KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

ESTIKA **(NS2514901020)**

FRISTY JANE ADELAIDE **(NS2514901027)**

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

2026

KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

ESTIKA **(NS2514901020)**

FRISTY JANE ADELAIDE **(NS2514901027)**

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Estika (NS2514901020)
2. Fristy Jane Adelaide (NS2514901027)

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

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

Makassar, 25 Maret 2026

yang menyatakan

Estika

Fristy Jane Adelaide

iii

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

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

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Estika (NS2514901020)

2. Fristy Jane Adelaide (NS2514901027)

Disetujui oleh

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)	(Felisima Ganut, Ns., M.Kep)
NIDN: 0904078805	NIDN: 0912089302

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN: 0913068201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama	: 1. Estika	(NS2514901020)
	2.Fristy Jane Adelaide	(NS2514901027)
Program Studi	: Profesi Ners	
Judul KIA	: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.	

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	: Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep	(.....)
Pembimbing 2	: Felisima Ganut, Ns., M.Kep	(.....)
Penguji 1	: Fransiska A.E.R.S., Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB., Ph.D	(.....)
Penguji 2	: Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes	(.....)

Ditetapkan di : **Makassar**
Tanggal : **25 Maret 2026**

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang Bertanda Tangan di bawah ini:

Nama:
Estika (NS2514901020)
Fristy Jane Adelaide (NS2514901027)

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, 25 Maret 2026

Yang menyatakan

Estika

Fristy Jane Adelaide

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Masa 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 Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris 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 mendapatkan banyak dukungan dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Fransiska A.E.R.S., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar dan selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
2. Serlina Sandi, Ns., M.Kep.Ph.D selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon, Ns., M.Kep selaku Ketua II Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Nikodemus Silli Beda, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Wirmando, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep selaku Sekretaris Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar.

7. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku Dosen Pembimbing I dan Felisima Ganut, Ns.M.Kep selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Siprianus Abdu, S.Si., Ns.M.Kes selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti Pendidikan.
10. Teristimewa kepada orang tua dari Estika, Bapak Dominggus dan Mama Mery serta saudara dan segenap keluarga besar yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
11. Teristimewa kepada orang tua Fristy Jane Adelaide, Mama Herlina Bura Andong, kedua adik dan segenap keluarga besar yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
12. Seluruh teman- teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan.

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 dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, 25 Maret 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL ..... **ii**
PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **iii**
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **iv**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **v**
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **vi**
KATA PENGANTAR ..... **xii**
DAFTAR ISI ..... **ix**
DAFTAR GAMBAR ..... **ixii**
DAFTAR TABEL ..... **ixiii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xiv**
BAB I PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang **1**
B. Tujuan Penulisan 6
1. Tujuan Umum 6
2. Tujuan Khusus 6
C. **Manfaat Penulisan** 6
1. Bagi Instansi Rumah Sakit 6
2. Bagi Profesi Keperawatan 7
3. Bagi Institusi Pendidikan 7
D. Metode Penulisan 7
1. Studi Kepustakaan/ literatur 7
2. Studi Kasus 7
E. Sistematika Penulisan 9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA **10**
A. Konsep Dasar Medis 10
1. Pengertian Non Hemoragik Stroke 10
2. Anatomi Fisiologi 11
3. Etiologi 16
4. Patofisiologi 17
5. Patway Non Hemoragik Stroke 19
6. Manifestasi Klinik 24
7. Tes Diagnostik 24

8. Penatalaksanaan Medik 27
9. Komplikasi 30
B. Konsep Dasar Keperawatan 32
1. Pengkajian 32
2. Diagnosis Keperawatan 36
3. Intervensi Keperawatan 37
4. Perencanaan Pulang (*Discharge planning*) 43
BAB III PENGAMATAN KASUS 45
A. Ilustrasi Kasus 45
B. Kajian Keperawatan Kritis 46
C. Identifikasi Masalah 63
D. Diagnosa Keperawatan 66
E. Intervensi Keperawatan 67
F. Implementasi Keperawatan 71
G. Evaluasi Keperawatan 79
BAB IV PEMBAHASAN 106
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 106
1. Pengkajian 106
2. Diagnosis Keperawatan 109
3. Intervensi Keperawatan 110
4. Implementasi Keperawatan 112
5. Evaluasi 113
B. Pembahasan Penerapan EBN 114
1. Judul EBN 114
2. Diagnosa keperawatan 114
3. Luaran yang diharapkan 114
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN: 114
C. Pembahasan Tindakan keperawatan sesuai EBN 115
1. Pengertian Tindakan 115
2. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep 115
3. PICOT EBN 115
D. Kesimpulan PICOT 118
BAB V PENUTUP 119
A. Kesimpulan 119

B. Saran 120
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak.....9

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer 44
Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang 59
Tabel 3.3 Analisa Data.....61
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan 64
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan 65
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....69
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan……100
Tabel 3.8 Analisis PICOT……114

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi Karya Ilmiah Akhir (KIA)

Lampiran 2 Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di era modern saat ini, penyakit tidak menular menjadi salah satu penyebab utama kematian di dunia terutama di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Stroke bukan hanya terjadi pada orang lanjut usia melainkan juga pada usia muda. Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga dan penyebab kecacatan nomor satu di seluruh dunia sebanyak 80-85% merupakan Non Hemoragik Stroke. Pada Non Hemoragik Stroke (NHS) terdapat sumbatan yang disebabkan oleh thrombus (bekuan) yang terbentuk didalam pembuluh darah otak, hal ini menyebabkan gangguan pasokan oksigen dan nutrisi di otak sehingga terjadi kerusakan jaringan otak (Nugraheni & Anita, 2025).

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (2025) pada tahun 2021 stroke menempati urutan ketiga sebagai penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia sekitar 93,8 juta kasus, termasuk 11,9 juta kasus baru. Menurut data dari Survei Kesehatan Indonesia (2023), jumlah kasus penyakit stroke di Indonesia mencapai 8,3% atau sekitar 638.178 orang. Berdasarkan kelompok usia, kasus stroke paling banyak terjadi pada usia di atas 75 tahun sebanyak (41,3%), sedangkan paling sedikit pada usia 15-24 tahun sebanyak (0,1%). Di Sulawesi Selatan angka kejadian stroke pada tahun 2018 mencapai 10,6%. Prevalensi tertinggi terjadi pada usia ≥75 tahun sebanyak (48,2%), dan stroke lebih banyak terjadi di perkotaan sebanyak (12,3%) dibanding pedesaan sebanyak (9,4%).

Stroke dapat terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan sebagian otak tidak mendapatkan pasukan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan (Syifa et al., 2024).

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya stroke seperti hipertensi, diabetes melitus, kadar kolesterol tinggi, penyakit jantung, obesitas, merokok, serta kurangnya aktivitas fisik. Hipertensi merupakan faktor risiko paling dominan karena tekanan darah yang tinggi dapat merusak dinding pembuluh darah sehingga mempermudah terbentuknya sumbatan atau terjadinya perdarahan pada pembuluh darah otak (Puspitayanti et al., 2025). Hal ini didukung oleh penelitian Jamini et al (2020), yang menyatakan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko paling dominan dalam kejadian stroke dibandingkan faktor risiko lainnya. Kondisi ini menimbulkan berbagai tanda dan gejala yang muncul secara tiba- tiba seperti kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegia), wajah tampak mencong, kesulitan berbicara atau berbicara menjadi tidak jelas (disartria), serta penurunan tingkat kesadaran. Apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat, stroke dapat menimbulkan berbagai komplikasi seperti edema serebral (pembengkakan otak), peningkatan tekanan intrakranial, pneumonia aspirasi akibat gangguan menelan, serta luka tekan (dekubitus) (Wulandari et al., 2024).

Fase akut Non Hemoragik Stroke yang umumnya berlangsung sekitar 7 hari pertama pasca serangan, penanganan yang cepat, tepat, dan komprehensif sangat krusial untuk meningkatkan perfusi serebral serta mencegah kerusakan jaringan otak yang lebih luas akibat kekurangan oksigen dan nutrisi. Upaya ini dilakukan melalui pemantauan tekanan darah secara ketat dengan menjaga dalam rentang aman (sekitar 140–180 mmHg) agar aliran darah ke otak tetap optimal tanpa memperparah kondisi iskemik, pemberian cairan isotonik untuk mempertahankan volume sirkulasi dan mencegah dehidrasi, serta pemberian terapi trombolitik dalam waktu 3–4,5 jam sejak onset gejala guna melarutkan bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. Selain itu, pemantauan neurologis yang intensif diperlukan untuk mendeteksi secara dini adanya penurunan kesadaran, peningkatan

tekanan intrakranial, maupun komplikasi lainnya. Tindakan keperawatan juga berperan penting, seperti pemberian posisi head-up 30° untuk membantu menurunkan tekanan intrakranial dan meningkatkan aliran darah ke otak, serta pemberian oksigen guna mempertahankan saturasi di atas 94% agar kebutuhan oksigen jaringan otak terpenuhi (Kurniawan, 2021). Sehingga peran perawat sangat penting pada fase akut karena perawat merupakan tenaga kesehatan berada di garis terdepan dalam melakukan pemantauan kondisi pasien secara kontinu, mengobservasi perubahan klinis secara dini, serta memberikan intervensi cepat dan tepat untuk mencegah perburukan kerusakan otak dan meningkatkan pemulihan pasien.

Penderita non hemoragik stroke biasanya mengalami penurunan kesadaran yang disebabkan karena pembuluh darah mengalami sumbatan yang membuat aliran darah ke otak terhenti, sehingga bagian otak yang terkena tidak mendapat oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan. Tanda dan gejalanya yang menyertai biasanya sakit kepala, mual dan muntah yang merupakan dampak dari peningkatan tekanan intrakranial pada pasien stroke (Putra, 2025). Berdasarkan kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran perlunya pemantauan dan penanganan yang intensif di ICU seperti pemantauan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, dan saturasi oksigen secara kontinu menggunakan monitor. Selain itu dilakukan juga pemantauan tingkat kesadaran secara berkala, misalnya dengan penilaian *Glasgow Coma Scale* (GCS), untuk mengetahui perkembangan kondisi neurologis pasien (Jamil et al., 2025). Selain itu untuk menjaga kestabilan neurologis pasien dibutuhkan tindakan mandiri perawat, berlandaskan penerapan *Evidence-Based Nursing* (EBN).

EBN merupakan salah satu strategi dalam pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan teori dan hasil penelitian. Salah satu pendekatan *non farmakologis* yang dapat digunakan dalam

meningkatkan kesadaran pasien non hemoragik stroke adalah terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST). Terapi FAST merupakan suatu intervensi dimana pasien yang menerima intervensi mendengarkan suara yang direkam secara digital, rekaman tersebut merupakan rekaman suara orang yang dikenal dekat dengannya, rekaman berisi suatu kisah yang berkesan dengan pasien (Aripratiwi et al., 2020). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rahmadhani et al (2025), menunjukkan bahwa nilai GCS meningkat signifikan setelah diberikan terapi FAST selama 3 hari berturut-turut dimana terapi ini dapat mengaktifkan respon emosional dan memori pasien dengan memanfaatkan suara yang familiar dan signifikan bagi mereka, yang dapat merangsang bagian-bagian otak yang terlibat dalam kesadaran dan persepsi, serta membantu memulihkan tingkat kesadaran pasien. Hal ini sejalan juga dengan penelitian Firdaus et al (2024), menunjukkan bahwa nilai GCS meningkat signifikan setelah diberikan terapi FAST selama 3 hari berturut-turut dimana GCS pasien meningkat dari 10 menjadi 13. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang didapatkan oleh peneliti di ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar bahwa perawat tidak memahami terkait terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST), sehingga penting peneliti menerapkan terapi tersebut untuk meningkatkan tingkat kesadaran pasien stroke.

Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruang perawatan ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini ialah:

1. Tujuan Umum

   Memperoleh suatu pengalaman yang nyata dan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke.

2. Tujuan Khusus
   a. Melaksanakan pengkajian pada pasiendengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.
   b. Menetapkan/merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.
   c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.
   e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.
   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke di Ruang ICU.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat di dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke, sehingga perawat dapat menerapkan standar asuhan keperawatan dengan optimal dan menunjang mutu pelayanan yang berpusat pada pasien maupun pada keluarga pasien.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Sebagai masukan untuk menambah informasi, referensi dan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke sehingga mampu mengoptimalkan pelayanan Kesehatan yang komprehensif dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Non Hemoragik Stroke.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Memberikan wawasan yang lebih luas dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan dibidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik dibidang Pendidikan maupun praktik keperawatan.

D. Metode Penulisan

1. Studi Kepustakaan/ literatur

   Menggunakan literatur yang berkaitan dan relevan dengan karya ilmiah baik dari buku- buku, jurnal penelitian, laporan penelitian (skripsi, tesis, disertai), literatur internet (hasil seminar nasional atau internasional).

2. Studi Kasus

   Untuk mengumpulkan data atau informasi langsung mengenai masalah keperawatan yang dialami oleh pasien yang dapat dilakukan melalui cara:

   a. Observasi

      Perawat melihat dan mengamati secara langsung kondisi pasien selama perawatan di ruang intensive care unit pada pasien yang menderita Non Hemoragik Stroke untuk memperoleh data seperti tampak pasien lemas, pusing, kelemahan anggota gerak.

b. Wawancara

Perawat melakukan wawancara secara langsung dengan keluarga pasien dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien untuk memperoleh data subjektif mengenai keluhan pasien, Riwayat penyakit pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk mengumpulkan data pasien yang menderita Non Hemoragik Stroke dengan melakukan teknik pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke yaitu:

1) Keadaan umum: kesadaran peningkatan pola bicara, tanda tanda vital seperti kenaikan tekanan darah.
2) Pemeriksaan mata: gangguan penglihatan.
3) Pemeriksaan leher: kaku kuduk.
4) Pemeriksaan dada: napas pendek, perubahan irama jantung, takipnea.
5) Pemeriksaan ekstremitas atas, ekstremitas bawah, dan persendian: adanya edema, gangguan koordinasi, cara jalan.

d. Diskusi

Dapat melakukan diskusi dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya, dosen pembimbing institusi, perawat di Rumah Sakit, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya serta rekan mahasiswa/i untuk mencari solusi pemecahan masalah yang dialami oleh pasien.

e. Dokumentasi

Mencatat hasil dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk data - data pasien mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah tentang Non Hemoragik Stroke (NHS) ini dimulai dengan Bab I Pendahuluan dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada Bab II tinjauan Pustaka yang berisi defenisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi. Selain itu, ada juga konsep dasar keperawatan selanjutnya pada Bab III Pengamatan kasus, yang berisi ilustrasi kasus, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada Bab IV Pembahasan kasus yang berisi pembahasan askep, laporan ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktik dan pembahasan penerapan evidencebased nursing dan pada Bab V simpulan dan saran yang berisi simpulan dan saran dari keseluruhan Karya Ilmiah Akhir ini. Kemudian pada akhir Bab V dilengkapi daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian Non Hemoragik Stroke

Non Hemoragik Stroke merupakan jenis yang paling umum terjadi, disebabkan oleh penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah ke otak yang umumnya disebabkan oleh aterosklerosis, yaitu penebalan dinding pembuluh darah. Kondisi ini dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan, seperti gangguan menelan, nyeri akut, hambatan mobilitasfisik, kesulitan berkomunikasi, gangguan perawatan diri, ketidakseimbangan nutrisi, serta perfusi jaringan serebral yang tidak efektif (Nugraheni & Anita, 2025).

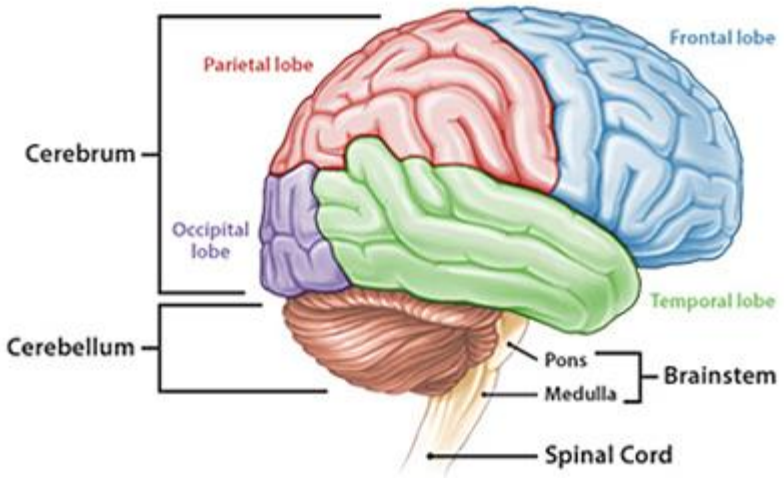
Non Hemoragik Stroke atau stroke iskemik adalah hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat gangguan suplai darah ke bagian otak yang mengakibatkan kelemahan anggota gerak tubuh, gangguan keseimbangan, gangguan pola jalan dan penurunan aktivitas fungsional (Ningrum, 2024).

Non Hemoragik Stroke adalah suatu gangguan pada otak karena terhentinya atau tersumbatnya aliran darah ke otak akibat dari iskemik, trombosis, emboli dan penyempitan lumen. Pada umunya pasien stroke non hemoragik akan mengalami gangguan sensoris dan motoris yang mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, serta hilangnya koordinasi, hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh (Fredy et al., 2024).

Berdasarkan pengertian di atas sehingga dapat disimpulkan bahwa Non Hemoragik Stroke merupakan jenis stroke yang paling sering terjadi dan disebabkan oleh penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah otak sehingga suplai darah ke otak terganggu. Kondisi ini menyebabkan hilangnya fungsi otak secara mendadak dan menimbulkan berbagai gangguan, seperti kelemahan anggota

gerak, gangguan keseimbangan dan koordinasi, kesulitan berjalan dan berkomunikasi, gangguan menelan, hambatan mobilitas, serta penurunan kemampuan fungsional dan perawatan diri.

2. Anatomi Fisiologi



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

a. Anatomi

1) Sistem saraf pusat

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

a) Otak besar (cerebrum)

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

bagian dalam yang mengandung serabut saraf. Pada otak besar terdapat beberapa lobus yaitu:

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

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

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

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

b) Batang otak

Terdapat pada anterior bagian bagian batang otak terdiri dari:

(1) Diensefalon, bagian otak paling atas terdapat di antara otak kecil danotak tengah. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporal terdapat kapsul internal dengan sudut menghadap ke samping. Fungsi dari diensefalon yaitu penyempitan pembuluh 10 darah, respiratori, mengontrol kegiatan refleks dan membantu kerja jantung.

(2) Otak Tengah

Otak tengah terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua disebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua disebelah bawah disebur korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.

(3) Pons varoli

Batang otak Tengah (brachium pontis) yang menghubungkan otak tengah dan pons varoli dengan otak kecil, terletak di depan otak kecil di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu: penghubung antara kedua bagian otak kecil dan pusat saraf nervus trigeminus.

(4) Medulla oblongata

Medulla oblongata merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu: mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernafasan dan mengontrol kegiatan refleks.

c) Otak kecil

Otak kecil terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak di pisahkan dengan serebrum oleh sulkus transversal dibelakangi oleh pons varoli dan di atas medilla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut saraf sensoris merupakan pusat koordinasi dan integrasi.

d) Sistem limbik

Sistem limbikterletak di bagian otak tenagh, membungkus batang otak. Komponen limbik antara lain hipotalamus, thalamus, amigdala, hippocampus dan 11 korteks limbik. Sistem limbik berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormon, memelihara homeostatis, rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolism dan juga memori jangka panjang (Ismoyowati, 2024).

b. Fisiologi

1) Sistem peredaran darah otak.

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

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

a) Arteri karotis internal

Arteri karotis internal dan eksternal bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulan rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dan aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis eksternal memperdarahi wajah, tiroid, lidah dan faring. Arteri karotis internal sedikit berdilatasi tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotis, di mana terdapat ujung-ujung

saraf khusus yang berespons terhadap perubahan tekanan darah arteri, yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis internal terbagi menjadi dua yaitu arteri serebral anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri ophathalmic yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan rongga udara. Bila 13 arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular.

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

b) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang cabang dari sistem vertebrobasilaris memperdarahi medula oblongata, pons cerebellum, otak tengah dan sebagian diensefalon (Ismoyowati, 2024).

3. Etiologi

Penyebab non hemoragik stroke menurut Rahayu et al (2024) antara lain:

a. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Peningkatan tekanan darah dapat disebabkan oleh aterosklerosi. Proses ini dapat menimbulkan pecahnya pembuluh darah atau timbulnya thrombus sehingga dapat mengganggu aliran darah cerebral, semkin tinggi tekanan darah maka makin tinggi kemingkinan terjadinya stroke baik perdarahan maupun iskemik.

2) Diabetes melitus

Pembuluh darah pada penderita diabetes melitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur, karena adanya peningkatan atau peningkatan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak. Hal ini dikarenakan hiperglikemia dapat merusak dinding pembuluh darah besar maupun perifer.

3) Obesitas

Stroke dapat dipengaruhi oleh tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada individu yang mengalami obesitas, kadar LDL (Low- Density Lipoprotein) cenderung lebih tinggi dibandingkan HDL (High- Denstity Lipoprotein), sehingga meningkatkan resiko gangguan pembuluh darah.

4) Merokok

Merokok merupakan faktor risiko terjadinya stroke, hal ini juga ditunjukkan pada perokok pasif. Nikotin dan karbon monoksida yang terdapat pada rokok selain dapat menurunkan kadar oksigen dalam darah, juga dapat merusak dinding pembuluh darah serta memacu terjadinya penggumpalan darah.

5) Penyakit jantung

Penyakit jantung merupakan salah satu penyebab terjadinya stroke. Jantung berperan sebagai pusat sirkulasi darah di tubuh, sehingga apabila jantung mengalami gangguan atau kerusakan, aliran darah ke seluruh tubuh, termasuk otak, akan terganggu. Kondisi ini dapat menyebabkan kematian jaringan otak secara tiba-tiba atau secara bertahap.

b. Faktor prediposisi

1) Jenis kelamin

Kejadian stroke pada laki- laki lebih sering di temukan dibandingkan perempuan pada usia yang lebih muda. Salah satu faktor yang berkontribusi adalah peran hormon testosterone. Hal ini juga mungkin lebih berhubungan dengan faktor- faktor pemicu lainnya seperti merokok dan minuman alkohol.

2) Usia

Penurunan fungsi sistem pembuluh darah akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia sehingga semakin bertambah usia maka semakin tinggi kemungkinan terjadinya *stroke*, seperti pada orang- orang lanjut usia pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh termasuk otak.

4. Patofisiologi

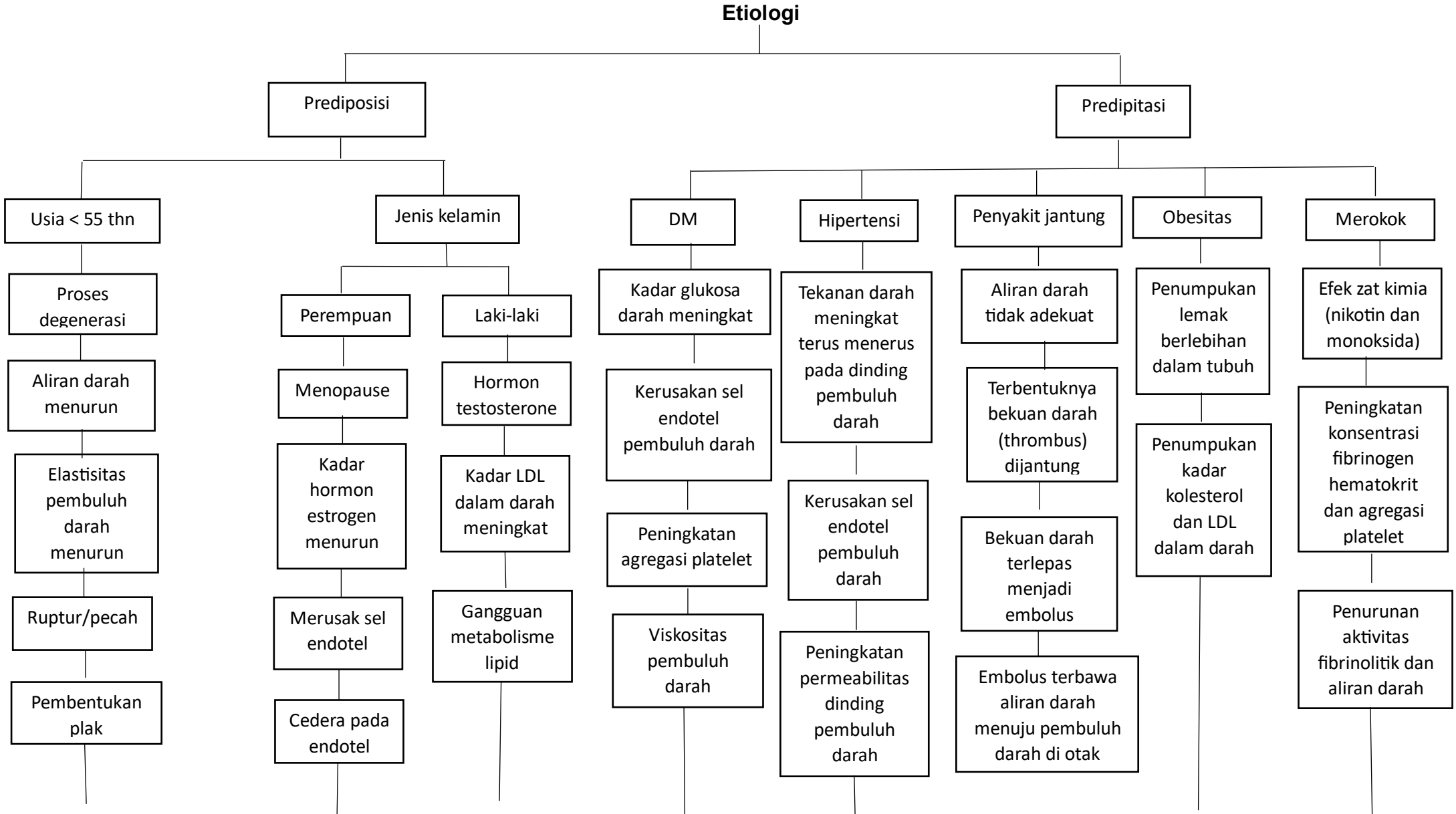
Stroke dapat dibagi menjadi stroke pada pembuluh darah besar (termasuk sistem arteri karotis) dan pembuluh darah kecil (termasuk sirkulus Willisi dan sirkulus posterior). Tempat terjadinya trombosis yang paling sering adalah titik percabangan arteri serebral utamanya pada daerah distribusi dari arteri karotis interna. Adanya stenosis arteri dapat menyebabkan terjadinya turbulensi aliran

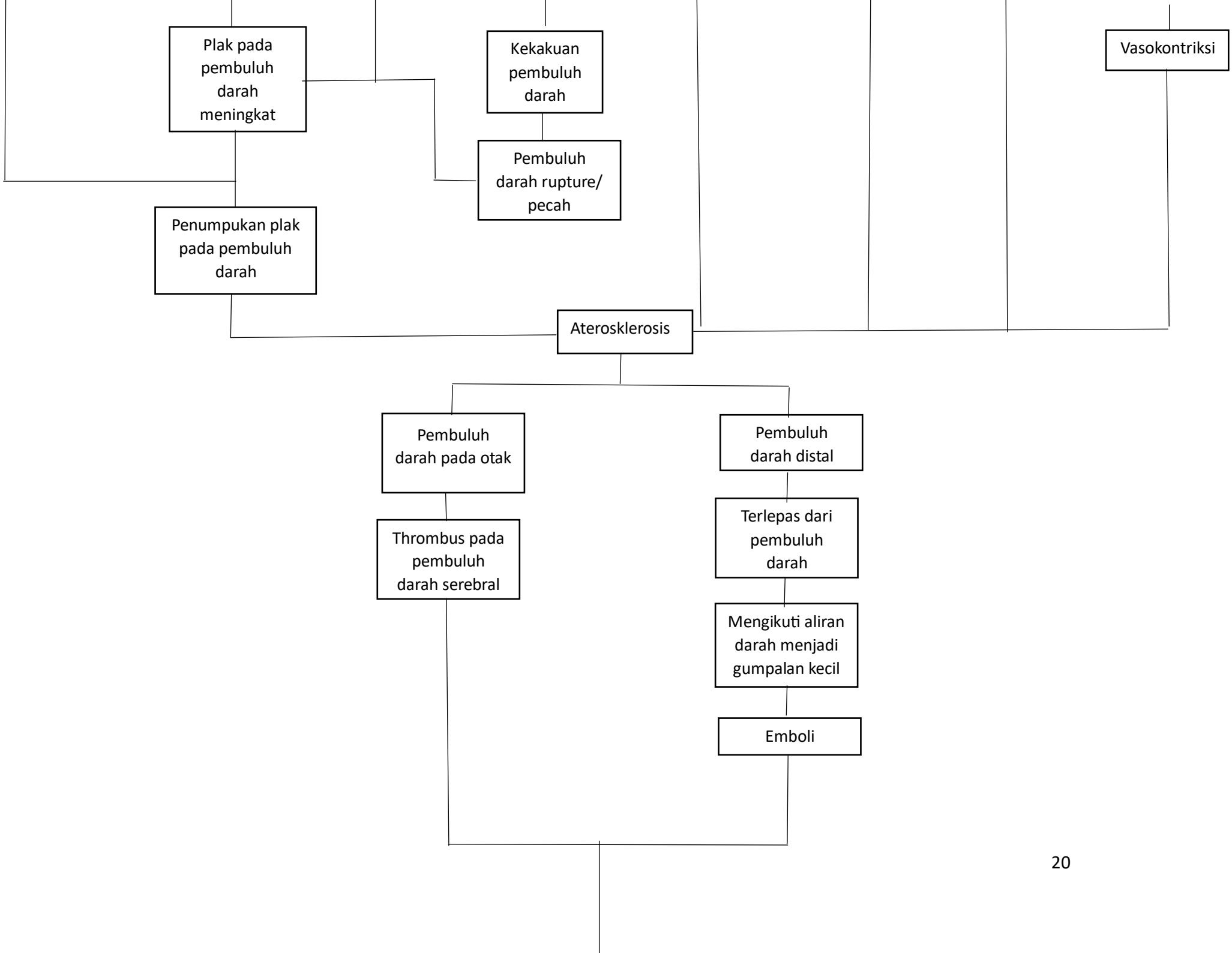
darah. Energi yang diperlukan untuk menjalankan kegiatan neuronal berasal dari metabolisme glukosa dan disimpan di otak dalam bentuk glukosa atau glikogen untuk persediaan pemakaian selama 1 menit. Bila tidak ada aliran darah lebih dari 30 detik gambaran EEG akan mendatar, bila lebih dari 2 menit aktifitas jaringan otak berhenti, bila lebih dari 5 menit maka kerusakan jaringan otak dimulai, dan bila lebih dari 9 menit manusia dapat meninggal.

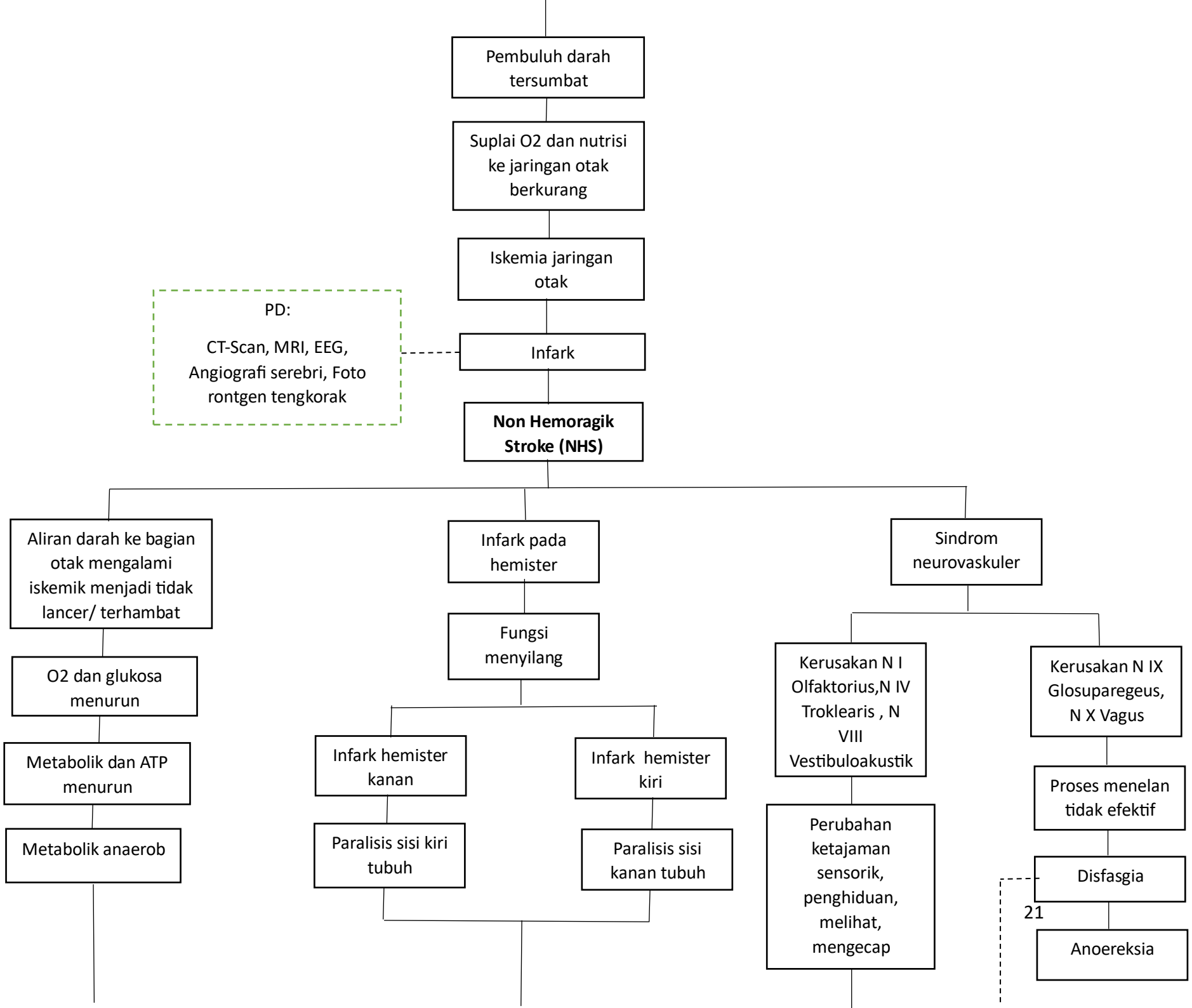
Bila aliran darah jaringan otak berhenti maka oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk pembentukan ATP akan menurun, akan terjadi penurunan Na+ K + ATP-ase, sehingga membran potensial akan menurun. K + berpindah ke ruang ekstraselular, sementara ion Na dan Ca berkumpul di dalam sel. Hal ini menyebabkan permukaan sel menjadi lebih negative sehingga terjadi membran depolarisasi. Saat awal depolarisasi membran sel masih reversibel, tetapi bila menetap terjadi perubahan struktural ruang menyebabkan kematian jaringan otak. Keadaan ini terjadi segera apabila perfusi menurun dibawah ambang batas kematian jaringan, yaitu bila aliran darah berkurang hingga dibawah 10 ml / 100 gram / menit.

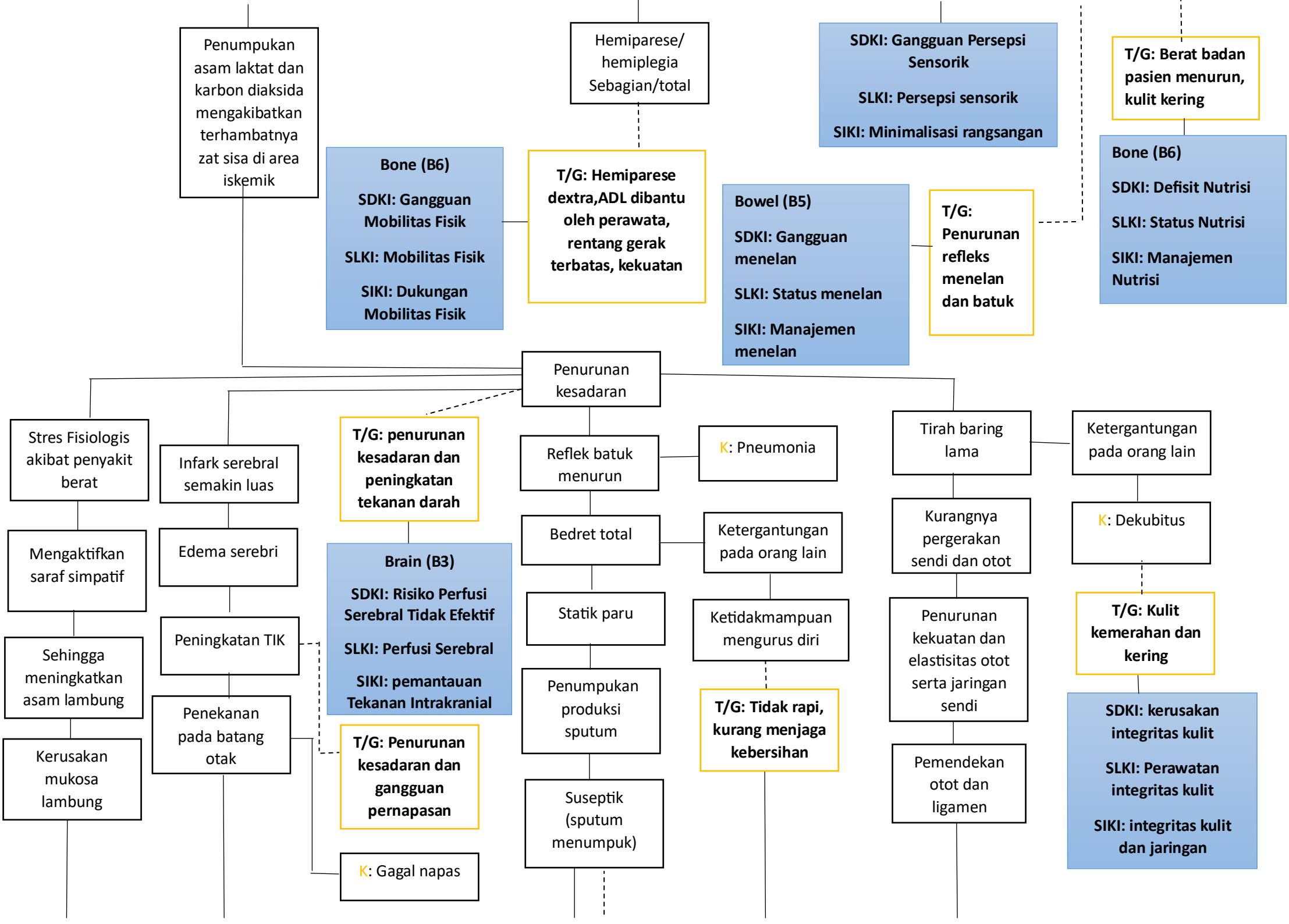
Akibat kekurangan oksigen terjadi asidosis yang menyebabkan gangguan fungsi enzim-enzim, karena tingginya ion H. Selanjutnya asidosis menimbulkan edema serebral yang ditandai pembengkakan sel, terutama jaringan glia, dan berakibat terhadap mikrosirkulasi. Oleh karena itu terjadi peningkatan resistensi vaskuler dan kemudian penurunan dari tekanan perfusi sehingga terjadi perluasan daerah iskemik (Wijaya, 2022)

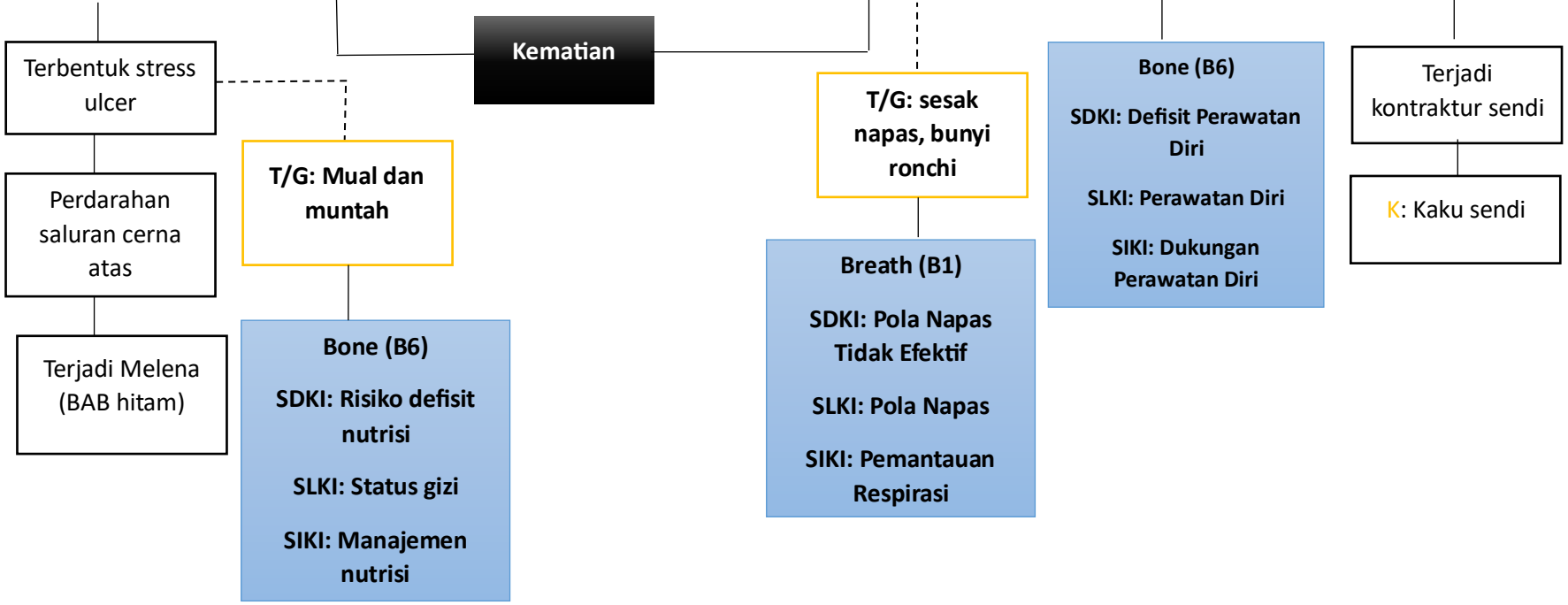
5. Patway Non Hemoragik Stroke




Plak pada pembuluh darah meningkat
Kekakuan pembuluh darah
Vasokontriksi
Pembuluh darah rupture/ pecah
Penumpukan plak pada pembuluh darah
Aterosklerosis
Pembuluh darah pada otak
Pembuluh darah distal
Thrombus pada pembuluh darah serebral
Terlepas dari pembuluh darah
Mengikuti aliran darah menjadi gumpalan kecil
Emboli


Pembuluh darah tersumbat
Suplai O2 dan nutrisi ke jaringan otak berkurang
Iskemia jaringan otak
PD:
CT-Scan, MRI, EEG, Angiografi serebri, Foto rontgen tengkorak
Infark
Non Hemoragik Stroke (NHS)
Aliran darah ke bagian otak mengalami iskemik menjadi tidak lancer/ terhambat
O2 dan glukosa menurun
Metabolik dan ATP menurun
Metabolik anaerob
Infark pada hemister
Fungsi menyilang
Infark hemister kanan
Infark hemister kiri
Paralisis sisi kiri tubuh
Paralisis sisi kanan tubuh
Sindrom neurovaskuler
Kerusakan N I Olfaktorius,N IV Troklearis , N VIII Vestibuloakustik
Perubahan ketajaman sensorik, penghiduan, melihat, mengecap
Kerusakan N IX Glosuparegeus, N X Vagus
Proses menelan tidak efektif
Disfasgia
Anoereksia


Penumpukan asam laktat dan karbon diaksida mengakibatkan terhambatnya zat sisa di area iskemik
Hemiparese/ hemiplegia Sebagian/total
SDKI: Gangguan Persepsi Sensorik
SLKI: Persepsi sensorik
SIKI: Minimalisasi rangsangan
T/G: Berat badan pasien menurun, kulit kering
Bone (B6)
SDKI: Defisit Nutrisi
SLKI: Status Nutrisi
SIKI: Manajemen Nutrisi
Bone (B6)
SDKI: Gangguan Mobilitas Fisik
SLKI: Mobilitas Fisik
SIKI: Dukungan Mobilitas Fisik
T/G: Hemiparese dextra,ADL dibantu oleh perawata, rentang gerak terbatas, kekuatan
Bowel (B5)
SDKI: Gangguan menelan
SLKI: Status menelan
SIKI: Manajemen menelan
T/G: Penurunan refleks menelan dan batuk
Penurunan kesadaran
Stres Fisiologis akibat penyakit berat
Infark serebral semakin luas
T/G: penurunan kesadaran dan peningkatan tekanan darah
Reflek batuk menurun
K: Pneumonia
Tirah baring lama
Ketergantungan pada orang lain
Mengaktifkan saraf simpatif
Edema serebri
Brain (B3)
SDKI: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
SLKI: Perfusi Serebral
SIKI: pemantauan Tekanan Intrakranial
Bedret total
Ketergantungan pada orang lain
Kurangnya pergerakan sendi dan otot
K: Dekubitus
Sehingga meningkatkan asam lambung
Peningkatan TIK
Statik paru
Ketidakmampuan mengurus diri
Penurunan kekuatan dan elastisitas otot serta jaringan sendi
T/G: Kulit kemerahan dan kering
Kerusakan mukosa lambung
Penekanan pada batang otak
T/G: Penurunan kesadaran dan gangguan pernapasan
Penumpukan produksi sputum
T/G: Tidak rapi, kurang menjaga kebersihan
Pemendekan otot dan ligamen
SDKI: kerusakan integritas kulit
SLKI: Perawatan integritas kulit
SIKI: integritas kulit dan jaringan
K: Gagal napas
Suseptik (sputum menumpuk)


Kematian
Terbentuk stress ulcer
Perdarahan saluran cerna atas
Terjadi Melena (BAB hitam)
T/G: Mual dan muntah
Bone (B6)
SDKI: Risiko defisit nutrisi
SLKI: Status gizi
SIKI: Manajemen nutrisi
T/G: sesak napas, bunyi ronchi
Breath (B1)
SDKI: Pola Napas Tidak Efektif
SLKI: Pola Napas
SIKI: Pemantauan Respirasi
Bone (B6)
SDKI: Defisit Perawatan Diri
SLKI: Perawatan Diri
SIKI: Dukungan Perawatan Diri
Terjadi kontraktur sendi
K: Kaku sendi

6. Manifestasi Klinik

Menurut Kemenkes (2021), gejala stroke utama berdasarkan metode FAST antara lain sebagai berikut:

a. *Face*/wajah

Wajah mungkin turun di satu sisi, orang tersebut mungkin tidak dapat tersenyum, atau mulut atau matanya mungkin turun.

b. *Arm*/lengan

Orang tersebut mungkin tidak dapat mengangkat kedua lengan dan menahannya karena kelemahan atau mati rasa pada 1 lengan.

c. *Speech*/ucapan

Ucapannya mungkin tidak jelas atau kacau, atau orang tersebut mungkin tidak dapat berbicara sama sekali meskipun tampak terjaga mereka mungkin juga kesulitan memahami apa yang anda katakan kepada mereka.

d. *Time/*waktu

Metode terakhir setelah tiga metode sebelumnya terindikasi pada penderita, maka sudah waktunya membawa penderita ke rumah sakit.

7. Tes Diagnostik

Menurut Heltty (2023), pemeriksaan diagnostik yang diperlukan dalam membantu menegakkan diagnosis pasien stroke meliputi:

a. Pemeriksaan Radiologi

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

CT-Scan kepala merupakan salah satu pemeriksaan pencitraan yang paling sering digunakan pada pasien dengan dugaan stroke. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menampilkan gambaran struktur otak secara jelas sehingga dapat diketahui lokasi terjadinya pembengkakan jaringan otak (edema),

keberadaan dan posisi hematoma, serta area otak yang mengalami iskemia atau infark. Pada hasil CT-Scan dapat ditemukan gambaran hiperdens fokal, penumpukan darah di ventrikel, atau penyebaran darah ke permukaan otak tergantung pada jenis dan beratnya kerusakan yang terjadi.

2) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

   MRI merupakan pemeriksaan pencitraan yang memanfaatkan medan magnet untuk menghasilkan gambaran otak dengan tingkat ketelitian yang lebih tinggi. Pemeriksaan ini digunakan untuk mengetahui secara lebih akurat lokasi, ukuran, dan luas jaringan otak yang mengalami kerusakan. Melalui MRI dapat terlihat area lesi dan daerah infark yang terjadi akibat gangguan aliran darah otak, sehingga sangat membantu dalam menentukan tingkat keparahan kondisi pasien stroke.

3) Foto Thoraks

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

4) Elektroensefalografi (EEG)

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

5) Angiografi Serebral

Angiografi serebral dilakukan untuk melihat kondisi pembuluh darah otak secara lebih rinci. Pemeriksaan ini sangat berguna dalam menentukan penyebab stroke secara spesifik, seperti adanya penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah, perdarahan, oklusi arteri, maupun ruptur pembuluh darah yang berpotensi menimbulkan gangguan aliran darah ke otak.

6) Foto Rontgen Tengkorak

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

b. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan darah lengkap meliputi pengukuran kadar hemoglobin, jumlah eritrosit, leukosit, dan trombosit. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui kondisi umum darah pasien, seperti adanya anemia, gangguan sistem imun, atau kelainan jumlah trombosit. Peningkatan jumlah leukosit di atas nilai normal dapat mengindikasikan adanya proses infeksi yang sedang berlangsung pada pasien.

2) Pemeriksaan Kimia Darah

Pemeriksaan kimia darah dilakukan untuk menilai kadar gula darah, kolesterol, asam urat, serta parameter metabolik lainnya. Pada pasien dengan stroke sering ditemukan kadar glukosa darah yang tinggi. Kondisi hiperglikemia, terutama pada pasien dengan riwayat diabetes melitus yang tidak

terkontrol, dapat menjadi salah satu faktor risiko utama terjadinya stroke.

3) Pemeriksaan Koagulasi Darah

Pemeriksaan koagulasi darah bertujuan untuk menilai kemampuan pembekuan darah pasien. Tes ini meliputi pemeriksaan Prothrombin Time (PT), Partial Thromboplastin Time (PTT), International Normalized Ratio (INR), serta pemeriksaan agregasi trombosit. Keempat pemeriksaan tersebut digunakan untuk mengetahui kecepatan dan efektivitas proses pembekuan darah. Pada sebagian besar pasien stroke nonhemoragik, hasil pemeriksaan PT dan PTT umumnya berada dalam batas normal.

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Ismoyowati (2024), penatalaksanaan medik pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) dibedakan menjadi 2 yaitu sebagai berikut:

a. Fase akut

Fase akut dilakukan pada 7 hari pertama pasca serangan stroke. Selama periode ini, meningkatkan perfusi serebral menjadi sangat krusial untuk mencegah kerusakan otak yang lebih luas akibat kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga diperlukan penanganan yang komprehensif sebagai peran perawat demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Tindakan keperawatan yang harus dilakukan adalah *head up* (30˚) derajat untuk membantu mengurangi tekanan intrakranial sekaligus memfasilitasi aliran darah ke otak. Selanjutnya, pemberian oksigen diberikan untuk memastikan saturasi oksigen tetap optimal diatas 94%, sehingga jaringan otak mendapat suplai oksigen yang cukup. Selama fase akut pemantauan tekanan darah juga krusial, dengan menjaga tekanan darah

pada rentang yang aman (biasanya 140-180 mmHg) agar tekanan perfusi serebral tetap terjaga tanpa memperburuk kondisi iskemik. Selain itu, pemberian cairan isotonik dilakukan untuk mempertahankan volume darah dan mencegah dehidrasi yang dapat mengganggu aliran darah ke otak (Kurniawan, 2021).

1) Terapi farmakologis
   a) Fibrinolitik/ Trombolitik (rtPA). Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, Tenecteplase dan reteplase, namun yang tersedia diindonesi hingga saat ini hanya atleplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang biasa terjadi adalah resiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna serta angioedema. Rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang3-4 atau 5 jam setelah onset gejala.
   b) Antikoagulan.

      Terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya heparin dan warfarin.
   c) Antiplatelet

      Golongan obat ini sering digunakan untuk mencegah terjadinya stroke berulang pada pasien stroke dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.
   d) Antihipertensi
      (1) Pasien dapat menerima rTPA namun tekanan darah>185/110 mmHg, maka pilihan terapi yaitu

labetalol 10- 20 mg/iv selama 1-2 menit, dapat diulang satu kali atau nikardipin 5 mg/jam/IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam, setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai <185/110 mmHg, maka jangan diberikan rTPA.

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

2) Terapi non farmakologis

a) Letakkan posisi kepala pasien pada posisi 30 derajat, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap 2 jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.

b) Bebaskan jalan napas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil Analisa gas darah, jika perlu dilakukan intubasi,

c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).

d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonic, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-200 ml dan elektrolit sesuai

kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.

e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg%, dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama (Putra, 2025).

b. Fase rehabilitasi

Mobilisasi dini dan latihan rentang gerak, mobilisasi dini merupakan strategi efektif untuk mencegah berbagai komplikasi akibat imobilitas, seperti dekubitus dan DVT. Perawat bertanggung jawab untuk menilai kesiapan pasien untuk mobilisasi serta bekerja sama dengan fisioterapi dalam menyusun program latihan yang sesuai. Latihan rentang gerak pasif dan aktif juga perlu dilakukan secara rutin untuk mencegah kekakuan sendi dan atrofi otot (Parellangi et al., 2025).

9. Komplikasi

Menurut Kusyani et al. (2022) komplikasi non hemoragik stroke terdiri dari beberapa yaitu:

a. Edema cerebri sel -sel

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

b. Peningkatan TIK

   Infrak cerebri luas atau perdarahan akan terjadi edema cerebri yang menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intraKranial.

c. Dekubitus

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

d. Pneumonia

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

e. Atrofi dan kekakuan sendi (kontaktur)

   Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

f. Gagal napas

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

g. Depresi dan kecemasan

   Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

    a. Pengkajian primer

        1) *Breath* (B1)

        Masalah yang sering ditemukan adalah sesak napas, peningkatan frekuensi pernapasan, penggunaan otot bantu napas, serta bunyi napas tambahan seperti ronkhi atau wheezing akibat menumpuk sekret. Kondisi ini terjadi karena gangguan pada pusat pernapasan di otak serta menurunnya refleks batuk sehingga jalan napas tidak dapat dibersihkan secara efektif (Anita Mirawati et al., 2025).

        2) *Blood* (B2)

        Masalah yang sering muncul adalah peningkatan tekanan darah atau hipertensi, perubahan frekuensi nadi, serta gangguan perfusi jaringan. Hipertensi sering ditemukan pada pasien stroke sebagai respon tubuh terhadap peningkatan tekanan intrakranial atau sebagai faktor risiko utama terjadinya stroke. Gangguan sirkulasi ini dapat menyebabkan perfusi jaringan serebral tidak efektif sehingga mengirim kerusakan jaringan otak (Anita Mirawati et al., 2025).

        3) *Brain* (B3)

        Masalah yang ditemukan infrak cerebri luas atau perdarahan akan terjadi edema cerebri yang menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial dan terjadi penurunan tingkat kesadaran, perubahan nilai Glasgow Coma Scale (GCS), hemiparesis atau hemiplegia, gangguan bicara seperti afasia, serta gangguan fungsi saraf kranial. Kerusakan jaringan otak akibat gangguan aliran darah menyebabkan berbagai defisit saraf yang bergantung pada lokasi dan luas area

otak yang mengalami kerusakan (Suryawan Putra et al., 2024).

4) *Bladder* (B4)

Pasien stroke sering mengalami gangguan eliminasi urin seperti inkontinensia urin atau retensi urin akibat kerusakan sistem saraf yang mengontrol fungsi kandung kemih. Gangguan ini juga dapat dipengaruhi oleh kondisi imobilisasi dan penggunaan kateter urin pada pasien yang dirawat di ruang intensif (Rahayu et al., 2024b).

5) *Bowel* (B5)

Pengkajian pada sistem pencernaan didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, anoreksia/nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Kondisi ini memicu timbulnya masalah pemenuhan nutrisi klien. Pola defekasi biasanya juga mengalami masalah yaitu terjadinya konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Pasien juga berisiko mengalami *stress ulcer* yang dapat menimbulkan perdarahan saluran cerna ditandai dengan melena. (Rahayu et al., 2024b).

6) *Bone* (B6)

Pasien stroke biasanya mengalami kelemahan otot, kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegia), keterbatasan rentang gerak, serta risiko terjadinya luka tekan (dekubitus) akibat imobilisasi yang lama. Gangguan ini terjadi karena kerusakan neuron motorik yang menyebabkan penurunan kemampuan pasien untuk bergerak dan melakukan aktivitas sehari- hari (Damayanti et al., 2024).

b. Pengkajian Sekunder (Pola Gordon)

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

a) Data Subjektif: Adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.

b) Data Objektif: Ditemukan peningkatan tekanan darah (hipertensi) serta riwayat penyakit kardiovaskular yang dapat menyebabkan gangguan aliran darah ke otak.

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

a) Data Subjektif: Nafsu makan menurun, mual dan muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipih dan tenggorokan, disfalgia adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.

b) Data Objektif: Kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

3) Pola Eliminasi

a) Data Subjektif: Perubahan pada berkemih seperti inkontinensia urine, anuria. Pasien juga berisiko mengalami Stress ulcer yang dapat menimbulkan perdarahan saluran cerna ditandai dengan Melena.

b) Data Objektif: Distensi kandung kemih, distensi abdomen dan bising usus negative (ileus paralitik).

4) Pola Aktivitas dan Latihan

a) Data Subjektif: Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.

b) Data Objektif: Gangguan tonus otot (hemiplegia), terjadi kelamahan umum, gangguan kesadaran dan gangguan

penglihatan. Pada pola aktivitas dan latihan level stroke yaitu:

1) Level 1: Belum dapat menjaga keseimbangan kepala
2) Level 2: Mampu menjaga keseimbangan kepala
3) Level 3: Mampu duduk, tapi tidak dapat menjaga keseimbangan duduk jika diberi aktivitas
4) Level 4: Mampu duduk dan dapat menjaga keseimbangan jika diberikan aktivitas tapi tidak dapat berdiri
5) Level 5: Mampu berdiri tapi tidak dapat seimbang
6) Level 6: Mampu berdiri dengan sedikit aktivitas
7) Level 7: Mampu berdiri dengan banyak aktivitas.

5) Pola Tidur dan Istirahat
   a) Data Subjektif: Sulit untuk beristirahat (kejang otot atau nyeri)
   b) Data Objektif: Gelisah, tegang pada otot dan tingkah laku.
6) Pola Persepsi Sensorik dan Kognitif
   a) Data Subjektif: Pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat karena adanya perdarahan intraserebral, subraknoid, kelemahaan, kesemutan biasanya terjadi selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain
   b) Data Objektif: Status mental dan tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik.
7) Pola Persepsi dan Konsep Diri
   a) Data Subjektif: Perasaan putus asa
   b) Data Objektif: Emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

8) Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama
   a) Data Subjektif: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain.
   b) Data Objektif: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata).
9) Pola Reproduksi dan Seksualitas
   a) Data Subjektif: Tidak ada gairah seksual
   b) Data Objektif: Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.
10) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress
   a) Data Subjektif: Perasaan tidak berdaya dan putus asa.
   b) Data Objektif: Emosi yang lebih dan kesiapan untuk marah, gembira, sedih, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
11) Pola Sistem Nilai Kepercayaan

   Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekpresikan Diri.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien Non HemoragiK Stroke berdasarkan SDKI menurut Rahayu et al (2024) antara lain:

a. Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D.0017)
b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
c. Defisit perawatan diri (D.0109)
d. Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
e. Gangguan menelan (D.0063)
f. Pola napas tidak efektif (D.0005)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan berdasarkan SLKI dan SIKI 2018 yaitu:

a. Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif dengan faktor risiko gangguan aliran darah arteri atau vena, hipertensi, cedera kepala.

SLKI:

Ekspetasi: Perfusi serebral meningkat

Kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan intra kranial menurun, kecemasan menurun (L. 02014).

SIKI:

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I. 09325)

1) Observasi
   a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral).
   b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun).
   c) Monitor MAP (Mean Arteri Pressure).
   d) Monitor CVP (Central Venous Pressure).
   e) Monitor ICP (intra Cranial Pressur), jika tersedia
   f) Monitor CCP (Cerebral Perfusion Pressure).
   g) Monitor gelombang ICP.
   h) Monitor status pernafasan
   i) Monitor intake dan output cairan.
   j) Monitor cairan serebro-spinalis (mis: warna dan konsistensi).
2) Terapeutik
   a) Berikan posisi semi fowler
   b) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

c) Cegah terjadinya kejang.
d) Hindari penggunaan PEEP.
e) Pertahankan suhu tubuuh normal.
f) Hindari pemberian cairan IV hipotonik.
g) Atur ventilator agar PaCO2 optimal.
h) Hindari manuver valsava

3) Kolaborasi
a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu.
b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu.
c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu Kolaborasi

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot.

SLKI:

Ekspektasi: mobilitas fisik meningkat

Kriteria hasil: pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat (L. 05042)

SIKI:

Dukungan Ambulasi (I. 06171)

1) Observasi
a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.
c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.
d) Montior kondisi umum selama melakukan ambulasi

2) Terapeutik
a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk).
b) Fasilitasi omelakukan mobilisasi fisik, jika perlu.
c) Libatkan keluarga untuk membantu psien dalam meningkatkan ambulasi.

3) Edukasi
   a) Jelaskan tujuan dan dan prosedur ambulasi.
   b) Anjurkan melakukan ambulasi 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. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, ganggguan neuromuskular, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh gangguan fungsi kognitif.

   SLKI:

   Ekspetasi: perawatan diri meningkat

   Kriteria hasil: kemampuan mandi meningkat, kemampuan menggunakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat (L. 11103).

   SIKI:

   Dukungan Perawatan Diri (I. 11348).

   1) Observasi
      a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.
      b) Monitor tingkat kemandirian.
      c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.
   2) Terapeutik
      a) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi)
      b) Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi dan sabun mandi).
      c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.

d) Fasilitasi untuk menerima keadaan letergantungan.
e) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.
f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri.

3) Edukasi
a) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia penurunan sirkulasi serebral.

SLKI:

Ekspektas: komunikasi verbal meningkat

Kriteria hasil: kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, afasia, difasia, pelo, gagap menurun (L. 13118).

SIKI:

Promosi Komunikasi Defisit Bicara (I. 13492)

1) Observasi
a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara.
b) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis, memori, pendengaran, dan bahasa).
c) Monitor friustasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara.
d) Identifikasi perilaku emosional dan fisil sebagai bentuk komunikasi.

2) Terapeutik
a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis, menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer).

b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis, berdiri di depan pasien, dengarkan dengan saksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien).
c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan.
d) Berikan dukungan psikologis.
e) Gunakamn juru bicara, jika perlu

3) Edukasi
a) Anjurkan berbicara perlahan.
b) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara.

2) Kolaborasi
a) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapi.

e. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuscular, kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran, akalasia.

SLKI:

Ekspetasi: Status menelan membaik

Kriteria hasil: refleks menelan meningkat, usaha menelan meningkat, batuk menurun, frekuensi tersedak menurun, produksi saliva membaik (L. 06053).

SIKI:

Dukungan perawatan diri: Makanan/minum (I. 11351)

1) Observasi
a) Identifikasi diet yang dianjurkan.
b) Monitor kemampuan menelan
c) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu.

2) Terapeutik
   a) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan.
   b) Atur posisi yang yaman untuk makan/minum.
   c) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu.
   d) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat.
   e) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan.Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan.
   f) Sediakan makanan dan minuman yang disukai.
   g) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu.
   h) Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia.
3) Edukasi
   a) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis, sayur di jam 12, rendang di jam 3).
4) Kolaborasi
   a) Kolaborasi pemberian obat (mis, analgesik, antimietik), sesuai indikasi

f. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas.

   SLKI:

   Ekspetasi: Pola napas membaik

   Kriteria hasil: Dispnea menurun, penggunaan otot bantu pernafasan menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, pemanjangan fase ekspirasi menurun (L.01004).

SIKI:

Manajemen jalan napas (I.01011)

1) Observasi
    a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
    b) Monitor bunyi napas tambahan (mis, mengi, wheezing)
    c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
2) Terapeutik
    a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-tilt (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
    b) Berikan minum air hangat
    c) Posisikan semi fowler atau fowler
    d) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
    e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
    f) Berikan oksigen, jika perlu
3) Edukasi
    a) Ajarkan teknik batuk efektif
    b) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi
4) Kolaborasi
    a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

4. Perencanaan Pulang (*Discharge planning*)

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

a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diit rendah garam dan mengurangi dan mengurangi makanan yang manis-manis.

c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok, minum minuman beralkohol.
d. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
e. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.
f. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengonsumsi obat obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
g. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan initial Ny. A umur 76 tahun jenis kelamin perempuan, agama islam, Alamat Pattallassang Kabupaten Takalar dengan diagnose medis Non Hemoragik Stroke. Pasien masuk IGD di antar keluarganya pada tanggal 11 February 2026 dengan keluhan tiba tiba mengalami penurunan kesadaran dan bagian tubuh sebelah kanan lemah disertai sesak napas, bab encer berwarna hitam, lemas, tekanan darah meningkat sehingga dokter memutuskan untuk pasien dipindahkan ke ICU pada jam 16:30 Wita. Saat dilakukan pengkajian ICU, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 8 somnolen (M:4 V: 2 E: 2), pemeriksaan tanda-tanda vital di dapatkan hasil TD: 172/93 mmHg, N: 109 x/menit, S: 36,6ºC, P: 28x/menit, SPO2: 96%, terpasang NGT, terpasang kateter, terpasang O2 nasal kanul 5 liter/menit, pemeriksaan CT-scan kepala: Infrak Cerebri Kanan, EKG: Severity Left Axis Deviation, dan Foto thorax: Penumonia pada midbasal paru kanan, serta pemeriksaan labolatorium Albumin: 2. 59. Berdasarkan data diatas maka penulis mengangkat 4 masalah keperawatan yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif, Pola napas tidak efektif, Risiko defisit nutrisi dan Gangguan mobilitas fisik.

B. KAJIAN KEPERAWATAN KRITIS

1. Identitas Pasien

Nama pasien : Ny. A

Umur : 76 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Tgl Masuk RS : 11 Februari 2026

Tgl Pengkajian : 12 Februari 2026

Diagnosa medis : Non Hemoragik Stroke (NHS)

2. Pengkajian Primer

a. Pengkajian primer (meliputi B-/Breath, B-/Bleed, B-/Brain, B-/Bladder, B-5/Bowel, dan B-6/Bone)

Breath **(B1)**	Pergerakan dada	Simetris antara dada kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu pernapasan	Tampak pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan
	Palpasi	Vocal premitus: Tidak dikaji Nyeri tekan: Tidak ada Kresipitas: Tidak ada
	Suara napas	Terdengar suara napas tambahan ronchi
	Batuk	Tampak pasien tidak batuk
	Sputum	Tampak tidak ada sputum
	Alat bantu pernapasan	Ada, jenis: oksigen nasal kanul 5 liter/menit
	Lain-lain	Tampak pasien sesak napas, pernapasan 28x/ menit.
Blood **(B2)**	Suara jantung	Tunggal Lokasi: S1: bunyi jantung I T: ICS 4 linea sternalis dextra Bunyi jantung I M: ICS 5 linea mid clavicularis sinistra S2: bunyi jantung II A: ICS 2 linea sternalis dextra Bunyi jantung II P: ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra S3 dan S4: tidak terdengar.

	Irama jantung	Irreguler
	CRT	< 5 detik
	JVP	Normal, tidak ada peningkatan JVP (5-2 CmH_2O)
	CPV	Tidak ada
	Edema	Tampak edema di kedua kaki
	EKG	*Severity Left Axis Deviation*
	Lain-lain	Tanda-tanda Vital: TD: 172/ 93 mmHg N: 109 X/menit S: 36,6 ºC $SPO_{2:}$ 96%
Brain **(B3)**	Tingkat kesadaran	Kualitatif: Somnolen Kuantittaf: M: 3 V: 2 E: 2 Jumlah: 7
	Reaksi pupil • Kanan • Kiri	• Ada,diameter: tampak respon pupil melambat (isokor) • Ada,diameter: tampak reflex pupil mengecil saat diberikan Cahaya, diameter ± 3 mm
	Refleks fisiologis	Tidak dikaji
	Refleks patologis	• Ada Babinski dextra positif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain -lain	Hasil ct- scan kepala: infrak cerebri kanan
Bladder **(B4)**	Urin	Jumlah: 400 cc/ 8 jam Warna: kuning pekat
	Kateter	Ada, hari ke: 2 Jenis: folley kateter ukuran 16 fr
	Kesulitan BAK	Tidak ada
	Lain-lain	Pasien terpasang kateter karena mengalami penurunan kesadaran.
Bowel **(B5)**	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir pasien kering, dan terkelupas

	Lidah	Tampak lidah pasien kotor berwarna putih
	Keadaan gigi	Tampak gigi pasien tidak lengkap, terdapat gigi yang tanggal dan tidak ada gigi palsu
	Nyeri tekan	Tidak ada
	Abdomen	Tampak tidak ada terdapat distensi abdomen
	Peristaltic usus	Terdengar bunyi peristaltic usus 10x/menit
	Mual	Tampak pasien tidak mual
	Muntah	Tampak pasien tidak muntah
	Hematemesis	Tampak pasien tidak hematemesis
	Melena	Tampak pasien melena berwarna hitam ±100cc dengan menggunakan pampres
	Terpasang NGT	Ya (tampak pasien terpasang NGT ukuran 16 fr)
	Terpasang colostomy bag	Tampak pasien tidak terpasang colostomy bag
	Diare	Tampak pasien diare
	Konstipasi	Tampak pasien tidak konstipasi
	Asites	Tampak pasien tidak asites
	Lain-lain	-
***Bone* (B6)**	Turgor kulit	Tidak elastis (tampak turgor kulit menurun)
	Perdarahan kulit	Tampak tidak terjadi perdarahan kulit pada pasien
	Icterus	Pasien tidak tampak icterus
	Akral	Hangat (teraba akral pasien hangat)
	Pergerakan sendi	Terbatas
	Fraktur	Tidak ada
	Luka	Tampak tidak ada luka
	Lain-lain	Tampak pasien lemah badan sebelah kanan

b. Diagnosis Keperawatan (berdasarkan data yang diperoleg saat pengkajian primer)

B1 (*Breath*) : Pola napas tidak efektif
B2 (*Blood*) : Tidak ada masalah
B3 (*Brain*) : Resiko perfusi serebral tidak efektif
B4 (*Bladder*) : Tidak ada masalah
B5 (*Bowel*) : Risiko Defisit Nutrisi
B6(*bone*) : Gangguan Mobilitas Fisik

c. Tindakan Keperawatan yang Dilakukan

1. Memantau tanda -tanda vital
2. Memantau tingkat kesadaran
3. Pemantauan cairan karna pasien melena, turgor kulit tdk elastis, bibir kering, dan albumin rendah
4. Pemberian O_2 Nasal kanul 5 liter/menit
5. Mengatur posisi kepala pasien (Head up 30º)
6. Kolaborasi pemasangan NGT (*nasogatric tube)*
7. Kolaborasi pemasangan kateter urine
8. Kolaborasi pemberian obat yaitu *Omeprazole* 1 vial/IV/12 jam, *Albumin* 25% 1 btl/24 jam/2 tpm, *Ceftriaxon* 1 gr/12 jam, *Acetylsystein* 200 mg 3x1 tab, *Inbumin* 250 mg 3x2, *Citicoline* 500 mg 1x1 tab, citicoline 1 amp/12 jam/IV, amlodipine 10 mg, serta kolaborasi pemberian cairan intravena NaCl 3% 500 cc/12 jam/14 tpm, RL 500 cc/ 12 jam/ 14 tpm.

3. Pengkajian Sekunder (pengkajian riwayat keperawatan dan *head to toe*)

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting jika ada yang sakit selalu memeriksakan kesehatannya ke layanan kesehatan terdekat atau membeli obat sesuai resep di

diapotik jika hanya sakit flu. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki Riwayat Hipertensi ± 5 tahun yang lalu, keluarga mengatakan pasien mengkonsumsi obat amplodipine 10 mg dan rutin diminum oleh pasien 1 kali sehari pada pagi hari, keluarga pasien mengatakan jika obat pasien habis keluarga pasien selalu mengantar pasien ke fasilitas kesehatan terdekat.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluhan utama: Penurunan Kesadaran

Riwayat Keluhan Utama:

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 8 February 2026 pasien kurang nafsu makan serta pasien mengalami BAB encer berwarna hitam sejak 3 hari, dalam sehari bisa lebih dari 5 kali. Kemudian pada tanggal 11 February 2026 pasien bangun jam 05.00 WITA pagi kemudian sekita jam 13.00 WITA setelah makan siang pasien tiba-tiba lemas disertai sesak dan sekitar jam 14:00 WITA pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke Rumah Sakit Stella Maris. Pada saat dirumah sakit, dokter menyarankan untuk di opname, setelah diberikan tindakan di IGD pasien kemudian dipindahkan ke ruangan ICU karena pasien mengalami penurunan kesadaran dan tidak bisa menggerakkan badannya sebelah kanan serta tidak mampu berbicara, saat dilakukan pengkajian di ICU didapatkan data: Tampak pasien lemas, sesak napas dan penurunan kesadaran dengan GCS: 7 somnolen, tampak terpasang O2 nasal kanul 5 liter/ menit dan hasil TTV TD: 172/ 93mmHg, N: 109 x/menit, S: 36,6ºC, P: 28 x/menit, SPO2: 96%.

3) Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat keturunan dari orang tuanya yaitu bapak dari pasien.

5) Pemeriksaan Fisik

1) Kebersihan rambut : Tampak rambut pasien beruban
2) Kebersihan kulit kepala : Tampak tidak ada lesi dan ketombe
3) Kebersihan kulit : Tampak kulit pasien bersih
4) Hygiene rongga mulut : Tampak lidah kotor
5) Kebersihan genetalia : Tampak genetalia kotor dan terdapat keputihan
6) Kebersihan anus : Tampak anus bersih

b. Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan porsi sedang dengan menu nasi, ikan, tempe tahu, dan sayur sayuran dan kadang makan buah pisang atau papaya, keluarga juga mengatakan sebelum sakit pasien suka mengkonsumsi makanan berlemak seperti coto dan daging-dagingan, keluarga pasien mengatakan pasien minum air putih ±1liter sehari dan pasien suka minum susu energen pada pagi hari.

2) Keadaan Sejak Sakit

Mengatakan pasien di berikan diet rendah garam dan lemak. Tampak pasien dipasangkan NGT sehingga pasien harus di sonde setiap harinya. Makanan yang disedikan oleh rumah sakit adalah bubur saring dan susu. Sehari pasien

makan dan minum 3x dengan porsi 200 cc bubur saring/ 8 jam dan susu 150 cc/ 8 jam dan air putih 20 cc.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang NGT uk 16 fr hari kedua, dan tampak terpasang infus RL 20 tetes/menit.

a) Keadaan rambut : Tampak rambut pasien lepek dan beruban.
b) Hidrasi kulit : Tampak kulit terhidrasi normal.
c) Palpebra conjungtiva : Tampak tidak ada edema/tidak anemis.
d) Sclera : Tampak tidak icterik
e) Hidung : Tampak septum berada ditengah, tidak ada perdarahan pada hidung, tampak pertumbuhan bulu hidung.
f) Rongga mulut : Tampak bibir kering dan mulut pasien sedikit berbau.
g) Gigi : Tampak gigi tidak utuh terdapat gigi yang tanggal.
h) Kemampuan mengunyah : Tidak dikaji
i) Lidah : Tampak kotor berwarna putih.
j) Pharing : Tidak dikaji
k) Kelenjar getah bening :Tampak tidak ada pembesaran

l) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran.

m) Abdomen:

Pemeriksaan fisik:

- Inspeksi : Tampak tidak ada ascites
- Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 10x/menit
- Palpasi : Tidak teraba massa, edema/ asites
- Perkusi : Terdengar bunyi timpani

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya BAB 1 kali sehari pada pagi atau sore hari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan, keluarga pasien mengatakan sebelum sakit BAK pasien lancar ± 6 kali sehari berwarna kuning jernih.

2) Keadaan Sejak Sakit

Tampak pasien menggunakan kateter dengan urine 400 cc/8 jam berwarna kuning pekak dan pasien mengalami BAB encer berwarna hitam.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan kateter urin uk 16 fr hari ke 2 dengan produksi urin 400 cc berwarna kuning jernih, dan menggunakan pampers.

Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 16x/menit
b) Palpasi kandung kemih : Tidak teraba distensi kandung kemih
c) Nyeri ketuk ginjal : Tidak dikaji

d) Anus

- Peradangan : Tampak tidak terdapat Tanda-tanda peradangan
- Hemoroid : Tampak tidak terdapat hemoroid

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien hanya dirumah duduk mengingat pasien sudah lanjut usia, biasanya saat pagi hari pasien duduk didepan rumah minum susu energen dan makan biskuit dan saat sore hari pasien biasaanya nonton TV.

2) Keadaan Sejak Sakit

Selama dirawat di Rumah Sakit pasien mengalami penurunan kesadaran dan tidak bisa melakukan aktivitas.

3) Observasi

Tampak pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur dan aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga.

a) Aktivitas harian:

- Makan 3
- Mandi 2
- Pakaian 2
- Kerapihan 2
- BAK 3
- BAB 3
- Mobilisasi ditempat tidur 4

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

b) Postur tubuuh : Tidak dikaji

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

d) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien mengalamai penurunan kesadaran

e) Fiksasi tracheostomi : Pasien tidak terpasang tracheostomi

Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah
   - Berbaring : 132/85 mmHg
   - Duduk : tidak dikaji
   - Berdiri : tidak dikaji

b) HR : 143x/Menit

c) Kulit
   - Keringat dingin : Tidak ada
   - Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 CmH_2O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiiler : CRT<5detik

f) Thorax dan pernapasan

Inspeksi
   - Bentuk thorax : Tampak simetris antara kiri dan kanan
   - Retraksi intrakostal : Tidak ada
   - Sianosis : Tampak tidak ada sianosis

Palpasi
   - Vocal premitus : Teraba kanan dan kiri
   - Krepitasi : Tidak ada

Perkusi : Sonor

Auskultas
   - Suara napas : Vesikuler
   - Suara ucapan : Tidak dikaji
   - Suara tambahan : Ronchi

g) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : Tidak ada

Rentang Gerak : Keterbatasan gerak (kelemahan pada ekstremitas dextra)

Kaku sendi : Tidak dikaji

Nyeri sendi : Tidak dikaji

Fraktur : Tidak ada

Parase : Pada sisi tubuh sebelah kanan

Uji kekuatan otot :

Kanan	Kiri
0	1
0	1

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingan sisi lain

Nilai 3 : Mampu menahan gerakan 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

e. Pola Tidur dan Aktivitas

1) Keadaan Sebelum Saki

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien cukup baik, pasien tidur pada malam sekitar 8 jam dari jam 22:00 sampai jam 05:00 pagi dan pasien suka tidur dalam keadaan lampu dimatikan. Pasien tidur siang sekitar 1 jam dari jam 13:00 sampai jam 14:00 siang.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga tetap tirah baring di atas tempat tidur.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur karena penurunan kesadaran.

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan alat bantu penglihatan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengalami gangguan pada indra pendengaran dan pengecapan, penciuman maupun perabaan.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien seorang penjual bakso. Pasien dikenal sebagai pribadi yang baik dan tegas. Pasien merupakan seorang perawan tua yang dikenal sangat baik oleh para tetangga disekitar tempat

tinggal rumahnya. Keluarga pasien mengatakan pasien merasa bahagia dan bersyukur dengan kehidupannya

2) Keadaan Sejak Sakit

Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien penurunan kesadaran

a) Kontak mata : Pasien membuka mata saat diberikan rangsangan nyeri
b) Rentang perhatian : Tidak ada
c) Suara dan cara bicara : Mengeluarkan suara yang tidak bisa dimengerti
d) Postur tubuh : Tidak dapat dikaji

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan bawaan
b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dapat dikaji
c) Kulit : Tidak elastis

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien tinggal berdua dengan ponakannya di rumah. Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang kepala rumah tangga karena pasien tidak menika atau perawan tua. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga dan tetangganya terjalin dengan baik dan harmonis.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan mereka merasa sedih dan takut dengan keadaan pasien seperti sekarang. Keluarga mengatakan berharap pasien bisa sembuh kembali dan berkumpul bersama-sama. Keluarga pasien

mengatakan semenjak sakit pasien rutin dikunjung oleh keluarga serta tetangganya disekitar rumah.

3) Observasi

Tampak pasien dijaga oleh ponakannya.

i. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan Sebelum Sakit

Ponakan pasien mengatakan pasien jarang marah dengan dirinya dan keluarga yang lain. Jika pasien ada masalah pasien bercerita dengan ponakannya untuk mencari dan mendapatkan jalan keluar bersama.

2) Keadaan Sejak Sakit

Tidak dikaji.

j. Pola Reproduksi dan Seksual

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dalam organ reproduksi maupun.

2) Keadaan Sejak Sakit

Tidak dikaji.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama islam dan percaya bahwa segala sesuatu yang dterima dan dihadapi adalah anugrah dari Allah SWT dan keluarga serta pasien menerapkakn tata nilai berdasarkan ketentuan agama yang dianutnya sebagai pedoman dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Keluarga pasien mengatakan pasien rajin sholat.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien hanya didoakan oleh keluarganya yang sedang berkunjung.

3) Observasi

Pasien diputarkan lagu islam oleh keluarga dan perawata.

4. Uji saraf kranial

a) N I (Olfaktorius)

Tidak dikaji (penurunan kesadaran)

b) N II (Optikus)

Tidak dikaji (penurunan kesadaran)

c) N III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abdusens)

Kanan: respon pupil melambat

Kiri: tampak reflex pupil mengecil saat diberikan Cahaya, diameter ± 3 mm

d) N V (Trigeminus)

Sensorik: tidak dikaji

Motoric: tidak dikaji

e) N VII (Facialis)

Sensorik: tidak dikaji

Motoric: tidak dikaji

f) N VIII (Vestibulo acustikus)

Vestibulo: tidak dikaji, karena pasien tidak dapat berdiri dan mengalami penurunan kesadaran

Akustikus: tidak dikaji, karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

g) N IX (Glosopharyngeus)

Tidak dikaji karena pasien sulit membuka mulutnya

h) N X (Vagus)

Tidak dikaji

i) N XI (Accesorius)

Tidak kaji

j) N XII (Hypoglossus)

Tidak dikaji.

5. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a) Pemeriksaan Laboratorium (Tanggal pemeriksaan: 12 February 2026)

PARAMETER	HASIL	NILAI RUJUKAN
MCHC	H 36.0 g/dL	30.8 – 35.2
RDW-CV	H 15.1 %	11.3 – 14.6
LYMP#	L 1.15 10^3/ul	1.46 – 3.73
MONO#	H 0.93 10^3/ul	0.33 – 0.91
EO#	H 0.66 10^3/ul	0.04 – 0.43
LYMPH%	L 13.1 %	20.40 – 44.60
MONO%	H 10.6 %	3.60 – 9.90
EO%	H 7.5 %	0.7 – 5.4

Tanggal pemeriksaan: 12 February 2026

PARAMETER	HASIL	NILAI RUJUKAN
KIMIA DARAH		
Albumin	L 2. 59 g/dL	3.5 – 5.0
ELEKTROLIT		
Natrium Darah	L 125 mmol/L	135.0 – 145.0
Kalium Darah	LL 2.2 mmol/L	3.5 – 5.1

b) CT-Scan Kepala

Tanggal Pemeriksaan: 11 February 2026

Tampak pergeseran garis tengah atau mass effect

Ventrikel dilatasi, simetris, tak tampak lesi patologis

CPA, Sela & paraseia normal.

Lesi densitas 15,7-28,2 HU pada sinus maksilaris bilateral, ethmoid bilateral, sphenoid bilateral

Sinus frontalis dan aircells mastoid bersih

Kesan:

Infark cerebri kanan

c) Foto Thoraks

Tanggal Pemeriksaan: 12 February 2026

Foto thorax AP:

- bercak-bercak infiltrat pada midbasal paru kanan
- cor: normal, aorta dilatasi dan kalsifikasi
- kedua sinus baik

Kesan:

- pneumonia pada midbasal paru kanan
- dilatatio et atherosclerosis aortae

d) Elektrokardiogram

Tanggal Pemeriksaan: 11 February 2026

Hasil: Severity Left axis deviation

6. Terapi Obat (nama obat/dosis/waktu/jalur pemberian)

1) Omeprazole 1 vial /IV/ 12 jam
2) Citicoline 1 ampl / 12 jam / IV dan citicoline 500 mg 1x1 tab
3) Albumin 25% 1 botol/ 24 jam/2 tpm
4) Ceftriaxon 1 gr/ 12 jam
5) Acetylsistein 200 mg 3x1 tab
6) Inbumin 250 mg 3x2 tab
7) Cairan Ns 3% 500 cc/12 jam/14 tpm
8) Amlodipine 10 mg/24 jam

7. Diagnosis Keperawatan (Sesuai Dengan Pengkajian Sekunder)

1) Defisit perawatan diri
2) Gangguan mobilitas fisik

C. IDENTIFIKASI MASALAH

Nama/umur: Ny. A/ 76 Tahun

Ruang/kamar: HCU/38

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat Hipertensi ± 5 tahun yang lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengkonsumsi makanan berlemak seperti coto dan daging-dagingan - Keluarga pasien mengatakan rutin mengonsumsi obat amplodipine 10 mg DO: - Tampak tingkat kesadaran menurun GCS: 7 somnolen (M:3 V: 2 E: 2) - Observasi TTV: TD: 172/93 mmHg N: 109 X/menit - Hasil Ct-scan kepala: Infark cerebri kanan	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)
2.	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas sejak pagi hari pada tanggal 11 Februari 2026 DO: - Tampak pasien sesak - Terdengar suara tambahan ronchi di lapang paru kanan - Frekuensi napas: 28x/menit - Saturasi oksigen 96% - Hasil foto thoraks: Pneumonia pada midbasal paru kanan	Hambatan Upaya napas	Pola napas tidak efektif (D.0005)

3.	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan sejak 1 bulan yang lalu pada tanggal 8 februari 2026 DO: - Tampak GCS pasien 8 somnolen - Tampak pasien melena - Tampak turgor kulit tdk elastis - Tampak bibir kering - Tampak menggunakan selang NGT - Tampak kedua tungkai kaki edema - Natrium darah L 125 - Kalium darah LL 2.2 - Albumin L 2. 59 g/dL	Faktor Psikologis	Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)
4.	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada badan sebelah kanan - Keluarga pasien mengatakan seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga DO: - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak pasien terbaring lem ah ditempat tidur - Tampak pergerakan pasien terbatas - Tampak hasil CT-Scan: infark cerebri kanan - Aktifitas harian Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan : 2	Neuromusk uler	Gangguan mobilitas fisik

	BAK : 3 BAB : 3 Mobilisasi ditempat tidur: 4 - Uji kekuatan otot: 0 | 1 0 | 1		

D. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/umur: Ny. A/ 76 Tahun

Ruang/kamar: HCU/38

No.	Diagnosa keperawatan
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor hipertensi ditandai dengan tekanan darah meningkat, hasil Ct-scan kepala: Infark cerebri kanan, (D.0017)
2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan pasien mengalami sesak napas, pernapasan 28 x/menit (D.0005)
3.	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ditandai dengan pasien albumin rendah, pemeriksaan natrium, kalium darah rendah dan pasien mengalami melena (D.0022)
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskular ditandai dengan penurunan kesadaran, kekuatan otot menurun (D.0054)

E. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/umur: Ny. A/ 76 Tahun

Ruang/kamar: HCU/38

SDKI	SLKI	SIKI
Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan tekanan darah meningkat, hasil Ct-scan kepala: Infark cerebri kanan, Multisinusitis (D.0017) DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat Hipertensi ± 5 tahun yang lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengkonsumsi makanan berlemak seperti coto dan daging-dagingan - Keluarga pasien mengatakan rutin mengonsumsi obat amplodipine 10 mg DO: - Tampak tingkat kesadaran menurun GCS: 8 (M:4 V: 2 E: 2) - Observasi TTV: TD: 172/93 mmHg N: 109 X/menit - Hasil Ct-scan kepala: Infark cerebri kanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Perfusi Serebral meningkat dengan kriteria hasil: (L.06049) 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat (4) 2. Tekanan darah cukup membaik (4)	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) Tindakan: Observasi 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 1. Melaksanakan *Evidance Based Nursing* (EBN) *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) (Rahmadhani et al., 2025) 2. Pertahankan posisi kepala 30 3. Dokumentasikan hasil pemantauan. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat citicoline 500mg/12 jam/ IV, amlodipine 10 ml/ 24 jam
Pola napas tidak efektif dibuktikan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan pasien mengalami sesak napas, pernapasan 28 x/menit (D.0005) DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pola Napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Dispnea cukup menurun (4)	Pemantauan respirasi (I. 01014) Tindakan: Observasi 1. Monitor frekuensi, irama kedalaman dan Upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor saturasi oksigen

sejak pagi hari disertai penurunan kesadaran DO: - Tampak pasien sesak - Terdengar suara tambahan ronchi - Tampak terpasang oksigen nasal kanul 5L - Pernapasan: 28x/menit - Saturasi oksigen 96%	2. Frekuensi napas cukup membaik (4)	Terapeutik 1. Berikan posisi semi fowler 2. Berikan oksigen 5L/ menit 3. Kolaborasi pemberian obat Acetylcysteien 200 mg.
Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ditandai dengan pasien terpasang NGT, pemeriksaan natrium dan kalium darah rendah (D.0022) DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan sejak 1 bulan yang lalu pada tanggal 8 februari 2026 DO: - Tampak GCS pasien 8 somnolen - Tampak pasien melena - Tampak turgor kulit tdk elastis - Tampak bibir kering - Tampak pasien menggunakan selang NGT - Tampak kedua tungkai kaki edema - Natrium darah L 125 - Kalium darah LL 2.2 - Albumin L 2. 59 g/dL	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi Membaik dengan kriteria hasil: 1. Serum albumin cukup meningkat (4) 2. Diare cukup menurun (4) 3. Frekuensi makan cukup membaik (4) 4. Nafsu makan cukup membaik (4) 5. Membran mukosa cukup membaik (4)	Manajemen nutrisi (I.03119) Tindakan *Observasi* 1. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien Terapeutik 1. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Manajemen diare (I.03101) Tindakan Observasi 1. Identifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointertinal, stres, proses infeksi) 2. Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Berikan cairan intravena

		Pemantauan cairan (I.03121) Tindakan: Observasi 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine 5. Monitor kadar albumin 6. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Natrium dan kalium) 7. Monitor intake dan output cairan 8. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. Edema perifer) Terapeutik 1. Dokumentasikan hasil pemantauan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian albumin 25%/24 jam/2 tpm/ 1 kali pemberian 2. kolaborasi pemberian cairan NS 3% 500 cc/12 jam/14 tpm
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular (D.0054) DS: - DO: - Tampak pasien penurunan kesadaran - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ektremitas meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan

- Tampak semua aktifitas pasien dibantu oleh perawat - Tampak TTV: TD: 172/93 mmHg N: 109 x/menit S: 36,6^{o}c P: 28 x/menit Saturasi oksigen 96%.	2. Kekuatan otot meningkat 3. Gerakan terbatas menurun 4. Kelemahan fisik cukup menurun	alat bantu/2 jam (missal pagar tempat tidur) Dukungan perawatan diri (I.11348) Tindakan: Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian dan makan Terapeutik 1. Siapkan keperluan pribadi

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur: Ny. A/ 76 Tahun

Ruang/kamar: HCU/38

Hari/ tanggal	DP	Waktu	Implementasi keperawatan	Nama perawat
Jumat, 13 February 2026	I	07: 10	- Memonitor peningkatan tekanan darah Hasil: TD: 169/96 mmHg N: 93x/m	Fristy
	I	07.15	- Memonitor penurunan tingkat kesadaran Hasil : Kesadaran somnolen GCS 7	Fristy
	II	07.20	- Memonitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas Hasil: Frekuensi napas 27x/m Irama napas irreguler	Fristy
	II	07.23	- Memonitor pola napas Hasil : Pola napas takipnea	Fristy
			- Mengkolaborasi pemberian obat albumin 25% Hasil: Albumin 25% telah terpasang sesuai instruksi, kondisi pasien terpantau	Fristy
	III	07:50	- Memberikan cairan intravena Hasil: Pasien diberikan cairan RL 500 cc/ 20 tpm	Fristy
	IV	08: 00	- Menyiapkan keperluan pribadi Hasil: Keperluan pribadi pasien telah disiapkan oleh perawat dan keluarga, seperti alat	Fristy

			kebersihan diri dan perlengkapan yang dibutuhkan.	
	IV	08: 10	- Mengidentifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia Hasil : Seluruh aktivitas perawatan diri dibantu oleh perawat dan keluarga	Fristy
	IV	08.15	- Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berkapaian dan makan Hasil: Perawat menyiapkan baju pasien memberikan makan lewat selang NGT ukuran 16	Fristy
	II	08.30	- Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan oksigen nasal kanul 5L dengan saturasi oksigen 96%	Fristy
	I II	08: 40	- Memberikan posisi semi fowler Hasil: Pasien diposisikan semi fowler dengan kepala tempat tidur ditinggikan 30 derajat	Fristy
	IV	09.20	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tidak dapat melakukan pergerakan karena penurunan kesadaran	Fristy
	IV	09.25	- Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Hasil: Tampak terpasang pagar tempat tidur pasien	Fristy

	III	09.30	- Memonitor intake dan output cairan Hasil: Intake: Cairan Infus 500 cc Minum susu: 150cc Bubur saring: 200 cc Air putih: 30 cc Total: 880 cc Output: Urin: 400 cc/8 jam IWL: 15 x bb 15 x 50 Total: 750 Maka CM (CK + IWL) = 880 (400 + 750) = 880 – 1.150 = - 270	Fristy
	II	09.35	- Memonitor saturasi oksigen Hasil: Saturasi oksigen 96%	Fristy
	III	09.40	- Mengidentifikasi penyebab diare Hasil: Pasien mengalami melena akibat *stress ulcer*	Fristy
	III	10.10	- Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil: Tampak BAB pasien berwarna hitam dengan konsistensi encer dan pasien menggunakan pampers	Fristy
	III	10.15	- Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi Hasil: Nadi 93x/menit	Fristy
	III	10.20	- Memonitor frekuensi napas Hasil: Pernapasan 27x/menit	Fristy

	I III	10.40	- Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: TD: 169/96 mmHg N: 93x/menit S: 36,5ºC P: 27x/menit Saturasi oksigen 96%	Fristy
	I	11.20	- Melaksanakan *Evidence Based Nursing* FAST Hasil : Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Fristy
		12.10	- Memonitor tanda tanda vital TD: 169/96 mmHg N: 93x/menit S: 36,5 ºC P: 27x/menit	Fristy
	III	12.15	- Memonitor jumlah dan warna urine Hasil: Tampak urine pasien 400 cc dan berwarna kuning pekak	Fristy
	I	12.17	- Mengkolaborasi pemberian obat *Citicoline* 500 mg, *Acetylcysteine* 200 mg, dan amlodipin Hasil: Obat telah diberikan melalui selang NGT ukuran 16, tidak ada mual munta	Fristy
	III	12.25	- Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: Pasien toleran terhadap pemberian nutrisi, tidak ada mual, muntah, distensi abdomen, atau aspirasi.	Fristy

	III	12.30	- Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air putih 20 cc dan tidak ada mual, munta, dan aspirasi	Fristy
	III	13:00	- Mengidentifikasi tanda tanda hipervolemia Hasil: Tampak kedua kaki pasien edema	Fristy
	I II	14:10	- Memonitor tanda tanda vital Hasil: TD: 169/96 mmHg N: 93x/menit S: 36,5^{o}C P: 27x/menit	Fristy
	II	14.20	- Memberikan oksigen Hasil: Terpasang nasal kanul 5L dengan saturasi 96%	Fristy
	I	14: 45	- Memonitor penurunan tingkat kesadaran Hasil: Kesadaran samnolen GCS 7	Estika
	I II	14.50	- Memberikan posisi semi fowler Hasil: Pasien dalam posisi semi fowler dengan posisi 30 derajat	Estika
		15.10	- Melakukan pemberian obat Hasil: Melakukan pemberian obat *Omeprazole* IV	Estika
	I	15.20	- Memonitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas Hasil: Frekuensi napas 26x/m	Estika

			Irama napas irreguler	
	II	15.35	- Memonitor pola napas Hasil : Pola napas takipnea	Estika
	IV	15.40	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tidak dapat melakukan pergerakan karena penurunan kesadaran	Estika
	IV	15.45	- Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Hasil: Tampak terpasang pagar tempat tidur pasien	Estika
	III	15.50	- Mengidentifikasi tanda tanda hipervolemia Hasil: Tampak kedua kaki pasien edema	Estika
		16.00	- Memonitor tanda tanda vital Hasil: TD: 169/96 mmHg N: 93x/menit S: 36,5^{o}C P: 27x/menit	Estika
	III	16:10	- Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi Hasil: Nadi 93x/menit	Estika
	II	16.12	- Memonitor frekuensi napas Hasil: Pernapasan 27x/menit	Estika
	I III	16.15	- Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: TD: 169/96mmHg	Estika

			N: 93x/menit S: 36,5 ºC P: 27x/menit Saturasi oksigen 96%	
	III	16.20	- Memberikan cairan intravena Hasil: Pasien diberikan cairan RL 500 cc/ 20 tpm	Estika
	III	16.40	- Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil: Tampak BAB pasien berwarna hitam dengan konsistensi encer dan pasien menggunakan pampers	Estika
	I	17.30	- Melaksanakan *Evidence Based Nursing* FAST Hasil : Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Estika
	III	18.00	- Memonitor jumlah dan warna urine Hasil: Tampak urine pasien 450 cc dan berwarna kuning pekak	Estika
	III	18.20	- Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: Pasien toleran terhadap pemberian nutrisi, tidak ada mual, muntah, distensi abdomen, atau aspirasi	Estika
	III	18.30	- Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air putih 20 cc tidak ada mual, munta dan aspirasi	Estika

		19: 10	- .Mengkolaborasi pemberian obat *Citicoline* 500 mg, *Acetylcysteine* 200 mg Hasil: Obat diberikan melalui selang NGT ukuran 16, tidak ada mual munta	Estika
		19.40	- Memonitor tanda tanda vital TD: 169/96mmHg N: 93x/menit S: 36,5^{o}C P: 27x/menit	Estika
		19: 45	- Melakukan pemberian obat Hasil: pasien diberikan obat *Cefriaxone*	Estika
	III	19.55	- Memonitor jumlah dan warna urine Hasil: Tampak urine pasien 400 cc dan berwarna kuning pekak.	Estika

G. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi (S O A P)
Jumat, 13 February 2026 (Pukul: 21:00 WITA)	I	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi S: - O: - Tingkat kesadaran masi menurun GCS 7 (M:3 V:2 E: 2) - Tampak peningkatan tekanan darah - Observasi TTV: TD: 169/ 96 mmHg N: 93x/menit S: 36,5^{o} C P: 27 x/menit A: Masalah risiko perfusi tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi:
	II	Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas S: - O: - Tampak pola napas takipnea - Tampak frekuensi napas 27x/menit - Tampak pasien sesak - Saturasi oksigen 96% - Terdengar suara tambahan ronchi dilapang paru kanan A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
	III	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis S: - O: - Tampak pasien masi diare - Tampak kesadaran somnolen GCS 7 - Tampak pasien terpasang selang NGT ukuran 16 - Tampak kedua tungkai kaki A: Masalah status nutrisi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
	IV	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular S: -

		O: - Tampak pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitasnya karena penurunan kesadaran - Tampak gerakan masi terbatas - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat - Tampak pasien terbaring lemah A: Masalah mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. A/ 76 Tahun

Ruang/kamar : HCU/Bad 38

Hari/ tanggal	DP	Waktu	Implementasi keperawatan	Nama perawat
Sabtu, 14 February 2026	I	07: 10	- Memonitor peningkatan tekanan darah Hasil: TD: 160/89 mmHg N: 89x/m	Fristy
	I	07.15	- Memonitor penurunan tingkat kesadaran Hasil : Kesadaran somnolen GCS 9	Fristy
	II	07.20	- Memonitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas Hasil: Frekuensi napas 26x/m Irama napas irreguler	Fristy
	II	07.23	- Memonitor pola napas Hasil : Pola napas takipnea	Fristy
	III	07.40	- Memberikan cairan intravena Hasil: Pasien diberikan cairan RL 500 cc/ 20 tpm	Fristy
	III	07:50	- Menyiapkan keperluan pribadi Hasil: Keperluan pribadi pasien telah disiapkan oleh perawat dan keluarga, seperti alat kebersihan diri dan perlengkapan yang dibutuhkan.	Fristy
	IV	08: 00	- Mengidentifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai	Fristy

			usia Hasil : Seluruh aktivitas perawatan diri dibantu oleh perawat dan keluarga	
	IV	08: 10	- Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berkapaian dan makan Hasil: Perawat menyiapkan baju pasien memberikan makan lewat selang NGT ukuran 16	Fristy
	II	08.15	- Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan oksigen nasal kanul 5L dengan saturasi oksigen 97%	Fristy
	II	08.30	- Memberikan posisi semi fowler Hasil: Pasien diposisikan semi fowler dengan kepala tempat tidur ditinggikan30 derajat	Fristy
	IV	08: 40	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tidak dapat melakukan pergerakan karena penurunan kesadaran	Fristy
	IV	09.20	- Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Hasil: Tampak terpasang pagar tempat tidur pasien	Fristy
	III	09.25	- Memonitor intake dan outputnya Hasil: Intake: Cairan Infus 500 cc	Fristy

			Minum susu: 150cc Bubur saring: 200 cc Air putih: 30 cc Total: 880 cc Output: Urin: 400 cc/8 jam IWL: 15 x bb 15 x 50 Total: 750 Maka CM (CK + IWL) = 880 (400 + 750) = 880 – 1.150 = - 270	
	II	09.30	- Memonitor saturasi oksigen Hasil: Saturasi oksigen 97%	Fristy
	III	09.35	- Mengidentifikasi penyebab diare Hasil: Pasien mengalami melena akibat *stress ulcer*	Fristy
	III	09.40	- Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil: Tampak BAB pasien berwarna hitam dengan konsistensi encer dan pasien menggunakan pampers	Fristiy
	III	10.05	Mengkolaborasi pemberian cairan NS 3% Hasil: Cairan terpasang dengan baik dengan 14 tpm	Fristy
	III	10.10	- Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi Hasil: Nadi 89x/menit	Fristy
	II	10.15	- Memonitor frekuensi napas Hasil: Pernapasan 26x/menit	Fristy

	III	10.20	- Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: TD: 160/89 mmHg N: 89x/menit S: 36,3 ºC P: 26x/menit Saturasi oksigen 97%	Fristy
	I	10.40	- Melaksanakan *Evidence Based Nursing* FAST Hasil : Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Fristy
		11.20	- Memonitor tanda tanda vital TD: 160/89 mmHg N: 89x/menit S: 36,3 ºC P: 26 x/menit	Fristy
	III	12.10	- Memonitor jumlah dan warna urine Hasil: Tampak urine pasien 400 cc dan berwarna kuning pekak	Fristy
		12.15	- Mengkolaborasi pemberian obat *Citicoline* 500 mg, *Inbumin* 250 mg, *Acetylcysteine* 200 mg amlodipin Hasil: Obat diberikan melalui selang NGT ukuran 16, tidak ada mual munta	Fristy
	III	12.17	- Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: Pasien toleran terhadap pemberian nutrisi, tidak ada mual, muntah, distensi abdomen, atau aspirasi.	Fristy

	III	12.25	- Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air putih 20 cc dan tidak ada mual, munta, dan aspirasi	Fristy
	III	12.30	- Mengidentifikasi tanda tanda hipervolemia Hasil: Tampak kedua kaki pasien edema	Fristy
		13:00	- Memonitor tanda tanda vital Hasil: TD: 160/89 mmHg N: 89x/menit S: 36,3 ºC P: 26x/menit	Fristy
	II	14:10	- Memberikan oksigen Hasil: Terpasang nasal kanul 5L dengan saturasi 97%	Estika
	I	14.20	- Memonitor penurunan tingkat kesadaran Hasil: Kesadaran samnolen GCS 9	Estika
	I II	14: 45	- Memberikan posisi semi fowler Hasil: Pasien dalam posisi semi fowler dengan posisi 30 derajat	Estika
		14.50	- Melakukan pemberian obat Hasil: Pasien diberikan obat *Omeprazole*	Estika
	I	15.10	- Memonitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas Hasil:	Estika

			Frekuensi napas 26x/m Irama napas irreguler	
	II	15.20	- Memonitor pola napas Hasil : Pola napas takipnea	Estika
	IV	15.35	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tidak dapat melakukan pergerakan karena penurunan kesadaran	Estika
	IV	15.40	- Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Hasil: Tampak terpasang pagar tempat tidur pasien	Estika
	III	15.45	- Mengidentifikasi tanda tanda hipervolemia Hasil: Tampak kedua kaki pasien edema	Estika
		15.50	- Memonitor tanda tanda vital Hasil: TD: 160/89 mmHg N: 89x/menit S: 36,3 ºC P: 26 x/menit	Estika
	III	16.00	- Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi Hasil: Nadi 89x/menit	Estika
	II	16:10	- Memonitor frekuensi napas Hasil: Pernapasan 26x/menit	Estika
	I III	16.12	- Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil:	Estika

			TD: 160/89 mmHg N: 89x/menit S: 36,3ºC P: 26x/menit Saturasi oksigen 97%	
	III	16.15	- Memberikan cairan intravena Hasil: Pasien diberikan cairan RL 500 cc/ 20 tpm	Estika
	III	16.20	- Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil: Tampak BAB pasien berwarna hitam dengan konsistensi encer dan pasien menggunakan pampers	Estika
	I	16.40	- Melaksanakan *Evidence Based Nursing* FAST Hasil : Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Estika
		17.30	- Memonitor tanda tanda vital TD: 160/89 mmHg N: 89x/menit S: 36,3 ºC P: 26x/menit	Estika
	III	18.00	- Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: Pasien toleran terhadap pemberian nutrisi, tidak ada mual, muntah, distensi abdomen, atau aspirasi	Estika
	III	18.20	- Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air putih 20 cc tidak ada mual, munta dan	Estika

			aspirasi	
		18.30	- Monitor tanda tanda vital TD: 168/89 mmHg S :36,4 ºc N: 86x/m P: 26x/menit	Estika
	I II III	18.35	- Mengkolaborasi pemberian obat *Citicolin* 500 mg, *Inbumin* 250 mg, *Acetylcysteine* 200 mg Hasil: Obat telah diberikan melalui selang NGT ukuran 16, tidak ada mual munta	Estika
	III	19.00	- Memonitor jumlah dan warna urine Hasil: Tampak urine pasien 400 cc dan berwarna kuning pekak.	Estika
		19.40	Melakukan pemberian obat Hasil: Pasien diberikan obat *Cefriaxon*	Estika

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi (S O A P)
Sabtu, 14 February 2026 (Pukul: 21:00 wita)	I	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi S: - O: - Tingkat kesadaran Somnolen GCS 9 (M:4 V:2 E: 3) - Tampak peningkatan tekanan darah - Observasi TTV: TD: 160/ 89 mmHg N: 89x/menit S: 36,3^{o} C P: 26x/menit A: Masalah risiko perfusi tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi:
	II	Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas S: - O: - Tampak pola napas takipnea - Tampak frekuensi napas 26x/menit - Saturasi oksigen 97% - Terdengar suara tambahan ronchi dilapang paru kanan A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
	III	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis S: - O: - Tampak pasien masi diare - Tampak kesadaran somnolen GCS 9 - Tampak pasien terpasang selang NGT ukuran 16 - Tampak kedua tungkai kaki A: Masalah status nutrisi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
	IV	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular S: -

		O: - Tampak pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitasnya karena penurunan kesadaran - Tampak gerakan masi terbatas - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat - Tampak pasien terbaring lemah A: Masalah mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. A/ 76 Tahun

Ruang/kamar : HCU/Bad 38

Hari/ tanggal	DP	Waktu	Implementasi keperawatan	Nama perawat
Minggu, 15 February 2026	I	07: 10	- Memonitor peningkatan tekanan darah Hasil: TD: 155/80mmHg N: 70x/m	Fristy
	I	07.15	- Memonitor penurunan tingkat kesadaran Hasil : Kesadaran delirium GCS 11	Fristy
	II	07.20	- Memonitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas Hasil: Frekuensi napas 25x/m Irama napas irreguler	Fristy
	II	07.23	- Memonitor pola napas Hasil : Pola napas takipnea	Fristy
	III	07.40	- Memberikan cairan intravena Hasil: Pasien diberikan cairan RL 500 cc/ 20 tpm	Fristy
	LII	07:50	- Menyiapkan keperluan pribadi Hasil: Keperluan pribadi pasien telah disiapkan oleh perawat dan keluarga, seperti alat kebersihan diri dan perlengkapan yang dibutuhkan.	Fristy
	IV	08: 00	- Mengidentifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai	Fristy

			usia Hasil : Seluruh aktivitas perawatan diri dibantu oleh perawat dan keluarga	
	IV	08: 10	- Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berkapaian dan makan Hasil: Perawat menyiapkan baju pasien memberikan makan lewat selang NGT ukuran 16	Fristy
	IV	08.15	- Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan oksigen nasal kanul 5L dengan saturasi oksigen 98%	Fristy
	II	08.30	- Memberikan posisi semi fowler Hasil: Pasien diposisikan semi fowler dengan kepala tempat tidur ditinggikan30 derajat	Fristy
	I II	08: 40	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tidak dapat melakukan pergerakan karena penurunan kesadaran	Fristy
	IV	09.20	- Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Hasil: Tampak terpasang pagar tempat tidur pasien	Fristy
	III	09.25	- Memonitor intake dan outputnya Hasil: Intake: Cairan Infus 500 cc	Fristy

			Minum susu: 150cc Bubur saring: 200 cc Air putih: 30 cc Total: 880 cc Output: Urin: 400 cc/8 jam IWL: 15 x bb 15 x 50 Total: 750 Maka CM (CK + IWL) = 880 (400 + 750) = 880 – 1.150 = - 270	
	II	09.30	- Memonitor saturasi oksigen Hasil: Saturasi oksigen 98%	Fristy
	III	09.35	- Mengidentifikasi penyebab diare Hasil: Pasien mengalami melena akibat stres ulcer	Fristy
	III	09.40	- Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil: Tampak BAB pasien berwarna hitam dengan konsistensi encer dan pasien menggunakan pampers	Fristy
	III	10.10	- Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi Hasil: Nadi 87x/menit	Fristy
	III	10.15	- Memonitor frekuensi napas Hasil: Pernapasan 25x/menit	Fristy
	I III	10.20	- Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: TD: 155/80 mmHg N: 70x/menit	Fristy

			S: 36,4ºC P: 25x/menit Saturasi oksigen 98%	
	I	10.40	- Melaksanakan *Evidence Based Nursing* FAST Hasil : Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Fristy
		11.20	- Memonitor tanda tanda vital TD: 155/80 mmHg N: 70x/menit S: 36,4 ºC P: 25 x/menit	Fristy
	III	12.10	- Memonitor jumlah dan warna urine Hasil: Tampak urine pasien 400 cc dan berwarna kuning pekak	Fristy
	I II III	12.15	- Mengkolaborasi pemberian obat *Citicoline* 500 mg, *Inbumin* 250 mg, Amlodipin, *Acetylcysteine* 200 mg Hasil: Obat telah diberikan melalui selang NGT ukuran 16, tidak ada mual muntah	Fristy
	III	12.17	- Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: Pasien toleran terhadap pemberian nutrisi, tidak ada mual, muntah, distensi abdomen, atau aspirasi.	Fristy
	III	12.25	- Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air putih 20 cc dan tidak ada mual, munta,	Fristy

			dan aspirasi	
	III	12.40	- Mengidentifikasi tanda tanda hipervolemia Hasil: Tampak kedua kaki pasien edema	Fristy
		13:00	- Memonitor tanda tanda vital Hasil: TD: 155/80 mmHg N: 70x/menit S: 36,4ºC P: 25x/menit	Fristy
	II	14.20	- Memberikan oksigen Hasil: Terpasang nasal kanul 5L dengan saturasi 98%	Estika
	I	14: 45	- Memonitor penurunan tingkat kesadaran Hasil: Kesadaran delirium GCS 11	Estika
	I II	14.50	- Memberikan posisi semi fowler Hasil: Pasien dalam posisi semi fowler dengan posisi 30 derajat	Estika
		15.10	- Melakukan pemberian obat Hasil: Pasien diberikan obat *Omeprazole*	Estika
	I	15.20	- Memonitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas Hasil: Frekuensi napas 25x/m Irama napas irreguler	Estika
	II	15.35	- Memonitor pola napas Hasil : Pola napas takipnea	Estika

	IV	15.40	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tidak dapat melakukan pergerakan karena penurunan kesadaran	Estika
	IV	15.45	- Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Hasil: Tampak terpasang pagar tempat tidur pasien	Estika
	III	15.50	- Mengidentifikasi tanda tanda hipervolemia Hasil: Tampak kedua kaki pasien edema	Estika
		16.00	- Memonitor tanda tanda vital Hasil: TD: 155/80 mmHg N: 70x/menit S: 36,4ºC P: 25 x/menit	Estika
	III	16:10	- Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi Hasil: Nadi 70x/menit	Estika
	II	16.12	- Memonitor frekuensi napas Hasil: Pernapasan 25x/menit	Estika
	I III	16.15	- Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: TD: 155/80mmHg N: 70x/menit S: 36,4ºC P: 25x/menit Saturasi oksigen 98%	Estika Estika

	III	16.20	- Memberikan cairan intravena Hasil: Pasien diberikan cairan RL 500 cc/ 20 tpm	Estika
	III	16.40	- Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil: Tampak BAB pasien berwarna hitam dengan konsistensi encer dan pasien menggunakan pampers	Estika
	I	17.30	- Melaksanakan *Evidence Based Nursing* FAST Hasil : Tampak rekaman suara diputarkan di dekat telinga pasien dengan durasi 10 menit	Estika
		18.00	- Memonitor tanda tanda vital TD: 155/80 mmHg N: 70x/menit S: 36,4 ºC P: 25x/menit	Estika
	III	18.20	- Memonitor jumlah dan warna urine Hasil: Tampak urine pasien 450 cc dan berwarna kuning pekak	Estika
	III	18.30	- Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: Pasien toleran terhadap pemberian nutrisi, tidak ada mual, muntah, distensi abdomen, atau aspirasi	Estika
	III	18.35	- Memberikan asupan cairan oral Hasil : Pasien diberikan air putih 20 cc tidak ada mual, munta dan	Estika

			aspirasi	
		19.00	- Monitor tanda tanda vital TD: 155/80 mmHg S :36,4 ºc N: 70x/m P: 25x/menit	Estika
	I II III	19.40	Mengkolaborasi pemberian obat *Citicolin* 500 mg, *Inbumin* 250 mg, *Acetylcysteine* 200 mg Hasil: Obat telah diberikan melalui selang NGT ukuran 16, tidak ada mual muntah	Estika
	III	19.45	- Memonitor jumlah dan warna urine Hasil: Tampak urine pasien 400 cc dan berwarna kuning Pekak.	Estika
		19.55	- Melakukan pemberian obat Hasil: Pasien diberikan oabt *Cefriaxone*	Estika

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ tanggal	DP	Evaluasi (S O A P)
Minggu, 15 February 2026 (Pukul: 21:00 WITA)	I	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi S: - O: - Tingkat kesadaran pasien Delirium GCS 11 (M:5 V3 E3) - Tampak peningkatan tekanan darah - Observasi TTV: TD: 155/ 85 mmHg N: 75x/menit S: 36,4 ºC P: 25x/menit A: Masalah risiko perfusi tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi:
	II	Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas S: - O: - Tampak pola napas takipnea - Tampak frekuensi napas 25x/menit - Saturasi oksigen 98% - Terdengar suara tambahan ronchi dilapang paru kanan A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
	III	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis S: - O: - Tampak pasien masi diare - Tampak kesadaran Delirium GCS 11 (M:5 V3 E3 - Tampak pasien terpasang selang NGT ukuran 16 - Tampak kedua tungkai kaki A: Masalah status nutrisi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
	IV	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular S: - O: - Tampak pasien tidak bisa menggerakkan ekstermitasnya karena penurunan kesadaran

		- Tampak gerakan masi terbatas - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat - Tampak pasien terbaring lemah A: Masalah mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi

DAFTAR OBAT

A. Omeprazole
   1. Nama obat: Omeprazole
   2. Klasifikasi/ golongan obat: proton pump inhibitor/ Antasida penghambat pompa proton
   3. Dosis umum: 20 - 40 mg/ hari
   4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 vial/IV/12 jam
   5. Cara pemberian obat: Melalui IV
   6. Mekanisme kerja dan fungsi obat
      Menghambat pompa proton disel parietal lambung sehingga menurunkan produksi asam lambung
   7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
      Untuk mencegah pendarahan lambung akibat kondisi akut dan penggunaan obat antiplatelet pada pasien strok.
   8. Kontraindikasi
      Hipersensivitas terhadap omeprazole atau golongan PPI
   9. Efek samping obat
      Sakit kepala, mual, muntah, diare, nyeri perut.

B. Ceftriaxone
   1. Nama obat: Ceftriaxone
   2. Klasifikasi/ golongan obat: Antibiotik sefalosporin generasi lll
   3. Dosis umum: 1- 2 gr/ hari
   4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 gr/Lv/12 jam
   5. Cara pemberian obat: oral
   6. Mekanisme kerja dan fungsi obat
      Menghambat sintesis dinding sel bakteri sehingga menyebabkan kematian bakteri.
   7. Alasan pemberian obat padapasien yang bersangkutan
      Untuk mengatasi infeksi seperti infeksi saluran pernapasan atau infeksi saluran kemih pada pasien strok.

8. Kontraindikasi

   Hipersensivitas terhadap sefalosporin atau riwayat alergi berat terhadap penisilin.

9. Efek samping obat

   Diare, mual munta, reaksi alergi seperti ruam gatal, gangguan fungsi hati ringan.

C. Albumin 25%

1. Nama obat: Albumin 25%
2. Klasifikasi/ golongan obat: Cairan koloid / plasma expander
3. Dosis umum: 50–100 mL IV
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1btl/24 jam/2 tpm
5. Cara pemberian obat: Infus
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

   Albumin meningkatkan tekanan onkotik plasma sehingga menarik cairan dari jaringan ke dalam pembuluh darah dan membantu menjaga volume sirkulasi.

7. Alasan pemberian obat padapasien yang bersangkutan

   Mengatasi hipoalbuminemia (kadar albumin rendah), Menstabilkan hemodinamik pasien.

8. Kontraindikasi

   Gagal jantung berat, Hipervolemia, Anemia berat, Alergi terhadap albumin

9. Efek samping obat

   Reaksi alergi (ruam, gatal), demam, overload cairan, peningkatan tekanan darah, sesak napas jika kelebihan cairan.

D. Citicoline

1. Nama obat: Citicoline
2. Klasifikasi/ golongan obat: Neurotonics
3. Dosis umum

   Untuk kehilangan kesadaran akibat trauma kepala atau operasi otak :100 mg sampai 500 mg, 1 – 2 kali sehari secara drip intravena

atau intravena biasa.Gangguan kesadaran pada infark serebri stadium akut : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama dua minggu berturut-turut.Pasca hemiplegia apopletik : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama 4 minggu berturut turut, jika tampak perbaikan dilanjutkan selama 4 minggu lagi. Kaplet: 1000-2000 mg per hari dalam dosis terbagi dengan atau tanpa makanan.

4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg1x1tab dan 1 amp/ IV/ 12 jam
5. Cara pemberian obat: Intravena dan oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

   Bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak.
7. Alasan pemberian obat padapasien yang bersangkutan

   Untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku
8. Kontraindikasi

   Hipersensitif terhadap citicoline
9. Efek samping obat

   Ruam, mual, muntah, pusing, kejang, insomnia

E. Acetylcystein

1. Nama obat: Acetylcystein (N-Acetylcysteine)
2. Klasifikasi/ golongan obat: Mukolitik / antioksidan
3. Dosis umum: Oral: 200 mg 2–3x sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 200 mg 3x1tab
5. Cara pemberian obat: Secara Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

   Mengencerkan dahak dengan memecah ikatan mukoprotein sehingga sekret lebih mudah dikeluarkan.
7. Alasan pemberian obat padapasien yang bersangkutan. Membantu mengencerkan sekret pada pasien dengan gangguan batuk efektif,

mencegah komplikasi seperti pneumonia aspirasi dan membantu menjaga kebersihan jalan napas.

8. Kontraindikasi
   Hipersensitivitas terhadap acetilsistein, hati-hati pada pasien asma
9. Efek samping obat
   Mual muntah, bronkospasme (jarang)

F. Cairan Ns 3% 500 cc

1. Nama obat: Natrium Klorida 3%
2. Klasifikasi/ golongan obat: Cairan kristaloid hipertoni
3. Dosis umum: 100–250 mL IV
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 btl/12 jam/14 tpm
5. Cara pemberian obat: Cairan Infus
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat
   Meningkatkan kadar natrium darah dan menarik cairan dari jaringan ke dalam pembuluh darah melalui efek osmotik.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
   Untuk mengatasi hiponatremia atau membantu mengurangi edema serebri
8. Kontraindikasi
   Hipernatremia, gagal jantung kongestif berat, gangguan ginjal berat.
9. Efek samping obat
   Hipernatremia, peningkatan tekanan darah, overload cairan, iritasi vena.

G. Amlodipine

1. Nama obat: amlodipine
2. Klasifikasi/ golongan obat: Calcium channel blocker (CCB)/ antihipertensi
3. Dosis umum: 5 – 10 mg/hari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 10 mg/hari
5. Cara pemberian obat: Secara Oral

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

   Menghambat masuknya ion kalsium ke dalam sel otot polos pembuluh darah sehingga menyebabkan vasodilatasi dan menurunkan tekanan darah
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan

   Untuk mengontrol tekanan darah pada psien stroke, mencegah peningkatan tekanan darah yang dapat memperburuk kerusakan otak, serta menurunkan risiko stroke berulang.
8. Kontra indikasi

   Hipersensivitas terhadap amlodipine, hipotensi berat
9. Efek samping obat:

   Pusing, edema, dan palpitasi.

H. Inbumin

1. Nama obat: Inbumin
2. Klasifikasi/golongan obat: Suplemen nutrisi / produk herbal (ekstrak ikan gabus – *Channa striata*)
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 250 mg 3x1tab
4. Cara pemberian Obat: Secara Oral
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat

   Inbumin bekerja dengan menyediakan asupan protein albumin tinggi yang berasal dari ekstrak ikan gabus. Inbumin berfungsi untuk mempertahankan onkotik plasma dan membantu proses pembentukan jaringan sel baru.
6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan

   Untuk meningkatkan kadar albumin dalam darah (mengatasi hipoalbuminemia) serta memperbaiki status gizi.
7. Kontraindikasi

   Hipersensivitas terhadap ikan gabus atau komponen lain dalam obat tersebut
8. Efek samping

   Gatal-gatal dan ruam pada kulit.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. A umur 76 tahun dengan diagnosa medis Non Hemoragik Stroke yang dirawat di ICU RS Stella Maris Makassar pada tanggal 11 February sampai 16 February 2026. Adapun pengambilan data melalui pendekatan proses keperawatan yaitu melalui pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

   Dalam melakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 12 February 2026 penulis memperoleh data melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien. Selain itu, penulis juga memperoleh data dari hasil pengamatan atau observasi langsung kepada pasien dan hasil pemeriksaan penunjang lain dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar, didiagnosis Non Hemoragik Stroke

   Salah satu penyebab Non Hemoragik Stroke adalah penyakit hipertensi. Hipertensi dapat menyebabkan tekanan darah perifer meningkat sehingga terjadi suatu efek negatif pada sistem hemodinamik yang menyebabkan penebalan pada dinding pembuluh darah. Kerusakan dari dinding pembuluh darah ini dapat memicu pembentukan suatu plak yang disebut sebagai ateroskleroris, hal ini dapat menyumbat aliran darah ke otak sehingga memicu terjadinya stroke iskemik. Salah satu dampak jangka panjang dari tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah kerusakan pada pembuluh darah. Tekanan darah tinggi yang terjadi secara terus-menerus dapat merusak dinding pembuluh darah akibat tekanan aliran darah yang terlalu kuat. Kerusakan ini dapat menimbulkan luka kecil pada dinding pembuluh darah, yang

kemudian memicu penumpukan lemak dan zat lain sehingga terjadi penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah, yang dikenal sebagai kerusakan endotel pembuluh darah. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang atau tersumbat oleh plak maupun bekuan darah, sehingga berisiko menyebabkan Stroke iskemik. Pada stroke jenis ini, suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak terganggu sehingga sel-sel otak mengalami kerusakan atau kematian. Oleh karena itu, hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama terjadinya stroke, terutama stroke iskemik yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak (Puspitayanti et al., 2025).

Dari hasi pengkajian ditemukan pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran yang ditandai dengan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) menurun. Pemeriksaan penunjang CT-Scan kepala menunjukkan adanya infark cerebri kanan yang menandakan terjadinya stroke iskemik akibat sumbatan aliran darah pada pembuluh darah otak. Kondisi ini menyebabkan jaringan otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga terjadi kerusakan sel saraf. Kerusakan pada area otak tertentu, terutama yang berhubungan dengan sistem pengatur kesadaran seperti batang otak, thalamus, dan sistem *reticular activating system*, dapat menimbulkan penurunan kesadaran pada pasien stroke (Okaniawan et al., 2025).

Selain itu juga ditemukan data pasien mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 27x/menit, saturasi oksigen 96%. Pada pasien non hemoragik stroke pneumonia banyak terjadi akibat faktor tirah baring lama karena pasien tidak banyak bergerak dan cenderung mengalami penumpukan sekret di paru-paru karena tidak mampu melakukan batuk efektif atau mengubah posisi tubuh, sehingga lendir menjadi media bagi pertumbuhan bakteri. Selain itu, imobilisasi mengurangi ventilasi paru, membuat paru-paru tidak terisi

udara secara optimal dan oksigenasi menurun. Pada pasien non hemoragik stroke, gangguan neurologis juga sering menyebabkan disfagia atau gangguan menelan, sehingga makanan, cairan, atau air liur dapat masuk ke saluran napas (*aspirasi*) dan memicu infeksi paru sehingga meningkatkan risiko terjadinya pneumonia (Jerau, 2024).

Namun ditemukan juga data pasien mengalami melena. melena terjadi akibat perdarahan gastrointestinal yang dipicu oleh *stress ulcer*. Kondisi stroke menyebabkan iskemia dan peradangan pada jaringan otak yang dapat mempengaruhi fungsi hipotalamus dan batang otak. Gangguan pada pusat saraf tersebut menyebabkan aktivasi sistem saraf otonom, khususnya peningkatan aktivitas saraf vagus, sehingga terjadi peningkatan sekresi gastrin dan produksi asam lambung. Peningkatan asam lambung yang berlebihan dapat merusak mukosa lambung dan usus sehingga terbentuk ulkus stres yang dapat menimbulkan perdarahan saluran cerna bagian atas (Astuti et al., 2023).

Masalah lain juga ditemukan adanya edema dan albumin rendah. Albumin adalah protein plasma utama yang berperan dalam mempertahankan tekanan onkotik sehingga cairan tetap berada dalam pembuluh darah. Pada pasien ini, kadar albumin yang rendah menyebabkan tekanan onkotik menurun, sehingga cairan mudah keluar ke jaringan interstisial dan menimbulkan edema. Hipoalbuminemia pada pasien stroke dapat disebabkan oleh malnutrisi akibat penurunan asupan makanan atau disfagia, kehilangan protein melalui ginjal atau saluran cerna, serta inflamasi sistemik akibat stroke berat atau komplikasi seperti pneumonia (Elisabeth, 2024) .

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 4 diagnosis keperawatan pada Ny.A sesuai SDKI dan memenuhi data mayor 80% yaitu:

a. Risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
Diagnosis ini diambil sesuai dengan data-data dari hasil pengkajian tekanan darah 172/93 mmHg keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi 5 tahun yang lalu dan sekitar dua bulan yang lalu pasien pernah jatuh dari tempat tidur dan didapatkan Hasil CT-scan kepala: infark cerebri kanan. Hal ini mendukung diagnosa keperawatan yang diangkat karena Peningkatan tekanan darah dapat disebabkan oleh aterosklerosi. Tekanan darah yang tinggi secara terus-menerus dapat menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami penebalan, pengerasan dan penyempitan (aterosklerosis). Proses ini dapat menimbulkan pecahnya pembuluh darah atau timbulnya thrombus sehingga dapat mengganggu aliran darah cerebral.

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Tampak pasien sesak napas SPO2 96%, frekuensi napas 28x/menit, hasil foto thoraks kesan: Pneumonia pada midbasal paru kanan dengan dilatation et atheroselerosis aortae disertai fraktur kompresi L1. Pada pasien pneumonia mengalami dispnea karena alveoli paru paru terisi cairan atau lender akibat infeksi sehingga pertukaran oksigen terganggu dan kadar oksigen dalam darah menurun dari kondisi ini menyebabkan pasien merasakan sesak napas.

c. Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis
Diagnosa ini diangkat berdasarkan data-data pada pengkajian sekunder pasien berdasarkan data mayor dan kondisi klinis terkait yang ada di SDKI serta hasil pemeriksaan laboratorium

Albumin 2.59 g/dL, Natrium darah 125 mmol/L, Kalium darah 2.2 mmol/L.

d. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, pasien tidak dapat menggerakan ekstremitas kanan, mengalami penurunan kesadaran dan segala aktivitas pasien dibantu total oleh keluarga dan perawat. Hal ini merujuk pada studi yang dilakukan oleh Hidayah et al. (2022) menunjukkan adanya masalah keperawatan terkait gangguan mobilitas fisik, khususnya dengan kelemahan di salah satu sisi tubuh atau hemiparese. Masalah pergerakan ini bisa muncul akibat kelemahan otot dan ketidakmampuan bergerak pada pasien, yang disebabkan oleh kerusakan pada sistem saraf di otak serta kekakuan yang terjadi pada otot dan sendi (Saksono et al., 2022).

Namun dalam kasus ini terdapat kesenjangan antara diagnosa keperawatan secara teori dan diagnosis keperawatan berdasarkan kasus. Dimana diagnosis yang tidak didapat secara teori tetapi terdapat pada kasus yaitu Risiko Defisit Nutrisi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengalami *Stress Ulcer*, Albumin rendah serta edama pada kedua tungkai kaki. Sehingga intervensi yang diangkat untuk mengatasi masalah tersebut yaitu manajemen nutrisi, pemantauan cairan, dan manajemen diare.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan, peneliti membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diantaranya sebagai berikut:

a. Diagnosa I: Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi

   Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen perfusi serebral dengan pendekatan *Evidence-Based Nursing* (EBN). Tindakan Observasi meliputi identifikasi tanda dan gejala penurunan perfusi serebral seperti penurunan kesadaran serta memonitor tekanan darah dan nilai GCS secara berkala. Tindakan terapeutik yaitu memposisikan pasien semi-Fowler untuk meningkatkan aliran darah ke otak serta memberikan terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) sebagai stimulasi auditori menggunakan suara yang familiar untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien. Tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu pemberian terapi obat neuroprotektor seperti Citicoline.

b. Diagnosa II: Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas. Pada diagnosis ini penulis membuat intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu manajemen jalan napas memberikan posisi semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi, memberikan oksigen sesuai kondisi pasien dan melakukan pemberian mukolitik Acetylcysteine caps 200 mg.

c. Daignosa III: Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ditandai dengan pasien terpasang NGT, pemeriksaan natrium, kalium darah rendah. pada diagnosa ini penulis membuat intervensi manajemen nutrisi melakukan oral hygiene dan memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, manajemen diare memberikan asupan cairan memberikan cairan intravena, melakukan pemasangan jalur intravena, pemantauan cairan memantau frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah, memantau kadar albumin, memantau hasil

pemeriksaan serum (mis. Natrium dan kalium), memantau tanda-tanda hipervolemia (mis. Edema perifer).

d. Diagnosa IV: Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan neuromuscular. Pada diagnosis ini penulis membuat intervensi dukungan mobilisasi, dukungan perawatan diri melakukan perawatan diri kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian dan makan.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Ny.A peneliti melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Selama dilakukan implementasi didapatkan keadaan pasien mengalami penurunan kesadaran dimana somnolen. Dari masalah yang ditemukan pada pasien, pada masalah resiko perfusi serebral tidak efektif, masalah gangguan pola napas tidak efektif, masalah risiko defisit nutrisi, begitu juga dengan masalah gangguan mobilitas fisik semua intervensi telah dilakukan. Sesuai dengan *Evidence-Based Nursing* (EBN), penulis menerapkan terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) sebagai tindakan nonfarmakologis yang bertujuan untuk menstimulasi fungsi kognitif, meningkatkan kesadaran. Dalam pelaksanaannya, perawat bekerja sama dengan keluarga untuk menyediakan stimulus suara yang familiar, seperti rekaman suara anggota keluarga atau percakapan yang bermakna bagi pasien. Keterlibatan keluarga sangat penting dalam membantu proses pemantauan dan keberlanjutan terapi FAST. Implementasi dilakukan sebanyak dua kali sehari selama tiga hari. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi FAST, terdapat peningkatan respon pasien terhadap rangsangan auditorik, dimana dari GCS 7 menjadi GCS 10. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa terapi FAST dapat merangsang aktivitas otak melalui stimulus suara yang dikenal, sehingga membantu meningkatkan kesadaran dan respon neurologis pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan kritis yang diberikan. Pada tahap ini peneliti mengevaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan kritis yang diberikan pada pasien.

Hasil evaluasi menunjukan bahwa masalah dari keempat diagnosis keperawatan mulai teratasi.

a. Diagnosis I: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi

   Hasil evaluasi menunjukkan sebagian masalah teratasi. Tingkat kesadaran pasien belum membaik karena pasien masih dengan tingkat kesadaran somnolen. Namun, tekanan darah pasien mulai menunjukkan adanya penurunan. Pada hari ketiga implementasi, didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah mulai menurun hingga 145/87 mmHg, tetapi suhu tubuh pasien masih meningkat 36,5^{o} C.

b. Diagnosis II: Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas

   Hasil evaluasi pada diagnosis ini mulai teratasi ditandai dengan status pernapasan pasien yang mulai membaik. Pada hari ke- 3 implementasi, didapatkan hasil observasi pernapasan 24x/menit dan SPO2 98% dengan pengaturan posisi elevasi kepala 30 ^{o}.

c. Diagnosis III: Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis

   Hasil evaluasi selama tiga hari masalah belum teratasi karena pasien masih mengalami penurunan kesadaran, masih diare dan tampak hasil albumin, natrium dan kalium pasien masih rendah.

d. Diagnosis IV: Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Hasil evaluasi selama tiga hari masalah belum teratasi. Karena tampak pasien belum bisa menggerakan ekstremitas bagian kanan dan tampak seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan di tempat tidur dengan bantuan penuh dari keluarga dan perawat

B. Pembahasan Penerapan EBN

P: Pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) yang mengalami penurunan kesadaran

I: *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST)

C: Tidak ada intervensi pembanding

O: Untuk peningkatan tingkat kesadaran

Pertanyaan: Apaka terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) efektif meningkatkan tingkat kesadaran pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) yang mengalami penurunan kesadaran?

1. Judul EBN:
   Pemberian terapi stimulus auditori menggunakan murrotal berupa *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) pada Ny.A (76 tahun) dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) yang menyebabkan penurunan kesadaran.
2. Diagnosa keperawatan
   Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
3. Luaran yang diharapkan
   Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran cukup meningkat, tekanan darah sistolik dan diastolik cukup membaik.
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN:
   Manajemen peningkatan tekanan intracranial

C. Pembahasan Tindakan keperawatan sesuai EBN

1. Pengertian Tindakan

   Familiar Auditory Sensory Training (FAST) adalah sebuah intervensi non-farmakologi yang memanfaatkan stimulasi sensori auditori untuk meningkatkan kesadaran pada pasien. Metode ini, pasien mendengarkan audio handphone yang familiar atau yang berisi suara orang-orang yang dikenal dekat dengan mereka, seperti anggota keluarga atau teman, yang membagikan cerita atau pengalaman yang memiliki makna khusus bagi pasien.

2. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep

   Pemberian terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) pada Ny.A bertujuan untuk memberikan stimulasi auditori untuk peningkatan tingkat kesadaran.

3. PICOT EBN (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome dan Time*)

Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III
Judul: Penerapan *Familiar Auditory Sensory Training* (Fast) Terhadap Tingkat Kesadaran Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Jakarta Tahun: 2024 Penulis: Nuzula Firdaus, Wati Jumaiyah, Ninik Yunitri, Rizki Nugraha Agung Publikasi: Malahayati Health Student Journal	Judul: Pengaruh *Familiar Auditory Sensory Training* Pada Tingkat Kesadaran Pasien Stroke Di RSD dr. Soebandi Jember Tahun: 2020 Penulis: Cirila Aripratiwi, Jon Hafan Sutawardana, dan Mulia Hakam Publikasi: Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia	Judul : Penerapan *familiar auditory sensory training* pada pasien stroke non hemoragik dengan penurunan kesadaran. Tahun: 2025 Penulis: Niswatun Rahmadhani, Siti Khoiroh Muflihatin, Nunung Herlina, Misbah Nurjannah. Publikasi: Jurnal

		Penelitian Perawat Profesional
P (*population*) Populasi dalam penelitian adalah pasien Stroke di ruang HCU Neuro Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi. Subjek dalam studi kasus ini berjumlah 5 orang dengan memperhatikan kriteria inklusi yaitu pasien dengan diagnose stroke, penurunan kesadaran, keluarga mengizinkan untuk diberikan terapi FAST	**P (*population*)** Populasi dalam penelitian adalah pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Melati dan Catleya di rumah sakit dr. Soebandi Jember. Subjek penelitian berjumlah sebanyak 30 orang dengan stroke.	**P (*population*)** Populasi dalam penelitian ini adalah pasien stroke non hemoragik yang mengalami penurunan tingkat kesadaran yang dirawat di rumah sakit. Pasien dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu pasien stroke dengan penurunan kesadaran yang memungkinkan untuk diberikan stimulasi sensorik berupa terapi FAST.
I (*Intervention*) Penelitian ini menggunakan rancangan studi kasus (case study) dengan pemberian intervensi dari *Evidence Based Nursing* pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran berupa *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST). FAST dilakukan selama 3 hari berturut-	**I (*Intervention*)** Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian quasi experimental menggunakan rancangan Nonequivalent control group. FAST dilakukan tiga kali sehari selama tiga hari berturut-turut. Terapi FAST dilakukan dengan 3 sesi dengan total durasi 10 menit yang berasal dari rekaman yang sama setiap kali terapi dilakukan.	**I (*Intervention*)** Desain penerapan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Instrumen dalam studi kasus ini menggunakan Standar Operating Prosedur (SOP) *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST). Instrumen lain adalah

turut dengan durasi 10-15 menit. Instrumen yang digunakan dalam melakukan pengukuran tingkat kesadaran menggunakan Observasi *Glasgow coma scale* (GCS). Analisis data dilakukan dengan membandingkan skor GCS yang didapat antara sebelum dan sesudah intervensi		menggunakan lembar observasi *Glasgow Coma Scale* (GCS). *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) dilakukan tiga kali sehari selama tiga hari berturut-turut menggunakan rekaman suara atau *handphone* yang berdurasi 10 menit.
C (*Comparison*) Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding	**C (*Comparison*)** Peneliti membagi responden dalam dua kelompok yakni 15 masuk kedalam kelompok intervensi dan 15 masuk kedalam kelompok kontrol. 15orang Kelompok intervensi akan mendapatkan terapi FAST sedangkan kelompok kontrol hanya akan mendapatkan perawatan biasa.	**C (*Comparison*)** Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding
O (*Outcome*) Setelah menjalani terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) selama tiga hari, pasien - pasien menunjukkan perbaikan yang signifikan pada skor *Glasgow Coma Scale*	**O (*Outcome*)** Hasil uji perbedaan nilai GCS pretest dan posttest pada kelompok perlakuan didapatkan nilai p value = 0,001 (p value < 0,05) sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan rata-rata nilai GCS pretest posttest pada kelompok intervensi, selain itu pada uji beda selisih nilai GCS pre-test dan post-test pada kelompok kontrol dan perlakuan diperoleh nilai p	**O (*Outcome*)** Hasil studi kasus menunjukkan bahwa nilai GCS meningkat signifikan setelah diberikan terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) selama 3 hari berturut-turut dengan masing-masing pasien

(GCS), yang merupakan indikator penting dari tingkat kesadaran dan respons kognitif mereka. Pada P1 GCS meningkat dari yang awalnya 10 menjadi 13, P2 dari yang awalnya 9 menjadi 12, P3 dari yang awalnya 9 menjadi 11, P4 dari yang awalnya 9 menjadi 12, dan P5 dari yang awalnya 10 menjadi 13.	value = 0,010 (p value <0,05). Hal ini dapat diartikan bahwa adanya perbedaan yang signifikan antara selisih nilai GCS pada kelompok kontrol dan perlakuan. Terjadi peningkatan nilai GCS pasien stroke yang menunjukkan kesadaran pasien membaik setelah diberikan terapi FAST (*Familiar Auditory Sensory Training*). Terdapat perbedaan signifikan nilai median GCS pasien antara yang diberikan dan tidak diberikan terapi FAST (*Familiar Auditory Sensory Training*), sehingga dapat disimpulkan FAST berpengaruh terhadap tingkat kesadaran pasien stroke.	mengalami peningkatan GCS dimana menunjukkan skor kesadaran yang awalnya berada di angka 5 (stupor) pada hari pertama, kemudian meningkat dari 5 (stupor) menjadi 7 (somnolen) pada hari kedua, dan pada hari ketiga meningkat dari 7 (somnolen) menjadi 9 (delirium).
T (*Time*) Waktu intervensi dilakukan selama 3 hari dengan beberapa sesi terapi setiap harinya.	**T (*Time)*** Waktu intervensi dilakukan selama 3 hari dengan frekuensi 3 kali terapi setiap hari	**T (*Time*)** Waktu intervensi dilakukan selama 3 hari dengan beberapa sesi terapi setiap harinya.

D. Kesimpulan PICOT

Dari hasil analisa ketiga jurnal mengenai pemberian intervensi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) pada pasien stroke didapatkan bahwa pemberian terapi FAST efektif untuk meningkatkan Tingkat kesadaran pada pasien stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian Rahmadhani et al (2025), yang menunjukkan bahwa nilai GCS meningkat signifikan setelah diberikan terapi FAST selama 3 hari berturut-turut dimana terapi ini dapat mengaktifkan respon emosional dan memori pasien dengan memanfaatkan suara yang familiar dan signifikan bagi mereka, yang dapat merangsang bagian-bagian otak yang terlibat dalam kesadaran dan persepsi, serta membantu memulihkan tingkat kesadaran pasien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

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

1. Pengkajian: Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny. “A” 76 tahun, faktor yang mendukung terjadinya stroke adalah komplikasi dari penyakit primer kronis yang dialami pasien yaitu hipertensi,
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. “A” dengan NHS yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, risiko defisit nutrisi berhubungan faktor psikologis, dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular.
3. Intervensi keperawatan yang telah disusun penulis yaitu: manajemen peningkatan tekanan intrakranial untuk mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif, pemantauan respirasi untuk mengatasi pola napas tidak efektif, manajemen nutrisi, manajemen diare, pemantauan cairan untuk mengatasi resiko defisit nutrisi, dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik.
4. Implementasi keperawatan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari yang dibantu oleh sesama mahasiswa, perawat, dan keluarga implementasi terlaksana dengan baik sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun.

5. Evaluasi keperawatan: dari hasil evaluasi ke 4 diagnosis keperawatan belum teratasi sehingga intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan dan mahasiswa.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan.

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Pihak RS diharapkan selalu memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat mampu melakukan mengenali tanda dan gejalah pada pasien stroke. Pihak rumah sakit juga diharapkan dapat menyusun SOP tentang pemberian *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) pada pasien non hemoragik stroke sebagai acuan bagi perawat di ICU.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan menggunakan terapi *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST) sebagai *alternative* intervensi tindakan mandiri perawat dalam meningkatkan tingkat kesadaran pada pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

Anita Mirawati, Dewi Aprho Dita, Tintin Sumarni, Desi Deswita, & Zulharmaswita Zulharmaswita. (2025). Studi kasus: asuhankeperawatan pada pasien stroke non hemoragik di rs otak dr. drs. muh. hatta kota bukittinggi tahun 2024. *Jurnal Medical Laboratory*, *4*(2), 30–48. https://doi.org/10.57213/medlab.v4i2.279

Aripratiwi, C., Sutawardana, J. H., & Hakam, M. (2020). Pengaruh *familiar auditory sensory training* pada tingkat kesadaran pasien stroke di RSD dr. Soebandi Jember. 137–146. https://doi.org/10.17509/jpki.v6i2.26917

Astuti, Muthiah, A., Azizah, N., & Claudia, V. O. (2023). Artikel penelitian analisis kejadian stress ulcer pada pasien stroke sebagai prediktor angka mortalitas di RSUD Prambanan *analysis of stress ulcers incident in stroke patients as predictor of mortality rates at prambanan regional hospital*. *39*, 25–28.

Damayanti, A., Idu, C. J., & Fuadah, S. (2024). Gudang jurnal ilmu kesehatan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik dengan pemberian terapi ROM pasif terhadap gangguan mobilitas fisik di ruang RPU 2 RS An-Nisa Tangerang pada tahun 2024. *Gudang Jurnal Ilmu Kesehatan*, *2*(2), 124–128. file:///c:/users/admin/downloads/gjik-v2n2-124-128.pdf

Elisabeth. (2024). *Page 170 of 7*. *11*(1), 170–176.

Firdaus, N., Jumaiyah, W., Yunitri, N., & Agung, R. N. (2024). Penerapan *familiar auditory sensory training* (FAST) terhadap tingkat kesadaran pada pasien stroke di Rumah Sakit Jakarta. 4.

Fredy, R., Wijaya, H., Wardoyo, E., & Info, A. (2024). Jurnal kesehatan republik indonesia asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan penerapan latihan ROM pasif di RSUD. *1*(2), 32–35.

Heltty. (2023). Asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien stroke, meningitis, tumor otak dan cedera kepala. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Keperawatan_Medikal_Bedah/8R-sEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=buku+tentang+stroke+manifestasi+klinik&pg=PA5&printsec=frontcover

Ismoyowati, T. W. (2024). Asuhan keperawatan pada pasien strokeberdasarkan *evidence based practice*. https://www.google.co.id/books/edition/buku_ajar_asuhan_keperawatan_pada_pasien/mzsmeqaaqbaj?hl=id&gbpv=1&dq=buku+manifestasi+klinis+stroke&pg=PA34&printsec=frontcover

Jamil, M. M., Dewi, W. N., & Huda, N. (2025). Pengalaman perawat dalam menangani pasien dengan penurunan kesadaran di Ruangan *Intensive Care Unit* (ICU): A Literatur Review. *Jurnal Ners*, *9*(3), 4375–4381. https://doi.org/10.31004/jn.v9i3.46487

Jamini, T., Yunita, & Yulyanti. (2020). Hubungan kadar kolesterol darah dan hipertensi dengan kejadian stroke di RSUD Ulin Banjarmasin. *Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan*, *5*(2), 1–12.

Jerau, E. E. (2024). Intervensi keperawatan untuk pencegahan kejadian pneumonia pada pasien stroke. *Jurnal Fisioterapi Dan Ilmu Kesehatan Sisthana*, *6*(1), 31–37. https://doi.org/10.55606/jufdikes.v6i1.878

Kemenkes. (2021). Kenali gejalah stroke dengan metode FAST. https://kemkes.go.id/eng/kenali-gejala-stroke-dengan-metode-fast

Kurniawan, W. S. (2021). Asuhan keperawatan klien stroke non hemoragic dengan masalah program studi diploma lll keperawatan asuhan keperawatan klien stroke.

Kusyani, A., Akbar, B., & Khayudin. (2022). Asuhan keperawatan stroke untuk mahasiswa dan perawat profesional. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=co9zeaaaqbaj&oi=fnd&pg=pa3&dq=asri+kusyani,+b.+a.+k.+(2022).+asuhan+keperawatan+stroke+untuk+mahasiswa++dan+perawat+profesional(guepedia+(ed.)%3b+cetakan).+guepedia.&ots=tjjb1ojh9h&sig=shnn3f4o1lfy4y5mldb-yc7i

Ningrum, M. S. (2024). Studi kasus : penatalaksanaan fisioterapi pada hemiplegi sinistra e . c stroke non hemorrhagic dengan terapi. 01(03), 127–132.

Nugraheni, F., & Anita, D. C. (2025). Studi kasus keperawatan : gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke *nursing case study : physical mobility disorders in non-hemorrhagic stroke patients*. *3*, 532–539.

Okaniawan, K. K., Putu, N., Maheswari, D., & Mestri, N. N. (2025). Pengaruh tingkat kesadaran terhadap prognosis pasien stroke. *Jurnal Kesehatan Ambusai*, *6*(4), 17484–17494.

Parellangi, A., Germia, B., Nurjana, I., Netti, Tri, I. harsoyo, & Iskem luthfa. (2025). Peran perawatan dalam rehabilitasi pasien stroke. https://www.google.co.id/books/edition/buku_referensi_peran_keperawatan_dalam_r/wnideqaaqbaj?hl=id&gbpv=1&dq=buku+tentang+fase+rehabilitas+pasien+stroke+seperti+mobilisasi+dini,+rom&pg=pa102&printsec=frontcover

Puspitayanti, Suputra, P. A., & 3, M. A. (2025). Hubungan hipertensi dengan tipe stroke pada pasien stroke usia dewasa di RSUD Buleleng. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*, *10*(2). https://doi.org/10.51933/health.v10i2.2430

Putra, R. R. (2025). Laporan kasus pasien dengan stroke non hemoragik : implementasi *head up position* 30 o. 1*,* 492–499.

Rahayu, P., Marlina, Widarti, L., Andrias, & Wahyuni, E. (2024a). Asuhan keperawatan penyakit tidak menular.

Rahayu, P., Marlina, Widarti, L., Andrias, & Wahyuni, E. (2024b). Asuhan keperawatan penyakit tidak menular. https://www.google.co.id/books/edition/Panduan_Praktis_Asuhan_Keperawatan_penya/ld2teqaaqbaj?hl=id&gbpv=1&dq=anatomi+dan+fisiologi+stroke&pg=PA237&printsec=frontcover

Rahmadhani, N., Muflihatin, S. K., Herlina, N., & Nurjannah, M. (2025). *Penerapan Familiar Auditory Sensory Training* pada pasien stroke non hemoragik dengan penurunan kesadaran. *2*(5474), 1333–1336.

SKI. (2023). Surpei kesehatan indonesia.

Suryawan Putra, B. P., Ni Nyoman, M. A., Luh Putu, K. L., & I Ketut S., K. (2024). Pengkajian holistik pasien stroke non-hemoragik: sebuah laporan kasus. *Ganesha Medicine*, *4*(2), 98–104. https://doi.org/10.23887/gm.v4i2.79427

Syifa, Z., Dwiyana, A., Hadi Fauzi, M., Kunci, K., & Auditori, S. (2024). Asuhan keperawatan dengan diagnosa keperawatan konfusi akut dengan penerapan stimulasi auditori terhadap perubahan nilai glasgow coma scale (gcs) pada pasien stroke hemoragik dengan penurunan kesadaran di ruang Intensive Care Unit (ICU) Rsud Abdoel Wahab . *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, *10*(1).

Wijaya, A. K. (2022). Patofisiologi stroke non-hemoragik akibat trombus. 1–15.

World Health Organization. (2025). Stroke. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke

Wulandari, D. P. S., Pratama, M. Y., & Jundapri, K. (2024). Pencegahan dan perawatan pressure ulcer pada pasien stroke non-hemoragik di ICU Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Medan. *PubHealth Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *3*(1), 7–17. https://doi.org/10.56211/pubhealth.v3i1.584

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Nama Mahasiswa/Nim : Estika (NS2514901020)
Fristy Jane Adelaide (NS2514901027)

Judul : Asuhan Keperawatan Pada pasien Non Hemoragik Stroke Di Ruang *Intenstive Care* Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Nama Pembimbing I : Yunita Carolina Satti, Ns., M. Kep

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1.	Kamis,12 Februari 2026	Laporan kasus			
2.	Jumat, 13 Februari 2026	Konsultasi hasil pengkajian			
3.	16 Februari 2026	Konsultasi revisi pengkajian: -Lengkapi data pengkajian			
4.	26 Februari 2026	Konsultasi Analisa data, diagnosa dan intervensi keperawatan			
5.	Selasa, 03 Maret 2026	Konsultasi revisi Analisa data, diagnosa dan intervensi keperawatan			
6.	Rabu, 11 Maret 2026	konsultasi implementasi dan evaluasi			
7.	Jumat, 13 Maret 2026	Konsultasi revisi implementasi, EBN dan BAB IV			
8.	Senin, 16 Maret 2026	Perbaikan BAB IV dan perbaikian penulisan			

9.	Selasa, 17 Maret 2026	Perbaikan BAB IV dan BAB V			
10.	Rabu, 18 Maret 2026	Revisi BAB IV dan BAB V dan ACC			

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Nama Mahasiswa/Nim : Estika (NS2514901020)
Fristy Jane Adelaide (NS2514901027)

Judul : Asuhan Keperawatan Pada pasien Non Hemoragik Stroke Di *Ruang Intenstive Care* Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Nama Pembimbing II : Felisima Ganut, Ns., M. Kep

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1.	Senin, 09 Maret 2026	Laporan kasus, konsultasi BAB 1 dan BAB 2			
2.	Jumat, 13 Maret 2026	Revisi BAB 1, BAB 2 serta perbaikan penulisan dan patway			
3.	Senin, 16 Maret 2026	Revisi BAB 1, BAB 2, Patway dan Sitasi penulisan			
4.	Selasa, 17 Maret 2026	Perbaikan Sitasi			
5.	Rabu, 18 Maret 2026	Konsul revisi dan ACC			

RIWAYAT HIDUP



1. **Identitas Penulis**

Nama	: Estika
Tempat/Tanggal lahir	: Miallo, 04 Oktober 2002
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Inpeksi pam lorong 1 Pondok Almira

2. **Identitas Orang Tua**

Ayah	: Dominggus
Ibu	: Mery
Agama	: Katolik
Pekerjaan	
Ayah	: Petani
Ibu	: Petani
Alamat	: Toraja

3. **Pendidikan yang Ditempuh**

SD Negeri 1 Mappak	: 2009 - 2015
SMP Negeri 2 Mappak	: 2015 - 2018
SMA Negeri 1 Sumarorong	: 2018 - 2021
S1 STIK Stella Maris Makassar	: 2021 - 2025
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	: 2025 - 2026

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Penulis

Nama	: Fristy Jane Adelaide
Tempat/Tanggal lahir	: Makassar, 13 Januari 2003
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Lamadukkelleng No. 8 Asrama Siti Miriam

2. Identitas Orang Tua

Ayah	: Simson
Ibu	: Herlina Bura Andong
Agama	: Katolik
Pekerjaan	
Ayah	: Guru
Ibu	: Wiraswasta
Alamat	: Toraja

3. Pendidikan yang Ditempuh

SD Negeri 6 Rembon	: 2009 - 2015
SMP Katolik Rembon	: 2015 - 2018
SMA Katolik Makale	: 2018 - 2021
S1 STIK Stella Maris Makassar	: 2021 - 2025
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	: 2025 - 2026