KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH :

JESICHA LOURENSIA NOPTIN (NS2014201074)

JESSICA RATU SA'PANG (NS2014201075)

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

KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH :

JESICHA LOURENSIA NOPTIN (NS2014201074)

JESSICA RATU SA'PANG (NS2014201075)

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Jesicha Lourensia Noptin (NS2014201074)
2. Jessica Ratu Sa'pang (NS2014201075)

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

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

Makassar, 16 Juni 2025

yang menyatakan,

Jesicha Lourensia Noptin Jessica Ratu Sa'pang

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. Jesicha Lourensia Noptin / NS2014201074
2. Jessica Ratu Sa'pang / NS2014201075

Disetujui oleh

Pembimbing 1

Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep

NIDN: 0927038903

Pembimbing 2

Fransiska Anita.,Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D

NIDN: 0913098201

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama	: 1. Jesicha Lourensia Noptin (NIM: NS2014201074)
	2. Jessica Ratu Sa'pang (NIM: NS2014201075)
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:	Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep	( )
Pembimbing 2:	Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D	( )
Penguji 1:	Siprianus Abdu, S.Si.S.Kep.,Ns.,M.Kes	( )
Penguji 2:	Serlina Sandi,Ns.,M.Kep.Ph.D	( )

Ditetapkan di :

Tanggal :

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianus Abdu, S.Si.S.Kep.,Ns,M.Kes

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Jessicha Lourensi Noptin (NS2014201074)

Jessica Ratu Sa'pang (NS2014201075)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, menggalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 16 Juni 2025

Yang menyatakan

Jesicha Lourensia Noptin

Jessica Ratu Sa'pang

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini sampai dengan selesai tentu saja tidak lepas dari bimbingan, dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak, karena itu penulis hendak mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini dan selaku penguji I yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB.,Ph.D. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar serta Pembimbing II penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
3. Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Ph.D. Selaku Ketua Prodi sarjana Keperawaran dan Ners, selaku penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmia Akhir ini.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep. Selaku Pembimbing I penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.

5. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Kepada Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah menerima dan mengizinkan kami untuk melakukan praktik klinik sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Teristimewa orang tua tercinta dari Jesicha Lourensia (Bpk. Aris Pongbanne dan Ibu Noviarni Te'dang) dan partner Jessica Ratu (Bpk. Lukas Peri Sa'pang dan Ibu Editha Rassi) terima kasih untuk selalu memberikan motivasi, nasehat, cinta, perhatian dan kasih sayang serta ketulusan doa yang tentu takkan bisa penulis balas. Dan segenap keluarga besar terima kasih atas motivasi dan nasehat yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
8. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, 16 juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **ii**
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **iii**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **iv**
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **v**
KATA PENGANTAR ..... **vi**
DAFTAR ISI ..... **viii**
DAFTAR GAMBAR ..... **ix**
DAFTAR TABEL ..... **x**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xi**
BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 4
1. Tujuan Umum 4
2. Tujuan Khusus 4
C. Manfaat Penulisan 5
1. Bagi Instansi Rumah Sakit 5
2. Bagi Profesi Keperawatan 5
3. Bagi Institusi Pendidikan 5
4. Metode Penulisan 5
5. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
A. Konsep Dasar 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 8
3. Klasifikasi 13
4. Etiologi 15
5. Patofisiologi 18
6. Manifestasi Klinis 23

7. Tes Diagnostik 26
8. Penatalaksanaan 28
9. Komplikasi 31
B. Konsep Dasar Keperawatan 32
1. Pengkajian 32
2. Diagnosa Keperawatan 36
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan 36
4. Discharge Planning 42
BAB III PENGAMATAN KASUS
A. Ilustrasi Kasus 43
B. Pengkajian 44
C. Analisa Data 63
D. Diagnosa Keperawatan 68
E. Intervensi Keperawatan 69
F. Implementasi Keperawatan 72
G. Evaluasi Keperawatan 83
Daftar Obat 87
BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pembahasan Askep 90
B. Pembahasan Penerapan Evidance Based Nursing (EBN) 95
BAB V SIMPULAN DAN SARAN
A. Simpulan 105
B. Saran 106
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak 8
Gambar 2.2 Sirkulasi Wilis 12

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Luaran dan perencanaan keperawatan 36
Tabel 3.1 Pengkajian primer 44
Tabel 3.2 Hasil laboratorium 63
Tabel 3.3 Analisa Data 63
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan 68
Tabel 3.5 Intervensi keperawatan 69
Tabel 3.6 Impelemntasi keperawatan 72
Tabel 3.7 Evaluasi keperawatan hari 83

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsul

Lampiran 2 : Riwayat Hidup

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sustainable Development Goals (SDGs) adalah rencana global yang disepakati oleh negara-negara anggota PBB untuk mencapai masa depan yang lebih baik dan berkelanjutan bagi semua orang. Salah satu target SDGs adalah mengurangi kematian dini akibat penyakit tidak menular termasuk stroke. Stroke adalah penyakit tidak menular (PTM) serius yang dapat menyebabkan kerusakan pada otak dan menyebabkan berbagai masalah kesehatan, termasuk kehilangan kemampuan berbicara, bergerak atau merasakan. Penanganan stroke yang efektif dapat membantu mencapai Sustainable Development Goals (SDGs), khususnya SDG 3 (kehidupan sehat dan sejahtera) dan SDG 10 (berkurangnya kesenjangan) (WHO, 2022)

Dari tahun 1990 hingga 2019, terjadi peningkatan kejadian stroke yaitu 70%, peningkatan kematian akibat stroke sebesar 43% dan peningkatan prevalensi stroke sebesar 102%. Diperkirakan 70% stroke terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Di Indonesia mengalami peningkatan prevalensi penyakit stroke yaitu dari 7% pada tahun 2013 menjadi 10,9% pada tahun 2018. Kejadian stroke berdasarkan kelompok umur lebih banyak terjadi di umur 75 ke atas yaitu 50,2% dan kelompok umur yang paling sedikit terjadi pada umur 15-24 tahun yaitu 0.6%. Adapun prevalensi penyakit stroke di provinsi Sulawesi Selatan juga mengalami peningkatan yaitu 7,1% pada tahun 2013 menjadi 10,6% pada tahun 2018 (WHO, 2019).

Faktor risiko terjadinya stroke adalah gaya hidup termasuk obesitas, kurang aktivitas fisik, merokok dan minum alkohol. Faktor risiko medis temrasuk tekanan darah tinggi, kolesterol, diabetes

melitus, dan riwayat stroke atau serangan jantung (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018).

Dampak penanganan stroke yang komprehensif , baik dari sisi pencegahan, penanganan akut, maupun rehabilitasi, diharapkan dapat berkontribusi pada pencapaian SDGs. Penangan stroke yang baik berkontribusi pada peningkatan kesehatan, penurunan angka kematian, dan peningkatan kualitas hidup pasien stroke. penanganan stroke yang adil dan inklusif dapat mengurangi kesenjangan akses layanan kesehatan dan memastikan bawha semua orang, termasuk kelompok rentan, memiliki akses ke perawatan yang tepat. Program kesehatan dan pencegahan stroke yang efektif dapat meningkatkan kualitas pendidikan karena peningkatan kesehatan dan kesejahteraan akan berdampak pada kemampuan belajar dan partisipasi dalam pendidikan.

Fase akut merupakan fase dimana stroke bisa memburuk meskipun sudah dibawa ke rumah sakit. Fase akut stroke berakhir 48 sampai 72 jam, kondisi pasien sadar penuh saat masuk rumah sakit mempunyai prognosis yang lebih dapat diharapkan. Prioritas dalam fase akut ini adalah mempertahankan jalan nafas dan ventilasi yang baik. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan dan penanganan yang komprehensif demi mencegah terjadinya komplikasi lebih serius. Penanganan tepat dari tenaga medis diharapkan dapat mengurangi resiko kematian dan kecacatan permanen (Hutagalung. M, 2021)

Perawat merupakan salah satu bagian integral dari tim interdisipliner yang memiliki peran penting selama perawatan pasien stroke dari fase akut. Peran tersebut meliputi pengkajian cepat untuk memfasilitasi diagnosa yang tepat, monitor secara rutin aspek vital selama perawatan akut (mis. tekanan darah, suhu, tingkat oksigen, glukosa darah, dan integritas kulit), memberikan perawatan kepada pasien dengan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain,

mengidentifikasi dan mengelola komplikasi umum. Peran lain yaitu mengkoordinasi dan memperkuat langkah-langkah pencegahan sekunder termasuk pendidikan modifikasi gaya hidup, sesuai kebutuhan (Nugraheni & Anita, 2025).

Salah satu peran perawat adalah memberikan perawatan kuratif dalam menerapkan asuhan keperawatan. Penerapan Evidence Based Nursing (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan berdasarkan atas teori dan penelitian. Gangguan suplai oksigen pada pasien stroke disebabkan aliran darah yang tidak lancar, oleh karena itu dibutuhkan pemantauan dan penanganan yang akurat. Pemberian posisi *head Up* 30° pada pasien stroke dapat meningkatkan sirkulasi darah ke otak dan meningkatkan oksigenasi jaringan srebral, yang pada akhirnya dapat memperbaiki status hemodinamik sehingga dapat mengurangi peningkatan tekanan intrakranial (Rohmawati & Murtaqib, 2022).

Berdasarkan angka kejadian kematian dan kecacatan akibat stroke secara signifikan meningkatkan beban penyakit dan memperbesar biaya perawatan yang harus dikeluarkan serta meningkatkan beban keluarga. Upaya yang dilakukan untuk menurunkan beban akibat penyakit stroke adalah memberikan pelayanan yang komprensif selama perawatan di Rumah Sakit. Intervensi mandiri keperawatan yang dapat dilakukan berupa praktik pemberian posisi seperti *head up* 30° yang bertujuan untuk memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah dan memenuhi kebutuhan oksigenasi ke jaringan serebral sehingga mencegah terjadinya hipoksia pada pasien. Posisi head up 30° diberikan pada pasien stroke karena posisi kepala yang ditinggikan berada di atas aksis ventrikel jantung menyebabkan cairan seresprospinal terdistribusi kembali menuju ke ruang spinal subaraknoid dan memfasilitasi terjadinya aliran balik

vena sehingga dapat menurunkan tekanan intracranial (*intracranial pressure*) (Rohmawati & Murtaqib, 2022).

Berdasarkan latar belakang di atas, penyakit Non Hemorragik Stroke (NHS) merupakan kasus yang perlu mendapatkan perhatian khusus karena angka kejadian, kematian, dan kecacatan yang sangat tinggi, hal ini yang masih menjadi masalah di dunia kesehatan. Kunci keberhasil dalam penangan pasien dengan Non Hemoragik Stroke adalah bagaimana pemahaman perawat dalam penangan pasien pada fase akut. Dalam penanganan kasus ini diperlukan perawatan yang lebih komprehensif sehingga perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan dibutuhkan pengetahuan yang lebih mendalam pada kasus ini terutama dalam penerapan posisi head up 30° pada pasien. Dengan melihat hal tersebut maka penulis tertarik mengambil kasus ini dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan *Non Hemorragik Stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. K dengan *Non hemorragik Stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian pada Tn. K dengan *Non Hemorragik Stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.
b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada Tn. K dengan *Non Hemorragik Stroke* (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.
c. Menetapkan rencana keperawatan pada Tn. K dengan Non Hemorragik Stroke (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.

d. Melakukan tindakan keperawatan pada Tn. K dengan Non Hemorragik Stroke (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.
e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. K dengan Non Hemorragik Stroke (NHS) di ruang ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Membantu Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan terutama perawatan intensif pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS).

2. Bagi Pasien

Dapat memberikan edukasi guna menghindari komplikasi yang terjadi akibat penyakit atau dampak yang ditimbulkan terkait dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS)

3. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman agar penulis dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang selama ini didapatkan selama pendidikan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS).

4. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi referensi dan bahan bacaan di perpustakaan untuk menambah wawasan dan memperkaya ilmu pengetahuan tentang perawatan intensif pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS).

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, metode yang digunakan yaitu:

1. Studi Kepustakaan

Penulis mengumpulkan data Pustaka berupa informasi yang relevan dengan topik, membaca dan mencatat serta mengelolah bahan penelitian.

2. Studi Kasus

Penulis mengumpulkan dan menganalisis data-data melalui:

a. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga pasien serta pihak lainnya.

b. Observasi

Melakukan pengamatan langsung pada pasien mengenai pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan.

c. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik pada pasien melalui inpeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil test diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain BAB I PENDAHULUAN, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II TINJAUAN PUSTA, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu Konsep Dasar Medik yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, menifestasi klinis, tes diagnostic, penatalaksanaan medis, komplikasi dan juga Konsep Dasar Keperawatan berupa pengkajian, diagnosis keperawatan, luaran dan perencanaan keperawatan, serta perencanaan pulang (*discharge planning*). BAB III PENGAMATAN KASUS, yang meliputi ilustrasi kasus, pengkajian, Analisa data, diagnosa keperawatan, implementasi dan

evaluasi keperawatan. BAB IV PEMBAHASAN KASUS, yang menguraikan pembahasan asuhan keperawatan dan pembahasan penerapan *evidence based nursing*. BAB V PENUTUP, yang terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Menurut *American Heart Association* (2018) stroke adalah penyakit yang menyerang arteri yang menuju dan didalam otak. penyakit ini merupakan penyebab kematian nomor 5 dan penyebab utama kecacatan di Amerika Serikat. Stroke terjadi ketika pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otak tersumbat oleh gumpalan darah atau pecah. Ketika itu terjadi, bagian otak tidak bisa mendapatkan darah dan oksigen yang dibutuhkannya sehingga sel-sel otak bisa mati.

Stroke timbul dikarenakan adanya sebuah gangguan peredaran darah pada otak, dimana hal tersebut mengakibatkan jaringan otak mati dan berpeluang menyebabkan penderitanya mengalami kelumpuhan hingga meninggal. Stroke memiliki dua pengklasifikasian umum dari cedera serebrovaskular, yakni stroke hemoraik dan non hemoragik. Adapun jenis non hemoragik timbul dikarenakan aliran darah arteri mengalami penyumbatan ke bagian otak (Permatasari, 2020).

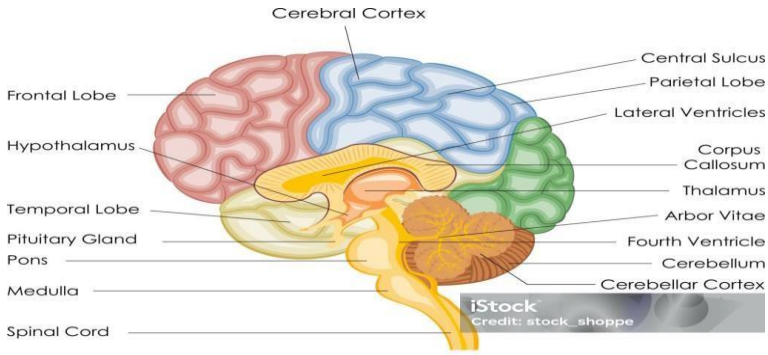
Menurut Nugraheni & Anita (2025), stroke non hemoragik disebabkan oleh thrombosis akibat plak anterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrosis, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus.

Berdasarkan beberapa defisini di atas penulis menyimpulkan bahwa stroke non hemoragik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak karena terhambatnya atau berhentinya suplai darah ke otak karena adanya sumbatan sehingga dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak akibat kurangnya aliran darah ke otak sehingga jaringan otak menjadi terganggu.

Stroke non hemoragik adalah penyumbatan pembuluh darah oleh bekuan darah atau gumpalan hasil terbentuknya thrombus (Mauliddiyah et al., 2022).

2. Anatomi Fisiologi

a. Otak



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Elvarisya, 2021)

Otak adalah salah satu organ vital yang dimiliki oleh manusia karena didalamnya terdiri dari 100-200 milyar sel aktif yang saling berhubungan satu dengan yang lainnya dan bertanggung jawab atas fungsi mental dan intelektual manusia. Secara garis besar sistem saraf dibagi menjadi dua yaitu saraf pusat dan sistem saraf tepi. Sistem saraf pusat (SSP) terbentuk oleh otak dan medulla spinalis. System saraf disisi luar SPP disebut system saraf tepi. Fungsi dari SST adalah menghantar informasi bolak balik antara SSP dengan bagian tubuh lainnya. System saraf memiliki bagian-bagian utama yang berguna

untuk menjalankan fungsinya dengan baik, salah satunya fungsi utamanya otak (Faridah et al., 2022).

Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian yaitu :

1) Otak besar (cerebrum)

Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, mengontrol gerakan yang halus, integritas informasi sensori (rasa). Pada otak besar ditemukan beberapa lobus :

a) Lobus frontalis

Lobus frontalis adalah bagian dari serum yang terletak di depan sulkus sentralis. Fungsi dari lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi seperti kemampuan dalam berpikir, berbicara, emosi. Bagian ini mengandung pusat pengontrolan gerakan volunter di *gyrus* presentalis (area motorik primer) dan terdapat area asosiasi motoric (area premotor).

b) Lobus parietalis

Lobus parietalis adalah daerah korteks yang terletak dibelakang sulkus sentralis, diatas fisura lateralis dan meluas kebelakang fisura perieto-oksipitalis, serta merupakan daerah pusat kesadaran sensori di *gyrus postsentralis* untuk rasa raba dan pendengaran. Lobus parietalis memiliki fungsi yaitu :

(1) Pemprosesan dan integrasi informasi somato-sensory.
(2) Memahami bahasa lisan dan tertulis.
(3) Merumuskan pola berbicara logis untuk mengekspresikan pikiran dan emosi.

c) Lobus temporalis

Mencakup bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari *fissure lateralis* dan sebelah posterior dan *fisura parieto oksipitalis*. Lobus ini memiliki fungsi dalam mengatur daya ingat verbal, vsisual, pendengaran, dan berperan dalam pembentukan serta perkembangan emosi.

d) Lobus okipitalis

Lobus oksipitalis adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak disebelah posterior dari lobus parientalis dan fisura parieto oksipitalis. Fungsi dari lobus ini sebagai pusat penglihatan yang berproses merangsang penglihatan dari nervus optikus dan mengasosiasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain serta memori.

2) Otak kecil (Cerebellum)

Otak kecil terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut aferen sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi.

Otak kecil terbagi atas :

a) Arkhiserebelum (vestibuloserebelum), serabut aferen berasal dari telinga dalam yang diteruskan oleh nervus VIII (auditorus) untuk keseimbangan dan ransangan pendengaran ke otak.
b) Paleaserebelum (spinoserebelum), sebagai pusat penerima impuls dari reseptor sensasi umum medulla spinalis dan nervus vagus (N.trigeminus) kelopak mata, rahang atas dan bawah serta pengunyah.
c) Neoserebelum (pontaserebelum), korteks serebelum menerima informasi tentang gerakan yang sedang dan

yang akan dikerjakan dan mengatur gerakan sisi badan.

3) Batang otak

Batang otak yaitu otak yang berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan beberapa fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernapasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari :

a) Diensefalon, bagian otak yang paling atas terdapat di antara serebelum dan mesenfalon. Fungsi dari diensefalos yaitu vasoktriktor, respiratori, mengontrol kegiatan reflex, dan membantu kerja jantung.
b) Mesenfalon, atap dari mesenfalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.
c) Pons varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesenfalon dan pons varoli dengan serebelum. Fungsinya yaitu penghubung antara kedua bagian serebellum dan pusat saraf nervus trigeminus.
d) 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 pernapasan mengontrol kegiatan reflex.

4) Otak tengah

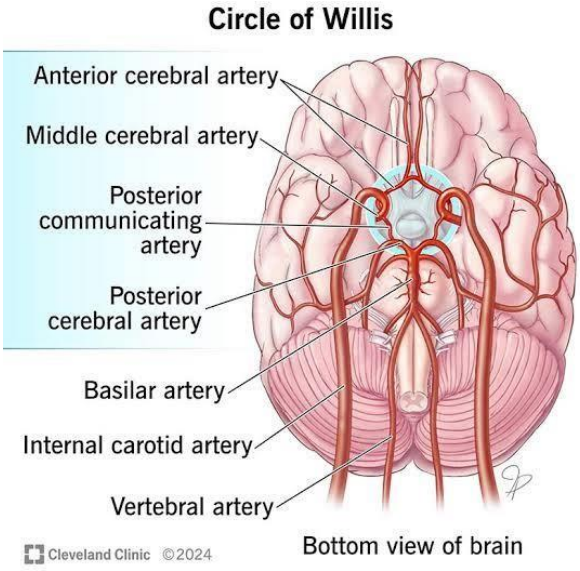
Otak tengah atau disebut mesensepalon berada memanjang dipons ke diensefalon. Berfungsi sebagai penghubung indra perasa dan indra pendengaran serta

sebagai pusat koordinasi dari respon refleks untuk indra penglihatan.

b. Saraf Kepala

Susunan saraf terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak dan melewati lubang yang terdapat pada lubang yang terdapat pada tulang tengkorak, berhubungan erat dengan otot panca indra telinga, hidung, lidah dan kulit. Saraf kepala sendiri memiliki 12 nervus dengan fungsinya masing-masing.

c. Sistem peredaran darah otak



Gambar 2.2 Sirkulasi Wilis

Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang dan berhubungan erat dengan satu dengan yang lain sehingga dapat menjalin suplai darah yang kuat untuk sel.

1) Arteri karotis interna

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri

karotis interna terbagi menjadi dua yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monocular. Arteri serebri media menyuplai darah untuk bagian lobus temporalis, parietalis dan frontalis korteks serebri dan membentuk penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

2) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavikula 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 posterios. Cabang-cabang dari system vetebrobasilaris memperdarahi medulla oblongata, pons cerebellum, otak tengah dan sebagian diensefalon.

3. Klasifikasi

a. *Non Hemoragik Stroke* (NHS)

1) Thrombus

Trombus merupakan pembetukan bekuan platelet atau fibrin di dalam darah yang dapat menyumbat pembuluh vena atau arteri dan menyebabkan iskemia dan nekrosis jaringan lokal.

2) Emboli

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk dibagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus

tersebut melekat pada pembuluh darah yang menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Trombus dapat terlepas dari arteri karotis bagian dalam pada bagian luka plak dan bergerak kedalam sirkulasi serebral.

3) Tromboemboli

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

b. Hemoragik Stroke (HS)

1) Perdarahan Intraserebral

Perdarahan intraserebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk kedalam jaringan otak. Bila perdarahan luas dan secara mendadak sehingga daerah otak yang rusak cukup luas, maka keadaan ini biasa disebut insepaloragia.

2) Perdarahan Subarachnoid

Perdarahan subarachnoid adalah masuknya darah keruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer). Penyebab paling sering dari PSA primer adalah robeknya aneurisma (51-75%) dan sekitar 90% aneurisma penyebab PSA berupa aneurisma sekuler congenial, angioma (6-20%), gangguan koagulasi, kelainan hematologic, tumor, infeksi, serta trauma kepala.

3) Perdarahan Intraventrikel

Perdarahan intraventrikel (Intraventricularm Hemorrhage / IVH) merupakan perdarahan spontan yang terjadi dalam sistem ventrikel dengan perdarahan intraserebral. Perdarahan intraventricular diartikan sebagai perdarahan intraserebral nin traumatic yang terbatas pada sistem ventrikel atau yang timbul di dalam atau pada sistem ventrikel. Pada orang dewasa IVH disebabkan oleh adanya perdarahan akibat hipertansi dari struktur periventrikel.

4. Etiologi

Menurut Ratnasari (2020) *Non Hemoragik Stroke* (NHS) terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruh terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat pembuluh darah ke otak. Factor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke terbagi menjadi 2 yaitu :

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Stroke non hemoragik dapat menyerang siapa saja, semakin tua seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terkena stroke. Penderita stroke lebih banyak terjadi pada usia diatas 50 tahun. Dimana pada usia tersebut terjadi proses degenerasi sehingga aliran darah menurun yang membuat elastisitas pembuluh darah juga menurun dan terjadi kekakuan pembuluh darah sehingga terbentuknya plak dan menumpuk di pembuluh darah yang akan mengakibatkan thrombus pada pembuluh darah di otak (Ratnasari, 2020).

2) Jenis kelamin

Stroke menyerang baik laki-laki maupun perempuan, pada laki-laki jumlah kadar hormone estrogen tergolong rendah dibandingkan perempuan yang cukup tinggi. Hormon ini berperan sebagai proteksi atau pelindung alami pada proses ateroskerosis dengan menjaga tingkat kolesterol darah agar High Density Lipoprotein (HDL) atau kolesterol baik lebih tinggi dari kolesterol jahat atau Low Density Lipoprotein (LDL). Selain itu hormone estrogen juga memiliki fungsi vital lain, yaitu sebagai hormone yang mengurangi risiko factor pembekuan darah namun setelah perempuan mengalami menopause, hormone estrogen akan menurun secara drastis sehingga merusak sel endotel dan memicu terjadinya plak di pembuluh darah thrombussehingga besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama (Ratnasari, 2020).

Kejadian stroke lebih banyak dialami oleh laki-laki dibandingkan dengan perempuan, bisa dilakukan perbandingan sekitar 1,3:1, kecuali pada usia lanjut, laki-laki dan perempuan kejadian stroke hampir tidak ada perbedaan. Laki-laki yang berumur 45 tahun dan bisa bertahan hidup sampai usia 85 tahun kemungkinan bisa terkena stroke sekitar 25%, sedangkan untuk perempuan hanya 20%. Pada laki-laki lebih cenderung terkena jenis stroke non hemoragik, sedangkan pada perempuan lebih cenderung terkena stroke hemoragik.

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar yang dapat menyebabkan

terjadinya peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah yang akan menekan sel endotel lapisan dinding arteri. Kerusakan endotel dan perubahan interaksi sel darah entohelium dapat menyebabkan thrombus (Permatasari, 2020).

2) Diabetes melitus

   Penyakit diabetes melitus dapat menyebabkan meningkatnya kadar glukosa dalam darah yang menyebabkan viskositas darah meningkat, darah akan menumpuk di pembuluh darah yang distal menyebabkan thrombus pada pembuluh darah yang lebih distal kemudia mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang mengakibatkan resiko terjadinya stroke iskemik.

3) Penyakit Jantung

   Penyakit jantung yang sering menyebabkan stroke biasanya disebut atrial fibrillation yaitu gangguan irama jantung dimana terjadi akibat gangguan sinya listrik serambi jantung yang tidak berfungsi dengan baik, sehingga darah yang terakumulasi di serambi jantung akan membentuk bekuan darah (thrombus) yang dapat terlepas dan mengakibatkan stroke apabila menyumbat di pembuluh darah.

4) Alkohol

   Mengkonsumsi alcohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistensi, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan terjadinya stroke. Mengkonsumsi alkohol yang sedang

dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat trombosit sehingga dapat menurunkan fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin.

5) Merokok

Merokok merupakan factor resiko stroke yang sebenarnya paling mudah dirubah. Perokok berat menghadapi resiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan resiko stroke iskemik, terlepas dari faktor resiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan resiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5%, merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Perlu diketahui merokok memicu produksi fibrinogen (factor pengumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya ateriosklerosis.

6) Stress

Stress yaitu suatu reaksi adapatif bersifat sangat individual, sehingga respon stress akan sangat berbeda antar individu. Stress yang terus menerus dapat menimbulkan gejala seperti sakit kepala, mudah marah, tidak bisa tidur yang dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan fisik maupun psikis. Stress yang bersifat konstan dan terus menerus mempengaruhi kinerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memproduksi hormone adrenaline, tiroksin, dan kortisol sebagai hormon utama stress akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada system homeostasis. Tiroksi selain meningkatkan Basal Metabolism Rate (BMR), juga

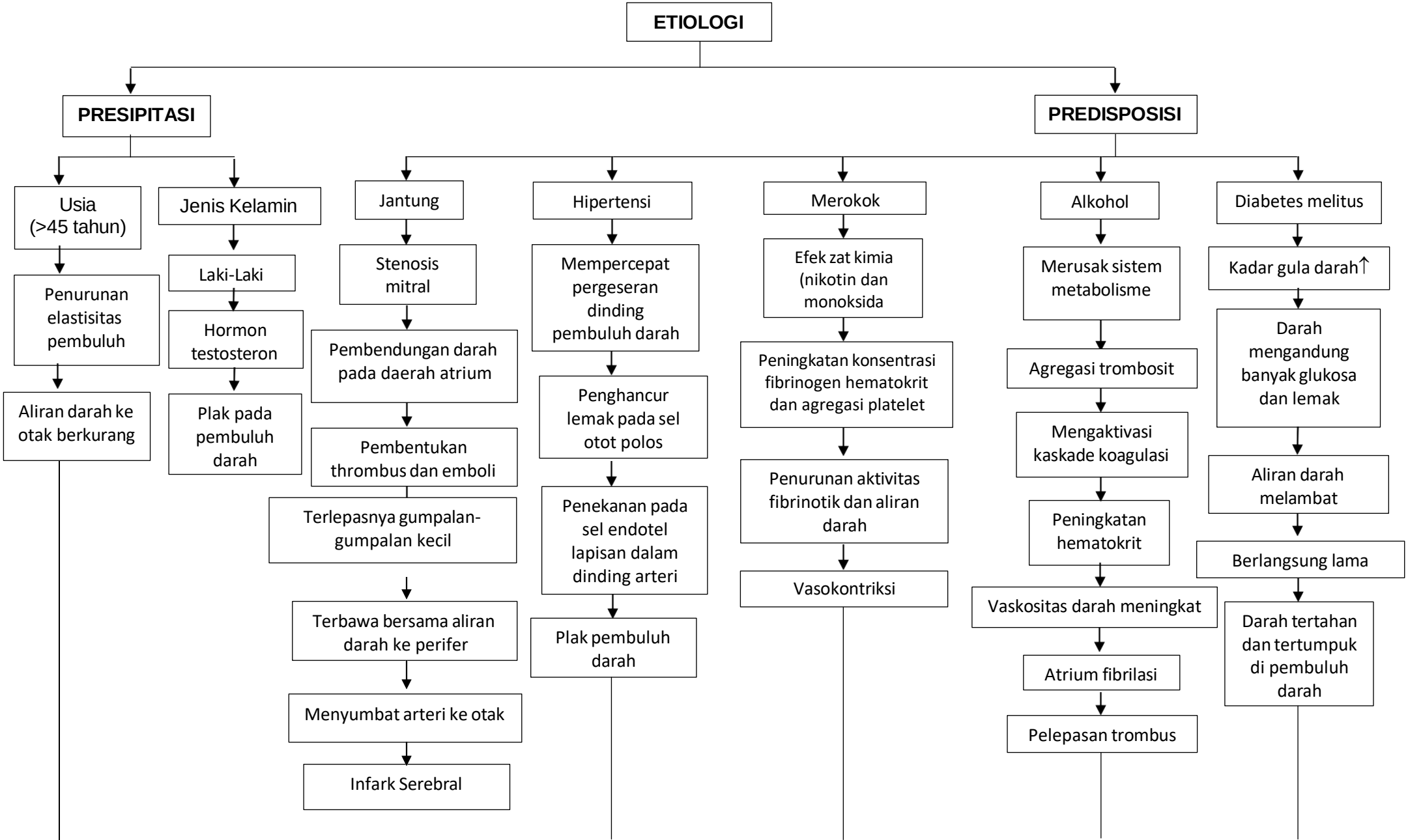
menaikan denyut jantung dan frekuensi napas. Peningkatkan denyut jantung inilah yang akan memperberat aterosklerosis.

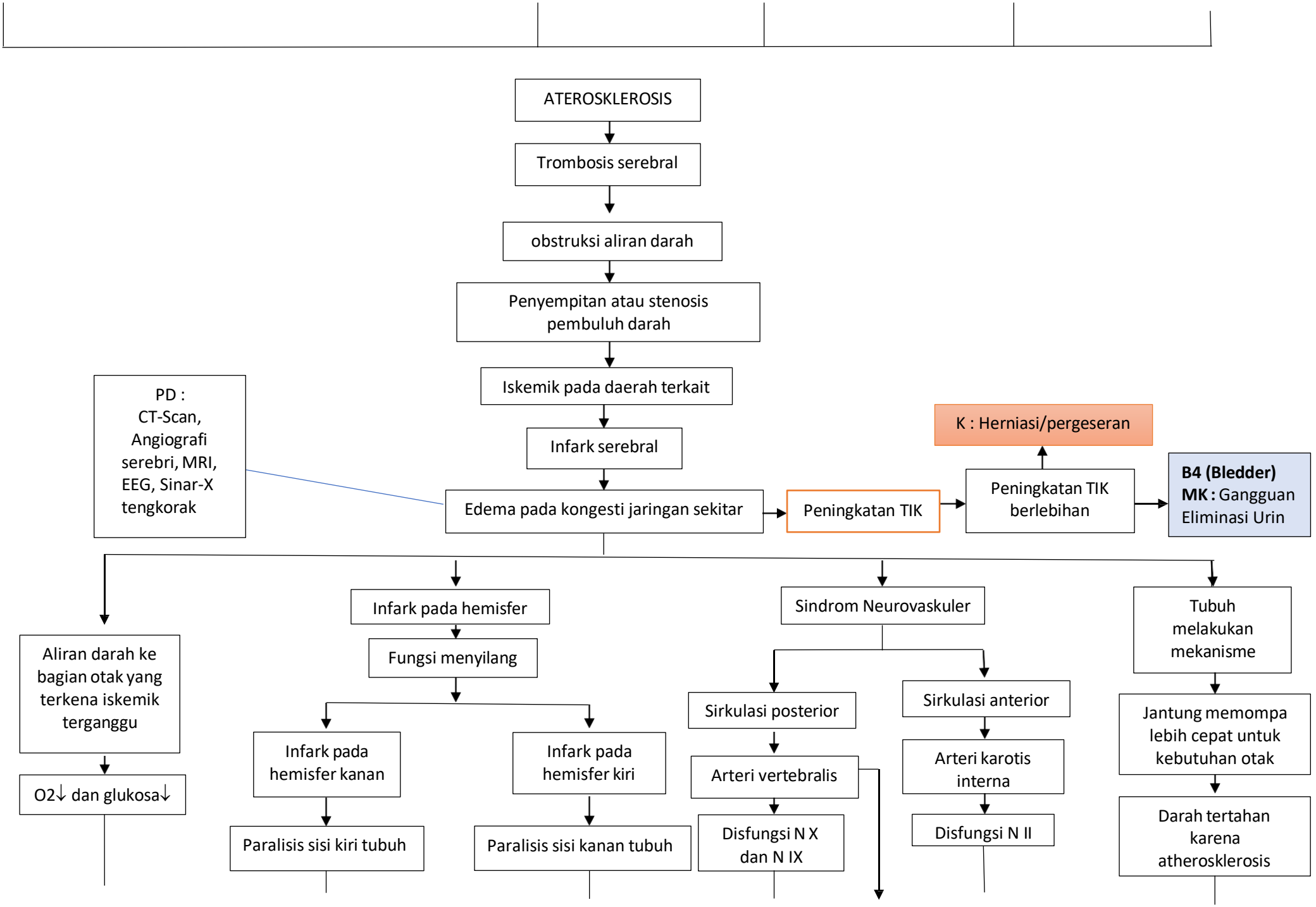
5. Patofisiologis

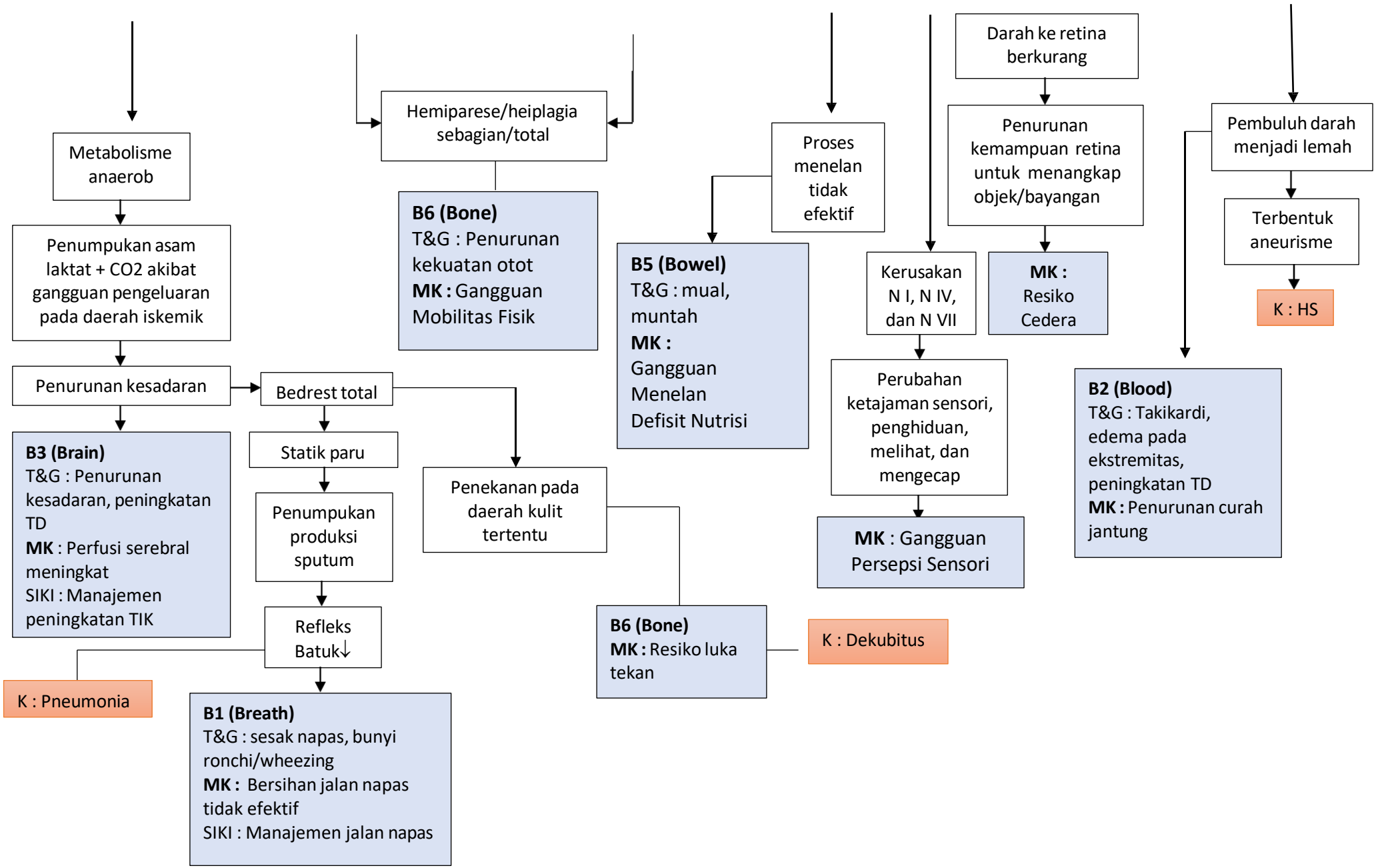
Non Hemoragic Stroke (NHS) disebabkan oleh trombosit akibat plak ateriosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah luar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (atheroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

Thrombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan akan terbawah hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen. Sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membrane sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Farikesit et al., 2023).

Patoflow Diagram *Non Hemorragic Stroke*




ATEROSKLEROSIS
Trombosis serebral
obstruksi aliran darah
Penyempitan atau stenosis pembuluh darah
Iskemik pada daerah terkait
Infark serebral
Edema pada kongesti jaringan sekitar
PD : CT-Scan, Angiografi serebri, MRI, EEG, Sinar-X tengkorak
Peningkatan TIK
Peningkatan TIK berlebihan
K : Herniasi/pergeseran
B4 (Bledder)
MK : Gangguan Eliminasi Urin
Aliran darah ke bagian otak yang terkena iskemik terganggu
O2↓ dan glukosa↓
Infark pada hemisfer
Fungsi menyilang
Infark pada hemisfer kanan
Paralisis sisi kiri tubuh
Infark pada hemisfer kiri
Paralisis sisi kanan tubuh
Sindrom Neurovaskuler
Sirkulasi posterior
Arteri vertebralis
Disfungsi N X dan N IX
Sirkulasi anterior
Arteri karotis interna
Disfungsi N II
Tubuh melakukan mekanisme
Jantung memompa lebih cepat untuk kebutuhan otak
Darah tertahan karena atherosklerosis


Metabolisme anaerob
Penumpukan asam laktat + CO2 akibat gangguan pengeluaran pada daerah iskemik
Penurunan kesadaran
B3 (Brain)
T&G : Penurunan kesadaran, peningkatan TD
MK : Perfusi serebral meningkat
SIKI : Manajemen peningkatan TIK
Bedrest total
Statik paru
Penumpukan produksi sputum
Refleks Batuk↓
K : Pneumonia
B1 (Breath)
T&G : sesak napas, bunyi ronchi/wheezing
MK : Bersihan jalan napas tidak efektif
SIKI : Manajemen jalan napas
Penekanan pada daerah kulit tertentu
B6 (Bone)
MK : Resiko luka tekan
K : Dekubitus
Hemiparese/heiplagia sebagian/total
B6 (Bone)
T&G : Penurunan kekuatan otot
MK : Gangguan Mobilitas Fisik
Proses menelan tidak efektif
B5 (Bowel)
T&G : mual, muntah
MK : Gangguan Menelan Defisit Nutrisi
Kerusakan N I, N IV, dan N VII
Perubahan ketajaman sensori, penghiduan, melihat, dan mengecap
MK : Gangguan Persepsi Sensori
Darah ke retina berkurang
Penurunan kemampuan retina untuk menangkap objek/bayangan
MK : Resiko Cedera
Pembuluh darah menjadi lemah
Terbentuk aneurisme
K : HS
B2 (Blood)
T&G : Takikardi, edema pada ekstremitas, peningkatan TD
MK : Penurunan curah jantung

6. Manifestasi Klinis

Gejala umum yang sering terjadi dan mudah dilihat adalah penderita merasakan lemah dan mati rasa atau bebal pada bagian wajah, tangan, atau kaki terutama salah satu bagian tubuh. Gejala stroke dapat disingkat FAST untuk memudahkan masyarakat dalam mengenali gejala tersebut (Aditama & Muntamah, 2024):

a. F (*Face*/Wajah)

   Wajah akan terlihat tidak simetris, salah satu sisi wajah turun.

b. A (*Arms Drive*/Gerakan Lengan)

   Salah satu anggota gerak seperti tangan atau kaki mengalami penurunan kekuatan.

c. S (*Speech*/Bicara)

   Kemampuan berbicara akan terganggu (artikulasi terganggu) atau bisa bicara tetapi mengalami gangguan pemahaman atau sulit mengerti.

d. T (*Time*/Waktu)

   Segera memanggul ambulan atau ke rumah sakit jika menemukan tiga gejala di atas seperti perubahan wajah, kelumpuhan dan bicara atau disertai gejala seperti :

   1) Kehilangan kesadaran (pingsan)
   2) Pusing berputar (vertigo)
   3) Kesemutan separuh badan

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

a. Kehilangan Motorik

Disfungsi motorik paling umum adalah paralisis pada salah satu sisi atau hemiplegia karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Diawal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul adalah paralisis dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam atau penurunan kekuatan otot untuk melakukan pergerakan, apabila refleks tendon dalam ini muncul Kembali biasanya dalam waktu 48 jam, peningkatan tonus disertai dengan spastisitas atau peningkatan tonus otot abnormal pada ekstremitas yang terkena dapat dilihat.

b. Kehilangan Komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut :

1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
2) Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilagan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c. Gangguan Persepsi

Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori.

d. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologik

Gangguan persepsi sensori merupakan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Gangguan persepsi sensori pada stroke meilputi :

1) Disfungsi persepsi visual, karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Kehilangan setengah lapang pandang terjadi sementara atau permanen (homonimus hemianopsia). Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala penderita berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut dengan amorfosintesis. Pada keadaan ini penderita hanya mampu melihat makanan pada setengah nampan, dan hanya setengah ruangan yang terlihat.
2) Gangguan hubungan visual-spasial yaitu mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial sering terlihat pada penderita hemiplegia kiri. Penderita tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian kebagian tubuh.
3) Kehilangan sensori, karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau berat dengan kehilangan propriosepsi yaitu ketidakmampuan untuk merasakan posisi dan Gerakan bagian tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.
4) Disfungsi kandung kemih setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/bedpan (Permatasari, 2020).

7. Tes Diagnostik

Tes diagnostik pada pasien stroke yaitu (Fiatun et al., 2024):

a. Radiologi

1) Computerozed Tomography-Scan (CT-Scan)

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

2) Angiografi Serebri

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri dan ruptur.

3) Magnetic Imaging Resonance (MRI)

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

4) Pemeriksaan foto thorax

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

5) *Electroencephalograpy* (EEG)

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

6) Fungsi Lumbal

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

7) Ultrasonografi Doppler

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

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

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

2) Test Kimia Darah

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

3) Test Darah Koagulasi

Tes ini terdiri dari 4 pemeriksaan yaitu *pothromin time, partial thromboplastin* (PTT), *internasional Normalized Ratio* (INR) dan *angregasi trombosit*. Keempat tes ini berguna untuk mengukur seberapa cepat darah

mengumpal. Pada pasien stroke biasanya ditemukan *PT/PTT* dalam keadaan normal.

8. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan medik pada pasien non hemoragik stroke dibedakan menjadi 2, yaitu (Sahrani et al., 2023) :

a. Penatalaksanaan Farmakologis

1) Fibrinolitik/trombolitik (rTPA)

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

2) Antiplatelet adalah obat yang digunakan untuk mencegah terjadinya agregasi platelet (mencegah terjadinya thrombus) pada sistem arteri. Antiplatelet ini sering digunakan pada pasien stroke iskemik untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.

3) Antihipertensi merupakan salah satu obat yang diberikan pada penanganan pasien strok iskemik dengan hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko utama setelah usia pada pria dan juga wanita. Bila tekanan darah meningkat cuku tinggi selama berbulan- bulan atau bertahun-tahun, akan menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh serebral. Akibatnya, diameter lumen pembuluh darah tersebut akan menjadi tetap. Hal ini menyebabkan pembuluh serebral tidak dapat berdilatasi atau berkonstriksi dengan bebas untuk mengatasi fluktuasi dari tekanan darah sistemik. Bila terjadi penurunan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi ke jaringan otak tidak adekuat. Hal ini akan mengakibatkan iskemik serebral.
4) Neuroprotektan merupakan salah satu terapi yang ditujukan untuk mengurangi terjadinya kerusakan sel karena terhambatnya aliran darah yang memasok oksigen. Obat neuroprotektan yang sering dipakai Neuroprotektan merupakan salah satu terapi yang ditujukan untuk mengurangi terjadinya kerusakan sel karena terhambatnya aliran darah yang memasok oksigen. Obat neuroprotektan yang sering dipakai
5) Golongan neurotropik merupakan golongan obat yang berfungsi sebagai pemacu kerja otak serta dapat membantu melancarkan fungsi otak akibat penurunan kesadaran. Dimana obat yang digunakan adalah mecobalamin.
6) Golongan antikolesterol merupakan golongan obat yang berfungsi untuk menunrunkan kadar kolestrol yang tinggi, obat yang sering digunakan simvastatin.

b. Non Farmakologi

1) Fase Akut
    a) Letakkan posisi kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap dua jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
    b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intemiten).
    c) 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 150-200 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.
    d) 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.
    e) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan kecuali bila tekanan sistelik >220 mmHg, diastole >130 mmHg(pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.

f) Jika terjadi Hipotensi yaitu tekanan sistolik <90 mmHg dastolik < 70 mmHg diberi Nacl 0,9% 250 ml selama 1 jam dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai hipotensi dapat diatasi. Jika belum terkoreksi yaitu tekanan darah sistol masih < 90 mmHg dapat diberikan dopamine 2-20μg/kg/menit sampai tekanan darah sistolik >110 mmHg. Jika kejang diberi diazepam 5-20 mg/iv pelan-pelan selama 3 menit, maksimal 100 mg perhari dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin karbamaxepin).

9. Komplikasi

Komplikasi dari stroke diantaranya sebagai berikut (Nugraheni & Anita, 2025):

a. Edema Cerebri

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

b. Tekanan Intrakranial (TIK) meningkat

Tekanan intrakranial kranial adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intrakranial, dan cairan serebrospinal (CSS) didalam tengkorak. Ruang kranial yang kaku berisi jaringan otak dan darah. Volume tekanan pada ketiga komponen ini selalu berhubungan dengan keadaan keseimbangan, apabila salah satu dari komponen ini

meningkat maka akan menyebabkan perubahan pada volume yang lain dengan mengubah posisi atau menggeser CSS, atau menurunkan volume darah serebral dan jika tidak ada perubahan intrakranial akan meningkat.

c. Gagal Napas

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

d. Perawatan lama di rumah sakit

1) 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.

2) Pneumonia

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

3) Kontraktur

Kontraktur adalah pemendekan otot secara permanen, yang mana jika hal itu terjadi, sendi tidak dapat ditekuk atau diluruskan sepenuhnya, dan otot tidak dapat diregangkan hingga panjang maksimal. Kontraktur dapat menyebabkan kesulitan dalam berbagai hal, seperti berpakaian, dan kesulitan berjalan.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Primer

1) *Breathing*

Pada pasien belum sadar dilakukan evaluasi seperti pola napas, tanda-tanda obstruksi, pernapasan cuping hidung, frekuensi napas, pergerakan rongga dada (apakah simetris atau tidak), suara napas tambahan (apakah tidak ada obstruksi total, auskultasi: adanya *wheezing* atau *ronchi*).

2) *Blood*

Pada sistem kardiovaskular dinilai tenakan darah, perfusi perifer, status hidrasi (hipotermi atau syok) dan kadar HB.

3) *Brain*

Pada sistem saraf pusat dinilai kesadaran pasien dengan GCS (*Glasglow Coma Scale*) dan perhatikan gejala peningkatakan tekanan intrakranial.

4) *Bladder*

Pasien sistem urogenitalis diperiksa kualitas, kuantitas, warna, kepekatan urin, untuk menilai apakah pasien masih dehidrasi, apakah ada kerusakan ginjal saat operasi, gagal ginjal akut (GGK).

5) *Bowel*

Pada sistem ini diperiksa adanya dilatasi lambung, tanda-tanda cairan bebas, distensi abdomen, pendarahan lambung post operasi, obstruksi atau hipoperistaltik, gangguan organ lain, misalnya hepar, lien, pancreas, dan dilatasi usus halus.

6) *Bone*

Pada sistem muskulokeletal dinilai adanya tanda-tanda sianosis, warna kuku, gangguan neurologis (Gerakan ekstremitas) (Nugraheni & Anita, 2025).

b. Pengkajian Primer

1) Identitas pasien, umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa dll.
2) Riwayat kesehatan dahulu, riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embolisme serebral, riwayat tinggi kolesterol, obesitas, riwayat DM, riwayat aterosklerosis, merokok dan riwayat konsumsi alkohol.
3) Riwayat kesehatan sekarang, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kehilangan motorik, merasa kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi/paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah istirahat, nyeri, kejang otot.
4) Riwayat kesehatan keluarga apakah ada riwayat penyakit degenerative dalam keluarga.
5) Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

   Data subjektif : Adanya riwayat penyakit jantung, hipertensi, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.

   Data objektif : Hipertensi arterial (dapat ditemukan atau terjadi pada cedera serebrovaskuler).
6) Pola nutrisi dan metabolik

   Data subjekti : Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan tekanan intrakranial), kehilangan sensasi, rasa kecap pada lidah dan pipi serta tenggorokan,disfagia, peningkatan lemak dalam darah.

   Data objektif : Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas, tidak mampu memenuhi kebutuhan diri sendiri.
7) Pola eliminasi

Data subjektif : Perubahan pola berkemih, seperti inkontensia urine, kesulitan BAB atau BAK dan anuria.

Data objektif : Distensi abdomen (distensi kandung kemih), bising usus negatif (ileus paralitik).

8) Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif : Kesulitan dalam beraktivitas, kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis.

9) Pola tidur dan istirahat

Data subjektif : Kesulitan untuk beristirahat, nyeri kepala, mudah lelah, (rasa nyeri atau kejang otot) dan tirah baring lama (penumpukan sekret).

Data objektif : Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot, sekret tertahan.

10) Pola persepsi sensorik dan kognitif

Data subjektif: Pusing, sakit kepala, kelemahan/kesemutan, mati/lumpuh, penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian penglihatan ganda atau gangguan lain.

11) Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif: Perasaan putus asa, perasaan tidak berdaya dan tidak ada harapan.

Data objektif : Mudah marah, tidak kooperatif.

12) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subjektif: Masalah bicara dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

Data objektif: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, kesulitan mengungkapkan kata (afasia).

13) Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress

Data subjektif: Kemampuan klien untuk mendiskusikan masalah kesehatan saat ini, dampak kecemasan, ketakutan, perubahan perilaku akibat stres.

Data objektif: Pandangan terhadap dirinya yang salah, ketidakmampuan melakukan aktivitas secara maksimal.

14) Pola reproduksi dan seksualitas

Data subjektif: Tidak adanya gairah seksual

Data objektif: Kelemahan tubuh dan dan gangguan persepsi seksual

15) Pola sistem nilai kepercayaan

Data subjektif: Jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil.

Data objektif: Gangguan dan kesulitan saat melaksanakan ibadah (Ginting & Mira, 2021).

2. Diagnosis Keperawatan

Ada beberapa diagnosis keperawatan Non Hemoragik Stroke yang sering muncul, sebagai berikut (Juni, 2020):

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
b. Resiko perfusi serebral tidak efektif
c. Bersihan jalan napas tidak efektif
d. Gangguan mobilitas fisik
e. Gangguan menelan
f. Gangguan komunikasi verbal
g. Hipertermia

3. Perencanaan Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	Setelah dilakukan tikdakan keperawatan selama… maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria	Manajemen peningkatan TIK Observasi - Identifikasi penyebab peningkatan TIK

	hasil: - Sakit kepala membaik - Tekanan darah membaik - Tekanan nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan intrakranial membaik	- Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK - Monitor MAP Terapeutik - Berikan posisi semifowler - Hindari pemberian cairan IV hipotonik - Cegah terjadinya kejang Kolaborasi - Kolaborasi dalam pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu - Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d penurunan kesadaran	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama maka perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil: - Tingkat kesadaran meningkat - Tekanan intrakranial menurun - Nilai rata-rata tekanan darah membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolik membaik	Manajemen peningkatan tekanan intracranial Tindakan Observasi : - Identifikasi penyebab peningkatan Tekanan Intra Kranial (mis: lesi, gangguan metabolisame, dema serebral) - Monitor tanda/gejala peningkatan Tekanan Intrakranial (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, - Monitor MAP - Monitor status pernapasan Terapeutik - Berikan posisi semifowler - Pertahankan suhu normal Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat nootropik/neuroprotektor
Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular (D.0001)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..... maka bersihan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil: - Batuk efektif meningkat - Produksi sputum menurun - Mengi menurun - Wheezing menurun - Frekuensi napas membaik - Pola napas membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) Tindakan Observasi - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, wheezing, ronchi) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik - Pertahankan kepatenan jalan napas - Posisikan *semifowler* - Lakukan penghisapan

		lender <15 detik - Berikan oksigen, jika perlu - Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, jika perlu -
Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuscular	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..... maka mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil: - Pergerakan ekstermitas meningkat - Kekuatan otot meningka - Rentang gerak (ROM) meningkat - Gerekan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun SIKI	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Tindakan Observasi - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Gangguan menelan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan… maka diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil : - Mempertahankan makanan dimulut	Dukungan perawatan diri: makan/minum Observasi - Identifikasi diet yang dianjurkan - Monitor kemampuan menelan

	meningkat - Reflek menelan membaik - Kemampuan mengosongkan mulut membaik - Frekuensi tersedak menurun	- Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik - Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selain - Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum - Letakkan makanan disisi mata yang sehat - Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu Edukasi - Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam. Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat (misalnya analgetic, antiemetic) sesuai indikasi.
Gangguan komunikasi verbal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan.. diharapkan kemampuan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: - Afasia menurun - Disfasia menurun - Apraksia menurun - Pelo menurun	Promosi komunikasi Observasi - Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara Terapeutik - Gunakan metode komunikasi alternatif modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - Ulangi apa yang disampaikan pasien gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi - Anjarkan bicara perlahan Kolaborasi - Rujuk ke ahli patologi atau terapis
Hipertermia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan… diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil: - Menggigil menurun	Manajemen Hipertermia Observasi - Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar

	- Pucat menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik	lingkungan panas, penggunaan incubator) - Monitor suhu tubuh Terapeutik - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepas pakaian - Berikan cairan oral Edukasi - Anjurkan tirah baring Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

4. *Discharge Planning*

CERDIK

C : Cek kesehatan secara rutin: periksa tekanan darah, kadar gula darah, dan kolesterol secara teratur

E : Enyahkan asap rokok : hindari merokok dan paparan asap rokok.

R : Rajin aktivitas fisik/olahraga : lakukan olahraga secara ringan dan teratur.

D : Diet sehat gizi seimbang : konsumsi makanan yang sehat dan seimbang.

I : Istirahat yang cukup: tidur yang cukup dan berkualitas.

K : Kelola stress: Kelola stress dengan baik melalui olahraga, meditasi, atau aktivitas lain yang relaksasi.

PATUH

P : Periksa kesehatan secara berkala: Lakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin untuk memantau kondisi

A : Atasi penyakit dengan pengobatan: Ikuti anjuran dokter dan minum obat yang diresepkan secara teratur.

T : Tetap diet sehat dan gizi seimbang: Konsumsi makanan yang sehat dan bergizi seimbang.

U : Upayakan beraktivitas fisik dengan aman : Lakukan olahraga yang sesuai dengan kondisi kesehatan.

H : Hindari rokok, alkohol, dan zat karsinogenik lainnya : Hindari rokol, alkohol dan zat yang membahayakan .

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien dengan initial Tn. K umur 74 tahun, agama Budha, masuk dengan diagnose medis Non-Hemorrhagic Stroke (NHS). Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan ekstremitas bagian bawah terutama kaki sebelah kiri kurang lebih 6 bulan yang lalu. Keluaga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat jatuh 2 hari yang lalu pukul 18.00 pasien keluar kamar kemudian tidak kuat, sehingga pasien jatuh tersungkur kelantai. Keluarga pasien mengatakan tepat tanggal 14 mei 2025 pasien sedang berbaring ditempat tidur dan tiba-tiba mengalami sesak napas dan penurunan kesadaran sehingga keluarga pasien membawah pasien ke IGD Stella Maris Makassar pada 14 mei 2025. Setelah dilakukan pemeriksaan dan penanganan di IGD pasien dipindahkan ke ruangan ICU pada jam 18.30 Wita. Pada saat dilakukan pengkajian diruang ICU pada tanggal 15 mei 2025 didapat pasien terbaring lemah di tempat tidur dengan kesadaran somnolen, GCS 8 (M4V2E2) uji kekuatan otot kaki kanan dan kaki kiri 0, tanagn kanan dan kiri 2 tekanan darah 105/80 mmHg, nadi teraba kuat 86 x/menit, pasien tampak sesak, pernapasan 32 x/menit, Spo2 97%, suhu 38,2°C, akral teraba hangant. Tampak terpasang RL 500 ml 20 tpm/menit, oksigen dengan NRM 15 liter, tampak terpasang kateter urine dan NGT. Hasil pemeriksaan CT-Scan didapatkan infark cerebri bilateral, kanan lebih luas. Hasil foto thorax didapatkan Pneumonia bilateral. Pada pemeriksaan laboraterium didapatkan hasil WBC 13.95. Dari hasil analisa data yang didapatkan tiga diagnose keperawatan yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan kesadaran, dengan melakukan tindakan keperawatan pemberian posisi *head up* 30°, bersihan jalan nafas tidak efektif ditandai dengan sekret yang tertahan, dengan melakukan tindakan keperawatan penghisapan lender dan pemberian oksigen pada pasien, dan gangguan mobilitas fisik ditandai gangguan neuromuscular.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan kesadaran pasien membaik dihari ketiga, sesak nafas yang dialami pasien membaik dan pasien mengalami peningkatan untuk menggerakkan ekstremiatas yang lemah sedikit demi sedikit.

A. Pengkajian

Ruang Intensive Care Unit

Nama Mahasiswa : Jesicha Lourensia Noptin dan Jessica Ratu Sa'Pang
Tanggal : 15 Mei 2025
Nama pasien/Usia : Tn. K/74 tahun
Diagnose Medis : NHS + Pneumonia

1. Pengkajian primer

Breath (B1)	Pergerakan dada	- Tampak simetris kiri dan kanan
	Palpasi	- Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan yang dirasakan oleh pasien - Krepitasi : tidak ada krepitasi
	Perkusi	- Pekak
	Suara napas	- Vesikuler - Terdengar suara tambahan ronchi (+)
	Batuk	- Produktif

	Sputum	- Tampak sputum pasien kental berwarna putih kekuningan
	Alat bantu napas	- Ada, jenis : *Non Rebreathing mask* (NRM)
	Lain-lain	- Terpasang NRM 15 liter/menit - Tampak pasien sesak - SPO2 : 97% - RR: 32X/m - Nadi: 86x/m - Hasil foto thorax: Pneumonia bilateral
Blood (B2)	Suara jantung	- S1 S2 S3 S4 - Tunggal
	Irama jantung	- Terdengar irama jantung regular
	CRT	- Tampak CRT kembali <3 detik
	JVP	- Normal (5-2 cmH2O)
	CVP	- Tidak ada
	Edema	- Tampak tidak ada edema

	EKG	- Hasil: Sinus takikardi
	Lain-lain	- Tanda-tanda vital: - TD:105/80mmHg - N: 86x/menit - S: 38,2°C RR: 32x/menit
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif: somnolen - Kuantitatif (GCS) = 8 E = 2 V = 2 M = 4
	Reaksi pupil - Kanan - Kiri	- isokor - Tampak isokor - Tampak isokor
	Refleks fisiologis	- Refleks biseps positif - Refleks triseps positif
	Refleks patologis	- Refleks babinsky positif - Refleks kaku kuduk negative
	Meningeal sign	Kaku kuduk nefatif Tanda karnig negatif
	Lain-lain	- Hasil CT-Scan: Infark cerebri bilateral, kanan lebih luas

Bladder (B4)	Urin	- Jumlah urin 300cc Warna : kuning pekat
	Kateter	Tampak pasien terpasang *foley cateter* size 16 hari ke-2 untuk mengosongkan kandung kemih
	Kesulitan BAK	- Tidak ada
	Lain-lain	- Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	- Tampak bibir pasien kering
	Lidah	- Tampak lidah pasien kotor
	Keadaan gigi	- Tampak tidak ada gigi palsu
	Nyeri telan	- Tidak dikaji
	Abdomen	- Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal, 18x/menit
	Mual	- Tidak ada
	Muntah	- Tidak ada
	Hematemesis	- Tidak ada
	Melena	- Tidak ada

	Terpasang NGT	- Ya, tampak terpasang NGT dengan ukuran 16
	Terpasang kolostomy bag	- Tidak terpasang
	Diare	- Tidak ada diare
	Konstipasi	- Tidak mengalami konstipasi
	Asites	- Tidak ada asites
	Lain-lain	Tidak ada
Bone (B6)	Turgor	Tampak turgor baik
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Icterus	Tidak ada
	Akral	Teraba hangat
	Pergerakan sendi	Terbatas
	Fraktur	Tidak ada fraktur
	Luka	Tidak ada luka
	Lain-lain	

2. Diagnosa keperawatan

   B1 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekret yang tertahan

   B2 : Hipertermi

B3 : Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d penurunan kesadaran

B4 : Tidak ada masalah

B5 : Tidak ada masalah

B6 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

3. Pengkajian sekunder
   a. Identitas
      1) Pasien

Nama /initial	: Tn. K
Umur	: 74 tahun
Jenin kelamin	: laki-laki
Jumlah anak	2
Agama/suku	: Buddha/Tionghoa
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Veteran Utara

      2) Penanggung jawab

Nama	: Ny. R
Umur	: 62 tahun
Alamat	: Jl. Veteran Utara
Hubungan dengan pasien	: Istri

   b. Data medik

      Diagnosa Medi

Saat masuk	: Non Hemoragik Stroke + Pneumonia
Saat pengkajian	: Non Hemoragik Stroke

   c. Keadaan sakit
      1) Pasien tampak sakit berat

         Alasan : Tampak pasien sakit berat karena pasien berbaring lemah di tempat tidur hari ke-2 dan terpasang infus dengan

cairan RL 500 20 TPM, NGT, NRM 15 L, dan *foley cateter* size 16 hari ke-2.

2) Tada-tanda vital

a) Kesadaran (kualitatif) : Somnolen

Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

(1) Respon motorik 4

(2) Respon bicara 2

(3) Respon membuka mata 2

Jumlah 8

Kesimpulan : pasien mengalami kesadaran menurun

b) Tekanan darah : 105/80 mmHg

MAP : 88,3 mmHg

Kesimpulan : Normal

c) Suhu : 38,2°C

d) Pernafasan : 32x/menit

Irama : Tidak Teratur

Jenis : Dada

e) Nadi : 86x/menit

Irama : Teratur dan kuat

3) Pengukuran

a) Lingkar lengan atas : Tidak dikaji

b) Tinggi badan : 169 cm

c) Berat badan : 59 kg

d) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 16,4 kg/m^2

Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Pengkajian pola kesehatan

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Keadaan sebelum sakit : Keluaga pasien mengatakan pasien selalu beranggapan bahwa kesehatan itu penting dan harus dijaga dengan baik sehingga terhidar dari berbagai

penyakit. Keluarga pasien mengatakan rutin kontrol kesehatan ke rumah sakit, karena menurut pasien kesehatan yang baik dan sehat karena selalu rutun kontrol dan mengonsumsi obat dari dokter. Keluarga pasien megatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 6 tahun yang lalu namun pasien kadang-kadang masih mengonsumsi daging-dagingan.

a) Riwayat penyakit saat ini :
   (1) Keluhan utama : penurunan kesadaran
   (2) Riwayat keluhan utama : keluarga pasien mengatakan pada 2 hari yang lalu pukul 18.00 pasien keluar kamar terus tidak kuat berdiri sehingga jatuh tersungkur ke lantai, setelah itu pasien hanya mengeluh pusing dan besoknya pasien mulai mengalami sesak napas dan kemudian istrinya mengantarkan pasien ke IGD Stella Maris Makassar dan sesampainya di IGD kesadaran pasien mulai menurun. Dan kemudian dipindakan ke ruang ICU, pada saat pengkajian pada tanggal 15 mei 2025 pasien tampak tidak mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 8 (M4E2V2)
   (3) Riwayat penyakit yang perna dialami : keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi dan stroke ringan pada tahun lalu dan juga di rawat di RS Stella Maris Makassar kurang lebih satu minggu. Keluarga pasien mengatakan pasien juga memiliki riwayat hipertensi sudah sejak lama.
   (4) Riwayat kesehatan keluarga
   Keluarga pasien mengatakan ibu pasien memiliki riwayat HT kurang lebih 6 tahun yang lalu dan stroke
b) Pemeriksaan fisik

(1) Kebersihan rambut : Tampak rambut beruban, berminyak, dan sedikit berbau
(2) Kulit kepala : Tampak ada ketombe dan tidak ada lesi.
(3) Kebersihan Kulit : Tampak kulit kaki kering, tampak kulit bersisik.
(4) Higiene Rongga Mulut : Tercium bau mulut, tampak lidah kotor.
(5) Kebersihan Genetalia : Tampak tidak ada luka
(6) Kebersihan Anus : Tampak tidak ada hemoroid, tampak tidak luka disekitar anus.

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan menu nasi, ikan, sayur dengan porsi makanan selalu dihabiskan, keluarga pasien mengatakan pasien suka makan buah pepaya, keluarga pasien mengatakan pasien minum air 3-5 gelas air putih/ hari serta pasien sangan menyukai susu milku.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien dipasangkan NGT sehingga pasien hanyakan makan dan minum lewat selang NGT setiap harinya. Makanan yang disediakan rumah sakit seperti bubur dan susu. Pasien makan 3 kali sehari dengan porsi bubur 200 cc dan air putih 50 cc.

c) Observasi :

(1) Keadaan rambut : Tampak rambut beruban, sedikit berminyak, dan sedikit berbau.
(2) Hidrasi kulit:
Tampak tidak ada hidrasi kulit saat dilakukan *finger print.*
(3) Palpebra/conjungtiva :
Tampak palpebra tidak edema, konjungtiva tidak anemis.

(4) Sclera :

Tampak tidak ikterik.

(5) Hidung :

Tampak septum berada di tengah, tidak ada perdarahan, peradangan.

(6) Rongga Mulut :

Tampak tidak ada stomatitis dan aptae.

(7) Gigi :

Tampak gigi tidak lengkap, tampak akar gigi gigi palsu :

Tampak tidak ada

(8) Kemampuan mengunyah keras :

Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

(9) Lidah :

Tampak kotor.

(10) Pharing :

Tidak dapat dikaji terhalang oleh lidah.

(11) Kelenjar Getah Bening :

Teraba tidak ada pembesaran.

(12) Kelenjar Parotis :

Tidak ada peradangan.

(13) Abdomen :

Inspeksi :

Tampak abdomen datar, tampak tidak ada bayangan, bendungan pembulu darah vena.

(a) Auskultasi :

Terdengar peristaltik usus 18x/menit.

(b) Palpasi :

Tidak ada nyeri tekan dan lepas, tidak teraba adanya massa/ benjolan, tidak ada pembesaran linen.

(c) Perkusi :

Terdengar suara tympani.

(d) Kulit:

Tampak tidak ada edema, Tampak tidak ikterik.

(e) Tanda-tanda Radang :

Tidak ada tanda-tanda peradangan.

(f) Lesi:

tidak ada lesi.

3) Pola eliminasi

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan psien BAB 1 kali dalam sehari, keluarga pasien mengatakan pasien BAK 3-4 kali dalam sehari.

b) Keadaan sejak sakit

Pasien terpasang pampers, pasien terpasang *foley cateter size* 16 dengan jumlah urine 300 cc, berwarna kuning pekat.

c) Observasi

Tampak terpasang foley cateter size 16 dengan jumlah urine 300 cc, berwarna kuning pekat.

d) Pemeriksaan Fisik :

Peristaltik usus	: Terdengar 18x/menit
Palpasi kandung kemih	: Teraba kosong
Nyeri ketuk ginjal	: Negatif
Mulut uretra	: Tidak dikaji
Anus	: Tidak dikaji
Peradangan	: Tampak tidak ada peradangan
Hemoroid	: Tampak tidak ada
Fistula	: Tampak tidak ada

4) Pola aktifitas dan Latihan

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak terlalu banyak yang dapat dilakukan karena mengalami keterbatasan pada ekstremitas bawah, aktivitas yang biasa

dilakukan yaitu menonton TV, duduk jaga toko, kadang juga jalan-jalan depan rumah. Keluarga pasien mengatakan pasien ssedikit sulit menggerakan ekstremitas bawah dan sering lemas.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu menggerakan ektremitas bawah. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga pasien. Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur hari ke-2.

c) Observasi

(1) Aktivitas harian

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

(2) Postur tubuh :

Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran.

(3) Gaya jalan

Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

(4) Anggota gerak yang cacat :

Tidak ada anggota gerak yang cacat

(5) Fiksasi : Tampak tidak ada

(6) Tracheostomi : Tampak tidak ada

d) Pemeriksaan fisik

(1) Tekanan darah Berbaring : 110/70 mmHg

Duduk : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

Berdiri : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

(2) HR : 99x/menit

(3) Kulit :

Keringat dingin : Tidak teraba dingin

Keringat dingin basah : Teraba kulit tidak basah

(4) JVP : 5-2 cmH2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.

(5) Perfusi pembuluh kapiler kuku :

Kembali dalam 1 detik.

(6) Thorax dan pernapasan

(a) Inpeksi :

Bentuk thorax : Tampak simetris

Retraksi intercostal : Tampak tidak ada

Sianosis : Tampak tidak ada

Stridor : Tampak tidak ada

(b) Palpasi:

Vocal premitus : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

Krepitasi : Tidak ada

(c) Perkusi :

Terdengar sonor dikedua lapang paru

(d) Auskultasi

Suara napas : Terdengar suara napas tambahan ronchi

Suara ucapan : Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

Suara tambahan : Terdengar suara napas tambahan ronchi

(7) Jantung

(a) Inpeksi

Ictus cordis : Tampak tidak terlihat

(b) Palpasi :

Ictus kordis : 99x/menit

(c) Perkusi

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS V linea medioclsvicularis sinistra

Batas kanan jantung: ICS II linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS V linea axiaris anterior sinistra

(d) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal ics II linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal ics II dan III linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal ics IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal ics V linea midclavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak terdengar

A.Renalis : Tidak terdengar

A.Femoralis : Tidak terdengar

(8) Lengan dan tungkai

Atrofi otot: positif

Rentang gerak : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

Nyeri sendi : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

Fraktur : Tampak tidak ada

Parese ` : Tampak parese ekstremitas bawah

Paralisis : Tampak paralisis ekstremitas bawah

Uji kekuatan otot: Tidak dikaji

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleks fisiologi

Biseps Kiri : Positif

Kanan : Positif

Triseps Kiri : Positif

Kanan :

Positif

Inspeksi

Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

Kaku kuduk : Tampak tidak ada

5) Pola Tidur dan Istirahat

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pola tidur pasien baik, pasien tidur jam 9 malam dan bangun jam 6 pagi. Saat bangun pagi pasien merasa segar dan biasanya akan jalan-jalan atau duduk didepan rumah. Keluarga pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat tidur, tidak ada pengantar tidur pasien da pasien suka tidur dengan keadaan lampu mati.

b) Keadaan Sejak Sakit :

Tampak pasien berbaring di tempat tidur

c) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : tampak pasien tidur

Banyak menguap : Tampak pasien tidur

Palpebra inferior berwarna gelap : Tampak tidak berwarn gelap

6) Pola Persepsi Kognitif

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien biasa menggunakan kacamata untuk membaca, pasien mampu mengenali orang lain dan lingkungan sekitar, pasien mampu mengenal waktu.

b) Keadaan Sejak Sakit :

Tampak pasien tidak dapat berbicara, kesadaran somnolen GCS 8 (M4E2V2)

c) Observasi :

d) Pemeriksaan fisik :

(1) Penglihatan

Kornea : Tampak jernih

Pupil : Tampak isokor

Lensa mata : Tampak berwarna hitam

Tekanan Intra Okuler (TIO) : Teraba sama kiri dan kanan

(2) Pendengaran

Pina : Tampak kotor

Kanalis : Tampak kotor berserumen, timpak tidak ada nanah

Membran timpani : Tampak utuh

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluaga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki gangguan pendenganran atau gangguan

penglihatan. Keluarga pasien mengatakan jika pasien sakit ia langsung memberitahukan kepada istrinya.

b) Keadaan Sejak Sakit :

Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurun kesadaran

c) Observasi :

Kontak mata	:Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran
Rentang perhatian	: Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran
Suara dan cara bicara	: Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran
Postur tubuh	: Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran

d) Pemeriksaan Fisik

Kelainan bawaan yang tampak nyata	: Tidak ada
Bentuk/postur tubuh	: Tidak dapat dikaji pasien mengalami penurunan kesadaran
Kulit	: Tampak kering

8) Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga mengatakan pasien merupakan ayah dari 2 anak. Keluarga mengatakan meski tidak tinggal bersama anak-anak, hubungan pasien dan anak-anaknya baik-baik saja. Keluarga mengatakan pasien dan anaknya sering saling bercerita melalui telepon

b) Keadaan Sejak Sakit :

Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah

c) Observasi :

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

a) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan selama 3 tahun belakangan ini pasien sering control ke dokter karena memiliki prostat

b) Keadaan Sejak Sakit :

Tampak pasien berbaring di tempat tidur

c) Observasi :

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien jarang marah karena orangnya sabar

b) Keadaan Sejak Sakit :

Tampak pasien berbaring di tempat tidur

c) Observasi :

Tampak pasien berbaring di tempat.

11) Pola sistem nilai kepercayaan

a) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien beragama Buddah. Sejak pasien sakit pasien lebih sering berdoa dirumah.

b) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan selalu mendoakan pasien agar cepat sehat dan kembali kerumah

c) Observasi :

Tampak keluarga pasien selalu mendoakan pasien

e. Uji Saraf Kranial

1) N I : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran
2) N II : Tidak apat dikaji pasien penurunan kesadaran
3) N III, IV, VI : Tampak pupil isokor dan refleks terhadap cahaya positif.
4) N V :

Sensorik : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

Motorik : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

5) N VII :

Sensorik ; Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

Motorik : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

6) N VIII :

Vestibularis : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran.

Akustikus: Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

7) N IX : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

8) N X : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

9) N XI : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

10) N XII : Tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Hasil CT-Scan

Kesan :

Infark cerebri bilateral, kanan lebih luas

2) Hasil Foto Thorax

Kesan :

Pneumonia bilateral, terutama kanan

3) Hasil Laboratorium

PARAMETER	**HASIL**	**SATUAN**	**RUJUKAN**
WBC	13.95	10^3/ul	4.8-10.8
HGB	10.8	10^3/ul	14-18
NEUTROFIL	12.47	10^3/ul	1.5-7
HCT	31.0	10^3/ul	42-52

B. Analisa Data

Nama/umur : Tn. K/74 tahun

Ruangan/kamar : ICU

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS :		Risiko perfusi

	- Keluarga psien mengatakan pasien di bawah ke RS karena mengalami penurunan kesadaran. - Keluarga pasien mengatakan pasien sedang tidur dan tiba-tiba sesak kemudian mengalami penurunan kesadaran, pasien tidak mampu membuka mata dan langsung dibawa ke RS - Keluarga pasien mengatakan setelah masuk IGD pasien langsung dipindahkan di ruang ICU dua hari yang lalu disertai penurunan kesadaran. DO : - KU : Lemah - GCS= 8 (M4V2E2)		serebral tidak efektif d.d penurunan kesadaran

	- Penurunan kesadaran (somnolen) - N : 86x/menit - SPO_2: 88% - Hasil Pemeriksaan CT-Scan: Infark cerebri bilateral kanan lebih luas		
2	DS : - Keluaga pasien mengatakan sebelum pasien mengalami penurunan kesadaran pasien mengalami sesak napas. - Keluarga pasien juga mengatakan pasien mengalami batuk kurang lebih 1 minggu serta tidak mampu mengeluarkan dahaknya. - Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk RS	Secret yang tertahan	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekret yang tertahan

	pasien mengalami demam DO : - Tampak pasien sesak - Tampak suhu tubuh pasien meningkat - P : 32x/menit - SPO_2 : 88% - Hasil Pemeriksaan : WBC (H) 13.95 Foto Thorax : Pneumonia bilateral		
3	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien kurang mampu menggerakan ektermitas bawah dan sering merasa lemas, sehingga saat berjalan pasien harus diberikan topangan.	Gangguan neuromuscular	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular

	DO : - Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur - Tampak pasien kurang mampu menggerakan kedua kaki - Tampak semua aktifitas pasien dibantu ole perawat dan keluarga pasien		
4.	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien demam sejak kemarin DO : - Tampak tubuh pasien teraba hangat - Tampak bibir pasien kering - S : 38,2°C	Proses penyakit	Hipertermia

C. Diagnosis Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d penurunan kesadaran
2	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekret yang tertahan
3	Gangguan mobiltas fisik b.d gangguan neuromuskular
4	Hipertermia b.d proses penyakit

D. Intervensi Keperawatan

Nama/umur : Tn K/74 tahun

Ruangan/kamar : ICU

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Luaran yang diharapkan (SDKI)	Intervensi keperawatan (SDKI)
1. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d penurunan kesadaran(D.0017)	Perfusi serebral (L.02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka diharapakan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : - Tingkat kesadaran meningkat	Manajemen peningkatan tekanan intraranial (I.06194) Tindakan Observasi - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis : tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Monitor MAP - Monitor intake dan output cairan Terapeutik - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Berikan posisi *head-up* 30º Edukasi - Jelaskan kepada keluarga tujuan

		pengaturan posisi *head-up* 30º pada pasien Kolaborasi - Pemberian obat nootropik/neroprotektor - Pemberian obat antipiretik
2. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekret yang tertahan (D.0001)	Bersihan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam maka diharapkan bersihan jalan napas meningkat, dengan kriteria hasil: - Produksi sputum menurun - Suara napas tambahan menurun	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi - Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik - Lakukan penghisaan lendir kurang dari 15 detik - Berikan oksigen Kolaborasi - Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu Manajemen Hipertermia (I. 15506) Observasi - Monitor suhu tubuh

		- monitor haluaran urine Terapeutik -
3. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular (D.0054)	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kridteria hasil : - Kekuatan otot cukup meningkat - Rentang gerak (ROM) cukup meningkat - Kaku sendi cukup menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Tindakan Observasi - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Terapeutik - Fasilitasi melakukan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
4. Hipertermia b.d proses penyakit	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam maka hasil yang diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil : - Suhu tubuh pasien membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi - Monitor suhu tubuh Terapeutik - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian pasien

		Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu - Kolaborasi pemberian anti piretik

E. Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn K/74 umur

Ruangan/kamar : ICU

Tanggal	Dx	Waktu	Implementasi keperawatan	Nama perawat
15 mei 2025	II	07.10	- Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak pasien sesak tampak SPO_2: 88% - Memberikan oksigen	
	II	07.15	Hasil : Tampak pasien terpasang NRM 15 L/menit	
	I	07.30	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat nadi meningkat, pernapasan, kesadaran menurun) Hasil : Pengukuran tanda-tanda vital : TD : 105/80 mmHg N : 86x/menit S : 38,2°C P : 32x/menit SPO_2 : 97% - Respon pupil : Isokor	
	II	08.00	Menilai tingkat kesadaran : GCS=8 (M4V2E2) somnolen - Memonitor bunyi napas tambahan	
	II	08.10	- Hasil ; Terdengar bunyi suara napas tambahan ronchi	

	I, IV II III I,IV	08.30 08.50 09.00 09.05 09.15	- Memberikan obat intravena Hasil : Pemberian obat Citicolin 500gr/12 jam IV Ketorolac 30mg/12 jam IV Dexametazone 5mg/24 jam IV Paracetamol 100ml/IV - Memberikan posisi *head-up* 30° Hasil : Tampak pasien diberikan posisi *head-up* 30° dengan cara meningkatkan bagian kepala pada tempat tidur. - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil : Tampak lendir pasien putih kekuning-kuningan - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan Gerakan Hasil : Tampak pasien kusulitan menggerakan kedua kaki saat diberikan rangsangan nyeri. - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat nadi meningkat, pernapasan, kesadaran menurun) Hasil:	

	II	09.30	Pengukuran tanda-tanda vital : TD : 110/79 mmHg N : 90x/menit S : 36,7°C P : 30x/menit SPO_2 : 97% - Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Suara napas terdengar ronchi pada kedua lapang dada - Memonitor intake cairan Hasil: Tampak pasien diberikan susu pepsitol 150cc Berkolaborasi pemberian obat Hasil`:	
	I,II	09.40	Codein 10mg/12 jam oral CPG 74g 1x1/oral - Pemberian obat Hasil : Resfar 1 btl/24 jam Moxifloxacin 1 btl/24 jam - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat	
	II	10.00	nadi meningkat, pernapasan, kesadaran menurun) Hasil: Pengukuran tanda-tanda vital : TD : 110/82 mmHg	

	I	10.05	N : 89x/menit S : 36,5°C P : 28x/menit SPO_2 : 98% - Memonitor intake cairan Hasil : Tampak pasien diberikan bubur 250cc melalui NGT - Memonitor output Hasil: Tampak urine berwarna kuning pekat dengan jumlah 400cc/8 jam - Mendokumentasikan balance cairan Hasil: Input RL 400cc/8 jam Paracetamol: 100cc Moxifloxacin: 250ml NGT: 400cc/8 jam Total input: 1.150cc Output Urine: 400cc IWL (12Xbb)/24 jam 12x59/8= 88,5 Balance cairan= input – (output+IWL) 1.150- (400+88,5) 1.150-488,5 = 661,5cc	
	III	11.10		
	I	12.00		
	I	13.00		
	I	14.00		
16 mei	II	14.10	- Melakukan penghisapan lendir	

2025			kurang dari 15 detik Hasil: tampak lendir pasien berwarna putih kekuning-kuningan.	
	I,IV	14.30	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil: mengukur tanda-tanda vital TD: 100/75 mmHg N: 71 x/menit S: 39°C P: 28x/menit SPO2: 98%	
	I	14.35	- Pemberian obat : Paracetamol 100 ml/IV	
		14.50	- Memberikan oksigen via NRM 10liter/menit Hasil: tampak pasien terpasang NRM 10liter/menit Tampak SPO_2 98%	
	II	15.00	- Memberikan posisi *head-up* 30° pada pasien di tempat tidur Hasil : Tampak pasien diberikan posisi *head-up* 30° dengan cara meningkatkan bagian kepala pada tempat tidur. - Memonitor intake cairan Hasil: Tampak pasien diberikan susu pepsiton 150cc	

			Cairan RL: 500cc/20Tpm	
	I	15.00	- Uji kekuatan otot pasien Hasil : Tangan kanan 3 Kiri 2 kaki 2 2 - Refleks pupil isokor	
	III	15.35	Menilai tingkat kesadaran : Hasil : (M5V4E4) 13 (Apatis)	
	I	15.55	- Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar suara napas tambahan ronchi dikedua lapang dada	
	II	16.10	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : Mengukur tanda-tanda vital TD: 112/75 MmmHg N: 78x/menit S: 36,4°c	
	I,IV	16.40	P: 29x/m SPO2: 98% - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik dan memonitor sputum Hasil: Tampak sputum berwarna putih dan kental	
	II	17.30	- Memberikan obat	

	I,II	18.10	Hasil: Citicolin 500gr/12 jam IV Ketorolac 30mg/12 jam IV Dexametazone 5 mg/24 jam IV Moxifloxacin 250ml	
	I,IV	19.30	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : Mengukur tanda-tanda vital TD: 107/80 MmmHg N: 93 x/menit S: 36°c P: 28x/menit SPO2: 98% - Memonitor intake cairan Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 250cc - Kolaborasi pemberian obat Hasil: Codein 10mg/12 jam oral	
	I	19.50	- Memonitor output cairan Hasil : Tampak urine berwarna kuning kuning dengan jumlah 350cc/8 jam	
	II	20.30	- Memonitor balance cairan Hasil: Input RL: 400cc/8 jam NGT : 400cc/8 jam Total input: 800cc	

	I	21.00		Output: Urine 350cc/8 jam IWL(12Xbb)/24 jam 12x59/8= 88,5 Balance cairan= input – (output+IWL) 800cc-(350+88,5) =800-438,5 = 361,5cc/8 jam	
17 mei 2025	I,IV	14.10	-	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK: Hasil : Mengukur tanda-tanda vital : TD : 115/83 mmHg N : 91 x/memit S : 36,4°C P : 22x/menit	
	II	14.20	-	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil : Tampak lendir mulai berkurang dan berwarna putih	
	II	14.30	-	Memberikan oksigen Hasil : Tampak pasien terpasang nasal kanul 5 liter/menit	
	I	14.40	-	Menilai tingkat kesadaran Hasil : GCS 15 (M6V5E4)	
	I	14.50	-	Berikan posisi *head-up* 30° pada pasien di tempat tidur Hasil : Tampak pasien diberikan posisi *head-up* 30°	

	I III II I,II I,IV	15.00 15.30 15.50 16.00 16.10	dengan cara meningkatkan bagian kepala pada tempat tidur. - Memonitor intake cairan Hasil: Tampak pasien diberikan susu pepsiton 150cc Cairan RL: 500cc/20Tpm - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan Gerakan Hasil : Tampak pasien mampu menggerakan tangan dan mengangkat kaki . - Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Suara napas ronchi berkurang SPO_2 : 98% - Pemberian obat Hasil : Ketorolac 30mg/12 jam IV Dexametazone 5mg/24 jam Resfar 1 btl/24 jam - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK: Hasil : Mengukur tanda-tanda vital : TD : 110/80mmHg N : 90 x/menit S : 36,°C P : 21x/menit	

	III	17.00	SPO_2: 98% - Menilai kekuatan otot kanan kiri Tangan 4 3 kaki 3 3 - Menilai tingkat kesadaran Hasil : GCS 15 (M6V5E4)	
	I	17.30	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan Gerakan	
	III	18.00	Hasil : Tampak pasien mampu menggerakan kedua tangan dan mengangkat kaki - Memonitor intake cairan	
	I	18.40	Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 250cc - Kolaborasi pemberian obat	
	II	19.30	Hasil:Codein 10mg/12jam oral - Memonitor bunyi napas tambahan	
	II	20.00	Hasil: Suara napas ronchi berkurang SPO_2 : 98% - Menilai kekuatan otot	
	III	20.30	Kanan Kiri Tangan 4 3 kaki 3 3 - Memonitor output cairan Hasil : Tampak urine berwarna kuning kuning dengan jumlah	

	I	21.00	400cc/8 jam - Memonitor dan mendokumentasikan balance cairan Hasil: Input RL: 400cc/8 jam NGT : 400cc/8 jam Total input: 800cc Output: Urine 400cc/8 jam IWL(12Xbb)/24 jam 12x59/8= 88,5 Balance cairan= input – (output+IWL) 800cc-(400+88,5) = 800-488,5=311,5cc	

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn K / 74 tahun

Ruangan/kamar : ICU

tanggal	Evaluasi SOAP	
15 mei 2025	DP 1: Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d penurunan kesadaran S: - O: - Hasil pengkajian tingkat kesadaran GCS 8 (M4V2E2) Somnolen - Tampak pasien masih penurunan kesadaran A : Masalah belum teratasi	

	P: Lanjutkan intervensi DP 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekret yang tertahan S: - O: - Tampak pasien sesak - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Tampak sputum berwarna putih kekuning-kuningan - Hasil opservasi P: 28x/menit SPO_2: 97% A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Manajemen jalan napas DP 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular S : - O : Tampak pasien tidak bisa menggerakan tubuh A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Dukungan mobilitas - Perawatan tirah baring DP 4 : Hipertermia b.d proses penyakit S : - O : - Tampak suhu tubuh pasien masih teraba hangat - S : 38,2°C	

	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi - Monitor suhu tubuh pasien	
16 mei 2025	DP 1 : Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d penurunan kesadaran S : - O : - Hasil TTV: TD : 100/80 mmHg N : 91 x/menit - GCS 13 (M5V4E4) A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DP 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekret yang tertahan S: - O: - Terdengar bunyi suara napas tambahan ronchi - Tampak sputum berwarna putih kekuning-kuningan - Pemeriksaan ttv: P: 28 x/menit SPO_2: 98% A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Manajemen jalan napas DP 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular S :	

	O : Kanan kiri Tangan 3 2 kaki 2 2 A : Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Dukungan mobilitas - Perawatan tirah baring DP 4 : Hipertermia b.d proses penyakit S : - O : - Tampak tubuh pasien masih teraba hangat - S : 39°C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor suhu tubuh	
17 mei 2025	DP 1 : Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d penurunan kesadaran S : O : - Hasil TTV: TD : 110/80 mmHg N : 90x/menit - GCS : 15 (M6V5E4) A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi DP 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekret yang tertahan S: O:	

	- Terdengar suara napas tambahan ronchi - Tampak sputum mulai berkurang dan berwarna putih - Pemeriksaan ttv: P:21x/menit SPO_2: 98% A: Masalah belum teratasi P: Melanjutkan intervensi - Menajemen jalan napas DP 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular S : - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa mengangkat tangannya dan mengangkat kedua kakinya. O : - Tampak pasien mampu menggerakan kedua tangan dan mengangkat kaki tangan kiri Tangan 4 3 kaki 3 3 A : Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Dukungan mobilitas DP 4 : Hipertermia b.d proses penyakit S : O : - Tampak suhu tubuh pasien sudah normal - S : 36°C A : Masalah Hipertermi teratasi	

	P : Intervensi dihentikan	

DAFTAR OBAT

1. Citicoline
   a. Nama obat : Citicoline
   b. Kalsifikasi/golongan obat : Kelas terapi: Nootropik dan neurotonik
      Klasifikasi obat : vitamin saraf
   c. Dosis umum : Dosis 500-1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari
   d. Dosis untuk pasien : 500mg/IV/12 jam
   e. Cara pemberian obat Intravena (IV)
   f. Mekanisme kerja dan fungsi : Obat

      Obat ini berfungsi mencegah kerusakan otak (neuroproteksi) dan membantu pembentukan membran sel di otak (neurorepair). Citicoline memainkan peranan penting dalam perbaikan neuron dengan mendukung energi yang diproduksi di neuron. Hal ini pada gilirannya mendukung perbaikan dan pemeliharaan membran sel, pembentukan bahan kimia, dan propagasi impuls listrik. Semua ini sangat diperlukan untuk

mendukung fungsi yang lebih luas dari otak seperti memori, motorik, fungsi kognitif, berpikir, dan proses pengambilan keputusan. Pemberian citicoline berguna sebagai neuroproteksi pada iskemik karena sifatnya sebagai bahan pengadaan kardiolipin dan sfingomielin, sumber fosfatidilkholin serta stimulasi sintesis glutation sebagai antioksidan endogen dan menjamin keseimbangan aktivitas neurotransmisi Na+ K+ -ATPase antar sel di sistem saraf pusat (SSP). Citicoline juga memilikipotensi untuk mengurangi kerusakan otak akut dan meningkatkan pemulihan fungsional pada model binatang yang stroke, bahkan ketika diberikan beberapa jam setelah kejadian iskemik.

g. Kontra indikasi : Citicoline dikontraindikasikan bagi pasien dengan hypertonia system nervus parasimpatis
h. Efek samping : Diare, mual, reaksi hipersensitifitas seperti ruam kulit, gangguan vascular seperti sakit kepala, insomnia, serta perubahan tekanan darah sementara.

2. CPG 75mg/ oral
   a. Nama obat : CPG
   b. Klasifikasi/golongan obat anti platelet golongan thienopyridine
   c. Dosis umum : 1 kali/hari (75mg)
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan 40 mg 12 jam
   e. Cara pemberian obat : oral
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat CPG digunakan untuk membantu mencegah serangan jantung dan stroke pada pasien dengan penyakit jantung, stroke, atau penyakit sirkulasi darah (penyakit pembuluh darah perifer) CPG bekerja dengan menghalangi platelet saling menempel dan mencegah mereka dari pembentukan gumpalan berbahaya CPG membantu menjaga darah mengalir lancar dalam tubuh

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkuatan pasien diberikan obat tersebut untuk mencegah adanya serangan jantung yang tiba-tiba dan membantu memperlancar aliran darah tetap normal.
h. Kontra indikasi : obat ini tidak bisa diberikan kepada pasien dengan kondisi :
   1) Hipersensitif terhadap clopidogrel
   2) Perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intracranial
i. Efek samping :
   1) Sakit kepala
   2) Pusing
   3) Ruam
   4) Insomnia
   5) Gangguan gastrointestinal (seperti sembelit, muntah)

3. Dexametazone

a.	Nama obat	: Dexametazone
b.	Klasifikasi/golongan obat	: Kartikosteroid sistemik (glukokortikoid)
c.	Dosis umum	: 5 mg suntikan IV 1 kali per hari
d.	Dosis untuk pasien	: 5 mg/IV/24 jam
e.	Cara pemberian obat	: Intravena (IV)
f.	Mekanisme kerja dan fungsi obat	:

Dexametazone adalah obat kortikosteroid sintetik yang bekerja dengan meniru efek hormon glukokortikoid alami yang di produksi oleh kelenjar adrenal. Dexametazone mengikat reseptor glukokortikoid di sitoplasma dan membentuk kompleks yang kemudian berpindah ke inti sel. Di inti sel, kompleks ini berikatan dengan DNA untuk

mengatur ekspresi gen, yang menyebabkan peningkatan produksi protein anti-imflamasi sekaligus menekan produksi protein dan mediator inflamasi seperti sitokin dan enzim yang berperan dalam proses peradangan. Dengan mekanisme ini, dexametazone efektif mengungarangi inflamasi dan pembengkakan jaringan. Dalam konteks non hemoragik stroke, dexametazone dapat membantu mengurangi edema di otak yang muncul akibat reaksi inflamasi pada area yang kekurangan oksigen, sehingga menurunkan tekanan pada jaringan otak yang mencegah kerusakan yang lebih luas. Dengan demikian dexametazone berperan sebagai agen anti inflamasi dan anti edema yang dapat membantu mengatasi komplikasi pembengkakan pada kondisi tersebut.

h. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan yaitu untuk mengurangi peradangan dan pembengkakan (edema) di otak, terutama saat ada resiko peningkatan tekanan di dalam kepala yang bisa memperburuk kerusakan jarngan.

i. Kontra indikasi : adanya infeksi jamur sistemik aktif, hipersensitivitas terhadap dexametazone atau komponen obat, penyakit virus aktif tertentu (seperti herpes simplex pada mata).

4. Paracetamol

a.	Nama obat	: Paracetamol
b.	Klasifikasi/golongan obat	: Analgetik dan antipiretik
c.	Dosis umum	: 500-1000 mg 4-6 jam sekali
d.	Dosis untuk pasien	: 1g/IV/24 jam
e.	Cara pemberian obat	: Intravena (IV)
f.	Mekanisme kerja dan fungsi obat	:

Paracetamol bekerja dengan cara menghambat aktivitas enzim sikloosigenase (COX) di otal dan sumsum tulang belakang. Enzim COX berfungsi dalam proses sintesis prostaglandin, senyawa kimia yang diproduksi oleh tubuh sebagai respons terhadap cedera atau infeksi yang dapat menyebabkan peradangan, nyeri dan demam. Paracetamol berfungsi untuk meredakan demam dan nyeri.

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Paracetamol diberikan pada pasien karena pasien demam akibat dari proses penyakit.
h. Kontra Indikasi: Pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini dan penyakit hepar aktif derajat berat.
i. Efek samping: Mual muntah, sakit kepala, sulit tidur, feses warna abu-abu, memar atau perdarahan.

5. Ketorolac

a. Nama obat : Ketorolac
b. Klasifikasi/golongan obat : Antiinflamasi
c. Dosis umum : 30-60 mg 6-12jam sekali
d. Dosis untuk pasien :30mg/IV/12 jam
e. Cara pemberian obat : Intravena (IV)
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Ketorolac bekerja dengan menghambat enzim siklooksigenase. Enzi mini berperan dalam pembentukan prostaglandin, yaitu senyawa yang menyebabkan peradangan, nyeri, pembengkakan, dan demam. Dengan menghambat enzim tersebut. Ketorolac menurunkan produksi prostaglandin sehingga membantu meredakan nyeri dan peradangan. Obat ini umumnya digunakan untuk

mengatasi nyeri akut sedang hingga berat, seperti nyeri pascaoperasi, nyeri akubat cedera, nyeri musculoskeletal, dan nyeri gigi yang berat.

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Ketorolac diberikan untuk mengurangi dan mengatasi nyeri terutama dalam kondisi di mana diperlukan analgetic yang kuat namun bukan golongan opioid.

h. Kontra indikasi: Pada pasien dengan riwayat tukak lambung, perdarahan saluran cerna, gangguan pembekuan darah, gagal ginjal sedang hingga berat, serta pad apasien perdarahan aktif, termasuk stroke hemoragik.

i. Efek samping; peningkatan tekanan darah, serta kantuk atau Lelah.

6. Resfar

a. Nama obat : Resfar
b. Klasifikasi/golongan obat : Antihistamin
c. Dosis umum : 30-60 mg 4-6 jam sekali
d. Dosis untuk pasien : 30mg/IV/24 jam
e. Cara pemberian obat : Intravena (IV)
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

g. Resfar bekerja dengan menghambat reseptor H1 histamin untuk mencegah efek zat histamin dalam tubuh selama reaksi alergi. Dengan mekanisme ini Resfar efektif mengurangi gejala alergi seperti hidung tersumbat, bersin, mata berair, dan gatal-gatal pada kulit serta dapat mengencerkan dahak.

h. Alasan pemberian obat pad pasien yang bersangkutan: Resfar diberikan pada pasien untuk mengencerkan dahak pada pasien yang tertahan.

i. Kontra indikasi: Pada pasien dengan hipersensivitas atau alergi fexofenadine atau komponen lain dalam obat, serta pada apsien dengan gangguan fungsi ginjal berat harus menggunakan dengan hati-hati dan di bawah pengawasan dokter.

7. Moxifloxacin
   a. Nama obat : Moxifloxacin
   b. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   c. Dosis umum : 400mg/250ml 24 jam
   d. Dosis untuk pasien :400mg/IV/24 jam
   e. Cara pemberian obat : Intravena (IV)
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Moxifloxacin bekerja dengan cara menghambat enzim DNA gyrase dan topoisomerase IV pada bakteri. Kedua enzim ini sangat penting dalam proses replikasi dan perbaikan DNA bakteri, yang akhirnya menghambat pertumbuhan dan membunuh bakteri penyebab infeksi. Moxifloxacin digunakan untuk mengobati berbagai infeksi bakteri, seperti infeksi saluran pernapasan bawah (termasuk pneumonia dan bronchitis), sinusitis, serta beberapa infeksi intra-abdomen dan saluran kemih.

   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Didasarkan pada kemampuan obat untuk melawan berbagai bakteri penyebab infeksi saluran pernapasan.
   h. Kontra indikasi: Pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap antibiotok golongan fluorokuinolon lainnya, riwayat gangguan tendon serta pasien dengan riwayat gangguan irama jantung.

8. Codein
   a. Nama obat : Codein

b. Klasifikasi/golongan obat : Opioid atau narkotika
c. Dosis umum : 10-20 mg 6-12 jam sekali
d. Dosis untuk pasien :10mg/ Oral /12 jam
e. Cara pemberian obat : Oral
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Codein bekerja dengan cara berikan pada reseptor opiod di sistem saraf pusat. Setela dikonsumsi, sebagian Codein akan diubah menjadi morfin oleh enzim CYP2D6 di hati. Morfin inilah yang memberikan efek analgesic, yaitu mengurangi rasa nyeri dengan menghambat transmisi sinyal nyeri di otak dan sumsum tulang belakang. Selain itu, Codein juga bekerja menekan pusat batuk di otak, sehingga efektif digunakan sebagai obat penekan batuk. Pengunakan Codein memiliki potensi menyebabkan ketergantungan, sehingga pemakaiannya harus sesuai resep dan di bawah pengawasan medis.

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Codein diberikan pada pasien karena obat ini efektif untuk meredakan nyeri dan menekan batuk yang tidak produktif.
h. Kontra indikasi: Pada pasien dengan alergi atau hipersensitivitas terhadap Codein atau opioid lainnya, depresi pernapasan berat, asma bronkial akut.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada Bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Tn. K dengan diagnosa medis *Non Hemoragik Stroke* (NHS) diruangan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

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

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu hasil CT-Scan kepala. Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn. K diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 mei 2025 dengan diagnose medis *Non Hemoragik Stroke*. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Mei 2025 didapatkan pasien tampak tidak dapat menggerakkan kaki saat diberikan rangsangan nyeri, tampak pasien penurunan kesadaran dengan GCS 8 E2V2M4 (somnolen). Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat stroke ringan 6 bulan yang lalu dan HT sejak 6 tahun yang lalu. Hasil pemeriksaan CT-Scan didapatkan infark cerebri bilateral, kanan lebih luas. Hasil foto thorax didapatkan Pneumonia bilateral. Pada pemeriksaan laboraterium didapatkan hasil WBC 13.95. Berdasarkan teori ada beberapa menifestasi klinis dari Non-Hemorrhagic Stroke (NHS), antra lain mengalami kelemahan

atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilang rasa peka, gangguan bicara dan Bahasa, mulut mencong atau tidak simetris, berbicara pelo, gangguan penglihatan, gangguan daya ingat, kesadaran menurun, gangguan fungsi otak, proses kencing terganggu (Maria, 2022)

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko yang dapat mengakibatkan stroke antara lain: yang tidak dapat diubah (predisposisi) yaitu usia dimana terjadi proses menua (>55 tahun) menyebabkan penurunan elastisitas pada pembuluh darah, jenis kelamin (laki-laki) yang mempunyai hormon estrogen yang sedikit dalam tubuh sehingga sel-sel endotel mudah hancur dan menyebabkan timbulnya plak dalam pembuluh darah. Faktor yang dapat diubah (presipitasi) yaitu hipertensi, dimana pembulu darah mendapat tekanan yang cukup besar yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah yang akan menekan sel endotel lapisan dinding arteri. Hipertensi jika tidak terkontrol maka terjadi penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam arteri sehingga endotel menjadi cedera dan menyebabkan lebih banyak LDL dan sel darah putih masuk ke endotel dan membentuk plak sehingga terjadi penyumbatan pembuluh darah. Merokok dalam rokok terdapat zat nikotin dan monoksida yang mengandung fibrinogen, peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, yang menyebabkan gangguan aliran darah. Diabetes militus terjadi karena adanya hiperglikemia yang menyebabkan osmotik diareus sehingga terjadi dehidrasi dan peningkatan viskositas darah sehingga pembuluh darah menjadi kaku dan terjadi ruptur yang menyebabkan pembentukan plak. Hiperkolesterol terjadi penurunan jumlah HDL dan LDL yang berlebih akan mengakibatkan lemak menumpuk pada pembuluh darah sehingga

terjadinya pembentukan plak. Dari faktor predisposisi dan presipitasi dapat menyebabkan arterosklerosis sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah, yang mengakibatkan penurunah suplai darah ke otak menurun. Salah satu penyakit yang menyebabkan penurunan suplai darah ke otak yaitu penyakit jantungg yang menyebabkan stianosis mitral dan pembendungan darah pada daerah atrium sehingga terbentuknya trombus dan emboli terlepas ke sirkulasi darah otak yang menyebabkan penyumbatan pada arteri otak yang menyebabkan iskemik sehingga terjadi Non Hemoragik Stroke.Pada kasus, faktor yang menyebabkan Tn.”K” mengalami stroke yaitu pada faktor predisposisi jenis kelamin dan usia, kemudian pada faktor presipitasi yaitu hipertensi. Dimana usia Tn.”K” 74 tahun dan hipertensi sudah dialami sejak 6 tahun yang lalu. Hal -hal tersebut mengakibatkan gangguan kelenturan dinding pembuluh darah karena sumbatan atherosklerosis pada pembuluh darah maka dapat menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen sehingga terjadinya iskemin dan infark kemudian menyebebkan stroke.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus Tn “K” penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan yang mengacu pada, yaitu (SDKI, 2020) :

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d penurunan kesadaran. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum berat, tampak lemah, GCS 8 (M4V2E2) , refleks pupil isokor (2mm), refleks fisiologis bicep, tricep, patella, achiles negatif, refleks patologis babinski kanan dan kiri positif. Hasil CT-Scan kepala di dapatkan infark cerebri bilateral kanan lebih luas.
b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala terdengar suara napas tambahan

ronchi, dan tampak pasien tidak dapat mengeluarkan sputum, hasil foto thorax gambaran Pneumonia.

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, tampak tidak dapat menggerakkan kaki saat diberikan rangsangan nyeri, dan segala aktivitas pasien dibantu total oleh keluarga dan perawat.Terdapat kesenjangan antara diagnosis keperawatan secara teori dan diagnosis keperawatan berdasarkan kasus. Dimana secara teori ada beberapa diagnosis yang tidak diangkat penulis pada kasus ini yaitu diagnosa Penurunan kapasitas adaptif intrakranial karena tidak ada tanda peningkatan tekanan intrakranial. gangguan menelan karena pada pasien menggunakan selang NGT yang artinya sudah ditangani secara klinis. kemudian ada diagnosis gangguan komunikasi verbal karena status kesehatan pasien yang tidak memungkinkan untuk dilakukan intervensi sesuai diagnosis tersebet. kemudian diagnose berikutnya yaitu yaitu risiko jatuh karena pasien dalam kondisi tirah baring total dan lingkungan sudah dimodifikasi dan terkontrol.
d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dnegan kulit teraba hangat, suhu tubuh diatas normal. Penulis mengangkat diagnose ini karena didapatkan tanda dan gejala tubuh pasien teraba hangat, dan tampak bibir pasien kering, S : 38,2°C. Demam dapat memperburuk kondisi metabolik pasien terutama pada pasien dengan gangguan neurologis dan infeksi. Data yang ditemukan pada pasien suhu tubuh 38,2°C, kondisi ini kemungkinan disebabkan oleh adanya infeksi didukung dengan adanya hasil foto thorax dengan kesan pneumonia bilateral yang juga memicu respon inflamasi sistemik. Intervensi

diperlukan untuk menurunkan suhu tubuh, meningkatkan kenyamanan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosis perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien (SIKI, 2020).

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 6 intervensi yaitu: monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP, monitor intake dan output cairan, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi *head-up 30°*, jelaskan kepada keluarga tujuan pengaturan posisi *head-up 30°* pada pasien.
b. Bersihan jalan napas tidak efektif. Pada diagnosa ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: Monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen, berian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik*, jika perlu*.
c. Gangguan mobilitas fisik. Pada diagnosa ini penulis membuat intervensi yaitu: identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi melakukan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Kekuatan otot cukup meningkat, Rentang gerak (ROM) cukup meningkat Kaku sendi cukup menurun.
d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan kulit teraba hangat, suhu tubuh diatas normal. Pada diagnosis ini penulis menyusun intervensi yaitu: monitor suhu

tubuh, menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan atau lepaskan pakaian pasien, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit dan kolaborasi pemberian antipiretik.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Tn.”K” penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi kepeawatan. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari, pada hari pertama dilakukan pemberian oksigen menggunakan NRM 15liter/menit untuk menangani sesak yang dirasakan oleh pasien, kemudian pasien diberikan posisi *head-up* 30°, penulis juga melakukan kolaborasi pemberian obat citicoline 500gr, paracetamol 100ml, dexametasone 5mg, dan ketorolac 30mg. Pada hari pertama implementasi, penulis juga melakukan intervensi penghisapan lendir pada pasien untuk menangani gangguan pada bersihan jalan napas pasien. Setelah dilakukan implementasi hari pertama kondisi pasien masih mengalami penurunan kesadaran namun SPO_2 pasien membaik. Pada hari kedua implementasi penulis melakukan tindakan monitor tanda peningkatan TIK pada pasien, menurunkan kadar saturasi NRM yg diberikan pada pasien dari 15 liter/menit menjadi 10 liter/menit dikarenakan SPO_2 pasien sudah membaik yaitu 98%. Penulis juga melakukan kolaborasi pemberian obat, dan memonitor tingkat kesadaran pasien dan didapatkan bahwa kesadaran pasien sudah membaik dibanding hari sebelum dimana pada hari pertama GCS 8 dan hari kedua GCS pasien sudah 13. Pada hari ketiga penulis melakukan intervensi pemantauan tanda-tanda vital pasien dan didapatkan TTV pasien dihari ketiga sudah lebih baik, penulis juga mengganti NRM yang digunakan pasien menggunakan nasal kanul 5 liter/menit karena SPO_2 pasien sudah membaik dan tampak sesak pada pasien sudah membaik. Saat penulis melakukan pemantauan tingkat kesadaran pada pasien tampak pasien sudah sadar penuh dan

didapatkan GCS 15, pasien juga tampak sudah bisa sedikit menggerakkan tangan kanannya. Kolaborasi pemberian obat dilakukan namun pemberian paracetamol diberhentikan karena tampak hari ketiga demam yang dialami pasien sudah turun dengan suhu 36°C.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 15 mei sampai 17 Mei pada pasien Tn.”K” merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x8 jam:

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran. Pada perawatan hari ketiga sudah teratasi sebagian. dibuktikan dengan GCS = 15 (M6V5E4), pasien juga tampak masih terbaring lemah tetapi sudah bisa diajak berbicara dan mampu mengikuti perintah.
b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Pada perawatan hari ketiga teratasi sebagian. Karena tampak pasien masih sedikit sesak, masih terdengar suara napas tambahan ronchi, dan tampak pasien sudah mulai bisa mengeluarkan sputum.
c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskuear. Perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian. Karena tampak pasien tampak sudah mulai menggerakkan tangan dan mengangkat kaki sebelah kanan saat diberikan perintah dan rangsangan nyeri, dan tampak seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan di tempat tidur dengan bantuan penuh dari keluarga dan perawat.
d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dnegan kulit teraba hangat dan suhu tubuh diatas normal. Pada perawatan hari ketiga tampak termoregulasi sudah membaik

karena tampak kulit pasien sudah tidak hangat dan suhu tubuh pasien sudah normal (S: 36°C)

B. Pembahasan Penerapan EBN (Pada Tindakan Keperawatan)

P : Pasien non hemoragik stroke (NHS) yang mengalami gangguan hemodinamik

I : *Head up* 30°

C : Tidak ada intervensi pembanding yang dilakukan pada pasien

O : Meningkatnya status hemodinamik

T : Tahun 2020-2021

Pertanyaan : Apakah elevasi kepala 30° efektif untuk menigkatkan status hemodinamik pasien non hemoragik stroke ?

1. Judul EBN: Efektivitas posisi *head-up* 30^{O} untuk meningkatkan perfusi jaringan otak pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS).

2. Diagnosis Keperawatan: Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d penurunan kesadaran.

3. Luaran yang diharapkan : Perfusi serebral membaik (tingkat kesadaran cukup meningkat)

4. Intervensi prioritas : Manajemen peningkatan intra karnial.

5. Pembahasan Tindakan Keperawatan pada EBN:

a. Pengertian Tindakan:

Elevasi *head-up* 30^{o} merupakan suatu cara untuk menjaga kestabilan perfusi jaringan serebral. Elevasi kepala merupakan suatu keadaan kepala dengan posisi 30^{o} dari posisi normal dan ekstermitas sejajar dengan tubuh (Wahidin & Supraptini, 2020).

b. Tujuan/Rasional EBM:

Pada pasien stroke suplai oksigen ke otak berkurang karena adanya kerusakan pada otak sehingga perlu mendapatkan bantuan secepat mungkin. Posisi elevasi kepala 30° pada pasien stroke bertujuan untuk menurunkan TIK, memperbaiki

kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

c. PICOT EBM (Problem, Intervension, Comparison, Outcome, Time)

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
JUDUL	Efektifitas penerapan Elevasi Kepala Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak pada Pasien Stroke	Pengaruh elevasi kepala pada klien stroke terhadap tekanan rata-rata arterial, tekanan darah dan tekanan intrakranial di Rumah Sakit Margono Soekarjo Purwokerto tahun 2021	Pengaruh elevasi kepala 30° terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke di Ruang Interna 1 di RSUD Dr. R. Soedarsono Pasuruan.
PROBLEM	Stroke adalah penyakit serebral yang menyerang otak dikarenakan kurangnya oksigen yang di angkut darah ke otak,yang di sebabkan karena adanya sumbatan di pembuluh darah ke otak, ditandai dengan hipoksia, gangguan kualitas tidur dan penyebab kecacatan secara global	Peningkatan intrakranial akan menyebabkan herniasi kea rah batang otak sehingga mengakibatkan gangguan pusat pengaturan organ vital, gangguan pernapasan, hemodinamik, kardiovaskuler, dan kesadaran	Saat terjadi stroke makan aliran darah ke serebral menjadi tidak adekuat atau terganggu. yang menyebabkan ketidakseimbangan suplai oksigen di otak, dan metabolisme dalam otak akan mengalami gangguan. dapat mengakibatkan hipoksia jaringan, aliran darah yang tidak lancer pada pasien stroke mengakibatkan gangguan

			hemodinamik termasuk saturasi oksigen.
INTERVENSION	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu pemberian posisi elevasi kepala 30 derajat dengan menaikan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit.	Intervensi yang dilakukan pada penelitian ini adalah mengatur posisi elevasi kepala 30 derajat terhadap tekanan rata-rata arterial, tekanan darah dan tekanan intrakranial pada pasien stroke.	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pemberian elevasi kepala 30 derajat dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mana pengaturan posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak serta dapat memfasilitasi peningkatan
COMPARASION	Hai ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sands et al. (2020) menyatakan bahwa posisi elevasi kepala 0 derajat dan 15 derajat bisa digunakan dalam perbaikan Spo2 dalam tubuh tetapi posisi elevasi 30 derajat lebih efektif dalam mengurangi tekanan intrakranial dan meningkatkan	Hal ini sejalan dengan penelitian Lim & Wong (2020) bahwa posisi elevasi kepala 30° lebih efektif untuk mengurangi TIK dan memonitor efek tekanan perfusi serebral pada pasien stroke.	Penelitian eksperimen dengan membandingkan hasil intervensi menggunakan kelompok control

	saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi serebral. Hasil penelitian Mustikarani & Mustofa (2020), menunjukan bahwa posisi head-up 30 derajat, dapat mempengaruhi peningkatan nilai saturasi oksigen, namun lebih menganjurkan posisi 30 derajat dalam praktik evidence based practice nursing. Dengan demikian rujukan tindakan keperawatan dalam menurunkan TIK dan meningkatkan oksigen ke otak pada pasien stroke adalah menggunakan elavasi kepala 30 derajat		
OUTCOME	Hasil penelitian ini menunjukan bahwa pemberian elevasi kepala 30°lebih efektif dapat mengurangi tekanan	Hasil penelitian ini menunjukan bahwa elevasi kepala\ 30° dapat	Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen setelah intervensi

	intrakranial, meningkatkan saturasi oksigen dan memperbaiki perfusi serebral pada pasien stroke	memperbaiki tekanan rata-rata arterial, menurunka tekanan perfusi serebral ke otak pada pasien stroke.	(sebelum pemberian posisi 97.07% dan setelah pemberian posisi 98.33%).
TIME	Penelitian ini dilakukan pada desember 2021	Penelitian ini didapatkan pada bulan agustus-november 2020 di ruang IGD Asoka, Dahlia RSMS Purwokerto.	Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2020

6. Kesimpulan PICOT

   Dari hasil Analisa ketiga jurnal mengenai pemberian intervensi posisi elevasi 30° pada pasien stroke didapatkan bahwa pemberian terapi elevasi 30° lebih efektif untuk dapat menurangi tekanan intrakranial, meningkatkan saturasi oksigen dan memperbaiki perfusi serebral pada pasien stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian Lim & Wong (2020) bahwa posisi elevasi 30° lebih efektif untuk mengurangi TIK dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) menggunakan pendekatan proses keperawatan: pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi, maka didapatkan kesimpulan secara umum yaitu :

1. Pengkajian : dari hasil yang didapatkan pada Tn “K” (74tahun), faktor yang mendukung terjadinya NHS adalah komplikasi dari penyakit primer kronis yang dialami oleh pasien yaitu faktor usia, jenis kelamin dan faktor predisposisi pasien yang memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 6 tahun yang lalu.
2. Diagnosis yang ditemukan pada Tn “K” adalah risiko perfusi jaringan serebral ditandai dengan penurunan kesadaran., bersihal jalan napas berhubungan dengan adanya sumbatan jalan napas. dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.
3. Pada rencana tindakan keperawatan adalah rencana tindakan yang dibuat berdasarkan dari diagnosis keperawatan yang telah dibuat.
4. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke berdasarkan *Evidance Based Nursing* (EBN) tentang posisi *head-up* 30° dimana posisi ini dilakukan dengan cara menaikkan kepala tempat tidur 30° dengan posisi kaki flat 0° atau bisa menggunakan ekstra bantal untuk membantu meningkatkan saturasi oksigen pasien.
5. Pada tahan evaluasi, penulis menemukan bahwa kasus Non Hemorragik Stroke (NHS) dengan resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif ditandai dengan penurunan kesadaran, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan,

gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.

B. Saran

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

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

2. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga dapat merawat, mencegah serta melakukan penanganan penyakit *Non Hemoragic Stroke* (NHS) dan pasien dapat membangun tekad, dapat lebih memotivasi diri untuk kembali sehat dan menyikapi kondisi sakit dengan optimis.

3. Bagi Penulis

Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang selama ini didapatkan selama pendidikan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS).

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan Karya Ilmiah ini dapat memberikan wawasan lebih luas dan acuan bagi peserta didik dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS) melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan di bidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik di bidang pendidikan maupun praktik keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Faridah, A. A., Noor Istiqomah, I., Kurnianto, S., & Khovifah, N. (2022). The effectiveness of range of motion (ROM) on increasing muscle strength in stroke patients: Literature review. *Nursing and health sciences journal (NHSJ)*, *2*(2), 137–142. https://doi.org/10.53713/nhs.v2i2.118

Farikesit, I. A., Kurniawan, V. E., Sholikhah, D. U., Puspita, S., Studi, P., Keperawatan, S., Tinggi, S., Kesehatan, I., Jombang, H., & Studi, P. (2023). Asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan penerapan latihan rom aktif cylindrical grip terhadap kelemahan otot ekstremitas atas dengan masalah gangguan imobilitas fisik di ruang lantai 6 rumah sakit husada utama surabaya. *Jurnal informasi ilmu kesehatan*, *7*(2), 70–79.

Fiatun, F. D., I Komang Widarma Atmaja, & Ni Luh Kompiang Ariani. (2024). Implementation of the ventilator associated pneumonia bundle in the intensive care unit. *Nursing and health sciences journal (NHSJ)*, *4*(3), 269–273. https://doi.org/10.53713/nhsj.v4i3.379

Hutagalung, S. (2021). *Mengenal stroke serta karakteristik penderita stroke hemoragik dan non hemoragik*. Nusamedia. https://books.google.co.id/books?id=kqNsEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. S. (2022). Asuhan keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik (SNH). *Journal of management nursing*, *2*(1), 168–172. https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.74

Muhammad Aldo Aditama, & Ummu Muntamah. (2024). Pengelolaan gangguan mobilitas fisik pada pasien hemiparesis dengan stroke non hemoragik. *Jurnal keperawatan berbudaya sehat*, *2*(1), 7–14. https://doi.org/10.35473/jkbs.v2i1.2444

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.

Permatasari, N. (2020). Perbandingan stroke non hemoragik dengan gangguan motorik pasien memiliki faktor resiko diabetes melitus dan hipertensi. *Jurnal ilmiah kesehatan sandi husada*, *11*(1), 298–304. https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.273

Riset kesehatan dasar (Riskesdas). (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *lembaga penerbit Balitbangkes* (p. hal 156). https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf

Rohmawati, N., & Murtaqib, M. (2022). Kombinasi terapi relaksasi benson dan posisi head-up 30 derajat untuk penanganan nausea pada stroke iskemik: Studi kasus. *Jurnal keperawatan klinis dan komunitas (clinical and community nursing journal)*, *6*(3), 183. https://doi.org/10.22146/jkkk.77216

Sahrani, A. S., Sukmaningtyas, W., & Khasanah, S. (2023). Asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan stroke non hemoragik di wilayah Puskesmas Sumbang Banyumas. *Journal of Management Nursing*, *2*(2), 211–215. https://doi.org/10.53801/jmn.v2i2.97

Stroke Association, A. (2018). Explaining stroke. *National stroke sssociation*, 43.

WHO. (2022). World health statistics 2022 (Monitoring health of the SDGs). In *Monitoring health of the SDGs*. http://apps.who.int/bookorders.

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Jesicha Lourensia Noptin (NS2414901074)
2. Jessica Ratu Sa'pang (NS2414901075)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Fransiska Anita E.R.S.,Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,PhDNS

Judul" Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragic Stroke (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Hari/tanggal	Materi Konsul	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa	
			I	II
09 Juni 2025	Konsul BAB 1 dan II, perbaiki penulisan			
09 Juni 2025	Revisi Bab II dan III			
10 Juni 2025	Konsul BAB I dan II, dan ACC			

Lampiran 1

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Jesicha Lourensia Noptin (NS2414901074)
2. Jessica Ratu Sa'pang (NS2414901075)

Program : Profesi Ners

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

Judul" Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragic Stroke (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Hari/tanggal	Materi Konsul	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa	
			I	II
16 mei 2025	Lapor Kasus KIA			
22 mei 2025	Konsul Askep			
23 mei 2025	Konsul Askep			

28 mei 20205	Konsul Bab III dan Bab IV			
2 juni 2025	Revisi Bab III sampai V			
5 juni 2025	Revisi pengkajian dan ada sedikit tambahan			
10 juni 2025	Revisi dan ACC			

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Diri

Nama	: Jesicha Lourensia Noptin
Tempat/Tanggal lahir	: Tana Toraja, 18 Mei 2002
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Pelita Raya Tengah

II. Identitas Orang Tua

Nama orang tua	: Noviarni Te'dang / Aris Pongbanne
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: PNS/Wirasuasta
Alamat	: Batupapan, Makale Tana Toraja

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Pertiwi Batupapan	: 2007-2008
SDN Tapparan II Rantetayo	: 2008-2014
SMP Kristen Makale	: 2014-2017
SMA Negeri I Tana Toraja	: 2017-2020
STIK Stella Maris Makassar	: 2020-2025

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Diri

Nama	: Jessica Ratu Sa'pang
Tempat/Tanggal lahir	: Makassar, 11 November 2002
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln. Rajawali 5

II. Identitas Orang Tua

Nama orang tua	: Lukas Peri Sa'pang / Edhita Rassi
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: PNS/IRT
Alamat	: Agri Baras, Mamuju Utara

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Widya Teknologi Lestari	: 2007-2008
SDN 018 Bulili	: 2008-2014

SMP FRATER MAKASSAR	: 2014-2017
SMA KATOLIK CENDRAWASI MAKASSAR	: 2017-2020
STIK STELLA MARIS MAKASSAR	: 2020-2025