- Scan: infark luas serebri kiri, hasil elektrokardiogram didapatkan hasil: sinus takikardi,laboratorium WBC: 11.16 4,8^10,8/uL, HCT: 40,4 %.

Infark terjadi karena beberapa faktor seperti hipertensi, DM dan penyakit jantung, dimana penyakit tersebut menyebabkan aliran darah dan kadar gula yang meningkat sehingga aliran darah menjadi lambat yang memudahkan terbentuknya gumpalan atau penumpukan plak di pembuluh darah mudah rapuh dan pecah yang menyebabkan plak atau thrombus yang lepas (emboli) masuk ke aliran darah hingga ke arteri kecil di otak dan menyebabkan suplai darah dan O2 ke otak terganggu yang menyebabkan iskemik dan terjadi infark (Rahmawati et al., 2019)

Penyebab takikardi disebabkan oleh gangguan listrik di jantung yang mengontrol gerakan pompa pada bilik atau ventrikel jantung. Hal itu menyebabkan bilik berdenyut terlalu cepat dari biasanya,

sehingga darah yang dipompa keluar dari jantung jumlahnya menurun dan kebutuhan darah di seluruh bagian tubuh tidak dapat terpenuhi. Penyebab takikardia ventrikel tidak selalu dapat diidentifikasi, namun biasanya kondisi ini disebabkan oleh gangguan jantung yang memang sudah ada sebelumnya. Gangguan jantung yang dimaksud antara lain: Kardiomiopati atau penyakit otot jantung, Penyakit jantung koroner, Serangan jantung, Gagal jantung Miokarditis atau peradangan otot jantung, Cacat jantung bawaan.

Peningkatan WBC terjadi karena pada penderita diabetes melitus memiliki kandungan glukosa yang tinggi dalam urin yang merupakan media yang sangat baik sebagai tempat pertumbuhan bakteri khususnya proses pembelahan bakteri, karena glukosa mengandung banyak unsur karbon dan nitrogen, sehingga bakteri pada urin normal. Bakteri pada urin penderita diabetes melitus akan menimbulkan infeksi atau radang pada ginjal dan saluran kemih yang kemudian merangsang respon tubuh untuk pembentukan leukosit sehingga terjadi peningkatan jumlah leukosit pada urin penderita diabetes melitus.

Merokok dapat meningkatkan risiko stroke, Penyebab stroke pada perokok dapat dipicu oleh asap rokok yang mengandung lebih dari 7.000 bahan kimia beracun, bahan kimia ini akan mengubah dan merusak sel-sel diseluruh tubuh, perubahan yang disebabkan oleh bahan kimia ini meningkatkan risiko stroke pada perokok,adapun mekanisme perokok dapat menyebabkan stroke yaitu penurunan aliran darak keotak sehingga menyebabkan vasokontriksi yang memepercepat terjadinya trombus, merokok juga dapat menurunkan HDL dan merusak sel endotel yang menyebabkan ateroma.(Hasnah, Lestari, & Abdiana, 2020).

Faktor risiko yang dapat mempengaruhi kejadian stroke yaitu merokok yang dapat menyebabkan perdarahan intraserebral dengan merusak dinding arteri yang pecahnya pembuluh darah.

Riwayat hipertensi dapat merusak arteri keseluruh tubuh dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah dan mengakibatkan sumbatakan pada ateri diotak. Riwayat diabetes melitus karena pada penderita memiliki terlalu banyak glukosa dalam darah sedangkan sel-selnya tidak mendapatkan energi yang cukup, sehingga menyebabkan peningkatan lemak atau pembekuan darah dinding, gumpalan atau lemak ini dapat menyumbat pembuluh darah sehingga menyebabkan stroke. Diet yang tidak sehat mengkonsumsi makanan atau minuman yang manis dapat menyebabkan peningkatan resiko stroke (Utama & Nainggolan, 2022).

Perdarahan di pons adalah bentuk umum dari perdarahan intraserebral, dan biasanya disebabkan oleh hipertensi jangka panjang yang tidak terkontrol dengan baik, meskipun ada juga penyebab lain. Jika disebabkan oleh hipertensi kronis, stigmata ensefalopati hipertensi kronis sering muncul (pendarahan mikro serebral). Arteri basilar yang memanjang ke pons mengalami lipohialinosis akibat hipertensi yang tidak terkontrol dengan baik. Hal ini membuat dinding pembuluh darah rentan pecah. Pendarahan di pons membawa prognosis yang sangat buruk dimana gejala yang paling umum terjadi pada pasien adalah penurunan kesadaran

2. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian maka ditentukan 3 diagnosa keperawatan, dimana diagnosis ini memenuhi tanda mayaor 80%, yaitu :

a. Risiko perfusi serebral dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi.

Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu hipertensi atau tekanan darah 160/90 mmHg. Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk RS, pasien mengeluh sakit kepala berat, hasil CT-scan kepala: infark luas cerebri kiri.

Hal ini mendukung diagnosa keperawatan yang diangkat karena embolisme yang terjadi di pembuluh darah otak menyebabkan penurunan sirkulasi darah ke otak, akibatnya ada bagian sel-sel otak yang mengalami infark karena tidak mendapat sama sekali suplai oksigen. Sedangkan sel-sel otak yang iskemik (penumbra/daerah sekitar iskemik) suplai oksigennya berkurang, sehingga tujuan diagnosa ini diangkat untuk menyelamatkan sel-sel otak yang masih iskemik (area penumbra).

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.

Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu pasien tidak dapat menggerakkan sisi tubuh bagian kanan, kekuatan otot ekstremitas kanan menurun dengan skor 0 dan ekstremitas kiri skor 2.

Hal ini mendukung diagnosa keperawatan yang diangkat karena terjadinya infark di otak terutama di area motorik di korteks serebral yang merupakan pusat pengaturan motorik. Apabila terjadi gangguan aliran darah otak akibat sumbatan (tromboemboli) yang mengakibatkan area ini kekurangan suplai oksigen (iskemik) atau bahkan tidak mendapat sama sekali suplai oksigen hingga mengalami kematian jaringan (infark), sehingga dapat merusak jalur

motoric ini. Rusaknya jalur motorik ini menyebabkan pasien stroke mengalami disfungsi motorik hemiplegia (paralisis pada satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada salah satu sisi tubuh). Disfungsi motorik ini menyebabkan pasien stroke mengalami kemunduran fungsi mobilitas, keterbatasan kemampuan melakukan motoric halus dan kasar (S. H. Sari et al., 2015). Hal ini sejalan dengan hasil CT-Scan pada Ny.M yang menunjukkan adanya infark luas cerebri bilateral, lesi kiri lebih luas.

c. Defisit Perawatan Diri berhubungan Dengan gangguan neuromuskular Intervensi lainnya yaitu dukungan perawatan diri yang meliputi

   observasi:

   monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan, tindakan terapeutik:

   siapkan keperluan pribadi (mis: sikat gigi dan sabun mandi), dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, dan tindakan edukasi: anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Intervensi ini bertujuan untuk membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien atau *activity daily living* (ADL). Kelemahan motorik akibat penyakit stroke tersebut menyebabkan pasien mengalami *selfcare deficit* atau ketergantungan kepada orang lain dan membutuhkan bantuan keperawatan secara berkesinambungan. Pada umumnya penderita stroke akan menjadi bergantung pada bantuan orang lain dalam menjalankan aktifitas kehidupannya sehari-

hari seperti makan dan minum, mandi, berpakaian dan sebagainya.

Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari dan evaluasi yang ditemukan pada pasien setelah pelaksanaan implementasi selama 3 hari yaitu, masalah belum teratasi dimana pasien masih dibantu oleh perawat dalam pemenuhan aktifitas sehari- haridimana pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, dan rentang gerak (ROM) belum ada dan fisik masih lemah.

3. Intervensi Keperawatan
    a. Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN yaitu pemantauan tekanan intrakranial pada tindakan observasi dan teraupetik. Pada tindakan observasi penulis memonitor peningkatan tekanan darah, monitor penurunan frekuensi jantung, monitor ireguleritas irama napas, monitor penurunan tingkat kesadaran, monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil dan pada tindakan teraupetik, penulis memberikan posisi kepala head up 30º.
    b. Kemudian intervensi prioritas pada gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi dan teknik latihan penguatan sendi di mana perawat melakukan intervensi yang didasarkan pada pengetahuan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik adalah Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif.

4. Implementasi keperawatan
    a. Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN yaitu pemantauan tekanan intrakranial pada tindakan observasi dan terapeutik. Pada tindakan observasi penulis memonitor peningkatan

tekanan darah, monitor penurunan frekuensi jantung, monitor ireguleritas irama napas, monitor penurunan tingkat kesadaran, monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil dan pada tindakan terapeutik, penulis memberikan posisi kepala head up 30°.

b. Kemudian intervensi prioritas pada gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi dan teknik latihan Range Of Motion (ROM) Pasif.
c. Defisit perawatan diri (mandi, makan, pakaian, kerapihan, eliminasi, mobilisasi) berhubungan dengan kelemahan. Penulis mengangkat diagnosis ini dikarena didapatkan data- data dari pasien yaitu, keluarga mengatakan pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari, semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga, pasien tidak mampu berdiri dan duduk. Tampak pasien terbaring lemah, tampak semua aktivitas fisik pasien di bantu oleh perawat.

B. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

1. Pengertian tindakan
   a. Elevasi kepala (head up 30°) adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan mensejajarkan ekstremitas dengan badan (Wahidin, Ngabdi Supraptini, 2020)
   b. Latihan Range Of Motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Agusrianto, 2020).

2. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus asuhan keperawatan
    a. Posisi head up 30° dalam tindakan keperawatan bertujuan untuk mencegah terjadinya defisit perfusi serebral dan masalah yang mengancam jiwa dan untuk mempengaruhi venous return menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai fungsinya (Kiswanto & Chayati, 2021)
    b. Latihan ROM biasanya dilakukan pada pasien semi koma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total. Latihan ini bertujuan mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk Penerapan latihan ROM pasif dilakukan dua kali sehari pagi dan sore hari dengan waktu pemberian 15-20 menit untuk meningkatkan kekuatan otot.

C. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing

1. Judul EBN : Posisi elevasi kepala 30º
    1) Implementasi posisi Head Up 30º terhadap saturasi oksigen pasien non hemoragik
    2) Pengaruh posisi Head Up 30º terhadap saturasi oksigen pasien stroke hemoragik di ruang melati 2b Rsud Dr. Soekarjo kota Tasikmalaya
    3) Posisi Head Up 30º sebagai upaya untuk meninkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik.

4) Penerapan posisi head up 30 derajat untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke non hemoragik di IGD RSUD Karanganyar
5) Pemberian posisi head up 30° terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke di instalasi gawat darurat rumah sakit indriati.

2. Diagnosa keperawatan

   Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi (D.0017)

3. Luaran yang diharapkan (SLKI)
   a. Tingkat kesadaran cukup meningkat
   b. Tekanan intrakranial cukup menurun
   c. Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik
4. Intervensi keperawatan (SIKI)

   Observasi
   a. Monitor tanda/ gejala peningkatan TIK
   b. Monitor tingkat kesadaran (mis, menggunakan GCS)
   c. Identifikasi penyebab peningkatan TiK

   Terapeutik
   a. Berikan posisi (Head up 30°)

   Edukasi
   a. Informasikan hasil pemantuan, jika perlu

   Kolaborasi
   a. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis

1) PICOT EBN

	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III	Jurnal IV
Judul jurnal	Implementasi posisi Head Up 30◦ terhadap saturasi oksigen pasien non hemoragik	Pengaruh Posisi Head Up 30° Terhadap Saturasi Oksigen Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Melati 2b Rsud Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya	Posisi head up 30◦ sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik	Penerapan posisi head up 30 derajat untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke non hemoragik di IGD RSUD Karanganyar
P= Problem	Sampel terdiri dari 2 orang yang sedang di rawat di Ruang Saraf RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro	Sampel terdiri dari 16 orang yang dirawat di Ruang Melati 2b Rsud Dr. Soekardjo Kota Tasikamalaya	Sampel terdiri dari 30 orang di ruang ICU RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso	Sampel terdiri dari 1 orang di IGD RSUD Karanganyar.
I= Intervention	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah mengatur posisi kepala lebih tinggi yaitu 30◦ atau posisi head up 30◦	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pemberian posisi Head up 30◦	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah memposisikan head up 30◦	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah memposisikan head up 30◦
C= Comprasion	Dalam penelitian ini dilakukan untuk meningkatkan saturasi oksigen dan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral	Dalam penelitian ini dilakukan untuk meningkatkan kondisi hemodinamika dengan mempromosikan lebih banyak sirkulasi darah ke otak dan	Dalam penelitian ini dilakukan untuk memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral	Dalam penelitian ini dilakukan untuk meningkatkan aliran darah ke otak memaksimalkan oksigenasi jaringan

		mengoptimalkan pasokan oksigen ke jaringan otak.		serebral, dan mencegah terjadinya peningkatan TIK
O= Outcome	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa bahwa terdapat kenaikan kadar saturasi oksigen yang signifikan sebelum dan sesudah dilakukan head up 30 derajat pada pasien stroke	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa posisi kepala pada sudut 30° memiliki dampak signifikan pada pasien stroke non-hemoragik	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa ada pengaruh pada saturasi oksigen setelah dilakukan pemberian posisi head up 30◦	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa Pemberian head up 30 derajat dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke
T=Time	Tindakan ini dilakukan selama 3 hari dengan durasi waktu pemberian 30 menit	Tindakan ini dilakukan selama 30 menit	Tindakan ini dilakukan selama 30 menit	Tindakan ini dilakukan selama 30 menit

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada kasus TN. A dengan Non Hemoragik Stroke, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian

   Dari hasil yang didapatkan dari Tn. A faktor terjadinya NHS yaitu memiliki riwayat hipertensi 5 tahun lalu, DM dan penyakit jantung. Ditemukan infark serebri bilateral, lesi kiri lebih luas, didapatkan pula data pasien mengalami penurunan kesadaran GCS 6 dan hemiparese dextra dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 0 dan ekstremitas kiri 5
2. Diagnosis keperawatan yang diangkat penulis adalah:
   a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko hipertensi
   b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
   c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular
3. Intervensi keperawatan

   Dalam intervensi keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi: observasi, teraupetik, edukasi, kolaborasi. Intervensi untuk masalah risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu: pemantauan tekanan intrakranial dan gangguan mobilitas fisik yaitu: perawatan tirah baring. Sedangkan intervensi defisit perawatan diri yaitu:

dukungan perawatan diri Implementasi yang dilaksanakan pada Tn.A sesuai dengan intervensi yang ditetapkan dan menggunakan evidance based nursing (EBN) yaitu head up 30º.

4. Implementasi

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

5. Evaluasi

   Keperwatan Dari hasil evaluasi, kempat diagnosis keperawatan belum teratasi sepenunya sehingga intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan dan mahasiswa.

B. Saran

a. Bagi Instasi Rumah Sakit

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

b. Bagi Profesi Keperawatan

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

DAFTAR PUSTAKA

Avila, M. T., & Tuna, N. A. (2022). *Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien DenganNon Hemorhagic Stroke (Nhs) Di RuangIcu/Iccu Rumah Sakit Stella MarisMakassar*.

Azizah, A. N., & Arofiati, F. (2023). Pengaruh Pemberian Elevasi Kepala 30° Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, *14*(1), 81–89. https://doi.org/10.33859/dksm.v14i1.889

Beno, J., Silen, A. ., & Yanti, M. (2022). No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Braz Dent J.*, *33*(1), 1–12.

Biologi, J. P., Kelas, M., & Sma, X. I. (2023). *Biogenerasi*. *7*(2).

Desafitri, L., Irfal, & Justin, B. (2022). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Konsumen Di Kedai Kopi Uptown Brew, Greenlake City, Tangerang. *Jurnal Manajemen Dan Bisnis*, *4*(3), 402–408.

Ilham Darmawan, Indhit Tri Utami, A. T. P. (2024). Penerapan Range Of Motion (ROM) Exercise Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Cendikia Muda*, *4*, 246–254.

ismas. (2025). *10*.

Karangan, bernadethe priska, & Setyawati, T. (2022). Gambaran Pasien Stroke Di Rs Undata Periode Mei-Juni 2021. *Medica Tadulako : Jurnal Ilmiah Kedokteran Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan*, *7*(1), 55–61.

Keperawatan, A., Yang, P., Ketidakefektifan, M., Jaringan, P., Amnah, N., & Prihatini, F. (2023). Serebral dengan Stroke Non Hemoragik di RSAU dr. Esnawan Antariksa Nursing Care for Patients with Ineffective Cerebral Tissue Perfusion with Non-Hemorrhagic Stroke at RSAU dr. Esnawan Antariksa. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, *10*(37), 37–49. http://jurnal.stikesphi.ac.id/index.php/kesehatan

Muhammad Aldo Aditama, & Ummu Muntamah. (2024). Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Hemiparesis Dengan Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat*, *2*(1), 7–14. https://doi.org/10.35473/jkbs.v2i1.2444

No Title. (2023).

sahla delia azzahra, F. (2023). *LAPORAN KASUS : STROKE NON HEMORAGIK*. *7*(1), 573–580.

Sriwahyuni. (2020). Self Management Pasien Pasca Stroke Di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. *Indonesia Academia Health Sciences Journal*, *I*(2), 8–9. http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/IAHS/article/view/7905

Utama, Y. A., & Nainggolan, S. S. (2022). Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis. *Jurnal Ilmiah Universitas*

Batanghari Jambi, *22*(1), 549. https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Leonerelia Agnes Mantiri (NS2414901082)
2. Leony Juni Nauwe (NS2414901083)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Euis Dedeh Komariah, Ns., M.Kep

Judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Non Hemoragik Stroke Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Di Rumah Stella Maris Makassar"

Hari/tanggal	Materi Konsul	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa	
			I	II
23 Mei 2025	Melapor kasus			
27 Mei 2025	Konsul hasil pengkajian 1. Melengkapi data pengkajian 2. Memperhatikan pengangkatan diagnosa 3. Perbaiki implementasi			
4 Juni 2025	1. Konsul pengkajian 2. Tambahkan implementasi			
9 Juni 2025	Konsul BAB I dan II 1. Tambahkan data prevelesi pada bab I 2. Perbaiki patway			
11 Juni 2025	Perbaiki kalimat ilustrasi			

	kasus			
12 Juni 2025	1. Perbaiki BAB IV dan V 2. Perbaiki Pengetikan			
13 Juni 2025	1. Perbaiki BAB IV 2. Perbaiki Pengetikan			
17 Juni 2025	1. Perbaiki pengetikan 2. Koreksi intervensi keperawatan 3. ACC			

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Leonerelia Agnes Mantiri (NS2414901082)
2.Leony Juni Nauwe (NS2414901083)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Matilda Paseno, Ns,.M.Kes

Judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Sroke Non Hemoragik Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Hari/tanggal	Materi Konsul	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa	
			I	II
17 Juni 2025	1. Konsul BAB I, II, III, IV, dan V 2. Tambahkan data prevelesi pada BAB I 3. Perbaiki patway 4. Perbaiki Pengetikan			
18 Juni 2025	1. Perbaiki margin 2. perbaiki pengetikan			
19 Juni 2025	1. Koreksi daftar isi			
20 Juni 2025	1. Koreksi daftar isi 2. Perbaiki margin 3. Perbaiki nomor halaman 4. ACC			