

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK PADA NY.R DI RUANGAN ICU
RS SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



**Oleh :
Sr.M.Marta Simatupang FSE**

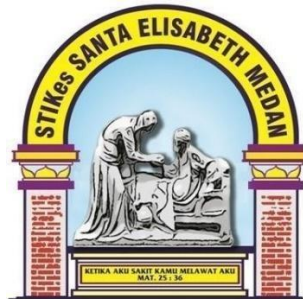
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS
PADA NY.R DENGAN STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI
RUANGAN ICU RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

Sr.M.Marta Simatupang FSE

NIM. 052025066

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN PROGRAM STUDI NERS TAHAP PROFESI
TAHUN 2025**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 08 Desember 2025

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



PRODI NERS

(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Nani, M.Kep., DNsc)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN
TIM PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 08 Desember 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua: Lili Suryani Tumanggor, S.Kep., Ns., M.Kes

.....

Anggota I: Mardiaty Barus, S.Kep., Ns., M.Kep

.....

Anggota II: Sri Martini, S.Kep., Ns., M.Kep

.....



LEMBAR PERESETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh:
Sr.M.Marta Simatupang FSE

Medan, 08 Desember 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji

(Lili Suryani Tumanggor, S.Kep., Ns., M.Kes)

Anggota I

(:Mardiaty Barus, S.Kep., Ns., M.Kep)

Anggota II

(Sri Martini, S.Kep., Ns., M.Kep)



SINOPSIS

Sr.M.Marta Simatupang FSE, 052025066

Asuhan Keperawatan Kritis pada Ny.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

Program Studi Profesi Ners 2025

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik merupakan gangguan aliran darah ke otak yang terjadi akibat tidak adanya pasokan darah membawa oksigen dan nutrisi ke otak karena terhambatnya pembuluh darah vena oleh lemak yang disebut plak sehingga jaringan otak menjadi iskemik. Kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat dan menjadi pedoman dalam terjadinya penyakit tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Kritis pada Ny.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan. Hasil: Tanda dan gejala yang timbul pada kasus stroke non hemoragik didapatkan semua sesuai dengan teori dan data yang ditemukan di lapangan, selain itu penentuan diagnosa keperawatan juga disesuaikan dengan SDKI yang didapat. Selain itu penentuan perencanaan yang telah diberikan pada klien dengan stroke non hemoragik berupa pemberian posisi *head up* 30°, melakukan penghisapan lendir (*suction*), memenuhi nutrisi pasien dan mencegah dekubitus akibat pasien tirah baring.



HALAMAN DEPAN	i
PERSYARATAN GELAR	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Penyakit	7
1. Pengertian.....	7
2. Etiologi.....	10
3. Patofisiologi	13
4. Manifestasi Klinis	15
5. Pemeriksaan Diagnostik	17
6. Deteksi Dini	19
7. Komplikasi	19
8. Penatalaksanaan Medis.....	20
B. Konsep Dasar Keperawatan	22
1. Pengkajian Keperawatan	22
2. Diagnosis Keperawatan.....	27
3. Intervensi Keperawatan.....	29
BAB 3 TINJAUAN KASUS	42
BAB IV PEMBAHASAN	72
A. Pengkajian	72
B. Diagnosa Keperawatan	75
C. Intervensi	77
D. Implementasi	79
E. Evaluasi.....	79
F. Keterbatasan Penulisan.....	81
BAB V PENUTUP.....	82
A. Simpulan.....	82
B. Saran	84
DAFTAR PUSTAKA.....	86

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Profesi Ners Stikes Santa Elisabeth Medan yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Kritis pada Ny. R dengan SNH di Ruang Santo Antonius (ICU) RS Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”**. Karya ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang profesi Ilmu keperawatan program studi Ners di sekolah tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan. Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai. Ucapan terima kasih ini penulis tujukan kepada :

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan sekaligus Penguji III yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan serta telah memberi waktu dalam memberikan arahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini
2. Dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp.OT (K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus kelolaan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan.



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

3. Lindawati Farida Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Selaku Ketua Program Studi Ners yang telah membantu, membimbing serta mengarahkan penulis selama mengikuti pendidikan.
4. Lili suryani tumanggor, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah sabar dan banyak memberi waktu untuk membantu dan membantu dengan baik serta memberi saran dan arahan dalam penyusunan karya ilmiah ini.
5. Mardiaty barus, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen Pembimbing sekaligus Penguji II yang telah memberi waktu dalam membimbing dan mengarahkan penulis dengan penuh kesabaran dan memberikan ilmu yang bermanfaat selama proses menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
6. Sri Martini, S.Kep., Ns., M.Kep, Selaku dosen penguji III yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Seluruh dosen dan Tenaga Kependidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik, dan memotivasi dan membantu dalam menjalani pendidikan.
8. Teristimewa kepada para suster Kongregasi Fransiskus Santa Elisabeth yang selalu setia memberikan dukungan baik melalui doa-doa dan motivasi yang positif maupun material.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa/i Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan stambuk 2024 yang telah berjuang bersama-sama dan saling memberikan dukungan.



Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih belum sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Medan, Desember 2025
Penulis

(Sr.M.Marta Simatupang FSE)

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan masalah kesehatan yang utama dan banyak ditemukan di masyarakat. Stroke tidak hanya di Indonesia saja melainkan menjadi kasus yang serius yang dihadapi hampir di seluruh dunia. Stroke terjadi karena tersumbatnya aliran darah ke otak sehingga terjadi gangguan neurologis yang dapat menyebabkan kematian, kelumpuhan anggota gerak, kecacatan, gangguan bicara / bicara pelo, gangguan proses fikir atau daya ingat. Stroke dapat menyebabkan kematian karena menyerang secara mendadak pada penderitanya. Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2020, stroke menjadi penyakit penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia (WHO, 2020).

Stroke merupakan penyakit serebrovaskular yang dapat terjadi secara tiba-tiba dan merupakan kondisi kegawatdaruratan, hal ini disebabkan adanya penyumbatan pembuluh darah di otak, sehingga mengakibatkan kurangnya suplai oksigen dalam darah yang diangkut menuju otak, serta dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak, kecacatan, hingga kematian apabila tidak segera ditangani dengan baik (Kiswanto & Chayati, 2021).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa, sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia 85% mengalami stroke iskemik dari jumlah stroke yang ada. Penyakit hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus stroke di dunia. Data World Health Organization (WHO) menunjukkan setiap tahun terdapat 13,7 juta kasus stroke baru, dan sebanyak 5,5 juta kasus kematian akibat stroke. World Stroke Organization (WSO) 1 dari 6 orang di dunia mengalami serangan stroke selama hidupnya, stroke menjadi penyebab nomor 1 pasien dirawat di rumah sakit yaitu 20% dalam 28 hari pertama perawatan, data American Health Association (AHA) setiap 40 detik ditemukan 1 kasus baru stroke atau sebanyak 795.000 pasien stroke baru atau berulang terjadi setiap tahunnya dan diperkirakan 1 pasien stroke meningeal setiap 4 menit (Zaqiah et al., 2024).

Berdasarkan data-data diatas banyaknya penderita stroke di Indonesia, menunjukkan bahwa pola hidup yang sehat masih banyak diabaikan oleh masyarakat. Selain itu juga, penyakit ini membutuhkan perawatan dan pemulihan yang lama sehingga membutuhkan biaya yang besar. Penderita juga dapat mengalami gejala sisa atau kecacatan sehingga berdampak pada menurunnya tingkat produktivitas serta dapat menyebabkan terganggunya sosial ekonomi keluarga.

Peningkatan jumlah penderita, angka kecacatan yang tinggi, serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan juga cukup tinggi, hal ini menjadi masalah untuk kita semua terutama bagi dunia keperawatan, karena stroke masih menjadi masalah kesehatan yang perlu menjadi perhatian khusus, sehingga masalah kesehatan ini harus segera ditangani dengan serius dan dibutuhkan

Stroke non hemoragik biasanya terjadi karena tersumbatnya pembuluh

darah otak yang disebabkan oleh thrombosis, emboli, dan hipoperfusi global yang mengakibatkan menurunnya suplai darah ke jaringan otak dan menjadi iskemia. Adapun beberapa faktor risiko yang mengakibatkan terjadinya stroke non hemoragik yaitu hipertensi, penyakit kardiovaskuler, asam urat, diabetes melitus, umur, jenis kelamin, dan faktor risiko lainnya seperti merokok, konsumsi alkohol yang berlebihan, penggunaan kokain, obesitas, dan riwayat stroke (Pradana & Faradisi, 2021).

Dampak yang paling serius yang ditimbulkan oleh penyakit stroke yaitu kematian. Namun jika penderita stroke tidak meninggal, akibat yang umumnya dirasakan adalah kelemahan pada anggota gerak (hemiparesis) hingga kecacatan. Kelemahan anggota gerak pada klien stroke dapat mempengaruhi kekuatan otot, melemahnya otot disebabkan oleh kurangnya suplai darah ke otak. Kelainan pada sistem neurologis dapat bertambah jika ada pembengkakan di area otak (oedema serebri) sehingga tekanan di dalam rongga otak meningkat. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan lebih lanjut pada jaringan otak (Pradana & Faradisi, 2021).

Salah satu masalah keperawatan yang perlu penanganan lebih lanjut pada klien stroke yaitu gangguan mobilitas fisik, karena klien stroke akan merasa kehilangan kekuatan pada anggota gerak atau mengalami kelemahan anggota gerak sehingga penderita akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas

karena keterbatasan ruang gerak. Oleh karena itu peran perawat dalam hal ini yaitu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh meliputi bio psiko

sosio kultural spiritual. Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat kepada klien stroke dengan gangguan mobilitas fisik diantaranya adalah dengan latihan rentang gerak atau *Range of Motion* (ROM) dan latihan mobilisasi karena tindakan ini sangat efektif untuk mencegah terjadinya kekakuan pada otot. Selain itu perawat juga memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang tujuan peningkatan mobilitas fisik. Pasien stroke dimungkinkan mengalami gangguan transfer oksigen atau cerebro blood flow menurun, yang mengakibatkan penurunan perfusi jaringan, dan menyebabkan iskemik. Salah satu tindakan yang bisa dilakukan adalah head up 30°. Penerapan posisi head up 30 derajat terhadap nilai saturasi oksigen pada pasien stroke, implementasi melakukan pemberian posisi head up 30 derajat dengan waktu selama 30 menit selama 1- 3 hari dilakukan sesuai dengan sop (Rachmawati et al., 2022).

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada NY. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang ICU RS Santa Elisabeth Medan”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan kepada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan
- b. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan
- c. Mahasiswa mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan
- d. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan

3. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan
- b. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan
- c. Mahasiswa mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan
- d. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang antonius RS Santa Elisabeth Medan

C. Manfaat Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak terkait, antara lain :

1. Institusi Pendidikan

Digunakan sebagai bahan bacaan ilmiah, pedoman studi bagi mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke non hemoragik.

2. Profesi Keperawatan

Untuk memberikan pemahaman serta pengetahuan mengenai asuhan keperawatan kepada klien dengan stroke non hemoragik meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

3. Lahan Praktek

Menjadi pedoman bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik sehingga lebih mudah dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

4. Masyarakat

Sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan pada masyarakat agar mengetahui perkembangan, dampak, pencegahan, dan penanganan stroke.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Stroke merupakan gangguan aliran darah ke otak yang mengakibatkan hilangnya fungsi otak. Kerusakan pada area otak yang mengontrol fungsi-fungsi seperti berbicara, bernafas, berjalan dan berpikir merupakan akibat dari gangguan aliran darah ke otak sehingga aliran oksigen ke otak ikut terganggu. Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan vaskular, baik perdarahan spontan pada otak (stroke perdarahan) maupun suplai darah yang inadekuat (stroke iskemik) sebagai akibat dari penyakit pembuluh darah seperti trombotik atau emboli (Charismah & Putri, 2021).

stroke non hemoragik dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien. Stroke non hemoragik didefinisikan sebagai infark otak, sumsum tulang belakang atau retina dan mewakili semua stroke secara menyeluruh (Utomo, 2022). Menurut (Hariyanti et al, 2020) stroke non hemoragik yaitu penyakit/gangguan fungsi saraf yang terjadi secara tiba-tiba akibat terhentinya aliran darah di otak. Stroke non hemoragik merupakan stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah akibat adanya gangguan suplai darah ke otak sehingga aliran darah ke otak terhenti (Tamburion et al., 2020). Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah. Akibatnya, sebagian otak tidak menerima suplai darah yang membawa oksigen yang diperlukan, sehingga mengalami kematian sel/jaringan (P2PTM Kemenkes, 2019).

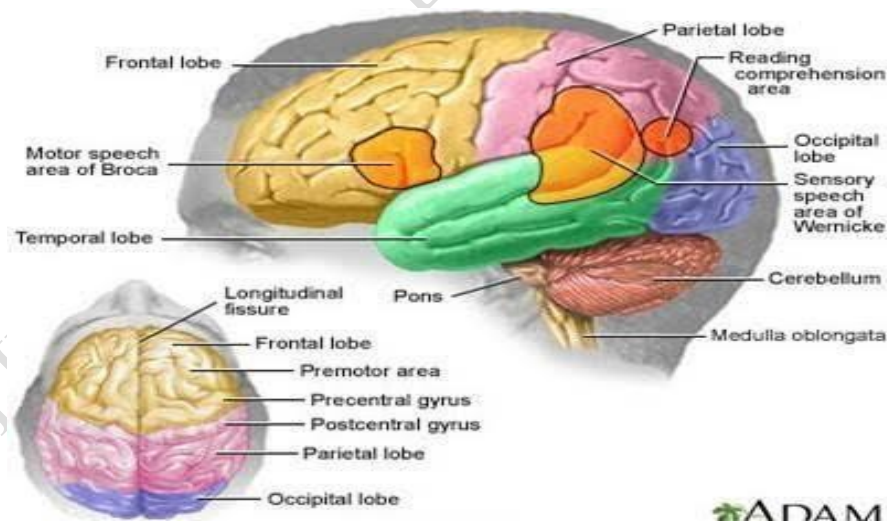
Sebagian besar stroke iskemik tidak mengalami penurunan tingkat kesadaran dalam 24 jam pertama, kecuali adanya kondisi lain seperti kejang, peningkatan TIK, atau perdarahan. Gejala stroke iskemik dapat berkembang dalam 72 jam pertama karena infark dan edema serebral meningkat. Stroke embolisme yang berupa gumpalan darah, gelembung udara, atau kolesterol yang di bawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Stroke emboli terjadi ketika embolus masuk dan menyumbat arteri serebral, mengakibatkan infark dan edema area yang disuplai oleh pembuluh darah yang terlibat. Emboli adalah penyebab paling umum kedua dari stroke, terhitung sekitar 24 % dari stroke. Kebanyakan emboli berasal dari lapisan endokardium (dalam) jantung, dengan plak pecah dari endokardium dan memasuki sirkulasi. Embolus bergerak ke atas ke sirkulasi serebral dan bersarang di mana pembuluh menyempit atau bercabang dua (terbelah). Kondisi jantung yang berhubungan dengan emboli termasuk fibrilasi atrium, infark miokard, endokarditis infeksi, penyakit jantung rematik, prostesis katup, dan cacat septum atrium. Penyebab emboli yang kurang umum termasuk udara dan lemak dari patah tulang panjang (misalnya, tulang paha). Klien dengan stroke embolik umumnya memiliki gejala klinis berat yang terjadi secara tiba-tiba. Stroke embolik dapat mempengaruhi semua kelompok umur. Penyakit jantung rematik merupakan salah satu penyebab stroke embolik pada klien dewasa muda hingga paru baya. Embolus yang timbul dari plak aterosklerotik lebih sering terjadi pada usia dewasa (Hermanto, 2023)

Jadi, stroke non hemoragik adalah gangguan persarafan yang terjadi secara mendadak/tiba-tiba pada penderitanya yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah sehingga aliran darah ke otak mengalami gangguan.

2.1.2 Anatomi Fisiologis

Otak manusia kira-kira mencapai 2% dari berat badan dewasa. Otak bertanggung jawab terhadap bermacam-macam sensasi atau rangsangan terhadap kemampuan manusia untuk melakukan gerakan-gerakan yang disadari, dan kemampuan untuk melaksanakan berbagai macam proses mental, seperti ingatan atau memori, perasaan emosional, intelegensi, berkomunikasi, sifat atau kepribadian, dan pertimbangan.

A) Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Elvarisya, 2021)

b. Fisiologis

1) Sistem saraf pusat

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

a) Otak Besar (Cerebrum)

Cerebrum merupakan bagian terbesar otak dan menempati *fossa cranial* tengah dan anterior. Otak besar mempunyai fungsi dalam mengatur semua aktifitas mental, yang berkaitan dengan kepandaian (intelektensi), ingatan (memori), kesadaran, dan pertimbangan. Kecerdasan intelektual atau IQ manusia juga ditentukan oleh kualitas cerebrum. Secara umum, belahan-belahan otak kanan mengontrol sisi kiri tubuh, dan belahan otak kiri mengontrol sisi kanan tubuh. Otak kanan terlibat dalam kreatifitas dan kemampuan artistik. Sedangkan otak kiri untuk logika dan berpikir rasional. Cerebrum dibagi menjadi 4 bagian yang disebut lobus:

1. Lobus Frontal

Terletak di daerah otak bagian depan. Berfungsi dalam mengatur emosi, perencanaan, kreatifitas, penilaian, gerakan, dan pemecahan masalah. Lobus frontal dibagi kedalam korteks prefrontal, area premotor dan area motor.

2. Lobus Parietal

Terletak di belakang lobus frontal dan di bagian belakang atas otak. Berfungsi dalam pengaturan suhu, rasa, tekanan, sentuhan, dan rasa sakit. Beberapa fungsi bahasa juga dapat dikendalikan di Cerebellum (otak kecil) terletak di *fossa cranii posterior* dan bagian superiornya ditutupi oleh tentorium cerebeli. Cerebellum mempunyai fungsi utama dalam koordinasi terhadap otot dan tonus otot, keseimbangan dan posisi tubuh. Cerebellum dibagi menjadi 3 lobus utama. Lobus Anterior: berfungsi dalam regulasi tonus otot dan mempertahankan sikap badan.

1. Lobus Medius/Lobus Posterior: berfungsi dalam koordinasi dalam berbagai gerakan lincah.
2. Lobus flocculonodularis: Berfungsi mempertahankan keseimbangan
3. Lobus Temporal

Terletak di setiap sisi otak. Kebanyakan pendengaran dan fungsi bahasa dikendalikan di lobus temporal. Proses emosi, belajar dan pendengaran juga terletak di lobus temporal.

4. Lobus Oksipital

Terletak di bagian punggung bawah otak dibagian belakang kepala. Penglihatan dan kemampuan untuk mengenali objek dikendalikan di lobus oksipital. Retina mata mengirimkan masukan ke lobus oksipital otak yang kemudian menafsirkan sinyal sebagai gambar.

5. Lobus Temporal

Terletak disetiap sisi otak. Kebanyakan pendengaran dan fungsi bahasa dikendalikan di lobus temporal. Proses emosi, belajar dan pendengaran juga terletak di lobus temporal.

6. Lobus Oksipital

Terletak di bagian punggung bawah otak dibagian belakang kepala. Penglihatan dan kemampuan untuk mengenali objek dikendalikan di lobus oksipital. Retina mata mengirimkan masukan ke lobus oksipital otak yang kemudian menafsirkan sinyal sebagai gambar.

b) Batang Otak (*Brainstem*)

Batang otak merupakan struktur pada bagian posterior (belakang) otak. Pada gerak volunter, batang otak merupakan jalur yang dilalui implus rangsang sebelum mencapai cerebrum. Impuls rangsang diantarkan oleh traktus *ascendens* (serat-serat saraf yang menghantarkan implus ke otak) untuk diolah otak, lalu impuls respon dihantarkan oleh traktus *descendens*. Pada perbatasan antara batang otak dan sum-sum tulang belakang medulla spinalis terjadi penyilangan serat-serat kortikospinal dari cerebrum ke medulla spinalis. Serat-serat kortikospinal dari otak kiri menyilang ke bagian kanan medulla spinalis begitupun sebaliknya. Penyilangan ini menyebabkan bagian tubuh kanan dikendalikan oleh otak kiri dan bagian tubuh kiri dikendalikan oleh otak kanan.

Batang otak merupakan sebutan untuk kesatuan dari 3 struktur yaitu medulla oblongata, pons dan mesencephalon.

(1) Mesencephalon (Otak Tengah)

Mesencephalon membentuk wilayah tengah otak dan merupakan bagian penting dari sistem saraf pusat. Mesencephalon melakukan sejumlah tugas individu sangat penting yaitu bangun atau tidur, kecemasan, kontrol motor, pendengaran, penglihatan, pengaturan suhu, reflek mata, tonus otot, serta fungsi posisi atau kedudukan tubuh.

(2) Medula Oblongata

Stroke iskemik terjadi melalui proses yang menyebabkan terbatasnya atau berhentinya aliran darah ke otak, meliputi trombotik embolisme ekstra atau intrakranial, thrombosis in situ, atau hipoperfusi relative. Saat aliran darah turun, neuron akan berhenti berfungsi normal. Meskipun jarak batas sudah dijelaskan sebelumnya, jejas iskemik neuronal irreversibel umumnya dimulai saat aliran darah turun, neuron akan berhenti berfungsi normal (Budianto et al., 2021).

Medula Oblongata menghubungkan pons yang terletak di superior dengan medulla spinalis yang terletak di inferior. Medula oblongata adalah titik awal saraf tulang belakang dari sebelah kiri badan menuju bagian kanan badan, begitu juga sebaliknya. Medula mengontrol fungsi otomatis otak, seperti detak jantung, sirkulasi darah, pernapasan, dan pencernaan.

3. Pons

Struktur utama di bagian atas dari batang otak yang disebut pons. Pons berada di depan Cerebellum, di bawah otak tengah. Pons terdiri atas saraf-saraf yang membentuk jembatan antara 2 hemisfer cerebellum, dan saraf yang melalui antara posisi otak yang lebih tinggi dan medulla spinalis. Pons bertugas untuk menghubungkan jalur sensoris dari medulla spinalis ke thalamus dan otak kecil (Cerebellum). Pons memiliki 2 peran yang pertama adalah regulasi pernapasan, mengontrol jumlah udara napas dan napas permenit, sensasi pendengaran rasa dan keseimbangan. Pons juga terlibat dalam regulasi tidur nyenyak maupun terjaga (Elvarisya, 2021).

i. Sistem peredaran darah otak

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

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

1. Arteri karotis interna

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dan aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis eksterna memperdarahi wajah, tiroid, lidah dan faring. Arteri karotis interna sedikit berdilatasi tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotikus, dimana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespons terhadap perubahan tekanan darah arteri, yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis interna terbagi menjadi dua yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular.

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

2. Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang dari sistem vetebrobasilaris memperdarahi medula oblongata, pons serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon Yogarajah (2015).

a. Sistem Saraf Tepi/Perifer

Sistem saraf perifer merupakan sistem saraf yang menghubungkan semua bagian tubuh dengan sistem saraf pusat. Sistem ini terdiri dari jaringan saraf yang berada dibagian luar otak dan medulla spinalis (sum-sum tulang belakang) seperti daerah kulit dan indra lainnya.

b. Saraf somatik

Saraf somatik terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medulla spinalis dan bersinaps secara langsung pada sel otot rangka. Neuron motorik merupakan saraf besar bermialin yang melepas asetilkolin ditaut neuromeskuler.

ii. Sistem saraf otonom

1. Sistem saraf simpatis

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

2. Sistem saraf parasimpatis Berfungsi sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam, kondisi tanpa stress, implus dan serabut- serabut parasimpatik (kolenerjik) yang menonjol (Indra, 2020).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Gejala yang dapat timbul diantaranya yaitu terjadi secara mendadak, terdapat nyeri kepala berat, parasthesia (kesemutan), paresis (kelumpuhan atau penurunan kekuatan otot pada sebagian anggota badan), serta gangguan gerak. Pada tahapan awal stroke, gambaran klinis biasanya berupa kelumpuhan (paralysis) dan hilang atau melemahnya refleks tendon, kesulitan menelan (dysphagia), gangguan komunikasi, gangguan persepsi, perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis, serta disfungsi kandung kemih (Agustin, Susanti, Sumarni, 2022).

Selain itu manifestasi klinis yang lain yang dapat terjadi pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya :

- a. Penyumbatan pembuluh darah secara tiba-tiba karena trombus
- b. Dapat terbentuk trombus yang kemudian lepas sebagai emboli
- c. Menyebabkan aneurisma yaitu pembuluh darah menjadi lebih lemah atau lebih tipis sehingga mudah robek
- d. Gangguan berbicara dan bahasa
- e. Gangguan memori/daya ingat
- f. Nyeri kepala hebat
- g. Vertigo
- h. Kelemahan atau kelumpuhan pada separuh badan
- i. Gangguan fungsi otak
- j. Penurunan kesadaran

Menurut Hermanto, 2023 Gejala stroke bisa terjadi tunggal / sendiri dan kombinasi dan bisa berlangsung beberapa menit atau beberapa jam. Berikut tanda- tanda jelas terjadi stroke yaitu :

1. Kelemahan mendadak atau mati rasa pada wajah, lengan atau kaki, biasanya di satu sisi. Kelemahan pada ekstremitas merupakan konsekuensi umum yang muncul dan tidak diinginkan dari stroke yang menyebabkan keterbatasan aktivitas. Sebanyak 85 % klien dengan stroke mengalami hemiparesis dan sebanyak 55-75 % memiliki keterbatasan dalam memfungsikan ekstremitas atas , gangguan fungsi motorik ekstremitas bawah, sehingga menyebabkan pembatasan pada fungsi mobilitas. Hemiparesis adalah kelemahan yang diakibatkan karena penurunan kemampuan arteri serebral anterior dan medial sehingga daerah korteks premotor anterior. Infark pada bagian otak mempengaruhi bagian mana terjadi kelemahan, misalnya terjadinya infark pada otak kanan akan menyebabkan hemiparesis pada bagian kiri, sebaliknya infark terjadi pada otak kiri akan hemiparesis pada bagian kanan. Hal ini terjadi karena jaringan saraf berjalan bersilangan dalam jalur piramida dari otak ke saraf spinal. Hemiparesis biasanya juga mempengaruhi bagian kortikal lain sehingga hemiparesis disertai juga dengan manifestasi yang lain seperti kehilangan sensori sebagian, kebutaan sebagian, apraksia (tidak bisa melakukan gerakan tertentu). Tidak bisa merasakan atau mengenali sesuatu (agnosia) dan gangguan komunikasi(afasia).

2. Kesulitan berbicara atau memahami bahasa. Kerusakan atau penurunan fungsi dari korteks serebri dan arteri serebral menimbulkan manifestasi tergantung dari jenis stroke yang dialami seperti manifestasi dari stroke iskemik yaitu kehilangan kemampuan berbicara dan kehilangan kemampuan sensori.
3. Penglihatan menurun atau kabur di salah satu atau kedua mata.
4. Sakit kepala dengan tiba - tiba dan parah .
5. Hilangnya keseimbangan atau pusing yang tidak dapat dijelaskan.

2.1 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya (Amanda, 2018):

a. Angiografi Serebral

Pemeriksaan ini menggunakan sinar rontgen untuk mengidentifikasi pembuluh darah yang tidak mendapatkan cukup oksigen yang adekuat pada arteri dan vena. Pemeriksaan angiografi serebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi.

b. *Electro Encefalography* (EEG)

Pemeriksaan dengan memperlihatkan dan mengidentifikasi penyebab spesifik dari gelombang otak, yaitu menunjukkan adanya perlambatan gelombang dan pengurangan volume otak karena aliran darah di otak berkurang dan laju melambat di bagian otak yang mengalami kematian.

c. *USG Doppler*

Pemeriksaan untuk mengetahui pembuluh darah intrakranial dan ekstrakranial dengan menentukan adanya stenosis arteri karotis.

d. *CT Scan*

Pemeriksaan dengan memastikan lokasi jaringan otak yang mengalami edema serebral dan iskemik. Pada 24 hingga 48 jam dapat terlihat di bagian otak yang berwarna lebih gelap atau gelap (hitam ringan atau berat) akibat kekurangan oksigen di jaringan otak.

e. *MRI*

Pemeriksaan menunjukkan hasil adanya peningkatan TIK, tekanan yang abnormal yang terlihat di area iskemik.

f. *Pemeriksaan laboratorium*

Pemeriksaan darah rutin (hemoglobin, hematokrit, eritrosit, leukosit, trombosit) dan pemeriksaan kimia klinik (kolesterol, asam urat, trigliserida).

2.2 Deteksi Dini

Hermanto, 2023 mengatakan tindakan yang dapat dilakukan untuk menskrining dan menentukan suatu kejadian masalah yang terjadi pada otak apakah mengalami stroke atau tidak yaitu dengan memperhatikan tanda-tanda seperti adanya kelemahan, ketidakmampuan bicara, kondisi mulut pelo, dapat dilakukan pemeriksaan segera dengan “FAST”.

Face : Mintalah klien untuk tersenyum. Apakah satu sisi wajah terkulai jatuh.

Arms : Mintalah klien untuk mengangkat kedua lengan. Apakah satu lengan melayang jatuh ke bawah? Atau disatu lengan yang tidak bisa bangkit.

Specct : Mintalah klien untuk mengulangi kalimat sederhana. Apakah ucapannya tidak jelas atau aneh.

Time : Jika terdapat salah satu dari tanda-tanda ini, segera dibawa ke rumah sakit.

2.3 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan stroke non hemoragik antara lain:

a. Hipoksia serebral

Bekuan darah (trombosis) terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan dan pembengkakan (edema)

b. Dekubitus

Pneumonia. Penderita stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan baik, sehingga cairan menumpuk di paru-paru dan menyebabkan pneumonia. Atrofi dan kekakuan sendi. Hal ini karena kurang gerak dan imobilisasi. Pada penderita stroke yang terlambat atau tidak segera ditangani dengan tepat maka dapat menimbulkan terjadinya komplikasi yang lebih kompleks, yaitu dapat mengakibatkan kecacatan permanen atau kecacatan yang tidak dapat disembuhkan (Mauliddiyah, Ulfah, & Siwi, 2022)

2.4 Penatalaksanaan Medis

Menurut penelitian Setyopranoto, 2016, ada beberapa penatalaksanaan pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya yaitu :

1) Penatalaksanaan Umum

- a. Memposisikan kepala dan badan 20-30 derajat, ubah posisi tidur tiap 2 jam, mobilisasi dapat dimulai secara bertahap bila hemodinamik sudah stabil
- b. Bebaskan jalan napas dan berikan oksigen 2-3 liter per menit
- c. Pemasangan kateter untuk mengosongkan kandung kemih
- d. Kontrol tekanan darah dan suhu tubuh
- e. Pemberian nutrisi melalui oral diberikan pada klien dengan fungsi menelan yang masih baik dan pemasangan NGT (*Nasogastric Tube*)

pada klien dengan penurunan kesadaran, karena klien dengan penurunan kesadaran mengalami kesulitan menelan.

- f. Latih mobilisasi jika memungkinkan
- g. Latih rentang gerak / ROM (*Range of Motion*) baik ROM aktif maupun ROM pasif.

2) Penatalaksanaan Medis

a. Trombolitik (*streptokinase*)

Menggunakan *Recombinant Tissue Plasminogen Activator* / TPA. Golongan obat ini sebagai terapi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke, untuk memperbaiki aliran darah dengan menguraikan bekuan darah. Terapi ini dimulai dalam waktu 3 jam sejak manifestasi klinis stroke timbul dan hanya dilakukan setelah kemungkinan perdarahan atau penyebab lainnya telah disingkirkan.

b. Antikoagulan (heparin, warfarin)

Untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli. Terapi ini diberikan bila klien berisiko tinggi mengalami kekambuhan emboli, infark miokard yang baru terjadi, atau fibrilasi atrial.

c. Antiplatelet (Aspirin)

Digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.

- d. Antioksidan (astaxanthin dan antioksidan lainnya)

Berpotensi sebagai antitrombosis dan anhipertensi pada kerusakan otak.

- e. Antihipertensi

Obat antihipertensi parenteral yang paling banyak digunakan yaitu nicardipin dan antihipertensi oral yang paling banyak digunakan yaitu amlodipine.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

I. Anamnesa

- a. Data demografi

Data demografi yang dikaji meliputi identitas dari klien secara langsung dan dari orang lain yang berpengaruh dalam Hidup klien misalnya, suami/istri, anak, adik/kakak, orang tua.

- b. Riwayat kesehatan dahulu

Beberapa hal yang perlu dikaji pada pengkajian riwayat kesehatan dahulu yang berkaitan dengan riwayat jatuh dan mekanisme cedera seperti tabrakan kendaraan bermotor, cedera olahraga, insiden industri, penyerangan, jatuh. Serta apakah mengkonsumsi obat-obatan seperti obat antikoagulan dan obat adiktif. Selain itu apakah klien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung.

c. Riwayat kesehatan saat ini

Pengkajian dilakukan baik secara langsung dan tidak langsung untuk mendapatkan informasi terkait kondisi atau Keadaan yang dialami saat ini. Menggali informasi terkait kondisi klien bisa dimulai dengan pertanyaan terbuka untuk klien mendeskripsikan masalah. Tanyakan riwayat trauma yang menyebabkan kondisi saat ini, bagaimana kronologis (kecelakaan tunggal atau tidak, arah kecelakaan bagaimana) tingkat kesadaran, perubahan perilaku. Selain itu yang perlu ditanyakan juga adalah bagaimana kondisi klien ketika diantar ke IGD, selain itu apakah klien mengonsumsi minuman beralkohol dan obat-obatan adiktif sebelum berkendara, apakah klien dalam kondisi mabuk.

d. Keluhan utama

Pengkajian keluhan utama merupakan hal yang penting untuk mengetahui deskripsi detail peristiwa yang menyebabkan klien mencari pengobatan dan perawatan ke tenaga kesehatan. Gunakan pertanyaan terbuka untuk menggali informasi dan hindari pertanyaan atau pernyataan yang mengarahkan atau menyarankan pada manifestasi suatu penyakit.

e. Manifestasi klinis

Menggali informasi tentang manifestasi klinis merupakan hal yang penting. Selama menggali informasi terkait manifestasi klinis minta klien untuk menggambarkan proses penyakit secara akurat untuk pertimbangan dalam pengambilan diagnosis medis maupun keperawatan. Gali mengenal frekuensi, durasi, dan lokasi dari gejala-gejala yang dialami oleh klien. Tanyakan pada klien tentang faktor apa yang memperingan dan memperberat kondisi gejala yang dialami. Untuk manifestasi nyeri gunakan penilaian sesuai dengan kondisi tingkat kesadaran. Menggunakan Critical Pain Observation Tool (CPOT) untuk kondisi penurunan kesadaran dan terpasang ventilator dan wong baxter untuk kondisi tidak mengalami gangguan kesadaran.

f. Pola kesehatan fungsional

- 1) Persepsi manajemen kesehatan, apakah mengkonsumsi alkohol atau narkoba, perilaku berisiko.
- 2) Kognitif-perseptual, sakit kepala, suasana hati atau perubahan perilaku, perubahan mental, afasia, disfasia, gangguan penilaian toleransi.
- 3) Koping-stres, ketakutan, penolakan, kemarahan, agresi, depresi.

II. Pemeriksaan fisik

a. Persiapan alat

1. Spatel tongue 1 buah
2. Reflek hammer
3. Air hangat dan air dingin
4. Snelenc chart
5. Peniti, uang receh
6. Koran
7. Bahan kopi, vanilla atau parfum
8. Garpu tala
9. Garam, gula, atau cuka
10. Kapas dan lidi
11. Baju periksa
12. Penlight
13. Sarung tangan
14. Opthalmoskop
15. Stetoskop
16. Jarum steril

b. Penilaian kesadaran

Tingkat kesadaran klien mengantuk hingga penurunan kesadaran sampai koma.

g. Pemeriksaan fungsi sereberal

Merasa pusing atau sinkop sebelum stroke atau selama TIA, Sakit kepala parah dapat menyertai perdarahan intraserebral atau subarachnoid. Perubahan perilaku (kelesuan, apatis, sikap agresif). Perubahan fungsi kognitif (memori, pemecahan masalah, pengurutan). Kesadaran citra tubuh yang berubah, pengabaian atau penolakan sisi tubuh kontralateral (pengabaian sepihak): gangguan persepsi, perubahan kepribadia

h. Pemeriksaan saraf kranial

Pada pemeriksaan saraf kranial dilakukan pada saraf kranial I- XII, hasil pemeriksaan akan ditemukan masalah pada beberapa saraf kranial seperti:

- 1) Saraf kranial I: Gangguan pada indera perasa, penciuman.
- 2) Saraf kranial II: Penglihatan kabur, kehilangan penglihatan sebagian (monocular blindness), penglihatan ganda (diplopia), atau gangguan lain pada lapang pandang defisit visual. Cooi lsioe
- 3) Saraf kranial II, IV, VI: Ukuran dan reaksi pupil tidak sama, pupil yang melebar dan terfiksasi pada sisi ipsilateral dapat muncul dengan perdarahan atau herniasi.
- 4) Saraf kranial VII: Gangguan bicara atau afasia, agnosia. Ekspresif (kesulitan menghasilkan ucapan), reseptif (kesulitan memahami ucapan), atau global (kombinasi keduanya).
- 5) Saraf kranial VIII: Gangguan keseimbangan, telinga berdenging. Kesulitan koordinasi tangan dan mata.

i. Pemeriksaan sensori

Kehilangan sensorik pada sisi kontralateral pada ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi wajah ipsilateral.

j. Pemeriksaan motorik

Kelemahan dan kelumpuhan di kontralateral pada semua jenis stroke. Masalah genggam tangan yang tidak seimbang. Terdapat kelemahan, paresis, paralisis atau paresis wajah (ipsilateral). Merasa kesemutan, mati rasa, dan kelemahan.

k. Pemeriksaan reflek

Pemeriksaan reflek didapatkan reflek tendon dalam yang berkurang (kontralateral) dan terdapat tanda babinski.

l. Pemeriksaan tes rangsang meningen

2. Diagnosis Keperawatan dan Fokus Intervensi

a. Diagnosa Keperawatan PPNI, 2017

Berdasarkan SDKI, diagnosa keperawatan yang tepat untuk klien dengan stroke non hemoragik yaitu :

1. Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan metabolisme.
2. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan tekanan perfusi serebral (50-60 mm Hg) dan peningkatan TIK sekunder akibat trombus, embolus, atau perdarahan yang dibuktikan dengan TIK awal.
3. Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran dan penurunan atau tidak adanya reflek muntah dan menelan.

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kognitif serta penurunan kekuatan dan kontrol otot.
5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia
6. Pengabaian unilateral berhubungan dengan penurunan dan penurunan bidang visual pada satu sisi tubuh (hemianopsia) dan cedera otak akibat masalah serebrovaskular.
7. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan gangguan impuls untuk berkemih atau ketidakmampuan untuk mencapai toilet atau mengelola tugas berkemih.
8. Gangguan menelan berhubungan dengan kelemahan atau kelumpuhan otot yang terkena dibuktikan dengan air liur, kesulitan menelan,tersedak(Hemanto,2023)

3. Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018)

1. Diagnosa Keperawatan: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan tekanan perfusi serebral (50-60 mm Hg) dan peningkatan TIK sekunder akibat trombus, atau perdarahan yang dibuktikan dengan TIK awal.

Hasil diharapkan: Tingkat kesadaran meningkat, fungsi kognitif meningkat, sakit kepala (gelisah, agitasi, muntah, papiledema) menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik, respons pupil, neurologis, pola napas, bradikardi membaik. rencana tindakan:

- a. Konsultasikan dengan dokter untuk menentukan parameter hemodinamik, dan pertahankan parameter hemodinamik dalam kisaran ini.
- b. Pantau status neurologis untuk mendeteksi perubahan yang menunjukkan kondisi yang memburuk atau membaik.
- c. Hitung dan pantau tekanan perfusi serebral (CPP) untuk mendeteksi perubahan kondisi.
- d. Pantau status pernapasan (misalnya, kecepatan, irama, dan kedalaman pernapasan; kadar PaO₂, PaCO₂, pH, dan bikarbonat) karena PaCO₂ yang tinggi dan konsentrasi ion hidrogen yang tinggi

(asidosis) merupakan vasodilator kuat yang meningkatkan aliran darah otak.

- e. Pantau TIK dan respons neurologis klien terhadap aktivitas perawatan, karena perubahan posisi dan gerakan dapat meningkatkan TIK.
- f. Pantau penentu pengiriman oksigen jaringan (misalnya, PaCO₂, SaO₂, kadar hemoglobin, dan curah jantung) untuk memastikan oksigenasi serebral yang memadai.
- g. Berikan dan titrasi obat vasoaktif, sesuai pesanan, untuk mempertahankan parameter hemodinamik.
- h. Hindari fleksi leher atau fleksi pinggul atau lutut yang ekstrem untuk menghindari obstruksi aliran darah arteri dan Vena,

2. Diagnosa Keperawatan: Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan metabolisme Hasil diharapkan: Tingkat kesadaran, kognitif meningkat, tekanan intrakranial menurun, sakit kepala menurun, gelisah menurun, kecemasan menurun, agitasi menurun, demam menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik.

Rencana tindakan:

- a. Monitor status neurologis.
- b. Berikan lingkungan yang tenang dan aman.
- c. Pengaturan posisi kepala 15 -30 derajat.

- d. Hindari aktivitas yang bisa meningkatkan tekanan darah secara tiba-tiba atau kondisi yang menghalangi aliran balik vena seperti manuver valsava, mengejan, bersin kuat, mendorong diri ke atas di tempat tidur. Fleksi akut atau rotasi kepala dan leher (yang membahayakan pembuluh darah jugularis), dan merokok.
 - e. Pantau terjadi komplikasi vasospasme, kejang, hidrosepalus, perdarahan dan hyponatremia.
3. Diagnosa Keperawatan: Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran dan penurunan atau tidak adanya reflek muntah dan menelan.
4. Hasil diharapkan: Tingkat kesadaran meningkat, kemampuan menelan meningkat, kebersihan mulut meningkat, dyspnea, kelemahan otot menurun, sianosis menurun, frekuensi napas membaik
- Rencana tindakan:
- a. Tindakan pencegahan aspirasi
 - 1. Pantau tingkat kesadaran, reflek batuk, reflek muntah dan kemampuan menelan untuk mengetahui kemampuan klien menelan makanan tanpa aspirasi.
 - 2. Hindari cairan atau gunakan bahan pengental untuk Memudahkan menelan.
 - 3. Beri makan dalam jumlah kecil sampai klien tidak lagi berisiko mengalami aspirasi.

4. Tawarkan makanan atau cairan yang dapat dibentuk menjadi bolus sebelum menelan.
 - b. Manajemen jalan napas
 1. Auskultasi suara napas, catat area penurunan atau tidak Adanya ventilasi dan adanya suara tambahan untuk Mengidentifikasi obstruksi jalan napas dan akumulasi Sekret.
 2. Keluarkan sekret dengan mendorong batuk atau dengan Suction untuk membersihkan jalan napas.
 3. Dorong pernapasan yang lambat dan dalam; berputar dan batuk untuk meningkatkan bersihan jalan napas tanpa meningkatkan TIK.
 4. Bantu dengan spirometer insentif untuk membuka alveolus yang kolaps, meningkatkan pernafasan dalam, dan mencegah atelektasis
 5. Pertahankan NPO klien sampai evaluasi menelan selesai untuk mencegah aspirasi.
 4. Diagnosa kepeawatan : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kognitif serta penurunan kekuatan dan kontrol otot. Hasil diharapkan: Pergerakan ekstremitas, kekuatan otot dan rentang gerak meningkat, kaku sendi, nyeri, kelemahan fisik, gerakan terbatas menurun.
- Rencana tindakan:
- a. Gunakan stoking anti emboli atau perangkat kompresi untuk Mengurangi insiden DVT akibat imobilitas.

- b. Kaji Kaki terhadap tanda dan gejala DVT (nyeri tekan, kemerahan, pembengkakan, kehangatan, dan edema).
 - c. Kelola dan penuhi semua kebutuhan dasar klien seperti kebutuhan makan dan mandi untuk mencegah aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan darah.
 - d. Minimalkan stimulus eksternal seperti menonton televisi, mendengar radio, dan membaca serta batasi pengunjung.
 - e. Pengaturan posisi (1) mencegah abduksi bahu. (2) mengatur posisi tangan dan jari. Tangan dan jari diposisikan sehingga mereka nyaris tidak tertekuk. Tangan ditempatkan dalam sedikit supinasi (telapak menghadap ke atas) yang merupakan posisi paling fungsional. (3) Perubahan posisi setiap 2 jam dengan posisi lateral (menyamping), bantal diletakkan di antara kaki sebelum klien diputar. Untuk meningkatkan aliran balik vena dan mencegah edema dan borok.
 - f. Melakukan rentang gerak (ROM).
 - g. Melakukan ambulasi. Latihan ambulasi yang dilakukan pertama kali adalah dengan mengajarkan keseimbangan sambil duduk dan kemudian belajar menyeimbangkan sambil berdiri. Jika klien mengalami kesulitan dalam mencapai ke perlahan-lahan capaian keseimbangan berdiri, miring, yang membawa klien ke posisi tegak.
5. Diagnosa Keperawatan: Pengabaian unilateral berhubungan dengan penurunan dan penurunan bidang visual pada satu sisi tubuh (hemianopsia) dan cedera otak akibat masalah serebrovaskular.

Rencana tindakan:

- a. Pantau respons abnormal terhadap tiga jenis rangsangan: sensorik, visual, dan pendengaran untuk menentukan adanya dan sejauh mana ada pengabaian unilateral (misal ketidakmampuan untuk melihat objek di sisi yang sakit, meninggalkan makanan di piring yang sesuai dengan sisi yang sakit, kurangnya sensasi pada sisi yang terkena).
- b. Instruksikan klien untuk memindai dari kiri ke kanan untuk memvisualisasikan seluruh lingkungan.
- c. Posisikan tempat tidur di kamar sehingga individu mendekati dan merawat klien di sisi yang tidak terpengaruh.
- d. Mengatur ulang lingkungan untuk menggunakan bidang visual kanan atau kiri; posisikan barang-barang pribadi, televisi, atau bahan bacaan dalam pandangan di sisi yang tidak terpengaruh untuk mengimbangi bidang visual defisit.
- e. Sentuh bahu yang tidak terpengaruh saat memulai percakapan untuk menarik perhatian klien.
- f. Secara bertahap pindahkan barang-barang pribadi dan aktivitas ke sisi yang sakit saat klien menunjukkan kemampuan untuk mengkompensasi pengabaian.
- g. Libatkan pengasuh dalam proses rehabilitasi untuk mendukung upaya klien dan membantu dengan perawatan untuk mempromosikan reintegrasi dengan seluruh tubuh.

6. Diagnosa keperawatan: Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan gangguan impuls untuk berkemih atau ketidakmampuan untuk mencapai toilet atau mengelola tugas berkemih. Hasil diharapkan: Sensasi berkemih meningkat, desakan berkemih, distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas, urine menetes menurun. Frekuensi BAK dan karakteristik urine membaik.

Rencana tindakan:

- a. Simpan catatan spesifikasi kontinensia selama 3 hari untuk menetapkan pola berkemih dan rencanakan intervensi yang tepat.
- b. Tetapkan interval jadwal toileting awal (berdasarkan pola berkemih dan rutinitas biasa) untuk memulai proses peningkatan fungsi kandung kemih dan peningkatan tonus otot.
- c. Bantu klien ke toilet dan segera buang air kecil pada interval yang ditentukan untuk membantu klien beradaptasi dengan jadwal toileting yang baru.
- d. Ajarkan klien untuk menahan urine secara sadar sampai waktu toileting yang dijadwalkan untuk memperbaiki tonus otot.
- e. Diskusikan catatan harian tentang kontinensia dengan staf untuk memberikan penguatan dan mendorong kepatuhan dengan jadwal toileting.
- f. Berikan umpan balik positif atau penguatan positif kepada klien saat ia berkemih pada waktu toileting yang dijadwalkan, dan jangan

berkomentar saat klien mengompol, untuk memperkuat perilaku yang diinginkan.

7. Diagnosa Keperawatan: Gangguan menelan berhubungan kelernahan atau kelumpuhan otot dibuktikan dengan air liur, kesulitan menelan, tersedak. Hasil diharapkan: Mempertahankan makanan di mulut, reflek menelan, kemampuan mengosongkan mulut, kemampuan mengunyah, usaha menelan, pembentukan bolus meningkat. Frekuensi tersedak, batuk, muntah, refluks lambung, gelisah menurun. Penerimaan makanan dan kualitas suara membaik.

Rencana tindakan:

- a. Berkolaborasi dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya (misalnya, terapis okupasi, ahli patologi wicara, ahli diet) untuk memberikan kontinuitas dalam rencana rehabilitatif klien.
- b. Bantu klien untuk duduk dalam posisi tegak (sedekat mungkin dengan 90 derajat) untuk makan/olahraga untuk memberikan posisi yang optimal untuk mengunyah dan menelan tanpa aspirasi.
- c. Bantu klien untuk memposisikan kepala dalam fleksi ke depan sebagai persiapan untuk menelan ("chin tuck").
- d. Bantu klien mempertahankan posisi duduk selama 30 menit setelah selesai makan untuk mencegah regurgitasi makanan.
- e. Instruksikan klien atau pengasuh tentang tindakan darurat untuk tersedak untuk mencegah komplikasi di rumah.

- f. Periksa mulut dari kantong makanan setelah makan untuk mencegah pengumpulan dan pembusukan makanan dan/ atau aspirasi.
 - g. Berikan perawatan mulut sesuai kebutuhan untuk meningkatkan kenyamanan dan kesehatan mulut
 - h. Pantau berat badan untuk menentukan kecukupan asupan nutrisi.
8. Diagnosa Keperawatan: Risiko defisit perawatan diri berhubungan dengan hilangnya kemampuan menggunakan tangan dan lengan kiri. Hasil diharapkan: Kemampuan makan, kemampuan mandi, kemampuan menggunakan pakaian, kemampuan ke toilet, mempertahankan kebersihan mulut meningkat.
- Rencana tindakan:
- a. Meningkatkan Perawatan Diri. Segera setelah klien dapat duduk, kebersihan pribadi merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi. Klien dibantu untuk mencapai tujuan yang realistis; jika memungkinkan, tugas baru ditambahkan setiap hari. Langkah pertama adalah melakukan semua kegiatan perawatan diri di bagian atau daerah tubuh yang normal.
 - b. Bantu dan dorong melakukan kegiatan seperti menyisir rambut, menyikat gigi, mencukur dengan pisau cukur listrik, mandi, dan makan.
9. Diagnosa Keperawatan: Risiko gangguan persepsi sensori visual berhubungan dengan perubahan dalam bidang visual dan

dimanifestasikan oleh kesulitan dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari (ADLs).

Hasil diharapkan: Respons sesuai stimulus membaik, konsentrasi, orientasi membaik. Verbalisasi melihat bayangan menurun, perilaku halusinasi menurun.

Rencana tindakan:

- a. Kaji rangsangan persepsi sensori visual klien.
- b. Bantu kebutuhan sensoris-perseptual dengan mendekatkan semua rangsangan visual seperti jamn dinding, kalender, televisi. Klien dapat diajarkan untuk memutar kepala ke arah bidang visual yang rusak untuk mengkompensasi kehilangan ini.
- c. Lakukan kontak mata dengan klien dan menarik perhatiannya ke sisi yang terpengaruh dengan mendorong klien untuk menggerakkan kepala.
- d. Berikan pencahayaan alami atau buatan di dalam ruangan dan menyediakan kacamata adalah bantuan penting untuk meningkatkan penglihatan.
- e. Lakukan latihan sensoris persepsi sebagai transmisi untuk mengaktifkan saraf cermin yang terdapat di korteks sereberi. Latihan atau terapi yang bisa dilakukan untuk mengaktifkan terapi cermin yaitu dengan Terapi Cermin melalui gerakan visual yang diamati.

10. Diagnosa Keperawatan: Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan kesulitan menelan

Hasil diharapkan: Pola makan yang dihabiskan, kekuatan otot mengunyah, kekuatan otot menelan meningkat. Berat badan Indeks masa tubuh (IMT), frekuensi makan, nafsu makan, bising usus membaik.

Rencana tindakan:

- a. Kaji dengan seksama diet klien untuk memastikan nutrisi yang adekuat.
- b. Rangsang untuk membuka mulut. Jika klien tidak mampu membuka mulut secara ringan sentuh kedua bibir dengan ujung sendok. Jika ini tidak berhasil berikan tekanan yang ringan pada dagu dengan menggunakan jari tepat di bawah bibir bagian bawah kemudian minta klien untuk membuka mulut secara bersamaan.
- c. Bantu untuk menelan. Berikan makanan dengan perlahan dan porsi yang kecil. Mulai memberikan makanan dengan tidak membutuhkan untuk mengunyah seperti nasi saring cair.

11. Diagnosa Keperawatan: Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia

Hasil diharapkan: Kemampuan berbicara, kemampuan mendengar, kesesuaian ekspresi wajah, kontak mata, kemampuan memahami komunikasi meningkat. Afasia, disfasia, apraksia disleksia, disatria, afonia, dislalia, pelofagia, gagap menurun.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS DENGAN STROKE NON HEMORAGIK PADA NY.R DI RUANGAN ICU RS SANTA ELISABETH MEDAN

Nama Mahasiswa : Katarina Desy Arliana S (Sr.M.Marta Simatupang FSE)
NPM :052025066

PENGKAJIAN :

Tanggal Pengkajian : 17/10/2025 jam : 11.00
Nama Initial : Ny.R
Tempat/Tgl Lahir (umur) : 10 Mey 1970
Jenis Kelamin : perempuan
Status Perkawinan : menikah
Jumlah Anak : 4 orang
Agama/Suku : protestan
Pendidikan terakhir : SMA
Pekerjaan :Ibu rumah tangga
Alamat :sibirik birik gunung tinggi,pancur batu
deli serdang
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik
Nomor Medical Record :00471441
Tanggal Masuk Rumah Sakit : 16/10/2025

Keluarga terdekat yang dapat segera dihubungi (orang tua,wali, suami, istri dll)

Nama :Else sembiring
Pendidikan Terakhir : SMA
Pekerjaan :Ibu rumah tangga
Alamat : sibirik birik gunung tinggi,pancur batu
deli serdang

II. RIWAYAT KESEHATAN

- a. Keluhan Utama : Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran kejang 1 kali
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Pasien sudah di intubasi di ruangan lidwina dengan gagal napas dan masuk ventilator dengan mode sim V, terdapat sekret

- c. Riwayat Kesehatan Dahulu : Pasien mempunyai penyakit

Hipertensi dan sudah mengalami Stroke dan mengkonsumsi obat namun tidak terkontrol

- d. Riwayat Kesehatan Keluarga : Selama ini ada keluarga yang memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun
- e. Riwayat Alergi : Tidak ada riwayat alergi obat maupun makanan

III. PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan Umum

Sakit/nyeri : **berat** ✓ sedang ☐ ringan ☐

Alasan : Keadaan umum pasien berat,,pasien mengalami penurunan kesadaran(somnolen),terpasang ETT on ventilator dengan mode sim V

Status gizi : gemuk ☐ **normal** ✓ ☐ kurus

Alasan : tidak dikaji

Sikap : **tenang** ✓ gelisah ☐ menahan nyeri ☐

Alasan : pasien tampak terbaring di atas tempat tidur dengan keadaan tertidur dan akan memberikan respon ketika diberi rangsangan nyeri

Personal Hygiene : bersih ☐ **kotor** ✓ lain-lain

Alasan : pasien tidak mampu melakukan dan menjaga kebersihan diri secara mandiri karena pasien mengalami penurunan kesadaran

2. Data Sistemik

a. Sistem persepsi Sensori

Pendengaran : **normal** ✓ kerusakan ka/ki ☐ tuli ka/ki ☐

Alat bantu dengar ☐ tinitus ☐

Pengelihatan : normal ☐ kaca mata ☐ lensa kontak ☐

kerusakan ka/ki ☐ kebutaan ka/ki ☐ katarak ka/ki ☐

Pengecap, penghidu : normal ☐ gangguan indera pengecap ☐

gangguan indera penghidu ☐

Peraba : **normal** ✓ gangguan indera peraba ☐

Lain-lain

b. Sistem Pernafasan

Frekuensi : on vent. Spontan : 12 x/mnt, kualitas : normal ☐

dangkal ✓ cepat

Batuk : ya/**tidak** Suara Nafas : Bersih ☐ **Ronchi** ✓

Wheezing ☐

Sumbatan jalan nafas : sputum ☐ **lendir** ✓ darah ☐
ludah ☐ lain-lain

Alasan : Pasien terpasang ETT on ventilator dengan mode sim V dan terdengar suara tambahan ronchi dan Agda alkalosis respiratorik

c. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah : 160/100 mmHg
Denyut nadi : 101 x/menit, Irama : teratur ☐ **tidak teratur** ✓
Kekuatan : **kuat** ✓ lemah ☐ Akral : **hangat** ✓ dingin ☐
Pengisian kapiler : < 3 detik ✓ >3 detik ☐
Edema : **tidak ada** ✓

d. Sistem Saraf Pusat

Kesadaran : CM ☐ Apatis ☐ **Somnolen** ☐
Soporosis
Coma ☐ GCS = E2M4V0

Bicara : normal **tak jelas** ☐ kacau ☐ afasia

Alasan : Disebabkan oleh kerusakan pada area otak yang mengontrol bahasa, sehingga penderitanya mengalami kesulitan berbicara, tidak memahami, membaca, atau menulis. Penyebab

Pupil : **isokor** ✓ anisokor ☐
Orientasi waktu : baik ☐ **buruk** ✓
Orientasi tempat : baik ☐ **buruk** ✓
Orientasi orang : baik ☐ **buruk** ✓

e. Sistem Gastrointestinal ;

Nafsu makan : normal ☐ meningkat ☐ menurun ☐

Mual ☐ muntah ☐

Mulut dan tenggorokan : normal ☐ lesi ☐
Kemampuan Mengunyah : normal **kurang** ✓ kesulitan
Kemampuan Menelan : normal ☐ nyeri telan ☐

Alasan : pasien menggunakan NGT no 18 pada hidung sebelah kiri

Perut : **normal**✓ hiperperistaltik ☐ tidak ada ☐
 bising usus ☐
 Kembung ☐ nyeri tekan kuadran..... /bagian
 Colon dan rectum : BAB : **normal**✓ konstipasi 1x/hari
Alasan : Pasien BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek, warna kuning, dan menggunakan popok
 Diare x/....jam Inkontinensia ☐
 Melena ☐ Hematemesis ☐

f. Sistem Muskuloskeletal

Rentang gerak : Penuh ☐ **Terbatas**✓
 Keseimbangan dan cara jalan : Tegap ☐ Tidak tegap ☐
Alasan : tidak dilakukan pengkajian karena pasien mengalami penurunan kesadaran
 Kemampuan memenuhi aktifitas sehari-hari : Mandiri ☐
 Dibantu sebagian ☐ **Dibantu sepenuhnya**✓ Menggunakan alat bantu
Alasan : Pasien dibantu dalam hal makan, mandi, berpakaian, BAB, BAK dan miring kanan miring kiri

g. Sistem Integumen

Warna kulit : **normal**✓ pucat ☐ sianosis ☐
 Ikterik ☐ Lain-lain
 Turgor : **baik**✓ buruk ☐
 Luka : **Tidak ada**✓ Ada pada ☐
 Memar : **Tidak ada**✓ Ada pada ☐
 Kemerahan : **Tidak ada**✓ Ada pada ☐

h. Sistem Reproduksi

Infertil: Ada ☐ **Tidak ada**✓
 Masalah Reproduksi : Ada ☐ **Tidak ada**✓
 Skrotum : Edema ☐ Ulkus ☐ Nyeri tekan ☐
 Testis : Edema ☐ Massa ☐
 Prostat : Massa ☐ Nyeri tekan ☐
 Payudara : Kontur ☐ Simetris ☐ Inflamasi ☐
 Jaringan parut ☐ Lain-lain

i. Sistem perkemihan

Vesica Urinaria : Terpasang Foley Catheter No. 16, Urine Kuning

BAK 1 x/hari Disuria✓

Nokturia ☐

Retensi ☐

Hematuria ☐

Nyeri tak terkontrol ☐

IV. DATA PENUNJANG

(Hasil pemeriksaan-pemeriksaan laboratorium, radiologi, , EEG dll)

CT Head Scan (16/10/2025)

Tampak lesi hipodense, batas sebagian tidak tegas, di corona radiata kiri

hingga body of nucleus caudatus kiri sulci dan gyri lebar dan dalam

Tampak pelebaran ventrikel lateralis kanan kiri, ventrikel III dan ventrikel

IV

Darah Lengkap (16 /10/2025)

Leukosit : 12,900 mm³

Hb : 16,3 g/dl

HCT : 47,2 %

PLT : 306.000 mm³

Limfosit : 12,8 %

Monosit : 2,8 %

Nitrofil : 83,2%

Eosinophil : 1,5 %

Hasil AGDA (17/10/2025)

SO₂% : 99.6%

PO₂ : 138,0 mmHg

PH : 7.593

PCO₂ : 18,9 mmHg

HCO₃⁻ : 18,4 mmol/L

Kesimpulan hasil laboratorium : Alkalosis Respiratorik

Thorax (17/10/2025)

AP Supine Mobile

Diaphragmae dan kedua sinus tampak normal

Pada kedua lapangan paru-paru tidak tampak kelainan radiologis

Kultur & Sensivitas Bakteri(17/10/2025)

Tidak ada pertumbuhan bakteri / Aerob

V. TERAPI YANG DIBERIKAN

VII. ANALISA DATA

Tanggal/ jam	Data fokus	Masalah keperawatan	penyebab	TT
17/10/25	Data Subjektif: - Data Objektif: 1. Kesadaran somnolen 2. Terpasang ventilator mode sim V 3. Terdengar suara napas Ronchi 4. Takikardia (HR=101x/m) 5. Hasil AGDA: Alkalosis respiratorik 6. Hasil ABG: pH: 7,593 PCO2: 18,9 mmHg PO2: 138,6 mmHg 7. Furosemid 3 x 2 tab	Gangguan pertukaran gas SDKI (D-0003)	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	Sr
	OBAT/ TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/ MANFAAT
	1. Meropenem 3 x 500 mg	Anti Biotik	10-18-02	Terapi Infeksi saluran pernapasan
	2. Omeprazole 2 x 1 flc	Proton pump inhibitor	10-17 - 05	Menghambat produksi asam lambung
	3. Pulmicort 3x1 fls	Kortikosteroid	10 - 18 - 02	Mengurangi Inflamasi Saluran Napas
	4. Salbutamol 3x1 tab	Bronkodilator	10 - 18 - 02	Pengencer Dahak
	5. Amlodipine 1 x 5 mg	Antagonis kalsium	20	Menurunkan tekanan darah
	6. Citicoline 2 x 500 mg	Suplemen otak	12-24	Mengatasi gangguan memori
	7. Furosemid 3 x 2 tab	Diuretik	08-16-24	Menurunkan tekanan darah
17/10/25	Data Subjektif: - 8. Ondansentron 2x 1 amp Data Objektif: 1. Kesadaran somnolen 2. Tidak mampu batuk 3. Terdengar suara napas Ronchi 4. Pola napas berubah 5. Batuk berdahak dan sulit dikeluarkan 6. RR : 12x	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001) Setiap hari per 8 jam	Sekresi yang tertahan	Sr M A R T A

17/10/25	Data Subjektif : - Data Objektif : 1. Kesadaran somnolen 2. Terpasang ventilator 3. Pasien terbaring lemah diatas tempat tidur 4. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri	Defisit Perawatan Diri SDKI (D. 0109)	Gangguan Neuromuskular	Sr M A R T A
17/10/25	DS: - DO: 1. Kes: Somnolen 2. Terpasang Ventilator 3. Pasien Terbaring diatas tempat tidur 4. Terpasang Selang catheter 5. Terpasang selang NGT pada hidung sebelah kiri	Risiko Infeksi SDKI (D.0142)	Efek prosedur invasif	Sr M A R T A
17/10/25	DS: - DO: 1. Klien terpasang selang NGT pada hidung sebelah kiri 2. Kes: Somnolen 3. Otot menelan lemah	Risiko Defisit Nutrisi SDKI (D.0032)	Ketidakmampuan menelan makanan	Sr M A R T A

	4. Otot pengunyah lemah 5. Membran mukosa tampak pucat			
17/10/25	DS : - DO : 1.keadaan somnolen 2.ADL dibantu sepenuhnya di tempat tidur 3.pernafasan melalui ventilator 4.lemah ekstermitas kiri	Hambatan mobilitas fisik (D.0054)	Gangguan neurologis	Sr M A R T A
17/10/25	DS : - DO : 1.keadaan somnolen 2. Pasien tirah baring di tempat tidur 3. Imobilisasi total di tempat tidur 4. Terpasang alat invasif NGT,Kateter,infus,ventilator 5.ADL dibantu sepenuhnya di tempat tidur	Resiko luka tekan (D.0144)	Risiko terjadinya kerusakan integritas kulit	Sr M A R T A

VIII. PRIORITAS MASALAH

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi- perfusi ditandai dengan kesadaran somnolen, terpasang ETT on ventilator mode sim V
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d adanya lendir di bagian tenggorokan atau faring dan penurunan refleks batuk
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan kesadaran somnolen
4. Risiko infeksi Berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan pasien mengalami penurunan kesadaran(somnolen) terpasang ventilator,pasien bedrest,terpasang catheter,NGT pada hidung sebelah kiri Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan
5. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan
6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular d/d lemah pada anggota
7. Risiko luka tekan berhubungan dengan Risiko terjadinya kerusakan integritas kulit

IX. Daftar Masalah

No	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	TT
1	17/11/2025	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi- perfusi ditandai dengan kesadaran somnolen, terpasang ETT on ventilator mode sim V, terdengar suara napas ronchi, hasil AGDA:a lkalosis respiratorik:Ph: 7593,PCO2:18,9, pO2:138,0	Belum teratasi	
2	17/11/2025	Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d adanya lendir di bagian tenggorokan atau faring dan penurunan refleks batuk	Belum teratasi	
3	17/11/2025	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan kesadaran somnolen, terpasang ETT on ventilator, pasien terbaring lemas diatas tempat tidur sehingga pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri	Belum teratasi	
4	17/11/2025	Risiko infeksi Berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan pasien mengalami penurunan kesadaran(somnolen) terpasang ventilator,pasien bedrest,terpasang	Belum teratasi	

5	17/11/2025	catheter,NGT pada hidung sebelah kiri Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan	Belum teratasi	
6	17/11/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular d/d lemah pada anggota gerak	Belum teratasi	
7	17/11/2025	Resiko luka tekan berhubungan dengan Risiko terjadinya kerusakan integritas kulit	Belum teratasi	

X.Rencana Asuhan Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	TT
17/11/ 25	1	<u>SLKI</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : Pertukaran Gas SLKI (L.01003) 1. Bunyi napas tambahan cukup menurun 2. pCO ₂ cukup membaik	<u>SIKI</u> Manajemen Jalan Napas (I.01012) Observasi: 1. Monitor posisi ETT terutama setelah mengubah posisi 2. Monitor tekanan ETT setiap 4-8 jam Terapeutik : 3. Cegah ETT terlipat (kingking)	

			3. pO₂ cukup membaik 4. pH arteri membaik <u>SLKI</u> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 Jam, diharapkan bersihan jalan nafas (L.01001) membaik, dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Suara napas ronkhi menurun 4. Frekuensi napas membaik	4. Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 ventilasi) sebelum dan sesudah penghisapan 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika diperlukan 6. Ganti fiksasi ETT setiap 24 jam 7. Lakukan perawatan mulut <u>SIKI</u> Manajemen jalan nafas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola nafas 2. Monitor bunyi nafas tambahan 3. Monitor sputum Terapeutik 4. Posisikan semi fowler-atau fowler 5. Lakukan fisioterapi dada 6. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 7. Berikan oksigen Kolaborasi : Kolaborasi pemberian bronkodilator	
--	--	--	---	--	--

17/11/25	3	<u>SLKI</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : Perawatan diri SLKI (L.11103) 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan makan meningkat 3. Kemampuan ke toilet meningkat 4. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 5. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	<u>SIKI</u> Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi: 1. Identifikasi alat bantu kebersihan diri, berpakaian, makan Teraupetik : 2. Sediakan lingkungan teraupetik 3. Siapkan keperluan pribadi (mis: sabun mandi dll) 4. Bantu melakukan perawatan diri Kolaborasi : 1 kolaborasi dengan tim fisioterapi untuk melakukan ROM
17/11/25	4	<u>SLKI</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : Tingkat infeksi SLKI (L.14137) Kemampuan mandi	<u>SIKI</u> Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi Teraupetik : 2. Batasi jumlah pengunjung

			meningkat 1. Klien terbebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Kadar sel darah putih tetap dalam batas normal	3. Berikan perawatan pada kulit yang Mengalami penekanan 4. Cuci tangan sebelum dan Sesudah kontak dengan pasien 5. Pertahankan tindakan aseptik saat melakukan tindakan 6. Lakukan penggantian selang Edukasi: 1. Ajarkan keluarga untuk cuci tangan sebelum bertemu Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian antibiotik meropenem 1gr	
	17/11/25	5	<u>SLKI</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: Status Nutrisi SLKI (L.03030) 1. Kekuatan otot pengunyah meningkat 2. Kekuatan otot	<u>SIKI</u> Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor hasil pemeriksaan lab Teraupetik : 1. Berikan diet pasien sesuai	

17/10/25	6	menelan meningkat 3. Klien terbebas dari tanda dan gejala defisit nutrisi <u>SLKI</u> Setelah dilakukan Tindakan keperawatan Diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik menurun <u>SLKI</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan	dengan kebutuhan pasien (6x200 cc) Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan <u>SIKI</u> Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif <u>SIKI</u> Pencegahan luka	
----------	---	---	---	--

17/10/25	7	selama 3 x 24 jam, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: Integritas Kulit SLKI (L.14125) 1. Tidak terdapat luka tekan 2. Warna kulit normal 3. Tidak ada kemerahan menetap 4. Tidak ada lecet atau abrasi	tekan (I.14543) Observasi: 1. Monitor kondisi kulit setiap shift 2. Monitor kelembaban dan kebersihan kulit Teraupetik : 1. Ubah posisi pasien minimal setiap 2 jam miring kanan dan miring kiri 2. Gunakan alas anti-decubitus atau matras khusus 3. Jaga kulit tetap bersih dan kering 4. Berikan pelembab kulit sesuai kebutuhan Edukasi : 1. Edukasi keluarga tentang pentingnya perubahan posisi Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan tim medis terkait status nutrisi	
----------	---	---	---	--

XI. Tindakan Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	TT
17/10/25 08.20	1	Hand hygiene.Melakukan indentifikasi pada Ny. R : Ku berat, kesadaran somnolen pupil kiri dan kanan isokor ukuran 2/2 Reaksi Cahaya ada terpasang RL 20 tts/i,NGT no 18, pake kateter no 16,fortamest 15 ml tampak tolerasi dengan ventilator mode Sim v, tv 450,peep 5,ps 10,fio2 60%,so2 89-95%, terdengar suara napas tambahan ronchi.pasien memiliki tekanan darah dan stroke dan mengkonsumsi obat anti hipertensi. Pasien bedret total sehingga semua ADL dibantu penuh oleh alat dan perawat	
09.10	1	- Monitor bunyi nafas tambahan /ronchi	
09.40	6	- Membersihkan jalan nafas pasien dengan bw + suction respon batuk tidak ada pasien lemah, lendir kental	
09.45	6	Memberi posisi semifowler, tidur miring ke kiri	
10.10	4	Kolaborasi dalam pemberian injeksi Omeprazole 1 flc/IV, tidak ada tanda tanda Phlebitis	
10.15	3	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien hasil : TD :140/100 Spo2:98%	

		Hr : 110x/i RR:12x/i T:37,3°C	
	11.30	1 Kolaborasi untuk melakukan photo thorax Hasil: Diaphragmae dan kedua sinus tampak normal Pada kedua lapangan paru-paru tidak tampak kelai radiologis	
	12.00	3 Memonitor ovservasi tanda-tanda vital hasil : TD (120/60 mmHg) = MAP (90) SPO2 (100 %) HR (84x/i) RR (12x/i) T(37.9°C)	
	12.30	5 Memeriksa posisi selang NGT dengan memeriksa residu dan memberikan diet sonde 250 cc melalui selang NGT, dengan posisi kepala lebih tinggi, kemudian kolaborasi dalam memberikan obat injeksi Asam Tranexamat + Furosemide (IV) Hasil: Pasien tidak ada muntah dan tidak terdapat residu sebelum diberikan sonde	
	14:00	3 Memonitor ovservasi tanda-tanda vital Hasil: TD (160/90 mmHg) = MAP (80) SPO2 (100%) RR(12x/i) HR(100x/i) T (37.8°C)	
18/10/2025 07.40		1.3 Melakukan pengkajian ku dan kes pasien, pasien terpasang ETT on ventilator dengan mode spontan dan pemeriksaan tanda tanda vital pasien Hasil:	

		KU: Berat TD (120/80 mmHg) (MAP:100) SPO2 (98 %) HR: (102x/i) RR:(12x/i) T (37.1°C)	
08.00	3	Melakukan oral hygiene menggunakan aseptik liquid, mengganti fiksasi ETT dan menjaga kepatenan selang ETT agar tidak terlipat, melakukan perawatan ngt dan f. chateter, dengan infus ring as dengan infuse pump terpantau lancar Hasil:Pasien tampak kooperatif saat dilakukan oral hygiene dan tampak lebih bersih	
08.40	1.2.4	Melakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 10 detik dan memberikan posisi -Berikan posisi head up 30 derajat dan memonitor posisi selang ETT Hasil: Slem kental, suara ronchi berkurang, pasien tampak lebih tenang dengan SPO2 96% dan posisi selang ETT tidak ada kingking	
08.50	5	Memberikan diet sonde 250 cc melalui selang NGT dengan memeriksa kepatenan selang NGT dengan mengauskultasi hembusan udara dengan melakukan dengan teknik bersih Hasil: Pasien tidak ada muntah dan tidak terdapat residu sebelum diberikan sonde	
10.00	3	Memberikan inj. Meropenem 1g (IV) dan memberikan susu ensure 100 cc melalui selang NGT Hasil:Keadaan pasien belum membaik dan susu dapat diberikan	

		10.10	3	Memonitor tanda tanda vital pasien Hasil: TD (100/60 mmHg) (MAP:80)	
			1,3	SPO2 (99 %) HR:(110x/i) RR:(12x/i) T (37.0°C)	
		10.40	1.4.6	Memberikan posisi miring kiri dan miring kanan per 2 jam dengan tetap memonitor posisi ETT supaya tetap paten dan melakukan fisioterapi dada pada punggung pasien Hasil: Pasien tampak merasa nyaman dengan posisi miring dan tampak sputum yang keluar dari mulut pasien	
	19/10/25	08.15	2	- Membersihkan jalan nafas pasien dengan bw + suction respon batuk pasien lemah, lendir tidak kental	
		09.20	5	- menggosok punggung pasien dengan minyak parafin - melakukan oral hygiene dengan kassa Asepticliquid -mengganti fiksasi ngt dan ETT	
		12.00	6	- Memberi posisi semifowler, tidur miring ke kiri	
		13.30	2	Observasi Vital Sign. TD: 150/100 mmHg, HR: 100 x/menit, T: 36 °C, Pernafasan ventilator mode Sim v, tv 450,peep 5,ps 10,fio2 60%,so2 89-95%	
		14.00	3	Kolaborasi dalam pemberian injeksi Citicoline 500 mg/IV, tidak ada tandaPhlebitis	

14.20	2	Melakukan auskultasi kedua lapang dada, paru tidak ada suara tambahan
19/10/2025 07.50	1.2. 3	Hand hygiene. Melakukan indentifikasi pada Ny. R : Ku berat,kesadaran somnolen pupil kiri dan kanan isokor ukuran 2/2 Reaksi cahaya ada ,terpasang RL 20 tts/i,NGT no 18, pake kateter no 16,fortamest 15 ml tampak tolerasi dengan ventilator mode Sim v, tv 450,peep 5,ps 10,fio2 60%,so2 89- 95%,
08.00	4	-Observasi Vital Sign. TD: 150/100 mmHg, HR: 101 x/menit, T: 36 °C, -Melakukan kolaborasi pemberian injeksi Omeprazole 40 mg/IV dengan prinsip 6 Benar dan infus lancar tidak ada tanda plebitis
08.15	5	Memberi posisi semifowler, tidur miring ke Kiri head up pasien tampak rileks dan toleransi terhadap ventilator

II. Evaluasi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	EVALUASI (SOAP)	TT
-------------	-----------	--------------------	----

17/10/2025	1.	Subjektif: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator mode sim V c. Hasil Thorax Ulang: d. Diaphragmae dan kedua sinus tampak normal e. Pada kedua lapangan paru-paru tidak tampak kelainan radiologis f. Terdengar suara ronchi dan produksi sputum banyak Assesment: Masalah Gangguan Pertukaran Gas belum teratasi Planning: a. Berikan posisi head up 30 derajat b. Suction bila perlu c. Pantau TTV pasien d. Lanjutkan intervensi keperawatan.	
	2.	Subjektif: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator mode sim V c. Pasien ada batuk berdahak dan sulit dikeluarkan d. Penggunaan otot bantu pernapasan e. Ronkhi (+). f. Observasi TD: 104/ mmHg, SpO2: 92% HR: 112 g. x/mnt RR: 26 x/mnt T: 36.5C Posisi fowler h. Batuk masih ada dan slem kental Assesment: : Bersihan jalan napas tidak efektif Planning: : Lanjutkan intervensi a. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, b. wheezing, ronkhi kering) c. Kolaborasi pemebrian oksigen dan pemberian phenytoin obat kejang	
	3.	Subjektif: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator mode sim V c. Pasien mengalami kelemahan pada badan sebelah kiri Assesment: Masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri belum teratasi Planning: a. Pantau TTV pasien b. Lanjutkan intervensi keperawatan	

		c. Bantu pasien dalam memenuhi ADL	
	4	Subjektif: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator c. Terpasang selang NGT, catheter, ETT pada pasien Assesment: Masalah Risiko Infeksi belum teratasi Planning: a. Pantau TTV pasien b. Pantau hasil laboratorium c. Lakukan perawatan pada alat yang terpasang pada klien (selang NGT, chateter, ETT) d. Lanjutkan intervensi	
	5	Subjektif: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator c. Terpasang NGT pada hidung sebelah kiri Assesment: Masalah Resiko Defisit Nutrisi belum teratasi Planning: a. Pantau TTV pasien b. Lanjutkan intervensi keperawatan c. Berikan diet 6 x 200 cc	
	6	Subjektif: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator c. Terpasang NGT pada hidung sebelah kiri Assesment: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi Planning: a. Pantau TTV pasien b. Lanjutkan intervensi keperawatan c. Lakukan ROM pasif	

Tgl/ Jam	No. Dp	EVALUASI (SOAP)	TT
18/10/2025	1.	Subjective: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator mode spontan c. Terdengar suara gurgling dan produksi sputum banyak Assesment: Masalah Gangguan Pertukaran Gas belum teratasi Planning: a. Suction bila perlu b. Pantau TTV pasien c. Lanjutkan intervensi keperawatan.	
	2	Subjective: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator mode sim V c. Pasien ada batuk berdahak dan sulit dikeluarkan d. Penggunaan otot bantu pernapasan Ronkhi (+). e. Observasi TD: 104/ mmHg, SpO2: 92% HR: 112 x/mnt RR: 26 x/mnt T: 36.5C Posisi fowler Assesment: : Bersihan jalan napas tidak efektif Planning : Lanjutkan intervensi - Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, - wheezing, ronkhi kering) -Kolaborasi pemebrian oksigen	
	3.	Subjective: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator mode spontan c. Pasien mengalami kelemahan pada tungkai sebelah kiri Assesment: Masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri belum teratasi Planning: a. Pantau TTV pasien b. Lanjutkan intervensi keperawatan c. Bantu pasien dalam memenuhi ADL	

	4	Subjecti : Objectiv: - Kesadaran somnolen - Terpasang ETT on ventilator - Terpasang selang NGT, catheter, ETT pada pasien Assesment: Masalah Risiko Infeksi belum teratasi Planning: - Pantau TTV pasien - Pantau hasil laboratorium - Lakukan perawatan pada alat yang terpasang pada klien (selang NGT, chateter, ETT) - Lanjutkan intervensi	
	5	Subjective: Objective: - Kesadaran somnolen - Terpasang ETT on ventilator - Terpasang NGT pada hidung sebelah kiri Assesment: Masalah Resiko Defisit Nutrisi belum teratasi Planning: - Pantau TTV pasien - Lanjutkan intervensi keperawatan - Berikan diet 6 x 200 cc	
	6	Subjective:- Objective: - Kesadaran somnolen - Terpasang ETT on ventilator - Terpasang NGT pada hidung sebelah kiri Assesment: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi Planning: - Pantau TTV pasien - Lanjutkan intervensi keperawatan - Lakukan ROM pasif	

Tgl/ Jam	No. Dp	EVALUASI (SOAP)	TT
19/10/2025	1.	Subjective: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator mode spontan c. Terdengar suara somnolen dan produksi sputum banyak Assesment: Masalah Gangguan Pertukaran Gas belum teratasi Planning: a. Suction bila perlu b. Pantau TTV pasien c. Lanjutkan intervensi keperawatan.	
	2	Subjective: - Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator mode sim V c. Pasien sulit mengeluarkan lendir d. Penggunaan otot bantu pernapasan Ronkhi (+). e. Observasi TD: 104/90 mmHg, SpO2: 92% HR: 112 f. x/mnt RR: 12 x/mnt T: 36.5C Posisi fowler Assesment: : Bersihan jalan napas tidak efektif Planning: Lanjutkan intervensi a. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) b. Kolaborasi pemberian oksigen	
	3.	Subjective: - Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator mode spontan c. Pasien mengalami kelemahan pada tungkai sebelah kiri Assesment: Masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri belum teratasi Planning: a. Pantau TTV pasien b. Lanjutkan intervensi keperawatan c. Bantu pasien dalam memenuhi ADL	

	4	Subjecti : Objectiv: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator c. Terpasang selang NGT, catheter, ETT pada pasien Assesment: Masalah Risiko Infeksi belum teratasi Planning: a. Pantau TTV pasien b. Pantau hasil laboratorium c. Lakukan perawatan pada alat yang terpasang pada klien (selang NGT, chateter, ETT) d. Lanjutkan intervensi	
	5	Subjective: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator c. Terpasang NGT pada hidung sebelah kiri Assesment: Masalah Resiko Defisit Nutrisi belum teratasi Planning: a. Pantau TTV pasien b. Lanjutkan intervensi keperawatan c. Berikan diet 6 x 200 cc	
	6	Subjective: Objective: a. Kesadaran somnolen b. Terpasang ETT on ventilator c. Terpasang NGT pada hidung sebelah kiri Assesment: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi Planning: a. Pantau TTV pasien b. Lanjutkan intervensi keperawatan c. Lakukan ROM pasif	

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian keperawatan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan diagnosis medis Stroke Non Hemoragik (SNH) pada tanggal 17 Oktober 2025, data diperoleh dari keluarga Ny. R. Pasien berusia 55 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama Kristen Protestan, dan memiliki pendidikan terakhir SMA. Beliau berdomisili di Sibirik-birik, Gunung Tinggi, Pancur Batu, Deli Serdang. Dalam riwayat keluarga, ayah Ny. R diketahui menderita hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Sementara itu, Ny. R sendiri telah didiagnosis hipertensi dan Stroke Non Hemoragik sejak kurang lebih 1 tahun yang lalu, yang diperkirakan disebabkan oleh ketidakrutinan dalam mengonsumsi obat hipertensi.

Dari pengkajian yang telah dilakukan didapatkan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 9 , keadaan umum pasien berat, terpasang ventilator di ICU mode Sim v, tv 450, peep 5, ps 10, fio2 60%, so2 89-95%. Kondisi Ny. R yang menderita Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan keluhan lemah pada anggota gerak kiri, sesak, serta penurunan kesadaran. Hasil pemeriksaan tanda vital TD: 160/100 mmHg, nadi 101 x/ menit, dan suhu 36,8°C. Keluarga menyatakan bahwa mereka hanya mengetahui penyakit hipertensi dan stroke secara umum, namun belum memahami secara rinci mengenai kondisi yang dialami Ny. R. Keluarga juga mengungkapkan bahwa selama ini Ny. R tidak rutin mengonsumsi obat Amlodipine 10 mg dan Candesartan 16 mg.

Berdasarkan teori, pasien dengan Stroke Non Hemoragik menunjukkan gejala yang ditemukan dalam pengkajian yaitu kelemahan terutama satu sisi tubuh, terjadi perubahan status mental, kesulitan berbicara, gangguan penglihatan, kesulitan berjalan, dan sakit kepala yang parah secara tiba-tiba. Selain itu, pasien akan mengalami gangguan menelan, perubahan status mental dan pasien mungkin akan mengalami penurunan kesadaran.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Darmawan et al (2023), mengatakan bahwa stroke non hemoragik merupakan stroke yang disebabkan karena terjadinya penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis atau

emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang. Pada pasien stroke non haemoragik mengalami beberapa keluhan berupa kelemahan pada ekstremitas, kesulitan menelan, bagian wajah terasa kebas, kesulitan berbicara, gangguan penglihatan, kesulitan berjalan, vertigo, mual dan muntah atau nyeri kepala.

4.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan teori terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien yang mengalami stroke non haemoragik adalah:

1. Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan metabolisme.
2. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan tekanan perfusi serebral (50-60 mm Hg) dan peningkatan TIK sekunder akibat trombus, embolus, atau perdarahan yang dibuktikan dengan TIK awal.
3. Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran dan

penurunan atau tidak adanya reflek muntah dan menelan.

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kognitif serta penurunan kekuatan dan kontrol otot.
5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia
6. Pengabaian unilateral berhubungan dengan penurunan dan penurunan bidang visual pada satu sisi tubuh (hemianopsia) dan cedera otak akibat masalah serebrovaskular.
7. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan gangguan impuls untuk berkemih atau ketidakmampuan untuk mencapai toilet atau mengelola tugas berkemih.
8. Gangguan menelan berhubungan dengan kelemahan atau kelumpuhan otot yang terkena dibuktikan dengan air liur, kesulitan menelan, tersedak

Dalam kasus yang didapatkan pasien kelolaan terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

1. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan

Pada pengkajian yang dilakukan penulis didapatkan diagnosa keperawatan gangguan ventilator spontan di dukung oleh data objektif yakni pasien toleransi dengan ventilator, Auskultasi suara nafas terdengar ronchi

2. penurunan kapasitas adaptif intrakranial

Pada pengkajian yang dilakukan penulis didapatkan diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial di dukung oleh data objektif yakni tekanan darah meningkat dan penurunan kesadaran pada pasien memonitor

pola nafas dengan respon pasien terintubasi

Menurut Uud Hulsyatul ,dkk(2024), menunjukkan bahwa posisi semi fowler dapat memaksimalkan ekspansi paru serta menurunkan upaya penggunaan otot bantu pernapasan. Penelitian oleh Wijayati dan Ningrum (2019) juga menjelaskan bahwa posisi semi fowler memiliki pengaruh signifikan terhadap perubahan tekanan intrakranial dan pemberian posisi semi fowler berpengaruh terhadap peningkatan tekanan intrakranial.

Penulis berasumsi bahwa posisi semi fowler merupakan posisi yang efektif dalam mendukung fungsi fisiologis pasien, terutama terkait sistem pernapasan dan tekanan intrakranial. Efektivitas ini terlihat dari kemampuan posisi semi fowler dalam memaksimalkan ekspansi paru, mengurangi kerja otot bantu pernapasan, serta memberikan pengaruh terhadap perubahan tekanan intrakranial. Dengan demikian, penulis menganggap bahwa posisi semi fowler dapat dijadikan sebagai intervensi yang bermanfaat dalam upaya meningkatkan stabilitas kondisi pasien, baik dari aspek respirasi maupun neurofisiologis.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Pada pengkajian yang dilakukan penulis didapatkan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik didukung oleh data objektif yakni ekstremitas kiri pasien lemah, ADL pasien dibantu sepenuhnya diatas tempat tidur.

Menurut Nurhisyam (2020), pasien stroke mengalami kelemahan pada ekstremitas dengan kekuatan otot yang bervariasi. Kelemahan pada ekstremitas tersebut akan menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Keterbatasan mobilitas pada pasien stroke non-hemoragik dipengaruhi oleh penurunan kontrol

motorik, ketidakseimbangan tubuh, dan berkurangnya kemampuan melakukan gerakan fungsional seperti berpindah posisi, berjalan, serta melakukan aktivitas sehari-hari.

Penulis berasumsi bahwa pasien yang mengalami kelemahan pada ekstremitas dapat mempengaruhi gangguan dalam pergerakan sehingga tidak dapat melakukan aktivitas mandiri. Keterbatasan ini juga meningkatkan ketergantungan pasien terhadap bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasar, seperti berpindah posisi, menjaga keseimbangan, serta melakukan perawatan diri. Selain itu, kelemahan otot yang menetap berpotensi memperburuk kondisi mobilitas apabila tidak ditangani melalui latihan mobilisasi, stimulasi gerak, dan intervensi keperawatan yang terstruktur. Dengan demikian, gangguan mobilitas fisik pada pasien dipandang sebagai dampak langsung dari penurunan fungsi neuromuskular akibat stroke, yang memengaruhi keseluruhan kemampuan fungsional pasien.

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan Keperawatan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan (Brunner, 2009).

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah diangkat oleh penulis, intervensi disusun berdasarkan buku standar intervensi keperawatan yang disesuaikan dengan diagnosa keperawatan.

Dalam kasus pasien dengan stroke non hemoragik ini penulis sudah menyusun intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI dan salah satu contoh diagnosa yang diangkat seperti Gangguan ventilasi Spontan (SDKI. D.0004)

dalam kelelahan otot pernafasan yang bertujuan agar pernafasan membaik.

Dalam kasus ini terdapat kesenjangan pada posisi pasien. Dalam buku SIKI dituliskan yang menjadi intervensi adalah posisi semifowler sedangkan dalam teori diberikan posisi *head up 30°*. Posisi semi fowler mampu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya area atelektasi dan meningkatkan gerakan secret ke jalan napas besar untuk dikeluarkan. Posisi *head up 30°* berfungsi untuk memperbaiki status hemodinamik serta memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Utami & Risca, 2021). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Mustikarani & Mustofa (2020) dalam penelitiannya didapatkan dalam evaluasi yang menunjukkan bahwa posisi *head up 30°*

dapat mengontrol TIK. Hal ini dibuktikan dengan penurunan tekanan darah, MAP menurun, keluhan nyeri berkurang, tidak ada mual dan muntah proyektif. observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Intervensi untuk masalah risiko perfusi serebral tidak efektif adalah manajemen tekanan intrakranial. Intervensi untuk masalah gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi dengan intervensi berupa teknik latihan penguatan sendi dan dukungan perawatan diri. Sementara itu, intervensi untuk masalah gangguan ventilasi

spontan yang berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan adalah manajemen ventilasi mekanik. Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama tiga hari dengan bantuan rekan dan perawat, seluruh tindakan dapat terlaksana dengan baik

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan antara tinjauan teoritis dengan kasus pasien kelolaan menunjukkan kesesuaian (tidak ada kesenjangan) dan dilakukan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang muncul, yaitu untuk masalah risiko perfusi serebral tidak efektif dengan intervensi berupa manajemen tekanan intrakranial. Intervensi untuk masalah gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi dengan intervensi pendukung berupa teknik latihan penguatan sendi dan dukungan perawatan diri. Sementara itu, intervensi untuk masalah gangguan ventilasi spontan yang berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan adalah manajemen ventilasi mekanik. Implementasi keperawatan: setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, seluruh implementasi dapat terlaksana dengan baik.

Implementasi keperawatan adalah suatu proses aktualisasi rencana intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber dalam keluarga serta memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang mereka miliki dan mengembangkannya melalui implementasi yang bertujuan untuk memampukan keluarga dalam mengenali masalah kesehatannya, mengambil keputusan yang berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai dengan kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan agar tetap sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat.

Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa hipertensi yang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko stroke iskemik karena menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan utama yang diberikan, yaitu manajemen peningkatan

tekanan intrakranial. Intervensi tersebut meliputi tindakan observasi, yaitu mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (edema serebral), memantau tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia), serta memantau MAP (Mean Arterial Pressure). Tindakan terapeutik yang diberikan adalah memposisikan pasien dalam posisi semi fowler dengan tujuan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak. Terapi Amlodipine 10 mg, Citicoline 500 mg, Furosemid 2 tab yang berguna untuk mencegah meningkatnya tekanan darah dan mencegah penyumbatan di pembuluh darah (tromboemboli).

Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari. Adapun evaluasi yang ditemukan pada pasien setelah pelaksanaan implementasi selama 3 hari yaitu masalah belum teratasi, dimana tekanan darah pasien belum stabil, pernafasan masih dibantu dengan alat bantu nafas ventilator mode spontan, dan refleks saraf masih pada sisi tubuh bagian kanan masih negatif.

Diagnosis gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Tanda dan gejala utama yang ditemukan adalah pasien tidak dapat menggerakkan sisi tubuh bagian kiri, dengan kekuatan otot ekstremitas kiri menurun hingga skor 0. Hal ini mendukung diagnosis keperawatan yang ditetapkan karena terjadi infark di otak, terutama pada area motorik di korteks serebral, yang merupakan pusat pengaturan motorik. Apabila terjadi gangguan aliran darah ke otak akibat sumbatan (tromboemboli), area tersebut akan kekurangan suplai oksigen (iskemik) atau bahkan tidak mendapat suplai oksigen sama sekali hingga mengalami kematian jaringan (infark), sehingga jalur motorik dapat rusak. Rusaknya jalur motorik ini menyebabkan pasien stroke

mengalami disfungsi motorik berupa hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan pada satu sisi tubuh).

Gangguan peredaran darah otak disebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Sebaliknya, gangguan pada otak sebelah kiri akan mengakibatkan kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Hal ini disebabkan karena adanya persilangan traktus kortikospinalis lateralis dari otak kiri menyilang ke bagian kanan medulla spinalis begitupun sebaliknya (Widyastuti & Dwitasari, 2017).

Intervensi keperawatan utama untuk masalah gangguan mobilitas fisik yang diberikan yaitu dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri. Intervensi dukungan mobilisasi meliputi observasi: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dan identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, tindakan terapeutik: libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, serta intervensi teknik latihan penguatan sendi pada tindakan terapeutik: berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif, dan tindakan edukasi: ajarkan melakukan latihan rentang gerak pasif. Intervensi ini bertujuan mencegah kontraktur pada sendi. Latihan ROM pasif merupakan gerakan dimana energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain atau alat mekanik. ROM pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot individu lain secara pasif, misalnya perawat membantu mengangkat dan menggerakkan kaki pasien. Intervensi lainnya yaitu dukungan perawatan diri yang meliputi observasi: monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan, tindakan terapeutik: siapkan keperluan pribadi (mis: sikat

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

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

4.5 Evaluasi Keperawatan

Perbandingan yang sistematis atau terencana mengenai kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dilakukan secara berkesinambungan, dengan mengacu pada tinjauan teoritis dan kasus kelolaan, serta melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya.

Penulis melaksanakan implementasi keperawatan selama 3 hari, dan evaluasi yang ditemukan pada pasien menunjukkan bahwa masalah belum teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien yang masih menggunakan ventilator dalam keadaan somnolen mode sim v

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari hasil pemeriksaan asuhan keperawatan kritis pada Ny.R dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di ruangan intensive Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dapat di simpulkan bahwa :

1. Pengkajian keperawatan yang dilakukan pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) adalah temuan sesak napas, penurunan suara napas, kelelahan, penggunaan otot tambahan untuk bernapas, bradikardia, batuk dan sputum tertahan
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) adalah Gangguan ventilasi spontan b/d kelelahan otot pernapasan d/d penggunaan otot bantu nafas, penurunan kapasitas adaptif intrakranial Ditandai dengan tekanan darah yang tinggi,tingkat kesadaran somnolen, pola napas ireguler, penurunan kesadaran, dan gangguan refleks neurologis dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan euromuskular d/d lemah pada anggota gerak
3. Intervensi keperawatan pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) adalah diambil dari buku SIKI seperti diagnosa Gangguan ventilasi spontan, penurunan kapasitas adaptif intrakranial dan Gangguan mobilitas fisik
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) adalah monitoring kepatenan jalan nafas, memonitoring hasil AGDA, TTV pasien, melakukan latihan

gerak pasif untuk menjaga mobilitas anggota gerak agar tidak terjadi keterbatasan gerak, dan berikan posisi nyaman untuk mengurangi sesak yaitu semi fowler.

5. Evaluasi keperawatan dengan kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) adalah perlu nya pemantauan pola napas pasien, suara napas tambahan, penggunaan otot bantu pernapasan, produksi sputum, skala nyeri, dan TTV

5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komperhensif pada kasus kelolaan pasien maka penulis daapat menyampaikan beberapa saran:

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan keluarga, dan tetap melakukan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan pulang.

2. Bagi perawat di Ruangan intensive Rumah sakit Santa Elisabeth Medan Diharapkan agar melanjutkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Ny.R sehingga tercapai tujuan yang optimal dan tetap melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan SOAP yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, T., Susanti, I.H., & Sumarni, T. (2022). Implementasi Penggunaan Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot klien Stroke Non Hemoragik. *Journal of Management Nursing*. Vol 1(4), 140-146.
- Darmawan, I., Utami, I. T., & Pakarti, A. T. (2024). Penerapan Range Of Motion (Rom) Exercise Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik Implementation. *Jurnal Cendekia Media*, 4(2), 246–254.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*. 17(X). <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Hermanto. (2023). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Persarafan. Asuhan dan Standar Prosedur Tindakan Keperawatan Berdasarkan Standar Prosedur Operasional PPNI. Jakarta: Trans Info Media
- Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.(2022). Iskemia. Jakarta
- Charismah, A., & Putri, I. (2021). *Gambaran Dan Tatalaksana Stroke Iskemik Pasien Rawat Inap Di Rsu Royal Prima Medan Tahun 2019 Description And Management Of Ischemic Stroke Patients At Royal Prima General Hospital Medan 2019 Pendahuluan Stroke merupakan gangguan aliran darah ke otak yang*. IV(I), 1–9
- Zaqiah, F., Vita, L., Dewi, I., & Harsono, S. B. (2024). *Analisis Cost of Illness Pada Pengobatan Pasien Stroke Iskemik Peserta JKN di RS X ” Surakarta Tahun 2023*. 10(2), 338–345.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Infodatin Stroke Don't Be The One (Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI)* (pp. 1-6).
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

Pradana, H. P., & Faradisi, F. (2021). Penerapan Latihan ROM (RANGE OF MOTION) Terhadap Rentang Gerak Ekstremitas Pada Pasien Stroke. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan*, 760–765.

Prasetia, Y., & Susanto, A. (2022). Asuhan Keperawatan Hambatan Komunikasi Verbal Dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Prof dr. Margono Soekarno Purwokerto. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(5), 6–11.

Rachmawati, A. S., Solihatin, Y., Badrudin, U., & Yunita, A. A. (2022). *Penerapan Posisi Head 30 ° Terhadap Nilai Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke : Literature Review ” Informasi Artikel Abstrak*. 1(1), 41–49.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun 2018*.

Tamburian, A. G., Ratag, B. T., & Nelwan, J. E. (2020). Hubungan antara Hipertensi, Diabetes Melitus, dan Hiperkolesterolemia dengan Kejadian Stroke Iskemik Andrytha. *Indonesian Journal of Public Health and Community Medicine*, 1(1), 27–33.

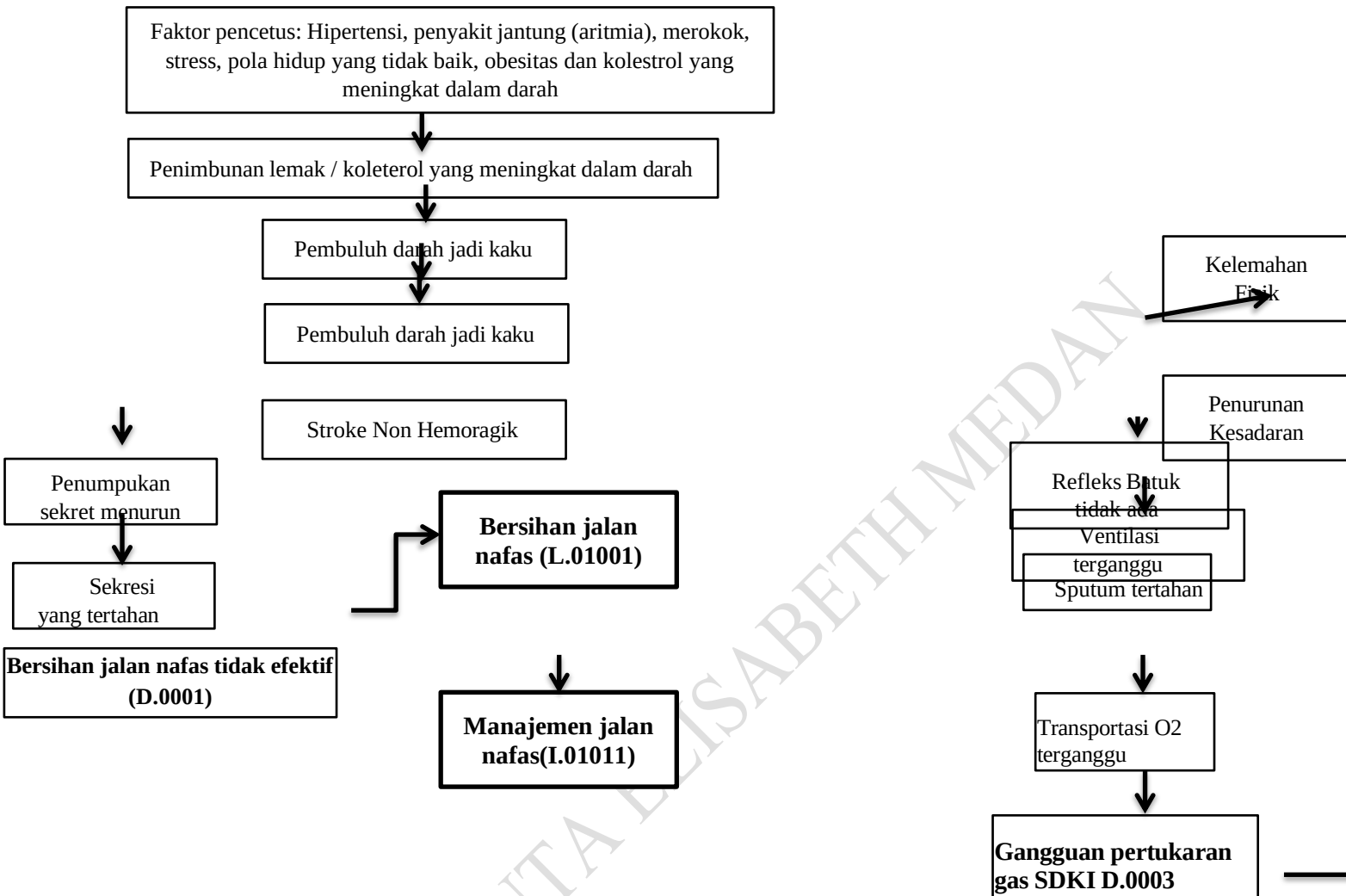
Utomo, T. Y. (2022). Karakteristik Faktor Risiko Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik di RSUD Kota Bekasi. *Syntax Literate*, 7(9).

WHO. (2020). *The Top 10 Cause Of Death, World Health*

Organization. World Stroke Organization. (2022). *Global Stroke Fact*

Sheet 2

MINDMAPPING:





STIKES SANTA ELISABETH MD