



KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSIS
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG ALEXANDRI III DI RSUD
dr. MOCH ANSARI SALEH BANJARMASIN**

Disusun Oleh :

**DESI
PO.62.20.1.23.010**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PALANGKA RAYA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2026**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG ALEXANDRI III DI RSUD
dr. MOCH ANSARI SALEH BANJARMASIN**



KARYA TULIS ILMIAH

Disusun untuk memenuhi persyaratan menempuh mata kuliah Karya Tulis Ilmiah

Disusun Oleh :

DESI

PO.62.20.1.23.010

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PALANGKA RAYA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2026**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Desi
NIM : PO.62.20.1.23.010
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosis
Stroke Non Hemoragik Di Ruang Alexandri III Di RSUD
dr. Moch Ansari Saleh Banjarmasin

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji.

Palangka Raya, 26 Mei 2026

Pembimbing KTI



Destinady Kadiser Miden, S.Kep., M. MKM

NIP. 199412292020121006

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Desi
NIM : PO.62.20.1.23.010
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa
Stroke Non Hemoragik Di Ruang Alexandri III Di RSUD
dr. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

Telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Pada Sidang Hasil KTI
Hari Senin, 08 Juni 2026

Ketua Penguji **Ns. Missesa, M.Kep., Sp. Kep.J.**
198002162001122002

()

Penguji I **Ns. Gad Datak, M.Kep., Sp.MB.**
197009271993031003

()

Penguji II **Destinady Kadiser Miden, S.Kep., M. MKM**
NIP. 199412292020121006

()

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan



Ns. Syam'ani, S.Kep., M.Kep
NIP. 19790225 200112 1 001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Palangka Raya



Ns. Reny Sulistyowati, S.Kep., M.Kep
NIP. 19760907 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Desi
NIM : PO.62.20.1.23.010
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosis
Stroke Non Hemoragik Di Ruang Alexandri III Di RSUD
dr. Moch Ansari Saleh Banjarmasin

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar tulisan saya, dan bukan merupakan plagiasi, baik sebagian atau seluruhnya. Apakah di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiasi, baik sebagian atau seluruhnya, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Palangka Raya, 26 Mei 2026

Yang Membuat Pernyataan



Desi

NIM. PO.62.20.1.23.010

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG ALEXANDRI III DI RSUD RSAS BANJARMASIN

Desi¹, Destinady Kadiser Miden²

Jurusan Keperawatan, Kemenkes Poltekkes Palangka Raya

Email : desi.ar003@gmail.com

Latar Belakang : Stroke Non Hemoragik merupakan gangguan neurologis akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena sumbatan pembuluh darah yang dapat menyebabkan gangguan Risiko perfusi serebral dan gangguan mobilitas fisik. Kondisi ini memerlukan asuhan keperawatan yang tepat dan berkesinambungan untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kondisi pasien. Tujuan penulisan ini adalah menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

Metode Penelitian : Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pengkajian dilakukan pada tanggal 4 April 2026 di Ruang Alexandri III RSUD dr. Moch Ansari Saleh Banjarmasin pada pasien Tn. S usia 67 tahun dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik. Hasil pengkajian menunjukkan pasien mengalami kelemahan ekstremitas sebelah kanan, keterbatasan aktivitas fisik, tekanan darah meningkat, serta tampak lemas. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik.

Hasil Penelitian : Intervensi keperawatan difokuskan pada pemantauan status neurologis dan tanda-tanda vital, pemberian posisi head up 30°, latihan rentang gerak (ROM), serta mobilisasi bertahap sesuai toleransi pasien. Hasil evaluasi menunjukkan tidak ditemukan tanda perburukan neurologis dan kemampuan mobilitas fisik pasien meningkat secara bertahap meskipun masih memerlukan bantuan dalam aktivitas sehari-hari.

Kesimpulan : Asuhan keperawatan yang diberikan secara komprehensif pada pasien Stroke Non Hemoragik dapat membantu mempertahankan perfusi serebral dan meningkatkan kemampuan mobilitas fisik pasien secara bertahap.

Kata Kunci : Stroke Non Hemoragik, Risiko perfusi serebral, mobilitas fisik, asuhan keperawatan.

ABSTRACT

NURSING CARE FOR Mr. S WITH A DIAGNOSIS OF NON-HEMORRHAGIC STROKE IN ALEXANDRI III WARD dr. MOCH ANSARI SALEH REGIONAL GENERAL HOSPITAL BANJARMASIN

Desi¹, Destinady Kadiser Miden²

Jurusan Keperawatan, Kemenkes Poltekkes Palangka Raya

Email : desi.ar003@gmail.com

Background : *Non-Hemorrhagic Stroke is a neurological disorder caused by obstruction of blood flow to the brain which may result in impaired cerebral perfusion and physical mobility disorders. This condition requires proper and continuous nursing care to prevent complications and improve the patient's condition. The purpose of this paper is to describe the implementation of nursing care in patients with Non-Hemorrhagic Stroke.*

Research Method : *The method used was a case study with a nursing process approach including assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The assessment was conducted on April 4th, 2026 in Alexandri III Ward at dr. Moch Ansari Saleh Regional General Hospital Banjarmasin on Mr. S, aged 67 years, with a medical diagnosis of Non-Hemorrhagic Stroke. The assessment results showed weakness in the right extremities, limited physical activity, increased blood pressure, and weakness. The nursing diagnoses established were risk of ineffective cerebral perfusion and impaired physical mobility.*

Research Results : *Nursing interventions focused on monitoring neurological status and vital signs, providing a 30° head-up position, range of motion (ROM) exercises, and gradual mobilization according to patient tolerance. Evaluation results showed no signs of neurological deterioration and the patient's physical mobility gradually improved although assistance was still needed in daily activities.*

Conclusion : *Comprehensive nursing care in patients with Non-Hemorrhagic Stroke can help maintain cerebral perfusion and gradually improve the patient's physical mobility.*

Keywords : *Non-Hemorrhagic Stroke, cerebral perfusion, physical mobility, nursing care.*

KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosis Medis Stroke Non Hemoragik” dengan baik. Penelitian Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. Agus Wijanarka, S.Si, T., M. Kes selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Palangka Raya. Telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menempuh pendidikan di Kemenkes Poltekkes Palangka Raya.
2. Ibu Ns. Reny Sulistyowati, M. Kep, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Palangka Raya. Yang telah memberikan arahan, motivasi, serta dukungan kepada saya selama saya menjalani proses pendidikan hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Bapak Ns. Syam'ani, S.Kep., M.Kep sebagai Ketua Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, yang telah memberikan motivasi, arahan, serta kemudahan kepada penulis selama mengikuti proses pendidikan hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Ns. Missesa, M.Kep., Sp. Kep.J. sebagai Ketua Penguji yang telah memberikan arahan, saran, dan masukan dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak Ns. Gad Datak, M.Kep., Sp.MB. selaku Penguji I yang telah memberikan masukan dan saran yang bermanfaat bagi penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

6. Bapa Destinady Kadiser Miden, S.Kep., M. MKM, selaku dosen pembimbing, yang dengan sabar telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran dalam memberikan bimbingan arahan serta masukan yang sangat berarti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Untuk orangtua penulis, Ayah Simpun dan Ibu meloh, dua orang yang sangat berjasa dalam hidup penulis, dua orang yang selalu mengusahakan anak bungsu nya ini menempuh pendidikan setinggi-tingginya meskipun mereka tidak sempat merasakan bangku perkuliahan, namun mereka telah memberikan segalanya hingga penulis mampu menyelesaikan studi nya sampai meraih gelar. Penulis percaya do'a mereka lah yang selalu menyelamatkan dan menuntun penulis melewati masa-masa sulit.
8. Kepada seseorang yang tidak kalah penting kehadirannya yaitu, M. Aripin yang telah menjadi bagian penting dalam perjalanan perkuliahan penulis. Terimakasih telah menjadi rumah untuk melepas keluh kesah, segala usaha yang diberikan mulai dari waktu, dukungan, Do'a dan support dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai.
9. Teruntuk Ke 4 Saudara Laki-laki Penulis. Terimakasih sudah memberikan bantuan, dukungan, serta mejadi pedoman dan penyemangat bagi penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Sembilan Sahabat Terbaik penulis yang selalu memberikan dukungan, semangat, motivasi, serta menemani penulis dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Kehadiran, bantuan, dan do'a yang diberikan menjadi penyemangat bagi penulis dalam menghadapi berbagai tantangan selama penyusunan KTI ini.

11. Untuk diri saya sendiri terima kasih sudah bertahan sejauh ini. Terima Kasih sudah tetap melangkah meski sering ragu, lelah, dan ingin menyerah. Karya Tulis Ilmiah ini mungkin tidak sempurna, tetapi proses ini menjadi pengalaman yang penuh makna dan pembelajaran pribadi yang mendalam. Dan Karya Tulis Ilmiah ini bukti perjuangan nyata dan patut dibanggakan.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih memiliki keterbatasan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan dan penyempurnaan karya ilmiah ini. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat serta menambah wawasan pengetahuan di bidang keperawatan.

Palangka Raya, 26 Mei 2026



Desi

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN LOGO.....	ii
HALAMAN JUDUL.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	vi
ABSTRAK	vii
<i>ABSTRACT</i>	viii
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II KAJIAN PUSTAKA	5
A. Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik.....	5
1. Definisi.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Tanda dan gejala	6
4. Patofisiologi.....	7
5. Komplikasi.....	9
6. Pemeriksaan Penunjang.....	10
7. Penatalaksanaan	11
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik	12
1. Pengkajian	12
2. Pemeriksaan Fisik.....	13
3. Diagnosis Keperawatan	20
a. Intervensi Keperawatan	22

2. Implementasi keperawatan	25
3. Evaluasi keperawatan	25
4. Dokumentasi	25
C. Pathway	26
BAB III METODE PENELITIAN	27
A. Desain Studi Kasus	27
B. Subjek Studi Kasus	28
D. Definisi Operasional	28
E. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	30
F. Metode Pengumpulan Data	30
G. Analisa Data dan Penyajian Data	32
H. Etika Penelitian Studi Kasus	35
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	38
A. Hasil Studi Kasus	38
B. Hasil Penelitian	38
1. Gambaran Lokasi Penelitian	38
2. Pengkajian	39
3. Diagnosis Keperawatan	54
6. Evaluasi Keperawatan	57
C. Pembahasan	58
D. Keterbatasan Studi Kasus	63
BAB V PENUTUP	64
6. Kesimpulan	64
B. Rekomendasi	65
DAFTAR PUSTAKA	67
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	112

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Glasgow Coma Scale.....	15
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pasien.....	22
Tabel 3.1 Definisi Operasional	29
Tabel 4.3 Hasil Lab	49
Tabel 4.4 Terapi dan implikasi keperawatan.....	50
Tabel 4.5 Analisa Data	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Pathway Keperawatan Stroke Non Hemoragik	26
-------------------	--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan Pada Tn. S.....	69
Lampiran 2 Dokumentasi Pada Tn. S.....	98
Lampiran 3 Informed Consent	99
Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Penelitian	103
Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data	104
Lampiran 6 Surat Keterangan Layak Etik	107
Lampiran 7 Lembar Bimbingan KTI.....	108
Lampiran 8 Turnitin	111
Lampiran 9 Biodata Penulis	112

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan utama di dunia karena menjadi penyebab kematian dan kecacatan yang tinggi. Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2021, stroke menempati urutan ketiga penyebab kematian dan kecacatan terbesar di dunia dengan sekitar 93,8 juta kasus stroke dan 11,9 juta kasus baru setiap tahunnya. Risiko stroke seumur hidup juga mengalami peningkatan hingga 50% dalam dua dekade terakhir. Tingginya angka kejadian stroke menyebabkan peningkatan kebutuhan pelayanan kesehatan serta menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan yang optimal.

Sebagian besar kasus stroke yang terjadi adalah Stroke Non Hemoragik, yaitu stroke yang disebabkan oleh adanya sumbatan pembuluh darah otak akibat trombus atau emboli. Kondisi tersebut mengakibatkan berkurangnya suplai darah, oksigen, dan nutrisi ke jaringan otak sehingga menimbulkan kerusakan sel saraf dan gangguan fungsi neurologis. Manifestasi yang sering ditemukan pada pasien Stroke Non Hemoragik meliputi kelemahan anggota gerak, gangguan bicara, gangguan sensorik, penurunan kesadaran, hingga gangguan mobilitas fisik.

Gangguan aliran darah ke otak pada pasien Stroke Non Hemoragik dapat menyebabkan iskemia serebral dan hipoksia jaringan otak. Kondisi yang berlangsung terus-menerus dapat menimbulkan edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial yang selanjutnya mengganggu perfusi serebral. Gangguan perfusi serebral

merupakan kondisi yang perlu mendapatkan perhatian karena dapat memperburuk kerusakan neurologis dan meningkatkan risiko komplikasi pada pasien stroke.

Salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk membantu mempertahankan perfusi serebral adalah pemberian posisi kepala elevasi 30° (head-up 30°). Posisi ini membantu meningkatkan aliran balik vena dari otak, menurunkan tekanan intrakranial, meningkatkan oksigenasi jaringan otak, serta membantu mempertahankan perfusi serebral. Oleh karena itu, tindakan head-up 30° menjadi salah satu intervensi yang sering diterapkan dalam asuhan keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik yang berisiko mengalami gangguan perfusi serebral.

Adapun prevalensi penderita stroke di Kalimantan Selatan, Selatan didapatkan data 542 kasus, pada tahun 2020 naik menjadi 721 kasus dan pada tahun 2021 menjadi 1.026 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, 2022). Tingginya angka kejadian Stroke Non Hemoragik di RSUD dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin menjadi perhatian serius dalam pelayanan kesehatan. Berdasarkan data rekam medik, prevalensi stroke dengan diagnosa cerebral infarction (163.9) pada tahun 2024 tercatat sebanyak 244 kasus, kemudian berlanjut hingga tiga bulan berturut-turut pada (januari-maret) tahun 2026, dimana telah mencapai 38 kasus cerebral infarction.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus mengenai Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif melalui Penerapan Posisi Head-Up 30° di RSUD dr. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin, (Regil & Febrianti, 2023)

Perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam hal ini,

perawat dituntut untuk mampu mengidentifikasi secara dini tanda dan gejala gangguan perfusi serebral serta menentukan masalah keperawatan yang tepat sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD dr.H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD dr. H. Moch. Ansari saleh banjarmasin.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian Asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Alexandri RSUD dr.Moch Ansari Salah Banjarmasin.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Alexandri RSUD dr.Moch Ansari Salah Banjarmasin.
- c. Menyusun rencana keperawatan berdasarkan Stroke Non Hemoragik di Ruang Alexandri RSUD dr.Moch Ansari Salah Banjarmasin.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Alexandri RSUD dr.Moch Ansari Salah Banjarmasin.
- e. Melakukan evaluasi Keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Alexandri RSUD dr.Moch Ansari Salah Banjarmasin.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan perkembangan ilmu keperawatan Khususnya dalam asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan gangguan perfusi serebral.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien

Memberikan manfaat dalam peningkatan kualitas Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik, sehingga dapat mempercepat pemulihan, mencegah komplikasi dan meningkatkan kemandirian pasien.

b. Bagi Perawat

Menjadi acuan dalam pemberian asuhan keperawatan yang sistematis tepat dan sesuai dengan standar praktik keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik

c. Bagi Penulis

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik

1. Definisi

Stroke Non Hemoragik atau Stroke iskemik merupakan gangguan neurologis yang terjadi akibat adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah menuju jaringan otak mengalami penurunan atau terhenti. Kondisi tersebut menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga menimbulkan kerusakan sel-sel otak. Stroke Non Hemoragik merupakan jenis Stroke yang paling sering terjadi (Wahyudi, 2023)

Stroke Non Hemoragik dapat menyebabkan berbagai gangguan neurologis tergantung pada lokasi dan luas area otak yang mengalami kerusakan. Gangguan yang muncul dapat berupa kelemahan anggota gerak, gangguan bicara, gangguan sensorik, penurunan kesadaran, dan keterbatasan aktivitas fisik. (Rahman., 2023)

2. Etiologi

Menurut (Rahman., 2023), Stroke Non Hemoragik dapat terjadi akibat beberapa mekanisme yang menyebabkan terganggunya aliran darah ke otak, yaitu Stroke trombotik, embolus, dan hipoperfusi.

a. Stroke Trombotik

Terjadi akibat terbentuknya trombus pada pembuluh darah otak sehingga menghambat aliran darah ke jaringan otak.

b. Embolus

Stroke embolus terjadi akibat adanya embolus atau gumpalan darah yang berasal dari jantung atau pembuluh darah lain kemudian menyumbat pembuluh darah otak.

d. Hipoperfusi

Terjadi akibat penurunan aliran darah secara menyeluruh sehingga perfusi darah ke otak menurun

3. Tanda dan gejala

Nyeri kepala lebih sering ditemukan pada stroke Hemoragik, namun pada beberapa pasien Stroke Non Hemoragik keluhan nyeri kepala juga dapat muncul. (Indina., 2024) Ada Beberapa tanda dan gejala yang sering dijumpai antara lain:

a. Kelemahan pada anggota gerak (hemiparesis/hemiplegia)

Pasien dapat mengalami penurunan kekuatan otot pada salah satu sisi tubuh, baik sebagian (hemiparesis) maupun seluruhnya (hemiplegia)

b. Gangguan bicara (afasia atau disartria)

Afasia ditandai dengan kesulitan dalam memahami maupun mengekspresikan bahasa, sedangkan disartria merupakan gangguan pengucapan akibat kelemahan otot-otot yang berperan dalam berbicara

c. Gangguan sensorik

Pasien dapat merasakan penurunan hingga hilangnya sensasi, seperti baal, kesemutan, atau mati rasa pada bagian tubuh tertentu.

d. Gangguan penglihatan

Keluhan yang muncul dapat berupa penglihatan kabur, penglihatan ganda (diplopia), atau hilangnya sebagian lapang pandang (hemianopsia).

e. Gangguan keseimbangan dan koordinasi

Pasien sering mengalami pusing, vertigo, serta kesulitan saat berjalan atau menjaga keseimbangan tubuh.

f. Penurunan tingkat kesadaran

Pada kondisi tertentu, pasien dapat mengalami penurunan kesadaran, mulai dari mengantuk (somnolen) hingga koma.

g. Sakit kepala

Nyeri kepala lebih sering ditemukan pada stroke Hemoragik akibat adanya perdarahan dan peningkatan tekanan intrakranial, namun pada beberapa pasien Stroke Non Hemoragik keluhan nyeri kepala juga dapat muncul,

h. Gangguan fungsi kognitif

Meliputi kesulitan dalam berpikir, kebingungan, serta gangguan daya ingat.

4. Patofisiologi

Stroke Non Hemoragik terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah otak oleh trombus atau emboli sehingga aliran darah menuju jaringan otak menurun. Kondisi ini menyebabkan iskemia serebral dan hipoksia jaringan otak akibat kurangnya suplai oksigen dan nutrisi.

Hipoksia yang berlangsung lama menyebabkan edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK mengakibatkan gangguan perfusi serebral sehingga muncul defisit neurologis seperti kelemahan anggota gerak, gangguan bicara, dan penurunan kesadaran. (Andaresta., 2021)

Infarkus iskemik serebral sangat terkait dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis, yang dapat menimbulkan beragam gejala klinis, antara lain:

- a. Lumen pembuluh darah menyempit, sehingga jantung gagal memompa darah secukupnya ke seluruh tubuh..
- b. Bekuan darah yang terbentuk kemudian terlepas sebagai emboli.
- c. Pembentukan aneurisma, yakni melemahnya atau menipisnya dinding pembuluh darah yang rentan pecah.

Faktor-faktor yang memengaruhi aliran darah serebral meliputi:

- a. Kondisi pembuluh darah itu sendiri.
- b. Sifat darah, seperti peningkatan kekentalan darah atau hematokrit yang menyebabkan aliran darah otak melambat; sebaliknya, anemia berat menurunkan kadar oksigen di otak.
- c. Tekanan darah sistemik yang memengaruhi perfusi (aliran darah) ke otak.
- d. Autoregulasi serebral merupakan mekanisme alami pembuluh darah otak untuk menjaga aliran darah tetap stabil meskipun terjadi fluktuasi tekanan perfusi.
- e. Gangguan jantung yang menurunkan curah jantung, sehingga memicu iskemia serebral melalui pelepasan emboli. Aliran darah otak juga bisa terganggu oleh kondisi fokal (seperti trombus, emboli, perdarahan, atau vasospasme) maupun sistemik (seperti hipoksia akibat penyakit paru atau jantung).

5. Komplikasi

Menurut Aulia, (2023) beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien Stroke antara lain:

a. Hipoksia serebral

Kinerja otak sangat bergantung pada ketersediaan oksigen yang disalurkan ke jaringan. Kondisi hipoksia serebral dapat diminimalkan melalui pemberian oksigen. Selain itu, menjaga kadar hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal juga berperan penting dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.

b. Penurunan aliran darah otak

Aliran darah menuju otak dipengaruhi oleh tekanan darah, curah jantung, serta kondisi pembuluh darah otak. Pemberian cairan intravena yang cukup diperlukan untuk menurunkan viskositas darah sehingga aliran darah ke otak dapat meningkat. Tekanan darah yang terlalu tinggi maupun terlalu rendah perlu dihindari karena dapat mengganggu aliran darah otak dan berpotensi memperluas area kerusakan.

c. Emboli serebral

Kondisi ini dapat terjadi setelah infark miokard, fibrilasi atrium, atau pada penggunaan katup jantung prostetik. Emboli dapat menghambat aliran darah ke otak sehingga semakin menurunkan perfusi otak. Aritmia juga dapat menyebabkan ketidakaturan curah jantung serta pembentukan trombus lokal. Gangguan irama jantung perlu segera ditangani untuk mencegah terjadinya emboli serebral.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. CT Scan:

Digunakan untuk melihat area infark atau iskemia pada otak

b. MRI:

Digunakan untuk melihat lokasi dan luas area iskemia jaringan otak.

c. EEG:

Digunakan untuk mengetahui aktivitas listrik otak akibat kerusakan jaringan otak:.

d. Angiografi serebral:

Digunakan untuk melihat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak.

7. Penatalaksanaan

Perawatan yang dilakukan secara cepat, tepat, dan teliti sangatlah krusial demi mencapai hasil pengobatan yang optimal. Penanganan Stroke harus dilakukan secepat mungkin karena periode terapi stroke terbatas hanya pada 3-6 jam. Langkah-langkah yang dilakukan mencakup:

- a. Stabilisasi kondisi pasien melalui prinsip ABC (Jalur Napas, Pernapasan, Peredaran Darah).
- b. Intubasi dapat dipertimbangkan apabila pasien mengalami kesadaran menurun seperti stupor atau koma, serta pada kasus henti napas.
- c. Pasang infus dengan larutan saline normal 0,9% pada laju 20 ml/jam. Hindari penggunaan cairan hipotonik, seperti 5% dextrose dalam air atau saline 0,45%, karena berisiko memperparah pembengkakan otak (edema serebral).
- d. Berikan oksigen sebanyak 2-4 liter per menit melalui kanula hidung.
- e. Lakukan pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) dan rontgen toraks.
- f. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan: hitung lengkap darah perifer dan trombosit, profil kimia darah (gula darah, elektrolit, urea, serta kreatinin), waktu.
- g. protrombin, dan waktu tromboplastin parsial.
- h. Jika diperlukan, lakukan pemeriksaan tambahan seperti kadar alkohol, fungsi hati, gas darah arteri, serta skrining toksikologi.
- i. Diagnosis ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit (anamnesis) dan pemeriksaan fisik.
- j. Lakukan CT scan atau MRI jika peralatan tersedia (Novera, 2021)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pelaksanaan proses keperawatan. Pengkajian keperawatan dapat dimulai dengan melakukan pengumpulan data-data yang didapatkan dari berbagai sumber data dan Teknik pengumpulan data yang berfungsi untuk mengenali dan mengidentifikasi kebutuhan dan permasalahan Kesehatan yang dialami klien dan kemudian dituliskan dalam dokumentasi keperawatan. (Bickley., 2021)

1. Pengkajian

a. Identitas Data

Data seperti nama, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, waktu dan tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi, serta diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Keluhan yang biasanya mendorong pasien mencari bantuan medis, seperti kelemahan pada satu sisi tubuh, bicara cadel, kesulitan berkomunikasi, dan penurunan kesadaran.

c. Riwayat penyakit

a) Riwayat penyakit saat ini

Serangan Stroke Non Hemoragik sering datang tiba-tiba saat pasien sedang beraktivitas. Gejala umum termasuk sakit kepala, mual, muntah, kejang hingga kehilangan kesadaran, disertai kelumpuhan setengah badan atau gangguan fungsi otak lainnya. Penurunan kesadaran disebabkan oleh perubahan tekanan di dalam tengkorak. Perubahan perilaku juga sering

muncul, seperti letargi, kurang responsif, hingga koma seiring perkembangan kondisi.

b) Riwayat penyakit sebelumnya

Termasuk riwayat hipertensi, Stroke lama, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, trauma kepala, penggunaan kontrasepsi oral jangka panjang, obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat adiktif, serta obesitas. Perlu dikaji obat-obatan rutin seperti antihipertensi, antilipidemia, beta blocker, dan lainnya. Juga riwayat merokok, alkohol, serta kontrasepsi oral. Data ini memperkuat pengkajian riwayat sekarang dan menjadi dasar untuk analisis lebih lanjut serta intervensi.

c) Riwayat penyakit keluarga

Yang harus dikaji meliputi penyakit yang pernah dialami maupun sedang dialami oleh anggota keluarga.

2. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

1) Tanda-tanda vital (Suhu, nadi, tekanan darah, respirasi rate dan SpO₂)

2) Body System

1) Pernapasan (B1: Breathing)

Pemeriksaan ini mencakup hidung, trakea, bentuk dada, pola napas, serta bunyi nafas.

2) Kardiovaskuler (B2: Blood)

Pemeriksaan ini mencakup bunyi jantung dan adanya edem

3) Persarafan dan Kesadaran (B3: Brain)

a) Tingkat kesadaran (Compos mentis, stupor, apatis, koma, somnolen, delirium)

b) GCS: Penilaian kesadaran

GCS merupakan skala untuk mengukur tingkat kesadaran pasien pasca cedera kepala. Skor ini menilai respons mata, respons verbal, serta respons motorik, yang kemudian dijadikan dasar penilaian kesadaran. Berikut rincian pemeriksaan GCS .(Laela, 2024)

Tabel 2.1 Glasgow Coma Scale

Jenis Pemeriksaan	Score
Eye (E)	
1. Membuka mata secara spontan	4
2. Membuka mata saat dipanggil	3
3. Membuka mata saat dirangsang nyeri	2
4. Tidak ada respon membuka mata	1
Verbal (V)	
1. Orientasi dengan baik , komunikasi jelas	5
2. Bicara bingung/pelo namun masih dapat menjawab	4
3. kata-kata tidak sesuai	3
4. suara tidak jelas	2
5. Tidak ada respon verbal	1
Motorik (M)	
1. Melakukan perintah dengan baik dan benar	6
2. Melokalisasi nyeri	5
3. Menarik anggota tubuh dari nyeri	4
4. Fleksi abnormal	3
5. Ekstensi abnormal	2
6. Tidak ada respons motorik	1

Interpretasi GCS :

- 14-15 : Compos Mentis

Compos mentis : kesadaran normal, sadar sepenuhnya, orientasi (nama, tempat, waktu) baik.

- 13-12 : Apatis

Apatis yaitu kesadaran yang segan untuk berhubungan terhadap sekitarnya (acuh tak acuh).

- 11-10 : Delirium

Delirium yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, teriak-teriak, halusinasi.

- 9-7 : Somnolen

Somnolen yaitu kesadaran menurun, respons psikomotor lambat, mudah tertidur, mudah dibangunkan tetapi jatuh tertidur lagi dan mampu memberi jawaban verbal.

- 6-5 : Stupor

Stupor yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respons terhadap Nyeri.

- 4-3 : Coma

Coma yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respons terhadap rangsangan Apapun.

c). Penilaian saraf kranial

Pemeriksaan saraf kranial merupakan bagian integral dari pemeriksaan neurologis umum untuk membantu mengidentifikasi dan melokalisasi patologi neurologis. Pemeriksaan ini banyak diterapkan dalam situasi darurat dan klinis, dan dapat dilakukan dengan relatif cepat menggunakan peralatan yang mudah tersedia di rumah sakit atau lingkungan rawat jalan. Pemeriksaan saraf kranial bermanfaat dalam

memantau perkembangan atau memburuknya proses penyakit neurologis, khususnya neurotrauma (Reese & Das, 2023)

- Saraf Kranial I (Olfaktorius) : Indra penciuman (sensori). Cara periksa: Tutup satu lubang hidung, minta pasien mengidentifikasi bau (kopi/vanila)
- Saraf Kranial II (Optikus) : Persepsi visual (penglihatan). Cara periksa: Tes ketajaman visual (Snellen chart), lapang pandang konfrontasi, pemeriksaan pupil terhadap cahaya.
- Saraf Kranial III (Okulomotor) :Gerakan bola mata (ke atas/bawah/medial), buka kelopak mata atas, pupil konstriksi (refleks cahaya). Cara periksa: Ikuti objek dengan mata “H test”; periksa pupil serta reaksi cahaya (PERRLA).
- Saraf Kranial IV (Troclear) : Gerakan otot superior oblique (mata ke bawah saat melihat ke dalam). Cara periksa: Tes gerakan mata ke bawah saat melihat medially; pemeriksaan head tilt test / Bielschowsky (uji tiga langkah)
- Saraf Kranial V (Trigeminal) : Sensasi wajah (sentuhan/nyeri), mastikasi (mengunyah). Cara periksa: Tes sensasi wajah (kapas/pin) di tiga wilayah; refleks kornea; gerakkan rahang.
- Saraf Kranial VI (Abdusen) : Gerakkan otot rektus lateral (mata menjauh) Cara periksa: Ikuti objek ke lateral; mata tidak dapat bergerak jauh lateral jika ada lesi.
- Saraf Kranial VII (Fasialis) : Otot ekspresi wajah, rasa di 2/3 anterior lidah, sekresi air mata & saliva. Cara periksa: Mimik wajah (angkat alis, tutup mata kuat, senyum), dan tes rasa di lidah.

- Saraf Kranial VIII (Vestibulokoklear) : Pendengaran & keseimbangan (sensori). Cara periksa: Tes Rinne & Weber (garpu tala); pemeriksaan keseimbangan/vertigo.
- Saraf Kranial IX (Glosafaringeus) : Rasa 1/3 posterior lidah, menelan, sekresi saliva (parotis). Cara periksa: Tes rasa di belakang lidah; refleks gag (IX aferen).
- Saraf Kranial X (Vagus) : Sensasi faring/larynx; kontrol otot menelan & bicara; otonom organ dalam. Cara periksa: Perhatikan suara pasien ("ah"), periksa refleks gag (X eferen), menelan.
- Saraf Kranial XI (Aksesorius) : Gerak kepala & bahu (sternokleidomastoideus & trapezius). Cara periksa: Bahu diangkat melawan tahanan; putar kepala melawan tangan pemeriksa.
- Saraf Kranial XII (Hipoglosus) : Gerakan lidah (motorik). Cara periksa: Julurkan lidah; perhatikan deviasi / kelemahan / atrofi ke sisi lesi.

4) Perkemihan (B4 : Bladder)

Pengkajian ini meliputi produksi urine, warna urine, bau dan pembedahan.

5) Pencernaan (B5 : Bowel)

Pengkajian ini meliputi mulut dan gigi, tenggorokan, abdomen, rectum / anus dan BAB)

6) Tulang otot – kulit (B6 : Bone)

Pengkajian ini meliputi kekuatan, pergerakan, bentuk tulang dan integument.

g. Pengkajian Pola Fungsional

1) Persepsi kesehatan:

Pengkajian ini dilakukan untuk melihat persepsi keluarga terhadap penyakit.

2) Nutrisi/metabolik:

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui keseimbangan nutrisi, kondisi kulit, elektrolit, dan keadaan fisik pasien.

3) Eliminasi:

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui fungsi ekskresi usus, kandung kemih, kulit pada pasien.

4) Aktivitas/latihan:

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui latihan dan aktivitas serta fungsi pernapasan pada pasien.

5) Tidur/istirahat:

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui pola tidur pasien, istirahat dan persepsi tingkat energi pada pasien.

6) Kognitif/perseptual:

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui pola pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan, penciuman, persepsi nyeri, komunikasi, memori pada pasien.

7) Persepsi Diri:

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui sikap terhadap diri sendiri pada pasien.

8) Peran dan hubungan:

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui persepsi terhadap diri sendiri pada pasien.

9) Seksualitas/reproduksi:

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui seksualitas dan sistem reproduksi pada pasien.

10) Koping dan Toleransi Stres:

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui kemampuan coping stres Pada pasien.

11) Nilai dan Kepercayaan:

Pengkajian ini dilakukan mengenai keyakinan, nilai dan kepercayaan Pasien.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klinik terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017) Pada pasien Stroke Non Hemoragik (SNH), diagnosis keperawatan yang muncul dapat beragam tergantung kondisi klinis dan respons pasien. Menurut (Fitria et al., 2024) diagnosis yang muncul secara umum mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

- a. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d hipertensi (SDKI: D.0017)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskular (SDKI: D.0054)
- c. Gangguan Komunikasi Verbal b.d penurunan sirkulasi serebral dan gangguan neuromuskular (SDKI: D.0119)
- d. Gangguan Menelan b.d gangguan neurologis (SDKI: D.0063)
- e. Pola Napas Tidak Efektif b.d gangguan neurologis (SDKI: D.0005)
- f. Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskular dan kelemahan (SDKI:D.0109)
- g. Konstipasi b.d aktivitas fisik harian kurang (SDKI: D.00049)
- h. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d spasme jalan napas, disfungsi neuromuskular dan sekresi yang tertahan (SDKI: D.0001)
- i. Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan (SDKI: D.0019)
- j. Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d imobilisasi fisik (SDKI: D.0139)
- k. Risiko Aspirasi b.d gangguan menelan (SDKI: D.0006)
- l. Risiko Jatuh b.d gangguan mobilitas fisik (SDKI: D.0143)

a. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pasien

Dignosisi	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) b.d Oklusi Pembuluh Darah Serebral	(L.02014) Perfusi Serebral (I.06194) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria Hasil: 1. Status kesadaran pasien bertambah baik. 2. Tekanan dalam kepala (TIK) turun. 3. Pasien bebas dari gejala kegelisahan. 4. Tanda-tanda vital (TTV) normal kembali.	(I.06194) Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial 1. Monitor tingkat kesadaran (GCS) 2. Monitor Ttv secara berkala. 3. Monitor saturasi oksigen (SpO ₂) 4. Observasi tanda peningkatan TIK: sakit kepala, mual muntah, pupil tidak sama, penurunan kesadaran. 5. Hindari fleksi leher berlebihan. 6. Atur posisi kepala head up 30° 7. Kolaborasi pemberian obat sesuai program terapi (misalnya monitor dan diuretik)

2. Gangguan mobilitas Fisik (D.0054, hal. 124) b.d Gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 diharapkan mobilitas fisik: (L05042, hal. 67) Meningkat Kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas bertambah. 2. Kekuatan otot bertambah. 3. Rentang gerak sendi (ROM) bertambah. 4. Kekuatan sendi berkurang. 5. Pembatasan gerakan berkurang. 6. Kelemahan fisik berkurang.	Dukungan Mobilitas (1.02076, hal. 318) Observasi: 1. Kenali keberadaan nyeri atau keluhan fisik yang lain. 2. Kenalin tingkat toleransi fisik saat melakukan pergerakan. 3. Pantau denyut jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilitas. 4. Pantau kondisi umum pasien selama melakukan mobilitas. Terapeutik: 1. Bantu aktivitas mobilitas pakai alat bantu. 2. pasien melakukan pergerakan bila diperlukan. 3. Libatkan keluarga untuk mendukung peningkatan. 4. pergerakan pasien.
--	--	---

		Edukasi: 1. Jelaskan tujuan serta prosedur mobilitas. 2. Sarankan mobilitas dini. 3. Ajarkan teknik mobilitas sederhana yang perlu dilakukan.
--	--	---

2. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan dengan memposisikan pasien head-up 30°, monitoring neurologis secara berkala, observasi tanda peningkatan tekanan intrakranial (TIK), pemantauan tanda vital, serta pemberian tindakan sesuai intervensi keperawatan (Ayunika et al., 2025)

3. Evaluasi keperawatan

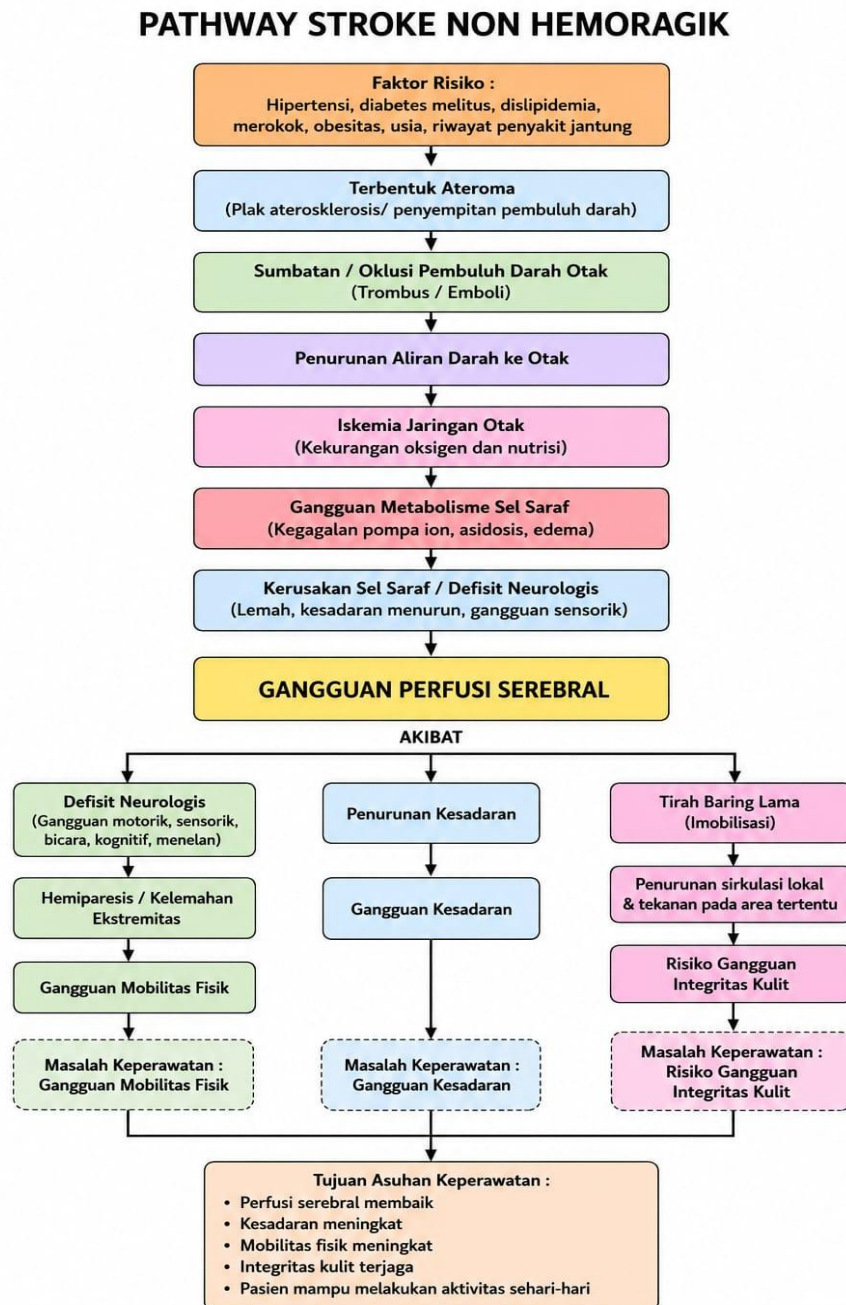
Evaluasi dilakukan dengan menilai perubahan Glasgow Coma Scale (GCS), perubahan tekanan darah, perubahan respon pasien terhadap tindakan, tingkat kesadaran, dan perkembangan kondisi neurologis pasien. (Dewi., 2024)

4. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan catatan resmi yang memiliki kekuatan hukum dalam menilai kinerja perawat serta mutu asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, dimulai dari tahap pengkajian hingga evaluasi. Setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat, baik dalam perannya sebagai manajer maupun pelaksana, harus didokumentasikan dan dilaporkan sebagai bentuk kinerja yang dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dalam pengambilan keputusan. Salah satu bentuknya adalah pencatatan tingkat kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang termasuk dalam program penjaminan mutu. Selain itu, dokumentasi keperawatan juga berfungsi sebagai bukti hukum karena memuat informasi mengenai status kesehatan klien, hasil pengkajian, masalah keperawatan, rencana tindakan, serta evaluasi yang telah dilakukan. (Damayanti., 2024)

C. Pathway

Gambar 1.1 Pathway Keperawatan Stroke Non Hemoragik



Sumber: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, SIKI, SLKI 2017)(SDKI, 2017)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Studi Kasus

Studi kasus merupakan metode penelitian yang berfokus pada pengkajian secara mendalam terhadap satu individu atau unit tertentu secara komprehensif dalam periode waktu tertentu (Mirawati., 2024)

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus deskriptif untuk menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik secara komprehensif.

Pendekatan ini digunakan untuk mendeskripsikan secara sistematis pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik, yang meliputi tahap pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, serta evaluasi. Melalui studi kasus, peneliti dapat mengkaji kondisi pasien secara lebih detail dan komprehensif sehingga diperoleh gambaran nyata mengenai proses pemberian asuhan keperawatan.

(Damayanti, 2024)

Dalam bidang keperawatan, pendekatan studi kasus dianggap efektif untuk memahami respons pasien terhadap penyakit maupun tindakan yang diberikan. Hal ini terutama relevan pada kasus stroke non hemoragik yang membutuhkan pemantauan berkelanjutan terhadap perubahan kondisi neurologis pasien. (Rahayu., 2021)

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara, observasi langsung, pemeriksaan fisik, serta penelaahan dokumentasi rekam medis pasien. Dengan pendekatan tersebut, peneliti diharapkan dapat

memperoleh data yang akurat dan menyeluruh terkait kondisi pasien serta efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan (Mirawati., 2024)

B. Subjek Studi Kasus

Subjek dalam studi kasus ini adalah satu pasien dengan diagnosis Stroke Non Hemoragik yang dirawat di ruang Alexandri III RSUD dr. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. Pasien berinisial Tn. S, berusia 67 tahun, berjenis kelamin laki-laki, serta memiliki riwayat hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, dan stroke sebelumnya. Pasien dipilih sebagai subjek studi karena sesuai dengan fokus penelitian, yaitu pasien Stroke Non Hemoragik yang mengalami gangguan neurologis dan memerlukan asuhan keperawatan serta pemantauan kondisi secara berkala.

C. Fokus Studi

Fokus studi pada penelitian ini yaitu pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik yang berisiko mengalami gangguan perfusi serebral melalui intervensi head-up 30°, serta evaluasi perkembangan kondisi pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan pemaparan tentang cara penelitian menentukan dan mengukur variabel penelitian, sehingga dapat dipahami dan digunakan oleh peneliti lain yang akan menggunakan verbal yang sama. (Yulia., 2021) Berikut ini merupakan definisi operasional dan verbal fokus studi yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil
1	Stroke Non Hemoragik	Stroke Non Hemoragik adalah gangguan fungsi neurologis akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak yang menyebabkan suplai darah dan oksigen ke jaringan otak tanpa disertai perdarahan.	diagnosis medis Stroke Non Hemoragik, Hasil CT-Scan tanpa perdarahan, kelemahan anggota gerak.
2	Risiko Perfusi Serebral tidak efektif	Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke jaringan otak akibat sumbatan pembuluh darah serebral sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi otak berpotensi tidak terpenuhi secara adekuat.	Riwayat stroke hipertensi, hasil CT-scan infark serebral dan tekanan darah meningkat.

3. Gangguan Mobilitas Fisik	Keterbatasan dalam melakukan pergerakan secara mandiri akibat gangguan neuromuskular pada pasien Stroke Non Hemoragik.	Penurunan kekuatan otot, hemiparesis, keterbatasan ROM, aktivitas dibantu.
-----------------------------	--	--

E. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD dr. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin, khususnya di ruang Alexandri III sebagai lokasi perawatan pasien. Pelaksanaan studi kasus berlangsung selama pasien menjalani perawatan di ruang tersebut, yakni pada tanggal 04 April 2026 hingga 08 April 2026. Selama rentang waktu tersebut, peneliti melakukan observasi terhadap perkembangan kondisi pasien serta memberikan asuhan keperawatan secara langsung sesuai dengan kebutuhan pasien.

F. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data adalah cara peneliti untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah (Nursalam, 2020)

1. Wawancara (Interview)

Wawancara adalah proses tanya jawab dalam penelitian yang berlangsung secara lisan antara dua orang atau lebih secara tatap muka mendengarkan secara langsung informasi-informasi atau keterangan-keterangan (Notoatmodjo, 2018). Wawancara dilakukan kepada pasien dan keluarga untuk mendapatkan data subjektif berupa keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola fungsional kesehatan, serta faktor risiko yang berkaitan dengan stroke non hemoragik.

2. Observasi

Observasi merupakan suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti.

Observasi dilakukan secara langsung terhadap kondisi klinis pasien meliputi keadaan umum, tingkat kesadaran (GCS), tanda-tanda vital, kondisi neurologis, kemampuan motorik, kemampuan komunikasi, serta respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. (American at al., 2021)

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara komprehensif menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA) dari kepala hingga kaki (head to toe) untuk mendapatkan data objektif terkait kondisi klinis pasien stroke non hemoragik. (Bickley., 2021)

4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan cara mempelajari catatan medis (rekam medis) pasien, hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan CT-Scan kepala, serta dokumentasi keperawatan yang telah ada di rekam medis RSUD dr. Moch Ansari Saleh Banjarmasin sebagai sumber data penunjang.

5. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan dengan mengkaji berbagai literatur ilmiah yang relevan berupa buku teks, jurnal penelitian, pedoman klinis, dan sumber ilmiah lainnya yang berkaitan dengan stroke non hemoragik dan asuhan keperawatannya sebagai landasan teoritis dalam penyusunan studi kasus.

G. Analisa Data dan Penyajian Data

1. Analisa Data

Analisis data merupakan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data. (Sugiyono., 2022) Pada studi kasus ini, analisis data dilakukan secara naratif deskriptif, yaitu dengan menggambarkan secara sistematis hasil pengkajian dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik berdasarkan data yang diperoleh dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi. Analisis dilakukan dengan cara mengumpulkan data, mereduksi data sesuai fokus studi, menginterpretasikan data berdasarkan teori yang relevan, kemudian

menarik kesimpulan secara komprehensif. Dalam studi kasus ini, analisis data dilakukan melalui langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data: Peneliti mengumpulkan semua data hasil pengkajian, observasi wawancara, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi secara lengkap dan sistematis
- b. Reduksi data: Peneliti memilih dan memfokuskan data yang relevan sesuai fokus studi, yaitu data yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik.
- c. Interpretasi data: Peneliti menginterpretasikan data yang telah dikumpulkan dan mengaitkannya dengan teori dan konsep yang relevan serta membandingkan dengan kondisi aktual pasien.
- d. Verifikasi data: Peneliti melakukan penarikan kesimpulan berdasarkan data yang telah dianalisis dan diinterpretasikan secara komprehensif. Analisis asuhan keperawatan dilakukan secara sistematis mengacu pada standar praktik keperawatan yaitu Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang diterbitkan oleh PPNI (PPNI, 2021).

2. Penyajian Data

Penyajian data dalam studi kasus ini disajikan dalam bentuk narasi tekstual yang dilengkapi dengan tabel dan gambar untuk memperjelas data. Penyajian data bertujuan untuk menyederhanakan data dan mempermudah pembaca dalam memahami hasil temuan studi kasus (Nursalam, 2020). Data disajikan secara sistematis mengikuti alur proses keperawatan yaitu:

- a. Data pengkajian keperawatan disajikan dalam bentuk narasi dan tabel yang mencakup identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan data penunjang.
- b. Diagnosis keperawatan disajikan dalam bentuk daftar masalah keperawatan yang diprioritaskan berdasarkan kondisi pasien.
- c. Rencana keperawatan disajikan dalam bentuk tabel yang mencakup diagnosis keperawatan, tujuan dan kriteria hasil (SLKI), serta intervensi keperawatan (SIKI).
- d. Implementasi keperawatan disajikan dalam bentuk tabel catatan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- e. Evaluasi keperawatan disajikan dalam bentuk catatan perkembangan menggunakan format SOAP.

H. Etika Penelitian Studi Kasus

1. Informed Consent (Persetujuan Menjadi Responden)

Sebelum melakukan studi kasus, peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan kepada pasien maupun keluarga mengenai tujuan, manfaat, prosedur pelaksanaan, serta Tindakan keperawatan yang akan dilakukan selama penelitian berlangsung. Setelah mendapatkan penjelasan, responden diberikan kebebasan untuk menentukan kesediaannya menjadi subjek penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan (informed consent). Responden juga berhak menolak ataupun mengundurkan diri dari penelitian tanpa adanya paksaan. Prinsip informed consent merupakan bentuk perlindungan hak pasien dalam pelayanan kesehatan (Indina., 2024)

2. Anonymity (Tanpa Nama)

Peneliti menjaga privasi responden dengan tidak mencantumkan identitas asli pasien dalam lembar pengkajian maupun laporan karya tulis ilmiah. Nama responden diganti menggunakan inisial atau kode tertentu untuk menjaga kerahasiaan identitas pasien.

3. Confidentiality (Kerahasiaan)

Seluruh data dan informasi yang diperoleh selama proses penelitian dijaga kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah. Prinsip confidentiality penting diterapkan untuk melindungi data pribadi pasien serta menjaga kepercayaan pasien terhadap pelayanan kesehatan. (Azalia et al., 2024)

4. Beneficence (Prinsip Manfaat)

Penelitian dilakukan dengan mengutamakan manfaat bagi pasien, keluarga, tenaga kesehatan, maupun institusi pendidikan. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi sumber informasi serta bahan pembelajaran dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

5. Non Maleficence (Tidak Merugikan)

Peneliti memastikan bahwa seluruh tindakan keperawatan yang dilakukan tidak menimbulkan cedera, bahaya, ataupun ketidaknyamanan pada pasien. Semua tindakan dilakukan sesuai standar prosedur operasional keperawatan dan kode etik profesi perawat. Prinsip non maleficence bertujuan untuk mencegah tindakan yang dapat merugikan pasien. (Fitria et al., 2024)

6. Justice (Keadilan)

Peneliti memberikan perlakuan yang sama kepada seluruh responden tanpa membedakan suku, agama, ras, jenis kelamin, status sosial, maupun latar belakang lainnya selama proses penelitian berlangsung. (Regil & Febrianti, 2023)

7. Respect for Human Dignity (Menghormati Martabat Manusia)

Peneliti menghormati hak dan martabat responden sebagai individu yang memiliki hak untuk menentukan pilihan terkait keterlibatannya dalam penelitian. Peneliti juga menjaga sikap sopan, empati, dan profesional selama proses penelitian berlangsung.

8. Ethical Clearance (Persetujuan Etik)

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti terlebih dahulu meminta izin kepada institusi pendidikan serta rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan tempat penelitian dilakukan. Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan dari pihak terkait sesuai ketentuan yang berlaku.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ansari Saleh pada tanggal 04 April 2026 pada pasien dengan diagnosis Stroke Non Hemoragik pengkajian dilakukan secara komprehensif meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk mengetahui kondisi pasien secara menyeluruh.

B. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Ansari Saleh Banjarmasin yang berlokasi di Jalan Brigjen H. Hasan Basri No. 1, Kota Banjarmasin, Kalimantan Selatan. RSUD Ansari Saleh merupakan rumah sakit umum daerah milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan dengan tipe B yang menjadi salah satu rumah sakit rujukan di Kalimantan Selatan.

RSUD Ansari Saleh memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, Instalasi Gawat Darurat (IGD) 24 jam, ruang operasi, laboratorium, radiologi, farmasi, rehabilitasi medik, serta pelayanan penunjang medis lainnya. Rumah sakit ini juga memiliki berbagai pelayanan spesialis, termasuk pelayanan penyakit dalam, bedah, saraf, anak, dan pelayanan lainnya yang mendukung proses diagnosis maupun tindakan medis pada pasien. keberadaan fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

Penelitian ini dilakukan di ruang perawatan yang menangani pasien dengan gangguan neurologi atau sistem persarafan, termasuk pasien stroke non hemoragik. Ruangan tersebut dilengkapi dengan fasilitas observasi dan perawatan pasien guna menunjang pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif. selama menjalani perawatan, pasien mendapatkan pemantauan kondisi umum, tanda-tanda vital, terapi medis, serta tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi pasien. studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 04 April 2026 sampai dengan 08 April 2026.

2. Pengkajian

Pengumpulan data dilaksanakan di Ruang Alexandri III di RSUD Ansari Saleh Banjarmasin, yaitu ruang perawatan Neurologis yang merawat pasien dengan gangguan sistem persarafan termasuk kasus Stroke Non Hemoragik dan pendarahan intrakranial, RSUD Ansari Saleh Banjarmasin merupakan rumah sakit rujukan tipe B di wilayah Kalimantan Selatan yang menjadi pusat penanganan kasus-kasus neurologis dari berbagai daerah.

Pengumpulan data pada kasus pertama, Yaitu Tn.S dilaksanakan pada tanggal 04 April 2026, pukul 13.30 WITA, yang merupakan hari Keempat sejak pasien pertama kali masuk rumah sakit pada tanggal 01 April 2026. Sementara itu, pemantauan dan pengumpulan data lanjut dilakukan selama proses perawatan berlangsung hingga evaluasi akhir yaitu pada tanggal 08 April 2026.

a. Identitas Klien

Klien Tn. S seorang lansia laki-laki berusia 67 tahun, pendidikan terakhir SD, Pekerjaan Wiraswasta, beragama Islam, suku jawa, berstatus kawin, dan beralamat di Desa Simpang Jaya.

b. Riwayat kesehatan**c. Pemeriksaan Fisik****1) Keluhan Utama**

Klien Tn. S tampak bicara kurang jelas, namun masih mampu merespon perintah sederhana.

2) Riwayat penyakit sebelumnya

Klien Tn. S memiliki riwayat stroke sekitar 2 bulan yang lalu selain itu, klien Tn. S juga memiliki riwayat penyakit Hipertensi, Jantung dan DM.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien Tn. S datang ke IGD dengan keluhan utama kejang-kejang yang terjadi di rumah sebanyak 1 kali dalam 1 jam terakhir sebelum masuk rumah sakit. kejang berlangsung selama kurang lebih 15 menit dan disertai muntah sebanyak 3 kali.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga Tn. S mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit apapun.

d. Pemeriksaan Fisik**1) Keadaan umum**

Klien Tn. S tampak lemas, tampak menggunakan DC, venflon sebelah kanan, kesadaran compos mentis.

2) Tanda-tanda vital

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, diperoleh tekanan darah pasien 135/112 mmHg, nadi 75 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, suhu tubuh 36,4°C, dan saturasi oksigen (SpO₂) 99%. Selain itu, berat badan pasien 60 kg dengan tinggi badan 164 cm. Hasil pemeriksaan menunjukkan tanda-tanda vital pasien dalam kondisi relatif stabil, namun tekanan darah masih berada di atas nilai normal.

3) Tingkat Kesadaran (GCS)

- a) E: 4 (Respon mata) klien Tn. S mampu membuka mata spontan,
- b) V : 4 (Verbal) klien Tn. S dapat berbicara namun kurang jelas.
- c) M : 6 (Respons motorik) klien Tn. S dapat melakukan gerakan sesuai perintah. Total skor GCS pasien adalah $E4+V4+M6= 14$.

4) Pemeriksaan Body system

a) Kepala :

Bentuk kepala klien Tn. S pada saat dilakukan pemeriksaan simetris, tidak terdapat luka atau benjolan.

b) Pernapasan : (B1 : Breathing)

Kondisi hidung dan trakea dalam batas normal tanpa adanya sekret, mukus, benda asing, maupun peradangan. Bentuk dada normal dengan pola nafas teratur. Bunyi napas vesikuler terdengar normal tanpa wheezing, ronchi, rales, atau crackles. Pasien tidak mengalami batuk, sputum, maupun batuk darah

c) Pengindraan :

- Mata : Pada pemeriksaan penginderaan, penglihatan
Pasien tampak kabur dengan gerakan bola mata normal.
Sklera normal, konjungtiva merah muda, dan kornea
bening. Pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan,
tidak mengeluh nyeri mata maupun keluhan lain.
- Telinga : pemeriksaan telinga menunjukkan pendengaran dan
keseimbangan dalam batas normal tanpa tinnitus, otalgia, otore,
maupun penggunaan alat bantu dengar.
- Hidung : pemeriksaan hidung menunjukkan bentuk hidung simetris,
tanpa lesi, obstruksi, maupun nyeri tekan sinus. Cavum nasal dan
septum nasal dalam batas normal tanpa perforasi maupun
perdarahan.

d.) Kardiovaskular (B2: Blood)

Pasien mengeluh pusing tanpa nyeri dada, palpitasi, kram kaki,
maupun sakit kepala. Suara jantung terdengar normal dengan
capillary refill time < 2 detik dan tidak ditemukan edema maupun
ascites. Pada pemeriksaan persyarapan, tingkat kesadaran compos
mentis dengan nilai : GCS 14 (E4V4M6).Pupil isokor dengan refleks
cahaya kanan dan kiri positif. Pasien tampak mengalami pelo tanpa
vertigo, bingung, kejang, tremor maupun gangguan neurologis
lainnya.

e) Penilaian Saraf Kranial

- (1) Saraf Kranial I: Olfaktori, penciuman pasien normal, klien mampu membedakan bau-bauan seperti parfum dan minyak angin.
- (2) Saraf Kranial II: Optikus, penglihatan pasien kabur
- (3) Saraf Kranial III: Okulomotoris, pasien dapat memejamkan mata, menggerakkan bola mata serta kelopak mata.
- (4) Saraf Kranial IV: Trochlearis, pasien dapat menggerakkan bola mata kesamping.
- (5) Saraf Kranial V: Trigeminus, Pasien dapat mengunyah makanan secara normal.
- (6) Saraf Kranial VI: Abdusen, Pasien dapat menoleh kearah kanan dan kiri.
- (7) Saraf Kranial VII: Fasialis, Wajah pasien tampak tidak simetris.
- (8) Saraf Kranial VIII: Vestibulocochlearis, pasien dapat mendengar saat dipanggil.
- (9) Saraf Kranial IX: Glosafaringeus, pasien dapat membedakan sensasi rasa seperti, pahit, asam, asin, dan manis.
- (10) Saraf Kranial X: Vagus, pasien dapat menelan saliva dengan baik, tidak ada nyeri.
- (11) Saraf Kranial XI: Asesoris, Pasien mampu menggerakkan kepala, leher dan bahu ke kanan dan kiri.
- (12) Saraf Kranial XII: Hipoglosal, Pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik.

f. Pemeriksaan Sensorik dan motorik:

- 1) fungsi sensorik dan refleks, pasien normal dimana pasien dapat merasakan sentuhan atau rasa pada seluruh anggota gerak atas dan bawah. Status refleks pasien juga Menunjukkan hasil normal, baik pada pemeriksaan refleks tendon bagian dalam maupun refleks patologis.
- 2) Fungsi motorik, pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri.

g. Sistem Perkemihan

Kondisi eliminasi urin, produksi urine pasien normal dengan terpasang kateter urine, urine berwarna kuning dengan bau khas amoniak. Pasien tidak memiliki riwayat pembedahan pada sistem perkemihan serta tidak ada masalah atau keluhan seperti oliguria, retensio, inkontinesia, maupun hematuria.

h. Sistem pencernaan

Kondisi eliminasi alvi dan saluran cerna, secara umum tidak ditemukan masalah pada mulut, gigi, tenggorokan, abdomen, serta rektum atau anus pasien. Pasien melakukan buang air besar (BAB) dengan frekuensi 1x sehari. Keluhan dan terapi tidak ada keluhan pencernaan (seperti mual, muntah, diare, atau konstipasi). Pasien juga tidak menggunakan obat pencahar maupun tindakan levament(Enema).

i. Kondisi Tulang dan otot:

bentuk tulang pasien normal tanpa kelainan dan secara umum tidak ada keluhan struktural.

Skala Otot:

4	5
4	5

Keterangan :

- 1) Berdasarkan hasil pemeriksaan kekuatan otot diperoleh nilai ekstremitas atas kanan 5, ekstremitas atas kiri 4, ekstremitas bawah kanan 5 dan ekstremitas bawah kiri 4. Hasil tersebut menunjukkan kekuatan otot normal pada ekstremitas sisi kanan, sedangkan pada sisi kiri terdapat penurunan kekuatan otot ringan. pasien masih mampu menggerakkan ekstremitas dan melawan tahanan ringan. Kondisi ini menunjukkan adanya hemiparesis ringan pada sisi kiri tubuh pasien.
- 2) Pada pemeriksaan muskuloskeletal tidak ditemukan deformitas, fraktur, maupun peradangan pada ekstremitas atas dan bawah, namun ditemukan kelemahan otot ringan pada ekstremitas sisi kiri akibat gangguan neurologis yang dialami pasien.
- 3) Pada pemeriksaan integumen didapatkan warna kulit sawo matang, rambut berwarna putih (uban), dan kuku berwarna putih. Turgor kulit dan kuku baik dengan waktu kembali < 2 detik. Kebersihan kulit, rambut, dan kuku tampak bersih serta tidak terdapat masalah atau keluhan.

- 4) Pada pemeriksaan reproduksi laki-laki, penis, skrotum, dan testis dalam kondisi normal serta tidak ditemukan kelainan lain. Pada pola fungsi kesehatan, pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan segera pulang ke rumah.

d. Fungsi Kesehatan

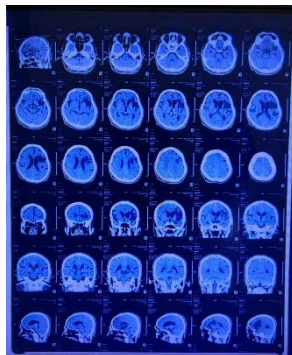
1. Pola nutrisi dan metabolisme pasien sebelum sakit maupun saat sakit tidak mengalami perubahan signifikan. Pasien makan 3 kali sehari dengan nafsu makan baik. Sebelum sakit pasien mengonsumsi nasi, ikan, ayam, sayur, dan buah, sedangkan saat sakit makanan berubah menjadi bubur, ikan, ayam, sayur, dan buah. Porsi makan tetap 1 porsi dan minum 5 gelas per hari. Tidak terdapat kebiasaan khusus dalam makan maupun minum. Berat badan pasien 58 kg dengan tinggi badan 164 cm serta tidak menjalani diet khusus.
2. Pola tidur dan istirahat mengalami perubahan. Sebelum sakit pasien tidur malam selama 6–8 jam dan tidur siang 1 jam, sedangkan saat sakit tidur malam berkurang menjadi 2 jam dan tidur siang meningkat menjadi 3–5 jam. Pasien tidak memiliki kebiasaan khusus sebelum tidur.
3. Kognitif Pasien mengetahui dan memahami penyakit atau kondisi yang sedang dialami saat ini.
4. Persepsi Diri/Konsep Diri Pasien menerima kondisi penyakit yang dialami dan mengikuti terapi yang diberikan di rumah sakit.
5. Peran/Berhubungan Pasien sudah menikah dan berperan sebagai suami serta ayah bagi anak-anaknya.

6. Koping-Toleransi Stres Tidak terdapat data khusus terkait koping dan toleransi stres pasien.
7. Nilai-Pola Keyakinan Pasien beragama Islam dan keyakinannya tidak bertentangan dengan tindakan keperawatan yang diberikan.
8. Psikososial-Spiritual

Pasien berkomunikasi kurang jelas namun masih dapat dimengerti menggunakan bahasa Banjar. Cara berbicara pasien pelo. Hubungan pasien dengan keluarga maupun petugas kesehatan baik. Ekspresi afek dan emosi pasien tampak senang. Selama dirawat di rumah sakit pasien tidak menjalankan ibadah.

e. Data Penunjang

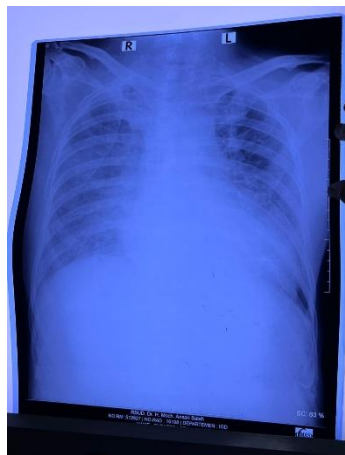
- 1). Hasil CT scan kepala menunjukkan adanya lesi hipodens pada cortex–subcortex lobus temporoparietal sinistra yang mengarah pada infark subakut. Sulci dan gyri normal, diferensiasi white-gray matter tegas, sistem ventrikel dan sisterna normal, serta tidak terdapat deviasi midline. Cerebellum, pons, dan mesensefalon dalam batas normal.



Tahun 26-03-2026

Kesimpulan CT scan yaitu infark subakut lobus temporoparietalis sinistra.

2). Hasil rontgen dada menunjukkan bentuk dan ukuran jantung membesar ke arah kiri. Corak pembuluh bronkus pada paru dalam batas normal, tidak tampak adanya infiltrat, hilus kanan dan kiri terlihat jelas dan normal, serta tidak ditemukan penumpukan cairan di rongga pleura. Trakea berada di posisi tengah, sudut diafragma-kostafrenikus kanan dan kiri tajam, diafragma kanan dan kiri berbentuk kubah normal. Tulang-tulang dan struktur rangka sekitar terlihat utuh dan dalam batas normal.



Tahun, 24-03-2026

Kesimpulan Rontgen: Terdapat pembesaran jantung (Kardiomegali).

Tabel 4.1 Hasil Lab

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
KIMIA KLINIK				
METABOLIK ENDOKRIN				
GLUCOSE 2 JAM PP	150	<200	mg/dL	GOP
GLUCOSE PUASA	157 H	70-126	mg/dL	
ELEKTROLIT				
NATRIUM	140.6	135-145	mmol/L	-
KALIUM	3.98	3.5-5.1	mmol/L	-
CHLORIDA	98.1	97-111		

Tanggal, 7 April 2026

Tabel 4.1.2 Terapi dan implikasi keperawatan

Nama Obat	Dosis	Pemberian	Indikasi
Aspilet	1×1 Pagi	Oral	Pengencer darah; mencegah penyumbatan pembuluh darah pada jantung atau stroke.
Clopidogrel Bisulfat	1×1 Malam	Oral	Antiplatelet kuat; mencegah serangan jantung, stroke, atau gangguan sirkulasi darah
Amitriptyline	12,5 mg : 0-0-1	Oral	Antidepresan; sering digunakan untuk meredakan nyeri saraf (neuropati) atau pencegahan migrain.
Amlodipin	5 mg : 0-0-1	Oral	Obat darah tinggi (antihipertensi) dan untuk meredakan nyeri dada (angina)
B. Komplek	1×	Oral	Suplemen vitamin untuk kesehatan saraf, metabolisme energi, dan pemulihan tubuh.
Inj. Citicolin	2×500 mg	IV	Melindungi saraf otak; biasanya diberikan pada kasus stroke, cedera kepala, atau penurunan daya ingat

Inj. Ranitidin	2×1 amp	IV	Mengurangi produksi asam lambung berlebih secara cepat
NaCl 0,9%	20tpm	Infus	Cairan infus saline normal untuk hidrasi, pengganti cairan tubuh, atau pelarut obat suntik.

Tanggal, 7 April 2026

Tabel 4.3 Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah	Kemungkinan Penyebab
1.	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien berbicara kerang jelas sejak mengalami stroke DO: - Pasien tampak lemas - Terpasang venflon -Terpasang kateter Urine. Hasil Ct-scan Infark subakut lobus temporoparietalis sinistra. Ttv : S: 36,4 N: 75 x/menit Td: 135/112 mmhg Rr: 20 SpO₂: 99	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI D.0017)	Oklusi pembuluh darah serebral

2	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien: - mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kiri. - pasien mengatakan sulit menggerakkan sisi kiri tubuh. DO: Pasien tampak tirah baring dan tampak lemas. Skala otot: <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table> Ttv: S: 36,4 N: 75 x/menit Td: 135/112 mmhg Rr: 20 SpO₂: 99	4	5	4	5	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan neuromuskular
4	5						
4	5						

3. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. S ditetapkan 2 diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang ditemukan selama proses pengkajian.

a. Pertama, Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Oklusi

Pembuluh Darah Serebral (SDKI: D.0017), yang ditegakkan berdasarkan data subjektif berupa keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi, stroke sebelumnya, penyakit jantung, dan diabetes melitus. Keluarga juga mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan secara tiba-tiba sebelum masuk rumah sakit. Serta data objektif berupa hasil CT-scan menunjukkan Stroke Non Hemoragik (infark serebral), tekanan darah meningkat, pasien tampak lemah, mengalami hemiparesis dekstra, dan berisiko mengalami penurunan perfusi serebral.

b. Diagnosis kedua yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan

Gangguan Neuromuskular (SDKI: D.0054), yang ditegakkan berdasarkan data subjektif berupa pasien dan keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan sehingga mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Serta data objektif berupa pasien tampak mengalami hemiparesis dekstra, kekuatan otot ekstremitas kanan menurun, rentang gerak terbatas, mobilisasi dibantu keluarga maupun perawat, serta aktivitas sehari-hari belum dapat dilakukan secara mandiri.

4. Rencana Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada Tn. S disusun pada tanggal 04 April 2026 mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi keperawatan disusun berdasarkan dua diagnosis prioritas, yaitu Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dan Gangguan Mobilitas Fisik.

Pada diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Oklusi Pembuluh Darah Serebral, tujuan yang diharapkan adalah Perfusi Serebral Meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×8 jam. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi tingkat kesadaran membaik, tekanan intrakranial menurun, kegelisahan menurun, serta tanda-tanda vital berada dalam batas normal. Intervensi yang direncanakan yaitu memonitor tingkat kesadaran menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), memantau tanda-tanda vital dan saturasi oksigen secara berkala, mengobservasi tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial seperti sakit kepala, mual muntah, perubahan ukuran pupil, dan penurunan kesadaran, mempertahankan posisi kepala head-up 30°, menghindari fleksi leher yang berlebihan, serta berkolaborasi dalam pemberian terapi sesuai program medis.

Pada diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular, tujuan yang diharapkan adalah Mobilitas Fisik Meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×8 jam. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi peningkatan pergerakan ekstremitas, peningkatan kekuatan otot, peningkatan rentang gerak sendi, berkurangnya

keterbatasan gerak, serta berkurangnya kelemahan fisik. Intervensi yang direncanakan meliputi mengidentifikasi tingkat toleransi aktivitas pasien, memantau kondisi umum serta tanda-tanda vital sebelum dan selama mobilisasi, membantu pasien melakukan mobilisasi secara bertahap sesuai kemampuan, memberikan latihan rentang gerak (Range of Motion/ROM), melibatkan keluarga dalam membantu mobilisasi pasien, serta memberikan edukasi mengenai pentingnya mobilisasi dini dan latihan yang dapat dilakukan secara bertahap sesuai kondisi pasien.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari, yaitu tanggal 04-06 April 2026. pada diagnosis Risiko Perfusi serebral tidak efektif, tindakan yang dilakukan meliputi monitoring tingkat kesadaran dan GCS setiap 4 jam, pemantauan tanda-tanda vital secara berkala, observasi tanda peningkatan tekanan intrakranial, serta pemberian posisi head-up 30° selama perawatan.'

Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik, dilakukan latihan ROM pasif dan aktif pada ekstremitas kiri sebanyak 2 kali sehari, membantu perubahan posisi pasien di tempat tidur, serta mobilisasi bertahap sesuai toleransi pasien. Setelah tindakan dilakukan, pasien tampak mampu mengikuti latihan ROM dan tidak ditemukan tanda perburukan neurologis selama perawatan.

6. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada klien Tn. S dengan diagnosis Stroke Non Hemoragik (SNH) yang dirawat sejak tanggal 01 April 2026 di Ruang Alexandri III RSUD dr. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin menunjukkan perkembangan kondisi secara bertahap. Pengkajian dilakukan pada tanggal 04 April 2026 dengan diagnosis keperawatan Risiko Perfusi serebral tidak efektif dan Gangguan mobilitas fisik.

Pada diagnosis Risiko Perfusi serebral tidak efektif, klien tetap compos mentis dengan nilai GCS E4, V4, M6 dan tekanan darah 135/112 mmHg. Setelah diberikan posisi head up 30° dan pemantauan neurologis, tidak ditemukan tanda perburukan neurologis.

Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik, setelah dilakukan latihan ROM dan mobilisasi bertahap, kemampuan gerak dan kekuatan otot klien meningkat secara bertahap meskipun masih memerlukan bantuan dalam beraktivitas.

Berdasarkan hasil evaluasi, asuhan keperawatan yang diberikan menunjukkan hasil positif terhadap kondisi klien.

C. Pembahasan

1. Pengkajian Keperawatan

Stroke Non Hemoragik yang dialami oleh Tn. S tanda dan sesuai dengan teori Rahmah (2023) yaitu ekstremitas kiri, adanya kelemahan ekstremitas atas dan bawah. bicara kurang jelas (disartria), wajah tampak tidak simetris. Hal ini menunjukkan adanya kelemahan anggota gerak,, gangguan bicara, gangguan sensorik, gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan dan kordinasi.

Selain menunjukkan tanda dan gejala klinis yang sesuai dengan teori, hasil pengkajian juga memperlihatkan adanya faktor risiko serta temuan pemeriksaan fisik yang mendukung diagnosis Stroke Non Hemoragik pada pasien. Tn. S memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung g, dan stroke sebelumnya. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 135/112 mmHg, GCS 14 (E4V4M6), dan kekuatan otot ekstremitas kiri 4, sedangkan ekstremitas kanan 5.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. S diperoleh data bahwa pasien didiagnosis Stroke Non Hemoragik dengan keluhan kelemahan pada ekstremitas kiri, bicara kurang jelas (disartria), wajah tampak tidak simetris, serta memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, dan stroke sebelumnya. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 135/112 mmHg, GCS 14 (E4V4M6), dan kekuatan otot ekstremitas kiri 4, sedangkan ekstremitas kanan 5. Hasil pengkajian tersebut sebagian besar sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pasien Stroke Non Hemoragik umumnya

mengalami gangguan fungsi neurologis berupa kelemahan anggota gerak, gangguan bicara, kelainan nervus kranialis, serta memiliki factor risiko seperti hipertensi dan diabetes melitus (Indina., 2024) Persamaan antara teori dan kasus terlihat dari adanya kelemahan ekstremitas kiri, disartria, serta riwayat penyakit yang menjadi faktor risiko terjadinya stroke. Namun, pada Tn. S tidak ditemukan penurunan kesadaran yang berat maupun gangguan pernapasan sebagaimana dapat terjadi pada beberapa pasien stroke. Perbedaan tersebut kemungkinan disebabkan karena kondisi pasien sudah stabil setelah mendapatkan penanganan medis sehingga tanda-tanda neurologis yang muncul tidak seberat manifestasi yang dijelaskan dalam teori.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan hasil analisis data yang diperoleh selama proses pengkajian. Menurut PPNI (2017), diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, atau kelompok terhadap masalah kesehatan yang menjadi dasar dalam penyusunan intervensi keperawatan. Pada kasus Tn. S ditegakkan dua diagnosis keperawatan yaitu Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dan Gangguan Mobilitas Fisik. Diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif ditegakkan karena pasien memiliki riwayat Stroke Non Hemoragik, hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, serta tekanan darah yang masih meningkat sehingga berisiko mengalami gangguan aliran darah menuju jaringan otak. Diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik ditegakkan karena ditemukan kelemahan ekstremitas kiri

dengan kekuatan otot 4 sehingga memengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas.(Azalia et al., 2024)

Hasil tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa gangguan perfusi serebral dan gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis yang sering muncul pada pasien Stroke Non Hemoragik akibat terganggunya suplai darah ke otak sehingga terjadi kerusakan fungsi neurologis (PPNI, 2017).

Meskipun pada teori terdapat beberapa diagnosis lain yang dapat muncul, seperti Gangguan Komunikasi Verbal, Defisit Perawatan Diri, Risiko Aspirasi, maupun Gangguan Menelan, diagnosis tersebut tidak ditegakkan pada Tn. S karena data hasil pengkajian tidak menunjukkan adanya tanda dan gejala yang memenuhi kriteria diagnosis tersebut. Pasien masih mampu mengikuti instruksi sederhana, tidak ditemukan tanda aspirasi maupun gangguan jalan napas, serta tidak terdapat data yang menunjukkan ketidakmampuan melakukan perawatan diri secara menyeluruh. Oleh karena itu, peneliti hanya menetapkan dua diagnosis yang paling sesuai dengan kondisi aktual pasien sehingga penegakan diagnosis tetap didasarkan pada data yang ditemukan selama pengkajian.(Kleindorfer et al., 2021)

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosis yang telah ditegakkan dengan tujuan mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien. Menurut PPNI (2018), intervensi keperawatan disusun

berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) agar tindakan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pada diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, tindakan yang diberikan meliputi pemantauan status neurologis, pemantauan tanda-tanda vital, mempertahankan posisi kepala sekitar 30°, serta melakukan observasi terhadap perubahan kondisi pasien. Sedangkan pada diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik dilakukan latihan rentang gerak (ROM), membantu mobilisasi secara bertahap, memantau kekuatan otot, serta melibatkan keluarga dalam membantu aktivitas pasien.

Intervensi yang diberikan telah sesuai dengan teori karena bertujuan mempertahankan perfusi serebral, mencegah komplikasi neurologis, meningkatkan kekuatan otot, serta mempertahankan kemampuan fungsional pasien. Tidak ditemukan perbedaan yang bermakna antara teori dengan tindakan yang diberikan karena seluruh intervensi disesuaikan dengan kondisi Tn. S.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan seluruh intervensi yang telah direncanakan sesuai kondisi pasien (PPNI, 2018). Pada kasus Tn. S implementasi dilakukan selama tiga hari meliputi pemantauan status neurologis, pemeriksaan GCS, pemantauan tekanan darah, mempertahankan posisi head-up 30°, latihan ROM pada ekstremitas kiri, serta membantu mobilisasi secara bertahap. Pelaksanaan tindakan berjalan dengan baik karena pasien dan keluarga bersikap kooperatif selama proses keperawatan. Keluarga juga berperan aktif membantu

pasien dalam latihan ROM dan memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh kerja sama pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien setelah diberikan asuhan keperawatan serta menilai ketercapaian tujuan yang telah ditetapkan (PPNI, 2019). Berdasarkan hasil evaluasi, kondisi neurologis Tn. S tetap stabil selama perawatan, tidak ditemukan tanda-tanda penurunan perfusi serebral, dan tanda-tanda vital berada dalam batas yang dapat dipertahankan. Selain itu, kemampuan mobilitas pasien menunjukkan perkembangan secara bertahap walaupun masih memerlukan bantuan dalam beberapa aktivitas.

Hasil evaluasi tersebut sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan, yaitu mempertahankan perfusi serebral serta meningkatkan kemampuan mobilitas pasien secara bertahap. Namun, pemulihan fungsi motorik belum sepenuhnya optimal karena proses rehabilitasi pada pasien Stroke Non Hemoragik membutuhkan waktu yang cukup lama serta latihan yang dilakukan secara berkesinambungan. Oleh karena itu, edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya melanjutkan latihan di rumah tetap diperlukan agar proses pemulihan dapat berlangsung secara maksimal.

D. Keterbatasan Studi Kasus

1. Waktu pengamatan singkat

Pengkajian dan pelaksanaan asuhan keperawatan hanya dilakukan dalam waktu yang terbatas, sehingga perkembangan kondisi klien belum dapat diamati secara menyeluruh dalam jangka panjang.

2. Keterbatas komunikasi Pasien

Pasien mengalami gangguan komunikasi verbal berupa bicara kurang jelas (disartria) sehingga beberapa data selama proses pengkajian perlu dikonfirmasi kepada keluarga pasien untuk memperoleh informasi yang lebih lengkap.

3. Keterbatasan Peneliti

Peneliti masih dalam tahap pembelajaran, sehingga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kemungkinan belum maksimal sesuai dengan standar praktik yang ideal.

BAB V

PENUTUP

6. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada klien Tn. S dengan diagnosis medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Alexandri III RSUD dr. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin pada tanggal 04–08 April 2026, diperoleh kesimpulan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan melalui tahap pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi dapat membantu mempertahankan Perfusi serebral dan meningkatkan mobilitas fisik pasien secara bertahap.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian menunjukkan klien mengalami kelemahan ekstremitas sisi kiri, gangguan mobilitas fisik, bicara pelo, serta peningkatan tekanan darah yang berisiko menyebabkan gangguan perfusi serebral.

2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada klien yaitu Risiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah serebral dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular akibat Stroke Non Hemoragik.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan yang diberikan meliputi pemantauan status neurologis dan tanda-tanda vital, pemberian posisi head-up 30°, latihan rentang gerak (ROM) pasif dan aktif, serta mobilisasi bertahap sesuai toleransi pasien.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan dilakukan secara bertahap melalui observasi neurologis berkala, pemantauan GCS, pemberian posisi head-up 30° selama perawatan, latihan ROM pada ekstremitas sisi kiri, serta melibatkan keluarga dalam membantu aktivitas dan mobilisasi pasien.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi menunjukkan tidak terdapat tanda perburukan neurologis selama perawatan. Pemberian posisi head-up 30° membantu mempertahankan perfusi serebral yang ditandai dengan kondisi kesadaran pasien tetap stabil, sedangkan latihan ROM dan mobilisasi bertahap membantu meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan gerak pasien meskipun masih memerlukan bantuan sebagian dalam aktivitas sehari-hari.

B. Rekomendasi

1. Bagi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

Rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik melalui pemantauan neurologis dan mobilisasi dini untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan pemulihan pasien
(Salmawanti & Siyamti, 2024)

2. Bagi Perawat

Perawat diharapkan mampu melakukan pengkajian neurologis secara tepat serta memberikan intervensi sesuai kondisi pasien,

khususnya pada masalah Perfusi serebral dan gangguan mobilitas fisik.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan dapat menjadikan studi kasus ini sebagai bahan pembelajaran dalam meningkatkan kemampuan mahasiswa mengenai asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Keluarga diharapkan dapat membantu proses pemulihan pasien melalui latihan ROM dan mobilisasi bertahap untuk meningkatkan kemampuan fisik pasien stroke.

5. Bagi Peneliti

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan pengamatan dengan waktu yang lebih lama agar perkembangan kondisi pasien dapat dikaji lebih mendalam.

DAFTAR PUSTAKA

- American at al. (2021). *Karya Tulis Ilmiah Pencegahan Stroke Pada Pasien Dengan Stroke Sarangan Iskemik Sementara Pada Tahun 2021*.
- Aulia. (2023). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Rsud Dr.Kanujoso Dja Tiwibowo Balikpapan Tahun 2023*.
- Azalia, Z., Ramadhaningrum, O., Nuranisa, S. S., Alya, N. P., & Kurnaesih, E. (2024). Penerapan Prinsip Etika pada Penggunaan Rekam Medis Elektronik (Application of Ethical Principles in the Use of Electronic Medical Records). In *Jurnal Kesmas Untika Luwuk: Public Health Journal* (Vol. 15, Number 2, pp. 146–153). <https://doi.org/10.51888/phj.v15i2.284>
- Bickley. (2021). *Karya Tulis Ilmiah Panduan Bates Pemeriksaan Fisik Dan Pengambilan Riwayat, Edisi Ke-13 Tahun 2021*.
- Damayanti. (2024). *Karya Ilmiah Keperawatan, Manajemen Keperawatan Dengan Stroke Non Hemoragik 2020* (Vol. 2). <https://doi.org/https://doi.org/10.59435/gjik.v2i2.785>
- Fitria, D. I., Faozi, A., & Dolifah, D. (2024). Hubungan Pengetahuan Kode Etik Keperawatan dengan Perilaku Non-Maleficence Perawat di Ruang Rawat Inap. In *Jurnal Keperawatan Florence Nightingale* (Vol. 7, Number 1, pp. 216–222). <https://doi.org/10.52774/jkfn.v7i1.174>.
- Indina. (2024). Kajian Yuridis Persetujuan Tindakan Medis (Informed Consent) Dalam Perspektif Undang-Undang No 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. In *Jurnal Cahaya Mandalika ISSN 2721-4796 (online)* (Vol. 3, Number 1, pp. 633–638). <https://doi.org/10.36312/jcm.v3i1.3499>.
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., Kamel, H., Kernan, W. N., Kittner, S. J., Leira, E. C., Lennon, O., Meschia, J. F., Nguyen, T. N., Pollak, P. M., Santangeli, P., Sharrief, A. Z., Smith, S. C., Turan, T. N., & Williams, L. S. (2021). Karya Tulis Ilmiah Pada Stroke Dan Sarangan Iskemik Tahun 2021. In *Stroke* (Vol. 52, Number 7, pp. E364–E467). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>.
- Laela, S. (2024). *Jurnal Ilmiah Keperawatan Standar Keperawatan 2024*.
- Mirawati. (2024). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RS Otak Dr. Drs. Muh. Hatta Kota Bukittinggi Tahun 2024. In *Sekolah Dasar : Kajian Teori dan Praktik Pendidikan* (Vol. 32, pp. 130–139). <https://doi.org/https://doi.org/10.57213/medlab.v4i2.279>.
- Nursalam. (2020). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan : Pendekatan praktis / Nursalam 2020*.

- Rahayu. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik: Nursing Care For Adult Patients With Stroke Non Hemoragik Stroke With Nursing Problems Physical Mobility Impairment. In *Jurnal Aplikasi Teknologi Pangan* (Vol. 3, Number 4, pp. 152–156).
- Rahman. (2023). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rsud Jombang Ferdinan 2023. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 53(1), 1–19.
- Regil & Febrianti. (2023). *Karya Ilmiah Akhir Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Non Hemoragik Stroke Di Ruang Icu/Iccu Rumah Sakit Tk. II Pelamonia Makka*. [http://repository.stikstellamarismks.ac.id/239/1/BAB 1.pdf](http://repository.stikstellamarismks.ac.id/239/1/BAB%201.pdf).
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1 Ce). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Sugiyono. (2022). Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D / Sugiyon Tahun 2021. In *Jurnal Basicedu* (Vol. 6, Number 4, pp. 7637–7643).
- Yulia. (2021). *Metodologi Penelitian Keperawatan Yang Tepat Tentang Perilaku Caring Perawat Terhadap Klien 2021*.

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan Pada Tn. S

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA TN. S DENGAN DIAGNOSIS
STROKE NON-HEMORAGIK (SNH) DI RUANG ALEXANDRI 3
BERLIAN RSUD dr. H.
MOCH. ANSARI SALEH BANJARMASIN**



Disusun Oleh:

Desi

PO.62.20.1.23.010

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PALANGKA RAYA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

2026

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Pendahuluan Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Desi
Nim : PO6220123010
Tingkat/Sem : Sem 6
Prodi : D-III Keperawatan
Tahun Akademik : 2026

Yang Menyetujui Laporan Pendahuluan:

Pembimbing Klinik : Siti Rusmiladiya S.kep., Ners

Pembimbing Insitusi : Supriadi, S.ST., M,Kes

Mengetahui

Pembimbing Klinik



Siti Rusmiladiya S.kep., Ners
NIP. 198009012008012002

Mengetahui

Pembimbing Institusi

Supriadi, S.ST.,M,Kes

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pengkajian diambil tgl : 4 April 2026 Pukul : 13.30 WITA
 Nama Mahasiswa : Desi

I. PENGKAJIAN

1.1 IDENTITAS

1.1.1 KLIEN

Nama	: Tn. S	Tgl. Masuk RS	: 1 April 2026
Umur	: 67 Tahun	Diagnosis	: SNH
Jenis kelamin	: Laki-laki	No. M.R	: 51-**-**
Suku/Bangsa	: Jawa		
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: Wiraswasta		
Pendidikan	: SD		
Alamat	: Desa simpang jaya		

1.1.2 PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Ny. F
Umur	: 35 Tahun
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	: SMA
Hubungan klien	: Istri
Alamat	: Jl. Mawar III

II. RIWAYAT KESEHATAN

A. Keluhan Utama :

Pasien tampak belum mampu berkomunikasi verbal, namun dapat merespon perintah dengan baik melalui gerakan. Respon mata tampak kurang optimal

B. Riwayat Penyakit

1. Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien memiliki riwayat Strok pada tahun 2026 (Sekitar 2 bulan yang lalu) selain itu, pasien juga memiliki riwayat penyakit Hipertensi (HT) penyakit jantung dan DM.

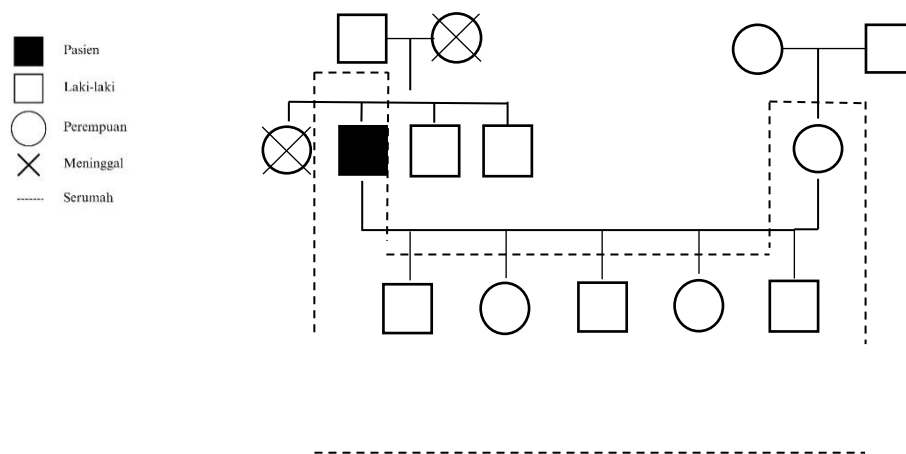
2. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke IGD dengan keluhan utama kejang-kejang yang terjadi di rumah sebanyak 1 kali dalam 1 jam terakhir (SMRS). Kejang berlangsung selama kurang lebih 15 menit, disertai muntah sebanyak 3 kali.

3. Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit apapun

C. Genogram keluarga 3 generasi:



III. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan umum :

Pasien tampak lemas, tampak menggunakan DS, venflom sebelah kanan, kesadaran kompos mentis

IV. Tanda-tanda vital :

S : 36,4 °C

N : 75 ×/menit

T : 135/112 mmHg

☐ Axilla☐ Teratur☐ Lengan Kiri☐ Rectal☐ Tidak Teratur☐ Lengan Kanan☐ Oral☐ Kuat☐ Berbaring☐ Lemah☐ Duduk

RR : 20 ×/menit

HR : 75 ×/menit

SPO2 : 99%

☐ Normal☐ Teratur☐ Cyanosis☐ Tidak Teratur☐ Cheynestoke☐ Kusmaul☐ Lainnya,
sebutkan

: Dispnea

V. Body system :

3.3.1 Pernapasan (B1 : Breathing)

a. Hidung

- | | | |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Polip | ☐ Benda asing | ☐ Deviasi |
| ☐ Sekret | ☐ | |
| ☐ Lain-lainnya : | Tidak ada | |

b. Trakhea

- | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Mukus | ☐ Benda asing | ☐ Peradangan |
| ☐ Lain-lainnya : | Tidak ada | |

c. Bentuk rongga dada

- | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Barrel chest
(tong) | ☐ Pigeon chest | ☐ Punnel chest |
| ☐ Lain-lainnya : | Normal | |

d. Tipe pernapasan

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Normal | ☐ Orthopnea | ☐ Chyne Stoke |
| ☐ Dyspnea | ☐ Kussmaul | |

e. Bunyi napas

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Vesikuler | ☐ Ronchi | ☐ Crecels |
| ☐ wheezing | ☐ Rales | |

Lokasi :

Keluhan lain :

- | |
|--|
| ☐ Batuk, sejak |
| ☐ Berdarah, sejak |
| ☐ Sputum, sejak |

3.3.2 Penginderaan

a. Mata

Penglihatan

Berkurang ☐ Kabur ☐ Ganda ☐ Normal ☐

Gerakan bola mata : Normal

Visus ☐ VOD

:

☐ VOS

Sklera ☐ Normal ☐ Ikterus ☐ Merah/Hifema

:

Konjungtiva ☒ Merah muda ☐ Pucat/anemis

:

Kornea ☐ Bening ☐ Keruh

:

Alat bantu :-

:

Nyeri :-

:

Keluhan lain :-

b. Telinga

Pendengaran : ☐ Normal ☐ Berkurang☐ Tinitus, sejak/saat :☐ Otagia, sejak/saat :☐ Otorhea, sejak : Warna :Keseimbanga ☐ Normal ☐ Terganggu, sejak☐ Alat bantu dengar, sejak :☐ Membran timpani :

c. Hidung

Bentuk : ☐ Simetris ☐ Asimetris☐ Lesi, lokasi :☐ Patensi☐ Obstruksi, lokasi :☐ Nyeri tekan sinus :

Cavum nasal, warna Integritas :

Septum nasal : ☐ Normal ☐ Perporasi ☐ Pendarahan**3.3.3 Kardiovaskular (B2 : Bleeding)**☐ Nyeri dada :☐ Pusing☐ Palpitasi☐ Clubbing finger☐ Kram kaki☐ Ictus cordis

Capillary refill time :

☐ Sakit kepala☐ > 2 detik☐ < 2 detik**Suara Jantung**☐ Normal☐ Ada Kelainan, sebutkan**Edema**☐ Palpebra☐ Ekstremitas atas☐ Ascites☐ Anasarka☐ Ekstremitas bawah☐ Tidak ada

Grade :

3.3.4 Persyarafan

a. Tingkat Kesadaran

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Compos Mentis | ☐ Sopor | ☐ Apatis |
| ☐ Koma | ☐ Somnolen | ☐ Delirium |

b. GCS

E : 4 – Pasien membuka mata dengan spontan.

V : 5 – Pasien dapat berbicara dengan baik dan jelas.

M : 6 – Pasien dapat melakukan sesuai perintah.

Total nilai : 15

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| Pupil | : | ☐ Isokor | ☐ Anisokor |
| | | ☐ Midriasis | ☐ Meiosis |
| Reflek Cahaya | : | ☐ Kanan | ☐ Positif ☐ Negatif |
| | | ☐ Kiri | ☐ Positif ☐ Negatif |
| ☐ Vertigo | ☐ Gelisah | ☐ Kejang | ☐ Tremor |
| ☐ Bingung | ☐ Dysarthria | ☐ Kesemutan | |
| ☐ Pelo | ☐ Apasia | | |

c. NIHSS

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 1a | = | 0 | Sadar penuh |
| 1b | = | 0 | Benar semua (2 pertanyaan) |
| 1c | = | 0 | Mampu melakukan 2 perintah |
| 2 | = | 0 | Normal |
| 3 | = | 0 | Tidak ada gangguan |
| 4 | = | 1 | Paresis wajah ringan(lipatan nasolabial ringan, senyum asimetris) |
| 5a | = | 0 | Mampu mengangkat lengan kiri minimal 10 detik |
| 5b | = | 0 | Mampu mengangkat lengan kanan minimal 10 detik |
| 6a | = | 0 | Mampu mengangkat tungkai kiri 30° minimal 5 detik |
| 6b | = | 0 | Mampu mengangkat tungkai kanan 30° minimal 5 detik |
| 7 | = | 0 | Tidak ada ataksia |
| 8 | = | 0 | Normal |
| 9 | = | 0 | Normal |
| 10 | = | 0 | Normal |
| 11 | = | 0 | Tidak ada neglect |

Keterangan:

Skor <5 : Defisit neurologis ringan

d. Penilaian Syaraf Kranial

- Syaraf Kranial I : Olfaktori, penciuman pasien normal, klien mampu membedakan bau-bauan.
- Syaraf Kranial II : Optikus, penglihatan pasien kabur
- Syaraf Kranial III : Okulomotoris, pasien dapat memejamkan mata, menggerakkan bola mata serta kelopak mata
- Syaraf Kranial IV : Trochlearis, pasien dapat menggerakkan bola mata kesamping
- Syaraf Kranial V : Trigemini, Pasien dapat mengunyah makanannya secara normal
- Syaraf Kranial VI : Abduksen, Pasien dapat menoleh ke arah kanan dan kiri
- Syaraf Kranial VII : Fasialis, Wajah pasien tampak tidak simetris.
- Syaraf Kranial VIII : Vestibulocochlearis, pasien dapat mendengar saat dipanggil.
- Syaraf Kranial IX : Glossofaringeus, pasien dapat membedakan sensasi rasa seperti, pahit, asam, asin, dan manis.
- Syaraf Kranial X : Vagus, pasien dapat menelan saliva dengan baik, tidak ada nyeri.
- Syaraf Kranial XI : Asesoris, Pasien mampu menggerakkan kepala, leher dan bahu ke kanan dan kiri
- Syaraf Kranial XII: Hipoglosal, Pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik

e. Pemeriksaan sensorik dan motorik

- Fungsi Sensorik : Pasien dapat merasakan sentuhan/sensasi rasa pada anggota gerak atas dan bawah
- Fungsi Motorik : Pasien tidak dapat menggerakkan anggota ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri

f. Status refleks

- Refleks tendon bagian dalam : Normal
- Refleks patologis : Normal

3.3.5 Perkemihan

1. Produksi urine : Normal (Pasien tidak terpasang kateter urine)
2. Warna : Kuning
3. Bau : Khas amoniak
4. Pembedahan : Tidak ada
5. Masalah/keluhan : Tidak ada

☐ Oliguria	☐ Menetes	☐ Cystotomi
☐ Poliuria	☐ Nyeri	☐ Inkontinesia
☐ Terpasang Kateter	☐ Panas	☐ Nokturia
☐ Retensio	☐ Sering	☐ Hematuria

3.3.6 Pencernaan

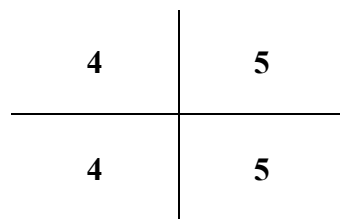
1. Mulut dan gigi : Tidak ada masalah pada mulut dan gigi pasien.
2. Tenggorokan : Tidak ada peradangan ataupun masalah lain.
3. Abdomen : Tidak ada masalah pada abdomen pasien.
4. Rectum/Anus : Tidak ada masalah pada rectum dan anus pasien.
5. BAB : 1x sehari
6. Masalah/Keluhan : Tidak ada

☐ Muntah, sejak	☐ Malabsorpsi	☐ Konstipasi
☐ Mual, sejak	☐ Diare	☐ Obstipasi
☐ Feses berdarah, sejak	☐ Tidak terasa	☐ Wasir
☐ Melena	☐ Haus	☐ Lendir
☐ Sukar Menelan	☐ Colostomi	
Obat Pencabar : ☐ Tidak	☐ Ya,	
Lavement : ☐ Tidak	☐ Ya,	

3.3.7 Tulang otot-kulit (Muskuloskeletal-integumen)

A. Tulang dan Otot

1. Kekuatan : Pasien mengatakan ekstremitas kanannya terasa kebas
2. Pergerakan : Ekstremitas kanan terasa lebih lemah dari biasanya
3. Bentuk tulang : Normal tidak ada kelainan.
4. Masalah/Keluhan : Tidak ada keluhan



Keterangan:

4 (Dapat melawan tahanan ringan)

5 (Normal tidak ada kelemahan)

Kemampuan yang dinilai	Ekstremitas atas	Ekstremitas bawah	Tulang belakang
Tidak ada kelainan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Patah tulang	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak ada
Peradangan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak ada
Perlukaan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Parese	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Paralise	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Hemiparese	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada

B. Integumen

	Kulit/integumen	Rambut	Kuku
1. Warna	Sawo matang	Putih (Uban)	Putih
2. Turgor	< 2 detik	-	< 2 detik
3. Kebersihan	Bersih	Bersih	Bersih
4. Masalah/keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

3.3.8 Reproduksi**A. Laki-laki**

1. Penis : Normal
2. Skrotum : Normal
3. Testis : Normal
4. Lainnya, sebutkan : Tidak ada

3.3.9 Pola fungsi kesehatan

A. Persepsi terhadap kesehatan dan penyakit : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang kerumah.

B. Fungsi kesehatan :

No	Pola Fungsi Kesehatan	Sebelum Sakit	Ketika Sakit
1	Nutrisi – Metabolisme		
	a. Frekuensi	3x sehari	3x sehari
	b. Nafsu makan	Baik	Baik
	c. Jenis makanan	Nasi, ikan, ayam, sayur, & Buah	Bubur, Ikan, Ayam, Sayur & Buah
	d. Jumlah makanan	1 porsi	1 porsi
	e. Jumlah minuman	5 gelas	5 gelas
	f. Kebiasaan makan	Tidak ada	Tidak ada
	g. Kebiasaan minum	Tidak ada	Tidak ada
	h. Berat badan	58 kg	58 kg
	i. Tinggi badan	156 cm	156 cm
	j. Diet khusus	-	-
2	Pola tidur dan istirahat		
	a. Malam	6-8 Jam	2 Jam
	b. Siang	1 jam	3-5 Jam
	c. Kebiasaan sebelum tidur	Tidak ada	Tidak ada

- C. Kognitif :** Pasien mengatakan bahwa pasien mengetahui penyakit/keadaan yang dialami sekarang.
- D. Persepsi diri/konsep diri :** Pasien menerima keadaan atas penyakit yang diderita pasien serta mengikuti semua terapi yang diberikan di rumah sakit.
- E. Peran/berhubungan :** Pasien sudah menikah, berperan sebagai seorang suami dan ayah dari anak-anaknya
- F. Koping-toleransi stress : -**
- G. Nilai-pola keyakinan:** Pasien menganut agama islam dan keyakinan pasien tidak bertentangan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan

3.3.10 Psikososial-Spiritual

Berkomunikasi : Pasien berbicara kurang jelas namun bisa dimengerti

Bahasa sehari-hari : Bahasa banjar

Berbicara :

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| ☐ Normal | ☐ Gagap | ☐ Parau |
| ☐ Disartria | ☐ Dengan Isyarat | ☒ Pelo |

Hubungan dengan keluarga : Baik

Hubungan dengan teman/petugas kesehatan : Baik

ekspresi afek dan emosi: -

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| ☒ Senang | ☐ Sedih | ☐ Marah |
| ☐ Takut | ☐ Mudah Tersinggung | ☐ Gelisah |

Menjalankan ibadah : Pasien tidak menjalankan ibadah selama di rumah sakit.

VI. Data penunjang

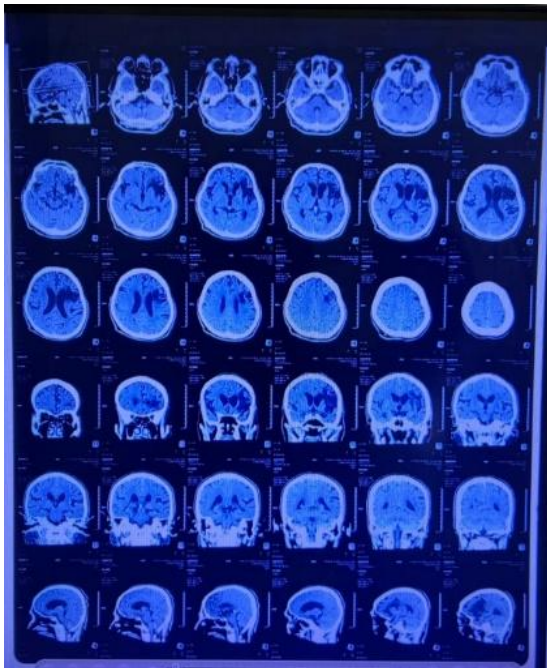
1. EKG

2. CT Scan

- Lesi hypodens batas mulai tegas cortex Subcortex lobus temporopariet sinistra
- Sulci dan gyri normal
- Defferensiasi white gray matter tegas
- Sistem ventrikel dan sisteral normal
- Tidak tampak deviasi midline
- Cerebellum pons dan mesencephalon normal
- Calavia intact
- Mastoid sinus paranasalin dan orbita D/S dalam batas normal

Kesimpulan :

Infark subakut lobus temporoparietalis sinistra



3. Rontgen dan hasil

- Cor : bentuk ukuran membesar kekiri
- Paru: corakan bronchovascular normal
Tidak tampak infiltrat, hilus d/s normal,
Nodul (-)
- Trachea ditengah
- Sinus phrenicocostalis d/s tajam
- Hemidiaphragma d/s dome shape
- Tulang skeletal normal
- Tulang skeletal normal

Kesimpulan:

Cardiomegali



Hasil LAB:

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
KIMIA KLINIK				
METABOLIK ENDOKRIN				
GLUCOSE 2 JAM PP	150	<200	mg/dL	GOP
GLUCOSE PUASA	157 H	70-126	mg/dL	
ELEKTROLIT				
NATRIUM	140.6	135-145	mmol/L	-
KALIUM	3.98	3.5-5.1	mmol/L	-
CHLORIDA	98.1	97-111		

VII. Terapi & Implikasi keperawatan

Nama Obat	Dosis	Pemberian	Indikasi
Aspilet	1×1 Pagi	Oral	Pengencer darah; mencegah penyumbatan pembuluh darah pada jantung atau stroke.
Clopidogrel Bisulfat	1×1 Malam	Oral	Antiplaquet kuat; mencegah serangan jantung, stroke, atau gangguan sirkulasi darah
Amitriptyline	12,5 mg : 0-0-1	Oral	Antidepresan; sering digunakan untuk meredakan nyeri saraf (neuropati) atau pencegahan migrain.
Amlodipin	5 mg : 0-0-1	Oral	Obat darah tinggi (antihipertensi) dan untuk meredakan nyeri dada (angina)
B. Komplek	1×	Oral	Suplemen vitamin untuk kesehatan saraf, metabolisme energi, dan pemulihan tubuh.
Inj. Citicolin	2×500 mg	IV	Melindungi saraf otak; biasanya diberikan pada kasus stroke, cedera kepala, atau penurunan daya ingat
Inj. Ranitidin	2×1 amp	IV	Mengurangi produksi asam lambung berlebih secara cepat
NaCl 0,9%	20tpm	Infus	Cairan infus saline normal untuk hidrasi, pengganti cairan tubuh, atau pelarut obat suntik.

Inisial Pasien : Tn. S
No. Reg : 51-**-**

ANALISA DATA

No	Data Fokus (Subjektif & Objektif)	Masalah	Kemungkinan Penyebab
1	DS: - pasien belum mampu komunikasi verbal, namun dapat merespon perintah dengan baik melalui gerakan. -pasien tampak mengalami penurunan respon neurologis ringan. DO: - pasien tampak lemas - terpasang venflon - terpasang urine keteter Hasil Ct-scan - Infark subakut lobus temporoparietalis sinistra. TTV: • S : 36,4 • N : 75 x/menit • TD : 135x112 mmhg • RR : 20 • SPO2 : 99	Risiko Perfusi Serebral Tidak efektif	Oklusi pembuluh darah serebral

2	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien: - mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kiri.. - pasien mengatakan sulit menggerakkan sisi kiri tubuh. DO : - Pasien tampak tirah baring dan tampak lemas. 4 5 4 5 Ttv: S: 36,4 N: 75 x/menit Td: 135/112 mmhg Rr: 20 SpO₂: 99	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Neuromuskular
---	--	--	--------------------------------------

Inisial Pasien : Tn. S
No. Reg : 51-**-**

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN SESUAI PRIORITAS

Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Oklusi Pembuluh Darah Serebral (SDKI D.0017)

Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (SDKI: D.0054)

Inisial Pasien : Tn. S
No. Reg : 51-**-**

RENCANA KEPERAWATAN

No.	Tanggal/Jam	Nomor Diagnosa	Tujuan/kriteria hasil	Rencana tindakan
1	4 April 2026 13.00 WITA	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Oklusi pembuluh darah serebral (SDKI D.0017)	Perfusi Serebral (L0214) (I.06194) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, diharapkan Perfusi serebral meningkat meningkat dengan kriteria hasil: 1. Status kesadaran pasien bertambah baik. 2. Tekanan dalam kepala (TIK) turun. 3. Pasien bebas dari gejala kegelisahan. 4. Tanda-tanda vital (TTV) normal kembali.	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) 1. Monitor tingkat kesadaran (GCS) 2. Monitor ttv secara berkala 3. Monitor saturasi oksigen (SpO₂) 4. Observasi tanda peningkatan TIK: sakit kepala, mual muntah, pupil tidak sama, penurunan kesadaran. 5. Hindari Fleksi leher berlebihan. 6. Atur posisi kepala head up 30° 7. Kolaborasi pemberian obat sesuai program terapi (misalnya manitol dan diuretik)

2	4 April 2026 13.00 WITA	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan neuromuskular (SDKI: D.0054)	Mobilitas Fisik (SLKI: L.05042 Hal.67) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan Mobilitas Fisik Meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Bertambah. 2. Kekuatan otot bertambah 3. Rentang gerak sendi (ROM) bertambah 4. Kekuatan sendi berkurang. 5. Pembatasan gerakan berkurang. 6. Kelemahan fisik berkurang.	Dukungan Ambulasi (SIKI : I.06171 Hal.22) Tindakan Observasi 1. Kenali keberadaan nyeri atau keluhan fisik yang lain 2. Kenali tingkat toleransi fisik saat melakukan pergerakan. 3. Pantau denyut jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi. 4. Pantau kondisi umum pasien selama melakukan mobilitas.
---	----------------------------	---	---	---

				Terapeutik 1. Bantu aktivitas mobilitas pakai alat bantu. 2. Pasien melakukan pergerakan bila diperlukan. 3. Libatkan keluarga untuk mendukung peningkatan. 4. Pergerakan pasien. Edukasi 1. Jelaskan tujuan serta prosedur mobilisasi. 2. Sarankan mobilitas dini 3. Ajarkan teknik mobilitas sederhana yang perlu dilakukan
--	--	--	--	--

Inisial Pasien : Tn. S
No. Reg : 51-**-**

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No.	Tanggal/Jam	Nomor Diagnosa	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan/Respon pasien	Paraf
1	5 April 2026 13.30 WITA	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Oklusi pembuluh darah serebral (SDKI D.0017)	• Pemantauan rutin peningkatan tekanan darah • Melakukan peregangan (ROM) antisipasi komplikasi dari kebas ekstremitas kanan pasien • Mengatur posisi pasien Head up 30° • Memberikan edukasi pasien tentang penyakitnya	S : • Pasien mengatakan lidahnya terasa lemah • Keluarga pasien mengatakan sejak sakit obrolan pasien sedikit sulit dimengerti O : • Tampak mulut pasien mencong ke sebelah kanan (asimetris) • Pasien tampak memijat tangannya yang terasa kebas TTV TD : 120/100mmHg HR :99 x/menit RR :20 x/menit T : 36,0°c Spo2 : 99%	

				A : • Risiko Perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : • Intervensi dilanjutkan	
2	5 April 2026 13.30 WITA	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan neuromuskular (SDKI: D.0054)	Tindakan Keperawatan • Mengidentifikasi keterbatasan pergerakan pada ekstremitas pasien • Memantau kekuatan otot dan kemampuan mobilisasi pasien • Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif dan aktif pada ekstremitas yang lemah • Membantu pasien mengubah posisi tidur secara berkala • Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi bertahap sesuai toleransi • Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga	S : • Pasien mengatakan ekstremitas sebelah kiri masih terasa lemah • Pasien mengatakan masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinya O : • Pasien tampak mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri • Pasien tampak dibantu saat mengubah posisi • Kekuatan otot tampak menurun pada ekstremitas kiri • Pasien mengikuti latihan ROM yang diajarkan perawat	

			tentang pentingnya latihan mobilisasi untuk mencegah kekakuan otot dan komplikasi tirah baring	A : • Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : • Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	--	--	--

Inisial Pasien : Tn. S
No. Reg : 54-**-**

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Jam	Nomor Diagnosa	Evaluasi (SOAP)	Paraf
4 April 2026 14.30 WITA	Perfusi Serebral Tidak	S : • pasien mengatakan pusing berkurang • pasien mengatakan tangan dan kaki kiri masih terasa lemah. O : • Kesadaran compos mentis • Tampak kelemahan ekstremitas kiri • Wajah sedikit asimetris • TD : 120/100 mmHg • HR : 99 x/menit • RR : 20 x/menit • T: 36,0 °C • SpO2 : 99% A : • Risiko Perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P : • Intervensi dilanjutkan	

4 April 2026 14.00 WITA	Gangguan mobilitas fisik	S : • pasien mengatakan sulit menggerakan tangan dan kaki kiri. O : • pasien tampak lemah • kekuatan otot ekstremitas kiri menurun. • pasien dibantu saat mengubah posisi • ROM terbatas pada ekstremitas kiri. TTV • TD : 120x100 mmHg • HR : 99 x/menit • RR : 20 x/menit • T : 36,0°C • Spo2 : 99% A : • Gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : • Intervensi dilanjutkan	
5 April 2026 14.30 WITA	Risiko Perfusi serebral tidak efektif	S : • pasien mengatakan pusing mulai berkurang. • pasien mengatakan kebas pada tangan kiri masih terasa. O : • Wajah pasien tampak masih sedikit asimetris • Kesadaran compos mentis • Tampak kelemahan ekstremitas kiri	

		Ttv: • TD : 120/100 mmHg • HR : 99 x/menit • RR : 20 x/menit • SpO2 : 99% A : • Risiko Perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P : • Intervensi dilanjutkan	
5 April 2026 14.30 WITA	Gangguan mobilitas fisik	S: • Pasien mengatakan tangan kiri masih sulit digerakkan namun sedikit membaik O: • Pasien tampak mengikuti latihan ROM • Pasien masih dibantu saat mobilisasi • Kekuatan otot ekstremitas kiri masih menurun A: • Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: • Intervensi dilanjutkan	
6 April 2026 17.00 WITA	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	S: • Pasien mengatakan pusing sudah berkurang. • Pasien mengatakan kebas tinggal sedikit. O: • Wajah pasien tampak lebih simetris • Pasien tampak lebih aktif	

		• Kesadaran compos mentis Ttv: • TD : 120/100 mmHg • HR : 99 x/menit • RR : 20 x/menit • SpO2:99% A: • Risiko Perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: • Intervensi dilanjutkan	
6 April 2026 17.00 WITA	Gangguan mobilitas fisik	S: • Pasien mengatakan sudah mulai lebih mudah menggerakkan tangan dan kaki kiri O: • Pasien tampak mampu mobilisasi ringan dengan bantuan • ROM ekstremitas kiri mulai meningkat • Kekuatan otot ekstremitas kiri mulai membaik A: • Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: • Intervensi dilanjutkan	

Lampiran 2 Dokumentasi Pada Tn. S

Lampiran 3 Informed Consent

Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*):

Saya adalah peneliti dari **DIII Keperawatan**, dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul” (**Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit dr. Moch Ansari Saleh Banjarmasin**” dengan beberapa penjelasan sebagai berikut:

1. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui dan mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik, meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan., dengan metode studi kasus
2. Anda dilibatkan dalam penelitian karena merupakan pasien dengan diagnosis Stroke Non Hemoragik sesuai kriteria penelitian.. Keterlibatan anda dalam penelitian ini bersifat sukarela.
3. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini maka anda dapat memilih cara lain yaitu mengundurkan diri atau anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenai sanksi apapun
4. Penelitian ini akan berlangsung selama ± 3 dengan sampel studi kasus dan observasi
5. Tidak ada kompensasi finansial, namun seluruh tindakan tetap sesuai standar pelayanan.
6. Setelah selesai penelitian, anda akan diberikan informasi tentang hasil penelitian secara umum melalui: Hasil penelitian akan disampaikan dalam bentuk laporan ilmiah tanpa menyebutkan identitas pasien.
7. Anda akan mendapatkan informasi tentang keadaan kesehatan anda selama pengambilan data/sampel studi kasus
8. Anda akan mendapatkan informasi bila ditemukan masalah serius selama penelitian ini.
9. Anda juga akan diinformasikan data lain yang berhubungan dengan keadaan anda yang kemungkinan ditemukan saat pengambilan sampel/data berlangsung, kecuali, Informasi lain yang ditemukan selama penelitian tetap dijaga kerahasiaannya.
10. Prosedur pengambilan sampel adalah dengan studi kasus, cara ini tidak menyebabkan rasa sakit dan rasa tidak nyaman yang kemungkinan dialami oleh subjek, dari tindakan/ intervensi/ perlakuan yang diterima selama penelitian; dan

kemungkinan bahaya bagi subjek (atau orang lain termasuk keluarganya) akibat keikutsertaan dalam penelitian. Termasuk risiko terhadap kesehatan dan kesejahteraan subjek dan keluarganya)

11. Keuntungan yang anda peroleh dengan keikutsertaan anda adalah Tidak ada manfaat langsung secara klinis, namun dapat menambah wawasan kesehatan.
12. Penelitian dilakukan dengan harapan dapat memberikan manfaat bagi Penelitian diharapkan bermanfaat bagi masyarakat dan pengembangan ilmu keperawatan
13. Anda tidak memerlukan perawatan setelah penelitian karena tidak terdapat intervensi dalam penelitian ini
14. Setelah menerima **pengobatan atau tindakan kesehatan** sebagai hasil penelitian, anda harus menunggu hingga **pengobatan atau tindakan kesehatan** itu disahkan secara legal.
15. Selama menunggu mengesahkan secara legal, anda dapat menggunakan pengobatan secara mandiri atau tindakan medis dengan pemeriksaan rutin ke Rumah Sakit.
16. Anda akan diberikan informasi bila didapatkan informasi baru dari penelitian ini ataupun dari sumber lain.
17. Semua data dalam penelitian ini akan disimpan oleh peneliti (tim peneliti) dalam bentuk file selama 5 tahun
18. Semua informasi yang anda berikan dalam penelitian ini tidak akan disebar luaskan sehingga kerahasiaannya akan terjaga.
19. Penelitian ini merupakan penelitian pribadi dan tidak ada sponsor yang mendanai penelitian ini.
20. Peneliti menjadi peneliti sepenuhnya dalam penelitian ini.
21. Selama penelitian, peneliti akan bertanggung jawab terhadap terjadinya risiko cedera atau komplikasi akibat pelaksanaan penelitian.
22. Apabila terjadi risiko lain maka anda bisa mendapatkan pelayanan kesehatan berupa perawatan medis dan keperawatan sesuai standar pelayanan rumah sakit, meliputi observasi kondisi neurologis, pemberian terapi sesuai indikasi medis, serta tindakan kegawatdaruratan bila diperlukan, yang diberikan selama masa perawatan di rumah sakit. Pelayanan tersebut akan diberikan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit tempat penelitian dilakukan dan mengikuti ketentuan pembiayaan yang berlaku (BPJS/umum).

23. Jika terjadi kecacatan atau kematian akibat penelitian ini, maka hal tersebut bukan disebabkan oleh penelitian ini karena penelitian tidak memberikan intervensi atau tindakan tambahan di luar prosedur medis yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, tidak ada rencana pemberian kompensasi khusus dari peneliti. Seluruh penanganan dan tanggung jawab tetap mengikuti ketentuan pelayanan di fasilitas kesehatan tempat pasien dirawat sesuai peraturan yang berlaku.
24. Penelitian ini tidak melibatkan unsur-unsur yang membahayakan kepada individu/subyek sehingga tidak ada jaminan hukum untuk hal tersebut
25. Penelitian ini telah mendapat persetujuan laik etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD dr. Moch Ansari Saleh Banjarmasin.
26. Anda akan diberikan informasi apabila terjadi pelanggaran pelaksanaan protokol penelitian ini; dan jika terjadi pelanggaran, maka ketua peneliti akan segera menghentikan atau memperbaiki proses penelitian, melaporkan kejadian tersebut kepada pihak terkait (pembimbing dan Komite Etik), serta memastikan bahwa keamanan, kenyamanan, dan kesejahteraan subjek tetap terjamin sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang berlaku tanpa mengganggu perawatan medis pasien.
27. Anda akan mendapatkan penjelasan tentang rancangan penelitian dan perlakuan yang akan dilakukan hingga penelitian selesai.
28. Semua informasi penting akan diungkapkan selama penelitian berlangsung dan anda berhak untuk menarik data/informasi selama penelitian berlangsung
29. Hasil tes genetik dan informasi genetik keluarga akan disimpan kerahasiaannya oleh peneliti, tidak akan diungkapkan kecuali atas izin anda.
30. Penelitian akan menggunakan catatan rekam medis dan hasil laboratorium anda hanya bila anda memberikan izin.
31. Penelitian ini menggunakan sampel darah anda. Peneliti hanya akan menggunakan sampel tersebut sesuai tujuan penelitian ini dan bila ada sisa sampel akan dilakukan pemusnahan agar tidak disalahgunakan.
32. Penelitian ini melibatkan Anda dan Anda berhak untuk tetap mengikuti atau mengundurkan diri dari penelitian kapan saja apabila merasa tidak nyaman selama proses wawancara atau pengambilan data berlangsung. Penelitian ini tidak menimbulkan risiko khusus karena tidak terdapat intervensi medis tambahan.

4

33. Penelitian ini melibatkan anda. Anda berhak untuk tetap mengikuti atau mengundurkan diri dari penelitian kapan saja apabila merasa tidak nyaman selama proses wawancara atau pengambilan data berlangsung. Penelitian ini tidak menimbulkan risiko khusus karena tidak terdapat intervensi medis tambahan.
34. Penelitian ini tidak melibatkan responden sebagai korban bencana dan tidak berhubungan dengan bantuan kemanusiaan dari pihak manapun.
35. Penelitian ini tidak dilakukan secara online dan tidak menggunakan alat online atau digital. Saya berharap Saudara bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini dimana saudara akan melakukan pengisian kuesioner yang terkait dengan penelitian. Setelah Saudara membaca maksud dan tujuan penelitian diatas maka saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan dibawah ini.

Saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Nama : NY F

Tanda tangan :  _____

Terimakasih atas kesediaan anda untuk ikut serta di dalam penelitian ini.

Dengan hormat

Saksi



Siti Rusmiladiya S.Kep., Ners

NIP. 198009012008012002

Peneliti



Desi

PO6220123010

Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Penelitian



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Palangka Raya
 Jalan George Obos No 30, Menteng
 Palangka Raya, Kalimantan Tengah 73111
 (0536) 3221768
<https://www.polkesraya.ac.id>

Nomor : PP.06.02/XLI/2606/2026 25 April 2026
 Lampiran : -
 Hal : Permohonan Izin Penelitian an. HOSEA DANUARTA dkk

Yth.
Direktur RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh
 di-
 Banjarmasin

Sehubungan akan dilakukannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Palangka Raya Tahun 2026 dalam rangka penyusunan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah (KTI), maka dengan ini kami mengajukan permohonan seperti perihal di atas, untuk mendapatkan perizinan melaksanakan penelitian di RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. *(Nama Mahasiswa, Judul Penelitian, Proposal dan KTP Peneliti terlampir)*

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Palangka Raya,



Maria Magdalena Purba, S.Kep.Ns, MMed Ed

Tembusan:
 1. Peringgal

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://abs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://de.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Dipindai dengan **CamScanner** menggunakan sensor elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).



			Hemoragik (SNH) di Ruang Alexandri III RSUD dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin	Hemoragik (SNH) di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin
19	WANDA NORHALIZA	PO6220123255	Asuhan Keperawatan pada Pasien Meningioma Midline di Ruang Intensive Care Unit RSUD dr. Moch Ansari Saleh Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan	Data lengkap pasien dengan diagnosis Meningioma Midline di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin
20	DESI	PO6220123010	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Alexandri III RSUD dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin	Data Lengkap Pasien dengan Diagnosis Stroke Non Hemoragik di RSUD dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin
21	ALDI SANDRO	PO6220123048	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Alexandri 3 RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin	Data Lengkap Pasien dengan Diagnosis Stroke Non Hemoragik di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin
22	MURSID	PO6220123239	Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Intervensi Latihan Range Of Motion (ROM) Untuk meningkatkan Rentang Gerak Sendi RSUD dr. Moch Ansari Saleh Banjarmasin	Data lengkap pasien dengan diagnosis Stroke Non Hemoragik (SNH) di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin
23	ANDREAN JESEN MARELINO	PO6220123220	Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Menelan (Disfagia) di RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh	Data lengkap pasien dengan diagnosis Stroke Non Hemoragik (SNH) di RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin
24	HINTAN EKHA PUTRI	PO6220123017	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Alexandri III RSUD dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin	Data lengkap pasien dengan diagnosis Stroke Non Hemoragik (SNH) di RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin
25	MAYA FITRIANI	PO6220123237	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Meningioma di Ruang Alexandri 3 RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin	Data lengkap pasien dengan diagnosis Meningioma di RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin
26	ADIRA DISA SABILA	PO6220123174	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) Di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin	Data lengkap pasien dengan diagnosis Stroke Non Hemoragik (SNH) di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin
27	SITI SYAHIRA RAFA AUDIFA	PO6220123124	Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin	Data lengkap pasien dengan diagnosis Stroke Non Hemoragik (SNH) di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin
28	RIVANI	PO6220123208	Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin	Data lengkap pasien dengan diagnosis Stroke Non Hemoragik (SNH) di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data

**SURAT PENGANTAR**

NO: 070 /147/ RSUD-ANSAL/2026

Kepada Yth,
Kepala Instalasi Rekam Medik
di –
RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh

Menindaklanjuti disposisi Direktur RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh berkenaan surat dari Wakil Direktur Poltekkes Kemenkes Palangka Raya nomor: PP.06.02/XLI/2606/2026 tanggal 25 April 2026 perihal Permohonan Ijin Studi Pendahuluan, bagi mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan maka bersama ini kami berikan izin kepada:

Nama	:	Desi
NIM	:	PO6220123010
Judul	:	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Alexandri III di RSUD dr. H. Moch Ansari Saleh.
Data yang Diperlukan	:	1. Data 10 Penyakit Terbanyak di Rawat Inap 2. Data Stroke Non Hemoragik dan angka kematian di Ruang Alexandri 3 tahun 2024-2026 3. Jumlah kesembuhan, kematian, pasien dan SNH di RS 3 tahun 4. Jumlah kesembuhan, kematian, pasien dan di Ruang Alex III

Selanjutnya untuk dapat diberikan pelayanan sehubungan kegiatan yang dimaksud.

Demikian Surat Pengantar ini disampaikan, Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Catatan

Data-data diberikan kepada mahasiswa tersebut tidak terkait dengan kerahasiaan atau tidak mengganggu proses pelayanan kepada pasien

Banjarmasin, 27 April 2026
Kasi Litbang Serta Rekam Medik

Maulin Rose, SH., M.Kes
NIP.196805291992012002



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN SELATAN
RSUD dr. H. MOCH. ANSARI SALEH

Jl. Brigjend. H. Hasan Basri No.1 Banjarmasin Kalimantan Selatan 70125

Telp.(0511) 6710000, Fax 6710000

Laman <http://rsas.kalselprov.go.id/pos-rsas@kalselprov.go.id>

Banjarmasin, 4 Mei 2026

Nomor : 000.9/295/RSUD-ANSAL/2026
 Perihal : Balasan Ijin Pengambilan Data

Yth.
 Wakil Direktur I Poltekkes
 Kemenkes Palangka Raya

Di
 Palangka Raya

Memperhatikan surat Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Palangka Raya tanggal, 25 April 2026 Nomor: PP.06.02/XLI/2606/2026, perihal Pengambilan Data Sebagai Studi Pendahuluan, untuk salah satu syarat akademik bagi mahasiswa (i) atas nama :

Nama : Desi
 NPM : PO6220123010
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Alexandri III RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh
 Data Yang Diperlukan : Data 10 besar penyakit terbanyak rawat inap Data Stroke Non Hemoragik dan angka kematian di ruang Alexandri III tahun 2024-2026

Pengumpulan data untuk pemenuhan tugas kuliah dapat dilaksanakan selama tidak bertentangan dengan kode etik dan selalu mematuhi ketentuan dan peraturan yang berlaku di rumah sakit. Seterusnya jika dilanjutkan dengan Penelitian, dapat dilaksanakan dengan pendampingan/pembimbing lapangan dari RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh.

Adapun kontribusi kegiatan yang ditetapkan berdasarkan peraturan Direktur Nomor: 800.1/1040-UMPEG.3/RSUD-ANSAL/2024 Tahun 2024 tentang Tarif Pelayanan Rumah Sakit agar dibayarkan selambat-lambatnya 1 minggu sebelum kegiatan dilaksanakan, dan dapat dibayarkan melalui bendahara penerima atau di transfer ke Bank Mandiri Nomor Rek. 0310057700000 a.n. Rumah Sakit Umum dr. H. Moch. Ansari Saleh Contact Person a.n. Kamsina, S.Kep. nomor Hp. 0822 5336 8822.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terimakasih.

Direktur,



dr. Tabiun Huda, M.M.
 Pembina Tingkat I (IV/b)
 NIP. 197407302005011004

Lampiran 6 Surat Keterangan Layak Etik



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA**

Sekretariat :
Jalan G. Obos No. 30 Palangka Raya 73111 – Kalimantan Tengah



**KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"**

No.262/VII/KE.PE/EXM/2026

Protokol penelitian versi 1 yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : DESI
Principal In Investigator

Nama Institusi : Poltekkes palangka raya
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

**"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RAUNG ALEXANDRI
III DI RSUD RSAS BANJARMASIN"**

*"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RAUNG ALEXANDRI III DI RSUD
RSAS BANJARMASIN"*

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 06 Juli 2026 sampai dengan tanggal 06 Juli 2027.

This declaration of ethics applies during the period July 06, 2026 until July 06, 2027.



July 06, 2026
Chairperson,



Yeni Lucin, S.Kep.MPH

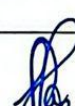
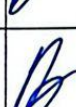
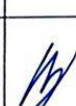
Lampiran 7 Lembar Bimbingan KTI

KEGIATAN KONSULTASI PEMBIMBINGAN

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Desi
NIM : PO6220123010
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosis Stroke Non Hemoragik
 Di Ruang Alexndri III Di RSUD RSAS Banjarnasin

Dosen Pembimbing : Destinady Kasider Miden, S.kep., M. MKM

No.	Tanggal	Materi/Bab	Saran Dosen Pembimbing	TTD. Pembimbing	TTD. Kor.KTI
1.	15/04/2026	Konsultasi Judul KTI	Melanjutkan penelitian terkait Studi Kasus		
2.	06/05/2026	Konsultasi Bab I	Segera melakukan perbaikan revisi		
3.	07/05/2026	Revisi Konsultasi Bab BAB I	Perbaiki penulisan, menambahkan data, perjelas alur masalah keperawatan, melanjutkan ke BAB selanjutnya		
4.	08/05/2026	Konsultasi Bab II & Bab III	Tambahkan pengkajian sampai evaluasi		
5.	13/05/2026	Revisi Konsultasi Bab II & Bab III	Menambahkan analisa data dan penjabaran diagnosa keperawatan yang diambil		
6.	14/05/2026	Revisi Konsultasi Bab II & Bab III	Memperhatikan tulisan yang mengandung unsur ilmiah perbaiki typo		
7.	16/05/2026	Konsultasi Bab IV & Bab V	Segera melakukan perbaikan revisi		

8.	18/05/2026	Revisi Bab IV & Bab V	Perbaiki penulisan dan bagian typo		
9.	21/05/2026	Perbaiki daftar isi, daftar lampiran dan Daftar Pustaka	Perbaiki jarak Daftar isi		
10.	26/05/2026	Konsultasi finishing	ACC		

**KEGIATAN KONSULTASI PEMBIMBINGAN SETELAH SIDANG
KARYA TULIS ILMIAH**

Nama : Desi
 NIM : PO62.20.1.23.010
 Program Studi : D-III Keperawatan
 Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG ALEXANDRI III DI RSUD dr. MOCH. ANSARI SALEH BANJARMASIN
 Ketua Penguji : Ns. Missesa., M. Kep., Sp. Kep. J
 Dosen Penguji 1 : Ns. Gad Datak, M. Kep., Sp. MB

No.	Tanggal	Materi/Bab	Saran Dosen Pembimbing	TTD. Pembimbing	TTD. Kor.KTI
11.	18 Juni 2026	Latar Belakang BAB I	Judul ACC Perbaikan Latar Belakang, Tujuan Penelitian dan pembahasan	 Ns. Missesa., M. Kep., Sp. Kep. J	
12.	22 Juni 2026	BAB I & II	ACC	 Ns. Missesa., M. Kep. Sp. Kep. J	
13.	22 Juni 2026	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV	Perbaikan Pembahasan	 Ns. Gad Datak, M. Kep., Sp. Mb	
14.	22 Juni 2026	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV	Menambahkan Dokumentasi pada BAB I-IV DAN ACC.	 Ns. Gad Datak, M. Kep., Sp. Mb	

Lampiran 8 Turnitin

KTI Desi Final

ORIGINALITY REPORT

10%

SIMILARITY INDEX

6%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

Submitted to Universitas Muslim Indonesia

Student Paper

2

Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

Student Paper

3

repository.poltekkes-kaltim.ac.id

Internet Source

4

samoke2012.wordpress.com

Internet Source

5

Submitted to Badan PPSPDM Kesehatan Kementerian Kesehatan

Student Paper

6

prosidingmhm.mitrahusada.ac.id

Internet Source

7

Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II

Student Paper

8

Submitted to FAKULTAS KEPERAWATAN

Student Paper

9

Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah

Student Paper

10

repository.poltekkes-denpasar.ac.id

Internet Source

11

repository.unism.ac.id

Internet Source

12

lipsus.kompas.com

Internet Source

13

Submitted to Fakultas Hukum

Student Paper

14

Submitted to UIN Raden Intan Lampung

Student Paper

15

repository.stikesmukla.ac.id

Internet Source

Lampiran 9 Biodata Penulis

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Desi

Tempat/tanggal lahir : Desa Tumbang Muroi, 17 April 2003

Alamat : Desa Tumbang Muroi

Email : desi.ar003@gmail.com

Telp. : 081255103204

Riwayat Pendidikan:

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| 1. SDN 1 Desa Tumbang Muroi | : Lulus Tahun 2015 |
| 2. SMPN 11 Mantangai Satu Atap | : Lulus Tahun 2019 |
| 3. SMAN 2 Kuala Kapuas | : Lulus Tahun 2022 |