KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON HEMORRHAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG SERUNI RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY JUSUF PUTERA MAKASSAR

OLEH:

ESTERLINA SAMBOPAILLIN (NS2414901053)

EVA RESKI. P (NS2414901007)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS MAKASSAR

2025

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON HEMORRHAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG SERUNI RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY JUSUF PUTERA MAKASSAR

OLEH:

ESTERLINA SAMBOPAILLIN (NS2414901053)

EVA RESKI. P (NS2414901007)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS MAKASSAR

2025

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Esterlina Sambopaillin (NS2014901053)
2. Eva Reski. P (NS2014901007)

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

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

Makassar, 9 Juni 2025

yang menyatakan,

Esterlina Sambopaillin

Eva Reski. P

Dipindai dengan CamScanner

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan Judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang Seruni RS Akademis Jaury Juruf Putera Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggujawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : 1. Esterlina Sambopaillin (NS2014901053)
2. Eva Reski. P (NS2014901007)

Disetujui oleh:

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D)	(Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep)
NIDN: 0913068201	NIDN: 0907049202

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar

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

Dipindai dengan CamScanner

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Esterlina Sambopaillin (NS2414901053)
2. Eva Reski. P (NS2414901007)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang Seruni Akademis Jaury Juruf Putera Makassar

Telah berhasil dipertahankan di depan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D ( )

Pembimbing 2 : Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep ( )

Penguji 1 : Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes ( )

Penguji 2 : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep ( )

Ditetapkan di:Makassar
Tanggal :11 Juni 2025

Mengetahui
Ketua STIK Stella Makassar

Siprianus Abdu, S.Si, S.Kep.,Ns, M.Kes
NIND: 0928027101

Dipindai dengan CamScanner

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : 1. Esterlina Sambopaillin (NS2414901053)

2. Eva Reski. P (NS2414901007)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 11 Juni 2025

Yang menyatakan

Esterlina Sambopaillin

Eva Reski. P

Dipindai dengan CamScanner

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang Seruni Rumah Sakit Akadamis Jaury Jusuf Putra Makassar".

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini penulis mendapat banyak dukungan, pengarahan dan bimbingan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si. ,Ns., M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar sekaligus sebagai pembimbing 1 yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
6. Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing 2 yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Teristimewa kepada kedua orang tua tercinta dari Esterlina Sambopaillin, Ayahanda Depparepo dan Ibunda Sa'bulangi serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Teristimewa kepada Ayahanda LT. Paliling dan Ibunda Ruth Sampebua, serta kepada suami tercinta Firdaus Sapan dan anak-anak tersayang dari Eva Reski. P, serta keluarga yang telah memberikan dukungan, doa serta motivasi selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Seluruh teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Ilmiah ini. Oleh karena itu penulis mohon kritik dan masukan yang membangun dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini. Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 11 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

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

BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan 3
1. Tujuan Umum 3
2. Tujuan Khusus 3
C. Manfaat Penulisan 3
1. Bagi Instansi Rumah Sakit 3
2. Bagi Profesi Keperawatan 4
3. Bagi Institusi Pendidikan 4
4. Bagi Penulis 4
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA
A. Konsep Dasar *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) 6
1. Definisi 6
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Etiologi 13
4. Klasifikasi 15
5. Patofisiologi 16
6. Patoflow Diagram 18
7. Manifestasi Klinik 22
8. Tes Diagnostik 22
9. Penatalaksanaan 23
10. Komplikasi 25
B. Konsep Dasar Keperawatan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) ... 26
1. Pengkajian 26
2. Diagnosis Keperawatan 28
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan 29
4. *Discharge planning* (perencanaan pulang) 32

BAB III PENGAMATAN KASUS
A. Ilustrasi Kasus 33
B. Pengkajian 34
C. IDENTIFIKASI MASALAH 68
D. DIAGNOSA KEPERAWATAN 68
E. RENCANA KEPERAWATAN 72
F. PELAKSANAAN KEPERAATAN 76
G. EVALUASI KEPERAWATAN 88

BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pembahasan Kasus 97
B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* 107

BAB V SIMPULAN DAN SARAN
A. SIMPULAN 114
B. SARAN 115

DAFTAR PUSTAKA
Lampiran

DAFTAR GAMBAR

2.1 Otak Besar.....7
2.2 Pembuluh Darah Kecil.....7

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Elevasi Kepala 30°

Lampiran 2 Lealfet Elevasi Kepala 30°

Lampiran 3 Permohonan Izin Data Prevalensi

Lampiran 4 Lembar Konsultasi

Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR TABEL

3. 1 Pengkajian Level Stroke..... 60

3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium (16 Mei 2025)..... 62

3. 3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium (17 Mei 2025)..... 63

3. 4 Analisa Data..... 73

3. 5 Diagnosa Keperawatan..... 76

3. 6 Intervensi Keperawatan..... 77

3. 7 Implementasi Keperawatan..... 82

3. 8 Evaluasi Keperawatan..... 102

4. 1 Picot EBN..... 128

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan masalah kesehatan yang utama dan banyak ditemukan di masyarakat. Stroke tidak hanya di Indonesia saja melainkan menjadi kasus yang serius yang dihadapi hampir di seluruh dunia. Stroke terjadi karena tersumbatnya aliran darah ke otak atau pecahanya pembuluh darah di otak, sehingga menyebabkan gangguan neurologis yang dapat menyebabkan kematian, kelumpuhan anggota gerak, kecacatan, gangguan bicara / bicara pelo, gangguan proses pikir atau daya ingat (Devi et al., 2024).

Menurut World Health Organization (2024), penderita stroke setiap tahunnya berjumlah 15 juta orang diseluruh dunia. Dari jumlah tersebut, 5 juta orang meninggal dan 5 juta orang lainnya mengalami kecacatan yang menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. American Stroke Association (2024), mengatakan stroke merupakan penyebab kematian nomor 5 di Amerika dan penyebab utama dari kecacatan, sekitar 10% dari 800.000 penderita stroke terjadi disetiap tahunnya.

Di Indonesia stroke menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian, yakni sebesar 11,2% dari total kecacatan dan 18,5% dari total kematian (KEMENKES, 2024). Menurut Survei Kesehatan Indonesia (2023), prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Stroke juga merupakan salah satu penyakit *katastropik* dengan pembiayaan tertinggi ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, yaitu mencapai 5,2 triliun pada 2023. Adapun prevalensi stroke di Sulawesi Selatan mencapai 7,9% dari 21.459 populasi. Dalam data tersebut usia paling banyak mengalami stroke yaitu diatas 75 tahun sebanyak 41,3% dari 15.882 populasi yang terhitung dalam survei

dengan jenis kelamin terbanyak laki-laki sebanyak 8,8% dengan jumlah populasi 321.060 sementara perempuan sebanyak 7,9% dengan total populasi 317.118 orang.

Berdasarkan angka kejadian kematian dan kecacatan akibat stroke dapat dicegah jika dilakukan perawatan yang intensif pada fase akut. Fase akut merupakan fase dimana stroke bisa memburuk meskipun sudah di bawa ke Rumah Sakit. Fase akut terjadi 2 minggu pertama pasca serangan stroke, pada fase ini pasien mendapatkan perawatan khusus di Rumah Sakit yang bertujuan untuk mempertahankan jalan napas dan ventilasi yang baik. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan dan penanganan yang komprehensif demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Penanganan tepat dari tenaga medis diharapkan dapat mengurangi resiko kematian dari kecacatan permanen (Rengil & Febrianti, 2024).

Menurut Rahayu & Mustikarani (2023), penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan penelitian. Gangguan suplai oksigen pada pasien stroke disebabkan oleh aliran darah yang tidak lancar, oleh karena itu dibutuhkan pemantauan penanganan yang akurat. Pemberian posisi head up 30º pada pasien stroke bertujuan untuk memaksimalkan *venous return* supaya aliran darah ke serebral menjadi lancar, metabolisme jaringan serebral meningkat dan oksigenasi jaringan otak terpenuhi. Pada posisi terlentang disertai dengan posisi 30º akan menunjukkan aliran darah balik dari bagian inferior menuju ke atrium kanan yang cukup baik. Hal ini dikarenakan resistensi pembuluh darah dan tekanan atrium kanan yang tidak terlalu tinggi, sehingga volume darah di otak dan oksigenasi jaringan serebral yang optimal pemberian posisi elevasi kepala 30º dapat membuat oksigen yang masuk ke paru-paru akan lebih maksimal, sehingga pasien dapat bernapas lebih lega dan akan mengurangi ketidaknyamanan yang dialami pasien.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir asuhan keperawatan dengan gangguan sistem saraf ”*Non Hemorrhagic Stroke*” di ruang Seruni RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar dengan harapan dapat menerapkan standar asuhan keperawatan sesuai standar dan berkualitas.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di ruang Seruni RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke*.
b. Merumuskan diagnosis keperawatan pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke*.
c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke*.
d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN).
e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke.*

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke.*

2. **Bagi Profesi Keperawatan**

   a. Memberikan informasi bagi perawat khususnya Ners dalam melakukan proses keperawatan pasien *Non Hemoragic Stroke.*

   b. Menambah pengetahuan perawat dalam menerapkan riset-riset keperawatan (EBN) untuk memberikan proses keperawatan yang lebih berkualitas terhadap pasien *Non Hemoragic Stroke* dalam hal ini adalah intervensi pemberian posisi *head up* 30°.

   c. Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam melakukan inovasi keperawatan untuk menjamin kualitas asuhan keperawatan yang baik dan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik pada perawatan pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS).

3. **Bagi Institusi Pendidikan**

   Sebagai sumber informasi atau bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).

4. **Bagi Penulis**

   Mampu melatih serta menambah wawasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam pembuatan karya ilmiah ini adalah deskriptif tipe studi kasus dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Data dan informasi yang mendukung penulisan dikumpulkan dengan metode observasi lapangan langsung, melakukan wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga pasien, penulis melakukan pengamatan secara langsung dan mencatatnya mengenai *Non Hemoragic Stroke*, melakukan penelusuran pustaka, pencarian sumber-sumber yang relevan dan pencarian data melalui internet.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah ini terdiri dari bab I sampai dengan bab V. Bab I membahas tentang pendahuluan berisi latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II membahas tentang tinjauan pustaka yang diuraikan menjadi 2 yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, *patoflow* diagram, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan medik dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, *discharge planning* (perencanaan pulang). Bab III berisi pengamatan kasus yang menguraikan tentang ilustrasi kasus, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV membahas tentang pembahasan kasus yaitu membahas kesenjangan teori dan kasus yang nyata ditemukan dilapangan serta penerapan *Evidence Based Nursing* (EBD) sesuai dengan keadaan pasien. Bab V, berisi tentang simpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS)

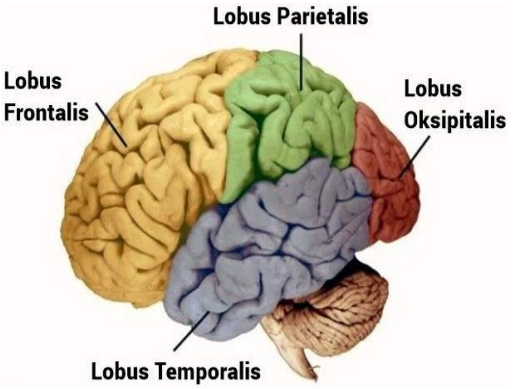
1. Definisi

Non Hemorrhagic Stroke adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau ke seluruhan berhenti. *Non Hemorrhagic Stroke* terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Kondisi ini disebut juga iskemia, *Non Hemorrhagic Stroke* dapat disebabkan oleh *thrombosis* dan *emboli* (Meze, 2023).

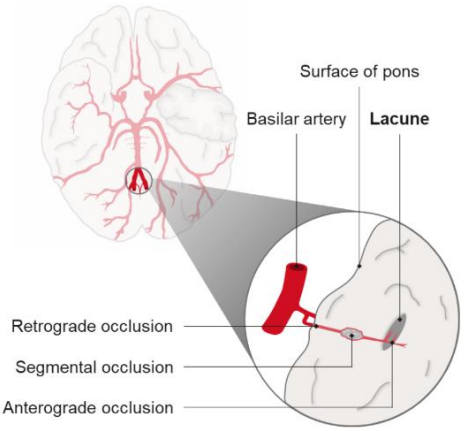
Non Hemorrhagic Stroke merupakan stroke yang disebabkan karena terjadinya penyumbatan pembuluh darah di otak oleh *thrombosis* atau *emboli* sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel dan jaringan di otak (Darmawan et al., 2023).

Non Hemorrhagic Stroke didefinisikan sebagai suatu penyakit akibat tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan karena penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah (*aterosklerosis*) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Fauziah et al., 2024).

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Otak Besar
(Tika & Festinawati, 2024)



Gambar 2.2 Pembuluh Darah Kecil
(Neurotorium, 2024)

a. Otak

Otak merupakan pusat kendali fungsi tubuh yang rumit dengan sekitar 100 milliar sel saraf, walaupun berat total otak hanya sekitar 2,5% dari berat tubuh, 70% oksigen dan nutrisi yang diperlukan tubuh ternyata digunakan oleh otak. Otak tidak mampu menyimpan nutrisi agar bisa berfungsi, otak tergantung dari pasokan darah, yang secara kontinyu membawa oksigen dan nutrisi menurut Souhoka & Palamba (2023). Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu:

1) Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensori (rasa) dan kontrol gerakan yang halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu:
   a) Lobus frontalis, adalah bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis. Berfungsi dalam kosentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di area *brocca* untuk kontrol motorik bicara.
   b) Lobus temporalis, terdapat di bawah lateral dari fisura serebralis dan didepan lobus oksipitalis. Berfungsi dalam integrase somatisasi, pendengaran dan pengelihatan.

c) Lobus parietalis, adalah daerah *korteks* yang terletak dibelakang sulkus sentralis, diatas fisura lateralis dan meluas kebelakang *fisura parieto-oksipitalis*. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.

d) Lobus oksipitalis, adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak disebelah posterior dari lobus parietalis dan diatas fisura-fisura parieto-oksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata (Souhoka & Palamba, 2023).

2) 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 oblongata. Organ ini banyak menerima serabut *aferen* sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi. Otak kecil terbagi atas:

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

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

   c) *Neoserebelum* (*pontaserebelum*), korteks serebelum menerima informasi tentang gerakan yang sedang dan yang akan dikerjakan dan mengatur gerakan sisi badan.

3) Batang otak yaitu otak yang berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan beberapa fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta

mengatur pernapasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari:

a) *Diensefalon*, bagian batang otak paling atas terdapat di antara serebelum dan mesenfalon. Fungsi diensefalon yaitu vasoktriktor, respiratori, mengontrol kegiatan refleks, dan membantu kerja jantung.
b) *Mesenfalon*, atap dari *mesenfalon* terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas di sebut korpus kuadrigeminus superior dan dua dari sebelah bawah di sebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata. Pons varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesenfalon dan pons varoli dengan serebelum, terletak di depan serebelum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu penghubung antara kedua bagian serebelum dan pusat saraf nervus trigeminus.
c) *Medulla oblongata*, merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan *pons varoli* dengan *medulla spinalis*. Fungsinya mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernapasan, mengontrol kegiatan refleks.

b. Sirkulasi Darah Otak

Otak mendapatkan aliran darah melalui dua sistem: ateri *karotis* (anterior) dan arteri v*ertebralis* (posterior). Arteri *vertebralis* menyalurkan darah kebagian belakang otak dan bawah dari otak hingga tempurung kepala (*medulla oblongata*, *pons* atau batang otak, lobus oksipital, *serebelum*, dan lobus temporalis inferior), sedangkan arteri karotis menyalurkan darah kebagian depan dan atas dari otak (lobus frontalis, parietal,

temporal, *ganglia basal* dan kapsula interna). Arteri karotis bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid, sedangkan arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia.

Apabila aliran darah serebral mengalami gangguan akan digantikan dengan pembuluh darah *kolateral* yang dikenal dengan sirkulus willisi. *Sirkulus willisi* merupakan anatomis arteri yang berada di otak untuk melindungi pasokan darah dari otak apabila terjadi sumbatan disalah satu cabang. Ada tiga sirkulasi yang membentuk *sirkulus willisi* di otak yaitu: *sirkulasi anterior, sirkulasi posterior* dan *arteri komunikans*. Sirkulasi ini mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi antara suplai darah dari otak depan dan belakang. Selain itu, *sirkulus willisi* mengalirkan darah dari arteri serebri anterior melalui komunikans anterior untuk memperdarahi *hemisfer serebri* atau dari arteri posterior *melalui komunikans posterior* mengirigasi sirkulasi karotis (Tika & Festinawati, 2024).

Lacunar merupakan salah satu manifestasi dari *Small Vessel Disease* (SVD). Yang dimaksud *small vessel* adalah pembuluh darah yang berdiameter kurang dari 500μm dan berlokasi di area yang lebih dalam dari korteks serebri. Sumbatan di area otak yang dalam dari *sirculus willisi* (misalnya di thalamus, ganglia basal, atau pons) disebut stroke lakuna. Stroke lakuna terjadi ketika salah satu arteri yang menyediakan darah ke struktur dalam otak tersumbat. Arteri ini kecil dan sangat rentan, tidak seperti kebanyakan arteri yang secara bertahap meruncing keukuran yang lebih kecil. Arteri kecil dari stroke lakuna bercabang langsung dari arteri utama yang besar, bertekanan tinggi dan berotot besar. Tekanan darah tinggi (hipertensi) dapat menyebabkan stroke lakuna karena menyebabkan arteri berdebar-debar. Karena arteri tidak secara bertahap meruncing

dalam ukurannya, tekanan darah tinggi dapat secara langsung merusak arteri ini. Pada stroke lakuna, sel-sel otak di area yang relatif kecil (berukuran 3 milimeter hingga 2 sentimeter) rusak atau mati karena kekurangan oksigen. Area kerusakan otak sekecil itu disebut lakuna. Stroke lakuna hanya melibatkan area kecil otak, tetapi dapat menyebabkan kecacatan yang signifikan (LeWine, 2023).

c. Saraf Kepala

Susunan saraf terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak dan melewati lubang yang terdapat pada tulang tengkorak, berhubungan erat dengan otot panca indra telinga, hidung, lidah dan kulit (Souhoka & Palamba, 2023).

Saraf kepala terbagi menjadi dua belas yaitu:

1) *Nervus olfaktorius*: sensorik sensasi bau dan penciuman.
2) *Nervus optikus*: sensorik bola mata, ketajaman pengelihatan.
3) *Nervus okulomotorius*: bersifat motoris, mengsarafi otot-otot *orbital* (otot pengerakan bola mata), menghantarkan serabut-serabut parasimpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
4) *Nervus troklearis*: bersifat motoris, mengsarafi otot-otot *orbital*. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak di belakang pusat saraf pergerakan mata.
5) *Nervus trigeminus*: bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang, saraf ini merupakan saraf otak besar, sarafnya yaitu:
    a) *Nervus oltamikus*: sifatnya sensorik, mengsarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata.
    b) *Nervus maksilaris*: sifatnya sensoris, mengsarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung rongga hidung, dan sinus maksilaris.

c) Nervus mandibula: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mengsarafi otot-otot pengunyah, serabut-serabut sensorisnya mengsarafi gigi bawah, kulit daerah *temporal* dan dagu.

6) *Nervus abdusen*: sifatnya motoris, mengsarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata.
7) *Nervus fasialis*: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) serabut-serabut motorisnya mengsarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (*parasimpatis*) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk mengantarkan rangsangan pengecap.
8) *Nervus vestibulokoklearis*: sifatnya sensori, mengsarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.
9) *Nervus glosofaringeus*: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mengsarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawah rangsangan citra rasa ke otak.
10) *Nervus vagus*: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esophagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa.
11) *Nervus asesorius*: saraf ini mengsarafi *muskulus sternocleidomastoid* dan *muskulus trapezium*, fungsinya sebagai saraf tambahan.
12) *Nervus hipoglasus*: saraf ini mengsarafi otot-otot lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyambung.

3. Etiologi

Adapun beberapa faktor risiko stroke yang sering teridentifikasi yaitu:

a. Faktor yang tidak dapat dirubah (*non reversibel*):

1) 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* (HDL) atau kolesterol baik lebih tinggi dari kolesterol jahat *atau Low Density Lipoprotein* (LDL). 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 dipembuluh darah sehingga besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama (Kiding & Wullur, 2022).

2) Usia. Semakin bertambah tua 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 (Tamam, 2020).

3) Keturunan. Stroke tampaknya terkait secara genetik. Faktor genetik seperti tekanan darah tinggi, penyakit jantung, diabetes, dan cacat bentuk pembuluh darah berperan besar.

Gaya hidup dan kebiasaan keluarga Anda juga dapat meningkatkan risiko stroke*. Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy* (CADASIL) atau cacat geometri vaskular mungkin merupakan faktor genetik yang paling berpengaruh dibandingkan faktor risiko stroke lainnya (Nurohim, 2024). CADASIL merupakan penyakit herediter autosomal dominan karena mutasi gen yang mengkoding reseptor *transmembran Notch 3*, yang terletak pada kromosom. Sejumlah 85% pasien CADASIL akan mengalami gangguan *serebrovaskular* seperti stroke iskemik atau TIA (Anandika, 2021).

b. Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*):
    1) Kelainan jantung/penyakit jantung, ada hubungan erat antara penyakit jantung dan stroke, terjadinya gangguan atau kelainan jantung menyebabkan pemompaan darah ke seluruh bagian tubuh lainnya, termasuk ke otak menjadi tidak normal. Dari hal ini bisa dipahami hubungan yang erat antara penyakit jantung dan stroke.
    2) Diabetes Mellitus (DM), terjadinya peningkatan viskositas darah sehingga memperlambat aliran darah serebral dan adanya kelainan microvaskuler sehingga berdampak juga terhadap kelainan yang terjadi pada pembuluh darah serebral. Hal inilah yang mengakibatkan penderita DM berpotensi mengalami stroke.
    3) Peningkatan kolesterol (lipid total), menjadi penyebab aterosklerosis dan terbentuknya embolus dari lemak disebut kolesterol tubuh yang tinggi.
    4) Rokok, asap yang di hirup saat merokok akan menimbul *plaque* pada pembuluh darah oleh karena nikotin dan karbonmonoksida (CO), sehingga terjadi aterosklerosis.

5) Kurang aktivitas fisik, kurangnya aktivitas fisik dapat mengurangi kelenturan fisik termasuk kelenturan pembuluh darah (pembuluh darah menjadi kaku), dalam hal ini salah satunya adalah pembuluh darah otak (Kusyani & Khayudin, 2022).

4. Klasifikasi

Sistem klasifikasi stroke, biasanya membagi stroke menjadi dua kategori berdasarkan penyebab terjadinya stroke, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Kanu, 2021).

a. Stroke iskemik

Stroke iskemik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan *thrombus* pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke iskemik merupakan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan.

Stroke iskemik (stroke sumbatan), stroke yang paling sering terjadi:

1) Stroke emboli: Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang terangkut menuju ke otak.
2) Stroke trombotik: Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak (Retnaningsih, 2023).

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi, karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga menimbulkan perdarahan di otak dan merusaknya. Stroke hemoragik biasannya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak. Selain itu juga

bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi. Pecahnya pembuluh darah ini menyebabkan darah menggenangi jaringan otak disekitar pembuluh darah yang menjadikan suplai darah terganggu, maka fungsi dari otak juga menurun.

5. Patofisiologi

Non Hemorrhagic Stroke disebabkan oleh *trombosis* plak *aterosklerotik* yang menyebabkan pembuluh darah di otak atau oleh gumpalan dari pembuluh darah *ekstraserebral* yang bersarang di arteri serebral, Jika serat (ateroma) terbentuk di area sempit, di mana arteri bercabang, kemudian trombosit menempel pada permukaan plak bersama *fibrin*, *adhesi trombosit* secara perlahan memperbesar ukuran plak membentuk *thrombus* (Rahman, 2023).

Gumpalan darah dan bekuan di pembuluh darah terlepas dan bermigrasi menjauh hingga terperangkap di pembuluh darah distal sehingga menyebabkan penurunan aliran darah ke otak, menyebabkan sel-sel otak kekurangan nutrisi dan juga oksigen dan glukosa menyebabkan *asidosis* atau kadar asam yang tinggi dalam tubuh, *asidosis* menyebabkan natrium klorida dan air masuk ke sel otak dan kalium keluar dari sel otak, menyebabkan pembengkakan lokal sehingga potasium mengaktifkan dan memicu serangkaian radikal bebas yang merusak membran sel dan kemudian menyusutkannya, dan tubuh mengalami defisit neurologis dan kemudian mati.

Infark iskemik serebral terkait erat dengan *aterosklerosis* dan *arteriosclerosis* yang dapat menyebabkan berbagai gejala klinis:

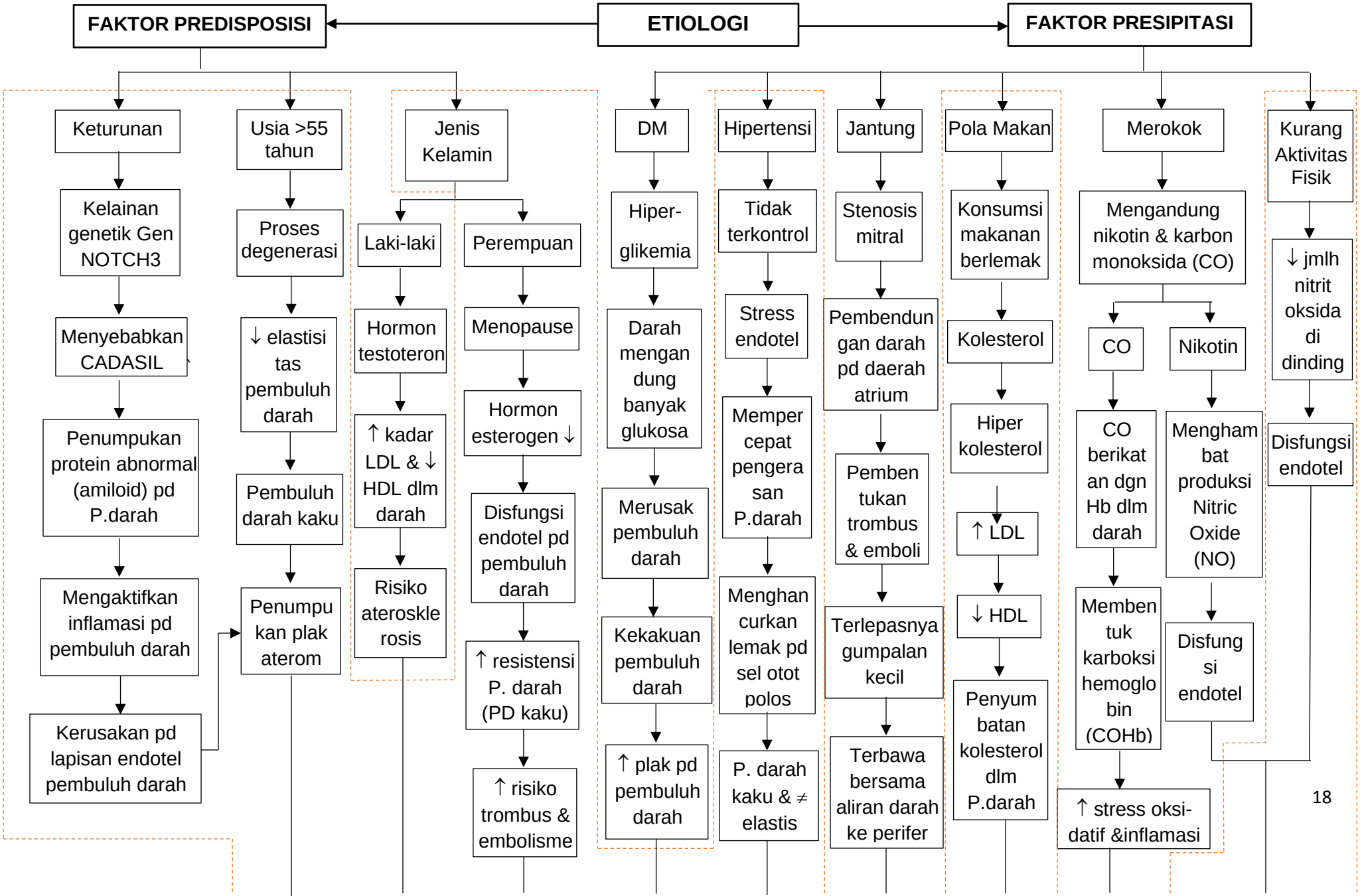
a. Penyempitan *lumen* pembuluh darah dan mengakibatkan kegagalan atau jantung tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh.
b. Penyumbatan pembuluh darah secara tiba-tiba karena pembentukan *trombus* dan perdarahan berkepanjangan.

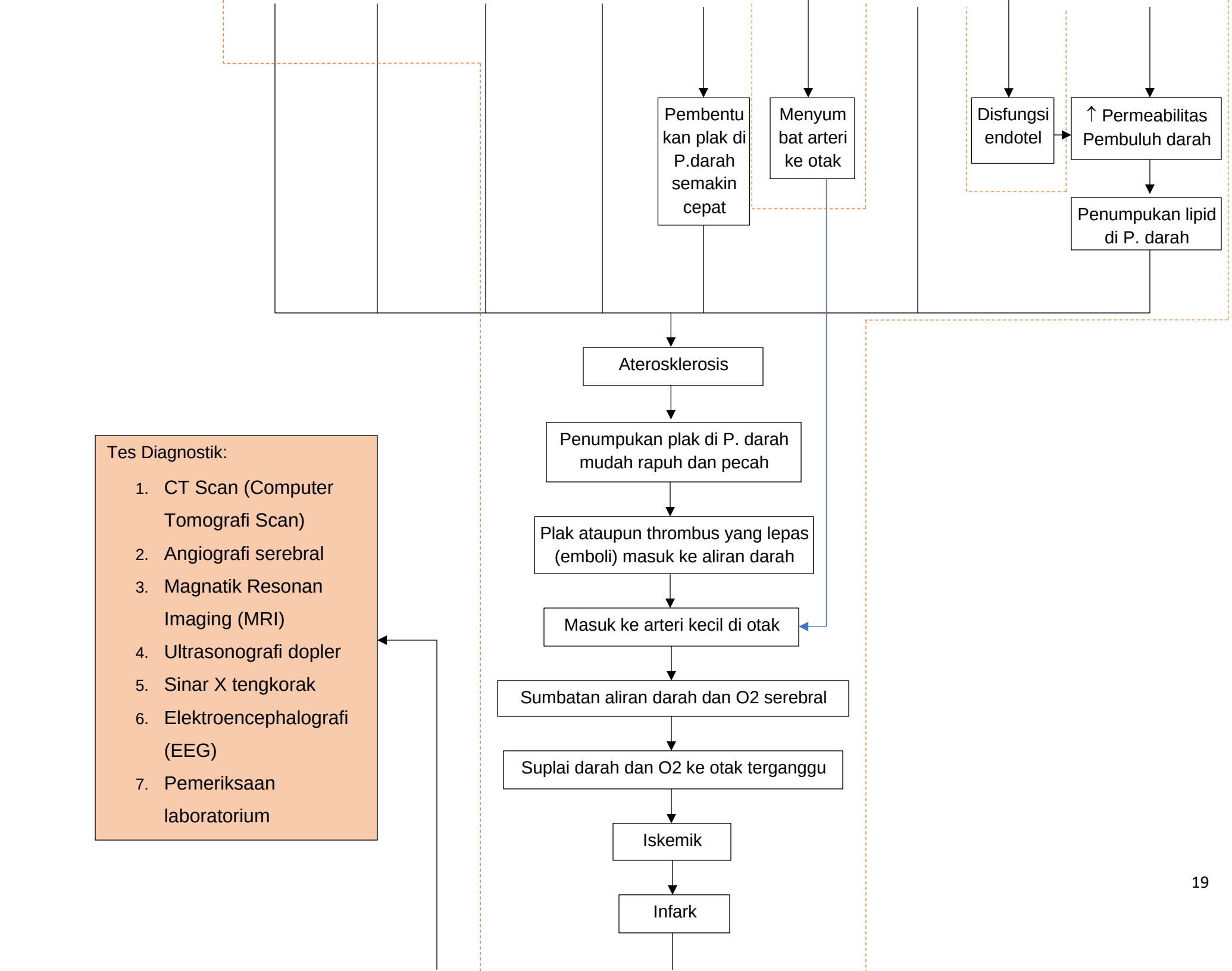
c. Bekuan darah dapat terbentuk, yang kemudian dilepaskan sebagai gumpalan. Menyebabkan *aneurisma*, yaitu dinding pembuluh darah yang melemah atau menipis sehingga mudah pecah.

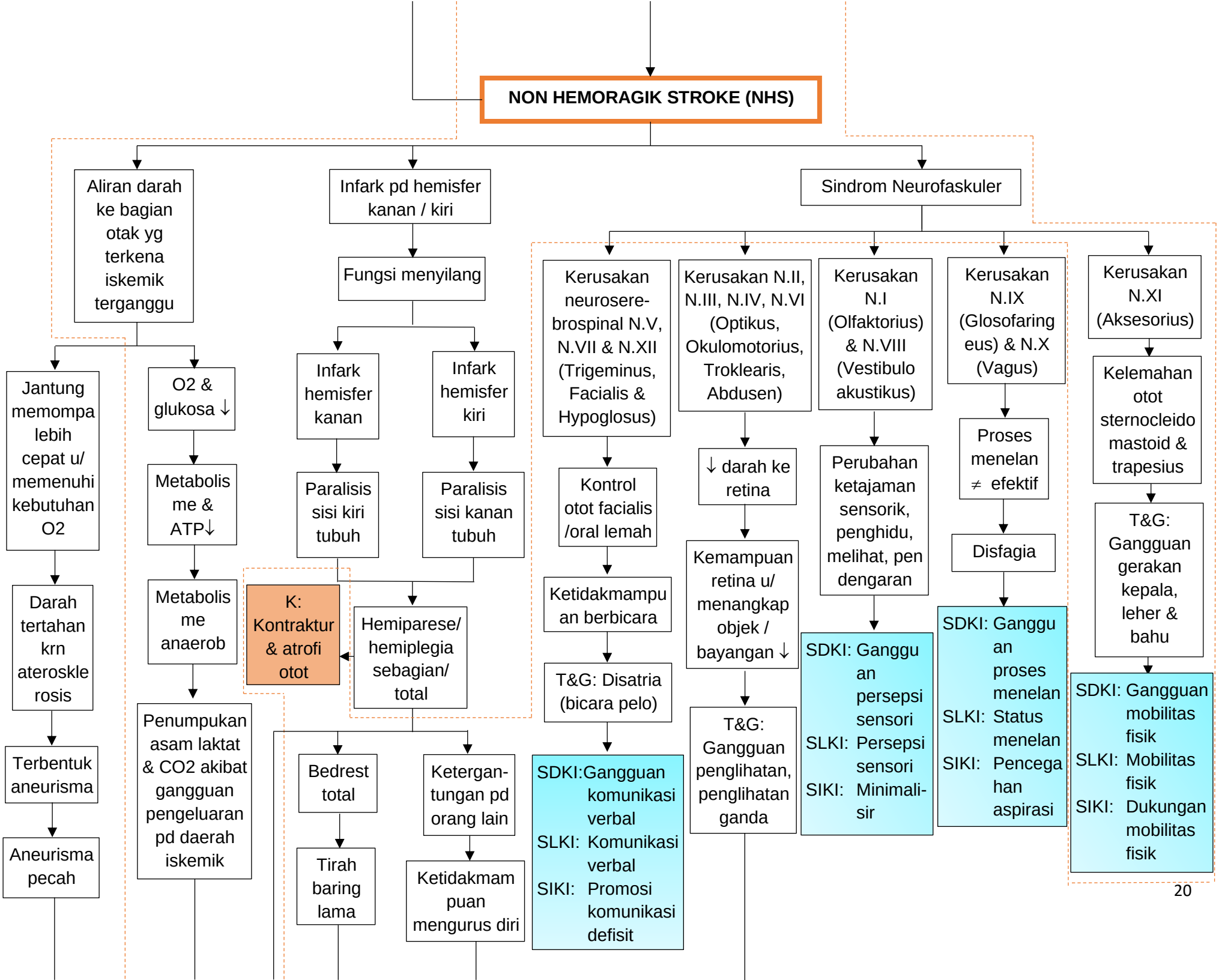
Faktor yang mempengaruhi aliran darah serebral:

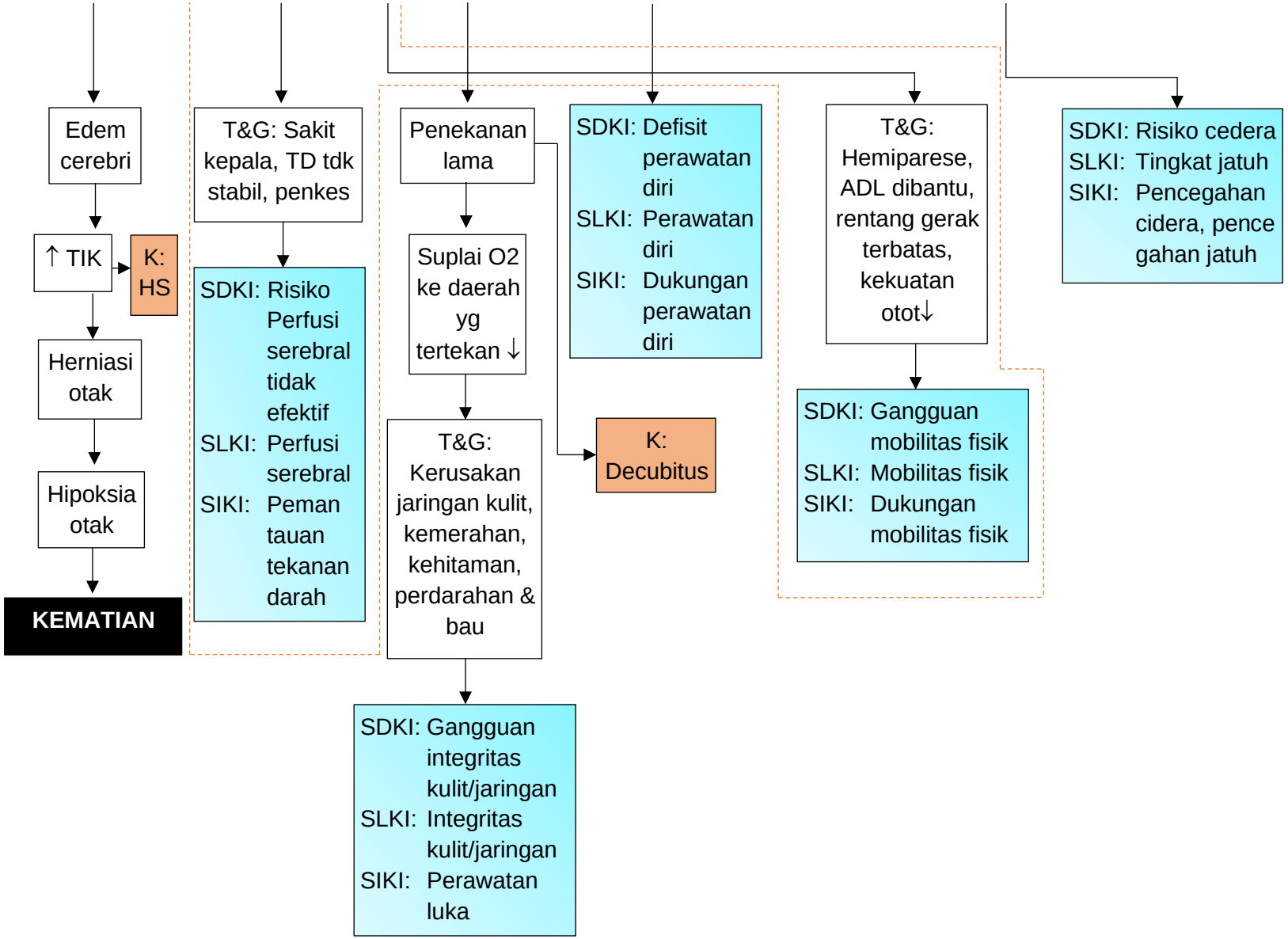
a. Keadaan pembuluh darah.
b. Kondisi darah: kekentalan darah meningkat, hematokrit meningkat, aliran darah ke otak melambat, anemia berat, kadar oksigen ke otak menurun.
c. Tekanan darah sistemik mempengaruhi perfusi serebral, *Autoregulasi serebral* adalah kemampuan yang melekat pada pembuluh darah otak untuk mengatur pembuluh darah otak sehingga tetap konstan bahkan ketika ada perubahan tekanan perfusi serebral.
d. Kelainan jantung mengurangi curah jantung dan menyebabkan *iskemia serebral* akibat pelepasan *emboli*. Aliran darah otak dapat berubah dengan penyakit fokal (*trombus, emboli,* perdarahan dan kejang pembuluh darah) atau karena penyakit umum (*hipoksia* akibat penyakit paru-paru dan jantung).

6. Patoflow Diagram




Pembentukan plak di P.darah semakin cepat
Menyumbat arteri ke otak
Disfungsi endotel
↑ Permeabilitas Pembuluh darah
Penumpukan lipid di P. darah
Aterosklerosis
Penumpukan plak di P. darah mudah rapuh dan pecah
Plak ataupun thrombus yang lepas (emboli) masuk ke aliran darah
Masuk ke arteri kecil di otak
Sumbatan aliran darah dan O2 serebral
Suplai darah dan O2 ke otak terganggu
Iskemik
Infark
Tes Diagnostik:
1. CT Scan (Computer Tomografi Scan)
2. Angiografi serebral
3. Magnatik Resonan Imaging (MRI)
4. Ultrasonografi dopler
5. Sinar X tengkorak
6. Elektroencephalografi (EEG)
7. Pemeriksaan laboratorium


NON HEMORAGIK STROKE (NHS)
Aliran darah ke bagian otak yg terkena iskemik terganggu
Infark pd hemisfer kanan / kiri
Sindrom Neurofaskuler
Jantung memompa lebih cepat u/ memenuhi kebutuhan O2
O2 & glukosa ↓
Fungsi menyilang
Infark hemisfer kanan
Infark hemisfer kiri
Kerusakan neurosere-brospinal N.V, N.VII & N.XII (Trigeminus, Facialis & Hypoglosus)
Kerusakan N.II, N.III, N.IV, N.VI (Optikus, Okulomotorius, Troklearis, Abdusen)
Kerusakan N.I (Olfaktorius) & N.VIII (Vestibulo akustikus)
Kerusakan N.IX (Glosofaring eus) & N.X (Vagus)
Kerusakan N.XI (Aksesorius)
Darah tertahan krn ateroskle rosis
Metabolis me & ATP↓
Paralisis sisi kiri tubuh
Paralisis sisi kanan tubuh
Kontrol otot facialis /oral lemah
↓ darah ke retina
Perubahan ketajaman sensorik, penghidu, melihat, pen dengaran
Proses menelan ≠ efektif
Kelemahan otot sternocleido mastoid & trapesius
Terbentuk aneurisma
Metabolis me anaerob
K: Kontraktur & atrofi otot
Hemiparese/ hemiplegia sebagian/ total
Ketidakmampu an berbicara
Kemampuan retina u/ menangkap objek / bayangan ↓
Disfagia
T&G: Gangguan gerakan kepala, leher & bahu
Aneurisma pecah
Penumpukan asam laktat & CO2 akibat gangguan pengeluaran pd daerah iskemik
Bedrest total
Ketergan-tungan pd orang lain
T&G: Disatria (bicara pelo)
T&G: Gangguan penglihatan, penglihatan ganda
SDKI: Gangguan persepsi sensori
SLKI: Persepsi sensori
SIKI: Minimali-sir
SDKI: Gangguan proses menelan
SLKI: Status menelan
SIKI: Pencega han aspirasi
SDKI: Gangguan mobilitas fisik
SLKI: Mobilitas fisik
SIKI: Dukungan mobilitas fisik
Tirah baring lama
Ketidakmam puan mengurus diri
SDKI:Gangguan komunikasi verbal
SLKI: Komunikasi verbal
SIKI: Promosi komunikasi defisit


Edem cerebri
↑ TIK
K: HS
Herniasi otak
Hipoksia otak
KEMATIAN
T&G: Sakit kepala, TD tdk stabil, penkes
SDKI: Risiko Perfusi serebral tidak efektif
SLKI: Perfusi serebral
SIKI: Peman tauan tekanan darah
Penekanan lama
Suplai O2 ke daerah yg tertekan ↓
T&G: Kerusakan jaringan kulit, kemerahan, kehitaman, perdarahan & bau
SDKI: Gangguan integritas kulit/jaringan
SLKI: Integritas kulit/jaringan
SIKI: Perawatan luka
K: Decubitus
SDKI: Defisit perawatan diri
SLKI: Perawatan diri
SIKI: Dukungan perawatan diri
T&G: Hemiparese, ADL dibantu, rentang gerak terbatas, kekuatan otot↓
SDKI: Gangguan mobilitas fisik
SLKI: Mobilitas fisik
SIKI: Dukungan mobilitas fisik
SDKI: Risiko cedera
SLKI: Tingkat jatuh
SIKI: Pencegahan cidera, pence gahan jatuh

7. Manifestasi Klinik

Menurut Retnaningsih (2023) dalam dunia medis, gejala stroke dikenal dengan istilah FAST. Masing-masing terdiri dari singkatan gejalanya:

a. *Face* (Wajah): Salah satu sisi mulut atau wajah terlihat turun sebelah atau tidak simetris.
b. *Arms* (Lengan): Salah satu lengan mati rasa atau lemah. Atau jika kedua tangan diangkat, salah satu tangan terlihat lebih turun dari lengan satunya.
c. *Speech* (Bicara): Sulit berbicara, berbicara tidak jelas atau bahkan tidak dapat berbicara.
d. *Time* (Waktu): Jika memiliki gejala di atas, orang tersebut mungkin mengalami stroke. Stroke merupakan keadaan darurat dan harus segera mencari pertolongan medis ke Rumah Sakit. Ingat juga untuk mencatat kapan orang tersebut mengalami gejala-gejala tersebut (Insani, 2021).

Gejala stroke lainnya antara lain: pingsan, kehilangan kesadaran, kelumpuhan tiba-tiba pada wajah, tangan atau kaki terutama pada sisi sebelah tubuh, kesulitan melihat dengan salah satu atau kedua mata, kesulitan berjalan, gangguan keseimbangan. Selain itu, stroke bisa menyebabkan depresi atau ketidak mampuan untuk mengendalikan emosi (Insani, 2021).

8. Tes Diagnostik

a. CT Scan (*Computer Tomografi Scan*)

Pembidaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemerikasaan biasanya didapatkan *hiperdensfokal,* kadang pemadatan terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukan otak.

b. *Angiografi serebral*

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri adanya titik okulasi atau raftur.

c. *Magnatik Resonan Imaging* (MRI)

Menunjukan daerah yang mengalami infark, hemoragik.

d. *Ultrasonografi Dopler*

Mengidentifikasi penyakit arterio vena.

e. Sinar X Tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal.

f. Elektro *Encephalografi*

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

g. Pemeriksaan Laboratorium

1) Lumbal pungsi: Pemeriksaan *likuor* merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna *likuor* masih normal sewaktu hari pertama.
2) Pemeriksaan rutin: pemeriksaan kimia darah, pada stroke akut dapat terjadi hiperglikimia, gula darah dapat mencapai 250 mg didalam serum (Kanu, 2021).

9. Penatalaksanaan

Penderita *Non Hemorrhagic Stroke* biasanya diberikan:

a. Anti agregasi platelet
b. Trombolitik: alteplase Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA).

Pada fase akut pasien yang koma pada saat masuk Rumah Sakit mempunyai prognosis buruk, sebaliknya pasien yang sadar penuh mempunyai hasil yang lebih baik. Fase akut biasanya berakhir 48 sampai 72 jam. Untuk merawat keadaan akut perlu diperhatikan faktor - faktor kritis sebagai berikut:

1) Menstabilkan tanda - tanda vital
2) Mempertahankan saluran napas
3) Kendalikan tekanan darah, termasuk usaha untuk memperbaiki hipotensi maupun hipertensi.
4) Deteksi dan memperbaiki aritmia jantung.
5) Merawat kandung kemih.

Selain itu menurut Insani (2021) penatalaksanaan stroke trombolitik dan stroke embolik antara lain:

a. Penatalaksanaan Keperawatan
   1) Bedrest total dengan posisi kepala head up 15°-30°.
   2) Berikan terapi oksigen 2-3 L/menit dengan nasal kanul.
   3) Pasang infus IV sesuai kebutuhan.
   4) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul.
   5) Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi.
b. Penatalaksanaan Medis
   1) Pemberian alteplase dengan dosis 0,6-0,9 mg/kkBB dengan onset <6 jam sebagai trombolisis intravena.
   2) Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis interna atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular.
   3) Pemberian obat-obatan seperti nicardipine, ACE inhibitor, beta bloker, diuretic, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi.
   4) Pemberian obat-obatan seperti anti *diabetic oral* maupun insulin sebagai manajemen gula darah.
   5) Pemberian obat-obatan antikoagulan seperti dabigatran, warfarin dll.
   6) Pemberian obat-obatan neuroprotector seperti citicoline, piracetam, pentoxyfiline, dll.

10. Komplikasi

Menurut Insani (2021), dalam dunia medis *golden period* pada stroke berlangsung selama 4,5 jam pertama dari gejala stroke itu muncul. Apabila pada rentang waktu 4,5 jam penderita tidak mendapat penanganan, maka dari itu risiko kerusakan pada otak permanen akan meningkat. *Golden period* merupakan waktu yang tepat mengurangi risiko cacat permanen hingga kematian penderita. Pada halnya orang dengan stroke memerlukan oksigen dan nutrisi secepatnya untuk memperbaiki jaringan yang rusak. Apabila ingin hasil yang maksimal, tenaga medis perlu mengikuti standar penanganan internasional untuk serangan stroke, yaitu < 30 menit sejak serangan terjadi. Semakin cepat pemberian obat, maka semakin baik pula hasilnya.

Komplikasi stroke yaitu meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak. Komplikasi stroke menurut pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

a. Bekuan darah (trombus) mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
b. Dekubitus bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
c. Pneumonia pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

d. Osteopenia dan osteoporosis, hal ini dapat dilihat dari berkurangnya densitas mineral pada tulang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh imobilisasi dan kurangnya paparan terhadap sinar matahari.
e. Depresi dan efek psikologis dikarenakan kepribadian penderita atau karena umur sudah tua. 25% menderita depresi mayor pada fase akut dan 31% menderita depresi pada 3 bulan paska stroke.
f. Inkonentinensia dan konstipasi pada umumnya penyebab adalah imobilisasi, kekurangan cairan dan intake makanan serta pemberian obat.
g. Spastisitas dan kontraktur pada umumnya sesuai pola hemiplegia dan nyeri bahu pada bagian di sisi yang lemah. Kontraktur dan nyeri bahu terjadi pada 27% pasien stroke.

B. Konsep Dasar Keperawatan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS)

1) Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Data subjektif

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

2) Data objektif

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

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) 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.

2) Data objektif

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

c. Pola eliminasi

1) Data subjektif

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

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Data subjektif

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

2) Data objektif

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

e. Pola tidur dan istirahat

1) Data subjektif

Susah untuk beristirahat.

2) Data objektif

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

f. Pola persepsi kognitif

1) Data subjektif

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

2) Data objektif

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

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Data subjektif

Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

2) Data objektif

Serta emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

h. Pola peran dan hubungan sesama

1) Data subjektif

Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan).

2) Data objektif

Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Data subjektif

Tidakadanya gairah seksual.

2) Data objektif

Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

j. Pola mekanisme dan koping

1) Data subjektif

Perasaan tidak berdaya

2) Data objektif

Emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

3) Diagnosis Keperawatan

Diagnosis ditegakkan Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI):

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d faktor risiko hipertensi (D.0017).
b. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot (D.0054).

c. Gangguan komunikasi verbal b/d *neuromuscular* d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tetap, sulit mengukapkan kata-kata (D.0119).
d. Gangguan menelan b/d kerusakan *neuromuskular* d.d mengeluh, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak (D.0063).

4) Luaran dan Perencanaan Keperawatan

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d hipertensi

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dalam 3 hari maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:

1) Tingkat kesadaran cukup meningkat.
2) Sakit kepala cukup membaik.
3) Nilai rata-rata tekanan darah membaik.

SIKI: Manajemen pemantauan tekanan intrakranial

1) Observasi
   a) Monitor tingkat kesadaran (misalnya menggunakan GCS).
   b) Monitor tingkat orientasi
   c) Monitor keluhan sakit kepala
   d) Monitor respon terhadap pengobatan
   e) Monitor karakteristik bicara: kelancaran, kesulitan mencari kata
   f) Monitor tanda-tanda vital
   g) Monitor kekuatan pegangan
   h) Monitor kesimetrisan wajah
2) Terapeutik
   a) Pertahankan posisi kepala dan leher netral (pertahankan posisi *head up* 30°)
   b) Tingkat frekuensi pemantauan *neurologis*, jika perlu.
   c) Hindari aktifitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial.

d) Dokumentasikan hasil pemantauan.

3) Edukasi

Informasikan pemantauan, jika perlu.

b. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas (D.0054).

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dalam 3 hari maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

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

SIKI: Dukungan mobilisasi

1) Observasi
   a) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
   b) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.
   c) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.
2) Terapeutik
   a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)
   b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
   c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
3) Edukasi
   a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
   b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
   c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

c. Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan *neuromuskuler*, kelemahan umum, kerusakan pada area *wernick* dan *broca*.

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dalam 3 hari, komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:

1) Kemampuan berbicara cukup meningkat
2) Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat
3) Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik
4) Pelo cukup menurun

SIKI: Promosi komunikasi: Defisit bicara (I. 13492)

1) Observasi

   Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara.
2) Terapeutik
   a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, isyarat tangan)
   b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan.
   c) Berikan dukungan psikologis
   d) Ulangi apa yang disampaikan pasien
3) Edukasi

   Anjurkan berbicara perlahan
4) Kolaborasi

   Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

d. Gangguan menelan b/d gangguan saraf kranialis

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dalam 3 hari maka status menelan membaik dengan kriteria hasil:

1) Reflek menelan cukup meningkat
2) Batuk cukup menurun
3) Frekuensi tersedak cukup menurun

SIKI: Dukungan perawatan diri: makan/minum

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

b) Monitor status pernapasan

2) Terapeutik

a) Posisikan semi fowler (30-40 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral.

b) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak

c) Berikan obat oral dalam bentuk cair

3) Edukasi

a) Anjurkan makan secara perlahan

b) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu

5) *Discharge Planning* (Perencanaan Pulang)

Adapun perawatan pada perencanaan pulang untuk penderita stroke secara garis besar adalah sebagai berikut:

a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah secara teratur minimal sekali seminggu dan menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.

b. Menganjurkan pasien untuk tetap menjaga kesehatan dengan menjaga gizi seimbang dan mengurangi makanan yang rendah garam dan tinggi lemak.

c. Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk membantu pasien dalam melakukan aktivitas yang sesuai dengan kondisi pasien saat ini seperti melanjutkan ROM aktif dan pasif yang telah diajarkan. Selain mengajarkan ROM juga mengajarkan terkait tingkat level stroke pada keluarga pasien sehingga dapat membantu pasien dalam melakukan, mobilisasi di rumah berdasarkan level stroke yang dialami pasien.

BAB III
PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisial Ny. L usia 57 tahun masuk Rumah Sakit di ruang Seruni RS Akademis Makassar pada tanggal 16 Mei 2025 dengan diagnosa medik *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) dengan keluhan utama kelemahan seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. Pasien mengatakan sulit mengangkat kedua ekstremitas kanannya disertai kelemahan kaki kiri sejak ± 1 minggu yang lalu, pasien juga mengeluh bibir mencong ke kiri, mata dan pipi kiri berkedut, pusing dan cemas. Keluarga mengatakan ini adalah serangan stroke yang ke dua, serangan pertama pasien rawat jalan ± 3 bulan yang lalu. Saat serangan stroke ke dua, pasien tidak langsung berobat dan hanya konsul online ke dokter. Tetapi karena ± 1 minggu pasien tidak ada perubahan, akhirnya keluarga membawa pasien ke IGD RS Akademis Makassar. Pada saat pengkajian di ruang rawat, ditemukan pasien sadar penuh dengan GCS 15, tampak kelemahan seluruh ekstremitas, tampak rentang gerak kedua ekstremitas kanan dan kaki kiri menurun, bibir tampak mencong ke kiri, tampak *tic facialis* sinistra, pasien tampak cemas dan gelisah. Terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD=170/70 mmHg, N=90x/i, P= 19x/i, SB= 36,1°C, SPO2= 97%. Pemeriksaan CT-scan dengan kesan: Multiple infark lacunar cerebri bilateral. Terapi obat: citicoline 500mg/12jam/IV, ranitidine 50mg/12jam/IV, mecobalamin 500mg/12jam/IV, aspilet 80mg/24jam/oral, clopidogrel 75mg/24jam/oral, alprazolam0,5mg 0-0-1/oral, racikan *tic facialis* 0-0-1/oral. Berdasarkan data diatas, maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan: Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d hipertensi, Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot, dan Ansietas b/d kebutuhan tidak terpenuhi.

B. Pengkajian

Unit : Seruni Autoanamnese: ✔

Kamar : 1 Alloanamnese : ✔

Tanggal masuk RS : Jumat, 16 Mei 2025 (jam 14.50 WITA)

Tanggal pengkajian : Jumat, 16 Mei 2025 (jam 17.20 WITA)

1. Identifikasi

a. Pasien

Nama initial	: Ny. L
Umur	: 57 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 4 anak
Agama/suku	: Islam/Cina Gowa
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: IRT
Alamat rumah	: Jl. Syech Yusuf, Makassar

b. Penanggung Jawab

Nama	: Ny. C.B
Umur	: 27 tahun
Alamat	: Jl. Syech Yusuf, Makassar
Hubungan dengan pasien	: Anak

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Hemiparese dekstra ec susp NHS 2nd attack

Saat pengkajian : NHS + Hemiparese dupleks

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit:

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

Alasan : Pasien tampak terbaring lemah, ADL dibantu oleh keluarga dan perawat, dengan keadaan sakit sedang karena pasien terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm dengan kondisi kelemahan seluruh ekstremitas terutama kedua ekstremitas kanan dan pasien hanya bisa terbaring di tempat tidur saja.

b. Tanda-Tanda Vital:

1) Kesadaran (kualitatif): Compos mentis

Skala Coma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6
b) Respon bicara : 5
c) Respon membuka mata : 4

Jumlah:15

Kesimpulan : Pasien sadar penuh

2) Tekanan darah :170/70 mmHg

MAP :103, 3 mmHg

Kesimpulan: Perfusi darah ke ginjal tidak memadai

3) Suhu : 36,1^{0}C di ☐Oral ☑Axilla ☐Rectal

4) Pernapasan: 19 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 90 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

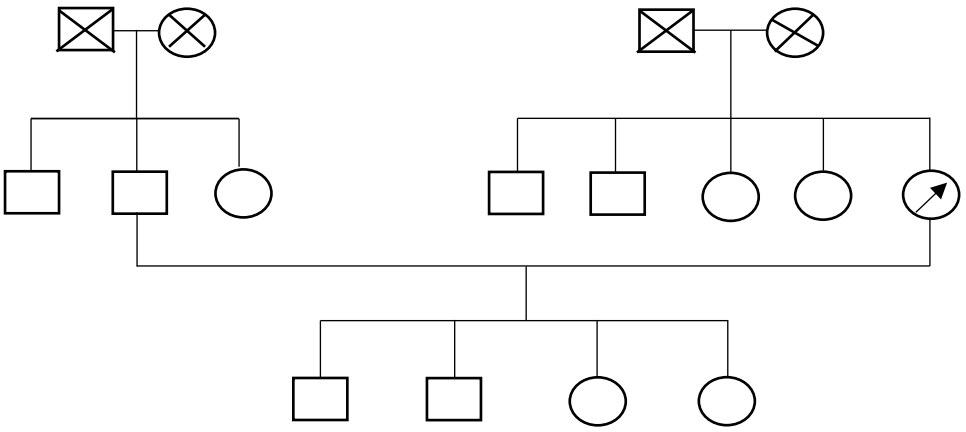
☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 27,5 cm

2) Tinggi badan : 160 cm
3) Berat badan : 61 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 23,8cm/m²
Kesimpulan : Berat badan dalam rentang normal

d. Genogram



Keterangan:

 : Laki-laki

 : Perempuan

 : Meninggal

 : Pasien/klien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan menjaga kesehatan itu adalah hal yang penting. Tetapi meskipun pasien tahu kesehatan itu penting, pasien tidak menjaga kesehatannya dengan tidak pernah berolahraga, tidak menjaga pola makan dengan mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan segala jenis makanan serta minuman tanpa ada pantangan selama makanan/minuman tersebut masih halal. Pasien mengatakan Ia sangat menjaga kebersihan dan kerapihan diri maupun

lingkungan. Pasien mengatakan bahwa Ia adalah seorang pembersih. Keluarga mengatakan, bila pasien sakit, pasien selalu memeriksakan dirinya ke dokter praktek. Namun bila sakit yang diderita cukup berat, keluarga akan segera membawa pasien ke Rumah Sakit terdekat. Pasien juga mengatakan rutin mengkonsumsi vitamin yang disarankan oleh dokter untuk mempertahankan kesehatannya.

2) Riwayat penyakit saat ini:
   a) Keluhan utama:

      Kelemahan seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan
   b) Riwayat keluhan utama:

      Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan ekstremitas kanan sejak seminggu yang lalu. Pasien mengatakan ini adalah serangan stroke ke dua pasien. Sebelumnya pasien pernah serangan stroke pertama ± 3 bulan yang lalu dengan keluhan keram dan kelemahan pada kedua ekstremitas kiri tetapi pasien masih dapat berjalan dengan bantuan tongkat pyramid. Keluarga membawa pasien berobat ke RS swasta untuk diopname tetapi menurut keluarga pasien ditolak dan di anjurkan untuk berobat jalan. Selama 3 bulan berjalan, pasien rutin berobat ke dokter praktek dan fisiterapi. Keluarga mengatakan saat serangan ke 2 seminggu yang lalu, pasien bangun tidur siang dan tiba-tiba kedua ekstremitas kanan sulit diangkat disertai kelemahan kaki kiri, bibir mencong ke kiri, serta mata dan pipi sebelah kiri kembali berkedut (*tics facialis* sinistra). Pasien tidak segera ke Rumah Sakit untuk berobat karena trauma dan takut ditolak seperti saat pasien terkena serangan stroke pertama. Sehari setelah serangan ke dua, keluarga hanya konsul online dengan dokter praktik spesialis untuk

mendapatkan pengobatan. Tetapi karena anjuran dokter untuk segera membawa pasien berobat ke Rumah Sakit dan karena belum ada perubahan selama pengobatan, sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Akademis Jaury Juruf Putera Makassar.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu dan terkontrol dengan amlodipine 10mg 1x1 tablet. Riwayat *tics facialis* ± 1 tahun yang lalu dan post botox di wajah ± 7 bulan yang lalu. Sejak post therapi botox, keluhan *tic facialis* sudah tidak dirasakan lagi oleh pasien. Keluarga mengatakan pasien riwayat stroke serangan pertama ±3 bulan yang lalu dengan keluhan keram dan terasa berat pada tangan dan tungkai sebelah kiri namun pasien masih dapat berjalan dengan bantuan tongkat pyramid. Bicara pelo, nyeri kepala, muntah 1x, *tics facialis* disangkal. Keluarga mengatakan pasien juga memiliki riwayat *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) sejak muda, dimana pasien selalu mengatur benda-benda yang tidak simetris atau tidak pada tempatnya, menanyakan sesuatu berulang-ulang, cepat merasa cemas dan panikan.

d) Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan dalam keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, stroke dan jantung. Ibu pasien meninggal karena stroke dan ayah pasien meninggal karena penyakit jantung dan hipertensi. Pasien juga mengatakan seluruh saudara pasien menderita hipertensi.

e) Pemeriksaan fisik:

(1) Kebersihan rambut : Rambut tampak bersih dan sedikit beruban, tidak berminyak dan tidak berbau.

(2) Kulit kepala : Tampak bersih, tidak ada lesi maupun benjolan.

(3) Kebersihan kulit : Kulit tampak bersih, tidak tampak luka atau bekas luka.

(4) Higiene rongga mulut : Tampak bersih, lidah tampak sedikit kotor, tidak tampak adanya radang.

(5) Kebersihan genitalia : Tampak bersih

(6) Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit, makan dengan baik frekuensi makan 3x dalam sehari dengan menu nasi, sayur, daging, ikan, tahu tempe, buah secukupnya, serta mengkonsumsi air putih 5-6 gelas perharinya. Pasien mengatakan tidak menjaga pola makan dengan mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan segala jenis makanan serta minuman tanpa ada pantangan selama makanan/minuman tersebut masih halal. Pasien juga mengatakan bila *traveling*, pasien merasa tidak puas bila tidak mencoba makanan khas setiap negara atau daerah.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan diit yang diberikan dari Rumah Sakit yakni diit lunak bubur dan lauk pauk. Pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi makan serta biasa mengkonsumsi air putih 4-5 gelas perhari (± 800 cc).

3) Observasi:

   Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan oleh Rumah Sakit. Tampak pasien menghabiskan 2 gelas air (±480 cc) dalam 8 jam.

4) Pemeriksaan fisik:

   a) Keadaan rambut : Rambut tampak bersih
   b) Hidrasi kulit : Turgor kulit lembab dan elastis, finger print kembali < 3 detik
   c) Palpebra/conjungtiva: Tidak tampak edema/tidak tampak anemis
   d) Sclera : Tapak tidak ikterik
   e) Hidung : Septum hidung tampak lurus, tampak hidung bersih, tidak ada secret, lesi maupun polip. Pasien dapat mengenali aroma minyak kayu putih.
   f) Rongga mulut : Tampak bersih, tidak tampak adanya radang.
   g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
   h) Gigi : Gigi tampak utuh, putih bersih. Pasien mengatakan gigi atas post implant dan gigi bawah menggunakan veener.
   i) Kemampuan mengunyah keras: Pasien tidak mampu mengunyah keras.
   j) Lidah : Lidah tampak sedikit kotor pada pangkal lidah, tidak tampak adanya peradangan.
   k) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
   l) Kelenjar getah bening: Tampak tidak ada pembesaran
   m) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran

n) Abdomen

Inspeksi	: Tampak datar, tampak tidak ada bayangan vena maupun massa/benjolan.	
Auskultasi	: Bising usus 8x/menit	
Palpasi	: Tidak teraba adanya benjolan, tidak ada nyeri tekan.	
Perkusi	: Terdengar bunyi timpani	

o) Kulit

Edema	:☐Positif	☑Negatif
Ikterik	:☐Positif	☑Negatif
Tanda-tanda radang	: Tidak ada tanda-tanda radang.	

p) Lesi : Tidak tampak adanya lesi.

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB lancar dan biasanya BAB sekali sehari pada pagi hari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan. Pasien juga mengatakan BAK dalam sehari 5-6 kali dengan urine berwarna kuning jernih dan selama ini tidak ada keluhan apapun terkait BAK dan BAB.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien memakai pampres dan dalam sehari diganti ± 7-8 kali, Pasien mengatakan rutin ganti pampers tiap kali BAB dan BAK karena pasien peduli dengan kebersihan. Pasien BAK ± 7kali dengan warna urine kuning jernih dan 1x BAB warna kuning kecoklatan dengan konsistensi lunak.

3) Observasi:

Pasien tampak BAB dengan konsistensi lunak dan warna kuning kecoklatan, tidak ada perdarahan maupun nyeri saat BAB. Tampak pasien menggunakan pampers.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Peristaltik usus : 8x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐Penuh ☑ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐Positif ☑ Negatif

d) Mulut uretra : Tampak bersih

e) Anus

(1) Peradangan : Tampak tidak ada peradangan

(2) Hemoroid : Tampak tidak ada hemoroid

(3) Fistula : Tampak tidak ada fistula

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit Ia dapat beraktivitas mandiri dan tidak mempunyai keluhan terkait tubuhnya. Pasien mengatakan Ia adalah seorang Ibu rumah tangga, pasien jarang berolahraga, aktifitas yang biasa pasien lakukan yaitu membersihkan kamar, menyiram tanaman di lantai 3 dan bermain bersama cucu. Pasien mengatakan Ia cukup *anankastik* terhadap barang pribadinya dan terhadap penampilannya, pasien mencuci baju dan menyetrika baju pasien sendiri walaupun ada ART di rumah, pasien juga lebih nyaman untuk membersihkan kamarnya sendiri. Keluarga mengatakan semua pekerjaan di dalam rumah dibantu oleh ART kecuali barang pribadi pasien, pasien sendiri yang merapikan dan membersihkannya. Keluarga mengatakan pasien adalah orang yang cukup aktif *traveling* ke luar negeri, pasien hoby *traveling* ke luar negeri sejak muda. Terakhir pasien ke negara Thailand pada bulan Januari 2025. Keluarga mengatakan pasien riwayat stroke serangan pertama dibulan Februari 2025 dengan keluhan keram dan kelemahan ekstremitas kirinya, tetapi pasien masih dapat berjalan dan dibantu menggunakan tongkat pyramid.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit Ia tidak dapat beraktivitas mandiri karena kelemahan pada seluruh ekstremitasnya terutama sebelah kanan. Pasien mengatakan sulit mengangkat kedua ekstremitas kanannya disertai kelemahan pada ekstremitas kirinya. Pasien juga mengatakan sudah tidak dapat berjalan serta jika pasien duduk postur tubuh pasien tidak seimbang. Saat ini pasien mengatakan merasa pusing dan hanya terbaring lemah di tempat tidur. Keluarga mengatakan dalam melakukan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga atau perawat.

3) Observasi:

Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur, *parese* pada seluruh ekstremitas, ADL tampak dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien tampak tidak dapat beraktivitas mandiri, kekuatan otot dan rentang gerak kedua ekstremitas kanan dan kaki menurun, tampak pasien total care.

a) Aktivitas harian:

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

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

b) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien hanya bisa terbaring di tempat tidur

c) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien hanya bisa terbaring di tempat tidur.

d) Anggota gerak yang cacat: Tampak tidak ada anggota gerak yang cacat.

e) Fiksasi : Tampak tidak ada fiksasi

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada pemasangan *tracheostomy*.

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 170/70 mmHg

Duduk : Tidak diukur

Berdiri : Tidak diukur

Kesimpulan:

Hipotensi ortostatik : ☐Positif ☐Negatif

b) HR : 90x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada keringat dingin

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : Tidak tampak pembesaran/ peningkatan JVP.

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku: CRT < 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi intercostal : Tampak tidak ada retraksi interkosta

Sianosis : Tampak tidak ada sianosis

Stridor : Tampak tidak ada

(2) Palpasi:

Vocal premitus : Tidak dikaji

Krepitasi : Tidak teraba adanya krepitasi

(3) Perkusi : ☑Sonor ☐Redup ☐Pekak

Lokasi : Kedua dinding dada

(4) Auskultasi:

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Terdengar lemah dan pelan

Suara tambahkan: Tidak ada suara napas tambahan

g) Jantung:

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi

Ictus cordis : ICS 5 linea mid clavikularis sinistra.

(3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 3 linea strenalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 Linea Mid Clavikularis sinistra

(4) Auskultasi

Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop: Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit: Aorta : Tidak ada

A.Renalis : Tidak ada

A. Femoralis: Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif

(2) Rentang gerak : Tampak pergerakan terbatas terutama pada ektremitas kanan yang tidak dapat diangkat dan hanya dapat menggerakkan jari saja. Pada kaki kiri dapat diangkat, tetapi saat diberi sentuhan kaki kembali jatuh. Pada tangan kiri, dapat digerakkan kesegala arah tetapi masih terasa lemah terutama saat memegang sendok.

Kaku sendi : Tampak tidak ada kekakuan pada tubuh bagian kanan dan kiri

Nyeri sendi : Tampak tidak ada nyeri

Fraktur : Tidak ada fraktur

Parese : Tampak kelemahan pada seluruh ekstremitas

Paralisis : Tampak tidak ada paralisis

(3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	1	4
Kaki	1	2

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(4) Refleks fisiologi

Ekstremitas kanan: Bicep (+1), Tricep (+1), patella dan achiles (tidak dilakukan pengkajian).

Ekstremitas kiri : Bicep (+2), Tricep (+2), patella dan achiles (tidak dilakukan pengkajian).

(5) Refleks patologi

Babinski, kiri : ☐Positif ☑ Negatif

kanan : ☐Positif ☑ Negatif

(6) Clubing jari-jari : Tidak ada

(7) Varises tungkai : Tidak ada

i) Colomna vetebralis

(1) Inspeksi : ☐Lordosisi ☐Kiposisi ☐Skoliosis

(2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

(3) Kaku kuduk : Tidak terdapat kaku kuduk

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan sejak muda pasien sering tidur larut malam. Pasien mengatakan dalam sehari pasien tidur ±5-6 jam, tidur malam biasanya jam 23.00 atau 24.00-04.00 WITA dan pada siang hari biasanya tidur jam 14.00-15.00 WITA. Pasien mengatakan pasien pernah terbangun dimalam hari dan melihat tasnya berantakan, tetapi pasien tetap bangun dan merapikannya, karena pasien tidak bisa tidur jika tidak merapikannya. Pasien mengatakan setelah serangan stroke pertama pasien dianjurkan untuk minum obat tidur alprazolam 0,5mg sebelum tidur dibulan Maret, sejak minum obat tidur pasien tidur dimalam hari jam 21.00-04.00 WITA. Pasien

mengatakan mempunyai kebiasaan sebelum tidur menonton HP dalam suasana kamar yang gelap.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan selama sakit pasien tidak mengalami gangguan tidur karena rutin mengkonsumsi obat tidur alprazolam 0,5 mg 1 tablet setiap malam. Pasien mengatakan tidak pernah terbangun. Pasien mengatakan tidur malam hari di jam 21.00-04.00 WITA dan merasa segar saat bangun. Pasien juga mengatakan tidak pernah terbangun dimalam hari. Keluarga mengatakan, pada siang hari pasien tidur sekitar jam 14.00-15.30 WITA.

3) Observasi:

Pasien tampak terbaring di tempat tidur, pola tidur baik, tidak tampak adanya tanda-tanda kurang tidur.

Ekspresi wajah mengantuk : ☐Positif ☑Negatif

Banyak menguap : ☐Positif ☑Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap: ☐Positif ☑Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak memiliki gangguan pendengaran/penglihatan dan penciuman. Keluarga mengatakan fungsi daya ingat dan keseimbangan pasien baik dan tidak ada masalah, tidak ada kesulitan dalam mempelajari sesuatu atau adanya masalah dalam proses berpikir.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan saat ini merasa pusing dan ekstremitas kadang terasa keram. Pasien mengatakan saat merasa pusing, pasien mengatasinya dengan memejamkan mata dan mencoba untuk istirahat tidur. Keluarga mengatakan bila badan pasien terasa keram, keluarga memijat ekstremitas dengan lembut serta membantu pasien untuk memperbaiki

posisi dan mika miki. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mengalami masalah pada penglihatan, pendengaran maupun daya ingat.

3) Observasi

Pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan. Orientasi penuh ketika berbincang-bincang, kemampuan bicara baik dan tidak pelo. Pasien tampak menutup mata saat mengeluh pusing.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak kornea jernih
(2) Pupil : Tampak pupil isokor
(3) Lensa mata : Tampak lensa mata jernih
(4) Tekanan Intra Okuler (TIO): Teraba sama kenyal antara kiri dan kanan

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak simetris kiri dan kanan
(2) Kanalis : Tampak bersih, tidak tampak adanya serumen
(3) Membran timpani : Tampak memantulkan cahaya

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai:

Pasien dapat merasakan rangsangan ataupun goresan pada semua ekstremitas pasien. Pasien mengatakan kadang merasa keram pada ekstremitas.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan merupakan seorang Ibu dari 4 orang anaknya, dan seorang Ibu rumah tangga. Pasien mengatakan seorang yang perfeksionis, semua yang dilakukan harus sempurna dan tertata dengan baik. Pasien sangat peduli dengan kebersihan tubuh dan penampilannya. Keluarga

mengatakan pasien menyadari dirinya sebagai individu yang unik dan menderita OCD, keluarga selalu membantu memberikan dukungan emosional seperti mendengarkan, memahami dan memberikan semangat pada pasien.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan merasa cemas dan khawatir dengan keadaannya saat ini. Pasien mengatakan bahwa Ia adalah seorang yang aktif dan senang dengan *traveling*, tetapi saat ini Ia hanya terbaring di tempat tidur dan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Keluarga mengatakan sejak sakit pasien hanya terbaring di tempat tidur dan tidak bisa memenuhi tanggung jawabnya.

3) Observasi:

Kontak mata dan perhatian pasien tampak penuh, bicara pelan dan dapat dimengerti. Tampak pasien cemas dan gelisah, pasien hanya terbaring di tempat tidurnya dan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa.

a) Kontak mata : Tampak kontak mata pasien penuh
b) Rentang perhatikan : Tampak perhatian pasien baik
c) Suara dan cara bicara: Terdengar suara pasien pelan dan pelafalan kata jelas serta dapat dimengerti
d) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien hanya terbaring di tempat tidur

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata: Tidak ada kelainan bawaan
b) Bentuk/postur tubuh: Tidak dikaji karena pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur
c) Kulit : Tampak bersih, tidak ada lesi, bekas luka maupun peradangan.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pasien tinggal bersama ART, suami pasien berkewarganegaraan Singapura dan sementara sedang di Singapura untuk bekerja. Keluarga mengatakan, anak dan cucu pasien tinggal bersebelahan rumah dengan pasien. Keluarga mengatakan pasien hidup rukun dan memiliki hubungan yang baik antar suami dan anak-anak. Pasien mengatakan Ia aktif mengikuti kegiatan pengajian di lingkungan tempat tinggalnya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan cemas dengan keadaan pasien, karena pasien seorang yang aktif dan tiba-tiba sakit dan seluruh aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien mengatakan tidak ada konflik antar keluarga, hubungan pasien terjalin dengan baik. Pasien juga mengatakan suami pasien tau keadaan pasien saat ini dan berharap pasien dapat segera pulih.

3) Observasi

Tampak anak dan anak mantu saling bergantian untuk menjaga pasien dan selalu berada di samping pasien. Tampak kerabat dan cucu pasien datang menjenguk pasien.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan memiliki anak empat. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada masalah dengan pola reproduksi dan seksualitasnya, pasien juga sudah monopause.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mempunyai masalah dengan pola reproduksi.

3) Observasi:

Tampak tidak ada perilaku yang menyimpang terkait reproduksi atau seksualitas pasien.

4) Pemeriksaan fisik:

Labia mayora dan minora tampak bersih. Tidak tampak adanya Bartholinitis.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak pernah marah kepada anak-anaknya, pasien mengatakan menganggap anak-anak sebagai teman dan tempat curhat. Pasien juga mengatakan Ia sangat senang *traveling* ke luar negeri, bila traveling Ia berangkat bersama dengan anak atau suaminya. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) sejak muda, ketika pasien melihat suatu hal yang tidak rapi, pasien harus merapikannya. Pasien pernah terbangun dimalam hari dan melihat tasnya berantakan, pasien tetap bangun dan merapikannya, karena pasien tidak bisa tidur jika tidak merapikannya. Pasien menyukai keteraturan dan kebersihan, pasien tidak dapat melihat benda yang terletak tidak lurus atau berada tidak sesuai tempatnya, pasien akan merapikan sesuai tatanannya.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan ada rasa cemas dan stress karena kondisinya saat ini. Saat ini pasien merasa pusing dan merasa tidak berdaya karena tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya. Pasien juga mengatakan dulu Ia dapat mengerjakan pekerjaan secara mandiri, kini dirinya hanya terbaring lemah dan seluruh aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat karena tidak dapat berjalan serta kelemahan diseluruh ekstremitasnya. Pasien juga

mengatakan khawatir apakah Ia bisa kembali pulih seperti sediakala. Keluarga mengatakan pasien sulit tidur tanpa mengkonsumsi obat tidur, pasien sudah ±2 bulan mengkonsumsi obat tidur sejak sebulan post serangan stroke pertama.

3) Observasi:

Pasien tampak cemas dan gelisah, pasien juga tampak menangis saat pengkajian. Pasien tampak bertanya-tanya apakah Ia akan dapat pulih seperti sediakala dan dapat berjalan kembali. Keluarga tampak kolaboratif dalam merawat pasien, menenangkan pikiran dan memberikan motivasi pada pasien. Tampak *tic fasialis* sinistra dan tampak pasien rutin konsumsi alprazolam 0,5 mg setiap malam sebelum tidur.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan menganut kepercayaan agama Islam, pasien aktif mengikuti kegiatan keagamaan seperti pengajian dilingkungan rumahnya.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan sejak pasien sakit, pasien tidak dapat menjalankan ibadah sholat karena kondisinya saat ini tidak memungkinkan. Pasien mengatakan mencoba untuk pasrah dengan keadaannya saat ini, pasien juga mengatakan sakit merupakan penggugur dosa yang merupakan penyemangat pasien dikala sakit. Pasien juga selalu mengatakan masalah kesehatan dan rejeki adalah anugerah dari Allah.

3) Observasi

Keluarga tampak memutarkan lantunan ayat Al-Quran di samping pasien. Pasien tampak menangis saat pengkajian.

5. Uji Saraf Kranial

a. N I: Olfaktorius

Pasien mampu mencium minyak kayu putih dan meyebutkannya dengan mata tertutup.

b. N II: Optikus

Tampak pasien dapat membaca dengan jelas font 12 pada jarak 30 cm dengan menggunakan majalah.

c. N III, IV, VI: Okulomotorius, Troklearis, Abdusend

Pasien mampu menggerakkan mata kesegala arah, pupil mengecil jika ada refleks cahaya, diameter pupil kiri 2,5mm dan kanan 2,5mm.

d. N V: Trigeminus

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan tissue pada dahi, rahang bawah dan kedua sisi pipi dengan mata tertutup.

Motorik : Teraba tonus musculus masseter sebelah kanan saat pasien menggigit, dan tidak teraba di sebelah kiri. Tampak bibir mencong ke kiri dan *tic facialis* sinistra.

e. N VII: Fasialis

Sensorik : Pasien dapat menyebutkan rasa manis pada selai dan rasa asin pada biskuit.

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis dan dapat tersenyum tetapi tidak simetris antar kiri dan kanan. Pasien juga dapat menggembungkan pipi sebelah kanan, tetapi sebelah kiri tidak bisa.

f. N VIII: Vestibulo Acusticus

Vestibularis: Pasien tidak dapat berdiri karena kelemahan pada kedua ekstremitas bawah. Pasien juga kesulitan menjaga keseimbangan saat duduk.

Akustikus : Pasien dapat mendengar gesekan rambut di samping telinga dengan mata tertutup.

g. N IX: Glassopharegeus

Pasien mampu menelan dengan baik dan tidak tersedak saat makan maupun minum.

h. N X: Vagus

Tampak ovula berada ditengah

i. N XI: Accesorius

Pasien dapat menggerakkan kepala kesegala arah dan mengangkat bahu sebelah kiri, tetapi tidak dapat mengangkat bahu kanannya.

j. N XII: Hypoglosus

Pasien mampu menjulurkan lidah dengan lurus dan mampu mendorong pipi kanan menggunakan lidah, tetapi tidak dapat mendorong pipi sebelah kiri.

6. Pengkajian Level Stroke

Tabel 3.1 Pengkajian Level Stroke

NO	KOMPONEN	OBSERVASI		
		YA	TIDAK	KET
1	**Persiapan perawat:**			
	• Perawat menggetahui level storke pasien • Perawat menguasai dan memahami langkah-langkah yang akan dilakukan	✓ ✓		
2.	**Persiapan pasien:**			
	• Menjelaskan tujuan tindakan dan prosedur yang akan dilakukan • Tanda vital pasien stabil, sudah melewati fase akut • Persiapan fisik dan mental pasien	✓ ✓ ✓		
3.	**Persiapan lingkungan:**			
	• Persiapan lingkungan dan nyaman dan sesuai dengan kebutuhan klien • Melibatkan keluarga/rekan selama proses tindakan pertahanan prifasi lingkungan	✓ ✓		
4.	**Persiapan alat: -**			

5.	**Pelaksanaan:**			
	• Salam teraupetik • Mencuci tangan • Mengkaji adanya nyeri bahu • Mengkaji kondisi dan kemampuan pasien (tonus otot) • Memberikan posisi nyaman sesuai tindakan yang akan di lakukan	✓ ✓ ✓ ✓ ✓		
	Level 1 dan 2: (Kaji keseimbangan kepala)			
	Level 1: Belum dapat menjaga keseimbangan kepala	✓		
	Level 2: Mampu menjaga keseimbangan kepala		✓	
	1. Pasien tetap dalam posisi baring	✓		
	2. Beri posisi fleksi kepala dan meminta pasien untuk menahannya	✓		
	3. Letakkan tangan kiri perawat berada di area parietal pasien	✓		
	4. Letakkan tangan kanan perawat berada diarea temporal pasien dan pertahankan posisi ini	✓		
	5. Perawat melepaskan tangan kiri sambil meminta pasien menahan posisi kepala dalam posisi fleksi, tangan kanan menjaga agar kepala tidak jatuh	✓		
	6. Jika pasien tidak dapat menjaga keseimbangan kepala berarti pasien berada pada level 1	✓		
	7. Jika pasien mampu menjaga keseimbangan kepala berarti pasien pada level 2		✓	

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan CT-scan kepala

1) Tanggal pemeriksaan: 16 Mei 2025

Hasil:

– Tampak *multiple lesi hipodens* pada *ganglia basalis bilateral*, *corona radiata* dan *thalamus* kiri

- *Sulci* dan *gyri prominent*
- *Midline* tidak *shift*
- Ruang *subarachnoid* menyempit dan sistem ventrikel dalam batas normal
- CPA, pons dan cerebellum dalam batas normal
- Klasifikasi fisiologik pada *pineal body*, *ganglia basalis* dan *plexus choroideus* dalam batas normal
- *Sinus paranasalis* dan *aircell mastoid* dalam batas normal
- Kedua *bulbus oculi* dan ruang *retrobulbar* dalam batas normal
- Tulang-tulang *intak*.

Kesan: *Multiple infark lacunar cerebri bilateral*.

2) Tanggal pemeriksaan: 19 Februari 2025

Kesan: *Sugestif infark lacunar corona radiata kanan-basal ganglia* kiri

b. Pemeriksaan rontgen thorax

Tanggal pemeriksaan: 17 Mei 2025

Kesan: Dalam batas normal

c. Pemeriksaan laboratorium

1) Tanggal pemeriksaan: 16 Mei 2025

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium (16 Mei 2025)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
– Hemoglobin	14,9	10.9-14.9	g/dl
– Hematokrit	44	34.0-45.1	%
– Eritrosit	5.00	4.11-5.55	juta/uL
Index Eritrosit			
– MCV	87	71.8-92.0	fl
– MCH	29.8	22.6-31.0	pg
– MCHC	34.2	30.8-35.2	g/dL
– Trombosit	643.000	216.000-451.000	/uL
– Lekosit	9.040	4.500-13.500	/uL

Hitung Jenis Lekosit			
– Neutrofil	83.4	42.5-71.0	%
– Limfosit	15.3	20.4-44.6	%
– Monosit	1.0	3.6-9.9	%
– Eosinofil	0.1	0.7-5.4	%
– Basofil	0.2	0-1	%
– NLR	5.44	0.78-3.53	
Laju Endap Darah	42	< 20	mm/jam
KIMIA KLINIK			
Fungsi Ginjal			
– Kreatinin	0.5	0.5-1.0	mg/dL
Elektrolit			
– Natrium (Na)	135	135-145	mmol/L
– Kalium (K)	3.9	3.5-5.5	mmol/L
– Klorida	103	98-108	mmol/L

2) Tanggal pemeriksaan 17 Mei 2025

Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium (17 Mei 2025)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
– Hemoglobin	13,8	10.9-14.9	g/dl
– Hematokrit	41	34.0-45.1	%
– Eritrosit	4,65	4.11-5.55	juta/uL
Index Eritrosit			
– MCV	87	71.8-92.0	fl
– MCH	29.7	22.6-31.0	pg
– MCHC	33.9	30.8-35.2	g/dL
– Trombosit	581.000	216000-451000	/uL
– Lekosit	8.050	4500-13500	/uL
Hitung Jenis Lekosit			
– Neutrofil	47.3	42.5-71.0	%
– Limfosit	45.1	20.4-44.6	%
– Monosit	5.2	3.6-9.9	%
– Eosinofil	1.6	0.7-5.4	%
– Basofil	0.8	0-1	%
– NLR	1.05	0.78-3.53	
Laju Endap Darah	45	< 20	mm/jam
KIMIA KLINIK			
Lemak			
– Kolesterol Total	248	< 200	mg/dL

– Trigliserida	217	< 150	mg/dL
– Kolesterol HDL	50	> 33	mg/dL
– LDL Kolesterol	161	< 100	mg/dL
Karbohidrat			
– GDS strip	125	70-140	mg/dL

d. Hasil EKG

Tanggal pemeriksaan: 16 Mei 2025

Kesan: Sinus ritme, HR 100x/menit, regular.

8. Terapi

a. Citicoline 500mg/12jam/IV
b. Ranitidine 50mg/12jam/IV
c. Mecobalamin 500mg/12jam/IV
d. Aspilet 80mg/24jam/oral
e. Clopidogrel 75mg/24jam/oral
f. Candesartan 16mg/24jam/oral
g. Amlodipine 10 mg/24jam/oral
h. Alprazolam 0,5mg/24jam/oral (0-0-1)
i. Racikan kapsul *tic fasialis* 0-0-1

DAFTAR OBAT

1. Citicoline
   a. Klasifikasi/golongan obat: Neuroprotektan
   b. Dosis umum:
      Dosis 500-1000mg secara IV/IM sebanyak 1 kali perhari.
   c. Dosis untuk pasien: Citicoline 500mg/12jam/IV
   d. Cara pemberian: Injeksi melalui Intravena (IV)
   e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:
      Citicoline bekerja dengan cara merangsang pembentukan *phosphatidylcholine* di otak, selain itu dapat menghambat aktivasi *fosfolipase*. Fungsi obat ini untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedera kepala.
   f. Alasan pemberian obat kepada pasien yang bersangkutan:
      Sebagai neuroproteksi untuk mencegah kerusakan otak dan membantu pembentukan membran sel di otak (*neurorepair*)
   g. Kontra indikasi:
      Hipersensitif terhadap citicoline, sedang hamil atau menyusui, pasien dengan hypertonia sistem parasimpatik.
   h. Efek samping:
      Ruam, insomnia, sakit kepala, pusing, nausea, anoreksia, diplopia, perubahan tekanan darah sementara atau malaise.

2. Ranitidine

a. Klasifikasi/golongan obat: Antasida, antirefluks, antiulserasi/ antagonis H2

b. Dosis umum:

Injeksi IM/IV (bolus atau infus intermitten), dengan dosis 50mg IM atau IV setiap 6 sampai 8 jam. Dosis maksimum 400mg/hari.

c. Dosis untuk pasien: Ranitidine 50mg/12jam/IV

d. Cara pemberian:

Melalui injeksi intravena (IV)

e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:

Ranitidine adalah obat untuk saluran cerna. Ranitidine secara kompetitif dan reversible menghambat histamin (H2) pada sel parietal lambung, sehingga menghambat sekresi asam lambung serta mengurangi konsentrasi ion hidrogen.

f. Alasan pemberian obat kepada pasien yang bersangkutan:

Menghindari produksi asam lambung yang berlebihan pada pasien.

g. Kontra indikasi:

Tidak diberikan pada orang yang pernah mengalami porfilia akut, serta hipersensifitas terhadap ranitidine atau kandungan lain dalam sediaan.

h. Efek samping:

Sakit kepala, pusing, insomnia, sembelit, serta ruam. Dapat juga dirasakan nyeri sendi dan otot, gelisah, rambut rontok dan kehilangan libido.

3. Mecobalamin
    a. Klasifikasi/golongan obat: suplemen
    b. Dosis umum:

        1 ampul tiga kali seminggu, diberikan secara IM atau IV. Dosis harus disesuaikan dengan usia pasien dan beratnya gejala.
    c. Dosis untuk pasien: Mecobalamin 500mg/12jam/IV
    d. Cara pemberian: Injeksi melalui Intravena (IV)
    e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:

        Mecobalamin adalah bentuk vitamin B12 yang aktif secara biologis. Ia dapat memperbaiki fungsi saraf dan berperan dalam proses metabolisme sel saraf dan myelin yang melindungi saraf. Kerusakan myelin dapat menyebabkan gangguan fungsi saraf, sehingga mecobalamin dapat membantu memperbaikinya. Mecobalamin juga mengurangi kadar homosistein, homosistein yang tinggi dalam darah dapat merusak pembuluh darah dan meningkatkan risiko stroke. Mecobalamin membantu menurunkan kadar homosistein sehingga mengurangi risiko stroke berulang. Mecobalamin juga dapat meningkatkan fungsi otak pasca stroke dan meningkatkan produksi *neurotransmitter* yang penting untuk fungsi kognitif.
    f. Alasan pemberian obat kepada pasien yang bersangkutan:

        Untuk menjaga fungsi sistem saraf pasien.
    g. Kontra indikasi:

        Pada pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap semua bentuk vitamin B12 termasuk *cyanocobalamine*.
    h. Efek samping:

        Mual, muntah, diare, sakit kepala, sensasi panas, ruam, dyspnea dan anoreksia.

4. Aspilet
    a. Klasifikasi / golongan obat: Antikoagulan, Antiplatelet, Obat *Antiinflamasi Non Steroid* (OAINS)
    b. Dosis umum:

       Dosis umum: 80-160 mg/hari.

       Untuk transient ischaemic attack (TIA) atau stroke ringan: sampai dengan 1000 mg/hari.
    c. Dosis untuk pasien: Aspilet 80mg/24jam/oral
    d. Cara pemberian: Per oral
    e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:

       Aspilet yang mengandung aspirin, bekerja pada pasien stroke dengan cara menghambat pembentukan tromboksan dalam trombosit, sehingga mengurangi agregasi trombosit dan mencegah penggumpalan darah. Aspirin mencegah pembentukan tromboksan, ini membantu mencegah terjadinya stroke berulang khususnya stroke iskemik karena aspirin membantu mengencerkan darah dan mencegah penyumbatan pembuluh darah akibat stroke.
    f. Alasan pemberian obat kepada pasien yang bersangkutan:

       Untuk mengencerkan darah agar penyumbatan di pembuluh darah akibat stroke dan kerusakan otak lebih lanjut bisa dicegah.
    g. Kontra indikasi:

       Hipersensitif terhadap aspirin atau obat *Antiinflamasi Non-Steroid* (NSAID). Riwayat pendarahan saluran, kehamilan, terutama pada trimester terakhir, kecuali atas rekomendasi dokter.
    h. Efek samping:

       Demam, sakit kepala, kram otot, mual dan muntah, sakit perut, sembelit, diare, nyeri dada, sesak napas, detak jantung tidak teratur muncul luka dan memar yang tidak biasa.

5. Clopidogrel
    a. Klasifikasi/golongan obat: Antikoagulan, antiplatelet, dan fibrinolik (trombolitik)
    b. Dosis umum:

       Serangan infark miokard, serangan stroke atau penyakit pembuluh darah perifer, dewasa dan usia lanjut: dosis yang direkomendasikan adalah 75 mg satu kali sehari.
    c. Dosis untuk pasien: Clopidogrel 75mg/24jam/oral
    d. Cara pemberian: Per oral
    e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:

       Clopidogrel 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 pada orang yang sudah pernah mengalaminya, tapi bisa juga digunakan pada kasus baru.
    f. Alasan pemberian obat kepada pasien yang bersangkutan:

       Untuk mencegah gangguan tromboemboli pada pasien
    g. Kontra indikasi:

       Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien degan kondisi: Hipersensitif terhadap clopidogrel dan perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intracranial.
    h. Efek samping:

       Hematoma, epistaksis, sakit kepala, pusing, ruam, insomnia dan gangguan gastrointestinal (seperti sembelit, muntah).

6. Candesartan
    a. Klasifikasi/golongan obat: Angiotensin Receptor Blocker (ARB)
    b. Dosis umum:
       Kondisi hipertensi: 8mg, perhari. Dosis maksimal 32mg perhari.
    c. Dosis untuk pasien: Candesartan 16mg/24jam/oral
    d. Cara pemberian: Per oral
    e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:
       Candesartan adalah penghambat reseptor angiotensin II (ARB) untuk mengobati HT. Candesartan bekerja dengan menghambat ARB, suatu zat kimia dalam tubuh yang dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit. Dengan menghambat ARB, candesartan membantu pembuluh darah melebar & TD turun.
    f. Alasan pemberian obat kepada pasien yang bersangkutan:
       Membantu melebarkan pembuluh darah & menurunkan tekanan darah pasien.
    g. Kontra indikasi:
       Hipersensitivitas terhadap komponen candesartan cilexetil, tidak disarankan pada ibu hamil dan ibu menyusui karena potensinya untuk menimbulkan abnormalitas pada janin/bayi. Anak-anak dengan ginjal imatur dapat mengalami gangguan perkembangan ginjal bila terpapar candesartan. Penggunaan candesartan bersama aliskiren (suatu inhibitor renin) juga menjadi suatu kontraindikasi pada pasien DM tipe 1 maupun DM tipe 2 dan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal (*glomerulus filtration rate* <60 mL/menit). Kombinasi kedua obat ini dapat memperburuk fungsi ginjal.
    h. Efek samping:
       Sakit kepala, nyeri punggung, pusing, batuk, bersin, hidung tersumbat, ruam kulit.

7. Amlodipine
    a. Klasifikasi/golongan obat: Antagonis kalsium
    b. Dosis umum:

       Dewasa: Dosis awal 5 mg, 1 kali sehari. Dosis dapat ditingkatkan berdasarkan kondisi dan respon pasien terhadap pengobatan setelah 1-2 minggu. Dosis maksimal 10mg 1 kali sehari.
    c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: Amlodipine 10mg 1x1 tablet
    d. Cara pemberian: per oral.
    e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:

       Amlodipine merupakan penghambat saluran kalsium (CCB) yang bekerja menghambat masuknya ion kalsium ke dalam otot pembuluh darah dan jantung sehinga membantu melemaskan otot polos 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 yang bersangkutan:

       Membantu menurunkan tekanan darah pasien.
    g. Kontra indikasi:

       Hipersensitivitas terhadap obat ini. Amlodipine juga sebaiknya tidak digunakan (kontraindikasi 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.

8. Alprazolam
    a. Klasifikasi/golongan obat: Anti ansietas dan gangguan panik
    b. Dosis umum:
        - Ansietas: 0,25 - 0,5 mg 3 kali sehari. Jika perlu dosis dapat ditingkatkan secara bertahap dengan interval 3 - 4 hari hingga maksimum 4 mg sehari dalam dosis terbagi.
        - Gangguan panik: dosis awal yang digunakan adalah 0,5 - 1,0mg diberikan pada malam hari atau 0,5 mg tiga kali sehari. Kemudian ditingkatkan 1 mg per harinya selama 3 - 4 hari.
    c. Dosis untuk pasien: Alprazolam 0,5mg/24jam/oral (0-0-1)
    d. Cara pemberian: Per oral
    e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:
       Alprazolam bekerja dengan cara meningkatkan aktivitas zat kimia alami GABA (gamma-aminobutyric acid) di sistem saraf pusat. GABA sendiri memiliki fungsi untuk menekan aktivitas otak. Dengan begitu, alprazolam dapat menghasilkan efek tenang sehingga gejala gangguan kecemasan dan gangguan panik dapat mereda.
    f. Alasan pemberian obat kepada pasien yang bersangkutan:
       Untuk mengurangi gejala ansietas pasien
    g. Kontra indikasi:
       Hipersensitif terhadap benzodiazepine, glaukoma akut sudut sempit, miastenia gravis, insufisiensi pulmoner akut, kondisi fobia dan obsesi psikosis kronik, pasien dengan pengobatan antijamur golongan azole, anak dan bayi prematur.
    h. Efek samping:
       Efek samping yang mungkin terjadi adalah mengantuk, pusing, penglihatan kabur, sakit kepala, ataksia, kebingungan dan halusinasi, tremor, ruam kulit dan perubahan libido.

C. IDENTIFIKASI MASALAH

Nama/Umur : Ny. L/57 tahun

Ruang/Kamar : Seruni/Kamar 1

Tabel 3.4 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	**Data Subjektif:** – Pasien mengatakan merasa pusing. – Pasien mengatakan kelemahan seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Keluarga mengatakan pasien sebelumnya post serangan stroke pertama ±3 bulan yang lalu dengan keluhan keram dan kelemahan kedua ekstremitas kiri. – Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu – Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya sekarang **Data Objektif:** – GCS 15 compos mentis (M6 V5 E4) – Bibir tampak mencong ke kiri – Tampak pasien gelisah dan cemas – Hasil observasi: TD= 170/70 mmHg, MAP= 103 mmHg – Hasil uji saraf kranial: • N. V (*Trigeminus*) Motorik: tidak teraba tonus musculus masseter sebelah kiri, tampak bibir mencong ke kiri, tampak *tic facialis sinistra.* • N. VII (*Fasialis*) Motorik: Tampak alis tidak simetris saat diangkat. Tampak bibir tidak simetris saat tersenyum dan tampak pasien tidak dapat menggembungkan pipi sebelah kiri. • N VIII (*Vestibulo Acusticus*)	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif

	Vestibularis: Pasien tidak dapat berdiri karena kelemahan pada kedua ekstremitas bawah. Pasien juga kesulitan menjaga keseimbangan saat duduk. • N. XI (*Accesorius*) Tampak pasien dapat mengangkat bahu sebelah kiri tetapi tidak dapat mengangkat bahu sebelah sebelah kanannya. • N XII (H*ypoglosus*) Tampak pasien tidak dapat mendorong lidahnya ke pipi sebelah kiri. – Hasil CT scan kepala, kesan: Multiple infark lacunar cerebri bilateral. – Pemeriksaan laboratorium: Trombosit ↑ 643.000 /uL, Kolesterol total= 248 mg/dL, Trigliserida= 217 mg/dL, LDL kolesterol= 161 mg/dL.		
2.	**Data Subjektif:** – Pasien mengatakan sulit mengangkat kedua ekstremitas kanan. – Pasien mengatakan kelemahan pada ekstremitas kirinya. – Keluarga mengatakan pasien selalu dibantu dalam aktivitas harian **Data Objektif:** – Tampak rentang gerak kedua ekstremitas kanan dan kaki kiri menurun – Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur – Pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat dalam beraktivitas. – Kekuatan otot: Kanan | Kiri 1 | 4 1 | 2 – Level stroke: level 1	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

3.	**Data Subjektif:** – Pasien mengatakan cemas, stress dan khawatir dengan kondisinya – Pasien mengatakan merasa pusing – Keluarga mengatakan pasien riwayat *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) – Keluarga mengatakan pasien sulit tidur tanpa obat tidur. – Keluarga mengatakan pasien mengkonsumsi obat tidur ± 2 bulan terakhir ini. – Pasien mengatakan sudah tidak dapat berjalan serta jika pasien duduk postur tubuh tidak seimbang. – Pasien mengatakan tidak dapat mengurus dirinya sendiri dan terbatas melakukan aktivitas. **Data Objektif:** – Pasien tampak cemas dan gelisah – Pasien tampak terbaring lemah – Pasien tampak menangis saat pengkajian – Tampak *tic facialis* sinistra – Tampak pasien diberi therapi obat dari praktek dokter, alprazolam 0,5mg 0-0-1 – TD=170/70 mmHg	Kebutuhan tidak terpenuhi	Ansietas

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. L/57 tahun

Ruangan/Kamar : Seruni/Kamar 1

Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d hipertensi (D.0017)
2.	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot (D.0054)
3.	Ansietas b/d kebutuhan tidak terpenuhi (D.0080)

E. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. L/57 tahun

Ruangan/Kamar : Seruni/Kamar 1

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	**Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)** yang ditandai dengan: **Data Subjektif:** – Pasien mengatakan merasa pusing. – Pasien mengatakan kelemahan seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Keluarga mengatakan pasien sebelumnya post serangan stroke pertama ±3 bulan yang lalu dengan keluhan keram dan kelemahan kedua ekstremitas kiri. – Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu – Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya sekarang **Data Objektif:** – GCS 15 compos mentis (M6V5E4) – Bibir tampak mencong ke kiri – Tampak pasien gelisah dan cemas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan **perfusi serebral meningkat (L.02014)** dengan kriteria hasil: 1. Pusing cukup menurun 2. Cemas cukup menurun 3. Tekanan arteri rata-rata cukup membaik 4. Tekanan darah sistolik cukup membaik. 5. Refleks saraf cukup membaik	**Pemantauan tekanan intrakranial (I.06198)** Observasi: 1. Identifikasi risiko penyebab peningkatan TIK (mis. hipertensi) 2. Monitor peningkatan TD Terapeutik: 1. Pertahankan posisi *head up* 30° 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu **Pemberian Obat (I.02062)** Terapeutik: 1. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi) 2. Fasilitasi minum obat

	– Hasil observasi: TD= 170/70 mmHg, MAP= 103 mmHg – Hasil uji saraf kranial: • N. V (*Ttrigeminus*) Motorik: tidak teraba tonus musculus masseter sebelah kiri, tampak bibir mencong ke kiri, tampak *tic facialis sinistra.* • N. VII (*Fasialis*) Motorik: Tampak alis tidak simetris saat diangkat. Tampak bibir tidak simetris saat tersenyum dan tampak pasien tidak dapat menggembungkan pipi sebelah kiri. • N VIII: *Vestibulo Acusticus* Vestibularis: Pasien tidak dapat berdiri karena kelemahan pada kedua ekstremitas bawah. Pasien juga kesulitan menjaga keseimbangan saat duduk. • N. XI (*Accesorius*) Tampak pasien dapat mengangkat bahu sebelah kiri tetapi tidak dapat mengangkat bahu sebelah sebelah kanannya. • N XII (*Hypoglosus*) Tampak pasien tidak dapat mendorong lidahnya ke pipi sebelah kiri. – Hasil CT scan kepala, kesan: Multiple infark lacunar cerebri bilateral.		Edukasi: 1. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelumnya pemberian

<table>
<tr><td></td><td>– Pemeriksaan laboratorium:
Trombosit ↑ 643.000 /uL., Kolesterol total= 248 mg/dL, Trigliserida= 217 mg/Dl, LDL kolesterol= 161 mg/dL.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054) yang ditandai dengan:
Data Subjektif:
– Pasien mengatakan sulit mengangkat kedua ekstremitas kanan.
– Pasien mengatakan kelemahan pada ekstremitas kirinya.
– Keluarga mengatakan pasien selalu dibantu dalam aktivitas harian
Data Objektif:
– Tampak rentang gerak kedua ekstremitas kanan dan kaki kiri menurun
– Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur
– Pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat dalam beraktivitas.
– Kekuatan otot:
<table><tr><td>Kanan</td><td>Kiri</td></tr><tr><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>– Level stroke: level 1</td><td>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam
Mobilitasi fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil:
1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat
2. Kekuatan otot cukup meningkat
3. Rentang gerak (ROM) cukup meningkat
4. Kelemahan fisik cukup menurun</td><td>Dukungan Mobilisasi (I.05173)
Observasi:
1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
Terapeutik:
1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. 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 (ROM)
2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. ROM)
3. Anjurkan melakukan mobilisasi dini (ROM)</td></tr>
</table>

3.	**Ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi (D.0080)** yang ditandai dengan: **Data Subjektif:** – Pasien mengatakan cemas, stress dan khawatir dengan kondisinya – Pasien mengatakan merasa pusing – Keluarga mengatakan pasien riwayat *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) – Keluarga mengatakan pasien sulit tidur tanpa obat tidur. – Keluarga mengatakan pasien mengkonsumsi obat tidur ± 2 bulan terakhir ini. – Pasien mengatakan sudah tidak dapat berjalan serta jika pasien duduk postur tubuh tidak seimbang. – Pasien mengatakan tidak dapat mengurus dirinya sendiri dan terbatas melakukan aktivitas. **Data Objektif:** – Pasien tampak cemas dan gelisah – Pasien tampak terbaring lemah – Pasien tampak menangis saat pengkajian – Tampak *tic facialis* sinistra – Tampak pasien diberi therapi obat dari praktek dokter, alprazolam 0,5mg 0-0-1 – TD=170/70 mmHg	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan **Tingkat ansietas menurun (L.09093)** dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi cukup menurun 2. Perilaku gelisah cukup menurun 3. Keluhan pusing cukup menurun 4. Tekanan darah cukup membaik	**Reduksi Ansietas (I.09134)** Observasi: 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik: 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi: 1. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Jika perlu Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas Alprazolam 0,5 mg 0-0-1 tablet

F. PELAKSANAAN KEPERAATAN

Nama/Umur : Ny. L/57 tahun

Ruangan/Kamar : Seruni/Kamar 1

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan

Tanggal	No. DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
17/05/2025	I	07.30	– Mengidentifikasi risiko penyebab peningkatan TIK Hasil: Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi ± 5 tahun dan terkontrol dengan amlodipine 10 mg 0-0-1. Hasil lab: Trombosit= 643.000 /uL	Eva
	II	07.38	– Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien mengatakan belum dapat mengangkat kedua ekstremitas kanannya, serta kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah tetapi tidak terdapat nyeri yang dirasakan diseluruh tubuh.	Eva
	I	07.57	– Menjelaskan jenis obat, pemberian dan tindakan yang diharapkan Hasil: Pasien dapat mengenal dan mengetahui indikasi obat yang diberikan.	Eva
	I	08.00	– Melakukan prinsip 6 benar pemberian obat Hasil: Citicoline 500mg/IV Ranitidine 50mg/IV Mecobalamin 500mg/IV	Eva
	III	08.05	– Mengidentifikasi tingkat ansietas Hasil: Pasien mengatakan masih merasa cemas dan khawatir dengan keadaanya, saat ini masih terasa pusing. Keluarga mengatakan pasien sulit tidur tanpa obat tidur, semalam pasien tidur dengan nyenyak dengan bantuan obat tidur rutinnya. Tampak pasien cemas dan gelisah. Tampak *tic facialis* sinistra	Eva

	I	10.50	– Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan TIK Hasil: Pasien dan keluarga mendengarkan dengan penuh perhatian mengenai edukasi yang diberikan. Pasien bersedia dan dapat menjelaskan tindakan apa yang akan dilakukan pada pasien.	Eva
	I	10.58	– Mengukur SPO2 Hasil: SPO2= 95 %	Eva
	I	11.00	– Mempertahankan posisi *head up* 30° Hasil: Tampak posisi kepala pasien 30°	Eva
	I, II	11.30	– Mengobservasi TTV Hasil: TD=140/90 mmHg, MAP= 106,6 mmHg, N= 76x/menit, R= 20x /menit, SB= 36,6°C, SPO2= 98%.	Eva
	I	11.35	– Menginformasikan hasil pemantauan Hasil: Pasien berisiko mengalami peningkatan TIK karena memiliki riwayat hipertensi dan hasil CT scan terdapat multiple infark lacunar di kedua sisi bagian otak. Setelah pemberian posisi *head up* 30° post 30 menit, SPO2 pasien meningkat dari 95% ke 98%.	Eva
	I	11.55	– Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: Menulis laporan hasil dokumentasi, saat ini pasien masih mengeluh pusing dan ada rasa cemas.	Eva
	I	12.00	– Melakukan prinsip 6 benar dan memfasilitasi minum obat Hasil: Clopidogrel 75mg 1 tablet	Eva
	II	13.00	– Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Keluarga mengatakan pasien belum dapat mengangkat kedua ekstremitas kanannya, kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah. Keluarga mengatakan	Eva

			pasien belum dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Tampak pasien dapat menggerakkan kepala kesegala arah, tetapi tidak dapat menjaga keseimbangan kepala. Tampak tangan kiri dapat bergerak kesegala arah tetapi masih lemah saat memegang sendok. Tampak kaki kiri dapat menahan gaya gravitasi tetapi terjatuh dengan sentuhan. Tampak kedua ekstremitas kanan ada sedikit gerakan.	
	II	13.05	– Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (ROM) Hasil: Pasien dan keluarga mengerti dengan penjelasan perawat tentang terapi ROM untuk meningkatkan fleksibilitas dan mencegah kekakuan otot dan sendi.	Eva
	II	13.10	– Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (ROM) Hasil: • Pasien dapat mengerti dan mempraktekkan cara mobilisasi ROM aktif. Tampak pasien tidak mengeluh nyeri saat diajarkan ROM aktif. • Keluarga tampak memperhatikan teknik ROM pasif yang diajarkan oleh perawat.	Eva
	II	13.15	– Menganjurkan keluarga untuk terlibat membantu dalam prosedur ROM Hasil: Tampak menantu pasien mengikuti gerakan ROM yang diajarkan oleh perawat, pada ekstremitas kanan bawah pasien.	Eva
	II	13.20	– Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.	Eva

				Hasil: Tampak pasien dibantu oleh anak dan menantunya saat pengubahan posisi miring kanan dan miring kiri pasien.	
	II	13.25	–	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: Tampak terpasang pagar tempat tidur.	Eva
	I	14.20	–	Mengidentifikasi risiko penyebab peningkatan TIK Hasil: Pemeriksaan laboratorium Trombosit= 581.000/uL, Kolesterol total= 248 mg/dL, Trigliserida= 217 mg/dL, LDL kolesterol= 161 mg/dL	Ester
	II	14.35	–	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien mengatakan masih kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan tetapi tidak terdapat nyeri dirasakan diseluruh tubuh. Pasien juga mengatakan masih terasa pusing. Keluarga mengatakan seluruh ADL masih dibantu oleh keluarga dan perawat.	Ester
	III	14.40	–	Mengidentifikasi tingkat ansietas Hasil: Keluarga mengatakan, pasien adalah seorang yang cepat cemas dan stres, pasien cemas dengan penyakitanya saat ini karena pasien terbatas melakukan aktivitasnya. Pasien mengatakan rasa cemas selalu datang setiap saat.	Ester
	III	14.45	–	Memonitor tanda-tanda ansietas Hasil: Pasien mengatakan merasa pusing, pasien tampak gelisah dan cemas, keluarga pasien mengatakan pasien sulit tidur tanpa obat tidur, tampak *tic facialis* sinistra.	Ester
	III	14.50	–	Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan Hasil: Tampak pasien menceritakan keadaan dan perasaannya saat ini.	Ester

	III	14.55	– Mendengarkan dengan penuh perhatian Hasil: Pasien mengatakan dulu Ia adalah seorang yang aktif, setiap hari naik ke lantai 3 rumahnya untuk merawat dan menyiram tanaman serta sangat suka dengan *traveling*. Sejak sakit serangan stroke ke dua, pasien sudah tidak dapat berjalan dan mengurus dirinya sendiri. Semua aktivitas pasien dibantu penuh oleh ART dan keluarga. Pasien mengatakan saat ini yang membuatnya kepikiran dan cemas adalah pasien terbatas melakukan aktivitasnya. Tampak pasien cukup koperatif dan pasien tampak menangis saat menceritakan keadaannya.	Ester
	III	15.05	– Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Hasil: Tampak pasien koperatif, ada kontak mata. Pasien mengatakan mencoba untuk pasrah dengan keadaannya.	Ester
	III	15.15	– Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien Hasil: Tampak anak dan menantu yang mendampingi pasien	Ester
	I	16.58	– Mengukur SPO2 Hasil: SPO2=96%	Ester
	I	17.00	– Memberikan posisi *head up* 30° Hasil: Tampak posisi kepala 30°	Ester
	I	17.30	– Mengobservasi TTV Hasil: TD=140/80 mmHg, MAP= 100mmHg, N=80x/menit, R=20x/menit, SB=36°C, SPO2=99%	Ester
	I	18.00	– Melakukan prinsip 6 benar dan memfasilitasi minum obat Hasil: Amlodipine 10mg 1 tablet Racikan kapsul *tic facialis* 1 kaps	Ester
	I	20.00	– Melakukan pemberian obat Hasil: Citicoline 500mg/IV	Ester

			Ranitidine 50mg 1 amp/IV	
	III	22.00	– Berkolaborasi untuk pemberian obat antiansietas Hasil: Alprazolam 0,5mg 1 tablet	Perawat ruangan
18/05/2025	I	06.00	– Mengobservasi TTV Hasil: TD=120/80 mmHg, MAP= 93,3 mmHg, N=81x/menit, R=19x /menit, SB=36,7°C, SPO2=98%	Perawat ruangan
	I	06.10	– Memfasilitasi pasien minum obat Hasil: Aspilet 80mg 1 tablet Candesartan 16mg 1 tablet	Perawat ruangan
	I	08.00	– Melakukan pemberian obat Hasil: Injeksi Citicoline 500mg/IV Injeksi Ranitidine 50mg/IV Injeksi Mecobalamin 5mg/IV	Perawat ruangan
	II	09.00	– Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya serta mengidentifikasi toleransi fisik Hasil: Pasien mengatakan belum dapat mengangkat kedua ekstremitas kanannya, serta kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah tetapi tidak terdapat nyeri yang dirasakan diseluruh tubuh. Keluarga mengatakan seluruh ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Tampak pasien masih mengalami kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. Tampak pergerakan, kekuatan otot dan rentang gerak belum meningkat.	Eva
	II	09.05	– Mengajarkan keluarga pasien untuk mengenal level stroke untuk mengetahui tingkat ketergantungan pada pasien. Hasil: Keluarga mengenal saat ini pasien tidak dapat menjaga keseimbangan kepalanya (level 1).	Eva
	II	09.10	– Menganjurkan keluarga untuk terlibat membantu pasien dalam prosedur ROM pasif Hasil: Tampak anak pasien melakukan ROM pasif di sisi	Eva

			ekstremitas kiri pasien dan sisi kanan pasien di bantu oleh perawat.	
	I	10.58	– Mengukur SPO2 Hasil: SPO2=96%	Eva
	I	11.00	– Mempertahankan posisi *head up* 30° Hasil: Tampak posisi kepala pasien 30°	Eva
	I	11.30	– Mengobservasi TTV Hasil: TD= 140/80 mmHg, MAP= 100 mmHg, N= 79x/menit, R= 19x/menit, SB= 36,5°C, SPO2= 99%	Eva
	I	12.10	– Melakukan pemberian obat Hasil: Clopidogrel 75mg 1 tablet	Eva
	II	16.05	– Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai ROM Hasil: TD= 140/90 mmHg, N= 88 x/menit	Ester
	II	16.10	– Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri di seluruh tubuh, pasien juga mengatakan pusing sudah mulai berkurang.	Ester
	II	16.13	– Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien mengatakan masih belum dapat mengangkat kedua ekstremitas kanan, dan kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah. Tampak pergerakan ekstremitas dan rentang gerak kedua ektremitas kanan dan kaki kiri belum meningkat, tampak kekuatan otot seluruh ekstremitas belum meningkat. 1 | 4 1 | 2	Ester
	II	16.25	– Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi sederhana ROM aktif yang telah diajarkan oleh perawat pada tangan kanan	Ester

			Hasil: Pasien tampak melakukan ROM aktif pada tangan kanan dengan menggunakan tangan kirinya.	
	II	16.35	– Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Hasil: Tampak anak pasien bersama perawat ikut membantu pasien dalam tindakan ROM pasif pada tangan kiri dan kedua ekstremitas bawah pasien.	Ester
	II	16.50	– Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: Tampak terpasang pagar tempat tidur.	Ester
	I	16.58	– Mengukur SPO2 Hasil: SPO2=96%	Ester
	I	17.00	– Memberikan posisi *head up* 30° Hasil: Tampak posisi kepala 30°	Ester
	I	17.30	– Mengobservasi TTV Hasil: TD=140/90 mmHg, MAP=106,7 mmHg, N=84x/menit, R=20x/menit, SB=36,3°C, SPO2=100%	Ester
	I	18.00	– Melakukan pemberian obat Hasil: Amlodipine 10mg 1 tablet Kapsul racikan 1 caps	Ester
	III	18.05	– Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan pasien Hasil: Tampak ruangan pasien bersih, nyaman, dan tampak pasien di damping oleh anak pasien.	Ester
	III	18.07	– Mengidentifikasi tingkat ansietas Hasil: Pasien mengatakan masih kadang cemas tetapi pasien selalu mencoba untuk pasrah dengan keadaannya.	Ester
	III	18.10	– Memonitor tanda-tanda ansietas Hasil: Pasien mengatakan keluhan pusing mulai berkurang, pasien mengatakan masih kadang cemas,	Ester

			keluarga pasien mengatakan pasien masih mengkonsumsi obat tidur, pasien sulit tidur tanpa obat tidur, tampak *tic facialis* sinistra.	
	III	18.15	– Dengarkan dengan penuh perhatian Hasil: Pasien mengatakan mencoba pasrah dan menyemangati diri dengan amalan agama bahwa sakit merupakan sebagian dari penggugur dosa. Saat ini pasien juga mengatakan telah menerima keadaannya saat ini dan berharap akan segera pulih.	Ester
	III	18.25	– Mendengarkan pasien dengan penuh perhatian Hasil: Tampak ada kontak mata dan pasien koperatif, pasien tampak sesekali tersenyum saat menceritakan keluhannya.	Ester
	III	18.30	– Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien Hasil: Tampak pasien didampingi oleh anak bungsunya.	Ester
	I	20.00	– Melakukan pemberian obat Hasil: Injeksi Citicoline 500mg/IV Injeksi Ranitidine 50mg/IV	Ester
	III	22.00	– Berkolaborasi untuk pemberian obat antiansietas Hasil: Alprazolam 0,5mg 1 tablet	Perawat ruangan
19/05/2025	I	06.00	– Mengobservasi TTV Hasil: TD=140/90 mmHg, MAP=106,7 mmHg, N=80x/menit, R=20x/menit, SB=36,5°C, SPO2=97%	Perawat ruangan
	I	06.10	– Melakukan pemberian obat Hasil: Aspilet 80mg 1 tablet Candesartan 16mg 1 tablet	Perawat ruangan
	I	08.00	– Melakukan pemberian obat Hasil: Injeksi Citicoline 500mg/IV, Injeksi Ranitidine 50mg/IV, Injeksi Mecobalamin 5mg/IV.	Ester
	III	08.05	– Mengidentifikasi tingkat ansietas	Ester

			Hasil: Keluarga mengatakan rasa cemas pasien sudah mulai berkurang	
	III	08.08	– Memonitor tanda-tanda ansietas Hasil: Pasien mengatakan pusing dan rasa cemas sudah mulai berkurang, keluarga pasien mengatakan pasien sulit tidur tanpa obat tidur, tampak periode *tic facialis* sinistra berkedut mulai berkurang.	Ester
	III	08.10	– Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan Hasil: Pasien mengatakan saat ini, pasien fokus pada kesehatannya. Pasien juga mengatakan setiap hari pasien melakukan ROM aktif pada tangan kanannya berharap ektremitas segera kembali pulih sediakala.	Ester
	I	10.58	– Mengukur SPO2 Hasil: SPO2=96%	Ester
	I	11.00	– Memberikan posisi *head up* 30° Hasil: Tampak posisi kepala pasien 30°	Ester
	I	11.30	– Mengobservasi TTV Hasil: TD=120/70 mmHg, MAP=86,7 mmHg, N=80x/menit, R=18x/menit, SB=36,5°C, SPO2=98%	Ester
	I	12.00	– Melakukan pemberian obat Hasil: Clopidogrel 75mg 1 tablet	Ester
	II	16.00	– Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien mengatakan tidak ada nyeri yang dirasakan, hanya keluhan keram seluruh tubuh. Pasien mengatakan pusing mulai berkurang.	Eva
	II	16.03	– Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien mengatakan belum dapat mengangkat kedua	Eva

			ekstremitas kanan, dan kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah. Tampak pergerakan ekstremitas dan rentang gerak kedua ektremitas kanan dan kaki kiri belum meningkat, tampak kekuatan otot seluruh ekstremitas belum meningkat. 1 4 1 2	
	II	16.08	– Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai mobilisasi ROM Hasil: TD=130/90 mmHg, N= 76x/menit	Eva
	II	16.15	– Memfasilitasi pasien melakukan pergerakan ROM Hasil: Pasien tampak melakukan ROM aktif pada tangan kanan dengan menggunakan tangan kirinya.	Eva
	II	16.20	– Melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan dan ROM Hasil: Tampak keluarga pasien ikut membantu pasien melakukan ROM pasif pada kaki kiri pasien.	Eva
	III	16.30	– Memonitor tanda-tanda ansietas Hasil: Keluarga mengatakan rasa cemas dan pusing pasien sudah mulai berkurang, keluarga mengatakan pasien masih mengkonsumsi obat tidur dan pasien sulit tidur tanpa obat tidur. Pasien mengatakan masih kadang cemas tetapi selalu mencoba untuk pasrah dengan keadaan dan fokus pada kesehatannya, tampak periode *tic facialis* sinistra berkedut mulai berkurang.	Eva
	II	16.35	– Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	Eva

			Hasil: Tampak terpasang pagar tempat tidur, serta bantal untuk menyanggah tubuh pasien saat pasien miring kiri miring kanan.	
	I	17.13	– Mengukur SPO2 Hasil: SPO2=96%	Eva
	I	17.15	– Memberikan posisi *head up* 30° Hasil: Tampak posisi kepala pasien 30°	Eva
	I	17.45	– Mengobservasi TTV Hasil: TD=130/80 mmHg, MAP=96,7 mmHg, N=70x/menit, R=20x/menit, SB=36,5°C, SPO2=100%	Eva
	I	18.00	– Melakukan pemberian obat Hasil: Amlodipine 10mg 1 tablet Kapsul racikan 1 caps	Eva
	I	20.00	– Melakukan pemberian obat Hasil: Injeksi Citicoline 500mg/IV Injeksi Ranitidine 50mg/IV	Eva
	III	22.00	– Berkolaborasi untuk pemberian obat antiansietas Hasil: Alprazolam 0,5mg 1 tablet	Perawat ruangan

G. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. L/57 tahun

Ruangan/Kamar : Seruni/Kamar 1

Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan

Tanggal No. DP	Evaluasi (SOAP)	Nama Perawat
17/05/2025 Dinas Pagi I	Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d hipertensi S: – Pasien mengatakan masih kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Pasien mengatakan masih merasa pusing. – Pasien mengatakan kadang merasa cemas – Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi ± 5 tahun O: – Pasien tampak masih cemas – Tampak tekanan sistolik cukup membaik, TD= 140/90mmHg – Tampak tekanan arteri rata-rata cukup membaik, MAP=106,6 mmHg – Refleks saraf tampak belum cukup membaik – Hasil lab: Trombosit= 643.000 /uL A: Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: Pemantauan tekanan intrakranial dan Pemberian obat	Eva
Dinas Pagi II	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot S: – Pasien mengatakan masih belum dapat mengangkat kedua ekstremitas kanannya, serta kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah. – Keluarga mengatakan pasien belum dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan masih dibantu oleh keluarga dan perawat O: – Tampak pasien mengalami kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Tampak pergerakan seluruh ekstremitas belum meningkat	Eva

	– Tampak kekuatan otot dan rentang gerak belum meningkat. 1 | 4 1 | 2 – Level stroke 1 A: Mobilitasi fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Dukungan mobilisasi	
Dinas Pagi III	Ansietas b/d kebutuhan tidak terpenuhi S: – Pasien mengatakan masih merasa cemas dan khawatir dengan keadaannya saat ini – Pasien mengatakan masih merasa pusing – Keluarga mengatakan pasien sulit tidur tanpa obat tidur. O: – Tampak perilaku cemas dan gelisah – Tekanan darah cukup membaik, TD=140/90 mmHg – Tampak *tic facialis* sinistra A: Ansietas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Reduksi ansietas	Eva
Dinas Sore I	Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d hipertensi S: – Pasien mengatakan masih kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Pasien mengatakan masih merasa pusing. – Keluarga mengatakan pasien masih cemas O: – Tampak tekanan sistolik cukup membaik, TD=140/80 mmHg – Tampak tekanan arteri rata-rata membaik, MAP= 100 mmHg – Pasien tampak masih cemas – Refleks saraf tampak belum cukup membaik – Hasil lab: Trombosit= 581.000 /uL, Kolesterol total= 248 mg/dL, Trigliserida= 217 mg/dL, LDL kolesterol= 161 mg/dL A: Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: Pemantauan tekanan intrakranial dan pemberian obat	Ester

Dinas Sore II	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot S: – Pasien mengatakan masih belum dapat mengangkat kedua ekstremitas kanannya, serta kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah. – Keluarga mengatakan pasien belum dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan masih dibantu oleh keluarga dan perawat O: – Tampak pasien masih mengalami kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Tampak pergerakan seluruh ekstremitas belum meningkat – Tampak kekuatan otot dan rentang gerak belum meningkat. 1 | 4 1 | 2 – Level stroke 1 A: Mobilitasi fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Dukungan mobilisasi	Ester
Dinas Sore III	Ansietas b/d kebutuhan tidak terpenuhi S: – Pasien mengatakan masih merasa cemas terutama dalam hal terbatas dalam melakukan aktivitasnya. – Pasien mengatakan masih merasa pusing – Keluarga mengatakan pasien sulit tidur tanpa obat tidur. O: – Tampak pasien cemas dan gelisah – Tampak pasien menangis saat menceritakan keadaannya. – Tekanan darah cukup membaik, TD=140/80 mmHg – Tampak *tic facialis* sinistra A: Ansietas teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: Reduksi ansietas	Ester
18/05/2025 Dinas Pagi I	Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d hipertensi S: – Pasien mengatakan masih kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan.	Eva

	– Pasien mengatakan keluhan pusing mulai berkuran. – Pasien mengatakan masih kadang cemas O: – Pasien tampak masih cemas – Tampak tekanan sistolik cukup membaik, TD= 140/80 mmHg. – Tampak tekanan arteri rata-rata cukup membaik, MAP= 100mmHg. – Refleks saraf tampak belum cukup membaik A: Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: Pemantauan tekanan intrakranial dan pemberian obat	
Dinas Pagi II	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot S: – Pasien mengatakan masih belum dapat mengangkat kedua ekstremitas kanan dan kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah. – Keluarga mengatakan pasien belum bisa melakukan aktivitas sehari-hari dan masih dibantu oleh keluarga dan perawat O: – Tampak pasien masih mengalami kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Tampak pergerakan seluruh ekstremitas belum meningkat – Tampak kekuatan otot dan rentang gerak belum meningkat. 1 | 4 1 | 2 – Level stroke 1 A: Mobilitasi fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Dukungan mobilisasi	Eva
Dinas Pagi III	Ansietas b/d kebutuhan tidak terpenuhi S: – Pasien mengatakan masih kadang cemas tetapi selalu mencoba untuk pasrah dengan keadaannya. – Pasien mengatakan mencoba pasrah dan menyemangati diri dengan amalan agama.	Eva

	– Pasien mengatakan telah menerima keadaannya dan berharap akan segera pulih. – Pasien mengatakan keluhan pusing mulai berkurang – Keluarga mengatakan pasien masih mengkonsumsi obat tidur, pasien sulit tidur tanpa obat tidur. O: – Tampak verbalisasi khawatir dan cemas cukup menurun – Tampak pasien sesekali tersenyum saat menceritakan keadaanya – Tampak verbalisasi keluhan pusing cukup menurun – Tekanan darah cukup membaik Hasil: TD=140/80mmHg A: Ansietas teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi: Reduksi ansietas	
Dinas Sore I	Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d hipertensi S: – Pasien mengatakan masih kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Pasien mengatakan keluhan pusing mulai berkuran. – Pasien mengatakan masih kadang cemas O: – Pasien tampak masih cemas – Tampak tekanan sistolik cukup membaik, TD=140/90 mmHg – Tampak tekanan arteri rata-rata cukup membaik, MAP= 106,7 mmHg – Refleks saraf tampak belum cukup membaik A: Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi Pemantauan tekanan intrakranial dan pemberian obat	Ester
Dinas Sore II	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot S: – Pasien mengatakan masih belum dapat mengangkat kedua ekstremitas kanan dan kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah. – Keluarga mengatakan seluruh ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.	Ester

	O: – Tampak pasien masih mengalami kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Tampak pergerakan seluruh ekstremitas belum meningkat – Tampak kekuatan otot dan rentang gerak belum meningkat. 1 | 4 1 | 2 – Level stroke 1 A: Mobilitasi fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi	
Dinas Sore III	Ansietas b/d kebutuhan tidak terpenuhi S: – Pasien mengatakan cemas mulai berkurang dan selalu mencoba untuk pasrah dengan keadaannya. – Pasien mengatakan mencoba pasrah dan menyemangati diri dengan amalan agama. – Pasien mengatakan telah menerima keadaannya saat ini dan berharap akan segera pulih. – Pasien mengatakan keluhan pusing mulai berkurang – Keluarga mengatakan pasien masih mengkonsumsi obat tidur, pasien sulit tidur tanpa obat tidur. O: – Tampak verbalisasi khawatir dan cemas cukup menurun – Tampak pasien sesekali tersenyum saat menceritakan keadaanya – Tampak keluhan pusing cukup menurun – Tekanan darah cukup membaik Hasil: TD=140/90mmHg – Tampak *tic facialis* sinistra A: Ansietas teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi: Reduksi ansietas	Ester
19/05/2025 Dinas Pagi I	Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d hipertensi S: – Pasien mengatakan masih kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan.	Ester

	– Pasien mengatakan keluhan pusing mulai berkuran. – Keluarga mengatakan rasa cemas pasien sudah mulai berkurang O: – Tampak pasien mulai tenang dan rileks – Tampak tekanan sistolik membaik, TD= 120/70 mmHg – Tampak tekanan arteri rata-rata membaik, MAP=86,7 mmHg – Refleks saraf tampak belum cukup membaik A: Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: Pemantauan tekanan intrakranial dan Pemberian obat	
Dinas Pagi II	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot S: – Pasien mengatakan kedua ekstremitas kanan masih belum dapat diangkat dan kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah. – Keluarga mengatakan pasien belum bisa melakukan aktivitas sehari-hari dan masih dibantu oleh keluarga dan perawat O: – Tampak pasien masih mengalami kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Tampak pergerakan seluruh ekstremitas belum meningkat – Tampak kekuatan otot dan rentang gerak belum meningkat. 1 | 4 1 | 2 – Level stroke 1 A: Mobilitasi fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Dukungan mobilisasi	Ester
Dinas Pagi III	Ansietas b/d kebutuhan tidak terpenuhi S: – Keluarga mengatakan rasa cemas pasien sudah mulai berkurang – Pasien mengatakan masih kadang cemas tetapi selalu mencoba untuk pasrah dengan menerima keadaannya saat ini.	Ester

	– Pasien mengatakan saat ini mulai fokus pada kesehatannya. – Pasien mengatakan keluhan pusing mulai berkurang – Keluarga mengatakan pasien masih mengkonsumsi obat tidur, pasien sulit tidur tanpa obat tidur. O: – Tampak verbalisasi khawatir dan cemas cukup menurun – Tekanan darah membaik Hasil: TD=120/70mmHg – Tampak *tic facialis* sinistra A: Ansietas teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi: Reduksi ansietas	
Dinas Sore I	Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d hipertensi S: – Pasien mengatakan masih kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Pasien mengatakan keluhan pusing mulai berkurang. – Keluarga mengatakan rasa cemas pasien sudah mulai berkurang O: – Tampak verbalisasi khawatir dan cemas cukup menurun – Tampak tekanan sistolik membaik TD= 130/80 mmHg – Tampak tekanan arteri rata-rata membaik MAP= 96,7 mmHg – Refleks saraf tampak belum cukup membaik A: Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi Pemantauan tekanan intrakranial dan pemberian obat	Eva
Dinas Sore II	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot S: – Pasien mengatakan kedua ekstremitas kanan masih belum dapat diangkat dan kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah. – Keluarga mengatakan pasien belum bisa melakukan aktivitas sehari-hari dan masih dibantu oleh keluarga dan perawat	Eva

	O: – Tampak pasien mengalami kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. – Tampak pergerakan seluruh ekstremitas belum meningkat – Tampak kekuatan otot dan rentang gerak belum meningkat. 1 | 4 1 | 2 – Level stroke 1 A: Mobilitasi fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Dukungan mobilisasi	
Dinas Sore III	Ansietas b/d kebutuhan tidak terpenuhi S: – Keluarga mengatakan rasa cemas pasien sudah mulai berkurang – Pasien mengatakan masih kadang cemas tetapi selalu mencoba untuk pasrah dengan keadaan. – Pasien mengatakan saat ini mulai fokus pada kesehatannya. – Pasien mengatakan keluhan pusing mulai berkurang – Keluarga mengatakan pasien masih mengkonsumsi obat tidur, pasien sulit tidur tanpa obat tidur. O: – Tampak verbalisasi khawatir dan cemas cukup menurun – Tekanan darah membaik Hasil: TD=130/80 mmHg – Tampak periode *tic facialis* sinistra berkedut mulai berkurang. A: Ansietas teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi reduksi ansietas	Eva

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Kasus

Dalam bab 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 Ny. L dengan diagnosa medis *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) diruangan Seruni RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.

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

1. Pengkajian

   Dalam pengkajian penulis memperoleh data melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien. Selain itu penulis juga memperoleh data dari observasi langsung, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pada kasus Ny. L usia 57 tahun, masuk IGD Rumah Sakit Akademis pada tanggal 16 Mei 2025 jam 14:50 WITA dengan diagnosa medis *hemiparese dekstra ec susp NHS 2nd attack* dengan keluhan utama kelemahan seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. Saat pengkajian pada tanggal 16 Mei 2025 jam 17.20 WITA, ditemukan pasien dalam keadaan berbaring dengan posisi terlentang (*supine*), pasien mengatakan sulit mengangkat kedua ekstremitas kanannya disertai kelemahan kaki kiri sejak ± 1 minggu yang lalu, bibir mencong ke kiri, mata dan pipi kiri berkedut, pusing dan cemas.

Hasil observasi pasien tampak sadar penuh dengan GCS 15 (M6 V5 E4), tampak kelemahan seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan, tampak rentang gerak kedua ekstremitas kanan dan kaki kiri menurun, bibir tampak mencong ke kiri, ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien tampak cemas dan gelisah dan tampak *tic facialis sinistra*. Pemeriksaan fisik didapatkan nilai kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 1, ekstremitas kiri atas 4, dan ekstremitas kiri bawah 2, observasi tanda vital TD= 170/70 mmHg, N=90x/menit, P=19x/menit, SB= 36,1°C, SPO2=97%, MAP= 103,3 mmHg (perfusi darah ke ginjal tidak memadai) dan terpasang IVFD Nacl 0,9% 20 tetes/menit. Hasil pemeriksaan CT-Scan didapatkan dengan kesan: Multiple infark lacunar cerebri bilateral dan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan adanya peningkatan trombosit 643.000 /uL. Pasien diberikan terapi obat: citicoline 500mg/12jam/IV, ranitidine 50mg/12jam/IV, mecobalamin 500mg/12jam/IV, aspilet 80mg/24jam/oral, clopidogrel 75mg/24jam/oral, alprazolam 0,5mg 0-0-1/oral, dan melanjutkan obat racikan *tic facialis* 0-0-1/oral.

Saat pengkajian ditemukan bahwa pasien mengatakan memilikir riwayat penyakit keturunan stroke, hipertensi dan jantung. Pasien juga mengatakan memiliki riwayat hipertensi ± 5 tahun, memiliki riwayat stroke serangan pertama ± 3 bulan yang lalu dengan keluhan keram dan kelemahan pada kedua ekstremitas kiri, riwayat *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) sejak muda serta riwayat *tic facialis* ± 1 tahun yang lalu dan post botox ± 7 bulan yang lalu. Pasien tidak menjaga pola makannya dengan mengkonsumsi makanan tinggi lemak, tidak memiliki pantangan atau batasan makanan/minuman selama masih halal dan tidak pernah berolahraga.

Pada tinjauan pustaka didapatkan bahwa penyebab NHS yaitu jenis kelamin, usia, keturunan, kelainan jantung/penyakit

jantung, Diabetes Melitus (DM), peningkatan kolesterol (kebiasaan pola makan), rokok dan kurang aktivitas fisik (Kusyani & Khayudin, 2022). Berdasarkan kasus dan tinjauan pustaka ditemukan, faktor risiko yang menyebabkan Ny. L mengalami NHS yaitu usia, jenis kelamin, riwayat penyakit keturunan, riwayat hipertensi, peningkatan kolesterol (kebiasaan pola makan) dan kurang aktivitas fisik. Sedangkan faktor risiko penyebab NHS yang ditemukan pada pasien, tetapi tidak ada di dalam tinjauan pustaka yaitu kelainan jantung/penyakit jantung, Diabetes Mellitus (DM) serta merokok.

Berdasarkan teori yang penulis dapatkan ada beberapa tanda dan gejala pasien dengan *Non Hemorragik Stroke* (SNH) yaitu: *Face* (wajah) terlihat turun sebelah atau tidak simetris. *Arm* (lengan) salah satu lengan mati rasa atau lemah, atau jika kedua tangan diangkat salah satu tangan terlihat lebih turun dari lengan satunya. *Speech* (bicara) sulit berbicara, tidak jelas atau bahkan tidak dapat berbicara menurut Retnaningsih (2023). Gejala stroke lainnya yaitu: pingsan, kehilangan kesadaran, kelumpuhan tiba-tiba pada wajah, tangan atau kaki terutama pada sisi sebelah tubuh, kesulitan melihat dengan salah satu atau kedua mata, kesulitan berjalan, gangguan keseimbangan. Selain itu, stroke bisa menyebabkan depresi atau ketidak mampuan untuk mengendalikan emosi (Insani, 2021).

Tanda dan gejala utama yang didapatkan pada pasien yaitu: kelemahan seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan. 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 (Paranduk & Yabarmase, 2022). Begitupun juga kelemahan seluruh ekstremitas

atau *hemiparese dupleks* terjadi karena gangguan peredaran darah di kedua sisi otak (bilateral), penderita stroke *iskemik* yang mengalami *hemiparese dupleks* dapat mengakibatkan terjadinya kelemahan pada kedua bagian tubuh sekaligus (Hasibuan, 2021).

Selain itu pada Ny. L tanda dan gejala lain yaitu hipertensi, cemas dan *tic facialis*. Hipertensi menyebabkan peningkatan tekanan darah perifer sehingga menyebabkan sistem *hemodinamik* yang buruk dan terjadilah penebalan pembuluh darah serta hipertrofi dari otot jantung. Hal ini dapat diperburuk dengan kebiasaan merokok dan mengonsumsi makanan tinggi lemak serta garam oleh pasien yang mana dapat menimbulkan plak *aterosklerosis*. Hipertensi yang menimbulkan plak *aterosklerosis* secara terus menerus akan memicu timbulnya stroke (Puspitasari, 2020).

Selain dampak fisik, stroke juga mempunyai dampak psikologis yang penting. Salah satu efek psikologis yang paling umum terjadi setelah stroke adalah kecemasan. Kecemasan atau stress adalah respons emosional yang ditandai dengan perasaan cemas, khawatir, dan ketidak pastian yang intens. Perasaan cemas ini bisa disebabkan oleh ketidakpastian mengenai masa depan, rasa takut akan kemungkinan kehilangan kemandirian, atau kekhawatiran tentang kemungkinan komplikasi medis yang lebih lanjut (Mezza, 2024). *Tic facialis* merupakan gejala *involunter* otot wajah yang disebabkan adanya pergerakan yang tidak disadari sebagai akibat dari berbagai kegiatan seperti operasi, stress, kemarahan, atau kelainan genetik. Efek ini akan terjadi lebih parah jika seorang penderita mengalami stress, dalam kondisi kemarahan. *Tic facialis* adalah sebuah tanda yang memiliki sebuah keterkaitan antara kontraksi involunter otot pada wajah yang dipersarafi N.VII (N. facialis), biasanya keadaan tersebut tidak dirasakan dan tidak memiliki rasa sakit pada otot tertentu gerakan tersebut memiliki durasi yang singkat namun gerakan berlangsung berkali-kali.

Pergerakan pada otot bagian wajah involunter pada *tic* akan bangkit menjadi sebuah cerminan mengenai kegelisahaan yang dirasakan. pada dasarnya dapat disebabkan juga oleh karena kegagalan kepribadian kompulsif, yang dimana setiap kegagalan defisit atensi, dan gangguan cemas biasa timbul pada setiap individu yang mengalami kegagalan kepribadian ini (Sakti, 2022).

2. Diagnosis Keperawatan

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) pada tinjauan teoritis terdapat 4 diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien dengan *Non Hemorragik Stroke* (NHS), namun pada kasus ini penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan berdasarkan data-data yang diperoleh dari pasien yang telah memenuhi data mayor 80% pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu:

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017). Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas karena didukung dengan data yang didapatkan pada pasien yaitu pasien mengeluh pusing, kelemahan seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan, ada riwayat serangan stroke, riwayat hipertensi, cemas, bibir tampak mencong ke kiri, tekanan darah meningkat 170/70 mmHg, MAP meningkat 103 mmHg, kerusakan *nervus* V *trigeminus* (motorik). *nervus* VII *fasialis* (motorik), *nervus* VIII *vestibulo acusticus* (*vestibularis*), *nervus* XI *accesorius*, *nervus* XII *hypoglosus,* pemeriksaan CT-scan kepala: Multiple infark lacunar cerebri bilateral dan pemeriksaan laboratorium trombosit 643.000 /uL, Kolesterol total= 248 mg/dL, Trigliserida= 217 mg/dL, LDL kolesterol= 161 mg/dL.
b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054) yang ditandai dengan sulit mengangkat kedua ekstremitas kanan, kelemahan ekstremitas kiri, ADL dibantu total, rentang gerak kedua ekstremitas kanan dan kaki kiri

menurun, pasien terbaring lemah di tempat tidur, kekuatan otot menurun, nilai kekuatan otot (enstremitas kanan atas 1, ektremitas kanan bawah 1, ekstremitas kiri atas 4 dan ekstremitas kiri bawah 2), level stroke 1 (belum dapat menjaga keseimbangan kepala).

c. Ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi (D.0080) yang ditandai dengan pasien mengatakan cemas, stress dan khawatir, pasien merasa pusing, ada riwayat *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD), sulit tidur tanpa obat tidur, tampak *tic facialis* sinistra, TD 170/70 mmHg.

Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka yang tidak diangkat penulis pada kasus adalah:

a. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan *neuromuscular* d.d tidak mampu bicara, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, verbalisasi tidak tetap, sulit mengukapkan kata-kata (D.0119).

   Alasan penulis tidak tidak mengangkat diagnosis ini karena pasien masih dapat berbicara dengan jelas dan kata-kata mudah dimengerti walaupun pengucapan kadang lemah. Pasien tidak menunjukkan data tidak mampu bicara atau menunjukkan respon yang tidak sesuai, bicara pelo, verbalisasi tidak tetap, sulit mengukapkan kata-kata.

b. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan *neuromuskular* d.d mengeluh batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak (D.0063).

   Penilis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada kasus tidak ditemukan data bahwa pasien memiliki kesulitan menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan dan minum, tersedak dan makanan tertinggal dalam rongga mulut serta kerusakan pada *nervus* IX dan X. Selain itu juga, walaupun dalam pengkajian ditemukan pasien tidak dapat mengigit makanan

keras, tetapi kemampuan menelan baik, tidak adanya hambatan/gangguan dalam menelan makanan sehingga berdasarkan pengambilan diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI, tidak memenuhi syarat dalam menegakkan diagnosis.

3. Perencanaan Keperawatan

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosis keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan diagnosis keperawatan yaitu:

a. Pada diagnosis pertama, intervensi keperawatan yang dibuat oleh penulis adalah Identifikasi risiko penyebab peningkatan TIK (mis. hipertensi), monitor peningkatan TD, pertahankan posisi *head up* 30°, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan jika perlu, lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi), fasilitasi minum obat, jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelumnya pemberian. Bila dibandingkan dengan intervensi yang ada pada teori, penulis membuat intervensi tidak jauh berbeda dengan intervensi konsep teori.
b. Pada diagnosis kedua intervensi keperawatan yang dibuat adalah identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (ROM), ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. ROM), anjurkan melakukan mobilisasi dini (ROM). Tidak semua

intervensi pada teori diangkat tetapi disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien.

c. Pada diagnosis ketiga intervensi yang dibuat adalah intervensi yang sesuai dengn kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu, kolaborasi pemberian obat antiansietas (Alprazolam 0,5 mg 0-0-1 tablet). Intervensi berdasarkan teori tidak ada kesenjangan karena intervensi yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

4. Implementasi Keperawatan

a. Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari, pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif.

Pada diagnosa ini, penulis juga memberikan implementasi posisi elevasi kepala 30°. Pemberian posisi elevasi kepala 30° dilakukan untuk meningkatkan menjaga hemodinamika tetap stabil, mencegah peningkatan tekanan intrakranial, memenuhi kebutuhan oksigenasi di otak sehingga menghindari terjadinya hipoksia otak, mengurangi keluhan pusing, sehingga meningkatkan rasa nyaman pada pasien. Implementasi elevasi kepala 30° mulai pada hari pertama implementasi sesudah dilakukannya pendidikan kesehatan (pendkes). Tindakan ini diberikan karena pasien mengeluh adanya pusing yang dirasakan serta tekanan darah meningkat. Tindakan pemberian elevasi kepala 30° dilakukan selama 30 menit, dimana sebelum dan sesudah dilakukan tindakan ini dilakukan pengecekan SPO2

selama 3 hari berturut-turut setiap pagi dan sore hari dan ditemukan terjadinya peningkatan SPO2 2-4%.

Adapun evaluasi yang ditemukan pada pasien setelah pelaksanaan implementasi selama 3 hari yaitu masalah teratasi sebagian, dimana pusing dan cemas sudah berkurang, tekanan arteri rata-rata membaik MAP= 97,7 mmHg dan tekanan darah sistolik membaik TD= 130 mmHg.

b. Penulis melakukan implementasi 3 hari berturut-turut pada diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik dengan intervensi dukungan mobilisasi. Selain itu perawat juga memberikan memberikan latihan mobilisasi dini berupa ROM pasif dan aktif yang merupakan salah satu tindakan rehabilitasi untuk meminimalkan kecacatan yang ditimbulkan paska serangan stroke. Mobilisasi dini pada pasien dengan NHS dapat dilakukan pada 24 jam pasca serangan NHS dengan tidak adanya perburukan dari status neurologi yang terjadi. Manfaat mobilisasi dini berhubungan dengan perbaikan keseimbangan dan kemampuan fungsional dengan tetap memperhatikan monitoring pemeriksaan tanda vital dan *neurologis* yang detail. Tindakan ini dilakukan selama 3 hari berturut-turut setiap pagi dan sore hari. Tampak pasien dan keluarga ikut terlibat dalam prosedur mobilisasi *Range Of Motion* (ROM) ini.

Evaluasi yang ditemukan pada pasien setelah pelaksanaan implementasi selama 3 hari yaitu, masalah belum teratasi dimana pergerakan ekstremitas belum cukup meningkat, kekuatan otot belum cukup meningkat, rentang gerak (ROM) belum cukup meningkat, kelemahan fisik belum cukup menurun, pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat dalam pemenuhan aktifitas sehari hari.

c. Penulis melakukan implementasi 3 hari berturut-turut pada diagnosa ketiga yaitu ansietas dengan intervensi reduksi

ansietas. Selama implementasi 3 hari berturut-turut ditemukan ada verbalisasi khawatir dan cemas cukup menurun, ada verbalisasi pasien mencoba pasrah dengan keadaan dan memilih fokus dengan kesehatannya saat ini, tampak periode *tic facialis* sinistra berkedut mulai berkurang, tekanan darah membaik.

Selama dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penulis tidak menemukan hambatan karena penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan juga didukung oleh sarana yang ada di Rumah Sakit.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana tujuan keperawatan yang diberikan tercapai. Evaluasi dilakukan setiap hari mulai dari tanggal 17- 19 Mei 2025. Dari hasil evaluasi yang dilakukan sampai hari ketiga.

a. Diagnosa 1: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)

Pada hari ketiga implementasi, diagnosis keperawatan ini hanya teratasi sebagian dibuktikan dengan tekanan sistolik membaik 130/80 mmHg, tekanan arteri rata-rata membaik MAP 96,7 mmHg, keluhan pusing sudah berkurang, keluhan rasa cemas sudah mulai berkurang, refleks saraf belum cukup membaik. Maka intervensi dari diagnosa ini masih dilanjutkan.

b. Diagnosa 2: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Hingga pada hari ketiga setelah dilakukan tindakan masalah ini belum teratasi dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas cukup meningkat, kekuatan otot cukup meningkat, rentang gerak (ROM) cukup meningkat, kelemahan fisik cukup menurun.

Data subjektif: Pasien mengatakan kedua ekstremitas kanan masih belum dapat diangkat dan kedua ekstremitas kiri juga masih terasa lemah, keluarga mengatakan pasien belum bisa melakukan aktivitas sehari-hari dan masih dibantu oleh keluarga dan perawat.

Data objektif: Tampak pasien masih mengalami kelemahan pada seluruh ekstremitas terutama sebelah kanan, tampak pergerakan seluruh ekstremitas belum meningkat, tampak kekuatan otot dan rentang gerak belum meningkat, nilai kekuatan otot (enstremitas kanan atas 1, ektremitas kanan bawah 1, ekstremitas kiri atas 4 dan ekstremitas kiri bawah 2), level stroke 1 (belum dapat menjaga keseimbangan kepala).

c. Ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi (D.0080)

Pada hari ketiga implementasi, diagnosis keperawatan ini hanya teratasi sebagian dibuktikan dengan data subjektif: rasa cemas sudah mulai berkurang, pasien mengatakan masih kadang cemas tetapi selalu mencoba untuk pasrah dengan keadaan, pasien mengatakan saat ini fokus pada kesehatannya, keluhan pusing mulai berkurang, pasien sulit tidur tanpa obat tidur. Data objektif: tampak verbalisasi khawatir dan cemas cukup menurun, tekanan darah membaik TD=130/80 mmHg, tampak periode *tic facialis* sinistra berkedut mulai berkurang. Maka intervensi dari diagnosa ini masih dilanjutkan.

B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing

1. Judul *Evidence Based Nursing* (EBN)
   a. Implementasi posisi *head up* 30° terhadap saturasi oksigen pasien *non hemoragik.*

b. Pengaruh posisi *head up* 30° terhadap saturasi oksigen pasien *Non Hemorrhagic Stroke* di ruang Melati 2b Rsud Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.
c. Posisi *head up* 30° sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien *stroke hemoragik* dan *non hemoragik.*
d. Penerapan posisi *head up* 30 derajat untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien *Non Hemorrhagic Stroke* di IGD RSUD Karanganyar.
e. Pemberian posisi *head up* 30° terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Indriati.

2. Diagnosa Keperawatan (SDKI)
   Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi
3. Luaran yang diharapkan (SLKI): Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: Tidak mengalami peningkatan TIK
4. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN: Pemantauan tekanan intrakranial
5. Pembahasan Tindakan Keperawatan sesuai EBN
   a. Pengertian tindakan:
      Posisi *head up* kepala adalah posisi berbaring dengan bagian kepala pada tempat tidur ditinggikan 30° dengan indikasi tidak melakukan manuver pada daerah leher dan ekstremitas bawah dalam posisi lurus tanpa adanya fleksi. Posisi elevasi kepala hampir sama dengan semi fowler yaitu dengan cara meninggikan bagian kepala 15 derajat – 30 derajat dapat memakai bantalan atau menggunakan tempat tidur fungsional yang dapat diatur secara otomatis.
   b. Tujuan/rasional EBN
      Beberapa posisi elevasi head-up yang bisa digunakan dalam memperbaiki SpO2 dan mengurangi peningkatan TIK yaitu; head-up 15°, 30°, dan 45° tetapi kebanyakan penelitian yang menganjurkan posisi elevasi kepala 30° dalam praktik *evidance*

based nursing karena sangat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik. Pemberian *head up* 30° bertujuan untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK dan juga efektif, dalam meningkatkan saturasi oksigen. Posisi kepala yang ditinggikan berada diatas *aksis* ventrikel jantung menyebabkan cairan *serebrospinal* terdistribusi kembali menuju ke ruang *spinal subaraknoid* dan memfasilitasi terjadinya aliran balik vena sehingga dapat menurunkan tekanan intrakranial (intracranial pressure).

c. PICOT EBN:

Tabel 4.1 Picot EBN

	Jurnal I	**Jurnal II**	**Jurnal III**	**Jurnal IV**	**Jurnal V**
Judul jurnal	Implementasi Posisi *Head Up* 30° terhadap Saturasi Oksigen Pasien *Non Hemoragik* (Santama et al., 2025)	Pengaruh Posisi *Head Up* 30° terhadap Saturasi Oksigen Pasien *Non Hemorrhagic Stroke* di Ruang Melati 2b RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya (Syahrunisa et al., 2024)	Pemberian Posisi *Head Up* 30° Sebagai Upaya untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen pada Pasien *Stroke Hemoragik* dan *Non Hemoragik* (Ekacahyaningtyas et al., 2020)	Penerapan Posisi *Head Up* 30 Derajat untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen pada Pasien *Non Hemorrhagic Stroke* di IGD RSUD Karanganyar (Hermawati & Setiyawan, 2023)	Pemberian Posisi *Head Up* 30° terhadap Saturasi Oksigen pada Pasien Stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Indriati (Rahayu & Mustikarani, 2023)
P= Problem	Sampel terdiri dari 2 orang yang sedang dirawat 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.	Sampel terdiri dari 1 orang pasien stroke di IGD RS Indriati
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°	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pemberian posisi *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 mengoptimalkan pasokan oksigen ke jaringan otak.	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 serebral, dan mencegah terjadinya peningkatan TIK	Dalam penelitian ini dilakukan untuk menghindari terjadinya gangguan persyarafan yang mengakibatkan gangguan proses difusi oksigen pada alveolus di paru-paru yang menjadi penyebab kurangnya kadar oksigen dalam darah
O= Outcome	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh terdapat kenaikan kadar saturasi oksigen yang signifikan sebelum dan sesudah dilakukan *head up* 30° pada pasien stroke	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa posisi kepala pada sudut 30° memiliki dampak signifikan pada pasien *Non Hemorrhagic Stroke*	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	Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh pemberian posisi *head up* 30° selama 30 menit dengan observasi prepost efektif 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	Tindakan ini dilakukan selama 30 menit

d. Hasil Telaah Jurnal

Head up ini bertujuan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK. Pada kasus yang ditemukan di ruangan Seruni RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar, sebelum dilakukan tindakan *head up* 30° pada Ny. L hasil pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah: 140/90 mmHg, RR: 20x/menit, SPO2: 95%, nadi: 76x/menit, reaksi pupil (2 mm), kesadaran compos mentis GCS 15 (M6V5E4), hasil pemeriksaan CT-scan Kesan: Multiple infark lacunar cerebri bilateral. Setelah dilakukan head-up 30◦ didapatkan hasil tanda-tanda vital tekanan darah: 140/80 mmHg, nadi:100x/menit RR:20 x/menit, SpO2: 98%, reaksi pupil (2 mm) kesadaran tetap compos mentis GCS 15 (M6V5E4).

Penelitian ini didukung oleh Hermawati & Setiyawan, (2023) dimana dijelaskan bahwa posisi *head up* yang bisa digunakan dalam memperbaiki SpO2 dan mengurangi peningkatan TIK yaitu; head-up 30° dan kebanyakan penelitian yang menganjurkan posisi elevasi kepala 30° dalam praktik *Evidance Based Nursing* (EBN) karena sangat bermanfaat dalam perubahan hemodinamik dan juga efektif dalam meningkatkan saturasi oksigen. Dari hasil studi kasus tentang penerapan posisi *head up* 30 derajat untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien *Non Hemorrhagic Stroke* didapatkan hasil bahwa terdapat perubahan saturasi oksigen sebelum dan sesudah dilakukan tindakan posisi *head up* 30 derajat. Nilai saturasi oksigen sebelum diberikan posisi *head up* 30 derajat yaitu 94% dan sesudah diberikan posisi *head up* 30 derajat selama 30 menit saturasi meningkat yaitu 97%.

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Santama et al., (2025) yang melakukan penelitian terkait Implementasi posisi *head up* 30° terhadap saturasi oksigen

pasien *non hemoragik* dan membandingkan antara pasien I dan pasien II. Sebelum melakukan *head up* 30° hasil pengkajian saturasi oksigen sebelum implementasi pada subyek I 95%, sedangkan pada subyek II yaitu 93%. Kadar saturasi subyek II lebih rendah dibandingkan subyek I, namun setelah dilakukan pemberian posisi *head up* 30° maka kedua pasien tersebut mengalami peningkatan yaitu pada subyek I menjadi 97% dan subyek II menjadi 96%, dengan rata-rata kenaikan saturasi oksigen pada kedua subyek yaitu 1.67% per hari. Meninggikan posisi kepala mampu meningkatkan aliran darah otak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, yang menyebabkan peningkatan nilai saturasi oksigen. Pemberian posisi *head up* pada pasien stroke dapat memperbaiki status hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

Pada kedua jurnal pendukung yang sudah di paparkan dan di dukung oleh hasil dari intervensi yang dilakukan di ruangan Seruni RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar selama 3 hari, maka dapat disimpulkan bahwa pasien dengan resiko peningkatan Tekanan Intrakranial dan mengalami penurunan saturasi oksigen dapat menerapkan *Evidance Based Nursing (EBN)* yaitu pemberian posisi head-up 30° yang terbukti efektif dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien di RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Setelah membahas tinjauan pustaka dan melakukan asuhan keperawatan medikal bedah *Non Hemoragik Stroke* pada Ny. L di ruang rawat inap Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada Ny. L faktor penyebab terjadinya *Non Hemorragik Stroke* (NHS) adalah usia, jenis kelamin, riwayat penyakit keturunan (stroke, hipertensi dan jantung), riwayat hipertensi, pola makan mengkonsumsi makanan tinggi lemak, dan kurang aktivitas fisik tidak berolahraga. Tanda dan gejala NHS yang ditemukan pada pasien adanya kelemahan di seluruh ekstremitas (*hemiparese dupleks*) bibir mencong ke kiri, kekuatan otot dan rentang gerak menurun, pusing, TD= 170/70 mmHg, MAP= 103 mmHg, kerusakan *nervus* V *trigeminus* (motorik). *nervus* VII *fasialis* (motorik), *nervus* VIII *vestibulo acusticus* (*vestibularis*), *nervus* XI *accesorius*, *nervus* XII *hypoglosus,* dan pemeriksaan CT-scan kepala: Multiple infark lacunar cerebri bilateral.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. L adalah risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi, gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot, dan ansietas b.d kebutuhan tidak terpenuhi.

3. Perencanaan Keperawatan

Dari rencana keperawatan yang telah penulis susun, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis; meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, tindakan kolaborasi dan penyuluhan serta intervensi keperawatan berbasis EBP. Intervensi

dapat terlaksana dengan baik karena penulis bekerjasama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan dan sarana yang ada di Rumah Sakit.

4. **Implementasi Keperawatan**

   Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi keperawatan terlaksana dengan baik.

5. **Evaluasi Keperawatan**

   Dari hasil evaluasi yang dilakukkan, dari tiga diagnosa ada satu diagnosis yang belum teratasi yaitu ganggun mobilitas fisik, dan dua diagnosa teratasi sebagian karena perawatan pasien stroke membutuhkan jangka waktu yang lama sehingga membutuhkan perawatan lanjutan.

6. **Dokumentasi**

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

B. SARAN

1. **Bagi Rumah Sakit**

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

2. **Bagi Profesi Keperawatan**

   Diharapkan lebih memodifikasi lagi tentang asuhan keperawatan pasien *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) dengan melakukan asuhan keperawatan contohnya posisi head-up 30°, dan ROM pasif/aktif dan beberapa tindakan lainnya.

3. **Bagi Institusi Keperawatan**

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

DAFTAR PUSTAKA

American Stroke Association. (2024). *About Stroke*. American Stroke Association. https://www.stroke.org/en/about-stroke

Anandika, D. D. (2021). Tinjauan klinis CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy). *Continuing Medical Education*, *48*(8), 277–281. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-69424-7.00041-7

Darmawan, I., Wahyuni, E., & Anugrahwati, R. (2023). Studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik di Rumah Sakit Hermina Bekasi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik (JIKA)*, *6*(1), 25–33. https://doi.org/10.48079/jikal.v6i1.98

Devi, P. S., Marisa, D. E., Rouf, A., & Windiani, N. A. (2024). Asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik di ruangan stroke unit RSD Gunung Jati Kota Cirebon. *MEJORA : Medical Journal Awatara*, *2*(2), 73–78. file:///C:/Users/ACER/Downloads/P17240201002_MILA AMALIA GRISELDA_KTI SEMHAS.pdf

Ekacahyaningtyas, M., Setyarini, D., Agustin, W. R., & Rizqiea, N. S. (2020). Posisi head up 30o sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik. *ADI HUSADA Nursing Journal*, *3*(2). https://adihusada.ac.id/jurnal/index.php/AHNJ/article/view/98/63

Ezra. (2024). Pemberian oksigenisasi dan posisi head up dalam mengatasi kegawatan breathing circulation pada pasien stroke iskemik di IGD RS TK. II Moh. Ridwan Meuraksa [Universitas Kristen Indonesia]. In *Universitas Kristen Indonesia Institutional Repositiry*. http://repository.uki.ac.id/18230/#

Fauziah, N., Roni, F., Pratiwi, T. F., Fitriyah, E. T., & Wijaya, A. (2024). Asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitasfisik menggunakan terapi genggam bola karet di ruang Abimanyu Rsud Jombang. *Jurnal Riset Kesehatan Modern*, *6*(3), 36–44.

Hasibuan, F. P. M. (2021). Asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke iskemik dengan risiko gangguan integritas kulit di RSUD Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah. In *Poltekes Kemenkes Medan* (Vol. 75, Issue 17). Poltekes Kemenkes Medan.

Hermawati, L. P., & Setiyawan. (2023). Penerapan Posisi Head Up 30 Derajat Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di IGD RSUD Karanganyar. *PRODI Ners Program Profesi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 7.

Insani, M. (2021). *Asuhan keperawatan diabetes mellitus dan asuhan keperawatan stroke*. Deepublish. https://play.google.com/books/reader?id=u_MeEAAAQBAJ&pg=GBS.PA129

Kanu, R. (2021). Asuhan keperawatan pada Tn. P.K dengan stroke non haemoragic di Rumah Sakit Bayangkara Kota Kupang. *Politeknik Kesehatan Kupang*, *75*(17), 399–405.

KEMENKES. (2024). *Cegah stroke dengan aktivitas fisik*. KEMENKES. https://kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/cegah-stroke-dengan-aktivitas-fisik

Kiding, V., & Wullur, V. M. (2022). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemorrahagic Stroke (NHS) di Ruang Santa Bernadeth III di Rumah Sakit Stella Maris Makassar*. STIK Stella maris makassar.

Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan keperawatan stroke untuk*

mahasiswa dan perawat profesional (Guepedia/Br (ed.)). Guepedia Group. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=cO9ZEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=info:qT_Yj9UjutYJ:scholar.google.com/&ots=TjGh8qjf3J&sig=ESfcKgQAZRBwI-L98Y1QEBz4Z94&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

LeWine, H. E. (2023). Lacunar stroke. *Harvard Health Publishing*. https://www.health.harvard.edu/a_to_z/lacunar-stroke-a-to-z

Meze, A. (2023). Asuhan keperawatan pada Tn. A.A dengan diagnosa medis stroke non hemoragik di ruangan penyakit dalam III RSUD Ende. *Politeknik Kesehatan Kupang*, *VIII*(I), 1–19.

Mezza, Z. P. S. (2024). *Asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke hemoragik dengan ansietas di ruang Aster Timur RSUD Budi Asih Jakarta Timur* [Universitas Mohammad Husni Thamrin]. http://library.oum.edu.my/repository/725/2/Chapter_1.pdf

Neurotorium. (2024). *Lacune and small vessel disease*. Neurotorium. https://neurotorium.org/image/lacune-and-small-vessel-disease/

Nurohim. (2024). *Hubungan Activity of Daily Living (ADL) dengan depresi pada pasien stroke di Rumah Sakit Mitra Siaga Tarub* [Universitas Bhamada Slawi]. http://repository.bhamada.ac.id/620/#

Paranduk, M., & Yabarmase, M. (2022). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragic Stroke (NHS) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar*. STIK Stella Maris Makassar.

Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, *12*. https://jurnalsandihusada.polsaka.ac.id/JIKSH/article/view/435/317

Rahayu, P. P., & Mustikarani, I. K. (2023). Pemberian posisi head up 30° terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke di Instalasi Gawat

Darurat Rumah Sakit Indriati. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta*, *10*.

Rahman, F. S. (2023). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Jombang. In *Repositori Institut Teknologi Sains dan Kesehatan: Vol. VIII* (Issue I).

Rengil, B. R., & Febrianti, B. (2024). Asuhan keperawatan pada pasien dengan non hemoragik stroke di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar. In *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar*. STIK Stella Maris Makassar.

Retnaningsih, D. (2023). *Asuhan keperawatan pada pasien stroke* (M. Nasrudin (ed.)). Nasya Expanding Management. https://play.google.com/books/reader?id=iYW7EAAAQBAJ&pg=GBS.PP1

Sakti, S. P. N. S. (2022). Presus tic facialis sinistra pada riwayat operasi benjolan. *Jurnal Kesehatan Dan Fisioterapi (Jurnal KeFis)*, *2*(September), 7–13.

Santama, O. R., Immawati, & Utami, I. T. (2025). Implementasi posisi head up 30o terhadap saturasi oksigen pasien stroke non hemoragik. *Jurnal Cendekia Muda*, *5*, 136–144.

Shiddieq, A. S. (2024). *Penerapan posisi head up 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke haemoragic post operasi cranitomi di instalasi bedah sentral RSUD Karawang* [Poltekkes Kemenkes Yogyakarta]. http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/id/eprint/17427

Souhoka, S., & Palamba, S. (2023). Asuhan keperawatan pada pasien dengan Non-Hemorhagic Stroke (NHS) di ruang ST. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar. In *STIK Stella Maris Makassar*.

Survei Kesehatan Indonesia. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) dalam angka. In D. D. Statistik (Ed.), *Kemenkes BKPK*. Badan Pusat

Statistik.

Syahrunisa, A. L., Ariyani, H., Solihatun, Y., & Muksin, A. (2024). Pengaruh posisi head up 30° terhadap saturasi oksigen pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Melati 2b Rsud Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Student Health Journal*, *1*(3). https://journal.umtas.ac.id/SENAL/article/view/5155/2450

Tamam, B. (2020). Faktor risiko terhadap kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Koesnadi Bondowoso [Universitas Muhammadiah Jember]. In *Unmuh Jember*. http://repository.unmuhjember.ac.id/6835/

Tika, D., & Festinawati. (2024). *Asuhan keperawatan pada Tn. O dengan non hemoragik stroke (NHS) di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar* [STIK Stella Maris Makassar]. http://repository.stikstellamarismks.ac.id/1151/

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (I). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

World Health Organization. (2024). *Stroke, cerebrovascular accident*. World Health Organization. https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

POSISI *HEAD UP* 30 DERAJAT

DISUSUN OLEH:

ESTERLINA SAMBOPAILLIN (NS2414901053)

EVA RESKI. P (NS2414901007)

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR

2024/2025

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	**:**	Posisi *Head Up* 30°
Sub Pokok Bahasan	**:**	Penerapan posisi *head up* 30° dalam pemenuhan kebutuhan oksigenisasi pada pasien stroke
Sasaran	**:**	Ny. L
Tempat	**:**	Ruangan Seruni Rs Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar
Hari/Tanggal	**:**	17 Mei 2025
Waktu	**:**	30 menit
Penyuluh	**:**	Esterlina Sambopaillin
		Eva Reski. P

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah diberikan pendidikan kesehatan diharapkan pasien dapat melakukan dan mempertahankan posisi *head up* 30°

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 30 menit diharapkan pasien mampu

1. Menjelaskan pengertian *head up* 30°
2. Mengetahui prosedur pemberian *head up* 30°
3. Menyebutkan tujuan pemberian *head up* 30°

C. Materi (Terlampir)

1. Pengertian *head up* 30°
2. Prosedur *head up* 30°
3. Tujuan *head up* 30°

D. Waktu

Pendidikan kesehatan akan dilakukan selama kurang lebih 30 menit

E. Alat dan Bahan

1. Materi
2. Leaflet
3. Flipcard

F. Metode Pembelajaran

Metode penyuluhan akan dilakukan dengan jenis metode ceramah

G. Rangkaian Kegiatan Penyuluhan

No.	Kegiatan	Metode	Media	Waktu
1.	Pembukaan a. Memberikan salam terapeutik b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan d. Kontrak waktu penyuluhan	Lisan		5 menit
2.	Pelaksanaan a. Menjelaskan pengertian *head up* 30° b. Menyebutkan prosedur *head up* 30° c. Menyebutkan tujuan posisi *head up* 30°	Ceramah, Tanya jawab	Leaflet dan Flipcard	20 menit
3.	Penutup a. Melakukan evaluasi b. Menyimpulkan materi c. Salam terapeutik	Ceramah, Diskusi, Tanya jawab	Leaflet	5 menit

H. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

a. Peserta hadir dalam kegiatan
b. Penyelengaraan penyuluhan dilaksanakan oleh mahasiswa di Ruangan Seruni RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar
c. Kontrak waktu dengan sasaran sebelum dilakukan penyuluhan Kesehatan

2. Evaluasi Proses

a. Penyuluhan dimulai tepat waktu dan sesuai dengan sasaran
b. Partisipasi peserta yang hadir
c. Media dapat digunakan dengan baik
d. Peserta dan keluarga dapat mengikuti penyuluhan sampai selesai

3. Evaluasi Hasil

a. Mampu menjelaskan pengertian *head up* 30°
b. Mampu mengetahui prosedur pemberian *head up* 30°
c. Mampu menyebutkan tujuan pemberian *head up* 30°

MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian

Posisi *head up* 30° adalah posisi untuk menaikan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30° dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar (Rahayu & Mustikarani, 2023).

Posisi elevasi kepala adalah posisi berbaring dengan bagian kepala pada tempat tidur di tinggikan 30° dengan indikasi tidak melakukan manuver pada daerah leher dan ekstremitas bawah dalam posisi lurus tanpa adanya fleksi. Posisi elevasi kepala hampir sama dengan semi fowler yaitu dengan cara meninggikan bagian kepala 15 derajad – 30 derajat dapat memakai bantalan atau menggunakan tempat tidur fungsional yang dapat diatur secara otomatis (Shiddieq, 2024).

Pengaturan posisi *head up* 30 derajat pada pasien stroke bertujuan untuk mengoptimalkan aliran balik vena, yang berperan penting dalam meningkatkan metabolisme jaringan serebral dan memperlancar aliran oksigen ke otak. Posisi ini juga membantu memaksimalkan fungsi otak, yang berkontribusi pada peningkatan keadaan hemodinamik dan pengurangan tekanan intrakranial (Ezra, 2024).

Oksigen adalah kebutuhan penting seluruh makhluk hidup, dan untuk memastikan bahwa tubuh menerima cukup oksigen, saturasi oksigen diukur untuk mengetahui persentase oksigen yang ada dalam darah, udara yang dihirup, atau air yang diminum. Penilaian saturasi oksigen ini menjadi kunci dalam pemantauan dan pengelolaan kondisi pasien stroke, guna mendukung proses penyembuhan dan mencegah komplikasi lebih lanjut (Ezra, 2024).

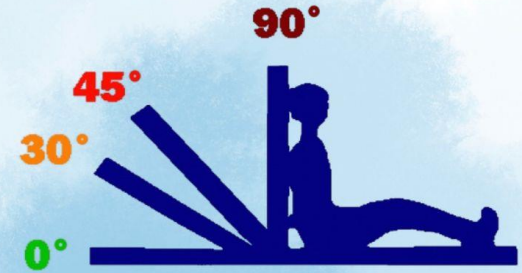
2. Prosedur *Head Up* 30°

Prosedur pemberian *head up* 30° pada pasien risiko perfusi serebral tidak efektif adalah:

a. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang
b. Atur posisi kepala lebih tinggi dalam keadaan datar tanpa fleksi, ekstensi atau rotasi.
c. Selanjutnya atur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 15 derajat dan kemudian setinggi 30 derajat.
d. Luruskan ekstremitas bawah. Hindari dari fleksi dimana posisi fleksi akan meningkatkan tekanan intra abdomen (Shiddieq, 2024).

3. **Tujuan Elevasi Kepala 30°**
    a. Menurunkan tekanan intracranial
    b. Memberikan kenyamanan pada pasien
    c. Memperlancar aliran oksigen ke otak
    d. Efektif mempertahankan tingkat kesadaran

PENERAPAN POSISI ELEVASI KEPALA 30°

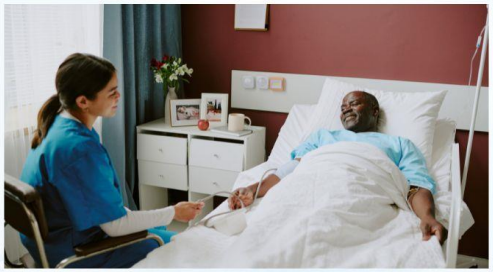


ESTERLINA SAMBOPAILLIN
EVA RESKI. P

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

ELEVASI KEPALA !!

Posisi elevasi kepala 30° adalah posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30° dan posisi tubuh dalah keadaan sejajar (Rahayu & Mustikarani, 2023)



PROSEDUR ELEVASI KEPALA 30°

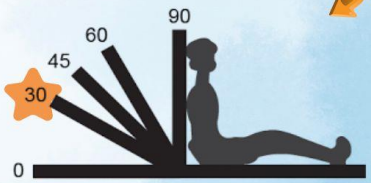
1. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang



2. Atur posisi kepala lebih tinggi dalam keadaan datar tanpa fleksi, ekstensi atau rotasi



3. Atur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 15° & kemudian setinggi 30°



4. Luruskan ekstremitas bawah. Hindari dari fleksi, posisi fleksi akan meningkatkan tekanan intra abdomen



MANFAAT



Pemenuhan kebutuhan oksigen ke otak





Melancarkan aliran darah



Efektif mempertahankan tingkat kesadaran



Meningkatkan kenyamanan





Menurunkan tekanan intracranial

DAFTAR PUSTAKA

Rahayu, P. P., & Mustikarani, I. K. (2023). Pemberian posisi head up 30° terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Indriati. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta, 10

Shiddieq, A. S. (2024). Penerapan posisi head up 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke haemoragic post operasi cranitomi di instalasi bedah sentral RSUD Karawang [Poltekkes Kemenkes Yogyakarta].



Lampiran 3

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS
TERAKREDITASI BAN-PT dan LAM-PTKes
Responsiveness, Integrity, Caring, and Hospitality
Jl.Maipa No.19, Makassar | Telp.(0411)-8005319 | Website: www.stikstellamarismks.ac.id | Email: sekretariat@stikstellamarismks.ac.id

Nomor: 422/STIK-SM/KEP/S-1.193/VI/2025
Perihal: Permohonan Izin

Kepada Yth.
Direktur Rumah sakit Akademis
Jaury Jusuf Putera
Di
Tempat

Dengan hormat,
Dalam rangka penyusunan tugas akhir karya ilmiah Mahasiswa(i) STIK Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2024/2025, melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu, untuk kiranya dapat menerima Mahasiswa(i) berikut ini:

No.	NIM	Nama Mahasiswa	Dosen Pembimbing
1	NS2414901007	Eva Reski P.	Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.,P.hD
2	NS2414901053	Esterlina Sambopaillin	Fitriyanti Patarru', Ns.,M.Kep.

Program Studi : Profesi Ners
Tingkat semester : II / Genap
Tujuan Izin : Permohonan Data Frevalensi Pasien Stroke dan NHS tahun 2023 – Mei 2025

Maka sehubungan dengan kegiatan tersebut, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami.

Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Makassar,19 Juni 2025
Ketua STIK Stella Maris Makassar,

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

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : - Esterlina Sambopaillin (NS2414901053)
- Eva Reski. P (NS2414901007)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang Seruni Rumah Sakit Akademis Makassar

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

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	Jumat, 16-05-2025	Pengajuan Judul			
2.	Senin, 26-05-2025	Konsul BAB III dan EBN 7. Tambahkan pemeriksaan penunjang, obat dan diagnosa keperawatan di dalam satu lembar ilustrasi kasus. 8. Tambahkan dipengkajian kebiasaan pasien yang menyebabkan hipertensi. 9. Sesuaikan data subjektif dan objektif sesuai SDKI. 10. Lengkapi hasil implementasi. 11. Buat evaluasi setiap shift. Lengkapi SOAP pada Plan, intervensi apa yang ingin dilanjutkan. 12. Data di SLKI terjawab di evaluasi.			
3.	Senin, 02-06-2025	Konsul BAB III dan EBN – Masukkan hasil TD dan MAP pada evaluasi. – Perbaiki kalimat di evaluasi			

Dipindai dengan CamScanner

4.	Senin, 9 Juni 2025	Konsul pengetikan, BAB IV dan BAB V – Judul kasus pakai spasi tunggal – Perbaiki pengetikan terutama penggunaan huruf kapital. – Cantumkan kode pada diagnosa keperawatan di patoflow diagram – Implementasi di Bab IV, paparkan tindakan yang dilakukan perdiagnosa keperawatan – Tambahkan keterangan di EBN, tindakan yang dilakukan selama berapa hari. ACC BAB III, IV, dan V			

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 4

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : - Esterlina Sambopaillin (NS2414901053)
- Eva Reski. P (NS2414901007)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) di Ruang Seruni Rumah Sakit Akademis Makassar

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

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	Selasa, 03-05-2025	Konsul Bab I dan Bab II Bab I Latar belakang – Gunakan sumber primer, bukan sekunder. – Cari data dari negeri sendiri, tidak perlu data dari India – Tambahkan prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan Riskesdas terbaru. – Tambahkan prevalensi stroke di Sulawesi Selatan. – Tambahkan EBN di Bab 1 – Perbaiki peran perawat dikaitkan dengan EBN. Bab II Tinjauan teori – Tambahkan sumber gambar anatomi fisiologi – Cantumkan jenis golongan atau kategori obat. – Tambahkan diet untuk pasien stroke dan ajarkan			

Dipindai dengan CamScanner

		melakukan mobilitas sesuai level stroke – Lengkapi patoflow			
2.	Kamis, 05-06-2025	Konsul BAB I, BAB II dan patoflow – Perbaiki penulisan – Hapus teori *tic facialis* – Perbaiki penulisan diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi. – Menambahkan anjuran untuk pasien tetap menjaga kesehatan denagan menjaga gizi seimbang. – Menambahkan *discharge planning* tentang mengajarkan tingkat mobilisasi berdasarkan level stroke.			
3.	Senin, 9 Juni 2025	BAB I dan BAB 2 ACC			

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama	: Esterlina Sambopaillin
Tempat Tanggal Lahir	: Batarirak, 30 September 2001
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Tanjung Alang

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Depparepo / Sa'bulangi
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Tumangke, Desa Balla Satanetean

III. Pendidikan yang Telah Ditempuh

SD Negeri 001 Ranteliang	:Tahun 2008-2014
SMP Negeri 01 Balla	:Tahun 2014-2017
SMA Negeri 01 Balla	:Tahun 2017-2020
S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar	:Tahun 2020-2024
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	:Tahun 2024-2025

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama	:	Eva Reski. P
Tempat Tanggal Lahir	:	Parepare, 10 Oktober 1988
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Katolik
Pekerjaan	:	ASN RSUD Merauke
Alamat	:	Jl. Andi Tonro VII, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	:	L.T. Paliling / Ruth Sampebua
Agama	:	Katolik
Pekerjaan	:	Purn. POLRI / IRT
Alamat	:	Jl. Rusa, Parepare

III. Pendidikan yang Telah Ditempuh

SD Katolik 2 Parepare	: Tahun 1994-2000
SMP Negeri 1 Parepare	: Tahun 2000-2003
SMK Negeri 3 Parepare	: Tahun 2003-2006
Akademi Keperawatan Fatima Parepare (D3)	: Tahun 2006-2009
S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2022-2024
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2024-2025