KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

YOSERFUS NONG VENI (NS2314901126)
YUGSI SANGSKSOP BISA (NS2314901127)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
2024

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON HEMORAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

YOSERFUS NONG VENI (NS2314901126)
YUGSI SANGSKSOP BISA (NS2314901127)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
2024

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

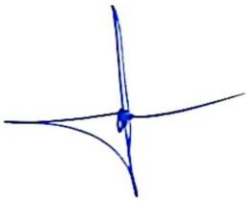
1. Yoserfus Nong Veni (NS2314901126)
2. Yugsi Sangsksop Bisa (N2314901126)

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, 10 Juni 2024

yang menyatakan,



Yoserfus Nong Veni



Yugsi Sangsksop Bisa

CS Dipindai dengan CamScanner

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS) di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Stella Maris Makassar " telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Yoserfus Nong Veni / NS2314901126
2. Yugsi Sangsksop Bisa / NS2314901127

Disetujui oleh

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep)	(Asrijal Bakri,s.,M.Kes)
NIDN:0927038903	NIDN:0918087701

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar

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

Dipindai dengan CamScanner

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ini ini diajukan oleh:

Nama	: 1. Yoserfus Nong Veni (NS2314901126)
	2. Yugsi Sangsksop Bisa (NS2314901127)
Program studi	: Profesi Ners
Judul KIA	: Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS) di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) 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	: Asrijal Bakri,Ns.,M.Kes	( )
Penguji 1	: Serlina Sandi,Ns.,M.Kep.,PhDNS	( )
Penguji 2	: Euis Dedeh Komariah,Ns.,MSN	( )

Ditetapkan di : **Makassar**
Tanggal : **10 Juni 2024**

Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

CS Dipindai dengan CamScanner

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Yoserfus Nong Veni (NS2314901126)

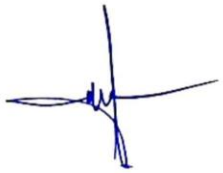
Yugsi Sangsksop Bisa (NS2314901127)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2024

Yang menyatakan



Yoserfus Nong Veni



Yugsi Sangsksop Bisa

CS Dipindai dengan CamScanner

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn"B" dengan Non Hemoragic Stroke (NHS) Di Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

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

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat kekurangan, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar dapat membantu penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir ini. Dalam penulisan karya Ilmiah Akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual serta pengarahan, bimbingan dari berbagai pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini perkenankan penulis secara khusus mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E. R. Sa'pang, Ns.,M.kep.Sp.Kep.MB selaku wakil Ketua Bidang Akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi.

5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Nikodemus Sili Beda,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah membagi waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir di STIK Stella Maris Makassar.
7. Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah membagi waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir di STIK Stella Maris Makassar.
8. Serlina Sandi,Ns.,M.Kep.,PhDNS selaku dosen penguji I dan Euis Dedeh Komariah,Ns.,MSN selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
11. Teristimewa untuk ibu tercinta dari Yoserfus Nong Veni (Yuvita) dan kedua orangtua tercinta dari Yugsi Sangsksop Bisa (Yunus Bisa dan Rosmita Lolo), suami (Resa), anak (Kaelani) serta semua keluarga dan sahabat yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.

12. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2023 yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung.

Akhir Kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini mberikan manfaat bagi pembaca. Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca untuk membantu penyemburnaan Karya Ilmiah Akhir Ini.

Makassar, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL i
HALAMAN JUDUL ii
PERNYATAAN ORISINALITAS iii
HALAMAN PERSETUJUAN iv
KARYA ILMIAH AKHIR iv
HALAMAN PENGESAHAN v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI vi
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI x
DAFTAR LAMPIRAN xii
DAFTAR GAMBAR xiii
DAFTAR TABEL xiv
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
1. Tujuan Umum 3
2. Tujuan Khusus 3
C. Manfaat Penulisan 4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit 4
2. Bagi Profesi Keperawatan 4
3. Bagi Institusi Pendidikan 4
D. Metode Penulisan 4
1. Studi Kepustakaan 4
2. Studi Kasus 5
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS 7
A. Konsep Dasar Medik 7
1. Pengertian Stroke 7
2. Anatomi Fisiologi 8
3. Etiologi 11
4. Klasifikasi 16

5. Patofisiologi 16
6. Manifestasi Klinis 17
7. Pemeriksaan Penunjang 18
8. Penatalaksanaan 19
9. Komplikasi 20
B. Konsep Dasar Keperawatan 20
1. Pengkajian 20
2. Diagnosa Keperawatan 26
3. Perencanaan Keperawatan 27
4. Discharge Planning 34
BAB III PENGAMATAN KASUS 42
A. Ilustrasi Kasus 42
B. Identitas Pasien 43
C. Pengkajian 43
D. Analisis Data 53
E. Diagnosis Keperawatan 55
F. Rencana keperawatan 56
G. Pelaksanaan Keperawatan 59
H. Evaluasi Keperawatan 62
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 67
A. Pembahasan Askep 67
B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* 72
BAB V SIMPULAN DAN SARAN 79
A. Simpulan 79
B. Saran 81
DAFTAR PUSTAKA 83

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul Karya Ilmiah Akhir

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak 8

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data 46
Tabel 3.1 Diagnosa Keperawatan..... 48
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan 49
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan..... 52
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan 55

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh darah otak, cedera dapat disebabkan oleh sumbatan dan penyempitan, menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai, menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak,gangguan bicara, proses pikir, daya ingat dan dapat menyebabkan kematian (Dr. Fery Mendrofa, 2020). Data yang diperoleh dari World Health Organization (WHO) mengungkapkan stroke adalah penyebab utama kecacatan di seluruh dunia dan penyebab kematian kedua, terdapat lebih dari 13,7 juta pasien stroke setiap tahun (WHO, 2022).

Prevalensi stroke menurut data World Stroke Organization menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah. Prevalensi stroke pada tahun 2018 di Indonesia sebanyak 10,9 per mil. Prevalensi penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya umur dengan kasus tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (50,2%) dan terendah pada kelompok umur 15-24 tahun (0,6%). Dengan perkiraan 35.000 pasien Stroke, Sulawesi Selatan menduduki peringkat ke-17 (KEMENKES, 2018). Berdasarkan data yang didapatkan pasien stroke di rumah sakit Stella Maris pada tahun 2023 terdapat 477 kasus, dimana kasus tersebut lebih sering terjadi pada perempuan sebanyak 272 orang dan laki-laki 202 orang. Pasien meninggal sebanyak 40 kasus dan dinyatakan boleh berobat jalan sambil menjalani terapi berobat jalan di poli sebanyak 437 orang.

Penanganan dan perawatan pada pasien stroke untuk tahap pemulihan terbagi atas 3 fase yaitu fase akut, subakut, dan rehabilitasi. Fase akut dilakukan pada saat perawatan dirumah sakit. Fase akut terjadi 2 minggu pertama pasca serangan stroke, pada fase ini pasien mendapat perawatan khusus dirumah sakit. Fase subakut terjadi 2 minggu sampai 6 bulan pasca stroke, pada fase ini pasien diperbolehkan untuk pulang. Sementara untuk fase rehabilitasi berlangsung diatas 6 bulan pasca stroke.Penyembuhan pada pasien non hemoragik stroke membutuhkan waktu yang sangat lama, dalam masa penyembuhan diperlukan keterlibatan peran perawat, dukungan dari keluarga, serta biaya pengobatan yang cukup besar (Mazidah et al. 2019).

Banyaknya kejadian stroke yang terjadi mengharuskan perawat memberikan penanganan yang komprehensif terhadap pasien stroke,salah satu bentuk penaganan yang dapat diberikan yaitu pemberian asuhan keperawatan. Perawat perlu memberikan pelayanan keperawatan melalui proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Salah satu masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan non hemoragik stroke adalah perfusi serebral tidak efektif dimana jika tidak segera ditangani dengan baik dapat menyebabkan kematian.Wibowo et al. (2021). Dalam hal ini pemberian implementasi untuk pasien non hemoragik stroke tidak hanya melalui pemberian obat-obatan namun, perawat juga perlu memberikan intervensi yang dapat membantu untuk meningkatkan tingkat kesehatan pada pasien stroke salah satu intevensi yang telah diuji kebenarannya dan sangat bermanfaat untuk pasien non hemoragik stroke adalah posisi elevasi kepala 30°, sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Mustikarani et al.(2020) tentang pemberian elevasi kepala 30° pada pasien dengan stroke non hemoragik didapatkan kenaikan saturasi sebelum dan setelah diberikan posisi elevasi kepala.

Berdasarkan uraian di atas maka penyakit stroke merupakan kasus yang perlu mendapat perhatian khusus karena angka kecacatan, angka kematian serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan semakin tinggi. Hal ini menjadi masalah bagi kita semua terutama di dunia keperawatan sehingga masalah ini harus segera ditangani dengan serius. Dalam mengatasi berbagai masalah yang timbul pada pasien stroke, peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif yang meliputi: promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Berdasarkan data tersebut maka penulis tertarik untuk membuat karya ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn "B" dengan *Non Hemoragic Stroke* (NHS*)* di Ruang Instalasi Gawat Darurat IGD) Rumah Sakit Stella Maris Makassar" dengan harapan mampu menerapkan asuhan keperawatan yang efektif dan berkualitas.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di rumah sakit pada pasien NHS.

2. Tujuan Khusus

   a. Melaksanakan pengkajian pada pasien Tn. B dengan *NHS*
   b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan .
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan NHS dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN).
   d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan NHS.

e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan NHS di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi petugas kesehatan khususnya perawat, agar dapat menjalankan tugas khususnya dalam meberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan NHS.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Karya tulis ini dapat menjadi tambahan ilmu bagi perawat dalam merawat pasien secara menyeluruh yang mengalami perubahan fungsi fisiologis akibat serangan stroke dan menjadi petunjuk bagi perawat dalam menegakkan diagnosis kasus sehingga perawat bisa melakukan tindakan yang sesuai kepada pasien.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Karya tulis ini dapat menjadi acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien NHS.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus.

1. Studi Kepustakaan

   Mengambil beberapa literatur sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir mengenai NHS .

2. Studi Kasus

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

a. Wawancara

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

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

c. Diskusi

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

d. Dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana disetiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain:

1. Bab I Pendahuluan

Dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan yang terbagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus, manfaat penulisan secara khusus bagi instansi pendidikan, profesi keperawatan dan institusi pendidikan, metode penulisan dan sistematikan penulisan.

2. Bab II Tinjauan Pustaka

   Pada bab ini menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan karya ilmiah ini yaitu konsep dasar medik yang meliputi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi dan patoflowdiagram, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik serta komplikasi yang dapat terjadi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan sesuai SLKI dan perencanaan pulang (*discharge planning*).

3. Bab III Pengamatan Kasus

   Bab ini menguraikan tentang ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

4. Bab IV Pembahasan Kasus

   Pada bab ini menguraikan tentang laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek keperawatan, serta pembahasan penerapan EBN pada tindakan keperawatan.

5. Bab V Simpulan dan Saran

   Bab ini membahasan tentang kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian Stroke

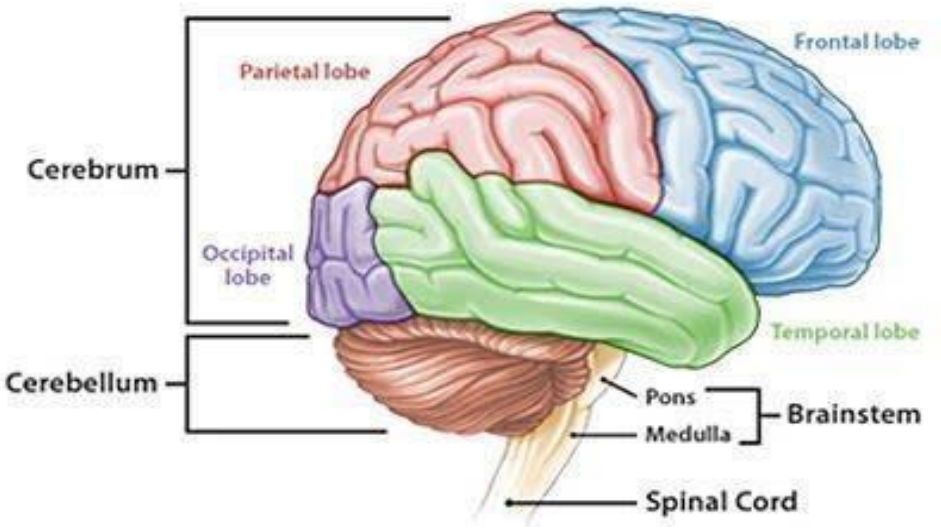
Stroke non hemoragik atau infark adalah cidera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan trombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak dan tempat lain tubuh. Hal ini mengakibatkan gangguan sirkulasi atau peredaran darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan tanda dan gejala pada seseorang yang terkena stroke hemoragik (Mauliddiyah et al. 2022).

Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh trombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang di suplai. Sehingga, kematian sel atau jaringan otak ini menyebabkan sel-sel otak didaerah tersebut tidak dapat berfungsi lagi atau mengalami penurunan fungsi (Wahyuni et al. 2023).

Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Nurul, 2024).

Berdasarkan definisi tersebut penulis dapat menyimpulkan bahwa stroke non hemoragik adalah penyumbatan pembuluh darah diotak yang terjadi akibat adanya emboli dan thrombus yang dapat menimbulkan gangguan sirkulasi atau peradaran darah otak sehingga dapat menyebabkan suplai glukosa dan oksigen keotak berkurang.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Otak

(Sumber : Nggebu, 2019)

a. Otak

Otak terletak dalam rongga cranium yang terdiri atas semua bagian Sistem Saraf Pusat (SSP) diatas korda spinalis. Secara anatomis terdiri dari serebrum, serebelum, brainstem, dan sistem limbik. Otak merupakan organ yang mudah beradaptasi meskipun neuron-neuron diotak tidak mengalami regenerasi, kemampuan adaptasi atau plastisitas pada otak dalam situasi tertentu bagian-bagian otak mengambil alih fungsi bagian-bagian yang rusak otak belajar kemampuan baru, dan ini merupakan mekanisme paling penting dalam pemulihan stroke (Muntizari ,2021).

Secara garis besar sistem saraf dibagi menjadi dua, yaitu Sistem Saraf Pusat (SSP) dan Sistem Saraf Tepi (SST). SSP terbentuk oleh otak dan medulla spinalis. Sistem saraf diisi luar SSP disebut sistem saraf tepi. Fungsi SST adalah menghantarkan informasi bolak-balik antara SSP dengan bagian tubuh lainnya.

Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf dengan komponen sebagai berikut:

1) Serebrum
   a. Lobus frontalis

      Lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak, bicara, pusat penghidu, dan emosi.
   b. Lobus temporalis

      Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat, verbal, visual, pendengaran,dan berperan dalam pembentukan dan perkembangan emosi
   c. Lobus parientalis

      Lobus parientalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik untuk meraba dan pendengaran.
   d. Lobus oksipitalis

      Lobus oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan, memproses rangsangan penglihatan dari nervus optikus, dan memproses informasi saraf lain dan memori
   e. Lobus limbik

      Lobus limbik berfungsi mengatur emosi manusia, memori emosi.
2) Serebelum

   Serebelum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan dan memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somatosensory yang diterima, inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkat output.

3) Brainstem

Berfungsi mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Brainstem berhubungan dengan diensefalon diatasnya batang otak, dan medulla spinalis dibawahnya.

b. Fisiologi Peredaran Darah di Otak

Darah mengangkut zat asam, makanan, dan substansi lainnya yang diperlukan bagi fungsi jaringan hidup yang baik. Kebutuhan otak sangat mendesak dan vital, sehingga aliran darah yang konstan harus terus dipertahankan. Suplai darah arteri keotak merupakan salah satu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang, berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel.

1) Peredaran Darah Arteri

Suplai darah di jamin oleh dua pasang arteri yaitu arteri vetebralis dan arteri akrotis interna yang bercabang dan beranastomosis membentuk sirkulasi willisi. Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri komunis yang berakhir pada arteri serebri anterior dan arteri medial. Didekat akhir arteri karotis interna, dari pembuluh darah ini keluar arteri komunikan posterior yang bersatu kearah kaudal dengan arteri serebri posterior. Arteri serebri anterior saling berhubungan melalui arteri komunikan anterior. Arteri vetebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Arteri subklavia kanan merupakan cabang dari arteria inomitana, sedangkan arteri subklavia kiri merupakan cabang langsung dari aorta. Arteri vetebralis memasuki tengkorak melalui foramen magnum setinggi perbatan pons dan medulla oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris.

2) Peredaran Darah Vena

Aliran darah vena dari otak terutama ke dalam sinus-sinus durameter, suatu saluran pembuluh darah yang terdapat didalam struktur durameter. Sinus-sinus durameter tidak mempunyai katub dan sebagian besar berbentuk triangular. Sebagian besar vena korteks superfisial mengalir kedalam sinus longitudinalis superior yang berda di medial,dua buah vena korteks yang utama adalah vena anastomotika magna yang mengalir ke dalam sinus longitudinalis superior dan vena anastomotika parva yang mengalir kedalam sinus transversus. Vena-vena serebri profunda memperoleh aliran darah dari basal ganglia.

3. Etiologi

Stroke non hemoragik yang terjadi akibat emboli atau trombus di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Obstruksi dapat disebabkan oleh bekuan (trombus) yang terbentuk didalam pembuluh darah otak. Terdapat beragam penyebab stroke non hemoragik termasuk aterosklerosis, arteritis, keadaan hiperkoagulasi dan penyakit jantung struktural. Penyebab lain stroke non hemoragik adalah vasospasme yang sering merupakan respons vaskuler reaktif terhadap perdarahan ke dalam ruang antara araknoid dan piameter meningen. Sebagian stroke hemoragik tidak menimbulkan nyeri, karena jaringan otak tidak peka terhadap nyeri. Namun, pembuluh darah besar dileher dan batang otak memiliki banyak reseptor nyeri sehingga cedera pada pembuluh-pembuluh darah ini saat serangan iskemik dapat menimbulkan nyeri kepala (Utomo 2022). Menurut Tawoto (Dalam Sarani 2021) hemoragik stroke dapat disebabkan oleh beberapa hal antara lain :

a. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi sering menyebabkan tejadinya gangguan fungsi dan struktur otak seseorang dengan mekanisme gangguan vaskular. Stroke karena hipertensi biasanya disebabkan oleh perubahan patologis pada pembuluh darah serebral dalam jaringan otak. Selain itu, hipertensi juga mengakibatkan gangguan kemampuan autoregulasi pembuluh darah otak dimana aliran darah ke otak akan lebih kecil di bandingkan seseorang yang memiliki tekanan darah normal. Pada beberapa penelitian menunjukkan bahwa adanya pengendalian terhadap kualitas tekanan darah akan menurunkan risiko stroke berulang. Pengendalian risiko stroke pada hipertensi dapat dilakukan dengan cara mengkomsumsi obat anti hipertensi secara patuh dan menghindari hal-hal yang memicu adanya peningkatan tekanan darah. Hipertensi menyebabkan peningkatan tekanan darah perifer sehingga menyebabkan gangguan pada sistem hemodinamik dan terjadilah penebalan pembuluh darah serta hipertrofi dari otot jantung, hal ini dapat diperburuk dengan kebiasaan merokok dan mengkomsumsi makanan tinggi lemak serta garam yang dapat menimbulkan plak aterosklerosis. Hipertensi yang menimbulkan plak aterosklerosis secara terus-menerus akan memicu timbulya stroke apabila tekanan darah meningkat cukup tinggi dan berlangsung lama sehingga menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral akibatnya diameter lumen pembuluh darah tersebut menjadi tetap, hal ini berbahaya, pembuluh darah serebral tidak dapat berdilatasi atau berkontaksi dengan leluasa untuk mengatasi fluktuasi dari tekanan darah sistemik.

2) Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar atau pembuluh darah otak dan jantung. Kadar glukosa darah yang tinggi akan menghambat aliran darah ke otak. Hiperglikemia dapat menurunkan sintesis protasiklin yang berfungsi melebarkan saluran arteri, meningkatkan pembentukan trombosis dan menyebabkan glikolisis protein pada dinding arteri. Diabetes melitus juga dapat menimbulkan perubahan pada sistem vaskular (pembuluh darah dan jantung). Diabetes melitus dapat mempercepat terjadinya ateroklerosis yang lebih berat sehingga penderita stroke lebih berisiko meninggal dunia. Pasien yang memiliki riwayat diabetes melitus dan menderita stroke mungkin diakibatkan karena diturunkan secara genetik dari keluarga dan diperparah pada pola hidup yang kurang sehat seperti banyak mengomsumsi makanan yang manis dan makanan yang siap saji yang tidak diimbangi dengan berolahraga secara teratur atau cenderung malas bergerak ditambah lagi kesibukan kerja yang menyebabkan yang menyebabkan seseorang kurang tidur dan stress berat.

3) Penyakit Jantung

Penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni penyakit jantung yang denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih cepat dibandingkan di bagian-bagian lain jantung. Ini menyababkan aliran darah menjadi tidak teratur dan secara insidentil terjadi pembentukan gumpala darah. Gumpalan-gumpalan ini yang kemudian dapat mencapai otak dan menyebabkan stroke.

4) Merokok

Seseorang perokok lebih rentan terhadap terjadinya stroke dibandingkan mereka yang bukan perokok. Hal tersebut disebabkan oleh zat nikotin yang terdapat di dalam rokok membuat kerja jantung dan frekuensi jantung serta tekanan darah meningkat. Nikotin juga mengurangi kelenturan arteri yang dapat menyebabkan aterosklerosis mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah menggumpal sehingga resiko terkena stroke non hemoragik.

5) Alkohol

Makin banyak komsumsi alkohol dapat menyebabkan penyakit hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga dapat terjadi emboli serebral.

6) Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan resiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertai. Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian khusus umumnya dialami oleh penderita obesitas.

7) Displidemia

Kadar kolesterol LDL (kolesterol jahat) dan kolesterol total yang tinggi mengakibatkan resiko stroke non hemoragik sampai dua kali lipat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg%. Setiap kenaikan kolesterol 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25% sedangkan kenaikan HDL (*High Density Lipoprotein*) 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan angka stroke setinggi 47%.

8) Stress

Stres yang bersifat konstan dan terus-menerus memengaruhi kerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memproduksi hormone adrenalin, tiroksin, dan kortisol sebagai hormone utama stress akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistem homeostatis. Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sistem saraf simpatis berpengaruh terhadap kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksin selain meningkatkan *Basal Metabolic Rate* (BMR) juga menaikkan denyut jantung inilah yang akan memperberat aterosklerosis. Stress dapat merangsang pelepasan hormon adrenalis dan memacu jantung untuk berdetak lebih cepat dan kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat.

b. Faktor Predisposisi

1) Usia

Stroke non hemoragik dapat menyerang siapa saja, semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terkena stroke non hemoragik. Penderita stroke lebih banyak terjadi pada usia diatas 50 tahun. Dimana pada usia tersebut semua organ tubuh termasuk pembuluh darah otak menjadi rapuh.

2) Riwayat keluarga

Sekian banyak stroke yang terjadi, sebagian besar penderita stroke memiliki faktor riwayat stroke dalam keluarganya. Keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan penanda aterosklerosis awal, yaitu proses terjadinya timbunan zat lemak di bawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke. Beberapa penelitian lain yang telah dilakukan mengesankan bahwa riwayat stroke non hemoragik dalam keluarga mencerminkan suatu hubungan antara faktor genetik dengan

tidak berfungsinya lapisan dinding pembuluh darah dalam arteri koronaria.

4. Klasifikasi

Menurut Lukman (2023), berdasarkan perjalanan klinis, stroke non hemoragik dikelompokkan menjadi:

a. RIND (*Reversible Ichemic Neurologic Deficit*)

Gejala neurologis pada pasien dengan stroke non hemoragik menghilang/membaik lebih dari 24 jam namun kurang dari 21 hari atau gangguan peredaran darah otak yang membaik lebih dari 24 jam disertai gejala-gejala yang sebelumnya ada pada pasien tersebut menjadi kurang atau bahkan menghilang.

b. Stroke In Evolution

Stroke yang sedang berjalan dan semakin parah dari waktu ke waktu dimana defisit neurologis bersifat fluktuatif, progresif kearah yang semakin memburuk biasanya disertai penyakit penyerta (DM, gangguan fungsi ginjal, gangguan fungsi jantung, dll)

c. Completed Stroke

Kelainan neurologis bersifat menetap dan tindak berkembang lagi.

5. Patofisiologi

Stroke non hemoragik dapat dibagi menjadi stroke pada pembuluh darah besar (termasuk sister arteri karotis) dan pembuluh darah kecil (termasuk sirukulasi willisi dan sirkulasi posterior). Tempat terjadinya trombosis yang paling sering adalah titik percabangan arteri serebral utamanya pada daerah distribusi dari arteri karotis interna. Adanya stenosis arteri dapat menyebabkan terjadinya turbulensi alirah darah. Energi yang diperlukan untuk menjalankan kegiatan neuronal berasal dari metabolisme glukosa

dan di simpan di otak dalam bentuk glukosa atau glikogen untuk persediaan pemakaian selama 1 menit. Bila tidak ada aliran darah lebih dari 30 detik gambaran EEG akan mendatar, bila lebih dari 2 menit aktifitas jaringan otak berhenti, bila lebih dari 5 menit maka kerusakan jaringan otak dimulai, dan bila lebih dari 9 menit manusia dapat meninggal. Bila aliran darah jaringan otak berhenti maka oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk pembentukan ATP akan menurun, akan terjadi penurunan Na+ K+ ATP, sehingga membrane potensial akan menurun. K+ berpindah ke ruang ekstraselular, sementara ion Na dan Ca berkumpul didalam sel.

Hal ini menyebabkan permukaan sel menjadi lebih negatif sehingga terjadi membrane depolarisasi. Saat awal depolarisasi membrane sel masih reversibel, tetapi bila menetap terjadi perubahan struktural ruang menyebabkan kematian jaringan otak. Keadaan ini terjadi segera apabila perfusi menurun dibawah ambang batas kematian jaringan, yaitu bila aliran darah berkurang hingga dibawah 10ml/100 gram/menit. Akibat kekurangan oksigen terjadi asidosis yang menyebabkan gangguan fungsi enzim-enzim, karena tingginya ion H. Selanjutnya asidosis menimbulkan edema serebral yang ditandai pembengkakan sel, dan berakibat terhadap mikrosirkulasi. Oleh karena itu, terjadi peningkatan resistensi vaskuler dan kemudian penurunan dari tekanan perfusi sehingga terjadi perluasan daerah iskemik (Syamsuddin et al. 2023).

6. Manifestasi Klinis

Berikut ini beberapa manifestasi klinis yang dapat terjadi di pasien stroke hemoragik

a. Kehilangan Motorik

Disfungsi motorik paling umum adalah paralisis pada salah satu sisi atau hemiplegia karena lesi pada sisi otak yang berlawanan (Syamsuddin et al. 2023).

b. Kehilangan Komunikasi

Menurut Puspitawati (2020) fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke non hemoragik adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

1) Disatria (kesulitan bicara).
2) Disfagia (kehilangan bicara).
3) Apraksia (ketidakmampuan melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.
4) Gangguan persepsi ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Murtiningsi (2019), pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke non hemoragik, yaitu:

a. Radiologi

1) CT-scan

Pemindaian yang memperlihatkan secara spesifik adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark pada stroke. Hasil pemeriksaan tersebut biasanya terdapat pemadatan di ventrikel kiri dan hiperdens lokal.

2) Elekroensefalogram (EEG)

Mengidentifikasi penyakit yang didasarkan pada pemeriksaan pada gelombang otak dan memungkinkan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik. Pada pasien stroke biasanya dapat menunjukkan apakah terdapat kejang yang menyerupai dengan gejala stroke.

3) Sinar X

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

b. Pemeriksaan darah

1) Hitung darah lengkap

Hitung darah lengkap digunakan untuk melihat penyebab stroke seperti trombositosis, trombositopenia, polisitemia, anemia.

2) Tes kimia darah

Tes ini digunakan untuk melihat kandunngan gula darah, kolesterol, asam urat,dll.

3) Tes koagulasi

Tes ini mengukur seberapa cepat bekuan darah.

8. Penatalaksanaan

Menurut Rahayu et al. (2023), penatalaksanaan keperawatan gawat darurat yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik yaitu:

a. Penatalaksanaan Farmakologis

1) Menurunkan kerusakan iskemik serebtal tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa, dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.

2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, atau dengan pemberian obat antihipertensi.

3) Pengobatan

a) Anti Koagulan: Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut.

b) Obat Anti Trombotik: Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik.

c) Diuretika : untuk menurunkan edema serebral.

b. Penatalaksanaan Non Farmakologis

1) Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
2) Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.
3) Tanda-tanda vital usahakan stabil.
4) Bedrest
5) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.

9. Komplikasi

Menurut Maria (2021), komplikasi pada penderita stroke non hemoragik, yaitu:

a. Bekuan Darah (Trombosis)

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

b. Dekubitus

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

c. Pneumonia

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Kozier (2016) pada pengkajian keperawatan gawat darurat pada pasien stroke ada 2 hal yang dapat dilakukan, yaitu:

a. Survey Primer

Perawat gawat darurat bertanggung jawab untuk mengetahui proses klinis penilaian akut pada pasien dengan stroke non hemoragik dalam hal ini menilai tingkat kesadaran pasien. Penilaian utama memungkinkan untuk segera mengetahui kondisi klinis pasien yang berpotensi mengancam jiwa oleh karena itu survey primer yang tepat dan cepat yang dapat dinilai dengan menggunakan ABCDE yaitu A= *Airway*, B= *Breathing*, C= *Circulation*, D=*Disability* dan E=*Exposure*, untuk membantu mengenal urutan yang benar dalam menilai pasien yang datang ke unit gawat darurat yaitu sebagai berikut :

1) *Airway*

Kepatenan jalan napas adalah komponen yang terpenting yang harus ditangani untuk mencegah terjadinya hipoksia pada pasien stroke non hemoragik yang dapat mengancam nyawa dan biasanya juga pengkajian ini dilakukan untuk menilai apakah ada sumbatan pada jalan napas, karena pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami penurunan kesadaran maka akan menimbulkan risiko sumbatan jalan napas misalnya lidah jatuh kebelakang.

2) *Breathing*

Kaji kemampuan bernapas pada pasien, pada pasien stroke non hemoragik biasanya akan terjadi sesak karena ketidakcukupannya kebutuhan oksigen yang disebabkan oleh emboli atau trombus yang menyebabkan gangguan pada sirkulasi darah otak

3) *Circulation*

Sirkulasi yang memadai perlu diperhatikan untuk mengetahui fungsi pemompaan jantung dalam mempertahankan perfusi keseluruh jaringan ketika terjadi stroke non hemoragik. Kaji

tekanan darah, biasanya kenaikan tekanan darah disebabkan oleh adanya tekanan pada perfusi serebral.

4) *Disability*

Penilaian neurologis untuk menilai defisit motorik atau sensorik yang terjadi karena adanya penurunan kesadaran yang dapat mempengaruhi *airway*, *breathing*, *circulation* pada pasien. Pada pengkajian ini pasien stroke non hemoragik dapat timbul gejala lemah, kehilangan keseimbangan dan kehilangan respon terhadap rangsangan misalnya rangsangan nyeri. Hal ini dapat terjadi pada pasien stroke non hemoragik karena sirkulasi pembuluh darah otak terganggu akibat emboli atau trombus, dimana yang kita ketahui pembuluh darah pada otak yang mengatur seluruh aktivitas saraf yang ada pada tubuh manusia.

b. Survey Sekunder

Survey sekunder dilakukan ketika kondisi yang mengancam nyawa telah diatasi. Perawat perlu mengingat bahwa jalan napas, sirkulasi, dan disabilitas harus selalu dipantau. Fokus utama dari penilaian sekunder adalah kondisi medis tertentu yang dimiliki oleh pasien. Penilaian sekunder menggunakan *head to toe* dengan cara cara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Pemeriksaan Fisik (Sulistyowatia et al. 2020) :

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (samnolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), soporo coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan sistole > 140 dan diastole > 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.

b) Nadi

Nadi pada pasien biasanya lebih cepat dikarenakan jantung lebih kuat memompa untuk berusaha memenuhi kebutuhan oksigen otak.

c) Pernapasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas diakibatkan lidah jatuh kebelakang dan gangguan pola napas dikarenakan pasokan oksigen pada otak tidak cukup.

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah pada suhu pasien dengan stroke non hemoragik.

3) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke non hemoragik.

4) Wajah

Biasanya tidak simetris. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada nervus VII (fasialis) : biasanya alis mata tidak simetris, tidak dapat mengangkat alis, tidak dapat mengerutkan dahi, tidak dapat menggembungkan pipi, saat

pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

5) Mata

Pada pemeriksaan nervus II (optikus): biasanya lapang pandangan terganggu dikarenakan pada sirkulasi anterior terganggu akibat adanya penurunan aliran darah ke retina. Pada nervus III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien membuka mata. Nervus IV (troklearis): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abdusen): biasanya hasil yang didapat pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

6) Hidung

Pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda.

7) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, somnolen, spoor hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigit kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah tidak dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya ovula yang terangkat tidak simetris, mencong kearah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglosus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

8) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dan perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dank eras dengan artikulasi yang jelas.

9) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan brudzinski 1 (+).

10) Paru paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan
Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan
Perkusi : biasanya bunyi normal sonor
Auskultasi : biasanya suara normal vesikuler

11) Jantung

Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat
Palpasi : biasanya iktus kordis teraba
Perkusi : biasanya batas jantung normal
Auskultasi : biasanya suara vesikulerAbdomen

12) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites
Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar
Perkusi : biasanya terdapat suara tympani
Auskultasi : biasanya bising usus pasien tidak terdengar

13) Ektremitas

a) Atas

Biasanya terpasang infus bagian dextra atau sinistra. *Capillary Refil Time* (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke non hemoragik tidak dapat melawan tahanan

pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun eksternal (reflek bicep (-)), sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromner (+)).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan brudzinski 1 kaki kiri pasien fleksi (brudzinski (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openhelm (+)) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa apa (reflek Gordon (+)). Pada saat dilakukan treflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek patella (+).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien stroke non hemoragik menurut menurut SDKI (Dalam Mete, 2023) yaitu :

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik) ditandai dengan sakit kepala, tekanan darah meningkat, bradikardi, pola napas ireguler, tingkat kesadaran menurun, respon pupil melambat atau tidak sama, reflex neurologi terganggu, gelisah, agitasi, muntah (tanpa disertai mual, tampak lesu/lemah, fungsi kognitif terganggu, TIK meningkat, papilledema, postur deserebrasi (ekstensi).

b. Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi. Kondisi klinis terkait : stroke, embolisme, hipertensi.
c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologi ditandai dengan dyspnea, penggunaan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal, ortopnea, pernapasan cuping hidung, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.
d. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuscular ditandai dengan dyspnea, sianosis, pola napas berubah.
e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, afasia, disfasia, apraksia, disleksia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit 35 memahami komunikasi, sulit mempertahankan, komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik menurut (SIKI, 2017) yaitu :

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik)
   Ekspektasi : Kapasitas adaptif intrakranial meningkat
   Kriteria hasil :
   1) Tingkat kesadaran meningkat.
   2) Fungsi kognitif meningkat.
   3) Sakit kepala menurun.
   4) Gelisah menurun.
   5) Agitasi menurun.
   6) Muntah menurun.

7) Tekanan darah membaik.
8) Tekanan nadi membaik.
9) Bradikardi membaik.
10) Pola napas membaik.
11) Respon pupil membaik.
12) Reflex neurologi membaik.
13) Tekanan intrakranial membaik.

Intervensi:

1) Observasi
   a) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (mis; lesi, edema serebral).

      Rasional: mengetahui penurunan tanda dan gejala neurologis untuk memperbaiki dan dapat mencerminkan penurunan kapasitas adaptif kranial, yang mengharuskan klien diterima di area perawatan kritis untuk pemantauan ICP dan untuk terapi tertentu yang diarahkan untuk mempertahankan ICP dalam rentang tertentu. Jika stroke berkembang, dapat memburuk klien dengan cepat dan membutuhkan penilaian berulang dan perawatan progresif. Jika stroke “selesai”, defisit neurologis tidak progresif dan pengobatan diarahkan untuk rehabilitasi dan mencegah terulangnya.
   b) Monitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial (mis, tekanan darah meningkat, kesadaran menurun).
   c) Rasional: menilai kerusakan perfusi serebral dan juga mengidentifikasi perubahan TIA yang dapat sembuh tanpa gejala lebih lanjut atau mungkin melebihi CVA trombotik.
2) Teraupetik
   a) Berikan posisi semifowler

      Rasional : menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan sirkulasi serebral.

3) Kolaborasi pemberiaan diuretic

Rasional : obat diuretik dapat menurunkan tekanan intracranial serta menurunkan edema otak.

b. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi.

Ekspektrasi : Perfusi serebral meningkat.

Kriteria hasil :

1) Tingkat kesadaran meningkat.
2) Tekanan intrakranial menurun.
3) Sakit kepala menurun.
4) Gelisah menurun.
5) Nilai rata-rata tekanan darah membaik.

Intervensi :

Manajemen peningkatan tekanan intracranial

1) Observasi
   a) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intracranial (mis, Lesi, edema serebral).

      Rasional: mengetahui penyebab peningkatan tekanan intracranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien atau untuk memberikan perawatan intensif dalam pembantauan terhadap peningkatan TIK.

   b) Monitor tanda-tanda vital.

      Rasional: pemantauan tanda-tanda vital seperti hipotensi/ hipertensi yang mengidentifikasikan adanya perbaikan/ perusakan jaringan serebral.

   c) Pantau tingkat kesadaran pasien.

      Rasional: perubahan tingkat kesadaran pasien dapat menjadi faktor pencetus, serta mengidentifikasi perubahan TIK dan kerusakan otak.

d) Monitor frekuensi dan irama jantung

Rasional : Perubahan terutama adanya bradikardia dapat terjadi sebagai akibat adanya kerusakan otak.

2) Teraupetik

a) Pertahankan posisi kepala dan leher agar ditinggikan dan dalam posisi anatomis (netral).

Rasional: menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral.

c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis.

Ekspektasi : Pola napas membaik.

Kriteria hasil :

1) Dispnea menurun.
2) Penggunaan otot bantu napas menurun.
3) Frekuensi napas membaik.
4) Kedalaman napas membaik.

Intervensi :

Pemantauan respirasi

1) Observasi

a) Monitor frekuensi dan irama pernapasan.

Rasional: mengetahui pola napas pasien dimana pada pasien *non hemoragic stroke* dapat terjadi frekuensi napas yang meningkatkan atau sesak napas akibat dari ketidakcukupan kebutuhan oksigenn didalam tubuh pasien stroke non hemoragik.

b) Monitor saturasi oksigen.

Rasional: mengetahui adanya penurunan saturasi oksigen karena pada pasien stroke non hemoragik dapat mengalami penurusan saturasi oksigen sehingga jika perawat mengetahui pasien tersebut mengalami

penurunan saturasi maka dapat dilakukan tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien.

2) Teraupetik
   a) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien.
      Rasional: pemantauan respirasi bertujuan untuk menilai tingkat efektivitas keberhasilan tindakan yang diberikan.
3) Edukasi
   a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
      Rasional: menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tujuan dan prosedur pemantauan.
   b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
      Rasional: memberikan informasi mengenai hasil pemantauan.

Manajemen jalan nafas

1) Observasi
   a) Monitor pola napas
      Rasional: mengetahui pola napas dimana pasien stroke non hemoragik dapat terjadi frekuensi napas yang meningkat atau sesak napas akibat dari ketidakcukupan kebutuhan oksigen didalam tubuh.
   b) Monitor bunyi napas tambahan.
      Rasional: agar dapat dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai jika adanya bunyi napas tambahan.
2) Teraupetik
   a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head till dan chin lift.
      Rasional: untuk membuka saluran napas pasien
   b) Posisikan semi fowler
      Rasional: posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma.

c) Berikan oksigen

Rasional: untuk membantu kecukupan oksigen yang diperlukan oleh tubuh.

3) Edukasi

a) Ajarkan teknik bantuk efektif Rasional: batuk dengan benar dimana dapat menggunakan energi untuk batuk dengan seefektif mungkin sehingga tidak mudah lelah dalam pengeluaran dahak secara maksimal.

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik jika perlu. Rasional: untuk membuat kapasitas serapan oksigen paru-paru meningkat

d. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuscular.

Ekspektasi : Bersihan jalan napas meningkat

Kriteria hasil :

1) Dispnea menurun
2) Sianosis menurun
3) Pola napas membaik

Intervensi

Manajemen jalan napas

1) Obervasi

a) Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara Rasiona : pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk mengucapkan kalimat dan tidak menyadari bahwa komunikasi yang diucapkan tidak sesuai.

b) Monitor proses kognitif yang berkaitan dengan bicara. Rasional : membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi.

2) Teraupetik

a) Pertahankan kepatenen jalan napas dengan head till dan chin lift.

Rasional: untuk membuka saluran napas pasien.

b) Posisikan semi fowler atau fowler.

Rasional: posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma.

3) Edukasi

a) Ajarkan teknik batuk efektif.

Rasioanl: batuk dengan benar dimana dapat menggunakan energi untuk batuk dengan seefektif mungkin sehingga tidak mudah lelah dalam pengeluaran dahak secara maksimal.

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, muskolitik jika perlu.

Rasional: untuk membuat kapasitas serapan oksigen paru-paru meningkat.

e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Ekspektasi : Komunikasi verbal meningkat

Kriteria hasil :

1) Kemampuan berbicara meningkat
2) Kemampuan mendengar meningkat
3) Kesualan ekspresi wajah/tubuh meningkat
4) Pelo, gagap menurun

Intervensi :

Promosi Komunikasi : Defisit Bicara

1) Obervasi

a) Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara

Rasional: pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk

mengucapkan kalimat dan tidak menyadari bahwa komunikasi yang diucapkan tidak sesuai.

b) Monitor proses kognitif yang berkaitan dengan bicara.
Rasional: membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi.

2) Teraupetik

a) Gunakan metode komunikasi alternative (mis; mata berkedip, isyarat tangan).
Rasional: memudahkan keluarga dan tim medis dalam memahami kondisi pasien.

b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis; berdiri tepat disamping pasien dan dengarkan dengan seksama dan bicara dengan perlahan).
Rasional: menghindari kesalahan persepsi yang sebenarnya diucapkan oleh pasien.

3) Edukasi

a) Anjurkan berbicara perlahan.
Rasional: agar kata-kata yang diucapkan dapat dipahami oleh keluarga

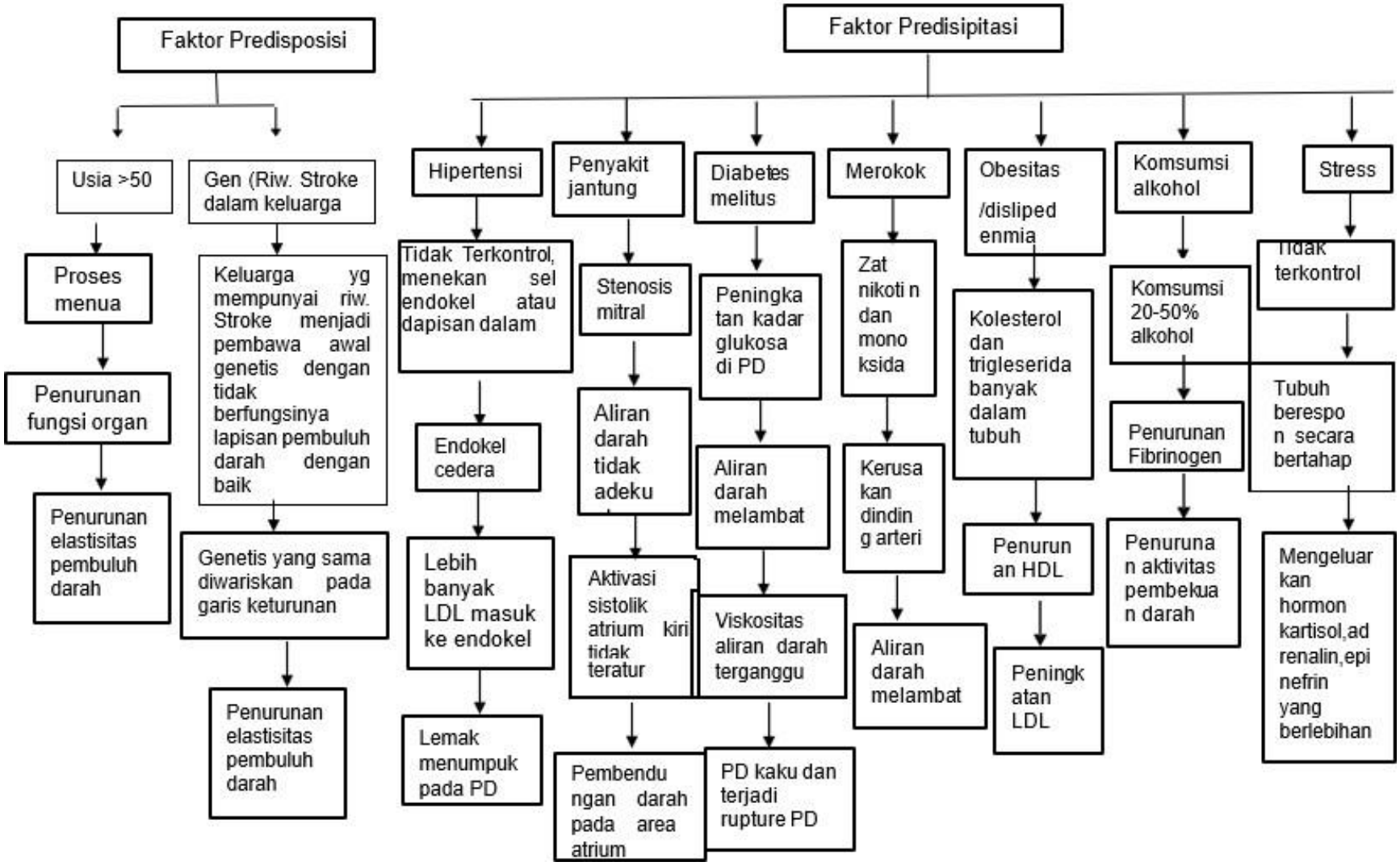
4. Discharge Planning

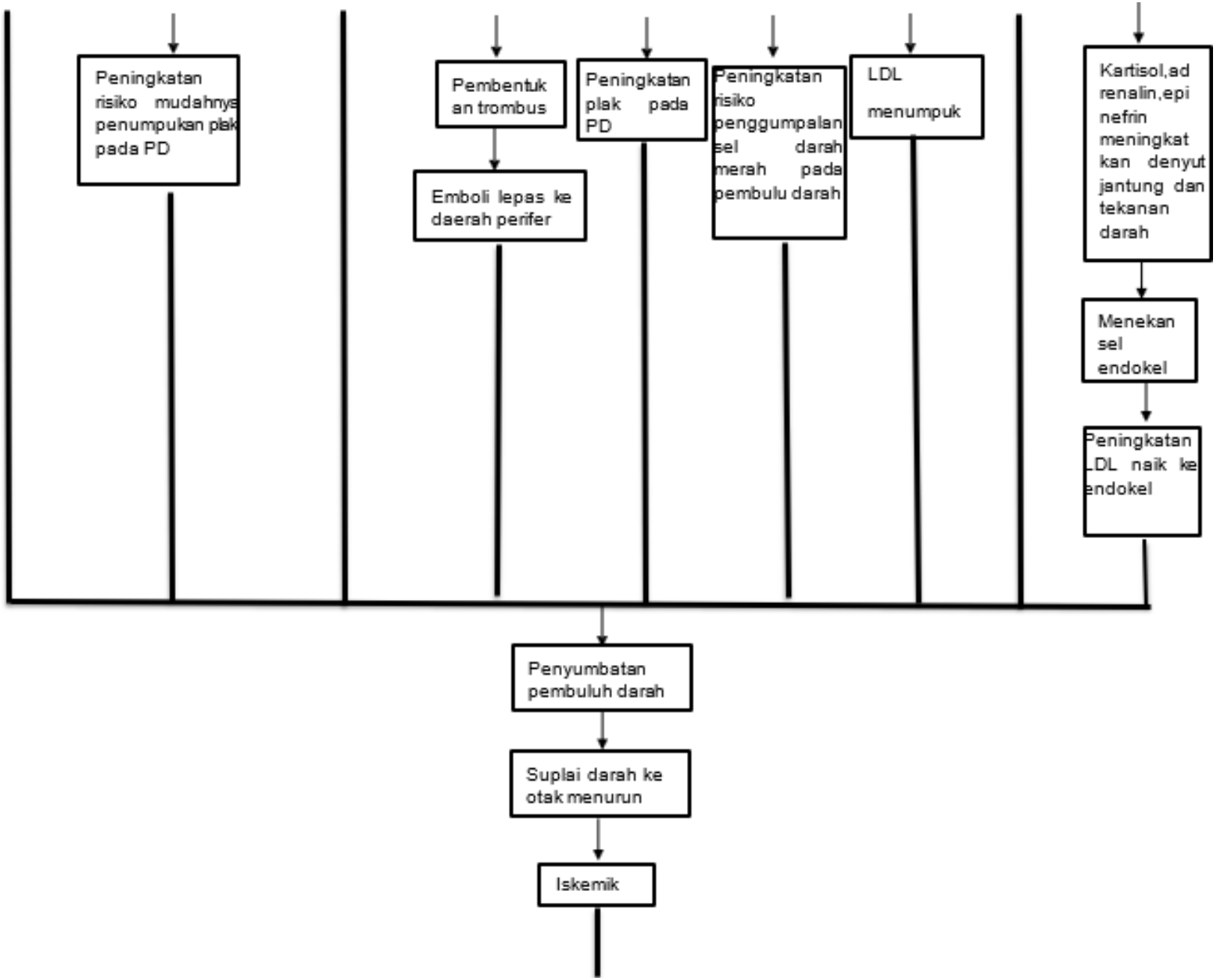
Discharge planning bagi pasien stroke non hemoragik :

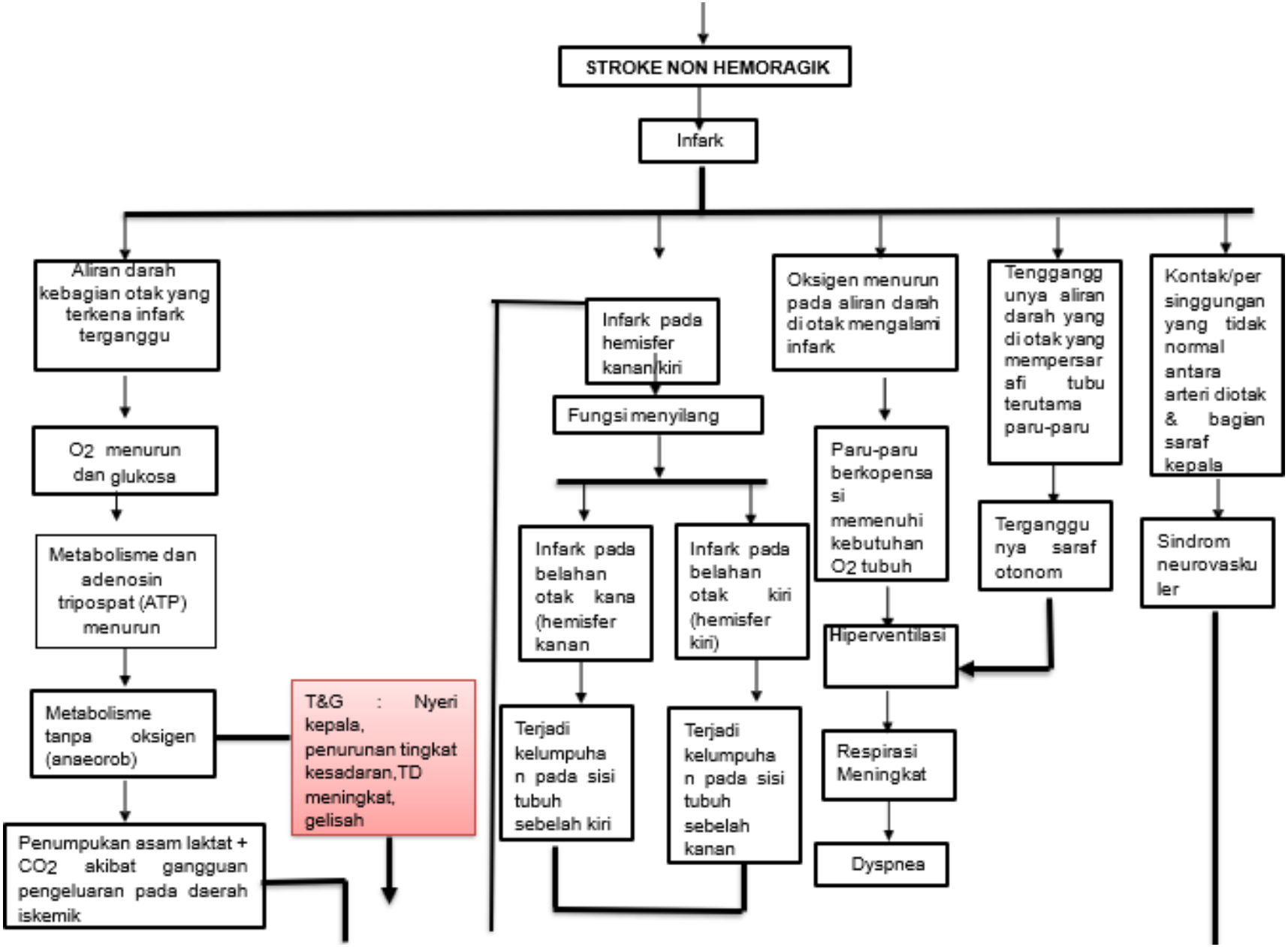
a. Menganjurkan kepada pasien dan keluarga tentang mematuhi diit.
b. Diit rendah garam.
c. Diit rendah gula.
d. Diit rendah kolesterol.
e. Jangan menghentikan atau mengubah maupun menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter yang merawat.
f. Perbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur ROM pasif/aktif bila kondisi memungkinkan atau sudah membaik.

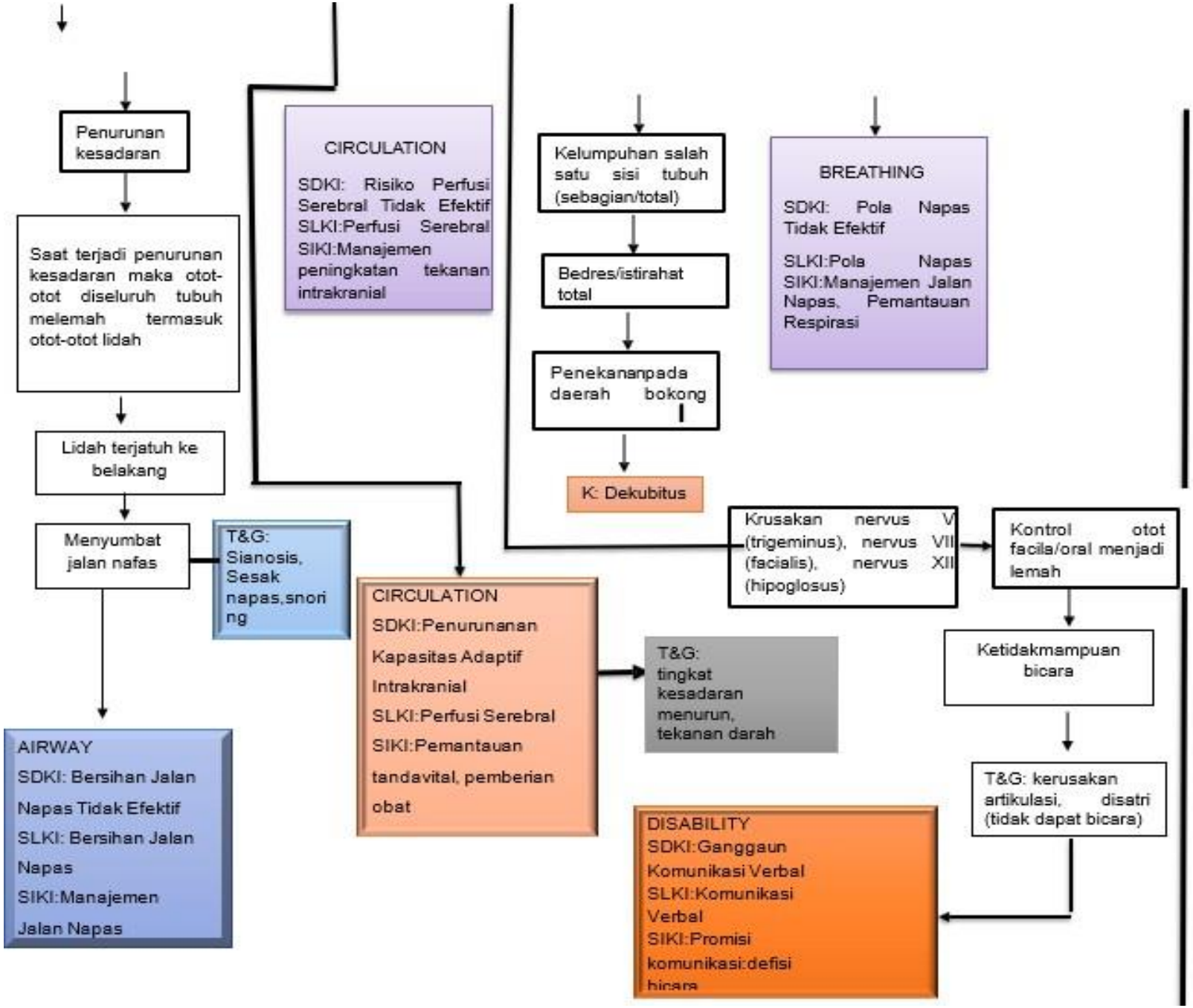
g. Menganjurkan kepada keluarga, mengenal tanda dan gejala pada pasien stroke non hemoragik, misalnya tekanan darah meningkat, merasa pusing, disfagia atau kehilangan bicara dan bila tanda tersebut terjadi kembali maka segera melaporkan kepada petugas medis yang ada.
h. Periksa tekanan darah secara teratur.
i. Motivasi keluarga untuk tetap memberikan semangat pada pasien

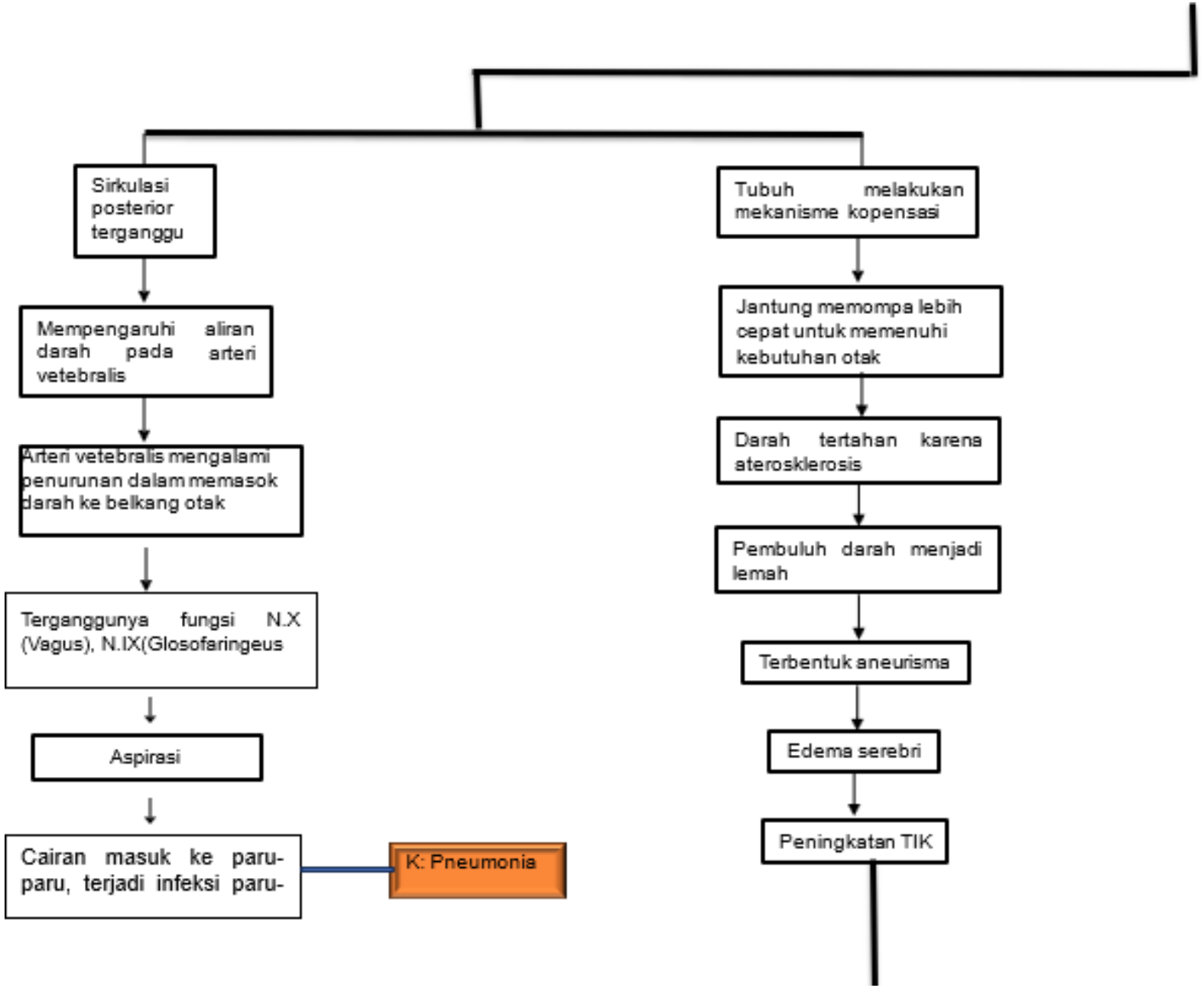
PATHWAY STROKE NON HEMORAGIK

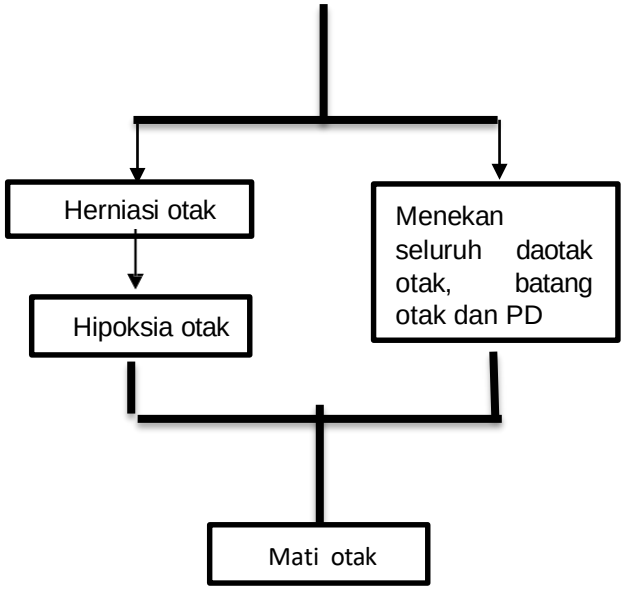



Peningkatan risiko mudahnya penumpukan plak pada PD
Pembentukan trombus
Emboli lepas ke daerah perifer
Peningkatan plak pada PD
Peningkatan risiko penggumpalan sel darah merah pada pembulu darah
LDL menumpuk
Kartisol,adrenalin,epinefrin meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah
Menekan sel endokel
Peningkatan LDL naik ke endokel
Penyumbatan pembuluh darah
Suplai darah ke otak menurun
Iskemik


STROKE NON HEMORAGIK
Infark
Aliran darah kebagian otak yang terkena infark terganggu
O2 menurun dan glukosa
Metabolisme dan adenosin tripospat (ATP) menurun
Metabolisme tanpa oksigen (anaeorob)
Penumpukan asam laktat + CO2 akibat gangguan pengeluaran pada daerah iskemik
T&G : Nyeri kepala, penurunan tingkat kesadaran,TD meningkat, gelisah
Infark pada hemisfer kanan/kiri
Fungsi menyilang
Infark pada belahan otak kana (hemisfer kanan
Infark pada belahan otak kiri (hemisfer kiri)
Terjadi kelumpuhan pada sisi tubuh sebelah kiri
Terjadi kelumpuhan pada sisi tubuh sebelah kanan
Oksigen menurun pada aliran darah di otak mengalami infark
Paru-paru berkopensasi memenuhi kebutuhan O2 tubuh
Hiperventilasi
Respirasi Meningkat
Dyspnea
Tenggangg unya aliran darah yang di otak yang mempersar afi tubu terutama paru-paru
Terganggu nya saraf otonom
Kontak/per singgungan yang tidak normal antara arteri diotak & bagian saraf kepala
Sindrom neurovasku ler


Penurunan kesadaran
Saat terjadi penurunan kesadaran maka otot-otot diseluruh tubuh melemah termasuk otot-otot lidah
Lidah terjatuh ke belakang
Menyumbat jalan nafas
T&G: Sianosis, Sesak napas,snoring
AIRWAY
SDKI: Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
SLKI: Bersihan Jalan Napas
SIKI:Manajemen Jalan Napas
CIRCULATION
SDKI: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
SLKI:Perfusi Serebral
SIKI:Manajemen peningkatan tekanan intrakranial
CIRCULATION
SDKI:Penurunanan Kapasitas Adaptif Intrakranial
SLKI:Perfusi Serebral
SIKI:Pemantauan tandavital, pemberian obat
T&G: tingkat kesadaran menurun, tekanan darah
Kelumpuhan salah satu sisi tubuh (sebagian/total)
Bedres/istirahat total
Penekananpada daerah bokong
K: Dekubitus
BREATHING
SDKI: Pola Napas Tidak Efektif
SLKI:Pola Napas
SIKI:Manajemen Jalan Napas, Pemantauan Respirasi
Krusakan nervus V (trigeminus), nervus VII (facialis), nervus XII (hipoglosus)
Kontrol otot facila/oral menjadi lemah
Ketidakmampuan bicara
T&G: kerusakan artikulasi, disatri (tidak dapat bicara)
DISABILITY
SDKI:Ganggaun Komunikasi Verbal
SLKI:Komunikasi Verbal
SIKI:Promisi komunikasi:defisi bicara


Sirkulasi posterior terganggu
Mempengaruhi aliran darah pada arteri vetebralis
Arteri vetebralis mengalami penurunan dalam memasok darah ke belkang otak
Terganggunya fungsi N.X (Vagus), N.IX(Glosofaringeus
Aspirasi
Cairan masuk ke paru-paru, terjadi infeksi paru-
K: Pneumonia
Tubuh melakukan mekanisme kopensasi
Jantung memompa lebih cepat untuk memenuhi kebutuhan otak
Darah tertahan karena aterosklerosis
Pembuluh darah menjadi lemah
Terbentuk aneurisma
Edema serebri
Peningkatan TIK


Herniasi otak
Hipoksia otak
Menekan seluruh daotak otak, batang otak dan PD
Mati otak

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien usia 62 tahun masuk di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 29 April 2024 dengan keluhan sesak nafas, penurunan kesadaran, lemah pada badan sebelah kiri. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadar dan sesak nafas sejak 2 jam yang lalu sebelum dibawah ke IGD. Keluarga mengatakan sebelum pasien tidak sadar pasien mengeluh kram pada tubuh sebelah kanan kemudian terjatuh saat hendak buang air besar. Keluarga mengatakan pasien batuk sejak 2 minggu yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan mengkomsumsi obat amlodipine 10 mg namun pasien tidak rutin meminum obatnya. Keluarga pasien mengatakan pasien meiliki riwayat gula sejak 5 tahun yang lalu dan mengkomsumsi obat metformin 500 mg. Keluarga pasien mengatakan pasien riwayat perokok aktif namun sudah berhenti sejak 5 tahun yang lalu. Pasien tampak sakit berat, tampak pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS $M_5V_3E_3$). Dilakukan pemeriksaan diagnostik CT-Scan kepala pada tanggal 29 April 2024 dengan hasil Infark Cerebri bilateral dan pons cerebri sisi kanan, atrofi cerebri, os. Cranium intak. Hasil pemeriksaan darah lengkap: WBC 13.96 10^3/uL, RBC 2.18 10^6/Ul, HGB 7.1 g/dL, HCT 20.2 %, MCV 92.7 fl, MCH 32.6 Pg. Hasil pemeriksaan kimia darah (elektrolit): Natrium 124mmol/L, Kalium 3.1mmol/L, Chlorida 91mmol/L, Albumin 2.11g/L. Hasil obervasi tanda-tanda vital yaitu tekanan darah: 181/100 mmHg, suhu 37^0C, pernapasan 28x/menit, nadi : 64x/menit, Sp02: 94%. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien selama di igd yaitu: resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan

hipertensi dan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis dibuktikan dengan sesak nafas, saturasi oksigen menurun. Hasil evaluasi untuk diagnosis risiko perfusi tidak efektif adalah belum teratasi dan evaluasi untuk pola nafas tidak efektif belum teratasi.

B. Identitas Pasien

Nama Pasien (Initial)	: Tn “B”
Umur	: 62 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Tanggal/Jam MRS	: 29 April 2024/ Jam 16:26 Wita
Tanggal/Jam Pengkajian	: 29 April 2024/ jam 16:26 Wita
Diagnosa Medis	: *Non Hemoragic Stroke* (NHS)

C. Pengkajian

1. Keadaan Umum: Pasien tampak sakit berat, tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien masuk igd menggunakan brankart
2. Triase

   ✓ Prioritas 1 ☐ Prioritas 2 ☐ Prioritas 3 ☐ Prioritas 4 ☐ Prioritas 5

   Alasan (kondisi pada saat masuk): Prioritas 1 karena pasien mengalami penurunan kesadaran, sesak nafas dan mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri. Penanganan yang telah dilakukan di *pre-hospital*:

   ✓ Tidak ada ☐ Neck collar ☐ Bidai ☐ Oksigen ☐ Infus ☐ RJP

   ☐ Lainnya: Tidak ada
3. Keluhan Utama: Penurunan kesadaran

   Riwayat Keluhan Utama (Kaji Mekanisme Trauma Jika Pasien Trauma): Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadar dan sesak nafas sejak 2 jam yang lalu sebelum dibawah ke igd. Keluarga mengatakan sebelum pasien tidak sadar pasien mengeluh kram

pada tubuh sebelah kanan kemudian terjatuh saat hendak buang air besar. Keluarga mengatakan pasien batuk sejak 2 minggu yang lalu.

4. Riwayat Penyakit Terdahulu:

   Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan mengkomsumsi obat amlodipine 10 mg namun pasien tidak rutin meminum obatnya. Keluarga pasien mengatakan pasien meiliki riwayat gula sejak 5 tahun yang lalu dan mengkomsumsi obat metformin 500 mg. Keluarga pasien mengatakan pasien riwayat perokok aktif namun sudah berhenti sejak 5 tahun yang lalu.

5. *Survey Primer*

   a. *Airway* dan *Control Cervikal*

   ☐ Paten
   ☐ Tidak paten
   ☐ Benda asing
   ✓ Sputum
   ☐ Cairan/darah
   ☐ Lidah jatuh
   ☐ Spasme
   ☐ Lainnya:Tidak ada

   Suara Napas:
   ☐ Normal
   ☐ Stridor
   ☐ Snoring
   ☐ Gurgling
   ☐ Tidak ada suara napas
   ✓ Lainnya: Tidak ada

   Fraktur servikal

   ☐ Ya
   ✓ Tidak

   Data lainnya: Tidak ada

   b. *Breathing*

   Frekuensi : 28 x/menit
   Saturasi Oksigen : 94%

   ☐ Napas Spontan
   ☐ Apnea
   ☐ Orthopnue
   ✓ Sesak

Tanda distress pernapasan
☐ Retraksi dada/interkosta
☐ Penggunaan otot bantu napas
☐ Cuping hidung

☐ Wheezing
✓ Ronchi
☐ Rales
☐ Lainnya: Kedua lapang paru

Irama pernapasan
☐ Teratur
✓ Tidak teratur
☐ Dalam
☐ Dangkal

Perkusi
✓ Sonor
☐ Pekak
☐ Redup

Pengembangan Dada
✓ Simetris
☐ Tidak Simetris

Krepitasi
☐ Ya
✓ Tidak

Suara Napas
☐ Vesikuler
✓ Broncho-vesikuler
☐ Bronkhial

Distensi Vena Jugularis
☐ Ya
☐ Tidak

Vocal Fremitus

Jejas
☐ Ya
✓ Tidak

Suara Tambahan

Luka/Fraktur
☐ Ya, sebutkan
✓ Tidak

Data Lainnya: Keluarga mengatakan sejak 2 minggu lalu pasien batuk dan sejak 2 jam yang lalu pasien sesak nafas sesak tidak sadar

c. *Circulation*

Tekanan Darah : 181/100 mmHg

Suhu : 37^0C

Nadi : 64x/menit

☐ Tidak Teraba

✓ Kuat

☐ Lemah

✓ Teratur

☐ Tidak teratur

Mata cekung

☐ Ya

✓ Tidak

Turgor kulit

✓ Elastis

☐ Menurun

☐ Buruk

Bibir

☐ Lembab

✓ Kering

Nyeri Dada

✓ Tidak

☐ Ya (Jelaskan PQRST)

Data Lainnya: Tidak ada

Kulit dan ekstremitas

✓ Hangat

☐ Dingin

☐ Sianosis

☐ Pucat

☐ CRT >2 detik

☐ Edema

☐ Lainnya: Tidak ada

Diaphoresis

☐ Ya

✓ Tidak

Perdarahan

☐ Ya, Jumlah : cc

Warna :

Melalui :

✓ Tidak

d. *Disability*

Tingkat Kesadaran GCS

Kualitatif : Apatis

Kuantitatif: M:5

V:3

E: 3

∑:11

Refleks cahaya

✓ Positif

☐ Negatif

Pupil

☐ Isokor

☐ Anisokor

☐ Midriasis

Refleks cahaya

✓ Positif

☐ Negati

Test Babinsky:

☐ Fisiologis

✓ Patologis

Kaku kuduk

☐ Ya

✓ Tidak ada

Kesimpulan: Pasien mengalami kelemahan tubuh pada sebelah kiri.

Data Lainnya: Keluarga mengatakan pasien mengelum kram pada badan sebelah kiri seblum pasien terjatuh dan tidak sadar.

e. *Exposure* (dikaji khusus pasien trauma), lakukan *log roll:*

✓ Tidak ditemukan masalah

☐ Luka

☐ Jejas

Jelaskan:

Data Lainnya:

f. *Foley Chateter*

✓Terpasang, Output : 200 cc/jam
Warna : kuning
Lainnya :

☐ Tidak terpasang

g. *Gastric Tube*

☐ Terpasang, Output : cc/jam
Warna :
Lainnya :

✓ Tidak terpasang

h. *Heart Monitor*

☐ Terpasang, Gambaran:
Lainnya:

✓ Tidak terpasang

i. Survey Sekunder (dilakukan jika survey primer telah stabil):

Riwayat Kesehatan SAMPLE

Symptomp: penurunan kesadaran, sesak nafas dan lemah badan sebelah kiri

Alergi: Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki alergi obat atau makanan

Medikasi: Keluarga pasien mengatakan pasien meminum obat amlodipine 10 mg, metformin 500 mg (tidak rutin)

Past medical history: Keluarga mengatakan mengatakan pasien mengalami hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan riwayat gula sejak 5 tahun yang lalu

Last Oral Intake: keluarga mengatakan pasien terkahir makan dan minum terakhir pada pukul 12:30 wita.

Events: Keluarga mengatakan pasien batuk sejak 2 minggu yang lalu. Keluarga mengatakan sebelumnya pasien mengeluh kram pada badan sebelah kiri setelah terjatuh di kamar mandi,

kemudian pasien tidak sadar dan sesak nafas dan keluarga membawa pasien ke IGD RS Stella Maris Makassar.

Tanda-Tanda Vital**:**

TD	: 181/100 mmHg
RR	: 28x/menit
Nadi	: 64x/menit
Suhu	: 37^0C
Saturasi	: 94%

Pengkajian Nyeri (Selain Nyeri Dada):

✓ Tidak ada

☐ Ya. Jelaskan:

Pengkajian Psikososial:

☐ Tidak ada masalah
☐ Cemas
☐ Panik
☐ Marah
☐ Sulit berkonsentrasi
☐ Tegang
☐ Takut
☐ Merasa Sedih
☐ Merasa bersalah
☐ Merasa putus asa
☐ Perilaku agresif
☐ Menciderai diri
☐ Menciderai orang lain
☐ Keinginan bunuh diri
✓ Lainnya: Tidak di kaji

Pengkajian *head to toe*:

1) Keadaan rambut : Tampak kondisi rambut bersih, tidak berminyak dan tampak rambut beruban
2) Hidrasi kulit : Hidrasi kulit Kembali dalam < 3 detik
3) Palpebra : Tampak palpebra tidak edema, tampak conjungtiva tidak anemis.
4) Sclera : Tampak sclera tidak icteric
5) Pupil : Tampak pupil kiri dan kanan isokor
6) Hidung : Tampak hidung bersih, septum terletak di Tengah, tidak ada secret dan tidak ada polip

7) Rongga mulut : Tampak tidak ada stomatitis, tampak lidah bersih, tampak tidak ada gigi palsu, tampak ada gigi tanggal dua.
8) Telinga : Tampak telinga bersih dan tidak tampak ada serumen
9) Kelenjar getah bening : Tidak teraba adanya pembesaran getah bening
10) CRT : kembali < 3 detik
11) Abdomen :
    Inpeksi : tampak datar, tidak ada lesi
    Palpasi : tidak ada nyeri, tidak ada benjolan pada abdomen
    Perkusi : terdengar bunyi tympani
    Auskultasi : terdengar peristaltic usus 10x/menit
12) Kulit
    Edema : tidak terdapat edema
    Icterik : tampak tidak icterik
    Tanda-tanda peradangan : tampak tidak ada tanda-tanda peradangan pada kulit
13) Jantung
    Inspeksi:
    Ictus cordis: tidak tampak ictus cordis
    Palpasi: ictus cordis teraba pada bagian ICS V linea midclavicularis sinistra
    Perkusi:
    Batas atas jantung: ICS III linea sternalis sinistra
    Batas bawah jantung: ICS V linea medioclavicularis sinistra
    Batas kanan jantung: ICS II linea sternalis dextra
    Batas kiri jantung: ICS V linea axilaris anterior sinistra
    Auskultasi
    Bunyi jantung IIA: Terdengar bunyi Tunggal di ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung IIP : Terdengar bunyi Tunggal di CS II dan III linea sternalis
dextra
Bunyi jantung 1T: Terdengar bunyi Tunggal di ICS IV linea sternalis sinistra
Bunyi jantung IM: Terdengar bunyi Tunggal di ICS V linea media clavicularis sinistra
Bunyi jantung III irama gallop: tidak terdengar
Murmur: tidak terdengar
Bruit Aorta: tidak terdengar
A Renalis: tidak terdengar
A Femoralis :tidak terdenga

j. Pemeriksaan Penunjang

1) Elektorkardiogram (EKG)
Kesan : Sinus rhytim

2) Foto rontgen
Kesan : Bronchitis

3) CT-Scan
Kesan : Infark Cerebri bilateral dan pons cerebri sisi kanan, atrofi cerebri, os. Cranium intak

4) Laboratorium
Darah lengkap

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	Keterangan
WBC	13.96	10^3/uL	5.07-11.1	H
RBC	2.18	10^6/uL	4.70-6.10	L
HGB	7.1	g/dL	13.4-17.3	L
HCT	20.2	%	39.9-51.1	L
MCV	92.7	fl	73.4-91.0	H
MCH	32.6	Pg	24.2-31.2	H
RDW-CV	15.9	%	11.3-14.6	H

Kimia Darah

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	Keterangan
Natrium	124	mmol/L	135-145	L
Kalium	3.1	mmol/L	3.5-5.1	L
Chlorida	91	mmol/L	97-111	L
Albumin	2.11	g/L	3.5-5.0	L

k. Obat/dosis/waktu/jalur pemberian):

1) Citicolin 500mg/iv
2) Mecobalamin 500mg /drips
3) Dexametasone 1a/iv

Terapi Lainnya (jika ada):

1) Cairan RL 500 ml
2) Oksigen nasal (5liter/menit)

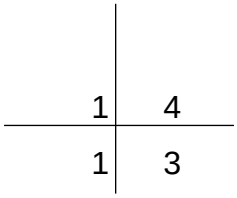
D. Analisis Data

Nama /Umur : Tn “B”/62 tahun

Ruangan : IGD

Tabel 3.1

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak 2 jam yang lalu sebelum masuk di igd. - Keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya mengeluh kram pada badan sebelah kiri sebelum terjatuh saat hendak buang air besar. DO : - Tampak pasien kesadaran menurun - GCS 11 (M5 V3 E3) - Observasi TTV TD :181/100 mmHg N : 64x/menit S : 37^0C P : 28x/menit SpO_2 : 96% - Uji kekuatan otot Uji Kekuatan Otot:	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

	 Kesimpulan:Pasien mengalami kelemahn tubuh pada sebelah kiri. - Ct-Scan Kesan : Infark Cerebri bilateral dan pons cerebri sisi kanan, atrofi cerebri, os. Cranium intak		
2	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien batuk sejak 2 minggu yang llau - Keluarga mengatakan pasien sesak nafas sejak 2 jam yang lalu bersamaan dengan pasien tidak sadar DO : - Tampak pasien sesak nafas - Tampak pasien menggunakan oksigen Nasal (5liter/menit) - Pernapasan : 28x/menit - SpO2 : 96% - Foto thorax : Kesan : Bronchitis	Gangguan Neurologis	Pola nafas tidak efektif (D.0005)

E. Diagnosis Keperawatan

Nama /Umur : Tn “B”/62 tahun

Ruangan : IGD

Tabel 3.2

NO	Diagnosis Keperawatan
I	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)
II	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan neurologis dibuktikan dengan sesak nafas, saturasi oksigen menurun. (D.0005)

F. Rencana keperawatan

Nama /Umur : Tn “B”/62 tahun

Ruangan : IGD

Tabel 3.3

Tanggal	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran yang diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
29 April 2023	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 jam diharapkan perfusi serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : a. Tingkat kesadaran cukup meningkat b. Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) a. Observasi - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya Tekanan darah meningkat, tekana nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor MAP - Monitor status pernapasan b. Terapeutik - Berikan posisi semi fowler / *head up* 30° c. Kolaborasi

			- Kolaborasi pemberian anti konvulsan dan anti hipertensi, jika perlu
29 April 2023	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan neurologis dibuktikan dengan sesak nafas, saturasi oksigen menurun. (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 jam diharapkan pola napas membaik (L.01004) dengan kriteria hasil : a. Dispnea cukup menurun b. Frekuensi napas sedang c. Saturasi oksigen cukup membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) a. Observasi - Monitor pola napas (frekuensi kedalaman usaha napas) b. Terapeutik - Posisikan semi fowler atau fowler - Berikan oksigen, jika perlu c. Edukasi - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi d. Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu Pemantauan respirasi (I.01014) a. Observasi

			- Monitor frekuensi, irama, kedalaman,upaya napas - Monitor saturasi oksigen b. Terapeutik - Dokumentasikan hasil pemantauan c. Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

G. Pelaksanaan Keperawatan

Nama /Umur : Tn “B”/62 tahun

Ruangan : IGD

Tabel 3.4

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Perawat
7 April 2024		16:26	Memberikan posisi *head up* 30° Hasil : tampak posisi berbaring dengan posisi *head up* 30°	Yugsi/Yoserfus
		16:30	Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil : TD: 181/100mmHg N: 64x/menit S: 37°C P: 28x/menit SpO2: 94%	Yugsi/Yoserfus
		16:32	Memberikan terapi oksigen nasal kanul Hasil : pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit	Yugsi/Yoserfus
		16:50	Melakukan pemasangan infus Hasil : terpasang infus RL 500cc 20 tetes/menit	Yugsi/Yoserfus
		16:55	Melakukan pemberian obat Hasil : - Citicoline 500 mg/iv	Yugsi/Yoserfus

			- Mecobalamin /drips - Dexametasone 1a/iv	
		17:15	Melakukan pemasangan chateter Hasil : 200 cc	Yugsi/Yoserfus
		17:30	Melaksanakan advis dokter : -EKG -pemeriksaan glukosa sewaktu 195mg/dl	Yugsi/Yoserfus
		17:50	Memonitor MAP Hasil : 127 mmHg Kesimpulan: perfusi darah ke ginjal tidak memadai	Yugsi/Yoserfus
		18:10	Memonitor tanda, gejala peningkatan TIK dan pola napas Hasil: TD: 170/91 mmHg N: 86x/menit, P : 24x/menit, pola napas ireguler, $Sp0_2$: 98% sesak napas menurun, tingkat kesadaran GCS 11 ($M_5 V_3 E_3$) Memonitor MAP : 117 mmHg Kesimpulan : Perfusi ke ginjal tidak memadai	Yugsi/Yoserfus
		18:30	Melaksanakan advis dokter : -Ct-Scan Kepala : Infark Cerebri bilateral dan pons	Yugsi/Yoserfus

			cerebri sisi kanan, atrofi cerebri, os. Cranium intak - foto thorax : Bronchitis Pasien di transfer ke Ruang ICU	

H. Evaluasi Keperawatan

Nama /Umur : Tn “B”/62 tahun

Ruangan : IGD

Tabel 3.5

Tanggal	DP	Evaluasi (S O A P)	Perawat
29 April 2024	II	Diagnosa keperawatan: risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi S: - O: - Tingkat kesadaran GCS 11($M_5V_3E_3$) - Tekanan darah belum membaik 170/91 mmhg MAP: 117 mmHg) - Nadi 86x/menit A: Pasien masih menunjukan tanda resiko perfusi serebral tidak efektif P:Intervensi dilanjutkan	Yugsi/Yoserfus
	II	Diagnosa Keperawatan : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan neurologis dibuktikan dengan sesak nafas, saturasi oksigen menurun S: - O: - Sesak nafas sedikit menurun - SpO2 : 98% - Frekuensi napas 24x/menit A: Pola napas belum teratasi P:Intervensi dilanjutkan	Yugsi/Yoserfus

DAFTAR OBAT

A. Farmakologi

1. Citicoline
   a. Nama obat : citicoline
   b. Klasifikasi/ golongan obat : obat keras/ neurotonics
   c. Dosisi umum : 500-1000 mg/IV/IM/hari
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg/iv (IGD)
   e. Cara pemberian obat : injeksi intravena
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      1) Mekanisme kerja : Citicoline bekerja dengan cara meningkatkan senyawa kimia di otak yang disebut phospoharidylcholine, senyawa ini memiliki peran dalam hal pengirim sinyal-sinyal dari dan menuju otak, melindungi otak yang rusak akibat cedera.
      2) Fungsi obat : Untuk mengatasi gangguan memori yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedera kepala.
   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan kepada pasien karena pasien mengalami kerusakan fungsi otak akibat penyumbatan pembuluh darah pada otak.
   h. Kontra indikasi : hipersensitivitas terhadap citicoline.
   i. Efek samping : Diare, mual, reaksi hipersensitifitas seperti gangguan vascular misalnya sakit kepala, insomania,serta perubahan tekanan darah sementara.
2. Mecobalamin
   a. Nama Obat : Mecobalamin
   b. Klasifikasi/golongan obat : Agen hematopoietik; nootropik, dan neurotronik/neurotropik.
   c. Dosis umum : 500 mg, 3x sehari
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg/ Drips
   e. Cara pemberian obat : Intravena

f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Fungsi untuk mengobati neuropati perifer (saraf tepi) dan anemia mengablastik yang disebabkan oleh defisiensi vitamin B12.
g. Alasan pemberian obat : Mecobalamin digunakan untuk mengatasi kekurangan vitamin B12. Kekurangan atau defisiensi vitamin B12 bisa menyebabkan neuropati perifer, anemia megaloblastik, atau glositis.
h. Kontra indikasi : Hindari konsumsi obat jika kamu punya riwayat alergi terhadap kandungan Mecobalamin
i. Efek samping obat : Efek samping yang dapat ditimbulkan karena Mecobalamine biasanya pasien akan mengalami mual atau muntah, hilang nafsu makan, diare, sakit kepala, anoreksia, ruam, dyspnea, sakit perut.

3. Dexamethasone
   a. Nama obat : Dexamethasone
   b. Klasifikasi / golongan obat : Kortikosteroid
   c. Dosis umum : Anak : 0.15 hingga 0.6 mg (maksimal 16mg) melalui suntikan IM atau IV/hari, dewasa : 0.5 hingga 24 mg melaui suntikan IM atau IV/hari
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5mg/iv
   e. Cara pemberian obat : i.v/i.m
   f. Mekanisme dan fungsi obat :
      1) Kortikosteroid bekerja dengan mempengaruhi kecepatan sintesis protein. Molekul hormon memasuki sel melewati membran plasma secara difusi pasif.
      2) Fungsi obat yang digunakan untuk meredakan peradangan pada beberapa kondisi, seperti reaksi alergi, penyakit autoimun, atau radang sendi.
   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : dexamethasone diberikan untuk cepat mengurangi mediator

inflamasi sehingga membantu meredakan/ mengurangi sesak.

h. Kontra indikasi : Kontraindikasi dexamethasone adalah pada kasus hipersensitivitas, infeksi akut yang tidak diobati, dan adanya infeksi jamur. Penggunaan pada pasien tuberkulosis juga perlu berhati-hati karena dapat membuat infeksi aktif kembali. Sementara itu, peringatan penggunaan dexamethasone adalah pada pasien dengan ulkus peptikum

i. Efek samping : Efek samping dexamethasone biasanya timbul pada penggunaan jangka panjang atau dalam dosis besar. Salah satu efek yang dapat timbul adalah supresi aksis *Hipotalamus Pituitari Adrenal* (HPA)

B. Non farmakologi

1. Terapi cairan (RL 500 CC)

   Ringer laktat adalah cairan isotonis dengan darah dan dimaksudkan untuk cairan pengganti. Ringer laktat merupakan cairan kristaloid digunakan antaranya luka bakar, syok, dan cairan preload pada operasi. Ringer laktat merupakan cairan yang memiliki komposisi elektrolit mirip dengan plasma. Satu liter cairan ringer laktat memiliki kandungan 130 mEq ion natrium setara dengan 130 mmol/L, 109 mEq ion klorida setara dengan 109 mmol/L, 28 mEq laktata setara dengan 28 mmol/L, 4 mEq ion kalium setara dengan 1,5 mmol/L. Anion laktat yang terdapat dalam ringer laktat akan dimetabolisme di hati dan diubah menjadi bikarbonat untuk mengkoreksi keadaan asidosis, sehingga ringer laktat baik untuk mengkoreksi asidosis.

2. Terapi Oksigen (0_2 Nasal kanul)

   Nasal kanul adalah alat bantu pernapasan yang diletakkan pada lubang hidung untuk mendukung kebutuhan oksigen pada pasien yang dapat bernapas spontan tapi membutuhkan dukungan oksigen tambahan misalnya pada kondisi hipoksia ringan sampai

sedang. Indikasi terapi oksigen secara umum adalah hipoksia, yang ditandai dengan paO2 < 60 mmHg dan SaO2 < 90%, yang dapat ditentukan dari pemeriksaan analisa gas darah maupun *pulse oximetry*.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Dalam bab ini, penulis akan membahas tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teoritis dengan pengamatan kasus nyata yang diperoleh dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn “B” dengan NHS di ruangan IGD Rumah Sakit Stella Makassar yang berlangsung selama ± 4 jam penanganan. Pada pembahasan ini, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

   Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, pemeriksaan penunjang dan hasil pengamatan langsung ke pasien.

   Berdasarkan pengkajian didapatkan data seorang laki-laki berusia 62 tahun diantar oleh keluarganya ke IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 29 April 2024 pukul 16.24 wita dengan diagnosis *Hemiparese Sinistra* e.c NHS *(Non Hemoragic Stroke*). Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadar dan sesak nafas sejak 2 jam yang lalu sebelum dibawah ke igd. Keluarga mengatakan sebelum pasien tidak sadar pasien mengeluh kram pada tubuh sebelah kanan kemudian terjatuh saat hendak buang air besar. Keluarga mengatakan pasien batuk sejak 2 minggu yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan mengkomsumsi obat amlodipine 10 mg namun pasien tidak rutin meminum obatnya. Keluarga pasien mengatakan pasien meiliki riwayat gula sejak 5 tahun yang lalu dan mengkomsumsi

obat metformin 500 mg. Keluarga pasien mengatakan pasien riwayat perokok aktif namun sudah berhenti sejak 5 tahun yang lalu. Dari hasil pengkajian didapatkan, kesadaran pasien apatis, GCS $M_5V_3E_3$, pasien tampak lemah mengalami penurunan kesadaran. Pemerikasaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah : 181/100 mmHg, Nadi : 64x/menit, suhu : 37^0C, pernapasan : 28x/menit, $Sp0_2$ 94%, pemeriksaan lain yang didapatkan foto thorax hasil menunjukkan bronchitis, ct-scan kepala hasil menunjukkan Infark Cerebri bilateral dan pons cerebri sisi kanan, atrofi cerebri, os. Cranium intak, hasil pemeriksaan darah lengkap: WBC 13.96 10^3/uL, RBC 2.18 10^6/Ul, HGB 7.1 g/dL, HCT 20.2 %, MCV 92.7 fl, MCH 32.6 Pg. Hasil pemeriksaan kimia darah (elektrolit): Natrium 124mmol/L, Kalium 3.1mmol/L, Chlorida 91mmol/L, Albumin 2.11g/L.

Saat masuk IGD pasien diberikan posisi semifowler, pemberian O_2 nasal 5L/menit, pemasangan infus dengan abocath 22, cairan yang terpasang RL 500 cc, pemberian 20 tpm, terapi yang diberikan adalah obat citicoline 500mg/iv, farbion 1a/drips, dexamethasone 1a/iv.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut ditemukan faktor risiko penyakit NHS pada pasien adalah penyakit hipertesi karena hipertensi memiliki efek besar pada truktur pembuluh darah otak. Faktor mekanik, saraf, dan humoral, semua berkontribusi terhadap perubahan komposisi dan struktur dinding serebrovaskular. Hipertensi mencetus timbulnya plak aterosklerotik di arteri serebral dan arteriol, yang dapat menyebabkan oklusi arteri dan cedera iskemik (Guang, 2011). Pada saat pengkajian juga ditemukan tanda dan gejala NHS pada pasien berupa kelemahan pada tubuh sebelah kanan, penurunan kesadaran, serta peningkatan tekanan darah dan nadi.

Nurarif (2016), bahwa pada pasien stroke mengalakondisi penurunan kesadaran. Penurunan kesadaran bisa disebabkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah yang menghambat aliran

darah menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus Tn “B” penulis mengangkat 2 diagnosa keperawatan, yaitu :

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Penulis mengakat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak 2 jam yang lalu sebelum masuk di IGD, keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya mengeluh kram pada badan sebelah kiri sebelum terjatuh saat hendak buang air besar, Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan mengkomsumsi obat amlodipine 10 mg namun pasien tidak rutin meminum obatnya. Keluarga pasien mengatakan pasien meiliki riwayat gula sejak 5 tahun yang lalu dan mengkomsumsi obat metformin 500 mg. Keluarga pasien mengatakan pasien riwayat perokok aktif namun sudah berhenti sejak 5 tahun yang lalu tampak keadaan umum lemah, tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS $M_5V_3E_3$, hasil pemeriksaan ct-scan kepala Infark Cerebri bilateral dan pons cerebri sisi kanan, atrofi cerebri, os. Cranium intak
b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Penulis mengangkak diagnose ini karena didapatkan data-data, tampak pasien sesak, pernapasan 28x/menit, $Sp0_2$ 94%, terdengar suara tambahan ronchi, suara nafas broncho-vesikuler, hasil pemeriksaan foto thorax bronchitis.

3. Rencana 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 observatif, tindakan mandiri perawat, edukasi, dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien.

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 5 intervensi yang sesuai dengan SIKI (2017) yaitu: monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), monitor MAP, monitor status pernapasan, berika posisi semi fowler/*head up* 30°, dan kolaborasi pemberian anti konvulsan dan anti hipertensi, jika perlu.
b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis ditandai dengan dyspnea, pola napas abnormal (takipnea). Pada diagnosa kedua ini penulis membuat 9 intervensi sesuai SIKI (2017) yaitu: monitor pola napas fowler, berikan oksigen , anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu, monitor frekuensi, irama, kedalaman, upaya napas, monitor saturasi oksigen, dokumentasi hasil pemantauan, dan jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan dilakukan ± 4 jam, berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat untuk setiap diagnosa keperawatan menurut kasus.

a. Diagnosa keperawatan I

Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, implementasi keperawatan pada Tn “B” yang dilakukan sesuai diagnosa dan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan adalah:

1) Manajemen peningkatan intracranial :

Implementasi yang dilakukan perawat IGD selama ± 4 jam adalah memberikan posisi semifowler/ head up 30^0, memberikan terapi citicoline 500mg/iv, farbion 1a/drips, dan memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK. Hasil yang didapatkan tekanan darah pasien mengalami penurunan dan pasien masih mengalami penurunan kesadaran.

Menurut Mustikarani & Mustofa (2020) posisi telentang dengan disertai head up menunjukkan aliran balik darah dari bagian inferior menuju ke atrium kanan cukup baik karena resistensi pembuluh darah dan tekanan atrium kanan tidak terlalu tinggi, sehingga volume darah yang masuk ke atrium kanan cukup baik dan tekanan pengisian ventrikel kanan meningkat, yang dapat mengarah ke peningkatan stroke volume dan *cardiac output*. Pasien diposisikan *head up* 30° akan meningkatkan aliran darah diotak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

b. Diagnosa keperawatan II

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan neurologis dibuktikan dengan sesak nafas, saturasi oksigen menurun, implementasi keperawatan pada Tn ”B” yang dilakukan sesuai diagnosa dan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan adalah:

1) Manajemen jalan nafas

Implementasi yang dilakukan perawat di instalasi gawat darurat selama ± 4 jam adalah memberikan terapi oksigen dari pemberian nasal kanul 5 liter/menit memasangkan infus RL 500 cc, menginjeksi obat dexamethasone 1a/iv, sesak pasien berkurang, frekuensi napas menurun.

2) Pemantauan respirasi

Implementasi yang dilakukan perawatan di instalasi gawat darurat selama ± 4 jam adalah memantau saturasi oksigen pasien, dan mendokumentasikan hasil pemantauan. Hasil yang didapatkan adalah saturasi pasien cukup membaik pada saat diberikan oksigen nasal 98%.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 29 April 2024 pada pasien Tn “B”merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 1x4 jam:

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dilakukan evaluasi masalah belum teratasi, dimana tingkat kesadaran pasien masih menurun, tekanan darah 170/91 mmHg (MAP: 117 mmHg), nadi 86x/menit.
b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dyspnea dan pola napas abnormal (takipnea). Sampai dilakukan evaluasi masalah belum teratasi, dimana sesak napas cukup menurun, frekuensi napas 24x/menit, SpO2: 98% (memakai oksigen nasal kanul 5 liter/menit)

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN

Penerapan Pemberian Posisi Elevasi Kepala 30° Terhadap Perubahan NHS di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

P : Masalah terkait dengan kasus pada pasien yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dimana pasien masuk RS dengan kondisi mengalami sesak, penurunan kesadaran, peningkatan tekanan darah dan hasil tanda-tanda vital didapatkan 181/100 mmHg, suhu:37°C, nadi: 64x/menit, pernapasan:28x/menit, SpO_2 94%.

I : Pemberian intervensi adalah tinggikan tempat tidur pada bagian kepala dengan posisi *head up* 30°. Pemantauan hemodinamik pasien dilakukan sebelum diberikan intervensi, dan setelah diberikan intervensI.

C : -

O : Pada responden pemenuhan kebutuhan oksigenasi otak sesudah dilakukan tindakan elevasi kepala 30° yaitu terjadi penurunan tekanan darah, peningkatan saturasi oksigen, sedangkan kesadaran tidak terjadi perubahan.

T : Tindakan dilakukan ± 4 jam pada tanggal 29 April 2023

a. Diagnosa Keperawatan

Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan denga hipertensi

b. Luaran Yang diharapkan

1) Tingkat kesadaran cukup meningkat
2) Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik

c. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Tinggikan tempat tidur pasien pada bagian kepala

d. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

1) Pengertian Tindakan

Posisi elevasi kepala 30 derajat adalah memposisikan kepala dan tubuh pasien dengan menaikkan tempat tidur 30 derajat dengan posisi tubuh datar bertujuan untuk mengontrol tekanan intracranial (TIK), memaksimalkan oksigenasi jaringan otak dan dapat meningkatkan aliran darah ke serebral (Ekacahyaningtyas et al. 2017)

2) Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep

Posisi kepala 30 derajat dapat memfasilitasi aliran darah serebral dan meningkatkan oksigenasi ke jaringan serebral sehingga dapat memperbaiki kondisi hemodinamik

3) PICOT EBN

a) Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pasien Stroke Iskemik (Wahyudin et al. 2024)

Problem	Penelitian ini dilakukan pada pasien stroke iskemik yang baru masuk di rumah sakit. Jumlah responden pada penelitian ini adalah 12 responden
Interention	Intervensi yang diberikan adalah elevasi kepala 30 derajat selama 30 menit dan pengukuran saturasi oksigen dilakukan sebelum dan sesudah intervensi elevasi kepala
Comparison	Penelitian ini tidak menggunakan pembanding
Outcome	Berdasarkan penerapan EBNP Posisi kepala naik 30 derajat, tercatat peningkatan nilai SPO2 setelah pemberian posisi tersebut. Pada onset <24 jam, rata-rata SPO2 meningkat dari 88% menjadi 93% sementara pada onset <48 jam, rata- rata SPO2 meningkat dari 91% menjadi 95%. Pada onset H>7, terjadi peningkatan rata-rata SPO2 dari 95% menjadi 99%
Time	Maret-Juli 2023 selama 30 menit

b) Posisi Head Up 30 Derajat Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Hemoragik Dan Non Hemoragik (Ekacahyaningtyas et al. 2017)

Problem	penelitian di lakukan di ruangICU RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso. Dengan menggunakan sampel sebanyak 30 responden.
Interention	peneliti memberikan intervensi dengan memposisikan head up 30 derajat Yaitu posisi kepala ditinggikan 30 derajat dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit dan melakukan pengukuran saturasi sebelum dan sesudah Tindakan elevasi kepala
Comparison	Penelitian ini tidak menggunakan jurnal pembanding
Outcome	Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen setelah intervensi (sebelum pemberian posisi 97.07% dan setelah pemberian posisi 98.33%).
Time	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2017

c) Increasing Oxygen Saturation With Head-Up Potition In Stroke Non Hemoragic Patient (Imani et al. 2023)

Problem	Penelitian dilakukan di rumah sakit RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo. Sampel penelitian ini berjumlah 1 pasien
Intervention	Intervensi dilakukan pada dua kali shift jaga (pagi dan siang) selama 30 menit. Tindakan dimulai dengan pengukuran SaO2, RR terlebih dahulu. Kemudian dilanjutkan dengan pemberian posisi head-up dengan memperhatikan posisi bahu, leher, kepala pada satu garis lurus. Pasien diberikan posisi head-up selama 30 menit, setelah itu dilakukan kembali pemeriksaan SaO2 dan RR
Comparison	Penelitian ini tidak menggunakan jurnal pembanding
Outcome	Pemberian evidence based practice posisi head up pada pasien stroke non-hemoragik yang mengalami sesak nafas mengalami peningkatan saturasi oksigen menjadi 99%. Pola napas pada pasien membaik ditandai dengan dispnea menurun, RR 22x/menit, tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, dan pasien tampak tenang
Time	Penelitian ini dilakukan di bulan februari 2023

4) Hasil dari Kesimpulan EBN

Stroke merupakan suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh darah otak, cedera dapat disebabkan oleh sumbatan dan penyempitan, menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai, menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak,gangguan bicara, proses pikir, daya ingat dan dapat menyebabkan kematian (Dr. Fery Mendrofa, 2020).

Pada kasus penulis temukan sebelum dilakukan Tindakan pemberian posisi elevasi kepala 30° pada Tn. B didapatkan bahwa tekanan darah 181/100 mmHg, N: 64 x/menit, SPO2 : 94%, setelah dilakukan peberian posisi elevasi kepala 30° selama 15 menit didapatkan hasil tekanan darah pasien 174/89 mmHg, N: 72 x/menit, yang berarti pemberian posisi elevasi kepala 30° dapat meingkatkan status hemodinamik pada pasien stroke non hemoragik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh (Ekacahyaningty et al, 2017) yg melakukan penelitian di ruang ICU RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso. Dengan menggunakan sampel sebanyak 30 responden. Peneliti memberikan intervensi dengan memposisikan head up 30 derajat yaitu posisi kepala ditinggikan 30 derajat dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit dan melakukan pengukuran saturasi sebelum dan sesudah Tindakan elevasi kepala. Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen setelah intervensi (sebelum pemberian posisi 97.07% dan setelah pemberian posisi 98.33%).

Dari artikel pendukung diatas penulis menarik kesimpulan bahwa pemberian posisi elevasi kepala 30° efektif dalam memperbaiki kondisi hemodinamik pada pasien stroke non hemoragik sehingga dapat di implementasikan sebagai Evidence Based Nursing didalam praktik keperawatan

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien NHS di ruangan IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian : Berdasarkan pengkajian didapatkan seorang pasien usia 62 tahun masuk di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 29 April 2024 dengan keluhan sesak nafas, penurunan kesadaran, lemah pada badan sebelah kiri. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadar dan sesak nafas sejak 2 jam yang lalu sebelum dibawah ke IGD. Keluarga mengatakan sebelum pasien tidak sadar pasien mengeluh kram pada tubuh sebelah kanan kemudian terjatuh saat hendak buang air besar. Keluarga mengatakan pasien batuk sejak 2 minggu yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan mengkomsumsi obat amlodipine 10 mg namun pasien tidak rutin meminum obatnya. Keluarga pasien mengatakan pasien meiliki riwayat gula sejak 5 tahun yang lalu dan mengkomsumsi obat metformin 500 mg. Keluarga pasien mengatakan pasien riwayat perokok aktif namun sudah berhenti sejak 5 tahun yang lalu. Pasien tampak sakit berat, tampak pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS $M_5V_3E_3$). Dilakukan pemeriksaan diagnostik CT-Scan kepala pada tanggal 29 April 2024 dengan hasil Infark Cerebri bilateral dan pons cerebri sisi kanan, atrofi cerebri, os. Cranium intak. Hasil pemeriksaan darah lengkap : WBC 13.96 10^3/uL, RBC 2.18 10^6/Ul, HGB 7.1 g/dL, HCT 20.2 %, MCV 92.7 fl, MCH 32.6 Pg.

Hasil pemeriksaan kimia darah (elektrolit): Natrium 124 mmol/L, Kalium 3.1 mmol/L, Chlorida 91 mmol/L, Albumin 2.11g/L. Hasil obervasi tanda-tanda vital yaitu tekanan darah: 181/100 mmHg, suhu 37^0C, pernapasan 28x/ menit, nadi : 64x/menit, Sp02: 94%. Penurunan kesadaran merupakan tanda pertama pada gangguan neurologis karena pasokan darah keotak terganggu atau terjadinya sumbatan pembuluh darah yang mengarah ke otak. Sehingga darah tidak sampai keotak, sehingga menyebabkan asupan oksigen pada otak menjadi minimum dan membuat pengidapnya dapat mengalami penurunan kesadaran (Fauzi et al. 2022)

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi dan pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis.
3. Intervensi Keperawatan : Dari rencana keperawatan yang telah penulis rencanakan, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi observasi, terapeutik, edukasi,dan kolaborasi. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan sarana yang ada di rumah sakit. Intervensi yang dilakukan di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar dapat disimpulkan bahwa pasien stroke dapat menerapkan *Evidance Based Nursing* (EBN) yaitu pemberian posisi *head up* 30° yang terbukti efektif dalam memfasilitasi aliran darah serebral dan meningkatkan oksigenasi ke jaringan serebral sehingga dapat memperbaiki kondisi hemodinamik pasien.
4. Implementasi Keperawatan : Pada saat melakukan tindakan keperawatan dibantu oleh rekan dan para perawat sehingga semua implementasi bisa berjalan dengan baik.
5. Evaluasi Keperawatan : Dari hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan, didapatkan pada diagnosis pertama dan kedua masalah belum teratasi.

B. Saran

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

1. Bagi Rumah Sakit Pihak rumah sakit diharapkan tetap mempertahankan, memperhatikan, mengembangkan, mutu pelayanan keperawatan kearah pelayanan yang komprehensif. Pihak rumah sakit juga diharapkan dapat menerapkan *Evidance Based Nursing* (EBN) yaitu pemberian posisi *head up* 30° pada pasien stroke.
2. Bagi Perawat
   a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi keluarga, masyarakat, dan perawat sendiri.
   b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subjektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat.
   c. Tetap memperhatikan dan meningkatkan kerjasama tim maupun petugas kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan agar kondisi perkembangan pasien dapat tetap dipantau.
   d. Hendaknya dapat menerapkan *Evidance Based Nursing* (EBN) yaitu pemberian posisi *head up* 30° pada pasien stroke yang terbukti efektif dalam memfasilitasi aliran darah serebral dan meningkatkan oksigenasi ke jaringan serebral sehingga dapat memperbaiki kondisi hemodinamik pasien.
3. Bagi Institusi Diharapkan menambah buku-buku referensi yang berhubungan dengan penyakit stroke non hemoragik sehingga

dimasa yang akan datang mahasiswa(i) dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit tersebut.

4. Bagi Mahasiswa Hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan dapat bersungguh-sungguh dalam menerapkan teori dan keterampilan yang didapatkan diperkuliahan ke ruang perawatan, sehingga dapat terjadi kesinambungan dan keterkaitan yang erat antara teori yang diperoleh dalam perkuliahan dengan praktik yang nyata pada pasien yang ada di rumah sakit dan diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.
5. Bagi Pasien atau Keluarga Untuk mencegah terjadinya gejala stroke yang berulang, dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat, batasi mengkomsumsi makanan asin dan makanan tinggi kolesterol.

DAFTAR PUSTAKA

Debora, Rini. 2019. “Peran Perawat Dalam Tindakan Rehabilitatif Paisen Pasca Stroke Di Rumah Sakit.” (197046015).

Dr. Fery Mendrofa, M.Kep, Sp. Ko. 2020. *Keperawatan Restotasi Bagi Keluarga Dengan Stroke*. Semarang: CV. CATUR KARYA MANDIRI.

Ekacahyaningtyas, Martina et al. 2017. “Posisi Head Up 30 Derajat Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Hemoragik Dan Non Hemoragik.” *Adi Husada Nursing Journal* 3(2):55–59.

Fauzi, Akhmad et al. 2022. “The Relathionship of Vital Signs With Gcs of Stroke Patients.” *Jurnal Keperawatan Malang* 7(1):89–103. doi: 10.36916/jkm.v7i1.164.

Firdarany[1], F., & La Saudi, A. L. D. R. 2022. “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cerebro Vaskuler Disease Stroke Iskemik Berdasarkan Sdki Dan Siki Di Rumah Sakit Wilayah Jakarta Selatan.” *Indonesian Journal of Nursing Scientific* 2(1):26–33.

Imani, Nadia Nur et al. 2023. “Increasing Oxygen Saturation With Head-Up Potition in Stroke Non-Hemoragik Patient6.” *Prosiding Seminar Nasional …* 5(2):9–15.

KEMENKES. 2018. “Kementrian Kesehatan RI 2018 Nasional.”

Kozier, E. 2016. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses & Praktik*. Yogyakarta.

Lukman. 2023. “Jurnal Penelitian Perawat Profesional Pencegahan Tetanus.” *British Medical Journal* 2(5474):1333–36.

Maria, I. 2021. *Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Dan Asuhan Keperawatan Stroke.* Yogyakarta: CV. Budi Utama.

Mauliddiyah, Diyaul et al. 2022. “Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH).” *Journal of Management Nursing* 2(1):168–72. doi: 10.53801/jmn.v2i1.74.

Mazidah, Zulfa et al. 2019. “Analisis Biaya Penyakit Stroke Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Di RSUD Blambangan Banyuwangi.” *JURNAL MANAJEMEN DAN PELAYANAN FARMASI (Journal of Management and Pharmacy Practice)* 9(2):76–87. doi: 10.22146/jmpf.41984.

Mete, Petrus. 2023. “Asuhan Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Cerebral Pada Pasien Stroke Non Hemoragic Di Ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD. Dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan.”

Muntizari, Dian. 2021. “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Penderita Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Resiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif.” (June):7–38.

Nurshiyam, Nurshiyam et al. 2020. “Nursing Care in Meeting Physical Mobility Needs Inpatients Non Hemorrhagic Stroke in Rskd Dadi Makassar.” *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar* 11(1):90. doi: 10.32382/jmk.v11i1.1555.

Nurul, Marjanah. 2024. “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik.” *British Medical Journal* 2(5474):1333–36.

Rahayu, Pebriana Puji et al. 2023. “Pemberian Posisi Head Up 30° Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Indriati.” *Karya Ilmiah Akhir Ners* 10.

Sarani, Dita. 2021. “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Ketidakberdayaan.” 4(3):410–19.

SIKI. 2017. *Standar Intervensi Keperawatan: Definisi Dan Indikator Diagnostik (1sted)*. Jakarta: DPP PPNI.

Sulistyowatia, Dwi et al. 2020. “Ubungan Self Efficacy Dengan Perilaku Self Care (Dengan Pendekatan Teori Orem) Pasien Stroke Di Poli Saraf Rsud Prof.Dr.Wz Johannes Kupang.” *CHM-K Applied Scientifics Journal* 3(3):70–75.

Syamsuddin, Fadli et al. 2023. “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Pemberian Latihan Pemasangan Puzzle Jigsaw Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstermitas Atas RSUD PROF. DR. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo.” *MAHESA : Malahayati Health Student Journal* 3(11):3701–16. doi: 10.33024/mahesa.v3i11.11485.

Utama, Yofa Anggriani et al. 2022. “Faktor Resiko Yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis.” *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi* 22(1):549. doi: 10.33087/jiubj.v22i1.1950.

Utomo, Tranggono Yudo. 2022. “Karakteristik Faktor Resiko Stroke Hemoragik Dan Non Hemoragik Di RSUD Bekasi.” 7(8.5.2017):2003–5

Wahyudin, M. Didin et al. 2024. “Penerapan Evidence Based Nursing Practice Pemberian Head Up 30 Derajat Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pasien Stroke Iskemik.” *MAHESA : Malahayati Health Student Journal* 4(3):1178–88. doi: 10.33024/mahesa.v4i3.14084.

Wahyuni, Ening et al. 2023. “Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit Hermina Bekasi.” *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik* 6(1):25–33. doi: 10.48079/jikal.v6i1.98.

WHO. (2022). World stroke day 2022. Retrieved May 15, 2024, from World

Health Organization website: https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022

Wibowo, adi krisna et al. 2021. “Asuhan Keperawatan Gerontik Tn . T Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Dengan Masalah Utama Stroke Non Hemoragik.” *Jurnal Keperawatan* 1089–93.

RIWAYAT HIDUP



1. **Identitas Pribadi**

Nama	: Yoserfus Nong Veni
Tempat/Tanggal Lahir	: Maumere, 06- 08-1990
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Alamat	: Jln.Bangau No. 28, Makassar

2. **Identitas Orang Tua**

Ayah/ibu	: Yosef Firkanis (alm) / Yuvita Nona Lence
Agama	: Katholik
Pekerjaan	: - / IRT
Alamat	: Flores, NTT

3. **Pendidikan Yang Telah Ditempuh**

SDK Bei	: 1996-2002
SMPK Reinha Rosario	: 2002-2005
SMAN 1 Maumere	: 2005-2008
STIK Stella Maris (DIII)	: 2009-2012
STIK Stella Maris (S1)	: 2021-2023
STIK Stella Maris (NERS)	: 2023-2024

Dipindai dengan CamScanner

RIWAYAT HIDUP



Identitas Diri

Nama	: Yugsi Sangsksop Bisa
Tempat / Tanggal Lahir	: Lempo, 03 Juni 1993
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jln, Wijaya Kusuma 1 K2 NO. 40

Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu	: Yunus Bisa / Rosmita Lolo
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: PNS/PNS
Alamat	: Lempo (Toraja Utara)

Pendidikan yang Telah Ditempuh

SDN 31 Inpres Lempo Sesean	: 1999-2005
SMPN 4 Sesean	: 2005-2008
SMAN 2 Rantepao	: 2008-2011
STIK Stella Maris Makassar	: 2011-2014 (D3 Keperawatan)
STIK Stella Maris Makassar	: 2021-2024

Dipindai dengan CamScanner

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Yoserfus Nong Veni (NS2314901126)
2. Yugsi Sangsksop Bisa (N2314901126)

Program : Profesi Ners

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

Judul Karya Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Non Heroragic Stroke* (NHS) di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf		
			Pembimbing	I	II
1	29 April 2024	Melapor Kasus			
2	21 Mei 2024	Konsultasi Hasil pengkajian : a. Lengkapi Data pengkajian b. Memperhaatikan data-data pasien pada bagian analisa data c. Memperhatikan hasil pemeriksaan pasien			

Dipindai dengan CamScanner

3	29 Mei 2024	Konsultasi Pengkajian-Intervensi a. Perhatikan Kembali rencana keperawatan b. Tambahkan EBN c. Perbaiki bab IV dan bab V			
4	5 Juni 2024	Konsultasi Bab III-Bab V a. Tambahkan Kesimpulan EBN b. Lengkapi pengetikan			
5	10 juni 2024	Konsultasi Keseluruhan KIA			

Dipindai dengan CamScanner