



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE DI RUANG *INTENSIVE*
CARE UNIT RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY
JUSUF PUTERA MAKASSAR**

OLEH:

**LUSIUS SANDIAGO HOGEN WIRADA (NS2514901042)
MARIA IVONI MELTI (NS2514901043)**

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



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN
NON HEMORAGIK STROKE DI RUANG *INTENSIVE
CARE UNIT* RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY
JUSUF PUTERA MAKASSAR**

**OLEH:
LUSIUS SANDIAGO HOGEN WIRADA (NS2514901042)
MARIA IVONI MELTI (NS2514901043)**

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini,

1. Lusius Sandiago Hogen Wirada (NS2514901042)
2. Maria Ivoni Melti (NS2514901043)

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

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 26 Maret 2026

Yang menyatakan



Lusius S. H. Wirada



Maria Ivoni Melti

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar”, telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama/NIM : 1. Lusius Sandiango Hogen Wirada/NS2514901042
2. Maria Ivoni Melti/NS2514901043

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep)
NIDN: 0927038903

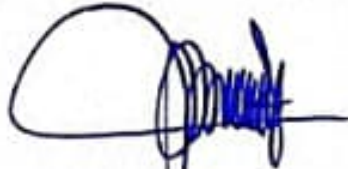
Pembimbing 2



(Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes)
NIDN: 0925027603

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar



Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D
NIDN: 0913068201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Lusius Sandiago Hogen Wirada (NS2514901042)
2. Maria Ivoni Melti (NS2514901043)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan
Non Hemoragik Stroke di Ruang *Intensive Care Unit*
Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	:	Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep	()
Pembimbing 2	:	Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes	()
Penguji 1	:	Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep	()
Penguji 2	:	Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes	()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 26 Maret 2026

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita E. R. S., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D

NIDN: 0913098201

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : 1. Lusius Sandiago Hogen Wirada (NS2514901042)
2. Maria Ivoni Melti (NS2514901043)

Menyatakan menyetujui dan memberikan wewenang kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat, dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 26 Maret 2026

Yang menyatakan



Lusius S. H. Wirada



Maria Ivoni Melti

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar”. Dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, material maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sebagaimana mestinya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung, dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini, terutama kepada:

1. Fransiska Anita E. R. Sa'pang, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama.
3. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni, dan Inovasi sekaligus sebagai dosen pembimbing 1 dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
5. Wirmando, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris.
6. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris.
7. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat STIK Stella Maris.

8. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing 2 dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
9. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
10. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
11. Bapak dan Ibu Dosen beserta Staf Pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing dan memberi pengarahan selama perjalanan pendidikan penulis.
12. Direktur Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien khususnya di Ruang ICU.
13. Tn. M selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
14. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Lusius (Bapak Longginus Wirgudi dan Ibu Rosalia Lembu) dan Maria (Bapak Frans Enggot dan Ibu Floriana Melti) serta keluarga, teman-teman, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, motivasi yang tiada henti sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna memperbaiki penulisan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, Maret 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Manfaat Penulisan	5
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medik	8
B. Konsep Dasar Keperawatan	30
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus	41
B. Pengkajian	43
C. Analisa Data.....	63
D. Diagnosis Keperawatan	66
E. Perencanaan Keperawatan	67
F. Implementasi Keperawatan	72
G. Evaluasi Keperawatan	94

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

- A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 106
- B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* 118

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

- A. Simpulan 127
- B. Saran 128

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer	43
Tabel 3.2 Analisa Data	63
Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan.....	66
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	67
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan	72
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan	94
Tabel 4.1 Picot EBN.....	120

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian Otak	8
Gambar 2.2 Meningen	11
Gambar 2.3 Sirkulasi Willisii	14

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

Lampiran 2 Biografi Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan gaya hidup masyarakat modern saat ini mengalami perubahan yang signifikan, terutama di wilayah perkotaan. Aktivitas fisik yang semakin berkurang, pola makan tinggi lemak dan garam, kebiasaan merokok, serta kurangnya kontrol kesehatan rutin menjadi faktor risiko utama terjadinya penyakit tidak menular. Salah satu penyakit tidak menular dengan angka morbiditas dan mortalitas tinggi adalah stroke. Stroke tidak hanya berdampak pada kualitas hidup individu, tetapi juga menimbulkan beban sosial dan ekonomi yang besar bagi keluarga serta sistem pelayanan kesehatan (Kianie & Cenggono, 2025).

Stroke merupakan gangguan fungsi neurologis yang terjadi secara mendadak akibat gangguan aliran darah ke otak. Berdasarkan mekanismenya, stroke dibedakan menjadi stroke hemoragik dan stroke non hemoragik atau stroke iskemik. *Non Hemoragik Stroke* (NHS) terjadi akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah serebral yang menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak sehingga menimbulkan infark serebral. Kondisi ini menyebabkan kerusakan jaringan otak secara permanen apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat (Astuti & Rosyid, 2025).

Menurut laporan dari *World Health Organization* (2023), stroke merupakan penyebab kematian kedua tertinggi di dunia dan penyebab utama disabilitas jangka panjang. Menurut *World Stroke Organization* (2022), secara global lebih dari 12,2 juta orang atau satu dari empat individu berusia di atas 25 tahun berisiko mengalami stroke, dan lebih dari 101 juta orang hidup dengan dampaknya. Setiap tahun terdapat sekitar 7,6 juta kasus baru stroke iskemik (62%), lebih dari 28% merupakan pendarahan intraserebral, termasuk 1,2 juta pendarahan

subaraknoid (Astriani & Dewi, 2025).

Di Indonesia, stroke juga menduduki posisi teratas sebagai penyebab kecacatan dan kematian, dengan menyumbang 11,2% terhadap total kasus disabilitas dan 18,5% terhadap seluruh angka kematian nasional. Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3% per 1.000 penduduk. Data Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan hasil survei penyakit tidak menular berbasis Rumah Sakit, stroke menempati urutan ke-5 dari lima penyakit tidak menular setelah kecelakaan lalu lintas, hipertensi, asma dan diabetes melitus. Hal ini menunjukkan bahwa insiden stroke di Sulawesi Selatan masih cukup tinggi (Kemenkes RI, 2023). Sementara itu, di Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar ditemukan sejumlah pasien stroke khususnya di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) yaitu sebanyak 251 orang (5 tahun terakhir). Jumlah ini meningkat setiap tahunnya dimana tahun 2024 didapatkan sebanyak 40 orang dan tahun 2025 didapatkan 60 orang.

Tingginya angka kejadian stroke menunjukkan bahwa stroke masih menjadi masalah kesehatan yang serius dan membutuhkan penanganan medis serta keperawatan yang komprehensif, terutama pada kasus stroke berat yang memerlukan perawatan intensif. Pada kasus *Non Hemoragik Stroke* (NHS), pemantauan yang dilakukan secara ketat dengan menggunakan instrumen seperti *Glasgow Coma Scale* (GCS) maupun *NIH Stroke Scale* (NIHSS) sangat penting untuk mendeteksi secara dini adanya penurunan kondisi pasien, sehingga dapat menunjang pengambilan keputusan klinis yang cepat dan akurat. Keberhasilan dalam penatalaksanaan stroke sangat ditentukan oleh mutu intervensi keperawatan yang diberikan secara menyeluruh, mulai dari fase akut, fase subakut, hingga tahap rehabilitasi (Safitri et al., 2025).

Pada fase akut *Non Hemoragik Stroke* (NHS), yang umumnya terjadi dalam 24–72 jam pertama setelah onset, kondisi pasien sangat

rentan mengalami perburukan akibat gangguan perfusi serebral dan edema otak. Pada fase ini terjadi kegagalan autoregulasi serebral sehingga aliran darah otak sangat bergantung pada tekanan perfusi sistemik. Area iskemik inti (*core*) mengalami kerusakan permanen, sedangkan area penumbra masih berpotensi diselamatkan apabila intervensi dilakukan secara cepat dan tepat (Putra & Ningsih, 2025). Oleh karena itu, penatalaksanaan pada fase akut difokuskan pada upaya mempertahankan perfusi serebral, mencegah peningkatan tekanan intrakranial (TIK), serta meminimalkan kerusakan jaringan otak lebih lanjut. Dalam situasi ini, perawat memiliki peran penting dalam melakukan pemantauan status neurologis secara berkelanjutan serta mengimplementasikan intervensi non-farmakologis yang efektif untuk mengoptimalkan perfusi otak (Kraton & Pekalongan, 2025).

Salah satu intervensi keperawatan berbasis *Evidence-Based Nursing* (EBN) yang penting pada fase akut stroke adalah pengaturan posisi pasien dengan elevasi kepala 30 derajat. Posisi ini terbukti efektif dalam membantu meningkatkan aliran balik vena dari otak sehingga dapat menurunkan tekanan intrakranial, serta membantu mempertahankan perfusi serebral yang adekuat. Selain itu, elevasi kepala 30 derajat juga membantu memperbaiki oksigenasi, mengurangi risiko aspirasi, serta meningkatkan kenyamanan pasien. Dalam kondisi stroke akut, peningkatan tekanan intrakranial dapat memperburuk iskemia dan memperluas area infark, sehingga intervensi sederhana seperti pengaturan posisi memiliki peran krusial dalam mencegah komplikasi lebih lanjut (Azizah & Arofiati, 2023). Efektivitas intervensi ini telah didukung oleh berbagai hasil penelitian yang menunjukkan manfaat klinisnya pada pasien stroke akut.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa posisi elevasi kepala 30 derajat efektif dalam menurunkan TIK dan memperbaiki parameter hemodinamik serebral pada pasien stroke iskemik. Studi eksperimental oleh Putra (2025), menemukan bahwa pasien stroke akut yang diberikan

posisi elevasi kepala 30 derajat membantu mengurangi tekanan intrakranial, memperbaiki aliran darah ke otak, dan meningkatkan kenyamanan pasien selama fase akut perawatan. Penelitian lain oleh Santama et al. (2025), di ruang ICU rumah sakit tipe B menunjukkan adanya peningkatan perfusi serebral yang ditandai dengan peningkatan nilai saturasi oksigen, *Glasgow Coma Scale* (GCS) dan stabilitas tekanan darah setelah intervensi elevasi kepala 30 derajat selama 24–48 jam perawatan. Hasil tersebut mendukung bahwa bahwa pemberian posisi elevasi kepala 30 derajat merupakan intervensi keperawatan yang efektif dan berbasis bukti dalam penatalaksanaan pasien stroke iskemik, karena mampu menurunkan tekanan intrakranial, memperbaiki perfusi serebral, meningkatkan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS), serta menjaga stabilitas hemodinamik selama fase akut perawatan di ruang intensif.

Berdasarkan uraian dan data prevalensi, *non hemoragik stroke* masih menjadi masalah kesehatan yang mengancam jiwa sehingga peran perawat sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan. Oleh karena itu, penulis tertarik mengangkat kasus ini dalam karya ilmiah berjudul, “Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam mengelola asuhan keperawatan di RS pada pasien *Non Hemoragic Stroke* (NHS).

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian kritis pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS)
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS)
- c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS)
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan dan *Evidence Based Nursing* pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS)
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS)

C. Manfaat Penulisan

1. Rumah Sakit

Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan demi meningkatkan mutu pelayanan dan keterampilan bagi petugas kesehatan khususnya perawat, agar dapat menjalankan tugas khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang *Non Hemoragik Stroke* (NHS) sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi.

3. Bagi Penulis

Dapat menjadi bahan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan saat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Non Hemoragik Stroke* (NHS) yang mengalami gangguan pada perfusi serebral dengan menggunakan *Evidence Based Nursing* elevasi kepala 30° sebagai salah satu pilihan intervensi terapeutik perawat.

4. Bagi Institusi/Akademik

Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah:

1. Studi Kepustakaan

Mengambil beberapa literatur sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir mengenai *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

2. Studi Kasus

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

a. Observasi

Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

b. Wawancara

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

c. Pemeriksaan Fisik

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

d. Diskusi

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

e. Dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir tersusun/terdiri dari V bab yang terdiri dari: BAB I Pendahuluan, bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Pustaka, bab ini menguraikan tentang konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan. BAB III Pengamatan Kasus, bab ini menguraikan tentang pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi. BAB IV Pembahasan Kasus, bab ini terdiri dari pembahasan dimana bagian ini membahas tentang kesenjangan teori dan kasus nyata di unit ICU. Selain itu, pada BAB IV juga terdapat penerapan EBN yang membahas tentang EBN yang diangkat dan diimplementasikan pada pasien. BAB V Simpulan dan Saran, bab ini menguraikan tentang simpulan dan saran. Kemudian pada akhir dilengkapi dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Non hemoragik stroke adalah gangguan aliran darah ke otak akibat sumbatan pembuluh darah oleh trombus atau emboli yang mengakibatkan penurunan pasokan oksigen dan glukosa ke jaringan otak (Yulianti & Mukin, 2025).

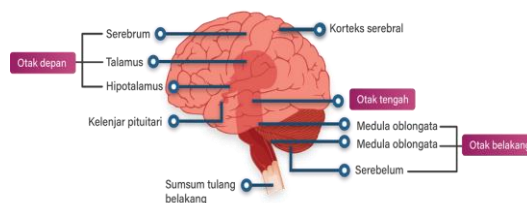
Non hemoragik stroke adalah gangguan neurologis yang terjadi akibat oklusi pembuluh darah otak, baik oleh trombus maupun embolus, yang menyebabkan penurunan atau terhentinya aliran darah ke jaringan otak. Kondisi ini mengakibatkan iskemia hingga kematian sel otak, sehingga muncul defisit neurologis sesuai area otak yang terdampak (Utomo, 2024).

Berdasarkan definisi tersebut penulis dapat menyimpulkan bahwa *Non Hemoragik Stroke* (NHS) adalah gangguan neurologis yang terjadi akibat sumbatan pembuluh darah otak oleh trombus atau embolus, sehingga aliran darah ke jaringan otak menurun atau terhenti. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen dan glukosa yang berujung pada iskemia hingga kematian sel otak.

2. Anatomi dan Fisiologi

Menurut Hafid et al. (2024), anatomi dan fisiologi otak terdiri dari:

a. Otak



Gambar 2.1
(Betts et al., 2021)

Otak berfungsi sebagai pusat pengolahan rangsangan sensorik dengan mengintegrasikannya ke dalam informasi yang telah tersimpan, sekaligus berperan sebagai pusat pengambilan keputusan serta pengendali kecerdasan, emosi, dan daya ingat. Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf dengan komponen sebagai berikut:

1) Serebrum

Serebrum terbagi menjadi dua hemisfer, yaitu hemisfer kiri dan kanan, yang dipisahkan oleh fisura serebri longitudinal. Masing-masing hemisfer selanjutnya terbagi atas empat lobus, yakni lobus frontal, parietal, temporal, dan oksipital.

Lobus frontal merupakan lobus yang paling luas dan terletak di fosa kranii anterior. Bagian ini berperan dalam menerima serta mengintegrasikan berbagai informasi sehingga membentuk proses berpikir, perencanaan, dan perilaku. Selain itu, lobus frontal berfungsi sebagai pusat aktivitas kognitif tingkat tinggi, meliputi kemampuan pemecahan masalah, daya ingat, bahasa, motivasi, penilaian, serta pengendalian impuls.

- a) Lobus parietal berfungsi dalam pengolahan sensasi sentuhan, persepsi gerakan tubuh, serta rangsangan penciuman dan pengecapan yang disertai kesadaran. Selain itu, pada lobus ini terdapat area bahasa yang berperan dalam pemahaman atau pengertian terhadap bahasa.
- b) Lobus temporalis berfungsi sebagai pusat pengolahan emosi serta berperan dalam pengendalian berbagai fungsi lainnya, termasuk persepsi rasa, proses memori, apresiasi musik, perilaku agresif, dan perilaku seksual.
- c) Lobus oksipitalis berfungsi untuk penglihatan. Pada lobus oksipitalis kiri untuk melihat angka dan huruf, sedangkan

kanan untuk melihat gambar dan memegang peranan penting terhadap fungsi mata.

2) Batang otak

Batang otak merupakan struktur yang menghubungkan otak dengan sumsum tulang belakang, memiliki panjang sekitar 7,5 cm, dan tersusun atas medula oblongata, pons, serta otak tengah. Struktur ini berfungsi sebagai jalur penghantar yang menghubungkan serebrum dengan medula spinalis, sehingga memungkinkan proses pengiriman dan penerimaan impuls saraf antara otak dan berbagai bagian tubuh.

- a) Medula oblongata berperan sebagai pusat pengendalian fungsi otonom vital, seperti aktivitas jantung, pernapasan, refleks batuk, bersin, dan muntah. Selain itu, struktur ini merupakan tempat persilangan jalur piramidal, sehingga setiap hemisfer otak mengendalikan gerakan volunter pada sisi tubuh yang berlawanan, di mana hemisfer kiri mengontrol sisi kanan tubuh dan sebaliknya
- b) Pons dapat dikenali dengan mudah sebagai tonjolan yang terletak di bawah otak tengah dan di atas medula oblongata. Struktur ini berfungsi utama sebagai jalur penghantar impuls saraf dari serebelum ke batang otak serta sebagai penghubung komunikasi antara kedua hemisfer otak kecil.

3) Otak tengah

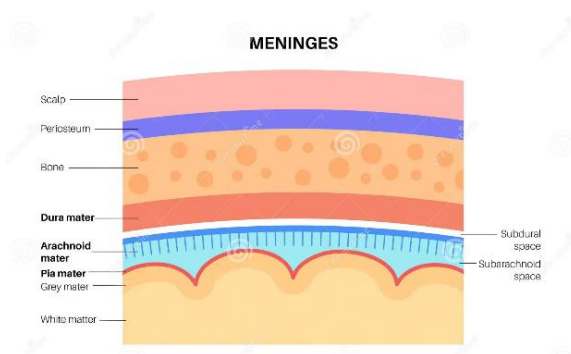
Otak tengah atau mesensefalon terletak di antara pons dan diensefalon. Struktur ini berperan sebagai jalur penghubung rangsangan sensorik pendengaran dan perasa, serta berfungsi sebagai pusat koordinasi respons refleks yang berkaitan dengan indera penglihatan.

- a) Hipotalamus merupakan pusat integrasi mengontrol fungsi sistem saraf otonom, mengukur suhu tubuh dan fungsi endokrin serta menyesuaikan ekspresi emosi.
- b) Talamus merupakan komponen dari sistem limbik yang berperan menghubungkan area korteks serebri yang mengatur kontrol motorik dan persepsi sensorik dengan bagian lain otak yang memiliki fungsi serupa.

4) Serebellum

Serebelum, yang dikenal sebagai otak kecil, terletak di bagian posterior batang otak. Struktur ini berperan dalam koordinasi gerakan otot, menjaga keseimbangan, serta mempertahankan postur tubuh. Gangguan atau kerusakan pada serebelum dapat mengakibatkan ketidakteraturan dan ketidakmampuan dalam mengontrol gerakan otot.

5) Meningen



Gambar 2.2
(Betts et al., 2021)

Meningen merupakan lapisan atau membran tipis yang berfungsi untuk menutupi atau melindungi otak dan saraf tulang belakang. Meninges terdiri atas tiga jenis, yaitu:

- a) Duramater adalah selaput berlapis ganda yang melindungi dan menyelubungi otak. Lapisan terluarnya melekat pada permukaan dalam tulang kranium dan membentuk lapisan

periosteal, sedangkan lapisan bagian dalam dikenal sebagai lapisan meningeal.

- b) Arachnoidmater, merupakan lapisan meningeal tengah yang berbentuk seperti sarang laba-laba.
- c) Piamater, merupakan lapisan meninges paling dalam dan paling lembut yang menempel pada permukaan otak dan sumsum tulang belakang

6) Saraf kepala

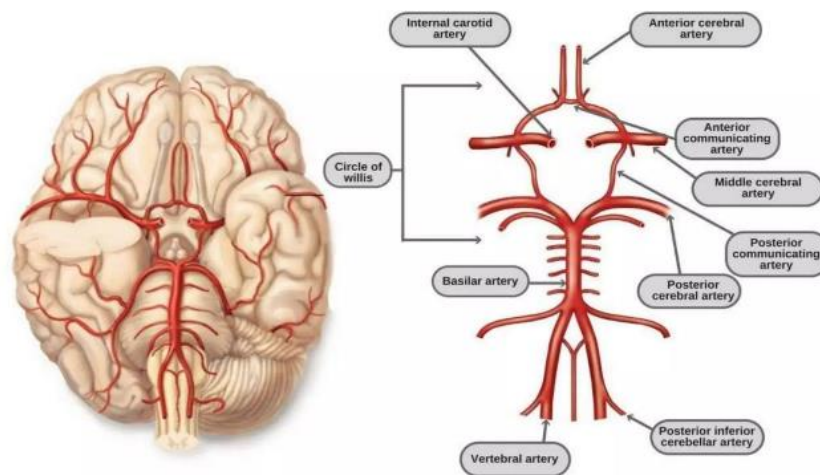
Susunan saraf terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak dan melewati lubang yang terdapat pada tulang tengkorak, berhubungan erat dengan otot panca indra seperti telinga, hidung, lidah dan kulit. Saraf kepala terbagi menjadi dua belas yaitu:

- a) Nervus olfaktorius sensorik sensasi bau dan penciuman.
- b) Nervus optikus sensorik bola mata, ketajaman penglihatan.
- c) Nervus okulomotorius: bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot pergerakan bola mata), menghantarkan serabut-serabut para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- d) Nervus troklearis: bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf pergerakan mata. Nervus trigeminus: bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang yang fungsinya sebagai saraf kembar tiga. Saraf ini merupakan saraf otak besar, sarafnya yakni Nervus oltamikus: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata. Nervus maksilaris: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung rongga hidung, dan sinus

maksilaris. Nervus mandibula: sifatnya majemuk (sensori dan motorik) mensarafi otot-otot pengunyah, serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.

- e) Nervus abduksen: sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata.
- f) Nervus fasialis: sifatnya majemuk (sensori dan motorik) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk mengantarkan rangsangan pengecap.
- g) Nervus vestibulokoklearis: sifatnya sensori, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.
- h) Nervus glossofaringeus: sifatnya majemuk (sensori dan motorik) mensarafi faring, tonsil dan lidah. Saraf ini dapat membawa rangsangan citra rasa ke otak.
- i) Nervus vagus sifatnya majemuk (sensori dan motorik) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esophagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa.
- j) Nervus aksesorius saraf ini mensarafi muskulus sternocleidomastoid dan muskulus trapezium. Fungsinya sebagai saraf tambahan.
- k) Nervus hipoglasus saraf ini mensarafi otot-otot lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyangkang.

b. Sistem sirkulasi darah ke otak



Gambar 2.3
(Rahena & Wael, 2023)

Otak memperoleh suplai darah melalui dua sistem utama, yaitu sistem arteri karotis sebagai sirkulasi anterior dan sistem arteri vertebralis sebagai sirkulasi posterior. Arteri vertebralis berperan dalam mensuplai darah ke bagian posterior dan inferior otak, termasuk medulla oblongata, pons atau batang otak, lobus oksipital, serebelum, serta bagian inferior lobus temporalis. Sementara itu, arteri karotis berfungsi menyalurkan darah ke area anterior dan superior otak, seperti lobus frontal, parietal, temporal, ganglia basal, dan kapsula interna.

Arteri karotis berasal dari arteri karotis komunis yang bercabang pada ketinggian tulang rawan tiroid, sedangkan arteri vertebralis kanan dan kiri berasal dari arteri subklavia. Apabila terjadi gangguan aliran darah serebral, pasokan darah dapat dipertahankan melalui pembuluh kolateral yang dikenal sebagai sirkulus Willisi.

Sirkulus Willisi merupakan jaringan anastomosis arteri di dasar otak yang berfungsi menjaga kontinuitas aliran darah apabila terjadi penyumbatan pada salah satu pembuluh. Struktur ini dibentuk oleh tiga komponen utama, yaitu sirkulasi anterior, sirkulasi posterior, dan arteri komunikans. Sirkulasi tersebut mengelilingi batang kelenjar hipofisis serta menghubungkan suplai darah antara bagian anterior dan posterior otak. Selain itu, sirkulus Willisi memungkinkan aliran darah dari arteri serebri anterior melalui arteri komunikans anterior untuk memvaskularisasi hemisfer serebri, maupun dari arteri posterior melalui arteri komunikans posterior untuk menyokong sirkulasi karotis (Rahena & Wael, 2023).

3. Etiologi

a. Faktor predisposisi

1) Jenis Kelamin

Stroke menyerang laki-laki 19% lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan dalam mempertahankan kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau pelindung pada proses aterosklerosis. Namun setelah perempuan tersebut mengalami menopause, besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama (Lumintang et al., 2024).

2) Usia

Stroke dapat menyerang siapa saja, semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terkena stroke. Penderita stroke lebih banyak terjadi pada usia diatas 50 tahun dibandingkan dengan yang berusia dibawah 50 tahun. Dimana pada usia tersebut semua organ tubuh termasuk pembuluh darah otak menjadi tidak elastis dan mudah mengalami kerusakan (Lumintang et al., 2024).

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama dalam kejadian stroke akibat adanya kerusakan pembuluh darah otak yang meningkatkan kemungkinan kejadian stroke iskemik maupun hemoragik. Dari beberapa studi, hipertensi memiliki kontribusi sekitar 51% dalam kematian akibat stroke.

Hipertensi dapat menyebabkan tekanan darah perifer meningkat sehingga terjadi suatu efek negatif pada sistem hemodinamik yang menyebabkan penebalan pada dinding pembuluh darah. Kerusakan dari dinding pembuluh darah ini dapat memicu pembentukan suatu plak yang disebut sebagai aterosklerosis, hal ini dapat menyumbat aliran darah ke otak sehingga memicu terjadinya stroke iskemik. Stroke Hemoragic juga mungkin terjadi akibat lemahnya dinding pembuluh darah, terutama pada arteri kecil dibagian otak, sehingga lebih mudah pecah dan menyebabkan pendarah (Wirmando, Payung, & Atba, 2022).

2) Penyakit Jantung

Faktor risiko berikutnya adalah penyakit jantung, terutama penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur dibilik kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih cepat dibandingkan dibagian bagian lain jantung. Ini menyebabkan aliran darah menjadi tidak teratur dan secara insidentil terjadi pembentukan gumpalan darah. Gumpalan-gumpalan inilah yang kemudian dapat mencapai otak dan menyebabkan stroke. Pada orang-orang berusia di atas 80 tahun, atrial fibrillation merupakan penyebab utama kematian pada satu diantara empat kasus stroke. Faktor lain dapat terjadi pada pelaksanaan operasi jantung yang berupaya

memperbaiki cacat bentuk jantung atau penyakit jantung. Tanpa diduga, plak dapat terlepas dari dinding aorta (batang nadi jantung), lalu hanyut mengikuti aliran darah ke leher dan ke otak yang kemudian menyebabkan stroke (Rahayu, 2023).

3) Diabetes Melitus

Diabetes melitus tipe 2 merupakan kelainan metabolik yang ditandai oleh resistensi insulin sehingga terjadi gangguan metabolisme glukosa. Kondisi hiperglikemia yang berlangsung kronis berperan dalam kerusakan endotel dan mempercepat pembentukan plak aterosklerotik pada pembuluh darah, yang selanjutnya dapat menyebabkan trombosis, ruptur plak, serta gangguan fungsi vaskular. Selain itu, hiperglikemia yang disertai peningkatan produksi reactive oxygen species (ROS) memicu aktivasi protein kinase C (PKC) yang berperan dalam mengaktifkan nuclear factor kappa B (NF- κ B). Aktivasi NF- κ B meningkatkan ekspresi mediator inflamasi pada endotel vaskular, sehingga memicu pembentukan sel busa dan progresi aterosklerosis, yang pada akhirnya dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke (Febrian, et. al., 2025).

4) Merokok

Rokok mengandung nikotin dan karbon monoksida yang dapat meningkatkan kadar fibrinogen melalui proses stres oksidatif dan peradangan. Nikotin menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan merangsang sistem saraf simpatik, sehingga tekanan darah meningkat dan hati memproduksi lebih banyak fibrinogen sebagai respons inflamasi. Sementara itu, karbon monoksida berikatan dengan hemoglobin dan menimbulkan hipoksia, yang memicu kerusakan endotel serta pelepasan mediator inflamasi.

Kondisi tersebut mempercepat terjadinya aterosklerosis, ditandai dengan penebalan dan penyempitan pembuluh darah akibat penumpukan plak dan fibrinogen. Peningkatan fibrinogen menyebabkan darah menjadi lebih kental dan memicu penggumpalan trombosit, di mana trombosit menempel pada dinding pembuluh darah yang rusak dan membentuk trombus. Selanjutnya, proses koagulasi mengubah fibrinogen menjadi fibrin yang membentuk jaring penguat trombus hingga akhirnya menyumbat pembuluh darah (Timur et al., 2025).

5) Dislipidemia

Kadar kolesterol yang tinggi dalam darah dapat mengendap pada dinding pembuluh darah dan memicu pembentukan plak aterosklerotik. Peningkatan kolesterol berkontribusi terhadap disfungsi endotel serta meningkatkan produksi radikal bebas yang menurunkan bioavailabilitas oksida nitrat, sebagai mediator utama vasodilatasi endotel. Paparan radikal bebas pada sel endotel arteri menyebabkan terjadinya oksidasi low-density lipoprotein (LDL), yang berperan penting dalam percepatan pembentukan lesi ateromatosa. Akumulasi LDL teroksidasi akan membentuk agregat lipid yang semakin membesar, sehingga menimbulkan penebalan dinding dan penyempitan lumen pembuluh darah. Kondisi ini dapat menghambat aliran darah dan meningkatkan risiko terjadinya stroke (Febrian et al., 2025).

6) Stres

Stres yang bersifat konstan dan terus menerus memengaruhi kerja kelenjar adrenal dan tiroid dalam memproduksi hormon adrenalin, tiroksin dan kortisol sebagai hormon utama stres akan naik jumlahnya dan berpengaruh secara signifikan pada sistem homeostasis.

Adrenalin yang bekerja secara sinergis dengan sistem saraf simpatis berpengaruh terhadap kenaikan denyut jantung dan tekanan darah. Tiroksin selain meningkatkan Basal Metabolism Rate (BMR) juga menaikkan denyut jantung dan frekuensi nafas. Peningkatan denyut jantung inilah yang akan memperberat aterosklerosis. Stress dapat merangsang pelepasan hormon adrenalin dan memacu jantung untuk berdetak lebih cepat dan lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat (Tjondronegoro, Azizah, & Claudia, 2023).

4. Patofisiologi

Trombus merupakan bekuan darah yang terbentuk dari agregasi trombosit dan fibrin di dalam lumen pembuluh darah, baik arteri maupun vena, yang dapat menyebabkan obstruksi aliran darah sehingga menimbulkan iskemia dan nekrosis jaringan. Trombus yang terbentuk dapat terlepas dan menjadi embolus (tromboemboli) yang kemudian menyumbat pembuluh darah di lokasi lain. Proses trombosis dan tromboemboli memegang peranan utama dalam patogenesis stroke iskemik.

Terbentuknya trombus dipengaruhi oleh perubahan pada komponen hemostasis, meliputi faktor koagulasi, protein plasma, aliran darah, integritas dinding vaskular, serta elemen seluler seperti trombosit dan sel endotel. Pada pembuluh arteri, trombosis umumnya merupakan komplikasi dari aterosklerosis, dimana ruptur plak aterosklerotik memicu aktivasi trombosit dan pembentukan bekuan darah.

Stroke trombotik dapat terjadi pada pembuluh darah besar, seperti sistem arteri karotis, maupun pembuluh darah kecil, termasuk cabang-cabang sirkulus Willis. Lokasi tersering terjadinya trombosis adalah pada daerah percabangan arteri, khususnya pada distribusi arteri karotis interna, yang rentan mengalami turbulensi aliran akibat adanya stenosis.

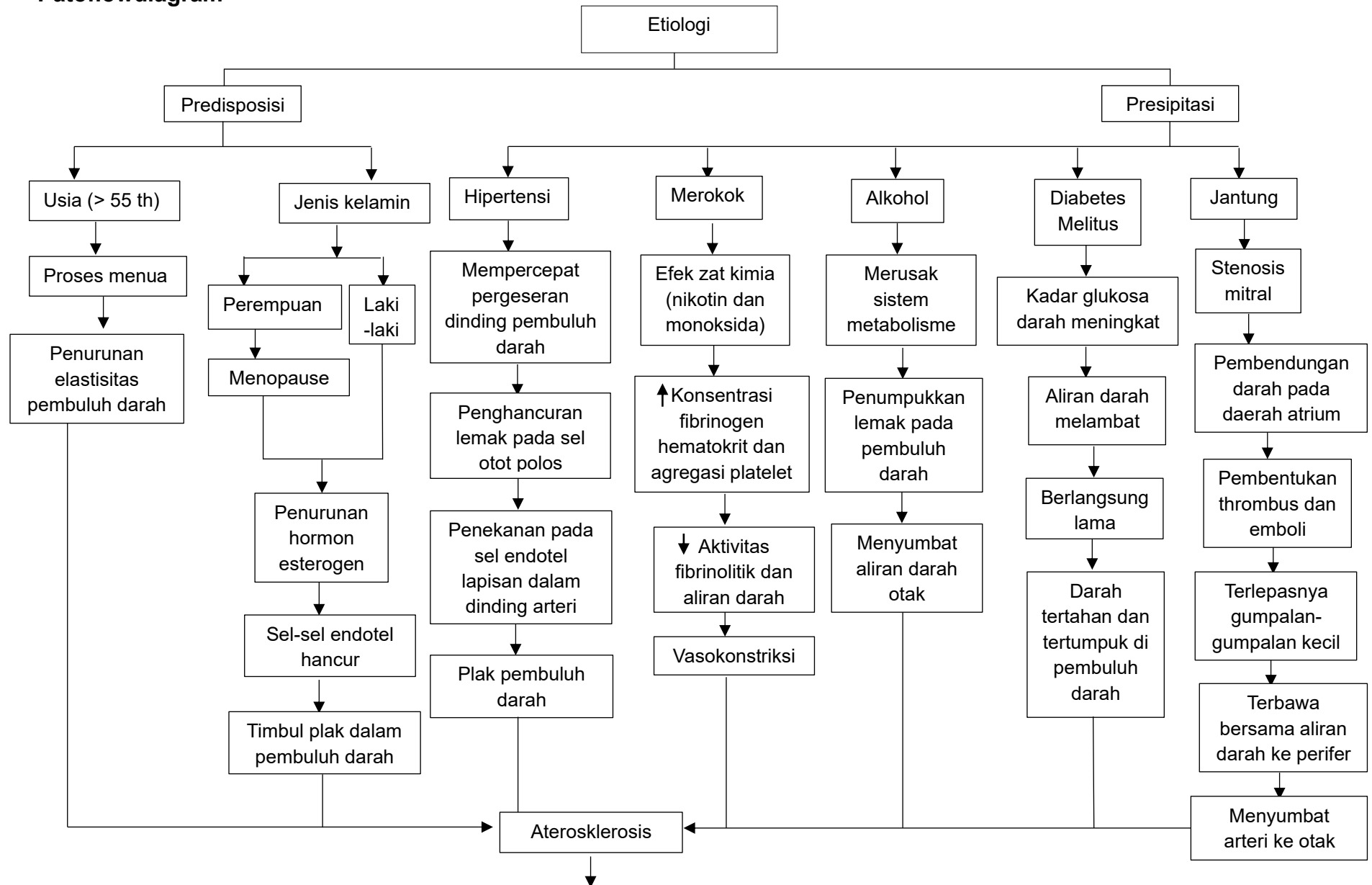
Otak sangat bergantung pada suplai oksigen dan glukosa untuk metabolisme energi. Cadangan energi di otak sangat terbatas, hanya mampu bertahan dalam waktu singkat. Apabila aliran darah terhenti, dalam waktu ± 30 detik aktivitas listrik otak mulai menurun, dalam 2 menit aktivitas neuronal berhenti, dalam 5 menit mulai terjadi kerusakan jaringan, dan lebih dari 9 menit dapat menyebabkan kematian.

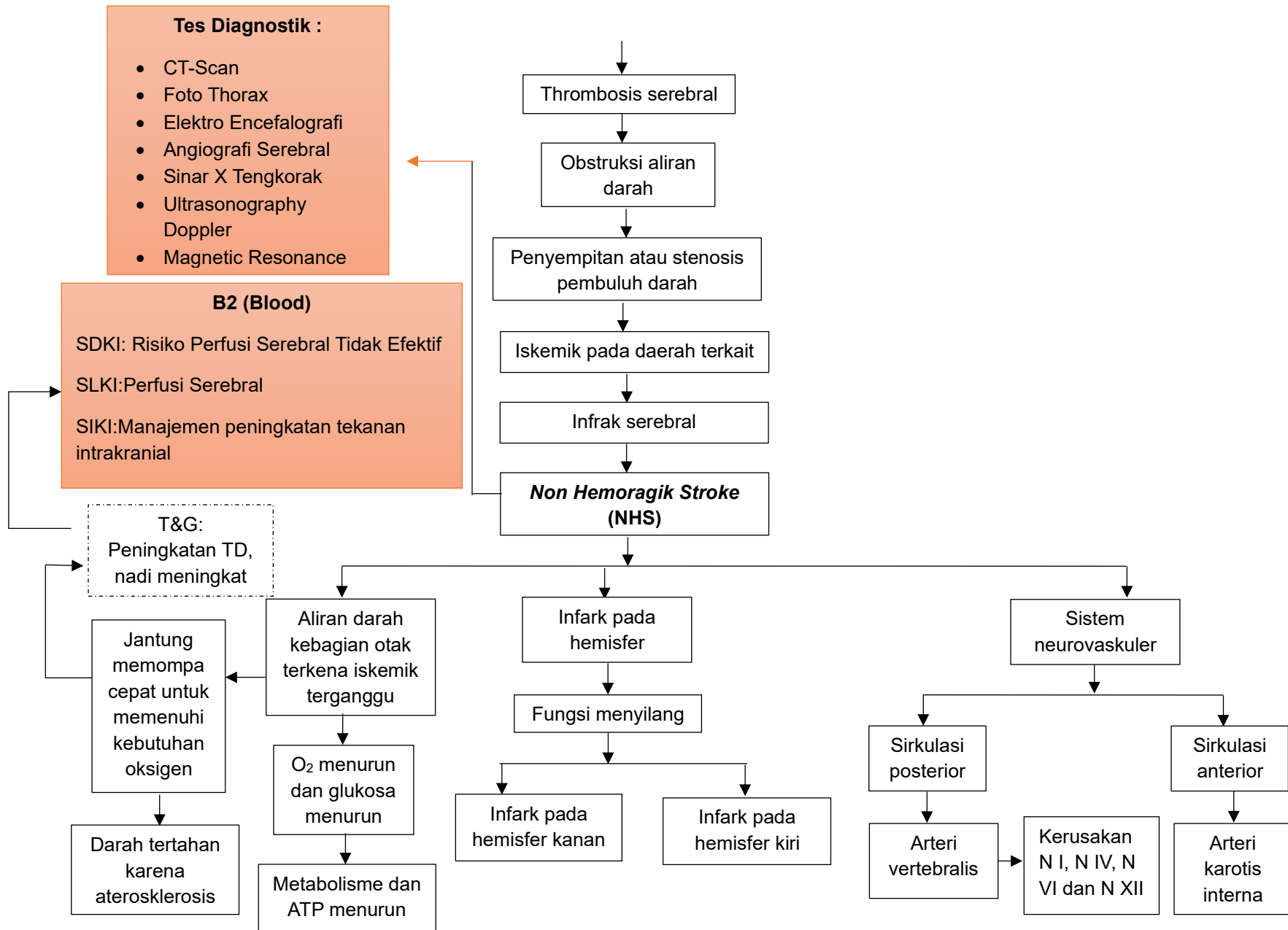
Penurunan perfusi otak menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan glukosa sehingga produksi ATP menurun. Hal ini mengakibatkan kegagalan pompa ion Na^+/K^+ -ATPase, yang berujung pada ketidakseimbangan ion, yaitu keluarnya ion K^+ ke ruang ekstraseluler serta masuknya ion Na^+ dan Ca^{2+} ke dalam sel. Kondisi ini memicu depolarisasi membran sel.

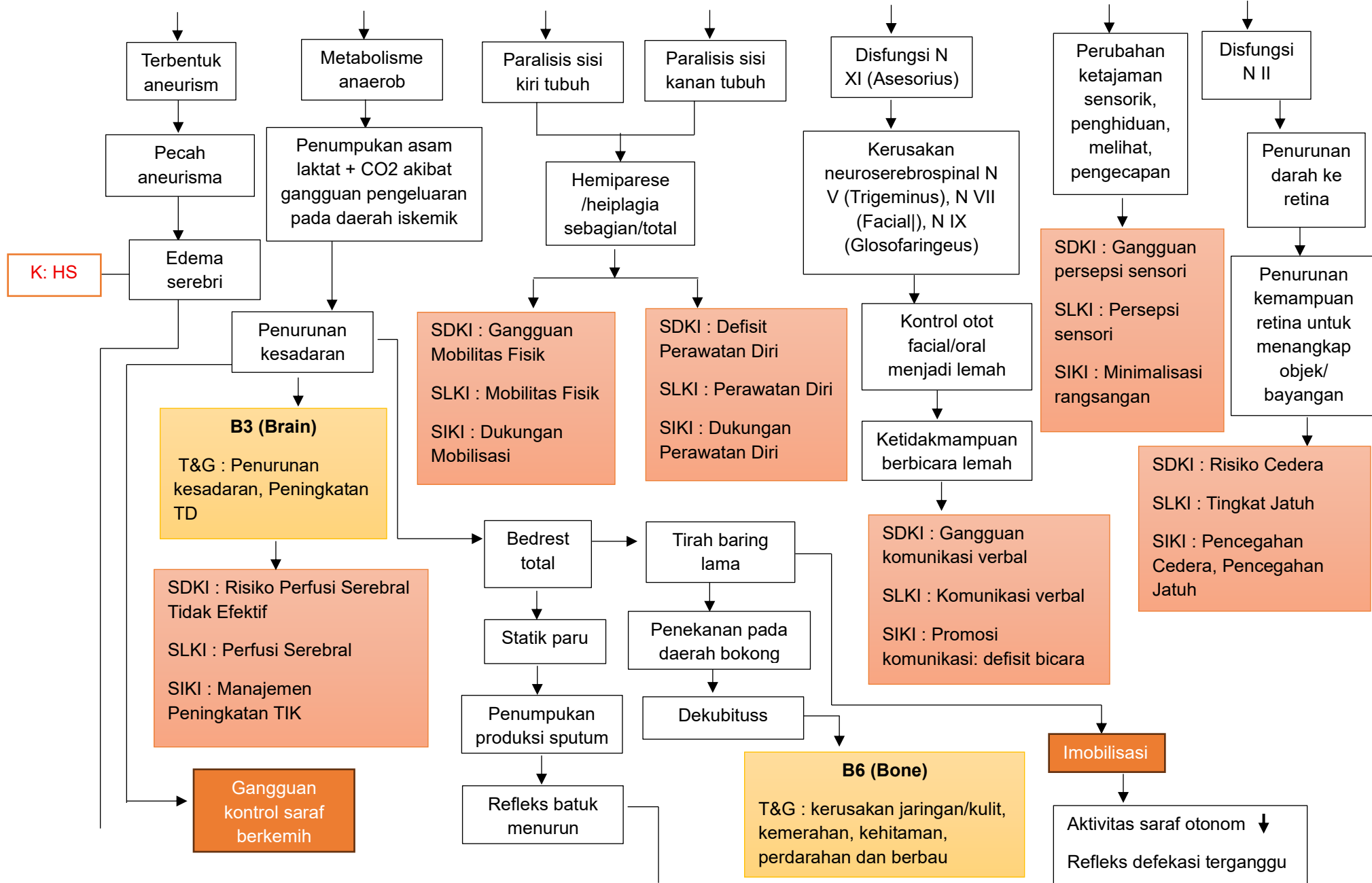
Pada tahap awal, depolarisasi bersifat reversibel, namun jika berlanjut akan menyebabkan kerusakan struktural sel dan kematian neuron. Proses ini terjadi terutama ketika aliran darah otak menurun hingga di bawah ambang kritis, yaitu kurang dari 10 ml/100 gram jaringan/menit.

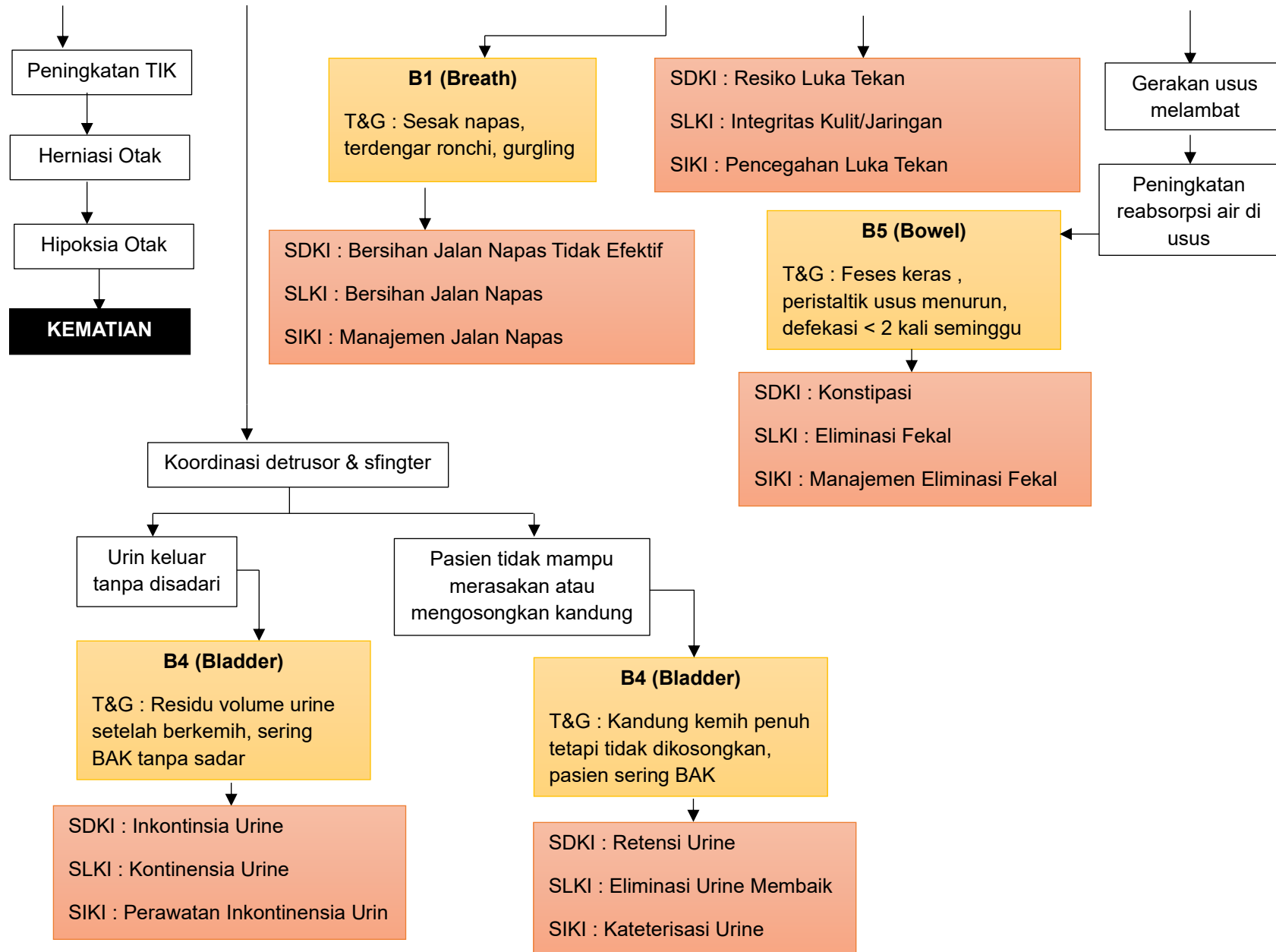
Hipoksia yang terjadi juga menyebabkan metabolisme anaerob dan peningkatan produksi asam laktat, sehingga terjadi asidosis. Asidosis mengganggu fungsi enzim seluler dan memicu edema serebri, yang ditandai dengan pembengkakan sel, terutama sel glia. Edema ini akan memperburuk gangguan mikrosirkulasi, meningkatkan resistensi vaskular, serta menurunkan tekanan perfusi otak, sehingga memperluas area iskemik (Lolo et al., 2025).

Patoflowdiagram









5. Manifestasi Klinis

Menurut Widiani & Yusa (2023), manifestasi klinis stroke yaitu:

- a. Hemiparesis/hemiplegia, kelemahan tiba-tiba pada satu sisi tubuh (wajah, lengan, atau kaki).
- b. Afasia atau gangguan bicara, slurred speech, kesulitan memahami atau berbicara.
- c. Gangguan penglihatan, rabun atau kehilangan penglihatan, satu atau dua mata.
- d. Ataksia, atau gangguan keseimbangan
- e. Mulut mencong atau tidak simetris
- f. Berbicara pelo
- g. Gangguan daya ingat
- h. Kesadaran menurun
- i. Gangguan fungsi otak

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Putra et al. (2024), pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke, yaitu:

a. Radiologi

1) CT-Scan

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

2) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Pemeriksaan yang menggunakan gelombang magnetik dengan menentukan besar atau luas perdarahan yang terjadi pada otak. Hasil dari pemeriksaan ini digunakan untuk menunjukan adanya daerah yang mengalami infark, hemoragic dan malinformasi arteriovena.

3) Fungsi Lumbar

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

4) Angiografi Serebral

Pemeriksaan ini membantu untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik antara lain perdarahan, obstruksi arteri, oklusi/rupture.

5) Ultrasonografi Doppler

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

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Seperti haemoglobin, leukosit, trombosit dan eritrosit. Semua itu berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia, sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Jika kadar leukosit pada pasien diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang.

2) Test Darah Koagulasi

Tes ini terdiri dari 4 pemeriksaan yaitu prothrombin time, partial thromboplastin (PTT), *International Normalized Ratio* (INR) dan agregasi trombosit. Keempat tes ini berguna untuk mengukur seberapa cepat darah mengumpal. Pada pasien stroke biasanya ditemukan PT/PTT dalam keadaan normal.

3) Tes Kimia Darah

Tes ini digunakan untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat dll. Seseorang yang terindikasi penyakit stroke biasanya memiliki gula darah yang tinggi. Apabila

seseorang memiliki riwayat penyakit diabetes yang tidak diobati maka hal tersebut dapat menjadi faktor pemicu resiko stroke.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang bisa dilakukan pada pasien NHS menurut Setiawan (2021), yaitu:

a. Penatalaksanaan Farmakologis

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

2) Pengobatan

- a) Anti Koagulan: heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut.
- b) Obat anti trombotik: pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolik atau embolik.
- c) Diuretika: untuk menurunkan edema serebral.
- d) *Recombinant Tissue-Type Plasminogen Activator*: Pemberian rtPA merupakan pilihan dalam upaya revaskularisasi pada stroke iskemik menggunakan agen trombolisis. Pemberian trombolisis dengan rtPA pada stroke iskemik harus segera dilakukan dalam 3 jam sejak onset terjadinya serangan stroke.
- e) Pembedahan endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Fase Akut

- a) Letakan posisi kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap dua jam,

mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.

- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
 - c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya, jika kandung kemih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
 - d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini sangat penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-200 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastrik tube.
 - e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg/dl, dengan insulin drips intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Mobilisasi dini
 - b) Fisioterapi
 - c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM).
- 3) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

8. Komplikasi

Menurut Laili et al. (2023), komplikasi pada penderit stroke non hemoragik yaitu:

a. Edema serebri

Edema serebri atau edema otak adalah kondisi dimana terjadi penumpukan cairan berlebihan dalam jaringan otak sehingga menyebabkan pembengkakan otak. Karena otak berada dalam rongga tengkorak yang keras dan tertutup, pembengkakan ini menyebabkan tekanan di dalam tengkorak meningkat, yang dapat menekan jaringan otak dan mengganggu fungsi otak normal.

b. Tekanan intrakranial (TIK) meningkat

TIK adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intrakranial, dan cairan serebrospinal (CSS) di dalam tengkorak. Ruang kranial yang kaku berisi jaringan otak dan darah. Volume tekanan pada ketiga komponen ini selalu berhubungan dengan keadaan keseimbangan, apabila salah satu dari komponen ini meningkat maka akan menyebabkan perubahan pada volume yang lain dengan mengubah posisi atau menggeser CSS, atau menurunkan volume darah serebral dan jika tidak ada perubahan intrakranial akan meningkat.

c. Hemoragik stroke

Hemoragik stroke adalah kondisi medis serius yang terjadi ketika pembuluh darah di dalam otak pecah, menyebabkan perdarahan di jaringan otak. Perdarahan ini mengganggu aliran darah normal, sehingga area otak yang seharusnya menerima oksigen dan nutrisi menjadi kekurangan pasokan, yang kemudian merusak atau menghancurkan sel-sel otak. Akumulasi darah juga memberi tekanan pada jaringan otak di sekitarnya, memperburuk kerusakan fungsi otak.

d. Gagal napas

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

e. Dekubitus

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

f. Pneumonia

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

g. Atrofi

Atrofi dan kontraktur (kekakuan sendi) hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Primer

1) B1 (*Breathing*)

Pada inspeksi didapatkan klien suara napas snoring, batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks

didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2) B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

3) B3 (*Brain*)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

4) B4 (*Bladder*)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5) B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan

peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

6) B6 (*Bone*)

Stroke mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralisis/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

b. Pengkajian Sekunder

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

DS: adanya penyakit jantung (rematik, penyakit jantung vaskuler), polistemia, riwayat hipotensi postural.

DO: hipertensi arterial (dapat ditemukan/ terjadinya pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.

2) Pola nutrisi dan metabolik

DS: nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

DO: kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas.

3) Pola eliminasi

DS: perubahan pola berkemih, seperti inkontenensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik), konstipasi.

DO: melihat apakah pasien terpasang kateter, pampers, serta melihat warna urine dan konsistensi feses.

4) Pola aktivitas dan latihan

DS: merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot).

DO: gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralisis (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.

5) Pola tidur dan istirahat

DS: susah untuk beristirahat.

DO: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada obat.

6) Pola persepsi sensorik dan kognitif

DS: sinkope/pusing, sakit kepala, kelemahan/kesemutan, mati-lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain.

DO: status mental/tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau parese (ipsilateral), afasia (gangguan dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.

7) Pola persepsi dan konsep diri

DS: perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa

DO: emosi yang labil dan ketidakpastian untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

8) Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk menggunakan perasaan).

DO: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

9) Pola reproduksi dan seksualitas

DS: tidak adanya gairah seksual.

DO: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

10) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

DS: perasaan tidak berdaya.

DO: emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

11) Pola sistem nilai kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat diambil pada pasien *Non Hemoragik Stroke* berdasarkan SDKI PPNI (2018) yaitu :

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)
- b. Gangguan Mobilisasi Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0119)
- d. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis (D.0063)
- e. Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak (D.0062)
- f. Risiko luka tekan ditandai dengan faktor risiko penurunan mobilisasi (D.0144)

3. Perencanaan Keperawatan

Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam menyusun intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. Berikut adalah luaran dan rencana keperawatan menurut SLKI PPNI (2018) dan SIKI PPNI (2018):

- a. Diagnosa I Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

SLKI Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kognitif meningkat
- 2) Tekanan intrakranial menurun
- 3) Sakit kepala menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- 6) Refleks saraf membaik

Intervensi: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Observasi:

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- 3) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
- 4) Monitor status pernapasan
- 5) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik:

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

- 2) Berikan posisi semi fowler

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

- b. Diagnosa II Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak sendi (ROM) meningkat
- 4) Cemas menurun
- 5) Kaku sendi menurun
- 6) Gerakan terbatas menurun
- 7) Kelemahan fisik menurun

Intervensi: Dukungan Mobilisasi

Observasi:

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan mobilisasi dini

- c. Diagnosa III Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3X8 jam maka diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan berbicara meningkat
- 2) Kemampuan memahami komunikasi
- 3) Afasia menurun
- 4) Disfasia menurun

Intervensi: Promosi Komunikasi: Defisit Bicara

Observasi:

- 1) Monitor kecepatan, volume dan diksi bicara

Teraupetik:

- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, isyarat tangan)
- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
- 3) Ulang apa yang disampaikan pasien
- 4) Berikan dukungan psikologis

Edukasi:

- 1) Anjurkan bicara perlahan
- 2) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

- d. Diagnosis IV: Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Mempertahankan makanan di mulut meningkat
- 2) Refleks menelan meningkat
- 3) Frekuensi tersedak menurun

Intervensi: Pencegahan Aspirasi

Observasi:

- 1) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan
- 2) Periksa kepatenan selang nasogatrik sebelum memberi asupan oral

Terapeutik:

- 1) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
- 2) Pertahankan posisi semi fowler pada pasien tidak sadar
- 3) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak
- 4) Berikan obat oral dalam bentuk cair

Edukasi:

- 1) Anjurkan makan secara perlahan

e. Diagnosis V: Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan memori meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual meningkat
- 2) Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat
- 3) Verbalisasi pengalaman lupa menurun
- 4) Verbalisasi mudah lupa menurun

Intervensi: Latihan Memori

Observasi:

- 1) Identifikasi masalah memori yang dialami
- 2) Identifikasi kesalahan terhadap orientasi
- 3) Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi

Terapeutik:

- 1) Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan
- 2) Koreksi kesalahan orientasi
- 3) Fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal)
- 4) Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi

Edukasi:

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.

- f. Diagnosa VI: Risiko luka tekan ditandai dengan faktor risiko penurunan mobilitasi

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kerusakan jaringan menurun
- 2) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 3) Suhu kulit membaik

Intervensi: Pencegahan Luka Tekan (I.14566)

Observasi:

- 1) Monitor kondisi luka (meliputi derajat luka, warna dasar luka, infeksi)
- 2) Monitor tanda dan gejala infeksi pada luka

Terapeutik:

- 1) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien

Edukasi:

- 1) Anjurkan melaporkan tanda-tanda kerusakan kulit

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

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

- a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah secara teratur minimal sekali seminggu.
- b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diet rendah garam.
- c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
- d. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
- e. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat seperti diet rendah kalori.
- f. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan.
- g. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisial Tn. M umur 64 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, beralamat di Jl. Tupai dengan diagnosis medis *Non Hemoragik Stroke* (NHS). Pasien masuk di IGD diantar oleh keluarganya dengan keluhan penurunan kesadaran dan tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kanan. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol dan sejak 1 bulan terakhir tidak rutin mengonsumsi obat antihipertensi. Selain itu, sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami batuk berlendir. Pada tanggal 5 Januari 2026 dini hari sekitar pukul 00.01 WITA, pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran disertai sesak napas dan tidak dapat menggerakkan badan sebelah kanan sehingga keluarga pasien memutuskan membawa pasien ke IGD RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.

Pada saat tiba di IGD dilakukan observasi TTV dengan TD: 169/102 mmHg, R: 26x/menit, SpO₂:94% dan dilakukan pemeriksaan GDS: 108 mg/dl. Dan pada hasil CT-Scan didapatkan infark corona radiata kiri dan brain atrofi serta EKG menunjukkan sinus bradikardia dengan AV block derajat 1 sehingga dokter memutuskan pasien dipindahkan ke ICU pada tanggal 5 Januari 2026 pukul 01.10 WITA.

Saat dilakukan pengkajian di ICU, tampak pasien terbaring lemah, tampak penurunan kesadaran dengan GCS E:2, V:2, M:3 (somnia), uji kekuatan otot tangan dan kaki kanan nilai 0, tangan dan kaki kiri nilai 1. Pasien tampak sesak dengan hasil pemeriksaan fisik TD: 160/90 mmHg, N: 52 x/menit, S: 36,5, R: 24 x/menit, SpO₂: 97%, GDP: 108 mg/dL. Tampak pasien terpasang nasal kanul 5 liter, infus RL 20 tetes/menit, tampak terpasang foley kateter ukuran 16 dan terpasang NGT ukuran 16.

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil Natrium 139 mmol/L, Kalium 4,5 mmol/L, Clorida 104 mmol/L. Selain itu, terapi obat-obat yang diberikan meliputi Citicoline 500mg/12jam/intravena, Mecobalamine 500mcg/24jam/intravena, Clopidogrel 75mg/24jam/NGT, Amlodipine 10mg/8jam/NGT, Omeprazole 40mg/12jam/intravena, Atropin Sulfat 1mg/intravena, Farbivent 2,5ml/8jam/inhalasi.

Dari data yang ditemukan, penulis mengangkat 4 diagnosis keperawatan diantaranya risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan irama jantung, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, dan defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

B. Pengkajian

Nama pasien (Initial) : Tn. M
 Umur : 64 Tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Tanggal/Jam MRS : 05 Januari 2026/ 00.01 Wita
 Tanggal/ Jam Pengkajian : 05 Januari 2026/ 08.00 Wita
 Diagnosa Medis : *Non Hemoragic Stroke*

1. Pengkajian primer (Meliputi B-1/Breath, B-2/Blood, B-3/Brain, B-4/Bladder, B-5/Bowel dan B-6/Bone)

Breath (B1)	Pergerakan dada	- Tampak pergerakan dada simetris - Tampak tidak ada kelainan bentuk dada - Tampak sesak
	Pemakaian otot bantu nafas	Tidak ada
	Palpasi	- Tidak teraba adanya krepitasi - Vokal premitus tidak dapat dikaji karena pasien afasia
	Perkusi	Sonor Lokasi: Kedua lapang paru
	Suara nafas	Vesikuler Terdengar suara napas tambahan ronkhi di kedua lapang paru
	Batuk	<i>Non produktif</i>
	Sputum	Encer, warna kehijauan
	Alat bantu napas	- Ada - Jenis: Nasal kanul 5 liter/menit

	Lain-lain	- Frekuensi napas: 24x/menit - SpO₂: 97%
Blood (B2)	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 Tunggal ✓ ✓ Lokasi: S1: Bunyi jantung I T : ICS 4 linea sternalis dextra Bunyi jantung I M: ICS 5 linea mid clavicularis sinistra S2: Bunyi jantung II A: ICS 2 linea sternalis dextra Bunyi jantung II P: ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra S3 dan S4 : Tidak terdengar
	Irama jantung	Irreguler
	CRT	Tampak CRT kembali dalam < 2 detik
	JVP	Hasil: 5-2 cmH ₂ O
	CPV	Tidak ada
	Edema	Tidak ada
	EKG	Hasil: Sinus bradikardi dengan AV block derajat 1
	Lain-lain:	- Tanda-tanda vital: - Tekanan darah : 160/90 mmHg - Nadi: 52 x/menit - Suhu : 36,5°C - Pernapasan: 24x/menit - MAP : 113 mmHg - GDP: 108 mg/dl

Brain (B3)	Tingkat Kesadaran	- Kualitatif: Somnolen - Kuantitatif (GCS) : 7 - E: 2 - V: 2 - M: 3
	Reaksi Pupil Kanan Kiri	- Ada, diameter 2,5 cm - Ada, diameter 2,5 cm
	Refleks fisiologis - Biseps - Triceps - Patella - Achilles	- Kiri : Positif, Kanan : Negatif - Kiri : Positif, Kanan : Negatif - Kiri : Positif, Kanan : Negatif - Kiri : Positif, Kanan : Negatif
	Refleks patologis Babinski	- Kiri : Negatif, Kanan : Positif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	- CT Scan Kesan: Infark corona radiata kiri Brain atrophy
Bladder (B4)	Urine	- Jumlah : 600 cc/8 jam - Warna : Kuning jernih
	Kateter	- Ada - Jenis: Folley chateter, ukuran 16
	Kesulitan BAK	Tidak ada

	Lain-lain	Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Kering
	Lidah	Tampak kotor
	Keadaan gigi	Tidak lengkap
	Nyeri telan	Tidak dikaji
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik Usus	Terdengar 11x/menit
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematememesis	Tidak ada
	Melena	Tidak ada
	Terpasang NGT	- Ya - Ukuran 16
	Diare	Tidak ada
	Kontipasi	Tidak ada
	Asites	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada
Bone (B6)	Turgor	Baik
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Icterus	Tidak ada
	Akral	- Hangat - Pucat
	Pergerakan sendi	- Tidak bebas - Uji kekuatan otot Kanan Kiri Tangan 0 1 Kaki 0 1

	Fraktur	Tidak ada
	Luka	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada

2. Diagnosis Keperawatan: (berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)

- B1 : Bersihan jalan napas tidak efektif
- B2 : Resiko penurunan curah jantung
- B3 : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
- B4 : Tidak ada
- B5 : Tidak ada
- B6 : Tidak ada

3. Tindakan Keperawatan Utama Yang Dilakukan: (berdasarkan diagnosis)

Diagnosis I : Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral membaik

SIKI : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

a) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas irreguler)

b) Kolaborasi pemberian obat

Citicolin 250gram/12jam/IV

Amlodipine 10mg/8jam/NGT

Diagnosis II : Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan irama jantung

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan curah jantung meningkat

SIKI : Perawatan Jantung

a) Minitor EKG 12 sadapan

- b) Monitor aritmia
- c) Kolaborasi pemberian antiaritmia

Atropin Sulfat 1 mg/IV

Diagnosis III : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas membaik

SIKI : Manajemen Jalan Napas

- a) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)
 - b) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
 - c) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
4. Pengkajian Sekunder: (Meliputi Pengkajian Riwayat Keperawatan dan *Head to Toe*)
- a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan
 - 1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting dan berkat dari Tuhan YME. Keluarga pasien mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit ringan atau sedang mereka hanya akan mengkonsumsi obat sesuai kebutuhan, namun jika sakit yang diderita semakin berat maka keluarga akan segera membawa ke rumah sakit terdekat. Keluarga pasien mengatakan pasien rutin kontrol kesehatannya di puskesmas dan rumah sakit. Keluarga mengatakan pasien juga sering memeriksakan tekanan darahnya sendiri dirumah. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat mengonsumsi obat antihipertensi yang diberikan oleh dokter yaitu amlodipine 10 mg namun sejak 1 bulan terakhir pasien tidak rutin mengonsumsi obatnya karena merasa tekanan darahnya sudah dalam batas normal.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluhan Utama : Penurunan kesadaran

Riwayat Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan awalnya pasien merasa biasa saja dan akan tidur malam sekitar pukul 23.50 WITA. Lalu ketika akan akan tertidur sekitar pukul 00.01 pasien tiba-tiba merasa lemah pada sisi tubuh sebelah kanan dan lama-kelamaan dirinya tidak dapat berbicara jelas serta mengalami penurunan kesadaran sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke IGD RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar untuk melakukan pemeriksaan. Setelah mendapatkan penanganan di IGD, pasien lalu dipindahkan ke ruang ICU pada tanggal 5 Januari 2026 pukul 01.10 WITA.

Pada saat pengkajian di ICU, keadan umum pasien tampak lemah dengan tingkat kesadaran somnolen, GCS E2V2M3. Pasien tampak sesak dengan hasil pemeriksaan fisik: tekanan darah 160/90 mmHg, N: 52x/menit, pernapasan: 24x/menit, suhu: 36,5°C, SPO2: 97%. GDP: 108 mg/dl. Tampak terpasang infus RL 20 tetes/menit dan tampak terpasang O₂ nasal kanul 5 liter/menit, tampak terpasang *folley kateter* ukuran 16, tampak terpasang NGT ukuran 16.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

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

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan dalam keluarga memiliki riwayat penyakit jantung dan hipertensi.

5) Pemeriksaan Fisik

- a) Kebersihan rambut : Tampak bersih dan lepek
- b) Kebersihan kulit kepala : Tampak kulit kepala bersih
- c) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih tidak ada lesi

- d) Hygiene rongga mulut : Tampak kotor dan berbau
- e) Kebersihan genetalia : Tampak bersih dan tidak ada lesi
- f) Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien makan 2-3x sehari dengan porsi yang sedang dengan menu seperti nasi sayur ikan, ayam, dan sesekali masih mengkonsumsi daging sapi dan yang lainnya. Keluarga mengatakan pasien lebih suka makan ikan dari pada tempe tahu ataupun ayam. Keluarga mengatakan pasien minum air putih sekitar 5-7 gelas sehari dan pasien sering mengkonsumsi kopi hitam 2 gelas sehari.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien makan melalui NGT secara teratur 2x sehari dengan menu bubur saring 150 cc bilas air putih 50 cc. Dan pasien juga diberikan susu 1x sehari 100 cc bilas air putih 30 cc.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang NGT No.16. Hasil observasi cairan lambung: residu ± 20 cc, warna kehijauan jernih, bau asam khas, tidak terdapat darah atau partikel makanan. Tampak terpasang infus RL 500cc 20 tpm.

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan rambut : Tampak beruban dan berketombe
- b) Hidrasi kulit : Tampak kembali dalam 3 detik
- c) Palpebrae/conjungtiva : Tampak palpebrae tidak edema dan conjungtiva tidak anemis
- d) Sclera : Tampak tidak ikterik

- e) Hidung : Tampak septum berada di tengah, tampak tidak ada sekret atau lesi maupun pendarahan pada hidung, tampak ada bulu hidung
- f) Rongga mulut : Tampak bibir pasien kering dan mulut pasien agak berbau
- g) Gigi : Tampak gigi sedikit berwarna kuning, tampak ada karang gigi, dan tidak lengkap
- h) Kemampuan mengunyah keras : Tampak tidak mampu mengunyah
- i) Lidah : Tampak kotor
- j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
- k) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
- l) Abdomen
 - (1) Inspeksi : Tampak tidak acites
 - (2) Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 11x/menit
 - (3) Palpasi : Tidak terada adanya massa atau nyeri tekan
 - (4) Perkusi : Terdengar bunyi tympani
- m) Kulit
 - (1) Edema : Tidak ada
 - (2) Ikterik : Tidak ada
 - (3) Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda-tanda radang radang

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning coklat dan BAK $\pm 6x$ sehari dengan warna urine kuning jernih.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien belum BAB selama 1 hari dirawat di RS, tampak BAK pasien 800CC melalui kateter warna kuning jernih

3) Observasi

Tampak pasien terpasang folley kateter ukuran 16. Produksi urine ada dengan jumlah $\pm 1200cc/24jam$ dan berwarna kuning jernih.

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Peristaltik usus : 11x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : Tidak teraba distensi kandung kemih
- c) Nyeri ketuk ginjal : Tidak ada nyeri ketuk ginjal
- d) Mulut uretra : Tampak bersih
- e) Anus
 - (1) Peradangan : Tampak tidak terdapat tanda-tanda peradangan
 - (2) Hemoroid : Tampak tidak terdapat hemoroid
 - (3) Fistula : Tidak ada

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sebelum pensiun bekerja di TVRI, dan sudah 1 tahun lebih pensiun. Keluarga mengatakan selama pensiun pasien hanya dirumah mengurus ternak bebek dan ayam dan itu yang dijadikan sebagai olahraga ringannya setiap hari.

2) Keadan Sejak Sakit

Pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur. Semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien hanya ditempat tidur.

a) Aktivitas harian

(1) Makan	:	2
(2) Mandi	:	4
(3) Pakaian	:	4
(4) Kerapihan	:	4
(5) Buang air besar	:	4
(6) Buang air kecil	:	4
(7) Mobilisasi di	:	4

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

tempat tidur

- b) Postur tubuh : Tampak normal
- c) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- d) Gaya jalan : Tidak dapat dikaji
- e) Fiksasi : Tidak ada
- f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan Fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 160/90 mmHg

b) HR : 52x/menit

c) Kulit

(1) Keringat dingin : Tidak ada

(2) Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH₂O

Kesimpulan : Tidak terjadi peningkatan JVP

- e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali < 2 detik
- f) Thorax dan pernapasan
 - (1) Inspeksi
 - Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan
 - Retraksi interkostal : Tidak ada
 - Sianosis : Tampak tidak ada sianosis
 - Stridor : Tidak terdengar
 - (2) Palpasi
 - Vokal premitus : Tidak dapat dikaji
 - Krepitasi : Tidak teraba krepitasi
 - (3) Perkusi
 - Suara perkusi : Sonor
 - Lokasi : Kedua lapang paru
 - (4) Auskultasi
 - Suara napas : Vesikuler
 - Suara ucapan : Tidak dapat dikaji
 - Suara tambahan : Terdengar suara ronkhi
- g) Jantung
 - (1) Inspeksi
 - Ictus cordis : Tidak tampak
 - (2) Palpasi
 - Ictus cordis : Getaran dirasakan pada ICS 5 media clavicularis sinistra
 - (3) Perkusi
 - Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis dextra
 - Batas kiri jantung : ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

(4) Auskultasi

BJ II A	: Tunggal ICS 2 line sternalis dextra
BJ II P	: Tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra
BJ I T	: Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra
BJ I M	: Tunggal ICS 5 linea midclavikularis sinistra
BJ irama gallop	: Tidak terdengar
Murmur	: Tidak terdengar
Bruit aorta	: Tidak ada
Arteri renalis	: Tidak terdengar
Arteri femoralis	: Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkari

(1) Atrofi otot : Negatif

(2) Rentang gerak

Kaku sendi	: Tidak ada
Nyeri sendi	: Tidak ada
Fraktur	: Tidak ada
Parese	: Tampak pada sisi tubuh sebelah kanan

Uji kekuatan otot	:	Kanan	Kiri
Tangan		0	1
Kaki		0	1

Keterangan

Nilai 5 : Kekuatan penuh

- | | | |
|---------|---|--|
| Nilai 4 | : | Kekuatan kurang dibandingkan yang lain |
| Nilai 3 | : | Mampu menahan gerak tapi tidak mampu melawan tekanan |
| Nilai 2 | : | Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh |
| Nilai 1 | : | Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan |
| Nilai 0 | : | Tidak ada kekuatan otot, tidak mampu bergerak |
- (3) Refleks fisiologis
- | | | |
|-------|---|--|
| Kanan | : | Biceps (-), Triceps (-), Patella (-), Achilles (-) |
| Kiri | : | Biceps (+), Triceps (+), Patella (+), Achilles (+) |
- (4) Refleks patologis
- Babinski
- | | | |
|-------|---|---------|
| Kiri | : | Negatif |
| Kanan | : | Positif |
- (5) Clubbing jari-jari : Tidak ada
- (6) Varises tungkai : Tidak ada
- i) Columna vertebralis
- | | | |
|----------------|---|----------------------|
| (1) Inspeksi | : | Tidak dapat dikaji |
| (2) Palpasi | : | Tidak dapat dikaji |
| (3) Kaku kuduk | : | Tidak ada kaku kuduk |

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan waktu tidur malam pasien 7-8 jam dan tidur siang 1-2 jam. Keluarga mengatakan pasien tidak pernah

mengonsumsi obat tidur. Sebelum tidur pasien nonton TV dengan keluarga dan pasien senang jika tidur dengan suasana gelap.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien hanya terbaring ditempat tidur, dan lebih sering tertidur.

3) Observasi

Tampak pasien cenderung tidur.

Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Banyak menguap : Negatif

Palpebrae inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata dan alat pendengaran. Pasien juga tidak mengalami kesulitan dalam memahami atau mempelajari sesuatu. Selain itu, tidak terdapat gangguan pada fungsi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, maupun perabaan, serta daya ingat pasien masih dalam kondisi baik.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan maupun pendengaran. Namun, penglihatan pasien mulai kabur, sementara fungsi pendengaran masih baik. Pasien mengalami kelemahan fisik, dengan lengan dan tungkai kanan sulit digerakkan. Saat ini pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur, dan seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga serta perawat.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan. Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Penglihatan

Kornea : Tampak jernih
 Pupil : Isokor
 Lensa mata : Tampak jernih
 Tekanan intra okuler : Teraba sama pada kedua mata

b) Pendengaran

Pina : Tampak simetris antara kiri dan kanan
 Kanalis : Kanalis bersih, dan tidak terdapat pus/serumen
 Membran timpani : Tampak memantul cahaya politzer

c) Pengenalan pada gerakan lengan dan tungkai

Tampak gerakan ekstensi saat pasien diberikan rangsangan nyeri

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien selalu ceria, dan merasa bangga dengan dirinya, suka berbaur dengan orang lain, bersemangat, dan cerewet kalau dirumah.

2) Keadaan Sejak Sakit

Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran

3) Observasi

Tampak pasien penurunan kesadaran

a) Kontak mata : Tidak ada

- b) Rentang perhatian : Tidak ada
- c) Suara dan cara bicara : Tidak dapat dikaji
- d) Postur tubuh : Tidak dapat dikaji

4) Pemeriksaan Fisik

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

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama istri dan anaknya. Pasien berperan sebagai kepala keluarga sekaligus suami dan ayah untuk istri dan anak-anaknya. Hubungan pasien dengan keluarga serta lingkungan sekitar terjalin baik dan sangat harmonis. Pasien dikenal aktif bersosialisasi dengan tetangga, sering mengikuti kegiatan masyarakat seperti kerja bakti dan kegiatan sosial lainnya yang ada di masyarakat, serta merasa senang dapat berpartisipasi. Selain itu, pasien juga kerap berkunjung ke rumah sahabat dan anaknya.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan mereka merasa sedih, cemas dan ingin pasien segera sembuh dan selalu mendukung semua proses pengobatan pasien. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien rutin dikunjungi oleh keluarga dan sahabatnya serta tetangga di sekitar rumah pasien.

3) Observasi

Tampak pasien didampingi anak-anaknya, dijenguk oleh keluarga dan kerabat lainnya.

i. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan terkadang pasien merasa marah jika ada anggota keluarga yang membuat kesalahan dan merasa cemas dan sedih jika mengalami kegagalan dan apabila pasien sedang cemas, marah, sedih atau mengalami stress dan gelisah, pasien selalu bercerita dengan istri maupun anak-anaknya dan jika ada masalah akan mencoba mengatasi dengan kepala dingin dan tenang agar tidak salah dalam mengambil keputusan.

2) Keadaan Sejak Sakit

Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran.

j. Pola Reproduksi dan Seksual

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan seorang laki-laki. Pasien memiliki 2 orang anak yang sudah berumah tangga. Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki masalah ataupun gangguan reproduksi seperti impotensi ataupun penyakit menular seksual dan tidak memiliki penyimpangan seksual.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan tidak ada masalah dibagian organ reproduksinya semenjak sakit.

3) Observasi

Tampak tidak ada perilaku penyimpangan seksual dan tampak bagian genitalia bersih, tidak ada tanda-tanda peradangan, tidak ada lesi.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama Islam dan percaya bahwa segala sesuatu yang diterima dan dihadapi adalah anugerah dari Allah SWT dan keluarga serta pasien menerapkan tata nilai kehidupannya berdasarkan ketentuan agama yang dianutnya sebagai pedoman dalam menjalani kehidupan. Keluarga mengatakan pasien rajin beribadah ke masjid, setiap hari sholat 5 waktu, mengaji dan rajin mengikuti kegiatan keagamaan.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak beribadah dikarenakan kondisinya yang lemah. Sejak sakit pasien hanya didoakan oleh keluarga dan dibacakan alquran di samping pasien.

3) Observasi

Tampak keluarga sering mendoakan pasien di samping tempat tidur pasien dan tampak keluarga mendengarkan lagu sholawat melalui youtube di samping pasien.

l. Uji Saraf Kranial

1) Nervus III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducens)

Tampak pupil isokor (kiri dan kanan diameter 2,5 cm) dan reaksi pupil melambat.

m. Pemeriksaan Penunjang: (Meliputi Pemeriksaan Lab, CT Scan, Elektrokardiogram)

1) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
DARAH RUTIN			
HGB	13,7	g/dL	P: 12-16, L: 13-18
RBC	3,95	juta/ μ L	P: 4,0-5,2, L: 4,5-5,9
HCT	38,1	%	P: 36-46, L: 41-53
PLT	20,1	$10^4/\mu$ L	15–45 $\times 10^4/\mu$ L

WBC	11,27	$10^3/\mu\text{L}$	$4,0-10,0 \times 10^3/\mu\text{L}$
Neut%	85,8	%	50-70%
Lymph%	9,6	%	20-40%
ELEKTROLIT			
Natrium (Na)	139	mmol/L	136-145
Kalium (K)	4,5	mmol/L	3,5-5,1
Klorida (Cl)	104	mmol/L	98-106

2) Pemeriksaan CT-Scan Kepala

Kesan:

- Infark corona radiata kiri dan nucleus lentiformis kanan
- Brain atrofi

3) Pemeriksaan Elektrokardiogram

Hasil: Sinus bradikardia dengan AV block derajat 1

4) Terapi

- a) Citicolin 500mg/12jam/intravena
- b) Mecobalamine 500mcg/24jam/intravena
- c) Clopidogrel 75 mg/24 jam/NGT
- d) Amlodipine 10mg/8jam/NGT
- e) Omeprazole 40mg/12jam/intravena
- f) Atropin Sulfat 1mg/intravena
- g) Farbivent 2,5ml/8jam/inhalasi

5) Diagnosis Sekunder

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular

C. Analisa Data

Nama/Umur : Tn. Muh A/64 tahun

Ruang : ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun lalu - Keluarga pasien mengatakan sejak 1 bulan lalu pasien tidak rutin mengonsumsi obat amlodipine 10 mg - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak dari rumah - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami lemah tubuh sebelah kanan dan tidak dapat berbicara dengan jelas Data Objektif: - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 7 (E2V2M3)	Hipertensi	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

	- Tekanan darah: 160/90 mmHg - Nadi: 52x/menit - Hasil CT Scan Kepala: Kesan: Infark corona radiata kiri, brain atrofi		
2.	Data Subjektif: - Data Objektif: - Hasil EKG Kesan: Sinus rhytem dengan AV block derajat 1 - HR: 52x/menit	Perubahan irama jantung	Resiko Penurunan Curah Jantung
3.	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan sekitar 1 minggu yang lalu pasien mengalami batuk berlendir Data Objektif: - Tampak pasien sesak - Terdengar suara napas tambahan ronkhi di kedua lapang paru - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna hijau) - Observasi TTV: P: 24x/menit SPO₂ : 97%	Sekresi yang tertahan	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

4.	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat - Keluarga pasien mengatakan pasien terbaring lemah di tempat tidur Data Objektif: - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak rambut pasien berketombe - Tampak lidah kotor dan mulut pasien agak berbau - Uji Kekuatan otot <table><tr><td></td><td>Kanan</td><td>Kiri</td></tr><tr><td>Tangan</td><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td>Kaki</td><td></td><td></td></tr></table> - Aktivitas harian Makan: 3 Mandi: 3 Pakaian: 4 Kerapian: 4 BAB : 4 BAK : 4 Mobilisasi di tempat tidur: 4		Kanan	Kiri	Tangan	0	1		0	1	Kaki			Gangguan neuromuskular	Defisit Perawatan Diri
	Kanan	Kiri													
Tangan	0	1													
	0	1													
Kaki															

D. Diagnosa Keperawatan

Nama/Umur : Tn. Muh A/64 tahun

Ruang : ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

No	Diagnosis Keperawatan
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)
2.	Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan irama jantung (D.0011)
3.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)
4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0109)

E. Perencanaan Keperawatan

Nama/Umur : Tn. Muh A/64 tahun

Ruang : ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			Meliputi: Observasi, Terapeutik, Edukasi, dan Kolaborasi
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017) Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki obatan yang rutin diminum yaitu amlodipine 10 mg - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: (L.01014) a. Tingkat kesadaran cukup meningkat b. Tekanan intrakranial cukup membaik c. Tekanan arteri rata-rata (MAP) cukup membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi a. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) b. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) c. Monitor status pernapasan d. Monitor intake dan output cairan Terapeutik: a. Berikan posisi semi fowler/elevasi kepala 30° b. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

	sadarkan diri sejak dari rumah - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami lemah tubuh sebelah kanan dan tidak dapat berbicara dengan jelas Data Objektif: - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 7 (E2V2M3) - Tekanan darah: 160/90 mmHg - Nadi: 52x/menit - Hasil CT Scan Kepala: Kesan: Infark corona radiata kiri, brain atrofi		Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat - Citicolin 500 mg/12 jam/IV - Mecobalamine 500 mcg/24 jam/iIV - Clopidogrel 75 mg/24 jam/NGT - Amlodipine 10 mg/8 jam/NGT
--	--	--	--

2.	Resiko penurunan curah jantung dibuktikan perubahan irama jantung (D.0011) Data Subjektif: - Data Objektif: - Hasil EKG Kesan: Sinus rhytem dengan AV block derajat 1 - HR: 52x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan curah jantung dengan kriteria hasil: (L.02008) a. Bradikardia membaik b. Gambaran EKG aritmia menurun	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi a. Monitor EKG 12 sadapan b. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) Terapeutik a. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman b. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat Atropin Sulfat 1 mg/IV (jika HR < 50)
----	---	--	--

3.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D.0001) Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan sekitar 1 minggu yang lalu pasien mengalami batuk berlendir Data Objektif: - Tampak pasien sesak - Terdengar suara napas tambahan ronkhi di kedua lapang paru - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna hijau) - Observasi TTV: P: 24x/menit SPO₂ : 97%	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: (L.01001) a. Produksi sputum cukup menurun b. Dispnea cukup menurun c. Kesulitan berbicara cukup menurun d. Frekuensi napas membaik e. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi a. Monitor bunyi napas tambahan b. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik a. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik b. Berikan oksigen (nasal kanul 5 liter/menit) Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian mukolitik Farbivent 2,5 ml/8 jam/inhalasi
----	--	---	---

4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0109) Data Subjektif: - Data Objektif: - Uji Kekuatan otot <table><thead><tr><th></th><th>Kanan</th><th>Kiri</th></tr></thead><tbody><tr><td>Tangan</td><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>0</td><td>1</td></tr></tbody></table> - Aktivitas harian Makan: 3 Mandi: 3 Pakaian: 4 Kerapian: 4 BAB : 4 BAK : 4 Mobilisasi di tempat tidur: 4		Kanan	Kiri	Tangan	0	1	Kaki	0	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: (L.11103) a. Kemampuan mandi cukup meningkat b. Kemampuan makan cukup meningkat c. Mempertahankan kebersihan tubuh cukup meningkat d. Mempertahankan kebersihan mulut cukup meningkat	Dukungan Perawatan Diri: Mandi (I.11352) Observasi: a. Monitor kebersihan tubuh b. Monitor integritas kulit Terapeutik a. Fasilitasi menggosok gigi b. Fasilitasi mandi Edukasi a. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11352) Observasi a. Monitor kemampuan menelan Terapeutik a. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum b. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (diberikan makan/minum melalui NGT)
	Kanan	Kiri										
Tangan	0	1										
Kaki	0	1										

F. Implementasi Keperawatan

Nama/Umur : Tn. Muh A/64 tahun

Ruang : ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

Tanggal	Dx	Waktu	Tindakan Keperawatan	Nama Perawat
05/01/2026	I	07.20	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD : 160/90 mmHg N : 52x/menit P: 24x/menit S: 36,5 ⁰ C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 7 (E: 2, V: 2, M: 3)	Lusius & Maria
	I		Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) Hasil: MAP 113 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	Lusius & Maria
	I	07.25	Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak pasien sesak dengan saturasi oksigen 97%	Lusius & Maria
	III		Memberikan oksigen via nasal kanul 5 liter/menit Hasil: Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit dan saturasi 97%	Lusius & Maria

	III	07.50	Memberikan terapi mukolitik (Farbivent 2,5ml) Hasil: Tampak sputum encer berwarna putih kehijauan	Lusius & Maria
	IV	08.00	Memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) Hasil: Tampak rambut, mulut, dan gigi pasien kotor	Lusius & Maria
	IV		Memonitor integritas kulit Hasil: Tampak kulit pasien kotor, kering, dan bersisik	Lusius & Maria
	IV		Memfasilitasi mandi dan menggosok gigi Hasil: Tampak pasien dimandikan. Tampak pasien cukup bersih setelah dimandikan	Lusius & Maria
	IV		Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien Hasil: Tampak keluarga memahami penjelasan yang disampaikan	Lusius & Maria
	III	08.50	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas ronkhi	Lusius & Maria
	III		Memonitor sputum Hasil: Tampak sputum encer dan berwarna putih kehijauan	Lusius & Maria

	III	09.05	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Lusius & Maria
	I	09.10	Memberikan posisi elevasi kepala 30° pada pasien di tempat tidur Hasil: Saturasi oksigen meningkat dari 97% menjadi 98%	Lusius & Maria
	II	10.25	Memonitor EKG 12 sadapan Hasil: Sinus bradikardi dengan AV block	Lusius & Maria
	II		Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) Hasil: HR: 52x/menit (bradikardia) Irama: Irregular	Lusius & Maria
	IV	11.40	Memonitor kemampuan menelan Hasil: Tampak pasien mengalami kesulitan menelan sehingga dipasang selang NGT	Lusius & Maria
	IV		Mengatur posisi yang nyaman untuk pasien makan/minum Hasil: Memberikan posisi elevasi kepala 30°	Lusius & Maria

	IV	11.45	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Lusius & Maria
	I		Melakukan pemberian obat - Amlodipine 10mg via NGT	Lusius & Maria
	I	11.55	Melakukan pemberian obat - Citicolin 500mg - Mecobalamine 500mcg	Lusius & Maria
	I	12.30	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Pengunjung dibatasi minimal 2 orang	Lusius & Maria
	I	13.10	Memonitor tanda dan gejala TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 152/87 N: 57x/menit P: 21x/menit S: 36,9° C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 7 (E: 2, V: 2, M: 3)	Lusius & Maria
	I	13.20	Memonitor output Hasil: Tampak urin berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 600cc/8jam	Lusius & Maria

	I	13.50	Memonitor dan dokumentasikan intake – output pasien Hasil: Intake - RL 500 cc - Bubur saring 150 cc - Air putih 50 cc Total Intake: 700 cc Output - Urin 600 cc - IWL: $(15 \times 60) / 24 = 37,5 \times 8$ = 300 cc/8jam Total output: 900 cc Intake – Output = 700 – 900 = -200cc/8jam	Lusius & Maria
	I	14.15	Memberikan dan mempertahankan posisi elevasi kepala 30° pada pasien di tempat tidur Hasil: Tampak pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30°	Lidwin
	III	14.45	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas ronkhi	Lidwin
	III		Memonitor sputum Hasil: Tampak sputum encer dan berwarna putih kehijauan	Nita
	III	15.50	Memberikan terapi mukolitik (Farbivent 2,5ml) Hasil: Tampak sputum encer berwarna putih	Perawat

	III		Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Perawat
	IV	17.50	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Meli
	I		Melakukan pemberian obat -Amlodipine 10mg via NGT -Clopidogrel 75mg via NGT	Perawat
	I	20.00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 148/80 mmHg N: 56x/menit P: 19x/menit S: 36,7° C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 7 (E: 2, V: 2, M: 3)	Lidwin
	I	21.10	Memberikan dan mempertahankan posisi elevasi kepala 30° pada pasien di tempat tidur Hasil: Tampak pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30°	Modes

	III	21.15	Memberikan terapi oksigen Hasil: Tampak terpadang nasal kanul 5 liter/menit	Modes
	III	22.10	Memberikan terapi mukolitik (Farbivent 2,5ml) Hasil: Tampak sputum encer berwarna putih	Perawat
	III		Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Perawat
	I	00.00	Melakukan pemberian obat - Citicolin 500mg	Perawat
	III	03.50	Melakukan pemberian obat - Omeprazole 40mg	Perawat
	I	05.50	Memonitor output Hasil: Tampak urin berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 1.200cc/12jam	Modes
	I	06.00	Memonitor dan dokumentasikan intake – output pasien Hasil: Intake - RL 750 cc - Bubur saring 150 cc - Air putih 50 cc Total Intake: 950 cc Output - Urin 1.200 cc	Perawat

			- IWL: $(15 \times 60) / 24 = 37,5 \times 12$ $= 450 \text{ cc} / 12 \text{ jam}$ Total Output: 1.650 cc Intake – Output $= 950 - 1.650$ $= -700 \text{ cc} / 12 \text{ jam}$	
	I	06.10	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD : 152/106 mmHg N : 57x/menit P: 21x/menit S: 36,9⁰ C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 7 (E: 2, V: 2, M: 3)	Nita
06/01/2026	III	07.50	Memberikan terapi mukolitik (Farbivent 2,5ml) Hasil: Tampak sputum encer berwarna putih kehijauan	Perawat
	IV	08.00	Memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) Hasil: Tampak rambut, mulut, dan gigi pasien kotor	Lidwin
	IV		Memonitor integritas kulit Hasil: Tampak kulit pasien kotor, kering, dan bersisik	Lidwin

	IV		Memfasilitasi mandi dan menggosok gigi Hasil: Tampak pasien dimandikan. Tampak pasien cukup bersih setelah dimandikan	Lidwin
	IV	08.50	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas ronkhi	Nita
	III		Memonitor sputum Hasil: Tampak sputum encer dan berwarna putih kehijauan	Nita
	III	09.05	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Perawat
	I	09.15	Memberikan dan mempertahankan posisi elevasi kepala 30° pada pasien di tempat tidur Hasil: Tampak pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30°	Jesika
	IV	11.45	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Lidwin
	I		Melakukan pemberian obat - Amlodipine 10mg via NGT	Perawat

	I	11.55	Melakukan pemberian obat - Citicolin 500mg - Mecobalamine 500mcg	Perawat
	I	12.30	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Pengunjung dibatasi minimal 2 orang	Lidwin
	I	14.10	Memonitor tanda dan gejala TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 148/78 mmHg N: 45x/menit P: 17x/menit S: 36,9° C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 7 (E: 2, V: 2, M: 3)	Lusius & Maria
	II	14.20	Memonitor EKG 12 sadapan Hasil: Sinus bradikardi dengan AV block	Lusius & Maria
	II		Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) Hasil: HR: 45x/menit (bradikardia) Irama: Irreguler	Lusius & Maria
	II	14.25	Melakukan pemberian obat - Atropin Sulfat 1mg	Lusius & Maria

			Nadi meningkat menjadi 82x/menit	
	I	14.30	Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) Hasil: MAP 101 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	Lusius & Maria
	I	14.35	Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak pasien masih sesak dengan saturasi oksigen 98%	Lusius & Maria
	I		Memberikan posisi elevasi kepala 30° pada pasien di tempat tidur Hasil Saturasi oksigen pasien meningkat menjadi 99%	Lusius & Maria
	I	15.30	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Membatasi pengunjung minimal 2 orang	Lusius & Maria
	III	15.50	Memberikan terapi mukolitik (Farbivent 2,5ml) Hasil: Tampak sputum encer berwarna putih	Lusius & Maria
	III		Melakukan pemberian obat - Omeprazole 40mg	Lusius & Maria

	III	16.20	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas ronkhi	Lusius & Maria
	III		Memonitor sputum Hasil: Tampak sputum encer dan berwarna putih kehijauan	Lusius & Maria
	III	16.25	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Lusius & Maria
	IV	16.40	Memberikan bantuan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan susu 100cc, 30 cc air putih	Lusius & Maria
	IV	17.50	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Lusius & Maria
	I		Melakukan pemberian obat Hasil: -Amlodipine 10mg via NGT -Clopidogrel 75mg via NGT	Lusius & Maria
	I	18.00	Memonitor output Hasil: Tampak urin berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 1.080cc/12jam	Lusius & Maria

	I	18.20	Memonitor dan dokumentasi intake-output pasien Hasil: Intake - RL 800 cc - Susu 100 cc - Bubur saring 300 cc - Air putih 130 cc Total Intake: 1.330 cc Output - Urin 1.080 cc - IWL: $(15 \times 60) / 24 = 37,5 \times 12 = 450 \text{ cc/12jam}$ Total Output: 1.150cc Intake – Output = 1.330 – 1.550 = -200cc/12jam	Lusius & Maria
	I	20.10	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 140/80 mmHG N: 62x/menit P: 17x/menit S: 36,5° C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 7 (E: 2, V: 2, M: 3)	Lusius & Maria
	I	21.10	Memberikan dan mempertahankan posisi elevasi kepala 30° pada pasien di tempat tidur Hasil: Tampak pasien diberikan posisi	Modes

			<i>head up 30°</i>	
	III	21.15	Memberikan terapi oksigen Hasil: Tampak terpadang nasal kanul 5 liter/menit	Modes
	III	22.10	Memberikan terapi mukolitik (Farbivent 2,5ml) Hasil: Tampak sputum encer berwarna putih	Perawat
	III		Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Perawat
	I	00.00	Melakukan pemberian obat - Citicolin 500mg	Perawat
	III	03.50	Melakukan pemberian obat - Omeprazole 40mg	Perawat
	I	05.50	Memonitor output Hasil: Tampak urin berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 450cc/12jam	Modes
	I	06.00	Memonitor dan dokumentasikan intake – output pasien Hasil: Intake - RL 750 cc Total Intake: 750 cc Output - Urin 450 cc	Perawat

			- IWL: $(15 \times 60) / 24 = 37,5 \times 12$ = 450 cc/12jam Total Output: 900 cc Intake – Output = 750 – 900 = -150cc/12jam	
07/01/2026	I	07.10	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD : 140/85 mmHg N : 58x/menit P: 16x/menit S: 36,5 ⁰ C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 7 (E: 2, V: 2, M: 3)	Nita
	III	07.50	Memberikan terapi mukolitik (Farbivent 2,5ml) Hasil: Tampak sputum encer berwarna putih kehijauan	Perawat
	IV	08.00	Memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) Hasil: Tampak rambut, mulut, dan gigi pasien kotor	Lidwin
	IV		Memonitor integritas kulit Hasil: Tampak kulit pasien kotor, kering, dan bersisik	Lidwin

	IV		Memfasilitasi mandi dan menggosok gigi Hasil: Tampak pasien dimandikan. Tampak pasien cukup bersih setelah dimandikan	Lidwin
	IV	08.50	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas ronkhi	Nita
	III		Memonitor sputum Hasil: Tampak sputum encer dan berwarna putih kehijauan	Nita
	III	09.05	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Perawat
	I	09.15	Memberikan dan mempertahankan posisi elevasi kepala 30° pada pasien di tempat tidur Hasil: Tampak pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30°	Jesika
	IV	11.45	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Lidwin
	I		Melakukan pemberian obat - Amlodipine 10mg via NGT	Perawat

	I	11.55	Melakukan pemberian obat - Citicolin 500mg - Mecobalamine 500mcg	Perawat
	I	12.30	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Pengunjung dibatasi minimal 2 orang	Lidwin
	I	14.15	Memonitor tanda dan gejala TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 140/90 N: 57x/menit P: 19x/menit S: 36,9° C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	Lusius & Maria
	II	14.30	Memonitor EKG 12 sadapan Hasil: Sinus bradikardi dengan AV block	Lusius & Maria
	II		Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) Hasil: HR: 57x/menit (bradikardia) Irama: Irreguler	Lusius & Maria
	I	14.45	Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) Hasil:	Lusius & Maria

			MAP 104 mmHg Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai	
	I	14.50	Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak sesak pasien berkurang dengan saturasi oksigen 98%	Lusius & Maria
	I		Memberikan posisi elevasi kepala 30° pada pasien di tempat tidur Hasil: Saturasi oksigen pasien meningkat menjadi 99%	Lusius & Maria
	I	15.30	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Membatasi pengunjung minimal 2 orang	Lusius & Maria
	III	15.50	Memberikan terapi mukolitik (Farbivent 2,5ml) Hasil: Tampak sputum encer berwarna putih	Lusius & Maria
	III		Melakukan pemberian obat - Omeprazole 40mg	Lusius & Maria
	III	16.20	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas ronkhi	Lusius & Maria
	III		Memonitor sputum Hasil:	Lusius & Maria

			Tampak sputum encer dan berwarna putih kehijauan	
	III	16.25	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Lusius & Maria
	IV	16.40	Memberikan bantuan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan susu 100cc, 30 cc air putih	Lusius & Maria
	IV	17.50	Memberikan bantuan makan dan minum melalui NGT Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 150 cc, 50 cc air putih	Lusius & Maria
	I		Melakukan pemberian obat -Amlodipine 10mg via NGT -Clopidogrel 75mg via NGT	Lusius & Maria
	I	18.00	Memonitor output Hasil: Tampak urin berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 1.000cc/8jam	Lusius & Maria
	I	18.10	Memonitor dan dokumentasi intake-output pasien Hasil: Intake - RL 800 cc - Susu 100 cc - Bubur saring 300 cc - Air putih 130 cc	Lusius & Maria

			Total Intake: 1.330 cc Output - Urin 1.000 cc - IWL: $(15 \times 60) / 24 = 37,5 \times 12$ = 450 cc/12jam Total Output: 1.450cc Intake – Output = 1.330 – 1.450 = -120cc/12jam	
I	20.10	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 145/90 mmHG N: 54x/menit P: 18x/menit S; 36,7° C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	Lusius & Maria	
I	21.10	Memberikan dan mempertahankan posisi elevasi kepala 30° pada pasien di tempat tidur Hasil: Tampak pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30°	Meli	
III	21.15	Memberikan terapi oksigen Hasil: Tampak terpadang nasal kanul 5 liter/menit	Meli	

	III	22.10	Memberikan terapi mukolitik (Farbivent 2,5ml) Hasil: Tampak sputum encer berwarna putih	Perawat
	III		Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Telah dilakukan suction dan tampak sputum kental berwarna putih kehijauan	Perawat
	I	00.00	Melakukan pemberian obat - Citicolin 500mg	Perawat
	III	03.50	Melakukan pemberian obat - Omeprazole 40mg	Perawat
	I	05.50	Memonitor output Hasil: Tampak urin berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 800cc/12jam	Perawat
	I	06.00	Memonitor dan dokumentasikan intake – output pasien Hasil: Intake - RL 800 cc Total Intake: 800 cc Output - Urin 700 cc - IWL: $(15 \times 60) / 24 = 37,5 \times 12 = 450$ cc/12jam Total Output: 1.150 cc Intake – Output = 800 – 1.150 = -350cc/12jam	Perawat

	I	06.30	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. TD meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun, pola napas) Hasil: TD: 133/89 mmHG N: 62x/menit P: 19x/menit S; 36,7° C Tampak kesadaran menurun dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4)	Meli
--	---	-------	--	------

G. Evaluasi Keperawatan

Nama : Tn. Muh. A/64 tahun

Ruang : ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
05/01/2026	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d. Hipertensi S : - O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS - Kualitatif: Somnolen - Kuantitatif: 7 (E: 2, V: 2, M: 3) - Tampak pasien masih sesak dengan saturasi 98% - Hasil observasi TTV - TD : 152/106 mmHg - N : 57x/menit - P : 21x/menit - S : 36,5° C - Intake – Output pasien = -700cc/12jam A : Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Resiko Penurunan Curah Jantung d.d. Perubahan Irama Jantung S : - O : - Tampak pasien mengalami perubahan irama jantung - EKG Kesan: Sinus bradikardia dengan AV block derajat 1 - HR: 52x/menit A : Resiko penurunan curah jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Lusius & Maria

	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif b.d. Sekresi Yang Tertahan S : - O : - Tampak pasien masih sesak - Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna putih kehijauan) - Pernapasan: 21x/menit - Saturasi oksigen: 98% A : Bersihkan jalan napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Defisit Perawatan Diri b.d. Gangguan Neuromuskular S : - O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien cukup bersih setelah dimandikan - Tampak gigi dan mulut pasien cukup bersih - Tampak kulit pasien bersih diberikan bantuan makan/minum melalui NGT A : Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
06/01/2026	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d. Hipertensi S : - O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 7 (E: 2, V: 2, M: 3)	Lusius & Maria

	- Tampak pasien masih sesak dengan saturasi 99% - Hasil observasi TTV TD : 140/80 mmHg N : 62x/menit P : 17x/menit S : 36,5° C Intake – Output pasien = -150cc/8jam A : Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Resiko Penurunan Curah Jantung d.d. Perubahan Irama Jantung S : - O : - Tampak pasien mengalami perubahan irama jantung - EKG Kesan: Sinus bradikardia dengan AV block - HR: 45x/menit A : Resiko penurunan curah jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif b.d. Hipersekresi Jalan Napas S : - O : - Tampak pasien masih sesak - Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna putih kehijauan) - Pernapasan: 17x/menit - Saturasi oksigen: 99% A : Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
--	--	--

	Defisit Perawatan Diri b.d. Gangguan Neuromuskular S : - O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien cukup bersih setelah dimandikan - Tampak gigi dan mulut pasien cukup bersih - Tampak kulit pasien bersih diberikan bantuan makan/minum melalui NGT A : Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
07/01/2026	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d. Hipertensi S : - O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS Kualitatif: Somnolen Kuantitatif: 9 (E: 3, V: 2, M: 4) - Tampak pasien masih sesak dengan saturasi 99% - Hasil observasi TTV TD : 133/89 mmHg N : 62x/menit P : 19x/menit S : 36,7° C Intake – Output pasien = -350cc/8jam A : Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Lusius & Maria

	Resiko Penurunan Curah Jantung d.d. Perubahan Irama Jantung S : - O : - Tampak pasien mengalami perubahan irama jantung - EKG Kesan: Sinus bradikardia dengan AV block - HR: 57x/menit A : Resiko penurunan curah jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif b.d. Hipersekresi Jalan Napas S : - O : - Tampak pasien masih sesak - Terdengar bunyi napas tambahan gurgling - Terdapat sputum yang berlebihan (encer dan berwarna putih kehijauan) - Pernapasan: 19x/menit - Saturasi oksigen: 99% A : Bersihkan jalan napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Defisit Perawatan Diri b.d. gangguan neuromuskular S : O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien cukup bersih setelah dimandikan - Tampak gigi dan mulut pasien cukup bersih	
--	--	--

	- Tampak kulit pasien bersih diberikan bantuan makan/minum melalui NGT A : Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
--	---	--

DAFTAR OBAT

A. Citicoline

1. Klasifikasi/golongan obat: Golongan obat Nootropik dan neurotonik atau neurotropik
Klasifikasi obat : Vitamin saraf
2. Dosis Umum: Dosis 500–1000 mg/hari
3. Dosis untuk pasien: 500mg/12jam/intravena
4. Cara pemberian obat: Intravena (IV)
5. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:
Obat ini berfungsi mencegah kerusakan otak (neuroproteksi) dan membantu pembentukan membran sel di otak (neurorepair). Citicoline memainkan peranan penting dalam perbaikan neuron dengan mendukung energi yang diproduksi di neuron. Hal ini pada gilirannya mendukung perbaikan dan pemeliharaan membran sel, pembentukan bahan kimia, dan propagasi impuls listrik. Semua ini sangat diperlukan untuk mendukung fungsi yang lebih luas dari otak seperti memori, motorik, fungsi kognitif, berpikir, dan proses pengambilan keputusan. Citicoline juga memiliki potensi untuk mengurangi kerusakan otak akut dan meningkatkan pemulihan fungsional pada model binatang yang stroke, bahkan ketika diberikan beberapa jam setelah kejadian iskemik.
6. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan: Pada Tn.M diberikan citicoline karena pasien mengalami kerusakan pada fungsi otak.
7. Kontraindikasi: Citicoline dikontraindikasikan bagi pasien dengan hypertonia system nervus parasimpatis.
8. Efek samping obat: Diare, mual, reaksi hipersensitivitas seperti ruam kulit, gangguan vaskular seperti sakit kepala, insomnia, serta perubahan tekanan darah sementara.

B. Mecobalamine

1. Klasifikasi/golongan obat: Vitamin neurotropik
2. Dosis Umum: 500 mcg sebanyak 1–3 kali per hari sesuai indikasi
3. Dosis untuk pasien: 500mg/24 jam/IV
4. Cara pemberian obat: Intravena (IV)
5. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:

Mecobalamin merupakan bentuk aktif dari Vitamin B12 yang bekerja langsung pada sistem saraf dan pembentukan sel darah. Mecobalamin meningkatkan sintesis mielin yaitu lapisan pelindung saraf sehingga mempercepat perbaikan saraf yang rusak. Mempercepat perbaikan akson dan jaringan saraf pada kerusakan akibat stroke, neuropati, atau cedera saraf. Membantu pembentukan DNA sehingga mendukung pembentukan sel baru termasuk sel darah merah. Fungsi mecobalamin yaitu untuk memperbaiki dan melindungi fungsi saraf (neurotropik), membantu pemulihan fungsi neurologis pada pasien stroke non hemoragik, mengurangi gejala neuropati seperti kesemutan, baal, atau nyeri saraf, membantu regenerasi saraf perifer dan saraf pusat.
6. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan: Untuk memperbaiki dan melindungi fungsi saraf (neurotropik), memperbaiki fungsi neurologis dan motorik.
7. Kontraindikasi: Hipersensitivitas atau alergi terhadap methylcobalamin/Vitamin B12.
8. Efek samping obat: Mual dan muntah, diare, sakit kepala.

C. Clopidogrel

1. Klasifikasi/golongan obat: Golongan Antiplatelet (anti agregasi trombosit).
2. Dosis Umum: 75 mg sekali sehari
3. Dosis untuk pasien: 75mg/24jam/oral
4. Cara pemberian obat: Oral (NGT)
5. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:

Clopidogrel bekerja dengan menghambat reseptor ADP tipe P2Y₁₂ pada permukaan trombosit, mencegah aktivasi glikoprotein IIb/IIIa, menghambat agregasi trombosit sehingga pembentukan bekuan darah (trombus) dapat dicegah. Fungsinya yaitu mencegah pembentukan bekuan darah pada pembuluh darah, mengurangi risiko stroke berulang, mencegah serangan jantung dan emboli.

6. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan: Untuk mencegah penyumbatan ulang pembuluh darah otak.
7. Kontraindikasi: Perdarahan aktif (misalnya perdarahan lambung atau perdarahan otak).
8. Efek samping obat: Perdarahan mudah (mimisan, gusi berdarah, memar), nyeri perut, diare, atau dispepsia

D. Amlodipine

1. Klasifikasi/golongan obat: Golongan Antihipertensi
2. Dosis Umum: 5–10 mg/hari
3. Dosis untuk pasien: 10mg/ 24jam/ oral
4. Cara pemberian obat: Oral (NGT)
5. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:
Amlodipine bekerja dengan menghambat masuknya ion kalsium ke otot polos pembuluh darah dan otot jantung melalui kanal kalsium tipe L, menyebabkan relaksasi otot polos pembuluh darah (vasodilatasi), menurunkan resistensi perifer sehingga tekanan darah menurun. Fungsi amlodipine yaitu untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi, meningkatkan aliran darah ke jantung dan otak, mencegah komplikasi hipertensi seperti stroke atau serangan jantung.
6. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan: Untuk menurunkan tekanan darah Tn. M.
7. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap amlodipine.
8. Efek samping obat: Edema perifer (bengkak kaki), sakit kepala, pusing.

E. Omeprazole

1. Klasifikasi/golongan obat: Golongan obat Antisekresi asam lambung dengan klasifikasi Proton Pump Inhibitor (PPI).
2. Dosis Umum: 20–40 mg/hari
3. Dosis untuk pasien: 40mg/ 12jam/ IV
4. Cara pemberian obat: Intravena
5. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:
Omeprazole bekerja dengan menghambat enzim H^+/K^+ ATPase (*proton pump*) pada sel parietal lambung, menghambat tahap akhir produksi asam lambung, menurunkan sekresi asam lambung secara kuat dan lama. Fungsi obat omeprazole yaitu untuk mengurangi produksi asam lambung, melindungi mukosa lambung dari iritasi atau luka, membantu penyembuhan gastritis dan tukak lambung.
6. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan: Untuk melindungi mukosa lambung dari iritasi dan mencegah perdarahan
7. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap omeprazole atau golongan PPI.
8. Efek samping obat: Sakit kepala, mual, muntah, diare atau konstipasi, nyeri perut atau kembung, pusing.

F. Atropin Sulfat

1. Klasifikasi/golongan obat: Golongan Antikolinergik (Antimuskarinik).
2. Dosis Umum: 0,5 mg IV setiap 3–5 menit bila perlu (maksimal 3 mg)
3. Dosis untuk pasien: 1mg/IV
4. Cara pemberian obat: Intravena (IV)
5. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:
Atropin bekerja dengan menghambat reseptor muskarinik asetilkolin pada organ target sistem parasimpatis, mengurangi aktivitas saraf vagus pada jantung, meningkatkan denyut jantung dan memperbaiki konduksi AV node, mengurangi sekresi saliva, bronkus, dan lambung. Fungsinya yaitu untuk meningkatkan denyut jantung pada

bradikardi, mengurangi sekresi saluran napas sebelum tindakan anestesi, antidotum pada keracunan organofosfat.

6. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan: Untuk meningkatkan denyut jantung pada Tn. M.
7. Kontraindikasi: Glaukoma sudut sempit, hipersensitivitas terhadap atropine, takikardi berat.
8. Efek samping obat: Mulut kering, takikardi (jantung berdebar), penglihatan kabur, retensi urin.

G. Farbivent

1. Klasifikasi/golongan obat: Bronkodilator kombinasi dengan klasifikasi Antikolinergik (Ipratropium bromide) dan Beta-2 agonis (Salbutamol).
2. Dosis Umum : 1 respule (2,5 ml) setiap 6–8 jam atau sesuai indikasi dokter
3. Dosis untuk pasien: 2,5 ml/8 jam/Nebu
4. Cara pemberian obat: Inhalasi (Nebulizer)
5. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat:

Farbivent merupakan kombinasi dua obat:

Ipratropium Bromide yang menghambat reseptor muskarinik pada otot polos bronkus dan mengurangi bronkokonstriksi akibat saraf parasimpatis.

Salbutamol merangsang reseptor beta-2 adrenergik pada bronkus dan menyebabkan relaksasi otot polos saluran napas (bronkodilatasi). Kombinasi ini bekerja lebih efektif membuka jalan napas. Fungsinya yaitu melebarkan saluran napas, mengurangi sesak napas, mengurangi wheezing atau mengi, membantu pengeluaran sekret paru

6. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan: Untuk melebarkan saluran napas serta mengeluarkan sekret yang tertahan di paru-paru.

7. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap ipratropium, salbutamol, atau atropin.
8. Efek samping obat: Tremor atau tangan gemetar, jantung berdebar (takikardi), mulut kering, sakit kepala atau pusing.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis membahas asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. M usia 64 tahun dengan diagnosa medis *Non Hemoragik Stroke* (NHS) yang dirawat di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar pada tanggal 5 Januari – 7 Januari 2026. Adapun pengambilan data melalui pendekatan keperawatan yaitu melalui pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

1. Pengkajian

- a. Pengkajian Primer (Meliputi Meliputi B-1/Breath, B-2/Blood, B-3/Brain, B-4/Bladder, B-5/Bowel dan B-6/Bone)

1) B1 (*Breath*)

Pada pengkajian B1 (*Breath*) didapatkan hasil pengkajian pasien tampak sesak dengan jumlah pernapasan 24x/menit dan SPO₂ 97%. Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru pasien dan terdapat sputum yang berlebihan (berwarna putih kehijauan, encer). Dari kondisi pasien ini, dapat disimpulkan bahwa sesak napas yang dialami pasien disebabkan oleh adanya penumpukan sekret pada saluran pernapasan. Penumpukan sekret tersebut mengakibatkan hambatan aliran udara sehingga ventilasi paru menjadi tidak efektif dan memunculkan bunyi napas tambahan berupa ronkhi. Kondisi ini sering terjadi pada pasien stroke, terutama pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran atau gangguan fungsi neurologis. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sumarni et al. (2024), yang menyatakan bahwa pasien stroke berisiko

mengalami gangguan bersihan jalan napas akibat adanya gangguan fungsi neurologis yang memengaruhi refleks batuk dan kemampuan otot pernapasan dalam mengeluarkan sekret. Gangguan tersebut menyebabkan sekret menumpuk pada saluran napas sehingga memunculkan gejala seperti ronchi, batuk produktif, suara gurgling, serta peningkatan frekuensi napas sebagai bentuk kompensasi tubuh terhadap hambatan ventilasi.

Selain temuan tersebut, secara teori pada pasien stroke juga dapat ditemukan tanda lain pada sistem pernapasan seperti suara napas snoring, penggunaan otot bantu napas, batuk, serta peningkatan frekuensi pernapasan yang disebabkan oleh penumpukan sekret dan menurunnya refleks batuk terutama pada pasien dengan penurunan tingkat kesadaran hingga koma. Namun pada pasien dalam kasus ini, beberapa tanda tersebut tidak ditemukan, seperti suara napas snoring dan penggunaan otot bantu napas yang jelas. Selain itu, pada pemeriksaan palpasi toraks juga tidak ditemukan ketidakseimbangan taktil fremitus antara sisi kanan dan kiri. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun pasien mengalami gangguan bersihan jalan napas akibat penumpukan sekret, kondisi ventilasi paru pasien masih relatif terkompensasi dengan baik (Yuniati & Susilo, 2025).

2) B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 (*Blood*) didapatkan hasil berupa peningkatan tekanan darah. Selain itu, didapatkan hasil pemeriksaan EKG menunjukkan sinus bradikardia dengan AV block derajat 1. Dari kondisi pasien ini, dapat disimpulkan bahwa perubahan hemodinamik yang dialami pasien kemungkinan berkaitan dengan gangguan regulasi sistem saraf otonom akibat stroke. Peningkatan tekanan darah

sering ditemukan pada fase akut stroke sebagai respon kompensasi tubuh untuk mempertahankan perfusi serebral agar suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak tetap terpenuhi. Namun demikian, gangguan pada pusat regulasi kardiovaskular di otak juga dapat mempengaruhi sistem konduksi jantung sehingga menimbulkan perubahan irama jantung seperti bradikardia maupun gangguan konduksi atrioventrikular.

Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Yang et al. (2024), yang menyatakan bahwa pasien stroke akut sering mengalami perubahan tekanan darah dan gangguan irama jantung akibat keterlibatan sistem saraf otonom dalam mengatur fungsi kardiovaskular. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa kerusakan jaringan otak dapat memengaruhi pusat pengaturan kardiovaskular sehingga menimbulkan perubahan tekanan darah serta gangguan konduksi listrik jantung yang terlihat pada pemeriksaan EKG, seperti bradikardia atau blok atrioventrikular.

Selain itu, gangguan konduksi seperti AV block derajat I terjadi akibat perlambatan transmisi impuls listrik melalui nodus atrioventrikular sehingga interval PR pada EKG menjadi lebih panjang dari normal. Meskipun umumnya tidak menimbulkan gejala yang berat, kondisi ini perlu tetap dipantau karena dapat mencerminkan adanya gangguan sistem konduksi jantung atau perubahan regulasi otonom yang terjadi pada pasien dengan gangguan neurologis akut seperti stroke (Yang et al., 2024).

3) B3 (*Brain*)

Pada pengkajian B3 (*Brain*) didapatkan tingkat kesadaran pasien somnolen dengan GCS 7 (E2V2M3) dimana pasien hanya membuka mata ketika diberikan rangsangan nyeri,

mengeluarkan suara yang tidak jelas, dan fleksi lengan ketika diberikan rangsangan nyeri. Tampak reaksi pupil isokor kiri dan kanan. Selain itu, pemeriksaan CT Scan kepala menunjukkan infark corona radiata kiri dan brain atrofi. Dari kondisi pasien ini, dapat disimpulkan bahwa penurunan tingkat kesadaran pada pasien berkaitan dengan adanya kerusakan jaringan otak akibat infark serebral. Infark pada jaringan otak terjadi karena adanya gangguan aliran darah yang menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke sel-sel otak sehingga menimbulkan kerusakan hingga kematian sel saraf. Kerusakan jaringan otak tersebut dapat mengganggu fungsi neurologis, termasuk fungsi yang berperan dalam mempertahankan kesadaran, sehingga pasien menunjukkan penurunan tingkat kesadaran dengan nilai GCS yang rendah.

Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Okaniawan et al. (2025), yang menyatakan bahwa pasien dengan stroke iskemik sering mengalami penurunan tingkat kesadaran akibat terganggunya perfusi serebral yang menyebabkan kerusakan jaringan otak. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa tingkat kesadaran pada pasien stroke dapat dinilai menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) untuk menggambarkan tingkat keparahan gangguan neurologis yang dialami pasien.

4) B4 (*Bladder*)

Pada pengkajian B4 (*Bladder*) pada pasien ini tidak ditemukan adanya abnormalitas pada sistem perkemihan seperti nyeri saat buang air kecil (BAK), kesulitan berkemih, ataupun tanda-tanda infeksi saluran kemih. Pasien tampak terpasang foley catheter dengan jumlah urin sebanyak 600 cc dalam 8 jam dan berwarna kuning jernih. Warna urin tersebut

masih tergolong normal dan menunjukkan bahwa fungsi filtrasi ginjal serta proses ekskresi cairan tubuh pasien masih berjalan dengan baik.

Pemasangan kateter urin pada pasien ini dilakukan untuk memonitor output urin secara akurat karena pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran. Pada pasien dengan kondisi kritis atau penurunan kesadaran, pemantauan keseimbangan cairan menjadi sangat penting untuk menilai status hemodinamik, fungsi ginjal, serta respon pasien terhadap terapi cairan yang diberikan. Penggunaan kateter urin memungkinkan tenaga kesehatan untuk memantau jumlah, warna, dan karakteristik urin secara lebih akurat sehingga dapat membantu dalam pengambilan keputusan klinis selama proses perawatan.

Selain itu, pada pasien dengan gangguan neurologis seperti stroke, fungsi kontrol berkemih dapat mengalami gangguan akibat kerusakan pada pusat saraf yang mengatur fungsi kandung kemih. Gangguan tersebut dapat menyebabkan inkontinensia urin, retensi urin, ataupun gangguan refleks berkemih. Oleh karena itu, pemasangan kateter urin sering dilakukan pada pasien dengan penurunan kesadaran untuk membantu proses eliminasi urin serta memudahkan pemantauan output urin selama masa perawatan intensif (Hapsari et al., 2024).

5) B5 (*Bowel*)

Pada pengkajian B5 (*Bowel*) pada pasien ini tidak ditemukan adanya abnormalitas pada sistem pencernaan seperti hematemesis, melen, ataupun keluhan lain yang mengarah pada gangguan perdarahan saluran cerna. Pasien juga tidak menunjukkan tanda-tanda gangguan eliminasi seperti konstipasi maupun inkontinensia alvi pada saat pengkajian

dilakukan. Hal ini menunjukkan bahwa fungsi sistem gastrointestinal pasien masih dalam kondisi relatif stabil.

Namun demikian, pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran sehingga kemampuan menelan dan mempertahankan jalan napas saat makan menjadi terganggu. Kondisi ini meningkatkan risiko terjadinya aspirasi apabila pemberian nutrisi dilakukan secara oral. Oleh karena itu, pada pasien dilakukan pemasangan *nasogastric tube* (NGT) sebagai media untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi secara enteral. Pemberian nutrisi melalui NGT bertujuan untuk memastikan kebutuhan energi dan nutrisi pasien tetap terpenuhi serta mencegah komplikasi seperti malnutrisi yang dapat memperburuk kondisi klinis pasien (Pamolango et al., 2023).

Secara teori, pasien dengan gangguan neurologis seperti stroke sering mengalami gangguan menelan (*disfagia*) akibat kerusakan pada pusat saraf yang mengatur koordinasi proses menelan. Kondisi ini dapat menyebabkan penurunan asupan nutrisi, mual, muntah, serta meningkatkan risiko aspirasi jika makanan atau cairan masuk ke saluran napas. Oleh karena itu, pemasangan NGT sering dilakukan pada pasien dengan penurunan kesadaran atau *disfagia* untuk mempertahankan pemenuhan nutrisi secara adekuat dan aman sampai kondisi neurologis pasien membaik (Wijayaningsih et al., 2024).

6) B6 (*Bone*)

Pada pengkajian B6 (*Bone*), akral tampak pucat dan teraba hangat. Pergerakan sendi didapatkan uji kekuatan otot tangan dan kaki kanan nilai 1 serta tangan dan kaki kiri nilai 2. Dari kondisi pasien ini, dapat disimpulkan bahwa kelemahan otot yang dialami pasien berkaitan dengan gangguan fungsi neurologis akibat stroke yang menyebabkan kerusakan pada

jalur motorik di otak. Infark pada jaringan otak dapat mengganggu transmisi impuls saraf dari korteks serebri menuju otot rangka melalui traktus kortikospinalis sehingga menimbulkan gangguan pergerakan berupa hemiparesis atau kelemahan pada ekstremitas. Pada pasien stroke, kelemahan otot biasanya terjadi pada sisi tubuh yang berlawanan dengan lokasi lesi di otak.

Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Rahayu et al. (2025), yang menyatakan bahwa pasien stroke sering mengalami penurunan kekuatan otot akibat kerusakan jalur saraf motorik yang menghubungkan korteks serebri dengan otot rangka. Gangguan tersebut menyebabkan penurunan kemampuan kontraksi otot sehingga pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas yang dapat memengaruhi kemampuan mobilitas dan aktivitas sehari-hari.

b. Pengkajian Sekunder (Meliputi Pengkajian Riwayat Keperawatan dan *Head to Toe*)

Pada saat pengkajian hasil observasi didapatkan pasien tidak sadarkan diri dengan GCS: E2V2M3 kesimpulan somnolen, uji kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan nilai 1 dan kaki kiri dan tangan kiri nilai 2. Pasien tampak sesak dengan pemeriksaan fisik TD: 160/90 mmHg, N: 52 x/menit, S: 36,5, R: 24 x/menit, SpO₂: 97% dengan memakai oksigen, GDP: 108 mg/dL. Tampak pasien terpasang nasal kanul 5 liter, infus RL 20 tetes/menit, tampak terpasang folley kateter ukuran 16 dan terpasang NGT ukuran 16. Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu CT Scan kepala menunjukkan infark corona radiata kiri dan brain atrophy. Pemeriksaan lain yang juga dilakukan adalah elektrokardiogram dengan hasil sinus bradikardi dengan AV block derajat 1.

Pada pasien Tn. M merupakan pasien stroke serangan pertama. Faktor yang menyebabkan Tn. M mengalami stroke yaitu pada faktor predisposisi seperti jenis kelamin laki-laki dan usia lebih dari 55 tahun yang diketahui memiliki risiko lebih tinggi terhadap kejadian stroke. Selain itu terdapat faktor presipitasi seperti pola makan yang tidak sehat, misalnya konsumsi makanan tinggi kolesterol dan lemak jenuh, serta kurangnya kontrol diri dalam manajemen penyakit hipertensi. Ketidakpatuhan pasien dalam mengonsumsi obat antihipertensi, dimana selama satu bulan terakhir pasien tidak rutin mengonsumsi obat amlodipine karena merasa tekanan darahnya sudah dalam batas normal, dapat menyebabkan tekanan darah tidak terkontrol dan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi kardiovaskular termasuk stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Guna et al. (2024), yang menemukan bahwa manajemen diri yang kurang pada pasien hipertensi, seperti ketidakpatuhan dalam pengobatan dan pengendalian tekanan darah, dapat menyebabkan tekanan darah tidak terkontrol sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi seperti stroke.

Pada pasien Tn. M masuk rumah sakit dengan keluhan utama penurunan kesadaran. Kondisi ini sering menjadi manifestasi awal gangguan neurologis akibat terganggunya aliran darah ke otak atau adanya oklusi pembuluh darah serebral. Hambatan aliran tersebut menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak berkurang bahkan dapat terhenti, sehingga sel-sel otak mengalami kerusakan hingga kematian (infark). Kerusakan jaringan ini mengganggu fungsi otak, terutama apabila area yang berperan dalam pengaturan kesadaran seperti batang otak atau *ascending reticular activating system* (ARAS) terdampak, sehingga pada akhirnya pasien mengalami penurunan kesadaran. Hal ini sejalan dengan

penelitian oleh Chanif et al. (2025), yang menyatakan bahwa pada stroke iskemik terjadi gangguan perfusi serebral akibat oklusi pembuluh darah yang menyebabkan hipoksia jaringan otak dan kerusakan neuron, dimana kerusakan pada struktur yang berperan dalam sistem aktivasi retikular dapat menimbulkan manifestasi klinis berupa penurunan tingkat kesadaran pada pasien stroke.

Oklusi pembuluh darah serebral (infark) dapat menimbulkan kelemahan pada ekstremitas. Apabila infark terjadi di hemisfer kanan, maka kelemahan akan muncul pada sisi tubuh kiri. Sebaliknya, lesi pada hemisfer kiri akan menyebabkan kelemahan pada sisi kanan tubuh. Fenomena ini terjadi karena adanya persilangan serabut traktus kortikospinalis lateralis (dekusasio piramidalis), dimana impuls motorik dari korteks serebri menyilang pada bagian medula oblongata sebelum menuju medula spinalis sehingga kerusakan pada satu hemisfer otak akan menimbulkan defisit motorik pada sisi tubuh yang berlawanan. Hal ini menyebabkan manifestasi klinis berupa hemiparesis atau kelemahan pada satu sisi tubuh pada pasien stroke (Hanifah et al., 2024).

Hal ini sejalan dengan hasil CT scan pada Tn. M yang menunjukkan adanya infark pada corona radiata kiri, yang merupakan bagian dari jalur serabut traktus kortikospinalis. Lesi pada area tersebut dapat mengganggu transmisi impuls motorik dari korteks menuju medula spinalis sehingga menimbulkan kelemahan motorik pada sisi tubuh yang berlawanan, yaitu ekstremitas kanan yang dialami oleh Tn. M. Kondisi ini sesuai dengan teori bahwa lesi pada hemisfer serebri kiri akan menimbulkan hemiparesis pada sisi tubuh kanan akibat persilangan jalur motorik di batang otak (Hanifah et al., 2024).

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus Tn. M penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan menurut SKDI PPNI (2018), yaitu:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran, mengalami kelemahan pada kedua kaki dan tangan, dan hasil CT Scan menunjukkan adanya infark corona radiata kiri, brain atrophy. Diagnosis keperawatan ini sudah memenuhi 80% tanda dan gejala mayor pada SDKI.
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala pasien seperti pasien sesak, terdengar suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru, terdapat sputum yang berlebihan dan dan tampak pasien tidak dapat mengeluarkan sputum. Diagnosis keperawatan ini sudah memenuhi 80% tanda dan gejala mayor SDKI.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan tanda dan gejala pasien pada pasien berupa keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri akibat adanya gangguan fungsi saraf dan otot, pasien mengalami penurunan kesadaran, tampak rambut dan gigi pasien kotor, tercium bau mulut, serta kondisi kulit tampak kotor, lembap, dan bersisik. Diagnosis keperawatan ini sudah memenuhi 80% tanda dan gejala mayor SDKI.

Selain diagnosa diatas, terdapat diagnosa yang tidak sesuai dengan teori yaitu:

- a. Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan irama jantung. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data tanda dan gejala frekuensi nadi <60x/menit dan

hasil EKG menunjukkan sinus bradikardia dengan AV block derajat I, yang menandakan adanya perlambatan denyut jantung disertai gangguan hantaran impuls dari atrium ke ventrikel (pemanjangan interval PR). Diagnosis keperawatan ini sudah memenuhi 80% tanda dan gejala mayor pada SDKI.

3. Intervensi Keperawatan

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

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Pada diagnosis pertama ini, penulis membuat 7 intervensi yaitu: monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, berikan posisi elevasi kepala 30°, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dan pemberian obat.
- b. Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan irama jantung. Pada diagnosis kedua ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: monitor EKG 12 sadapan, monitor aritmia, ajarkan keluarga mengukur berat badan harian dan mengukur intake dan output harian, serta pemberian obat antiaritmia.
- c. Bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Pada diagnosis ketiga ini, penulis membuat 5 intervensi yaitu: monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen dan kolaborasi pemberian mukolitik.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Pada diagnosis kelima ini, penulis membuat 8 intervensi yaitu: monitor kebersihan tubuh, monitor integritas kulit, fasilitasi menggosok gigi, fasilitasi mandi, ajarkan keluarga cara memandikan pasien, memonitor kemampuan menelan, atur posisi yang nyaman untuk makan/minum dan berikan bantuan saat makan/minum sesuai dengan tingkat kemandirian (diberikan makan/minum melalui NGT).

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Tn. M penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit. Selama dilakukan implementasi didapatkan keadaan pasien mengalami penurunan kesadaran dimana pada saat pengkajian didapatkan GCS 7 dan pada hari ketiga GCS pasien menjadi 9.

5. Evaluasi Keperawatan

- a. Diagnosis pertama risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
Hasil evaluasi menunjukkan bahwa sebagian masalah teratasi. Tingkat kesadaran pasien mulai meningkat dengan tingkat kesadaran GCS E2V2M3 yang meningkat menjadi E3V2M4. Selain itu, tekanan darah pasien sudah mulai menunjukkan adanya penurunan. Pada hari ketiga implementasi, didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah yaitu 133/89 mmHg.
- b. Diagnosis kedua risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan irama jantung
Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah belum teratasi. Frekuensi nadi pasien masih <60x/menit dan hasil pemeriksaan

EKG masih menunjukkan sinus bradikardi dengan AV block derajat 1.

- c. Diagnosis ketiga bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi. Karena tampak pasien masih sesak, masih terdengar suara napas tambahan ronchi, dan tampak pasien belum bisa mengeluarkan sputum.

- d. Diagnosis keempat defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Hasil evaluasi dari diagnosis ini adalah terjaganya kebersihan diri dan mulut pasien, dimana perawat juga bekerjasama dengan keluarga untuk mempertahankan status kebersihan diri pasien.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN

Penerapan Pemberian Posisi Elevasi Kepala 30° Terhadap Perubahan Hemodinamik Pada Pasien *Non Hemoragik Stroke* di Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

P : Masalah terkait pada pasien dengan NHS yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu pasien masuk dengan kondisi mengalami sesak, penurunan kesadaran, peningkatan tekanan darah.

I : Pemberian posisi *head up* 30°

C : -

O : Peningkatan kesadaran dan rata-rata tekanan darah membaik

T : Tindakan dilakukan pada tanggal 5 Januari – 7 Januari 2026

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

3. Luaran Yang Diharapkan

- a. Tingkat kesadaran cukup meningkat
- b. Nilai arteri rata-rata tekanan darah (MAP) cukup membaik

4. Intervensi Prioritas Mengacu Pada EBN

Terapeutik : Pemberian posisi elevasi kepala 30°

5. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Posisi elevasi kepala 30° merupakan tindakan dengan mengatur kepala dan tubuh pasien melalui peninggian bagian kepala tempat tidur hingga sudut 30°, sementara tubuh tetap dalam posisi lurus atau sejajar. Tindakan ini bertujuan untuk membantu mengendalikan tekanan intrakranial (TIK), mengoptimalkan oksigenasi jaringan otak, serta meningkatkan aliran darah menuju serebral (Nugraheni et al., 2024).

b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep

Posisi elevasi kepala 30° dapat membantu memperlancar perfusi serebral serta meningkatkan suplai oksigen ke jaringan otak, sehingga berkontribusi dalam memperbaiki stabilitas hemodinamik pasien.

c. Picot EBN (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Time*)

Rubrik	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Judul	<i>Application of 30 Degree Head Up Position in Non-Hemorrhagic Stroke Patients in Improving Oxygen Saturation in the Stroke Unit Room of the Gunung Jati Hospital Cirebon</i>	Penerapan <i>Head Up Position</i> 30° Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial: Studi Kasus	Laporan Kasus Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik: Implementasi <i>Head Up Position</i> 30°
Penulis (Tahun)	Ahmad Syaripudin, Herlina, Pujiyana, Ira Rahayu Okta, Lalu Rahmatullah Hidayat (2024)	Viqtanesya Ayunika, Adiratna Sekar Siwi, Nurya (2025)	Reza Rahmanda Putra (2025)
<i>Population</i>	Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosis stroke non-hemoragik (<i>ischemic stroke</i>) yang dirawat di Stroke Unit RS Gunung Jati Kota Cirebon. Subjek penelitian merupakan	Populasi dalam penelitiann ini adalah pasien dengan diagnosis stroke non hemoragik yang dirawat di ruang perawatan RSUD Kardinah Tegal. Subjek dalam penelitian adalah satu orang pasien perempuan yang	Populasi dalam studi ini adalah pasien dengan diagnosis stroke non hemoragik yang mengalami risiko perfusi serebral tidak efektif akibat hipertensi dan cedera kepala. Subjek dalam laporan kasus ini

	satu orang pasien laki-laki berusia 65 tahun dengan riwayat stroke ringan sebelumnya, penyakit jantung, dan gangguan saraf lebih dari lima tahun.	mengalami penurunan kesadaran dengan masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial.	adalah seorang laki-laki berusia 84 tahun yang dirawat di IGD RS PKU Muhammadiyah Gamping
<i>Intervention</i>	Intervensi yang diberikan adalah penerapan posisi <i>head up</i> 30° yang dikombinasikan dengan terapi oksigen. Posisi ini dilakukan dengan mengangkat kepala pasien membentuk sudut 30° dari tempat tidur dengan tubuh dalam posisi sejajar (semi fowler ringan). Intervensi diberikan selama 30 menit dan dilakukan selama tiga hari berturut-turut. Selain itu,	Intervensi yang diberikan adalah posisi <i>head up</i> 30°, yaitu mengangkat kepala pasien dengan sudut 30° dari permukaan tempat tidur dengan posisi tubuh tetap lurus (<i>netral alignment</i>). Intervensi ini bertujuan untuk meningkatkan aliran balik vena serebral, menurunkan tekanan intrakranial (TIK), serta memperbaiki perfusi serebral. Posisi dipertahankan selama periode tertentu sesuai protokol	Intervensi utama yang diberikan adalah posisi <i>head up</i> 30°, yaitu mengatur elevasi kepala pasien setinggi 30 derajat dengan menjaga kepala, leher, dan bahu tetap dalam satu garis lurus serta menghindari fleksi leher. Intervensi ini diberikan sejak awal kontak pasien selama 2 jam dan dievaluasi setiap 30 menit. Selain itu, dilakukan pemantauan tanda vital, status

	dilakukan pemantauan aliran oksigen secara berkala dan kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai kebutuhan pasien. Tujuan intervensi ini adalah meningkatkan perfusi serebral dan memperbaiki proses oksigenasi sehingga saturasi oksigen meningkat.	penelitian, dengan pemantauan parameter neurologis dan tanda-tanda vital secara berkala.	neurologis (GCS), serta mempertahankan kepatenan jalan napas dengan pemberian oksigen nasal kanul 3 liter/menit. Tujuan intervensi ini adalah untuk meningkatkan <i>venous return</i> , memperbaiki perfusi serebral, oksigenasi jaringan otak, dan membantu menurunkan tekanan intrakranial.
<i>Comparison</i>	Penelitian ini tidak menggunakan pembanding	Penelitian ini tidak menggunakan pembanding	Penelitian ini tidak menggunakan pembanding
<i>Outcome</i>	Hasil studi menunjukkan peningkatan saturasi oksigen (SpO ₂) pada pasien stroke non-hemoragik. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa setelah pemberian terapi oksigen dan	Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa penerapan posisi <i>head up</i> 30° secara konsisten selama tiga hari memberikan dampak positif terhadap kondisi pasien. Tindakan ini terbukti membantu	Hasil studi kasus menunjukkan perbaikan hemodinamik dan stabilisasi perfusi serebral, yang diindikasikan melalui penurunan tekanan darah, stabilisasi nadi dan

	posisi <i>head up</i> 30° selama tiga hari berturut-turut, terjadi peningkatan saturasi oksigen secara signifikan dari 90% menjadi 98%. Peningkatan ini menunjukkan perbaikan oksigenasi dan efektivitas intervensi posisi dalam mendukung stabilisasi hemodinamik dan pertukaran gas pada pasien stroke.	menurunkan tekanan intrakranial, memperbaiki perfusi serebral, serta meningkatkan tingkat kesadaran dan stabilitas hemodinamik. Melalui serangkaian intervensi keperawatan yang meliputi pemantauan tanda vital, observasi neurologis, pemberian oksigen, serta kolaborasi terapi farmakologis, kondisi pasien menunjukkan perbaikan bertahap.	pernapasan, serta peningkatan saturasi oksigen. Setelah intervensi, kondisi pasien menunjukkan perbaikan sebagian: tekanan darah menurun, frekuensi nadi dan napas lebih stabil, SpO₂ meningkat, dan pasien merasa lebih rileks meskipun keluhan neurologis seperti bicara pelo dan kelemahan ekstremitas masih ada. Hal ini menunjukkan bahwa posisi <i>head up</i> 30° efektif sebagai intervensi non-farmakologis dalam membantu mengurangi peningkatan tekanan intrakranial dan memperbaiki
--	--	---	---

			status hemodinamik pada fase akut stroke non-hemoragik.
<i>Time</i>	Intervensi diberikan selama 30 menit setiap sesi dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut, dengan pemantauan perubahan saturasi oksigen sebelum dan sesudah tindakan.	Intervensi diberikan selama 3 hari berturut-turut selama periode shift dan dievaluasi pada hari ketiga.	Intervensi diberikan selama 2 jam selama 3 hari berturut-turut kemudian dievaluasi setiap 30 menit.

Kesimpulan Hasil EBN

Berdasarkan sintesis dari tiga jurnal yang telah dianalisis, hasil penelitian menunjukkan adanya kesesuaian antara teori fisiologi serebral dan temuan empiris mengenai efektivitas posisi *head up 30°* pada pasien stroke. Ketiga penelitian tersebut menunjukkan adanya perubahan kondisi klinis pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi elevasi kepala 30°, baik pada parameter neurologis maupun hemodinamik. Beberapa indikator yang mengalami perbaikan antara lain tekanan intrakranial, tingkat kesadaran, serta saturasi oksigen. Temuan ini menunjukkan bahwa intervensi elevasi kepala merupakan tindakan sederhana yang memiliki manfaat klinis dalam membantu stabilisasi kondisi pasien dengan gangguan perfusi serebral.

Secara fisiologis, posisi *head up 30°* bekerja melalui mekanisme peningkatan aliran balik vena serebral (*venous return*) dengan memanfaatkan gaya gravitasi. Elevasi kepala membantu mengurangi kongesti vaskular di rongga intrakranial sehingga volume darah intrakranial menurun dan tekanan intrakranial dapat lebih terkontrol (Ginanjari, 2024). Penurunan tekanan intrakranial tersebut akan meningkatkan *cerebral perfusion pressure* (CPP) karena CPP merupakan selisih antara tekanan arteri rata-rata (*mean arterial pressure*) dengan tekanan intrakranial. Ketika tekanan intrakranial menurun tanpa diikuti penurunan signifikan tekanan arteri sistemik, maka perfusi jaringan otak akan menjadi lebih optimal sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan serebral dapat terpenuhi dengan baik. Kondisi ini berperan dalam meminimalkan risiko kerusakan neuron lebih lanjut pada pasien stroke (Nanda et al., 2025).

Selain itu, stabilisasi tekanan intrakranial juga berpengaruh terhadap sistem saraf otonom. Penurunan tekanan dalam rongga kranial dapat mengurangi respons simpatik yang berlebihan sehingga membantu memperbaiki parameter hemodinamik seperti tekanan darah, frekuensi nadi, dan pola respirasi. Penelitian oleh Putra (2025) dan Syaripudin et al. (2024) menunjukkan adanya peningkatan saturasi oksigen dan perbaikan

status hemodinamik setelah pasien diberikan posisi elevasi kepala 30°, yang menandakan bahwa posisi ini dapat membantu meningkatkan ventilasi serta oksigenasi jaringan. Selain itu, penelitian oleh Ayunika et al. (2025) menunjukkan peningkatan tingkat kesadaran setelah diberikan posisi elevasi kepala 30°. Oleh karena itu, posisi *head up* 30° dapat disimpulkan sebagai intervensi keperawatan non-farmakologis yang sederhana, aman, dan efektif dalam membantu meningkatkan perfusi serebral serta menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke, sehingga layak direkomendasikan sebagai bagian dari asuhan keperawatan pada fase akut stroke.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. M umur 64 tahun dengan *Non Hemoragic Stroke*, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada Tn. M umur 64 tahun, faktor yang mendukung terjadinya stroke adalah dari hipertensi yang tidak terkontrol akibat ketidakpatuhan minum obat, riwayat kolesterol, dan pola makan pasien yang tidak terjaga yang meningkatkan risiko gangguan pembuluh darah otak kemudian menyebabkan stroke.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang di temukan pada Tn.M dengan NHS yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan irama jantung, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang telah disusun penulis yaitu: manajemen peningkatan tekanan intrakranial untuk mengatasi resiko perfusi serebral tidak efektif, perawatan jantung untuk mengatasi resiko penurunan curah jantung, manajemen jalan napas untuk mengatasi bersihan jalan napas tidak efektif, dan dukungan perawatan diri mandi dan makan/minum untuk mengatasi defisit perawatan diri.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan selama 3 hari yang dibantu oleh sesama mahasiswa dan perawat, maka implementasi terlaksana dengan baik sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun.

5. Evaluasi Keperawatan

Dari hasil evaluasi, keempat diagnosis keperawatan belum teratasi sehingga intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan dan mahasiswa.

6. Penerapan EBN

Penerapan EBN pada pasien Tn.M dengan *Non Hemoragik Stroke* yaitu tentang penerapan posisi head up 30° dimana tindakan ini bertujuan membantu memperlancar perfusi serebral serta meningkatkan suplai oksigen ke jaringan otak, sehingga berkontribusi dalam memperbaiki stabilitas hemodinamik pasien. Hasil yang timbul yaitu GCS cukup meningkat serta tekanan darah cukup menurun.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

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

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan lebih memodifikasi lagi tentang asuhan keperawatan pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) dengan melakukan asuhan keperawatan contohnya pemberian posisi *head up 30°*, *Familiar Auditory Sensory Training* (FAST), dan beberapa tindakan lainnya.

3. Bagi Institusi Keperawatan

Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS).

DAFTAR PUSTAKA

- Astriani, N. M. D. Y., & Dewi, P. I. S. (2025). Pengaruh latihan lateral prehension grip terhadap kekuatan otot pada pasien Stroke Non Hemoragik (SNH). *Jurnal Kesehatan*, 12(2), 287–295. <https://doi.org/10.35913/jk.v12i2.675>
- Astuti, K. I., & Rosyid, F. N. (2025). Keefektifan tindakan keperawatan (elevasi kepala) yang bisa dilakukan untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke infark: Literature review. *Jurnal Ners*, 9(3), 4237–4248. <https://doi.org/10.31004/jn.v9i3.46290>
- Ayunika, V., Siwi, A. S., & Nurya. (2025). Penerapan head up position 30 derajat pada pasien stroke non hemoragik dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial: Studi kasus. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 14(2), 238–244. <https://doi.org/10.35328/vmrw0e13>
- Azizah, A. N., & Arofiati, F. (2023). Pengaruh pemberian elevasi kepala 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan stroke non hemoragik. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 14(1), 81–89. <https://doi.org/10.33859/dksm.v14i1.889>
- Betts, J. gordo., Desaix, P., Johnson, E., Johnson, J. E., Korol, O., Kruse, D., Poe, B., Wise, J. A., Womble, M., & Young, K. A. (2021). *Anatomy and physiology 2e* (Vol. 32, Issue 3). Openstax.
- Chanif, C., Nashikha, A. D., & Puji, N. D. R. (2025). Peningkatan tingkat kesadaran pada pasien stroke melalui penerapan Familiar Auditory Sensory Training (FAST) di Intensive Care Unit (ICU). *Holistic Nursing Care Approach*, 5(1), 1–11. <https://doi.org/10.52943/jikeperawatan.v10i1.1544>
- Febrian, H. Y., Setiarini, R., Utami, S., & Lestari, L. K. T. (2025). Hubungan diabetes melitus tipe 2, hiperkolesterolemia, dan fibrilasi atrium dengan kejadian stroke. *Jurnal Medikes (Media Informasi Kesehatan)*, 12(1),

1–14. <https://jurnal.poltekkesbanten.ac.id/index.php/Medikes/article/view/839>

Ginanjari, R. (2024). Penerapan posisi head up 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke non hemoragik di IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang Rizal. *Jurnal Penelitian Inovatif*, 4(3), 1577–1582. <https://doi.org/10.54082/jupin.617>

Guna, S. D., Agrina, Herlina, Nopriadi, & Nurhayati. (2024). Kurangnya manajemen perawatan diri dan pengendalian tekanan darah pasien hipertensi di daerah lahan basah. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 10(1), 77–81. <https://doi.org/10.52943/jikeperawatan.v10i1.1544>

Hafid, R. N. H., Zulliaty, Layuk, N., & Daniyati, A. (2024). *Buku ajar anatomi dan fisiologi manusia*. PT Nuansa Fajar Cemerlang.

Hanifah, Z. S., Fitri, S. U. R., & Rahayu, U. (2024). Penerapan latihan ROM pasif terhadap tingkat kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke hemoragik: Studi kasus. *Jurnal Medika Nusantara*, 2(3), 77–90. <https://doi.org/10.59680/medika.v2i3.1224>

Hapsari, P. S., Rosyid, F. N., & Indriastuti, E. (2024). Bladder training sebelum pelepasan kateter pada pasien post operasi dengan inkontensia urine: Literatur review. *Jurnal Keperawatan Profesional*, 5(2), 393–401. <https://doi.org/10.36590/kepo.v5i2.1131>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023*. Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kemenkes RI.

Kianie, & Cenggoni, M. (2025). Pengaruh faktor risiko dan gaya hidup terhadap risiko stroke. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 9(1), 6218–6227. <https://doi.org/10.31004/jptam.v9i1.25459>

Kraton, R., & Pekalongan, K. (2025). Peningkatan kekuatan otot pasien stroke non hemoragik dengan latihan range of motion (ROM) pasif.

Jurnal Keperawatan Bunda Delima, 7(2), 87–91.
<https://doi.org/10.59030/jkbd.v7i2.111>

Laili, N., Heni, S., & Tanoto, W. (2023). Optimal program edukasi pencegahan stroke “cerdik” pada penderita hipertensi. *Jurnal Abdi Kesehatan Dan Kedokteran*, 2(2), 53–65.
<https://doi.org/10.55018/jakk.v2i2.40>

Lolo, L. L., Wahyu, A., Russeng, A. U. S. S. S., Manyullei, S., & Saleh, A. (2025). *Stroke, tamu yang (tak) diundang*. Penerbit NEM.

Lumintang, M., Setiarini, R., Utami, S., & Tunjung, I. W. (2024). Hubungan usia, jenis kelamin, diabetes melitus tipe ii, dan hipertensi dengan tipe stroke di RSUD Provinsi NTB. *Indonesia Journal of Health Research Innovation*, 1(4), 220–227. <https://doi.org/10.64094/v6d2vt91>

Nanda, G. M., Susanti, M. R., Ayuningjati, K. G., Wardani, E. C., & Faozi, E. (2025). Efektivitas posisi elevasi kepala 30 derajat dalam meningkatkan perfusi serebral pada pasien cedera kepala ringan. *Journal of Language and Health*, 6(1), 113–120.
<https://doi.org/10.37287/jlh.v6i1.6117>

Nugraheni, L., Atmojo, J. T., & Mubarak, A. S. (2024). Efektivitas pemberian elevasi kepala 30 derajat dalam peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke: Literature review. *Journal of Language and Health*, 5(2), 435–444. <https://doi.org/10.37287/jlh.v5i2.3523>

Okaniawan, K. K., Maheswari, N. P. D., Agustin, N. N. M., & Sastri, N. L. P. P. (2025). Pengaruh tingkat kesadaran terhadap prognosis pasien stroke: Literature review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(4), 17484–17494. <https://doi.org/10.31004/jkt.v6i4.51456>

Pamolango, J. A., Pettalolo, S. R., Toding, S., Imansari, A., & Anggraini, A. (2023). Case study : Enteral nutrition in stroke patients with nasogastric tube at Undata Hospital. *Jurnal Gizi & Pangan*, 18(28), 120–121.

<https://doi.org/10.25182/jgp.2023.18.Supp.1.120-121>

Putra, B. P. S., Agustini, N. N. M., Kamelia, L. P. L., & I, K. S. K. (2024). Pengkajian holistik pasien stroke non-hemoragik: Sebuah laporan kasus. *Ganesha Medicina Journal*, 4(2), 98–104. <https://doi.org/10.23887/gm.v4i2.79427>

Putra, G. A., & Ningsih, N. F. (2025). Asuhan keperawatan pada Tn. M dengan stroke non hemoragik di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang. *Jurnal Pahlawan Kesehatan*, 2(4), 743–749. <https://doi.org/10.31004/science.v1i3.104>

Putra, R. R. (2025). Laporan kasus pasien dengan stroke non hemoragik: Implementasi head up position 30 derajat. *Jurnal Penelitian Nusantara*, 1(8), 492–499. <https://doi.org/10.59435/menulis.v1i8.611>

Rahayu, A. J., Dewi, T. K., & Ludiana. (2025). Implementasi range of motion (ROM) exercise bola karet terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke non hemoragik. *Jurnal Cendikia Muda*, 5(1), 8–16. <https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/684>

Rahayu, T. G. (2023). Analisis faktor risiko terjadinya stroke serta tipe stroke. *Faletehan Health Journal*, 10(1), 48–53. <https://doi.org/10.33746/fhj.v10i01.410>

Rehena, J. Fritzgal, & Wael, S. (2023). *Buku ajar anatomi fisiologi manusia untuk S1 biologi*. CV. Sarnu Untung.

Safitri, H. L., Yusriani, & Sartika. (2025). Hubungan lama menderita dengan kualitas hidup penderita stroke di Rumah Sakit TK Pelamonia. *Window of Public Health Journal*, 6(3), 483–488. <https://doi.org/10.33096/hyftp742>

Santama, O. R., Immawati, & Utami, I. T. (2025). Implementasi posisi head up 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke non

hemoragik. *Jurnal Cendikia Muda*, 5(1), 136–144.
<https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/700/475>

Setiawan, P. A. (2021). Diagnosis dan tatalaksana stroke hemoragik dan non hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 03(01), 1660–1665.
<https://jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/336>

Sumarni, R., Suwarni, A., & Sutrisno. (2024). Penerapan tindakan suction terhadap bersihan jalan nafas pada pasien stroke non hemoragik: Studi kasus. *Journal of Language and Health*, 5(3), 1601–1606.
<https://doi.org/10.37287/jlh.v5i3.5484>

Syaripudin, A., Herlina, Pujiyana, Okta, I. R., & Hidayat, L. R. (2024). Application of 30 degree head up position in non-hemorrhagic stroke patients in improving oxygen saturation in the Stroke Unit Room of the Gunung Jati Hospital Cirebon. *Jurnal Multidisiplin Madani*, 4(5), 575–578. <https://doi.org/10.55927/mudima.v4i5.9215>

Timur, I. R., Tunjung, I. W., & Setiarini, R. (2025). Relationship between famili histori of stroke, hypertension and smoking histori with the incidence of ischemic stroke in stroke patients. *Jurnal Biologi Tropis*, 25(1). <https://doi.org/10.29303/jbt.v25i1.8493>

Tim Pokja SDKI PPNI. (2018). *Standar diagnosa keperawatan indonesia defenisi dan indikator diagnosik* (1st ed.). Dewan Pengurus Inti Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia defenisi dan indikator diagnosik* (1st ed.). Dewan Pengurus Inti Pusat PPNI.

Tim Pokja SLKI PPNI. (2018). *Standar luaran keperawatan indonesia defenisi dan indikator diagnosik* (1st ed.). Dewan Pengurus Inti Pusat PPNI.

- Tjondronegoro, A., Azizah, A. M. N., & Claudia, V. O. (2023). Analisis kejadian stress ulcer pada pasien stroke sebagai prediktor angka mortalitas di RSUD Prambanan. *Neurona*, 40(4), 25–28. <https://doi.org/10.52386/neurona.v40i2.492>
- Utomo, T. Y. (2024). *Buku ajar stroke*. Eureka Media Aksara.
- Widiani, G. A. R., & Yusa, I. M. M. (2023). Korelasi tingkat pengetahuan terhadap kemampuan deteksi dini gejala stroke dengan sikap keluarga terhadap penanganan pre hospital. *Bina Generasi : Jurnal Kesehatan*, 2(2), 25–30. <https://doi.org/10.35907/bgjk.v14i2.255>
- Wijayaningsih, K. S., Mutmainna, A., Mina, W., Isa, L., Mato, R., & Khatimah, H. (2024). Pemberian zat gizi enteral metode intermittent feeding terhadap volume residu lambung pada pasien kritis. *Jurnal Keperawatan Profesional*, 5(2), 193–199. <https://doi.org/10.36590/kepo.v5i2.1025>
- Wirmando, Payung, D. L., & Atba, F. (2022). Edukasi dan deteksi dini krisis hipertensi pada masyarakat penderita hipertensi di Kelurahan Batua, Kecamatan Manggala Makassar. *Karya Kesehatan Siwalima*, 1(1), 14–20. <https://doi.org/10.54639/kks.v1i1.697>
- Yang, X., Chen, S., Song, H., Shu, R., Wang, J., Wang, G., Liu, P., Li, M., Wu, L., Li, N., Cui, L., & Wu, S. (2024). Association between cardiac conduction block and cardiovascular disease and all-cause mortality : The kailuan study. *International Journal of Cardiology*, 399(57), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2023.131666>
- Yulianti, E., & Mukin, F. A. (2025). Penerapan mirror terapi untuk gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik di RSUD dr TC Hillers Maumere. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(4), 14415–14423. <https://doi.org/10.31004/jkt.v6i4.50469>
- Yuniati, & Susilo, T. (2025). Manajemen kegawatdaruratan bersihan jalan

napas tidak efektif dengan hisap lendir pada pasien stroke di RSUD Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Informatika Dan Kesehatan*, 2(2), 71–78. <https://doi.org/10.35473/ikn.v2i2.4224>

Lampiran 1

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Lusius Sandiagio Hogen Wirada (NS2514901042)
 2. Maria Ivoni Melti (NS2514901043)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan
Non Hemoragik Stroke di Ruang *Intensive Care Unit*
 Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

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

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1	Senin, 05/01/2026	Pengajuan Kasus "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan <i>Non Hemoragik Stroke</i> " - ACC Kasus - Lanjutkan Pengkajian-Evaluasi			
2	Senin, 12/01/2026	Konsul BAB III - Lengkapi Pengkajian Pola Gordon - ACC EBN Pemberian Posisi Elevasi Kepala 30° - Lanjutkan BAB IV			
3	Senin, 23/02/2026	Konsul Revisi BAB III Konsul BAB IV - Tambahkan prognosis pada ilustrasi kasus - Tambahkan pemeriksaan fisik pada pola gordon - Pembahasan dipertajam			

		- Tambahkan penjelasan diagnosa keperawatan teori yang tidak diangkat - Buat implementasi 1x24 jam			
4	Senin, 09/03/2026	Konsul Revisi BAB III, IV Konsul BAB V - Perbaiki penulisan hasil pemberian obat - Tambahkan penjelasan teori pada pembahasan pengkajian primer			
5	Selasa, 10/03/2026	Konsul Revisi BAB IV, V ACC Ujian KIA			

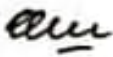
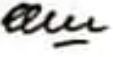
LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Lusius Sandiango Hogen Wirada (NS2514901042)
 2. Maria Ivoni Melti (NS2514901043)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan
Non Hemoragik Stroke di Ruang *Intensive Care Unit*
 Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

Pembimbing : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1	Senin, 23/02/2026	Konsul BAB I dan BAB II - Perbaikan pada latar belakang - Tambahkan sumber pada gambar anatomi - Tambahkan pengantar kalimat sebelum masuk klasifikasi			
2	Selasa, 10/03/2026	Konsul Revisi BAB I & II ACC Ujian KIA			

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama	: Lusius Sandiago Hogen Wirada
Agama	: Katolik
Tempat, Tanggal Lahir	: Timika, 13 Januari 2002
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Alamat	: Jalan Maipa No. 19 Lorong 35 No. 15A

2. Identitas Orang Tua

Nama Ayah/Ibu	: Longginus Wirgudi/Rosalia Lembu
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wiraswasta/IRT
Alamat	: Jalan Poros Sp. V Kec. Mimika Baru

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Negeri 3 Mimika	: 2008 - 2014
SMP Negeri 4 Mimika	: 2014 - 2017
SMA YPPK Seminari Pvd Kab. Sorong	: 2017 - 2021
S1 STIK Stella Maris Makassar	: 2021 - 2025
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	: 2025 - 2026

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Maria Ivoni Melti
Agama : Katolik
Tempat, Tanggal Lahir : Makassar, 31 Desember 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jalan Inspeksi Kanal Karampuang

2. Identitas Orang Tua

Nama Ayah/Ibu : Frans Enggot/Floriana Melti
Agama : Katolik
Pekerjaan : Buruh/IRT
Alamat : Jalan Inspeksi Kanal Karampuang

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN Panyikkokang I Makassar : 2009 - 2015
SMP Katolik Garuda Makassar : 2015 - 2018
SMK Pratidina Makassar : 2018 - 2021
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2021 - 2025
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : 2025 - 2026