

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON HEMORRHAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG INTENSIVE CARE UNIT RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH :

ELANIA ANJE (NS2514901019)
FRANSISKO APRILIO WERIDITY (NS2514901026)

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

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *NON HEMORRHAGIC STROKE* (NHS) DI RUANG INTENSIVE CARE UNIT RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH :

ELANIA ANJE (NS2514901019)
FRANSISKO APRILIO WERIDITY (NS2514901026)

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Elania Anje (NS2514901019)
2. Fransisko Aprilio Weridity (NS2514901026)

Menyatakan dengan sungguh bahwa karya ilmiah akhir ini hasil karya sendiri bukan duplikasi atau plagiasi (jiplakan) dan hasil karya ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar,Januari 2026

Yang menyatakan

Elania Anje Fransisko Aprilio Weridity

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar" setelah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh:

Nama mahasiswa.NIM :1. Elania anje (NS2514901019)

2.Fransisko Aprilio Weridity (NS2514901026)

Disetujui oleh

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)	(Felisima Ganut, Ns., M.Kep)
NIDN:0904078805	NIDN:0912089302

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar

Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D

NIDN: 0913068201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya ilmiah akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Elania anje (NS2514901019)
2. Fransisko Aprilio Weridity (NS2514901026)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns., M. Kep( )
Pembimbing 2 : Felisima Ganut, Ns., M. Kep ( )
Penguji 1 : Mery Solon , Ns., M. Kes ( )
Penguji 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN ( )

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 25 Maret 2026

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita, Ns., M.Kep. Sp.Kep.MB., Ph.D
NIDN: 0913098201

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Elania Anje (NS2514901019)
Fransisko Apriolio Weridity (NS2514901026)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, Maret 2026
Yang menyatakan

Elania Anje Fransisko Aprilio

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

Dalam menyelesaikan 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. Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi Program Profesi di STIK Stella Maris Makassar. Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Fransiska Anita, 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 STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery solon, Ns., M. Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana sekaligus Penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns., M. Kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi.
5. Yunita Gabriela Madu Ns., M. Kep selaku Ketua Unit Penjaminan Mutu.
6. Meyke Rosdiana Ns., M. Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat.
7. Wirmando, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar.

8. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Felisima Ganut, Ns., M. Kep selaku dosen pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
10. Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN selaku Penguji 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
11. Segenap Dosen beserta staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
12. Teristimewa untuk kedua orang tua tercinta dari Elania Anje dan kedua orang tua tercinta dari Fransisko Aprilio Weridity, serta semua keluarga dan sahabat yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
13. Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada pihak Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan ijin dalam proses pengambilan data.
14. Tn.Z dan keluarga pasien yang telah bersedia menjadi pasien Kelola asuhan keperawatan.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih memiliki kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, Februari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL ..... **ii**
PERNYATAAN ORSINALITAS ..... **iii**
LEMBAR PERSETUJUAN ..... **iv**
LEMBAR PENGESAHAN ..... **v**
LEMBAR PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **vi**
KATA PENGANTAR ..... **vii**
DAFTAR ISI ..... **x**
DAFTAR GAMBAR ..... **xii**
DAFTAR TABEL ..... **xiii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xiv**
BAB I PENDAHULUAN .....
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penelitian 4
C. Manfaat Penelitian 5
D. Metode Penulisan 5
E. Sistematika Penulisan 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA **7**
A. Konsep Dasar 7
B. Konsep Dasar Keperawatan 31
BAB III PENGAMATAN KASUS **44**
A. Pengkajian 44
B. Diagnosis Keperawatan 48
C. Intervensi Keperawatan 71
D. Implementasi Keperawatan 75
E. Evaluasi Keperawatan 82
BAB IV PEMBAHASAN KASUS **99**
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 99
B. Pembahasan Penerapan Evidance Based Nursing 106
BAB V PENUTUP **111**

A. Simpulan 111
B. Saran 113
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFATR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak.....8
Gambar 2.2 Selaput Otak Meninges 11
Gambar 2.3 Sirkulasi Darah Otak.....12
Gambar 2.4 Struktur Dalam Otak.....13

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer 45
Tabel 3.2 Analisa Data 67
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan 70
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 71
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan 75
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 82
Tabel 4.1 PICOT EBN 108

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul

Lampiran 2 Riwayat Hidup

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Masyarakat yang tinggal di wilayah perkotaan, khususnya di kota-kota besar, sangat bergantung pada teknologi dalam menjalankan berbagai aktivitas sehari-hari sehingga aktivitas fisik di luar rumah menjadi semakin berkurang. Kondisi ini menyebabkan banyak orang kurang memperhatikan kesehatan tubuhnya. Kebiasaan jarang berolahraga, pola makan yang tidak teratur, serta sering mengonsumsi makanan cepat saji dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai penyakit, salah satunya adalah stroke (Pamungkas & Dewi, 2020).

Stroke adalah keadaan darurat medis yang terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu. Ditemukan keadaan klinis berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih, yang dapat menyebabkan kematian tanpa ada penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Pada tahun 2021, stroke merupakan penyebab kematian dan kecacatan ketiga terbesar di dunia. Hal ini sejalan dengan data dari Kemenkes (2023) menunjukkan stroke sebagai penyebab kematian utama di Indonesia (19,42% dari total kematian).

Berdasarkan data World Health Organization, (2026) menunjukan bahwa terdapat 11,9 juta kasus baru stroke pada tahun 2021. Hal ini sejalan dengan data dari Survei Kesehatan Indonesia, (2023) menunjukan prevalensi stroke di Indonesia tercatat 8,3 per 1.000 penduduk pada tahun 2023. Sedangkan pada Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2023 sebesar 7,9%, dan tertinggi pada kelompok umur > 75.

Peningkatan jumlah kasus stroke disebabkan oleh berbagai faktor resiko seperti; genetik, usia, hipertensi, diabetes melitus tipe 2, penyakit jantung, obesitas, merokok, kurang aktivitas. Tanda dan

gejala yang khas pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* meliputi kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh, gangguan bicara, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, serta gangguan mobilitas akibat kerusakan jaringan otak yang mengalami iskemia (Harmawati et al., 2021). Komplikasi pada NHS sering muncul akibat terganggunya aliran darah ke otak yang menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak. Kondisi ini dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan, seperti kelemahan atau kelumpuhan pada anggota gerak (hemiparesis atau hemiplegia), gangguan menelan (disfagia), gangguan bicara (disartria), depresi, serta terbentuknya trombosis vena dalam (*Deep Vein Thrombosis*). Pneumonia aspirasi akibat gangguan menelan yang menyebabkan makanan atau cairan masuk ke saluran pernapasan (Natalia et al., 2024).

Berbagai komplikasi tersebut dapat berdampak pada terjadinya gangguan fungsi kognitif pada pasien dan terjadinya penurunan kesadaran. Penurunan kesadaran pada pasien stroke disebabkan oleh terganggunya aliran darah ke jaringan otak sehingga suplai oksigen dan nutrisi tidak tercukupi, yang pada akhirnya dapat menyebabkan kerusakan sel-sel otak dan gangguan pada pusat kesadaran. Kondisi ini dapat memperburuk fungsi neurologis pasien, sehingga memerlukan pemantauan di ruang perawatan intensif di ruang Intensive Care Unit (ICU). Oleh karena itu, diperlukan intervensi keperawatan berbasis *Evidence Based Nursing* (EBN) untuk membantu mencegah terjadinya komplikasi dan meningkatkan kondisi fisiologis pasien (Abdul Wahab Pakaya, 2021).

Penerapan EBN merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan teori dan hasil penelitian untuk memberikan *outcome* yang lebih baik demi kesembuhan pasien. Salah satu EBN yang diterapkan untuk meningkatkan status

neurologis pasien adalah pemberian posisi *head up* 30^0. Berdasarkan penelitian Epiphania et al (2022) pemberian posisi *head-up* 30^0 dapat meningkatkan saturasi oksigen. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri & Satrianto (2024) menunjukan bahwa ada pengaruh elevasi 30^0 terhada saturasi oksigen pada pasien stroke iskemik, dimana pada saat posisi supinasi saturasi oksigen 88% sedangkan saat kepala dielevasi 30^0 selama 30 menit saturasi meningkat menjadi 93%.

Pada pasien *Non Hemorrhagic Stroke* dan yang sedang menjalani perawatan serta menggunakan *Non-Rebreathing Mask* (NRM)**,** posisi *head up* 30^0 sering dianjurkan karena memberikan manfaat bagi fungsi otak, jantung, dan sistem pernapasan. Posisi ini membantu memperlancar aliran darah balik dari otak menuju jantung (*venous return*) sehingga dapat menurunkan tekanan intrakranial (TIK)**.** Pada saat yang sama, sudut 30^0 tidak terlalu tinggi sehingga tekanan darah yang mengalir ke otak tetap cukup untuk mempertahankan perfusi serebral, terutama pada jaringan otak yang mengalami kekurangan aliran darah. Selain itu, posisi kepala yang sedikit terangkat juga membantu paru-paru mengembang dengan lebih optimal sehingga proses pertukaran oksigen menjadi lebih baik dan saturasi oksigen (SpO_2) dapat meningkat**.** Sebaliknya pada posisi yang terlalu tegak seperti 45^0 hingga kurang dianjurkan karena dapat menurunkan tekanan darah yang mencapai otak, sehingga berpotensi mengurangi aliran darah ke jaringan otak yang sedang mengalami iskemia. Selain itu, posisi yang terlalu tegak juga dapat menyebabkan pasien lebih cepat lelah, merasa tidak nyaman, dan sulit mempertahankan posisi tersebut dalam waktu lama, terutama pada pasien stroke yang mengalami kelemahan otot (Abdul Wahab Pakaya, 2021).

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh penulis di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, implementasi pemberian posisi

head up 30^0 sering dilakukan. Namun pemberian posisi tidak dilakukan secara spesifik apakah posisinya sudah sesuai atau belum. Sehingga penulis merasa penting untuk tetap menerapkan posisi *head up* 30^0 untuk meningkatkan perfusi serebral pasien dan saturasi oksigen serta mengurangi angka kematian pasien stroke

Dengan melihat hal tersebut maka penulis sangat tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan asuhan keperawatan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pada Pasien Dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
   a. Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di RS pada pasien *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).
2. Tujuan Khusus
   a. Melaksanakan pengkajian kritis pada pasien *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).
   c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan dan *Evidence Based Nursing* pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi 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 Hemorrhagic Stroke* (NHS).

2. Bagi Pasien

   Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang *Non Hemorrhagic 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 Hemorrhagic Stroke* (NHS) yang mengalami gangguan pada perfusi serebral dengan menggunakan *Evidence Based Nursing* 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 Hemorrhagic Stroke* (NHS).

D. Metode Penulisan

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

1. Studi Kepustakaan

   Mengambil beberapa literature sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan karya ilmiah akhir mengenai *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS).

2. Studi Kasus

   Dengan melakukan pengamatan langsung di Ruangan ICU Rumah sakit Stella Maris Makassar.

3. Wawancara

   Data data pendukung lainnya didapatkan dengan hasil wawancara dengan keluarga pasien.

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

1. Pengertian *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS)

Non Hemorrhagic Stroke adalah gangguan pada sistem saraf pusat akibat terbentuknya bekuan darah yang menghambat aliran darah ke otak. Stroke non hemoragik dapat disebabkan oleh trombus dan emboli. Stroke non hemoragik akibat trombus terjadi karena penurunan aliran darah pada tempat tertentu di otak melalui proses stenosis. Mekanisme patofisiologi dari stroke bersifat kompleks dan menyebabkan kematian neuronal yang diikuti oleh hilangnya fungsi normal dari neuron yang terkena (Made et al., 2025).

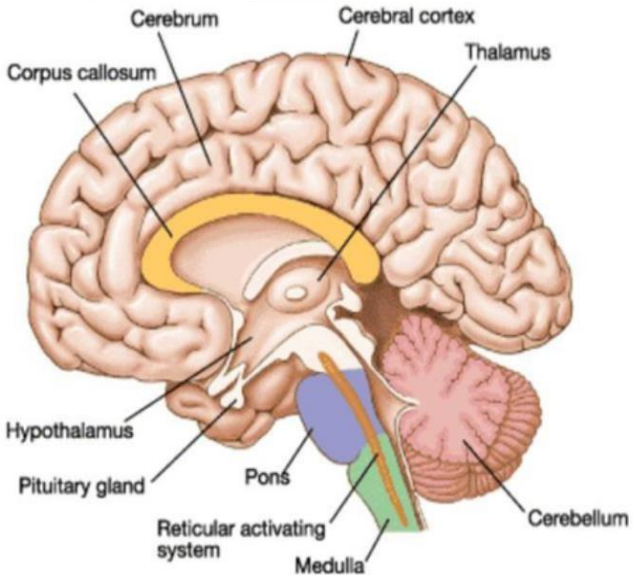
Non Hemorrhagic Stroke terjadi akibat adanya hambatan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh sumbatan pada pembuluh darah, sehingga mengganggu fungsi neurologis secara parsial maupun menyeluruh (Nonok et al., 2025).

Stroke iskemik atau yang sering disebut sebagai stroke non hemoragik merupakan jenis stoke yang paling banyak terjadi. Stroke ini disebabkan oleh adanya penyumbatan pada pembuluh darah arteri yang berfungsi mengalirkan darah ke otak. Penyumbatan tersebut dapat terjadi akibat akumulasi lemak, kolesterol, serta berbagai zat lain pada dinding arteri yang disebut aterosklerosis. Keadaan ini mengakibatkan penyempitan lumen pembuluh darah, sehingga aliran darah dan pasokan oksigen ke otak menjadi terganggu (Andi Rahman et al., 2025).

Berdasarkan definisi diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa *Non Hemorrhagic Stroke* adalah gangguan sistem saraf pusat yang terjadi akibat sumbatan pembuluh darah di otak, baik karena trombus maupun emboli, sehingga aliran darah dan suplai oksigen ke jaringan otak terhambat. Kondisi ini menyebabkan

kerusakan hingga kematian sel saraf (neuron) dan mengakibatkan gangguan fungsi neurologis, baik sebagian maupun seluruhnya.

2. Anatomi fisiologi



Gambar 2.1

Anatomi Otak (Ruswanti, 2021)

a. Anatomi

Secara garis besar, otak dapat dibagi menjadi serebrum, batang otak, dan serebelum.

1) Otak besar

Otak besar (bagian depan otak) terdiri dari materi abu-abu (koreteks serebral) dan materi putih di bagian tengahnya. Sebagian bagian otak terbesar, otak beesar memulai dan mengkoordinasi gerakan serta mengatur suhu. Area lain dari otak besar memungkinkan bicara, penilaian, berpikir dan bernalar, pemecahan masalah, emosi dan pembelajarannya. Fungsi lainnya berkaitan dengan penglihatan, pendegaran, sentuhan, dan indra lainnnya.

a) Korteks serebral

Korteks berasal dari bahasa Latin yang berarti "kulit kayu," dan menggambarkan lapisan materi abu-abu

terluar yang menutupi serebrum. Korteks memiliki luas permukaan yang besar karena lipatannya, dan mencakup sekitar setengah dari berat otak. Korteks serebral terbagi menjadi dua bagian, atau hemisfer. Ia ditutupi oleh tonjolan (gyri) dan lipatan (sulci). Kedua bagian tersebut bergabung pada sulkus besar dan dalam (fisura interhemisferik, atau fisura longitudinal medial) yang membentang dari bagian depan kepala ke belakang. Hemisfer kanan mengontrol sisi kiri tubuh, dan hemisfer kiri mengontrol sisi kanan tubuh. Kedua bagian tersebut berkomunikasi satu sama lain melalui struktur besar berbentuk C yang terdiri dari materi putih dan jalur saraf yang disebut korpus kalosum. Korpus kalosum terletak di tengah serebrum.

2) Batang otak

Batang otak (bagian tengah otak) menghubungkan serebrum dengan sumsum tulang belakang. Batang otak meliputi otak tengah, pons, dan medulla.

a) Otak tengah

tak tengah (atau mesensefalon) adalah struktur yang sangat kompleks dengan berbagai kelompok neuron (nukleus dan kolikuli), jalur saraf, dan struktur lainnya. Fitur-fitur ini memfasilitasi berbagai fungsi, mulai dari pendengaran dan gerakan hingga menghitung respons dan perubahan lingkungan. Otak tengah juga mengandung substantia nigra, area yang terpengaruh oleh penyakit parkinson yang kaya akan neuron dopamin dan merupakan bagian dari ganglia basal, yang memungkinkan gerakan dan koordinasi.

b) Pons

Pons adalah asal dari empat dari 12 saraf kranial, yang

memungkinkan berbagai aktivitas seperti produksi air mata, mengunyah, berkedip, memfokuskanpenglihatan, keseimbangan, pendengaran, dan ekspresi wajah. Dinamakan dari kata Latin untuk "jembatan," pons adalah penghubung antara otak tengah dan medula.

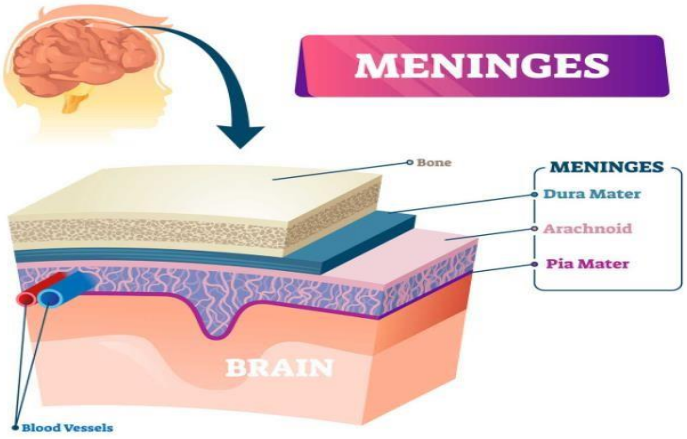
c) Medulla

Di bagian bawah batang otak, medulla adalah tempat otak bertemu dengan sumsum tulang belakang. Medulla sangat penting untuk kelangsungan hidup. Fungsi medulla mengatur banyak aktivitas tubuh, termasuk irama jantung, pernapasan, aliran darah, dan kadar oksigen serta karbon dioksida. Medulla menghasilkan aktivitas refleks seperti bersin, muntah, batuk, dan menelan.

3) Serebrum

Serebelum (otak kecil) adalah bagian otak seukuran kepalan tangan yang terletak di bagian belakang kepala, di bawah lobus temporal dan oksipital serta di atas batang otak. Seperti korteks serebral, serebelum memiliki dua belahan. Bagian luarnya berisi neuron, dan bagian dalamnya berkomunikasi dengan korteks serebral. Fungsinya adalah untuk mengoordinasikan gerakan otot sukarela dan untuk menjaga postur, keseimbangan, dan kesetimbangan. Studi-studi baru sedang mengeksplorasi peran serebelum dalam pemikiran, emosi, dan perilaku sosial, serta kemungkinan keterlibatannya dalam kecanduan, autisme, dan skizofrenia.

4) Selaput otak (meninges).



Gambar 2.2

Selaput Otak (Johns Hopkins Medicine., 2025)

a) Lapisan terluar, duramater tebal dan kuat

Lapisan ini terdiri dari dua bagian: lapisan periosteal dura mater melapisi bagian dalam kubah tengkorak (kranium) dan lapisan meningeal berada di bawahnya. Ruang diantara lapisan-lapisan tersebut kemungkinan lewatnya pembuluh daah vena dan arteri yang memasok aliran darah ke otak.

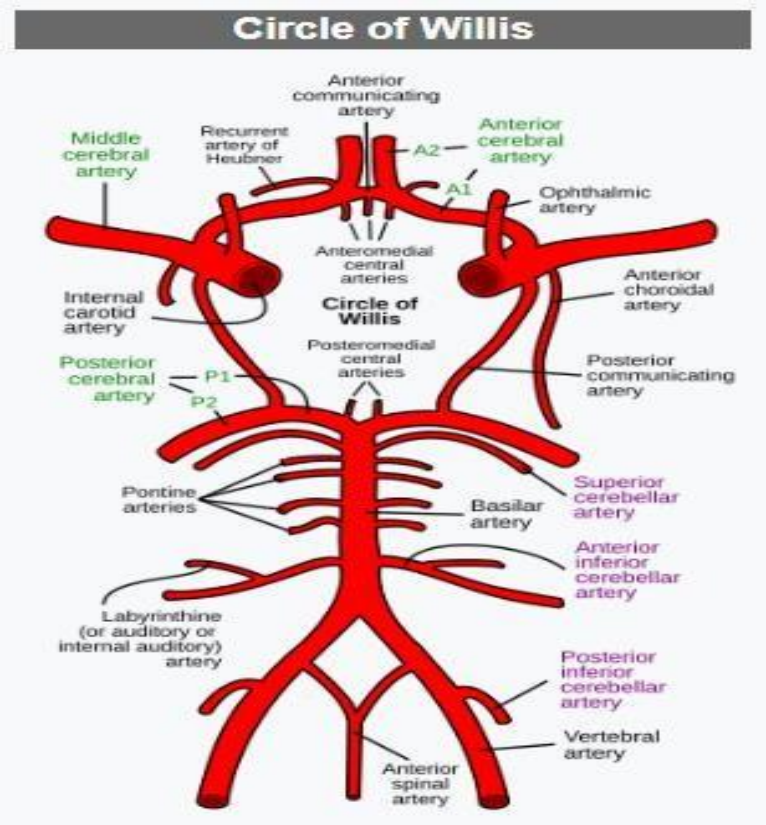
b) Selaput araknoid

Lapisan tipis jaringan ikat seperti jaring yang tidak mengandung saraf atau pembuluh darah. Di bawah selaput araknoid terdapat cairan serebrospinal, atau CSF. Cairan ini melindungi seluruh sistem saraf pusat (otak dan sumsum tulang belakang) dan terus bersirkulasi di sekitar struktur-struktur ini untuk menghilangkan kotoran.

c) Piamater

selaput tipis yang menempel pada permukaan otak dan mengikuti konturnya. Piamater kaya akan pembuluh darah vena dan arteri.

5) Sirkulasi darah otak



Gambar 2.3

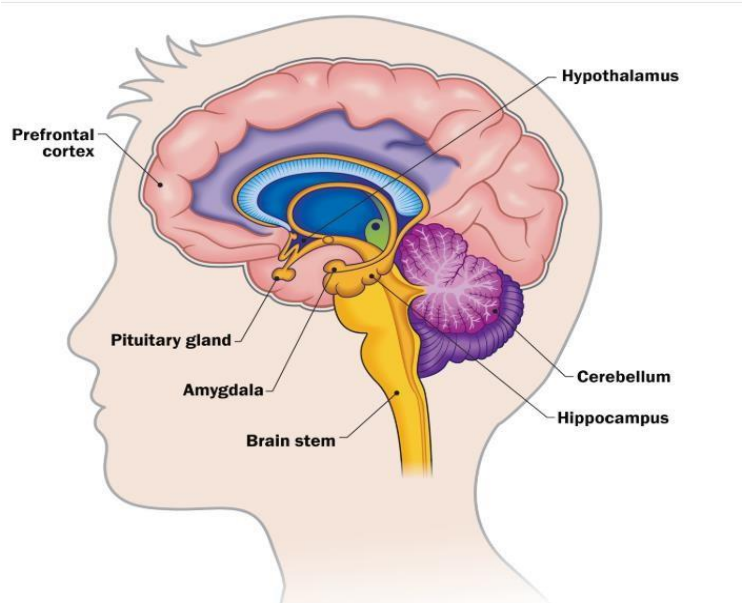
sirkulasi darah otak (Imran, 2015)

Otak mendapatkan aliran darah melalui dua sistem:

Arteri karotis (anterior) dan arteri vertebralis (posterior). Arteri vertebralis menyalurkan darah kebagian belakang otak dan bawah dari otak sehingga tempurung kepala (medulla oblongata, pons atau batang otak, lobus oksipital, serebelum, dan lobus temporalis inferior), sedangkan arteri karotis menyalurkan darah kebagian depan dan atas dari otak (lobus frontalis, parietal, temporal, ganglia basal dan kapsula interna). Arteri karotis bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid, sedangkan arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia. Apabila aliran darah serebral mengalami gangguan akan

digantikan dengan pembuluh darah kolateral yang dikenal dengan sirkulus wilisi. Sirkulus Wilisi merupakan anastomotikc arteri yang berada diotak untuk melindungi pasokan darah dari otal apabila terjadi sumbatan disalah satu cabang. Ada tiga sirkulasi yang membentuk sirkulus wilisi di otak yaitu; sirkulasi anterior, sirkulasi posterior dan arteri komunikans. Sirkulasi ini mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi antara suplai darah dari otak depan dan belakang. Selain itu, sirkulus wilisi mengalirkan darah dari arteri serebri anterior melalui komunikans anterior untuk memperdarahi hemisfer serebri atau dari arteri posterior melalui komunikans posterior mengirigasi sirkulasi karotis (Imran, 2015).

6) Struktur yang lebih dalam didalam otak



Gambar. 2.4

struktur dalam otak (Johns Hopkins Medicine., 2025)

a) Kelenjar pituitari

Kadang-kadang disebut "kelenjar utama," kelenjar

pituitari adalah struktur seukuran kacang polong yang terletak jauh di dalam otak di belakang pangkal hidung. Kelenjar pituitari mengatur fungsi kelenjar lain di dalam tubuh, mengatur aliran hormon dari tiroid, adrenal, ovarium, dan testis. Kelenjar ini menerima sinyal kimia dari hipotalamus melalui tangkainya dan suplai darah.

b) Hipotalamus

Hipotalamus terletak di atas kelenjar pituitari dan mengirimkan pesan kimia yang mengontrol fungsinya. Hipotalamus mengatur suhu tubuh, menyinkronkan pola tidur, mengontrol rasa lapar dan haus, serta berperan dalam beberapa aspek memori dan emosi.

c) Amigdala

Struktur kecil berbentuk almond, amigdala terletak di bawah setiap bagian (hemisfer) otak. Termasuk dalam sistem limbik, amigdala mengatur emosi dan ingatan serta terkait dengan sistem penghargaan otak, stres, dan respons "lawan atau lari" ketika seseorang merasakan ancaman.

d) Hipokampus

Organ berbentuk kuda laut melengkung di bagian bawah setiap lobus temporal, hipokampus merupakan bagian dari struktur yang lebih besar yang disebut formasi hipokampus. Hipokampus mendukung memori, pembelajaran, navigasi, dan persepsi ruang. Hipokampus menerima informasi dari korteks serebral dan mungkin berperan dalam penyakit Alzheimer.

e) Kelenjar pineal

Kelenjar pineal terletak jauh di dalam otak dan terhubung oleh tangkai ke bagian atas ventrikel ketiga. Kelenjar pineal merespons terang dan gelap serta

mengeluarkan melatonin, yang mengatur ritme sirkadian dan siklus tidur-bangun.

f) Ventrikel dan cairan serebrospinal

Jauh di dalam otak terdapat empat area terbuka dengan lorong-lorong di antaranya. Lorong-lorong ini juga terbuka ke kanal tulang belakang sentral dan area di bawah lapisan araknoid selaput otak (meninges). Ventrikel memproduksi cairan serebrospinal, atau CSF, cairan encer yang bersirkulasi di dalam dan di sekitar ventrikel dan sumsum tulang belakang, serta di antara selaput otak (meninges). CSF mengelilingi dan melindungi sumsum tulang belakang dan otak, membersihkan limbah dan kotoran, serta mengantar nutrisi.

3. Etiologi NHS

Penyebab *Non hemorrhagic stroke* menurut Kusumarini & Hardika et al., (2021)

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Seiring pertambahan usia, khususnya setelah usia 55 tahun, elastisitas pembuluh darah cenderung menurun akibat perubahan struktur pada dinding arteri. Perubahan tersebut meliputi berkurangnya serabut elastin dan meningkatnya kandungan kolagen, sehingga pembuluh darah menjadi lebih kaku dan kurang fleksibel. Kondisi ini menyebabkan pembuluh darah tidak mampu beradaptasi dengan baik terhadap perubahan tekanan darah, yang kemudian meningkatkan resistensi perifer dan memicu terjadinya hipertensi sistolik.

2) Jenis kelamin

Jika dibandingkan dengan perempuan, laki-laki memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk mengalami stroke. Hal ini salah satunya berkaitan dengan kebiasaan merokok yang lebih sering ditemukan pada laki-laki. Rokok mengandung zat-zat berbahaya yang dapat merusak lapisan pembuluh darah dan memicu terbentuknya endapan lemak atau plak pada dinding arteri. Penumpukan plak tersebut dapat menyempitkan pembuluh darah dan meningkatkan risiko terjadinya gangguan aliran darah, termasuk stroke.

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Tekanan darah yang tinggi dapat menimbulkan gangguan pada sirkulasi darah karena pembuluh darah mengalami penyempitan. Kondisi ini membuat jumlah darah yang mencapai otak menjadi berkurang. Ketika aliran darah ke otak menurun, suplai oksigen dan glukosa yang dibutuhkan sel-sel otak juga ikut berkurang. Jika keadaan ini berlangsung dalam waktu tertentu, jaringan otak dapat mengalami kerusakan hingga akhirnya terjadi kematian sel.

2) Diabetes melitus

Diabetes mellitus (DM) yang tidak terkontrol mengakibatkan kadar glukosa darah tetap tinggi dalam jangka waktu lama. Keadaan ini membuat ginjal tidak mampu mereabsorpsi seluruh kelebihan glukosa, sehingga sebagian gula ikut terbuang bersama urine (glukosuria). Adanya glukosa di dalam urine meningkatkan tekanan osmotik pada tubulus ginjal, yang kemudian menarik lebih banyak air untuk ikut keluar melalui urine. Proses ini dikenal sebagai diuresis osmotik dan menyebabkan produksi urine meningkat. Akibatnya, tubuh kehilangan cairan dalam

jumlah besar sehingga timbul dehidrasi.

Hiperglikemia yang berlangsung lama juga dapat menimbulkan kerusakan pada lapisan pembuluh darah. Kadar gula yang tinggi secara kronis memicu proses pengerasan dan penebalan dinding arteri (arteriosklerosis), sehingga pembuluh darah menjadi kurang elastis, kaku, dan lebih mudah mengalami keretakan atau cedera. Kerusakan pada dinding pembuluh ini merangsang respons peradangan serta penumpukan lemak, terutama kolesterol LDL, yang akhirnya membentuk plak dan bekuan darah (trombus) pada dinding arteri. Adanya trombus menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah dan menghambat aliran darah, sehingga jaringan mengalami iskemia akibat kekurangan oksigen dan nutrisi. Apabila bekuan tersebut terlepas dan terbawa aliran darah (tromboemboli), sumbatan dapat terjadi pada arteri serebral yang lebih kecil, yang pada akhirnya berisiko menimbulkan infark serebri.

3) Penyakit jantung

Gangguan pada jantung menjadi salah satu penyebab meningkatnya risiko stroke. Sebagai organ yang berperan memompa dan mengedarkan darah ke seluruh tubuh, termasuk ke otak, fungsi jantung yang terganggu dapat menyebabkan distribusi darah tidak optimal. Jika suplai darah ke otak terhambat, jaringan otak dapat mengalami kerusakan, baik secara tiba-tiba maupun perlahan seiring waktu.

4) Obesitas

Risiko stroke berkaitan erat dengan peningkatan kadar lemak dan kolesterol dalam sirkulasi darah. Pada individu yang mengalami obesitas, kadar kolesterol jahat (LDL)

umumnya lebih tinggi dibandingkan kolesterol baik (HDL). Ketidakseimbangan ini dapat memicu penumpukan lemak pada dinding pembuluh darah dan meningkatkan kemungkinan terjadinya gangguan aliran darah, termasuk stroke.

5) Merokok

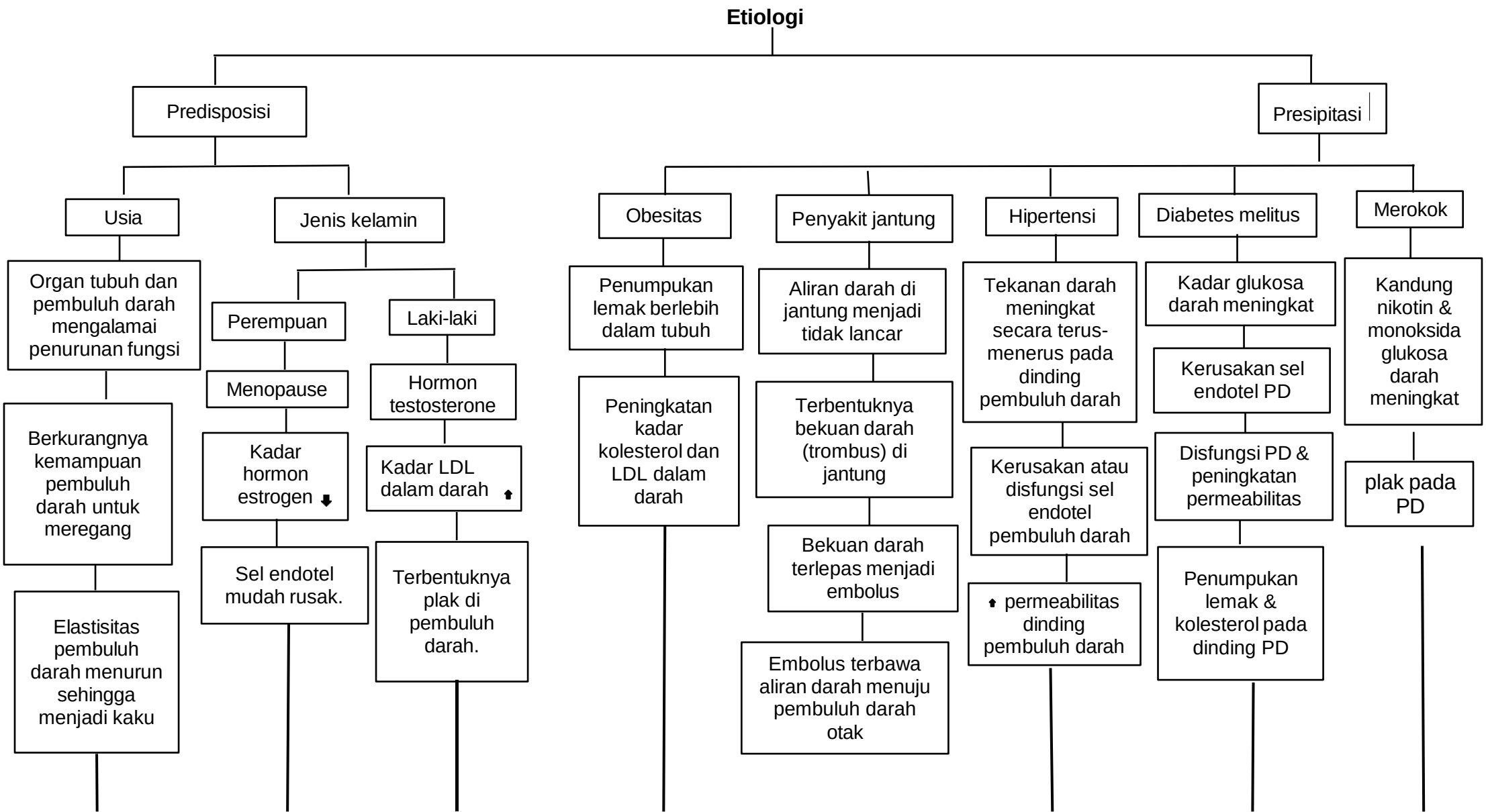
Rokok mengandung zat berbahaya seperti nikotin dan karbon monoksida yang dapat meningkatkan kadar fibrinogen dalam darah melalui proses stres oksidatif dan peradangan. Nikotin menyebabkan penyempitan pembuluh darah (vasokonstriksi) serta merangsang sistem saraf simpatik, sehingga tekanan darah meningkat dan hati terdorong memproduksi lebih banyak fibrinogen sebagai bagian dari respons inflamasi. Di sisi lain, karbon monoksida berikatan dengan hemoglobin sehingga mengurangi kemampuan darah membawa oksigen.

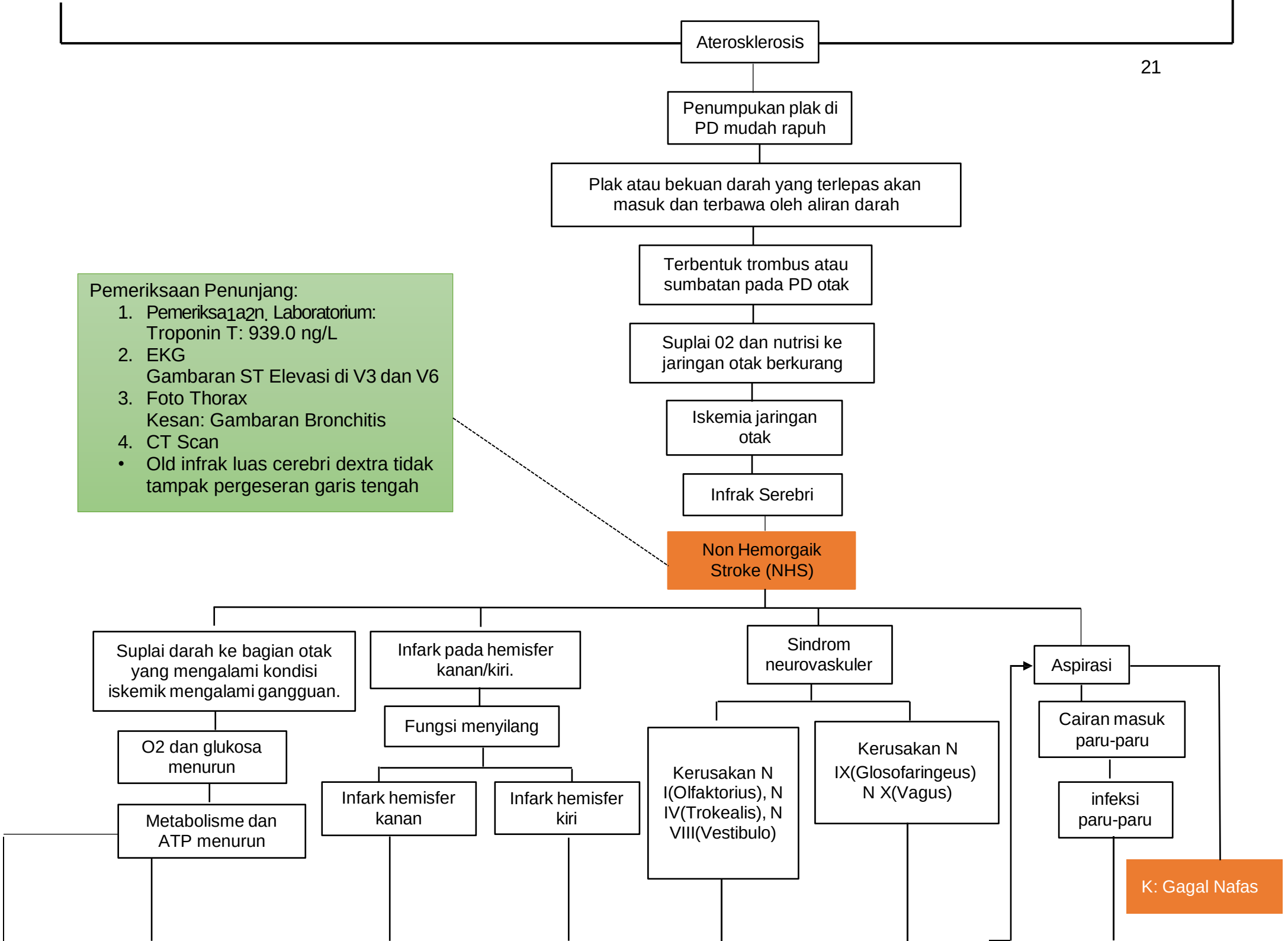
Kondisi hipoksia ini dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah dan memicu pelepasan mediator inflamasi. Akibatnya, proses aterosklerosis berlangsung lebih cepat, ditandai dengan penebalan dan penyempitan pembuluh darah akibat akumulasi plak dan fibrinogen. Kadar fibrinogen yang meningkat juga membuat darah menjadi lebih kental dan mendorong terjadinya agregasi trombosit. Trombosit akan melekat pada dinding pembuluh yang mengalami kerusakan dan membentuk bekuan darah (trombus). Selanjutnya, dalam proses koagulasi, fibrinogen diubah menjadi fibrin yang membentuk jaringan seperti benang untuk memperkuat trombus, sehingga dapat menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah.

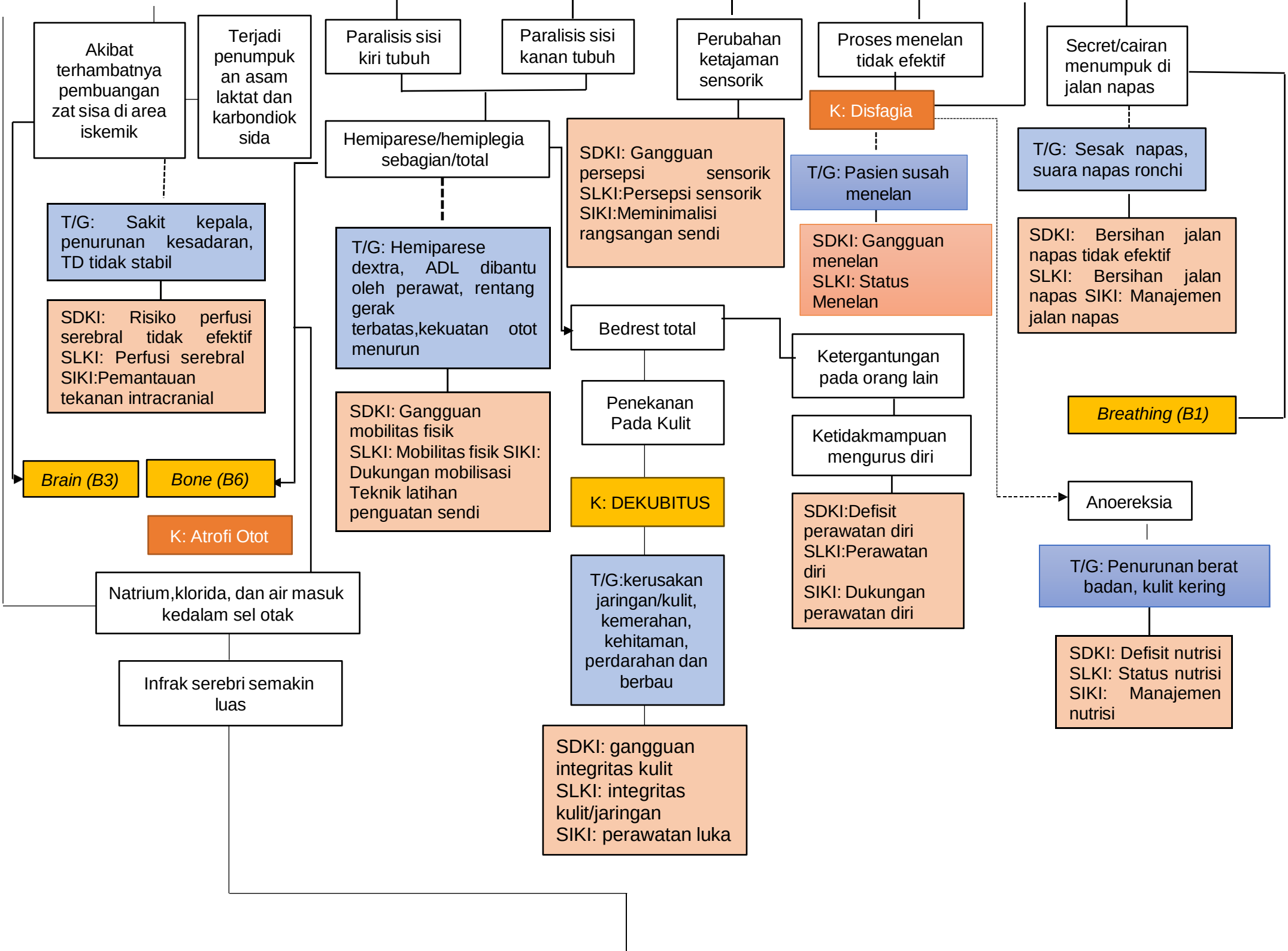
4. Patofisiologi NHS

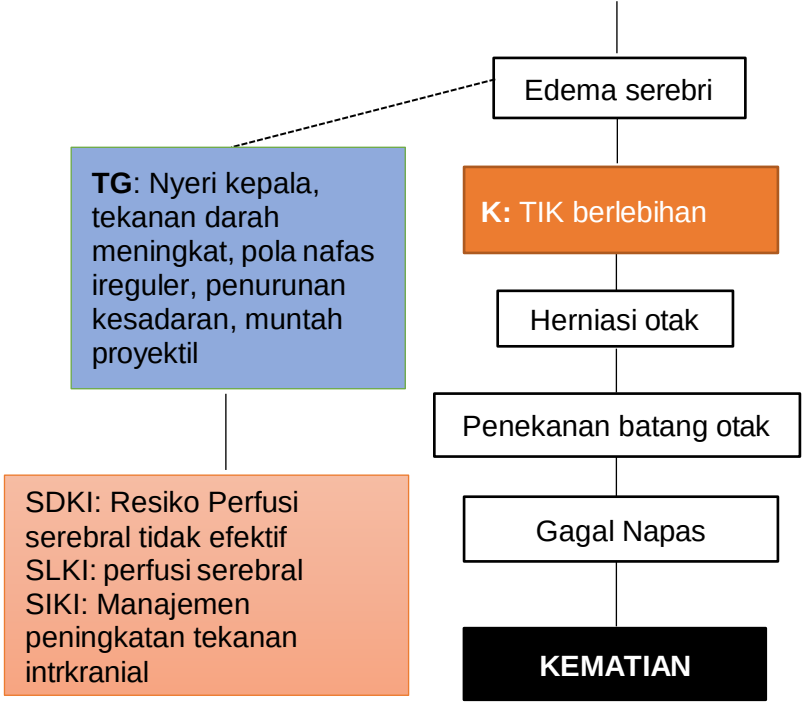
Stroke non hemoragik terjadi karena aliran darah ke otak tersumbat yang diakibatkan oleh adanya bekuan darah di dalam arteri besar pada sirkulasi sereberum. Sumbatan atau obstruksi ini dapat disebabkan oleh emboli maupun thrombus. Trombus atau bekuan darah terbentuk pada permukaan asar plak aterosklerosis yang terbentuk pada dinding arteri. Thrombus dapat membesar dan akhirnya menyumbat lumen arteri tersebut. Sebagian thrombus dapat terlepas menjadi embolus. Embolus berjalan lewat aliran darah dan dapat menyumbat pembuluh arteri yang lebih kecil. Ketika arteri tersumbat secara akut oleh trombus atau embolus, maka akan menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada upper motor neuron (UMN). Kerusakan saraf pada homunculus motorik mengakibatkkan hemiparesis pada anggota motorik. Sel-sel saraf (neuron) berkurang jumlahnya sehingga sintesis berbagai neurotransmiter berkurang. Berkurangnya jumlah neurotransmiter mengakibatkan kecepatan hantaran impuls dan kemampuan transmisi impuls neuron sel efektor menurun. Hal tersebut mengakibatkan terganggunya kemampuan sistem saraf untuk mengirimkan informasi sensorik, mengenal dan mengasosiasikan informasi, memprogram dan memberi respon terhadap informasi sensorik atau sering disebut dengan gangguan neuromuskuler (Suparyanto et al., 2022)

Pathway NHS


Etiologi
Predisposisi
Presipitasi
Usia
Jenis kelamin
Obesitas
Penyakit jantung
Hipertensi
Diabetes melitus
Merokok
Organ tubuh dan pembuluh darah mengalamai penurunan fungsi
Perempuan
Laki-laki
Penumpukan lemak berlebih dalam tubuh
Aliran darah di jantung menjadi tidak lancar
Tekanan darah meningkat secara terus-menerus pada dinding pembuluh darah
Kadar glukosa darah meningkat
Kandung nikotin & monoksida glukosa darah meningkat
Berkurangnya kemampuan pembuluh darah untuk meregang
Menopause
Hormon testosterone
Peningkatan kadar kolesterol dan LDL dalam darah
Terbentuknya bekuan darah (trombus) di jantung
Kerusakan atau disfungsi sel endotel pembuluh darah
Kerusakan sel endotel PD
plak pada PD
Elastisitas pembuluh darah menurun sehingga menjadi kaku
Kadar hormon estrogen ⬇
Kadar LDL dalam darah ⬆
Bekuan darah terlepas menjadi embolus
⬆ permeabilitas dinding pembuluh darah
Disfungsi PD & peningkatan permeabilitas
Sel endotel mudah rusak.
Terbentuknya plak di pembuluh darah.
Embolus terbawa aliran darah menuju pembuluh darah otak
Penumpukan lemak & kolesterol pada dinding PD


Aterosklerosis
Penumpukan plak di PD mudah rapuh
Plak atau bekuan darah yang terlepas akan masuk dan terbawa oleh aliran darah
Terbentuk trombus atau sumbatan pada PD otak
Suplai 02 dan nutrisi ke jaringan otak berkurang
Iskemia jaringan otak
Infrak Serebri
Non Hemorgaik Stroke (NHS)
Pemeriksaan Penunjang:
1. Pemeriksa1a2n. Laboratorium: Troponin T: 939.0 ng/L
2. EKG Gambaran ST Elevasi di V3 dan V6
3. Foto Thorax Kesan: Gambaran Bronchitis
4. CT Scan
• Old infrak luas cerebri dextra tidak tampak pergeseran garis tengah
Suplai darah ke bagian otak yang mengalami kondisi iskemik mengalami gangguan.
O2 dan glukosa menurun
Metabolisme dan ATP menurun
Infark pada hemisfer kanan/kiri.
Fungsi menyilang
Infark hemisfer kanan
Infark hemisfer kiri
Sindrom neurovaskuler
Kerusakan N I(Olfaktorius), N IV(Trokealis), N VIII(Vestibulo)
Kerusakan N IX(Glosofaringeus) N X(Vagus)
Aspirasi
Cairan masuk paru-paru
infeksi paru-paru
K: Gagal Nafas


Akibat terhambatnya pembuangan zat sisa di area iskemik
Terjadi penumpuk an asam laktat dan karbondiok sida
Paralisis sisi kiri tubuh
Paralisis sisi kanan tubuh
Perubahan ketajaman sensorik
Proses menelan tidak efektif
Secret/cairan menumpuk di jalan napas
K: Disfagia
Hemiparese/hemiplegia sebagian/total
SDKI: Gangguan persepsi sensorik SLKI:Persepsi sensorik SIKI:Meminimalisi rangsangan sendi
T/G: Pasien susah menelan
T/G: Sesak napas, suara napas ronchi
T/G: Sakit kepala, penurunan kesadaran, TD tidak stabil
T/G: Hemiparese dextra, ADL dibantu oleh perawat, rentang gerak terbatas,kekuatan otot menurun
SDKI: Gangguan menelan SLKI: Status Menelan
SDKI: Bersihan jalan napas tidak efektif SLKI: Bersihan jalan napas SIKI: Manajemen jalan napas
SDKI: Risiko perfusi serebral tidak efektif SLKI: Perfusi serebral SIKI:Pemantauan tekanan intracranial
Bedrest total
Ketergantungan pada orang lain
Breathing (B1)
SDKI: Gangguan mobilitas fisik SLKI: Mobilitas fisik SIKI: Dukungan mobilisasi Teknik latihan penguatan sendi
Penekanan Pada Kulit
Ketidakmampuan mengurus diri
Brain (B3)
Bone (B6)
K: DEKUBITUS
Anoereksia
SDKI:Defisit perawatan diri SLKI:Perawatan diri SIKI: Dukungan perawatan diri
K: Atrofi Otot
T/G:kerusakan jaringan/kulit, kemerahan, kehitaman, perdarahan dan berbau
T/G: Penurunan berat badan, kulit kering
Natrium,klorida, dan air masuk kedalam sel otak
SDKI: gangguan integritas kulit SLKI: integritas kulit/jaringan SIKI: perawatan luka
SDKI: Defisit nutrisi SLKI: Status nutrisi SIKI: Manajemen nutrisi
Infrak serebri semakin luas


Edema serebri
TG: Nyeri kepala, tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran, muntah proyektil
K: TIK berlebihan
Herniasi otak
Penekanan batang otak
SDKI: Resiko Perfusi serebral tidak efektif
SLKI: perfusi serebral
SIKI: Manajemen peningkatan tekanan intrkranial
Gagal Napas
KEMATIAN

5. Manifestasi Klinis NHS

   Ada dua metode penanganan tanda dan gejala pada pasien stroke, antara lain:

   a. FAST

      Menurut WHO (2022), metode pemeriksaan FAST dilakukan dengan meminta orang tersebut untuk tersenyum (untuk penilaian wajah), kemudian meminta untuk mengangkat kedua lengan (untuk penilaian pengucapan), yang diuji pada ketiga indikator tersebut (uji ketiganya). FAST adalah jembatan pengingat untuk mengenali tanda-tanda peringatan stroke yang terdiri dari:

      1) **F** (*face)* adalah mati rasa pada wajah atau kelemahan pada wajah terutama pada satu sisi.
      2) **A** *(arm)* adalah mati rasa pada lengan atau kelemahan pada lengan di satu sisi tubuh.
      3) **S** (speech) adalah bicara cadel atau kesulitan berbicara dan memahami.
      4) **T** *(time*) adalah saatnya untuk menghubungi layanan darurat jika hal-hal tersebut terjadi secara tiba-tiba atau disertai dengan kehilangan penglihatan, kehilangan keseimbangan disertai pusing atau sakit kepala yang semakin parah tanpa diketahui penyebabnya yang terjadi secara tiba-tiba dan parah.

   b. SeGeRa Ke RS

      Menurut Kemenkes (2023), alat penilaian sederhana untuk stroke adalah “SEGERA KE RUMAH SAKIT”, yang merupakan singkatan dari senyum tidak simetris. Setengah dari anggota tubuh menjadin lemah secara mendadak, berbicara cadel atau ketidakmampuan mendadak untuk berbicara atau memahami kata-kata atau ucapan. istilah SeGeRa Ke Rs artinya:

1) **Se** adalah senyum tidak seimbang (condong ke satu sisi), mengalami tersedak, sulit menelan air minum secara mendadak.
2) **Ge** adalah gerak sebagian anggota tubuh mengalami kelemahan secara tiba-tiba.
3) **Ra** adalah bicara pelo/ tiba-tiba tidak bisa bicara/tidak memahami kata-kata/ bicara tidak nyambung.
4) **Ke** adalah kebas atau baal, atau kesemutan di sisi tubuh.
5) **R** adalah rabun, penglihatan satu mata yang tidak jelas dan bisa muncul secara mendadak.
6) **S** adalah sakit kepala hebat yang dapat terjadi secara tiba-tiba dan belum pernah dialami sebelumnya, gangguan pada fungsi keseimbangan, seperti terasa berputar, Gerakan sulit dikoordinasi (tremor/gemetar).

6. Tes Diagnostik NHS

Menurut Anggraeni, (2021) tes diagnostik pada pasien , yaitu:

a. Radiologi

1) CT-Scan

Pemeriksaan pemindaian digunakan untuk menampilkan secara jelas adanya edema, hematoma, iskemia, serta infark pada kasus stroke. Dari hasil pemeriksaan tersebut umumnya terlihat area dengan peningkatan densitas pada ventrikel kiri serta adanya fokus hiperdens pada bagian tertentu.

2) MRI (*Magnetic resonance imaging*)

Pemeriksaan ini memanfaatkan gelombang magnetik untuk menilai ukuran maupun luas perdarahan yang terjadi di otak. Hasil pemeriksaan tersebut dapat digunakan untuk mengidentifikasi area yang mengalami infark, perdarahan (hemoragik), serta adanya kelainan pembuluh darah seperti malformasi arteriovena.

3) EEG (Elektroensefalogram)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi suatu penyakit melalui analisis aktivitas gelombang listrik otak. Metode ini dapat membantu menampilkan lokasi lesi secara lebih spesifik. Pada pasien stroke, pemeriksaan tersebut juga dapat digunakan untuk mengetahui adanya aktivitas kejang yang menyerupai gejala stroke, serta mendeteksi perubahan pola pada EEG yang sering menyertai kondisi stroke.

4) Angiografi Serebral

Pemeriksaan ini berfungsi untuk membantu mengidentifikasi penyebab stroke Pemeriksaan ini berfungsi untuk membantu mengidentifikasi penyebab stroke secara lebih jelas, seperti adanya perdarahan, penyumbatan pada arteri, maupun terjadinya oklusi atau ruptur pembuluh darah.

5) Sinar X

Pemeriksaan ini dapat menunjukkan adanya pergeseran kelenjar pineal ke sisi yang berlawanan akibat adanya massa yang meluas. Selain itu, juga dapat menggambarkan klasifikasi pada arteri karotis interna yang berhubungan dengan terjadinya trombosis serebral.

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan meliputi kadar hemoglobin, leukosit, trombosit, dan eritrosit. Parameter tersebut digunakan untuk menilai kemungkinan adanya anemia pada pasien. Selain itu, jumlah leukosit juga dapat menggambarkan kondisi sistem kekebalan tubuh. Apabila nilai leukosit melebihi batas normal, hal ini dapat menunjukkan adanya

proses infeksi yang sedang terjadi dalam tubuh.

2) Tes kimia darah

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui kadar berbagai zat dalam darah, seperti glukosa, kolesterol, dan asam urat. Pada penderita stroke, sering ditemukan kadar gula darah yang meningkat. Selain itu, riwayat diabetes yang tidak terkontrol atau tidak mendapatkan penanganan yang tepat dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami stroke.

3) Tes darah koagulasi

Pemeriksaan ini meliputi empat jenis tes, yaitu prothrombin time (PT)**,** partial thromboplastin time (PTT)**,** International Normalized Ratio (INR), dan agregasi trombosit. Keempat pemeriksaan tersebut bertujuan untuk menilai kecepatan proses pembekuan darah. Pada penderita stroke, hasil pemeriksaan PT dan PTT umumnya berada dalam batas normal.

7. Penatalaksanaan NHS

Menurut Tapuwa et al., (2020), penatalaksanaan NHS terbagi atas dua bagian yaitu, antara lain:

a. Fase akut terapi non farmakologi

1) Terapi oksigen

penting bagi pasien stroke iskemik dan hemoragik yang mengalami masalah aliran darah ke otak, karena kebutuhan oksigen sangat diperlukan untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk menjaga metabolisme otak.

2) Reperfusi dengan trombolitik atau vasodilation: Nimotop. Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik/emobolik.

3) Pencegahan peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Dengan meninggikan kepala 15 - 30^0 menghindari fleksi

dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.

4) Pasien di tempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.

b. Adapun tatalaksana farmakologi akut menurut (Wisloff T et al., 2022):

1) *Recombinant Tissue Plasminogen Activator* (rTPA)

Pemberian obat trombolitik ini bertujuan untuk mencegah dan melarutkan bekuan darah, membuka pendarahan yang tersumbat, dan melancarkan aliran darah.

2. Terapi antiplatelet

Penggunaan antiplatelet 48 jam sejak onset serangan dapat mencegah terjadinya agregasi platelet, dan mengurangi volume kerusakan otak. Antiplatelet yang biasa digunakan diantaranya aspirin, clopidogrel. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dianggap untuk pemberian awal dalam waktu 24 jam dan kelanjutan selama 21 hari.

3. Terapi Antikoagulan

Obat ini diharapkan untuk mencegah terjadinya kembali stroke emboli dan menurunkan risiko tromboembolisme vena. Jenis glongan obat ini adalah unfractioned heparin (UFH) dan lower molecular weight heparin (LMWH). Terapi antikoagulan dapat diberikan dalam 48 jam setelah onset gejala untuk pencegahan tromboemboli, dengan menghindari penggunaan bersama dengan fibrinolitik dalam 24 jam.

4. Antihipertensi

Anithipertensi diberikan pada NHS akut ketika tekanan darah > 220/120 mmHg atau apablia memiliki penyakit

tertentu. Penggunaan antihipertensi pada pasien NHS akut yaitu seperti labetalol dan nikardipin dengan pertimbangan penggunaan rtPa dan nilai tekanan darah sedangkan setelah post stroke semua agen antihipertensi dapat digunakan sesuai dengan kondisi pasien.

5. Tujuan pemberian obat ini yaitu reperfusi kejaringan dengan harapan melindungi sel membran dan stabilisasi membran sehingga mengurangi luas infark. Jenis obat seperti citicoline, flunarizine, atau statin.

c. Fase rehabilitasi

1) Menurut penelitian yang dilakukan oleh Bernhardt et al., (2015), rehabilitasi merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan pasien stroke untuk meningkatkan pemulihan fungsi dan mencegah komplikasi akibat imobilisasi. Penelitian multicenter *A Very EarlyRehabilitat ion Trial* (AVERT) menunjukkan bahwa mobilisasi dini pada pasien stroke dapat membantu proses pemulihan apabila dilakukan secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi klinis pasien. Mobilisasi yang dimulai dalam 24 jam pertama setelah stroke memang aman dilakukan, namun mobilisasi yang terlalu dini dan intensif justru tidak menunjukkan hasil pemulihan fungsional yang lebih baik dibandingkan perawatan standar. Oleh karena itu, program rehabilitasi pasien stroke dianjurkan dimulai secara dini tetapi dengan intensitas yang terkontrol, dimulai dari latihan sederhana seperti perubahan posisi, duduk di tempat tidur, hingga latihan berdiri dan berjalan secara bertahap untuk meningkatkan kemandirian pasien. Prinisp rehabilitasi strokenya adalah:

a) Mobilisasi dini: rehabilitasi dimulai dalam 24–48 jam setelah onset stroke, jika kondisi pasien dalam

keadaan stabil.

b) Tidak dilakukan terlalu intensif pada 24 jam pertama. Mobilisasi yang terlalu lama atau terlalu sering pada fase akut justru dapat menurunkan peluang pemulihan fungsional**.**

c) Mobilisasi dilakukan secara bertahap: Intensitas rehabilitasi ditingkatkan secara perlahan sesuai toleransi pasien.

d) Rehabilitasi haru disesuaikan dengan kondisi pasien, diantaranya: tingkat keparahan stroke, kondisi hemodinamik pasien, tingkat kesadaran.

8. Komplikasi NHS

Menurut Rizky et al., & Nisila et al., (2025) komplikasi pada penderita stroke non hemoragik yaitu sebagai berikut:

a. Peningkatan tekanan intrakranial

Infark serebri yang luas atau adanya perdarahan di otak dapat memicu terjadinya edema serebri. Kondisi ini berpotensi menyebabkan herniasi otak yang pada akhirnya mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial.

b. Edema serebri

Edema serebri merupakan keadaan ketika terjadi akumulasi cairan yang berlebihan di dalam jaringan otak sehingga menimbulkan pembengkakan. Karena otak berada di dalam rongga tengkorak yang kaku dan tertutup, pembengkakan tersebut dapat meningkatkan tekanan di dalam tengkorak. Peningkatan tekanan ini kemudian dapat menekan jaringan otak dan mengganggu fungsi normal otak.

c. Hemoragik stroke

Stroke hemoragik merupakan kondisi medis yang terjadi ketika pembuluh darah di otak mengalami pecah sehingga menimbulkan perdarahan pada jaringan otak. Perdarahan

tersebut mengganggu sirkulasi darah normal, sehingga bagian otak yang seharusnya memperoleh oksigen dan nutrisi menjadi kekurangan suplai. Keadaan ini dapat menyebabkan kerusakan hingga kematian sel-sel otak. Selain itu, penumpukan darah juga dapat menimbulkan tekanan pada jaringan otak di sekitarnya sehingga semakin memperburuk gangguan fungsi otak.

d. Gagal napas

Pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran, jalan napas harus tetap dijaga agar tetap terbuka. Salah satu manifestasi stroke adalah menurunnya tingkat kesadaran yang dapat menimbulkan sumbatan pada jalan napas. Hal ini dapat terjadi karena lidah menjadi lebih rileks dan jatuh ke arah belakang sehingga menutup orofaring, yang pada akhirnya dapat menyebabkan gangguan hingga kegagalan pernapasan.

e. Dekubitus

Area tubuh yang paling sering mengalami memar antara lain bagian pinggul, bokong, persendian kaki, dan tumit. Apabila kondisi memar tersebut tidak mendapatkan perawatan yang tepat, maka dapat berkembang menjadi ulkus dekubitus serta meningkatkan risiko terjadinya infeksi.

f. Atrofi otot

Atrofi otot dan kontraktur atau kekakuan pada sendi dapat terjadi akibat kurangnya pergerakan serta kondisi imobilisasi dalam waktu yang cukup lama.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian primer

a. B1 *(Breathing)*

Masalah yang sering ditemukan adalah sesak napas,

peningkatan frekuensi pernapasan, penggunaan otot bantu napas, serta bunyi napas tambahan seperti ronkhi atau wheezing akibat menumpuk sekret. Kondisi ini terjadi karena gangguan pada pusat pernapasan di otak serta menurunnya refleks batuk sehingga jalan napas tidak dapat dibersihkan secara efektif (Anita Mirawati et al., 2025).

b. B2 *(Blood)*

Masalah yang sering muncul adalah peningkatan tekanan darah atau hipertensi, perubahan frekuensi nadi, serta gangguan perfusi jaringan. Hipertensi sering ditemukan pada pasien stroke sebagai respon tubuh terhadap peningkatan tekanan intrakranial atau sebagai faktor risiko utama terjadinya stroke. Gangguan sirkulasi ini dapat menyebabkan perfusi jaringan serebral tidak efektif sehingga mengirim kerusakan jaringan otak (Anita Mirawati et al., 2025)

c. B3 *(Brain)*

Masalah yang ditemukan **i**nfrak cerebri luas atau perdarahan akan terjadi edema cerebri yang menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial dan terjadi penurunan tingkat kesadaran, perubahan nilai Glasgow Coma Scale (GCS), hemiparesis atau hemiplegia, gangguan bicara seperti afasia, serta gangguan fungsi saraf kranial. Kerusakan jaringan otak akibat gangguan aliran darah menyebabkan berbagai defisit saraf yang bergantung pada lokasi dan luas area otak yang mengalami kerusakan (Suryawan Putra et al., 2024).

d. B4 *(Bladder)*

Pasien stroke sering mengalami gangguan eliminasi urin seperti inkontinensia urin atau retensi urin akibat kerusakan sistem saraf yang mengontrol fungsi kandung kemih. Gangguan ini juga dapat dipengaruhi oleh kondisi imobilisasi

dan penggunaan kateter urin pada pasien yang dirawat di ruang intensif (Rahayu et al., 2024).

e. B5 *(Bowel)*

Pengkajian pada sistem pencernaan didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, anoreksia/nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Kondisi ini memicu timbulnya masalah pemenuhan nutrisi klien. Pola defekasi biasanya juga mengalami masalah yaitu terjadinya konstipasi akibat penurunan peristaltik usus (Rahayu et al., 2024).

f. B6 *(Bone)*

Pasien stroke biasanya mengalami kelemahan otot, kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegia), keterbatasan rentang gerak, serta risiko terjadinya luka tekan (dekubitus) akibat imobilisasi yang lama. Gangguan ini terjadi karena kerusakan neuron motorik yang menyebabkan penurunan kemampuan pasien untuk bergerak dan melakukan aktivitas sehari- hari (Damayanti et al., 2024)

2. Pengkajian Sekunder

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) DS: adanya riwayat penyakit jantung, hipertensi, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.
2) DO: hipertensi arterial (dapat ditemukan atau terjadi pada cedera serebrovaskular) sehubungan dengan adanya embolisme.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) DS: nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi, rasa kecap pada lidah dan pipi serta tenggorokkan, disfagia, peningkatan lemak dalam darah
2) DO: kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas, tidak mampu memenuhi kebutuhan diri

sendiri

c. Pola eliminasi
    1) DS: Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, kesulitan BAB atau BAK dan anuria.
    2) DO: Distensi abdomen (distensi kandung kemih), bising usus negatif.
d. Pola aktivitas dan latihan
    1) DS: kesulitan dalam beraktivitas, kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis
    2) DO: perubahan tonus otot,paralis, hemiplegia, kelemahan umum. Pada pola aktivitas dan latihan pasien dilakukan pengkajian level stroke, dimana pada:
        a) Level 1: Belum dapat menjaga keseimbangan kepala
        b) Level 2: Mampu menjaga keseimbangan kepala
        c) Level 3: Mampu duduk, tapi tidak dapat menjaga keseimbangan duduk jika diberi aktivitas
        d) Level 4: Mampu duduk dan dapat menjaga keseimbangan jika diberikan aktivitas tapi tidak dapat berdiri
        e) Level 5: Mampu berdiri tapi tidak dapat seimbang
        f) Level 6: Mampu berdiri dengan sedikit aktivitas
        g) Level 7: Mampu berdiri dengan banyak aktivitas.
e. Pola tidur dan istirahat
    1) DS: kesulitan untuk beristirahat, nyeri kepala, mudah lelah (rasa nyeri atau kejang otot) dan tirah baring lama (penumpukkan sekret)
    2) DO: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah dan tegang pada otot, sektret tertahan
f. Pola persepsi sensorik dan kognitif
    1) DS: pusing, sakit kepala, kelemahan/kesemutan, mati/lumpuh, penglihatan menurun seperti buta total,

kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain

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

g. Pola persepsi dan konsep diri
   1) DS: perasaan putus asa, perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan
   2) DO: mudah marah, tidak kooperatif
h. Pola nutrisi dan metabolik
   1) DS: adanya riwayat penyakit jantung, hipertensi, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.
   2) DO: hipertensi arterial (dapat ditemukan atau terjadi pada cedera serebrovaskular) sehubungan dengan adanya embolisme.
i. Pola peran dan hubungan dengan sesama
   1) DS: masalah bicara dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi.
   2) DO: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, kesulitan mengungkapkan kata (afasia).
j. Pola mekaniske koping dan toleransi terhadap stres
   1) DS: kemampuan klien untuk mendiskusikan masalah kesehatan saat ini, dampak kecemasan, ketakutan, perubahan perilaku akibar stres
   2) DO: pandangan terhadap dirinya yang salah, ketidakmampuan melakukan aktivitas secara maksimal
k. Pola reproduksi dan seksualitas
   1) DS: Tidak adanya gairah seksual
   2) DO: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual

l. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) DS: jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil
2) DO: gangguan dan kesulitan saat melaksanakan ibadah

3. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien stroke yaitu:

a. Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D.0017)
   Definisi: Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak
b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
   Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri
c. Defisit perawatan diri (D.0109)
   Definisi: Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri
d. Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
   Definisi: suatu penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol
e. Gangguan menelan (D.0063)
   Definisi: Fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus
f. Bersihan jalan napas (D.0001)
   Definisi: Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten

3. Luaran dan rencana keperawatan

Berikut adalah luaran dan rencana keperawatan menurut:
Intervensi keperawatan berdasarkan SLKI dan SIKI 2018 yaitu:

a. Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif dengan faktor risiko gangguan aliran darah arteri atau vena, hipertensi, cedera kepala.

   SLKI:

   Ekspetasi: Perfusi serebral meningkat

   Kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan intra kranial menurun, kecemasan menurun (L. 02014).

   SIKI:

   Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I. 09325)

   1) Observasi
      a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral).

         R/ mengetahui penyebab (seperti lesi otak, edema serebral, atau gangguan metabolisme) penting untuk menentukan intervensi yang tepat.

      b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun).

         R/ tanda seperti hipertensi, tekanan nadi melebar, bradikardia, dan napas tidak teratur (triad Cushing) menunjukkan peningkatan TIK yang berat dan risiko herniasi otak. Penurunan kesadaran menandakan gangguan perfusi otak.

      c) Monitor MAP (Mean Arteri Pressure).

         R/ MAP mencerminkan tekanan perfusi sistemik. Nilai ini diperlukan untuk menghitung CPP (Cerebral Perfusion Pressure) sehingga membantu memastikan otak mendapat aliran darah yang adekuat

      d) Monitor CVP (Central Venous Pressure).

R/ CVP menunjukkan status volume cairan dan tekanan vena sentral. Peningkatan CVP dapat menghambat aliran balik vena dari otak sehingga memperburuk peningkatan TIK.

e) Monitor ICP (intra Cranial Pressur), jika tersedia.
   R/ pemantauan ICP secara langsung memberikan informasi akurat tentang tekanan dalam rongga tengkorak.
f) Monitor CCP (Cerebral Perfusion Pressure).
   R/ CPP menunjukkan kecukupan aliran darah ke otak (CPP=MAP−ICP). Nilai CPP yang rendah menandakan risiko iskemia otak, sehingga perlu dipertahankan dalam batas normal.
g) Monitor gelombang ICP.
   R/ analisis gelombang ICP (misalnya gelombang A, B, C) membantu menilai kepatuhan (compliance) otak dan mendeteksi peningkatan tekanan sebelum terjadi perubahan klinis yang nyata.
h) Monitor status pernafasan
   R/ gangguan pernapasan dapat meningkatkan kadar CO_2 dalam darah, yang menyebabkan vasodilatasi serebral dan meningkatkan TIK. Pemantauan penting untuk menjaga ventilasi adekuat
i) Monitor intake dan output cairan.
   R/ keseimbangan cairan mempengaruhi volume intravaskular dan edema otak. Overload cairan dapat memperburuk edema serebral, sedangkan defisit cairan dapat menurunkan perfusi otak.
j) Monitor cairan serebro-spinalis (mis: warna dan konsistensi).

R/ perubahan warna (misalnya keruh atau berdarah) dapat mengindikasikan infeksi atau perdarahan. Hal ini penting untuk deteksi dini komplikasi yang dapat meningkatkan TIK.

2) Terapeutik
   a) Berikan posisi semi fowler.
      R/ posisi semi fowler (±30°) membantu meningkatkan aliran balik vena dari otak ke jantung, sehingga menurunkan volume darah intrakranial dan menurunkan TIK.
   b) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
      R/ stimulus berlebihan (suara, cahaya, nyeri) dapat meningkatkan aktivitas saraf simpatis dan metabolisme otak, sehingga meningkatkan aliran darah serebral dan memperburuk TIK.
   c) Cegah terjadinya kejang.
      R/ kejang meningkatkan kebutuhan oksigen otak dan aliran darah serebral secara drastis, sehingga dapat menyebabkan peningkatan TIK dan memperburuk cedera otak.
   d) Hindari penggunaan PEEP.
      R/ PEEP yang tinggi dapat meningkatkan tekanan intratorakal, menghambat aliran balik vena dari otak, dan akhirnya meningkatkan TIK.
   e) Pertahankan suhu tubuuh normal.
      R/ hipertermia meningkatkan metabolisme otak dan konsumsi oksigen, yang dapat meningkatkan aliran darah serebral dan TIK. Suhu normal membantu menurunkan kebutuhan metabolik otak.
   f) Hindari pemberian cairan IV hipotonik.

R/ cairan hipotonik dapat masuk ke dalam sel otak melalui osmosis dan menyebabkan edema serebral, sehingga memperparah peningkatan TIK.

g) Atur ventilator agar PaCO2 optimal.

R/ kadar CO_2 mempengaruhi diameter pembuluh darah otak. Hiperkapnia (CO_2 tinggi) menyebabkanvasodilat asi serebral yang meningkatkan TIK, sedangkan normokapnia membantu menjaga tekanan tetap stabil.

h) Hindari manuver valsava

R/ manuver Valsava (misalnya mengejan, batuk kuat) meningkatkan tekanan intratorakal dan intrakranial, serta menghambat aliran balik vena otak sehingga meningkatkan TIK.

3) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu.

R/ sedasi membantu menurunkan aktivitas metabolisme otak, mengurangi agitasi, serta mencegah peningkatan TIK akibat rangsangan berlebihan. Antikonvulsan digunakan untuk mencegah atau mengatasi kejang yang dapat meningkatkan konsumsi oksigen otak dan aliran darah serebral, sehingga memperburuk peningkatan TIK.

b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu.

R/ diuretik osmotik (misalnya manitol) bekerja menarik cairan dari jaringan otak ke dalam pembuluh darah melalui mekanisme osmosis, sehingga mengurangi edema serebral dan menurunkan TIK.

c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu Kolaborasi

R/ pelunak tinja mencegah pasien mengejan saat defekasi. Mengejan (manuver Valsava) dapat

meningkatkan tekanan intratorakal dan intrakranial, sehingga memperburuk peningkatan TIK.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot.

SLKI:

Ekspektasi: mobilitas fisik meningkat

Kriteria hasil: pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat (L. 05042)

SIKI: Dukungan Ambulasi (I. 06171)

1) Observasi

a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.

R/ nyeri atau keluhan fisik (misalnya pusing, lemah, sesak) dapat menghambat kemampuan pasien untuk melakukan ambulasi dan meningkatkan risiko cedera.

b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.

R/ mengetahui toleransi aktivitas pasien penting untuk menentukan tingkat ambulasi yang aman dan mencegah kelelahan berlebihan yang dapat memperburuk kondisi pasien.

c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.

R/ frekuensi jantung dan tekanan darah mencerminkan kondisi hemodinamik pasien.

d) Montior kondisi umum selama melakukan ambulasi

R/ pemantauan selama ambulasi (misalnya perubahan kesadaran, keseimbangan, tanda kelelahan) penting untuk mendeteksi tanda intoleransi aktivitas secara dini dan mencegah jatuh atau cedera.

2) Terapeutik

a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk).

R/ alat bantu seperti tongkat atau kruk membantu meningkatkan stabilitas, keseimbangan, dan keamanan pasien saat berjalan, sehingga mengurangi risiko jatuh dan cedera serta meningkatkan kemandirian pasien.

b) Fasilitasi omelakukan mobilisasi fisik, jika perlu.
R/ mobilisasi fisik membantu meningkatkan kekuatan otot, sirkulasi darah, serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi seperti dekubitus.

c) Libatkan keluarga untuk membantu psien dalam meningkatkan ambulasi.
R/ keterlibatan keluarga memberikan dukungan fisik dan emosional, meningkatkan motivasi pasien, serta memastikan latihan ambulasi dilakukan secara konsisten dan aman di dalam maupun di luar lingkungan perawatan.

3) Edukasi

a) Jelaskan tujuan dan dan prosedur ambulasi.
R/ penjelasan yang jelas membantu pasien memahami manfaat ambulasi (seperti meningkatkan sirkulasi, mencegah komplikasi imobilisasi)

b) Anjurkan melakukan ambulasi dini.
R/ ambulasi dini membantu mempercepat pemulihan, meningkatkan fungsi muskuloskeletal, serta mencegah komplikasi seperti dekubitus,

c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).
R/ latihan ambulasi bertahap sesuai kemampuan pasien membantu meningkatkan kekuatan, keseimbangan, dan kemandirian secara aman tanpa menyebabkan kelelahan berlebihan atau cedera.

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, ganggguan neuromuskular, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh gangguan fungsi kognitif.

SLKI:

Ekspetasi: perawatan diri meningkat

Kriteria hasil: kemampuan mandi meningkat, kemampuan menggunakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat (L. 11103).

SIKI: Dukungan Perawatan Diri (I. 11348).

1) Observasi
   a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.

      R/ mengetahui kebiasaan pasien membantu perawat memberikan asuhan yang sesuai dengan kemampuan.
   b) Monitor tingkat kemandirian.

      R/ pemantauan tingkat kemandirian penting untuk menilai kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri serta menentukan tingkat bantuan yang diperlukan.
   c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.

      R/ penggunaan alat bantu (misalnya pegangan sikat gigi, alat bantu makan) dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
2) Terapeutik
   a) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi).

      R/ lingkungan yang nyaman dan menjaga privasi membantu meningkatkan rasa aman.

b) Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi dan sabun mandi).

R/ ketersediaan alat yang lengkap memudahkan pasien melakukan perawatan diri secara optimal.

c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.

R/ pendampingan memberikan rasa aman, meningkatkan kepercayaan diri, serta membantu pasien belajar kembali melakukan aktivitas secara bertahap.

d) Fasilitasi untuk menerima keadaan letergantungan

R/ membantu pasien menerima kondisi sementara dapat mengurangi stres, kecemasan, dan penolakan, sehingga pasien lebih kooperatif dalam proses perawatan.

e) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.

R/ memberikan bantuan sesuai kebutuhan mencegah ketergantungan total sekaligus mendorong peningkatan kemampuan pasien secara bertahap.

f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

R/ rutinitas yang teratur membantu membentuk kebiasaan, meningkatkan konsistensi, serta mempercepat pemulihan fungsi perawatan diri pasien.

3) Edukasi

a) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

R/ melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan membantu mempertahankan dan meningkatkan fungsi kemandirian pasien, mencegah penurunan kemampuan, serta meningkatkan rasa percaya diri dan harga diri pasien.

d. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuscular, kerusakan persepsi atau tingkat kesadaran, akalasia.

SLKI:

Ekspetasi: Status menelan membaik

Kriteria hasil: refleks menelan meningkat, usaha menelan meningkat, batuk menurun, frekuensi tersedak menurun, produksi saliva membaik (L. 06053).

SIKI: Dukungan perawatan diri: Makanan/minum (I. 11351)

1) Observasi
   a) Identifikasi diet yang dianjurkan.

      R/ pemantauan kemampuan menelan penting untuk mendeteksi disfagia yang berisiko menyebabkan aspirasi.
   b) Monitor kemampuan menelan

      R/ pemantauan kemampuan menelan penting untuk mendeteksi disfagia yang berisiko menyebabkan aspirasi.
   c) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu.

      R/ status hidrasi yang adekuat penting untuk menjaga keseimbangan cairan, mendukung fungsi tubuh, serta mencegah dehidrasi.
2) Terapeutik
   a) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan.

      R/ lingkungan yang nyaman dan tenang dapat meningkatkan nafsu makan, mengurangi stres, serta membantu pasien lebih fokus saat makan.
   b) Atur posisi yang yaman untuk makan/minum.

      R/ posisi yang tepat (misalnya semi fowler atau duduk tegak) membantu proses menelan lebih efektif,

mencegah aspirasi, serta meningkatkan kenyamanan pasien.

c) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu.
R/ kebersihan mulut yang baik meningkatkan sensasi rasa, mengurangi risiko infeksi, serta meningkatkan nafsu makan pasien.

d) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu.
R/ pemberian bantuan yang sesuai membantu memastikan kebutuhan nutrisi terpenuhi tanpa mengurangi kemandirian pasien.

3) Edukasi

a) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis, sayur di jam 12, rendang di jam 3).
R/ teknik orientasi “arah jarum jam” membantu pasien dengan gangguan penglihatan mengenali posisi makanan secara mandiri,

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian obat (mis, analgesik, antimietik), sesuai indikasi
R/ analgesik membantu mengurangi nyeri yang dapat mengganggu nafsu makan dan kenyamanan pasien, sedangkan antiemetik mencegah atau mengatasi mual dan muntah, sehingga meningkatkan toleransi makan dan asupan nutrisi.

e. Bersihan Jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
SLKI:
Ekspetasi: Bersihan jalan napas meningkat

Kriteria hasil: Batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, mengi menurun, wheezing menurun (L.01002).

SIKI:

Manajemen jalan napas (I.01011)

1) Observasi
    a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

       R/ pemantauan pola napas membantu mendeteksi dini gangguan ventilasi seperti takipnea, dispnea, atau penggunaan otot bantu napas.
    b) Monitor bunyi napas tambahan (mis, mengi, wheezing)

       R/ bunyi napas tambahan menunjukkan adanya obstruksi atau penumpukan sekret di jalan napas.
    c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

       R/ karakteristik sputum memberikan informasi tentang kondisi saluran napas, seperti adanya infeksi (warna kuning/hijau, bau), sehingga membantu evaluasi perkembangan penyakit dan efektivitas terapi.
2) Terapeutik
    a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-tilt (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)

       R/ manuver ini membantu membuka jalan napas dengan mengangkat lidah dari posterior faring, sehingga mencegah obstruksi dan memastikan aliran udara tetap lancar.
    b) Berikan minum air hangat

       R/ air hangat membantu mengencerkan sekret saluran napas.
    c) Posisikan semi fowler atau fowler

R/ posisi ini meningkatkan ekspansi paru dan memfasilitasi drainase sekret, sehingga memperbaiki ventilasi dan oksigenasi.

d) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

R/ fisioterapi dada (perkusi, vibrasi, dan postural drainage) membantu melonggarkan sekret yang menempel di dinding bronkus sehingga lebih mudah dikeluarkan.

e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

R/ suction yang singkat mencegah hipoksia, iritasi mukosa, dan bradikardia akibat stimulasi nervus vagus, sekaligus efektif membersihkan jalan napas.

f) Berikan oksigen, jika perlu

R/ pemberian oksigen membantu memenuhi kebutuhan oksigen tubuh, memperbaiki hipoksia, dan menjaga saturasi oksigen dalam batas normal.

3) Edukasi

a) Ajarkan teknik batuk efektif

R/ teknik batuk efektif membantu mengeluarkan sekret dari saluran pernapasan.

b) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.

R/ asupan cairan yang adekuat membantu mengencerkan sekret saluran napas sehingga lebih mudah dikeluarkan.

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

R/ bronkodilator membantu melebarkan jalan napas sehingga aliran udara menjadi lebih lancar. Ekspektoran dan mukolitik berfungsi mengencerkan

dan memecah sekret, sehingga lebih mudah dikeluarkan melalui batuk.

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 dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diit rendah garam dan mengurangi dan mengurangi makanan yang manis-manis.
c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok, minum minuman beralkohol.
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 mengonsumsi 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.Z umur 66 tahun, jenis kelamin laki-laki, seorang kepala keluarga dan penjual bakso , agama islam, alamat Jl. Rajawali I Lr.13 B dengan diagnosis *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS). Pasien masuk IGD RS Stella Maris Makassar diantar keluarganya pada tanggal 26 Januari 2026 dengan keluhan penurunan kesadaran, sesak, dan disertai dengan kejang-kejang, sehingga dokter memutuskan untuk pasien dirawat inap, setelah pasien selesai diberikan tindakan di IGD, pasien dipindahkan ruangan ICU pada jam 10:00. Berdasarkan hasil pengkajian di ICU diperoleh GCS: E3V2M2, kesadaran somnolen, pasien tampak sesak, terpasang 02 NRM 15 liter, setelah dipasang spO2 naik menjadi 94%, pasien terpasang kateter urine. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 132/85 mmHg, N: 143x/menit,S: 37^0C, P: 32x/menit. Troponin T 939 ng/L. hasil CT-Scan: old infark luas cerebri dextra tidak tampak pergeseran garis tengah, dan hasil pemeriksaan foto thorax menunjukan ada gambaran bronchitis, serta hasil pemeriksaan EKG menunjukan ST Elevasi di V3 dan V6. Terapi obat yang diberikan; citicoline 500 mg/12 jam/IV, phenytoin 50 mg/12 jam/IV, aspilet 80 mg 1x1 tab, clopidogrel (CPG) 75 mg 1x1 tab, Concor 1,25 mg 1x1 tab, meropenem 1 gram/8 jam/IV, curcuma 200 mg 3x1 tab, omeprazole 40 mg/12 jam/IV. Berdasarkan hasil analisis data diperoleh 4 masalah keperawatan, yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif, resiko penurunan curah jantung, gangguan mobilitas fisik.

KAJIAN KEPERAWATAN KRITIS

A. Identitas Pasien

Nama Pasien (Inisial) : Tn.Z
Umur : 66 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki

Tanggal/Jam MRS : 26 Januari 2026 (10 : 00)
Tanggal/Jam Pengkajian : 26 Januari 2026 (10 : 55)
Diagnosa Medis : kesmen + NHS+STEMI

B. Pengkajian

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

Tabel 3.1 Pengkajian Kritis

Breath (B1)	Pergerakan dada	- Tampak simetris antara kanan dan kiri
	Pemakaian otot bantu nafas	- Tidak ada
	Palpasi	- Vocal premitus: tidak dikaji (pasien mengalami penurunan kesadaran) - Nyeri tekan: tidak dikaji - Krepitasi: tidak ada
	Suara nafas	- Stridor (pasien terdengar ngorok)
	Batuk	- Tidak ada reflek batuk (pasien penurunan kesadaran)
	Sputum	- Tidak mampu memproduksi sputum (penurunan kesadaran)
	Alat bantu nafas	- Ada - Jenis: NRM 15 liter
	Lain-Lain	- P: 32x/menit - SPO2: 84% - Hasil foto thorax adalah: *Bronchitis*

Blood (B2)	Suara jantung	- Auskultasi bunyi jantung: Suara jantung gallop pada S3
	Irama jantung	- Sinus rhythm
	CRT	- < 3 detik
	JVP	- Normal
	CVP	- Tidak ada
	Edema	- Tidak tampak
	EKG	- ST Elevasi di V3 dan V6
	Lain-Lain	- TD: 132/85 mmHg - N: 143x/ menit - S: 37^0C - P: 32x/menit - Foto thorax: *bronchitis* - Troponin T: 939.0 ng/L
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif: somnolen - Kuantitatif: E: 3 V:2 M: 2 - Jumlah: 7
	Reaksi pupil Kanan Kiri	- - Ada, diameter 3 cm - Ada, diameter 3 cm
	Refleks fisiologis	- Tidak dikaji
	Refleks patologis	- Reflek babinski: negatif
	Meningeal sign	- Tidak ada
	Lain-Lain	Hasil CT Scan: - Old infark luas cerebri dextra tidak tampak pergeseran garis tengah - Proses Atrofi cerebri - Rhinitis atrpican bilateral - Sinusitis Maksilaris Sinistra
Bladder (B4)	Urin	- Jumlah:300 cc/8 jam - Warna: kuning
	Kateter	- Ada - Jenis: folley kateter biasa no 16 dengan panjang 22 cm

	Kesulitan BAK	- Tidak dikaji
	Lain-Lain	- Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	- Lembab
	Lidah	- Tampak kotor
	Keadaan gigi	- Gigi tampak utuh dan lengkap
	Nyeri tekan	- Tidak dikaji
	Abdomen	- Abdomen tampak datar - Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai: 16x/menit
	Mual	- Tidak dikaji
	Muntah	- Tidak ada
	Hematememsis	- Tidak ada
	Melena	- Tidak ada
	NGT	- Terpasang NGT
	Colostomy bag	- Tidak terpasang colostomy bag
	Diare	- Tidak adanya diare
	Konstipasi	- Tidak dikaji
	Asites	- Tidak tampak
	Lain-Lain	- Tidak ada
Bone (B6)	Turgor	- Tidak ada
	Pendaharan kulit	- Tidak terdapat perdarahan pada kulit
	Icterus	- Tidak tampak ikterik
	Akral	- Teraba hangat
	Pergerakan sendi	- Terbatas
	Fraktur	- Tidak terdapat fraktur
	Luka	- Tidak ada
	Lain-Lain	-

2. Diagnosis Keperawatan (berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)
   B1 :Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
   B2 : Penurunan Curah Jantung
   B3 : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
   B4 : Tidak ada masalah
   B5 : Tidak ada masalah
   B6 : Tidak ada masalah

3. Tindakan keperawatan utama yang dilakukan (berdasarkan diagnosis)
   a. Bersihan jalan nafas tidak efektif
      1) Pemberian oksigen NRM 15 liter
      2) Pemberian posisi *head-up* 30^0
      3) Monitor pola nafas
      4) Monitor bunyi nafas tambahan
   b. Resiko penurunan curah jantung
      1) Monitor tekanan darah
      2) Monitor saturasi oksigen
      3) Monitor EKG 12 sadapan
   c. Resiko perfusi serebral tidak efektif
      1) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK
      2) Monitor Intake dan output
   d. Gangguan mobilitas fisik
      1) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
      2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

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 bagi kita untuk melakukan aktivitas dengan lancar dan maksimal. Keluarga pasien mengatakan pasien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi 5 tahun dan DM tipe 2 sudah 2 tahun lebih. Keluarga mengatakan pasien jarang memerika kesehatannya ke rumah sakit maupun ke pusat layanan kesehatan lainnya, pasien juga tidak rutin mengkonsumsi obat yang diresepkan dari dokter dan hanya mengkonsumsi obat china yang dibeli sendiri atas rekomendasi dari tetangga rumahnya. Jika hanya flu dan demam, biasanya hanya membeli obat langsung di apotek.

      2) Keadaan Sejak Sakit

         Keluhan utama: Penurunan kesadaran

         Riwayat keluhan utama:

         Keluarga pasien mengatakan sebelum diantar ke rumah sakit beberapa hari yang lalu pasien mengeluh sakit kepala, tapi pasien dan istri menganggap itu sakit kepala biasa karena 3 bulan yang lalu pasien sempat di rawat di RSKD Dadi Makassar dengan keluhan lemah pada sisi tubuh sebelah kiri. Sekitar jam 07 lewat, istri dari pasien menemukan pasien dalam kondisi tidak sadarkan diri di rumah setelah pulang dari pasar, dalam kondisi sesak, demam dan disertai dengan kejang-kejang. Kemudian keluarga pasien memutuskan untuk mengantar pasien ke RS Stella Maris Makassar untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Saat dirumah sakit, dokter menyarankan untuk pasien dirawat inap, setelah diberikan tindakan di IGD pasien

kemudian dipindahkan ke ruangan ICU karena kondisi pasien masih perlu untuk dipantau secara berkala. Pengkajian dilakukan tanggal 26 januari jam 10:00 diruangan ICU, pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak sesak, terbaring lemah dan mengalami penurunan kesadaran dengan GCS; 5 (E:3, V:2, M: 2). Dan hasil pemeriksaan TTV: TD: 132/85 MMHg, N: 143x/menit, S: 37^0 C, P: 41x/menit, Spo2: 84%, tampak terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

   Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan DM tipe2.

4) Riwayat kesehatan keluarga

   Keluarga pasien mengatakan didalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti yang dialami pasien.

5) Pemeriksaan fisik

   a) Kebersihan rambut : Tampak rambut pasien berketombe dan beruban
   b) Kebersihan kulit kepala : Tampak tidak ada lesi
   c) Kebersihan kulit : Kulit tampak bersih
   d) Hygiene rongga mulut : Tampak lidah kotor, terdapat banyak sekret dalam rongga mulut
   e) Kebersihan genetalia : Tampak bersih tidak ada lesi
   f) Kebersihan anus : Tampak anus bersih, tidak ada peradangan atau hemoroid

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan Sebelum Sakit

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien memiliki pola makan yang teratur 3 kali dalam sehari. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering mengonsumsi Ikan kering. Selain itu, pasien juga suka

mengkonsumsi coto, dan makanan bersantan serta minum kopi 2 kali sehari. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien mengonsumsi air putih ± 1600 cc/ hari.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien makan melalui selang NGT dengan teratur 3 kali sehari, dengan menu bubur saring 150 cc, susu 100 cc, bilas air putih 20cc. Diet yang diberikan pada pasien Tn. Z adalah diet jantung rendah garam dan diet diabetes dalam bentuk makanan cair berupa bubur saring yang diberikan melalui selang nasogastrik (NGT).

3) Observasi

Tampak pasien terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm pada tangan kanan dan selang NGT ukuran 16 (hari pertama pemasangan).

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak rambut pasien lepek dan berketombe dan beruban
b) Hidrasi kulit : Tampak kulit terhidrasi normal
c) Palpebra conjunctiva : Tampak tidak ada edema/ tidak anemis
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak septum berada ditengah, tidak ada perdarahan pada hidung.
f) Rongga mulut : Tampak bibir lembab, dan mulut pasien sedikit berbau
g) Gigi : Tampak gigi utuh
h) Kemampuan mengunyah : Tidak dikaji
i) Lidah : Tampak kotor
j) Pharing : Tidak dikaji

k) Kelenjar getah bening: Tampak tidak ada pembesaran
l) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
m) Abdomen
   - Inspeksi : Tampak tidak ada asites
   - Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 16x/menit
   - Palpasi : tidak teraba massa,edema
   - Perkusi : Terdengar bunyi timpani tidak ada asites
n) Kulit :
   - Edema : negatif
   - Ikterik : negatif
   - Tanda-tanda radang : negatif

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan Sebelum Sakit

   Keluarga pasien mengatakan sebelm sakit pasien BAK dalam satu hari bisa 6-7 kali. Sementara untuk BAB 1 kali setiap hari dengan konsistensi padat.

2) Keadaan Sejak Sakit

   Tampak pasien selama sakit BAK melalui kateter dengan warna urine kuning jernih dan sejak pasien dirawat pasien belum BAB tgl 27 Januari 2026.

3) Observasi

   Tampak pasien menggunakan kateter dengan urin 300 cc/8 jam dan berwarna kuning jernih dan menggunakan pampers.

4) Pemeriksaan fisik
   a) Peristaltik usus : 16x/menit
   b) Palpasi kandung kemih : Tidak teraba distensi kandung kemih
   c) Nyeri ketuk ginjal : Tidak dikaji

d) Anus

- Peradangan : Tampak tidak terdapat tanda-tanda peradangan
- Hemoroid : tampak tidak terdapat hemoroid

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan Sebelum Sakit

keluarga pasien mengatakan kegiatan sehari-hari pasien adalah menjual bakso dari jam 10:00-22:00 Wita. Saat menjual bakso pasien dibantu oleh istrinya. Namun saat pasien mulai mengalami kelemahan pada sisi tubuh sebelah kiri pasien hanya beraktivitas di rumah. Saat pasien mengalami kelemahan mobilisasi, pasien dibantu oleh istri dan anggota keluarga yang lain untuk mobilisasi setiap hari. Keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak pernah terapi rehabilitasi.

2) Keadaan Sejak Sakit

Selama dirawat di Rumah Sakit pasien mengalami penurunan kesadaran dan tidak bisa melakukan aktivitas.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur dan semua aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga.

a) Aktivitas harian:

- Makan 3
- Mandi 2
- Pakaian 2
- Kerapihan 2
- BAK 3
- BAB 3
- Mobilisasi ditempat tidur : 4

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

b) Postur tubuh : Tidak dikaji

c) Anggotagerak yang cacat : Tidak ada anggota gerak yang cacat

d) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien mengalamai penurunan kesadaran

e) Fiksasi trakeostomi : Pasien tidak terpasang trakeostomi

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

- Berbaring : 132/85 mmHg
- Duduk : tidak dikaji
- Berdiri : tidak dikaji

b) HR : 143x/Menit

c) Kulit :

- Keringat dingin: Tidak ada
- Basah : Ada

d) JVP : 5-2 cmH20

Kesimpulan :Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiiler : CRT<3 detik

f) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi

  Bentuk thorax : Tampak simetris antara kiri dan kanan

  Retraksi intrakostal : Tidak ada

  Sianosis : Tampak tidak ada sianosis

- Palpasi :

  Vocal fremitus :Tidak dikaji (pasien Mengalami penurunan kesdaaran)

- Krepitasi : Tidak ada
- Perkusi : Sonor
- Auskultasi :
  Suara napas : Vesikuler
  Suara ucapan : Tidak dikaji
  Suara tambahan : Stridor

g) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : Tidak ada
- Rentang gerak : Keterbatasan gerak (kelemahan) pada ekstremitas sinistra
- Kaku sendi : Tidak dikaji
- Nyeri sendi : Tidak dikaji
- Fraktur : Tidak ada
- Parese : Pada sisi tubuh sebelah kiri
- Uji kekuatan otot :

Kanan	kiri
1	0
1	0

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh
Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain
Nilai 3 : Mampu menahan tegak 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 kontraksi otot, tidak mampu bergerak

e. Pola Tidur dan istirahat

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sebelum sakit tidak mengalami gangguan tidur, pasien biasa tidur malam sekitar 8 jam dari pukul 22:00 sampai jam 05:00 pagi. Dan pasien merasa segar saat bangun tidur pagi. Keluarga mengatakan pasien tidak tidur siang karena sibuk berjualan.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur karena penurunan kesadaran.

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata. Pasien mengalami kesulitan untuk membaca karena mata sebelah kanan mengalami kerusakan dan sulit membaca dari jarak jauh. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengalami gangguan pada indra pendengaran dan pengecapan, penciuman maupun perabaan dan daya ingat pasien masih sangat baik.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit Pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri, dan sulit untuk digerakan. Pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien seorang penjual bakso. Pasien dikenal sebagai pribadi yang baik dan tegas. Pasien merupakan seorang kepala rumah tangga yang bertanggung jawab dan dikenal sangat baik oleh para tetangga di sekitar tempat tinggal rumahnya. Keluarga pasien mengatakan pasien merasa bahagia dan bersyukur dengan kehidupannya dan tidak pernah mau berhenti kerja walaupun usianya sudah lanjut.

2) Keadaan Sejak Sakit

Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien penurunan kesadaran.

a) Kontak mata : pasien membuka mata saat diberikan rangsangan nyeri

b) Rentang perhatian : Tidak ada

c) Suara dan cara bicara : mengeluarkan suara yang tidak bisa dimengerti

d) Postur tubuh : Tidak dapat dikaji

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan bawaan

b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dapat dikaji

c) Kulit : Elastis

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien tinggal berdua dengan istrinya di rumah. Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang kepala rumah tangga sekaligus suami. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan tetangganya terjalin

sangat baik dan harmonis. Pasien aktif berkegiatan jika ada acara di kompleks dan masyarakat sekitar. Pasien juga sering berkunjung ke rumah keluarganya yang lain bersama istrinya.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit pasien rutin dikunjung oleh keluarga serta tetangganya.

3) Observasi

Tampak pasien sering dikunjungi dan dijenguk oleh kerabat serta tetangganya.

i. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien jarang marah dengan istri dan keluarga yang lain. Jika mengalami kegagalan pasien hanya sering merenung sambil bercerita dengan istrinya, untuk mencari dan mendapatkan solusi.

2) Keadaan Sejak Sakit

Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran

3) Observasi

Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran

j. Pola Reproduksi dan Seksual

1) Keadaan Sebelum Sakit

keluarga pasien mengatakan mereka tidak memiliki anak.

2) Keadaan Sejak Sakit

Tidak dikaji

3) Observasi

Tidak dikaji

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

1) Keadaan Sebelum Sakit’

Pasien beragama islam, keluarga mengatakan pasien rutin mengikuti sholat di mesjid terdekat.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak beribadah dikarenakan kondisinya yang tidak sadar. Sejak sakit pasien hanya didoakan oleh keluarga.

5. Uji Saraf Kranial
   a) N I (Olfactorius) tidak dikaji (kesadaran menurun)
   b) N II (Optikus) tidak dikaji (kesadaran menurun)
   c) N III, IV,VI (Oculamotorius, Trochlearis, Abduscens) tampak pupil mengecil bila diberi cahaya dan pupil isokor.
   d) N V (Trigeminus) tidak dikaji (kesadaran menurun)
   e) N VII (Fascialis) sensorik : tidak dikaji (kesadaran menurun) Motorik : tidak dikaji (kesadaran menurun)
   f) N VIII (Vestibulo Acusticus) Vestibularis : Tidak dikaji (kesadaran menurun) Akustikus : Tidak dikaji (kesadaran menurun)
   g) N IX (Glosopharyngeus) uvula berada di tengah
   h) N (Vagus) tidak dikaji (kesadaran menurun)
   i) N XI (Accesorius) tidak dikaji (kesadaran menurun)
   j) N XII (Hypoglossus) tidak dikaji (kesadaran menurun)
6. Pemeriksaan Penunjang (Meliputi Pemeriksaan Lab, CT Scan, Foto Thorax, Elektrokardiogram) (sertakan tanggal setiap pemeriksaan)
   a. Pemeriksaan Laboratorium (26 Januari 2026)
      1) Troponin T : 939.0 ng/L
   b. CT – Scan (26 Januari 2026)
      1) Old infark luas cerebri dextra tidak tampak pergeseran garis tengah
      2) Proses Atrofi cerebri
      3) Rhinitis atrpican bilateral
      4) Sinusitis Maksilaris Sinistra
   c. Foto Thoraks (26 Januari 2026)

Kesan : Gambaran *bronchitis*

d. Elektrokardiogram (26 Januari 2026)
    1) Gambaran ST Elevasi di V3 dan V6
e. Terapi (nama obat/dosis/waktu/jalur pemberian)
    1) Citicoline : 500 mg/12 jam/IV
    2) Phenytoin : 50 mg/12 jam/IV
    3) Aspilet : 80 mg 1x1 tablet
    4) Clopidogrel (CPG) : 75 mg 1x1 tablet
    5) Concor : 1,25 mg 1x1 tablet
    6) Meropenem : 1 gram/8 jam/Intravena
    7) Curcuma : 200 mg 3x1 tablet
    8) Omeprazole : 40 mg/12 jam/Intravena

DAFTAR OBAT

A. Citicolin

1. Nama obat : citicoline
2. Klasifikasi/golongan obat : Kelas terapi: Nootropik dan neurotonik atau neurotropik Klasifikasi obat : Vitamin saraf
3. Dosis umum : Dosis 500–1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari
4. Dosis untuk pasien : 1 amp/12 jam
5. Cara pemberian obat : Intravena (IV)
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Obat ini berfungsi mencegah kerusakan otak (neuroproteksi) dan membantu pembentukan membran sel di otak (neurorepair). Citicoline memainkan peranan penting dalam perbaikan neuron dengan mendukung energi yang diproduksi di neuron. Hal ini pada gilirannya mendukung perbaikan dan pemeliharaan membran sel, pembentukan bahan kimia, dan propagasi impuls listrik. Semua ini sangat diperlukan untuk mendukung fungsi yang lebih luas dari otak seperti memori, motorik, fungsi kognitif, berpikir, dan proses pengambilan keputusan. Pemberian citicoline berguna sebagai neuroproteksi pada iskemik karena sifatnya sebagai bahan pengadaan kardiolipin dan sfingomielin, sumber fosfatidilkolin serta stimulasi sintesis glutation sebagai antioksidan endogen dan menjamin keseimbangan aktivitas neurotransmisi Na+ K+ -ATPase antar sel di sistem saraf pusat (SSP). 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.

7. Alasan pemberian obat pada pasien : Pada Tn.S diberikan citicoline karena pasien mengalami kerusakan pada fungsi otak
8. Kontraindikasi : Citicoline dikontraindikasikan bagi pasien dengan hypertonia system nervus parasimpatis
9. Efek samping : Diare, mual, reaksi hipersensitivitas seperti ruam kulit, gangguan vaskular seperti sakit kepala, insomnia, serta perubahan tekanan darah sementara

B. CPG (Clopidogrel)

1. Nama obat : Clopidogrel
2. Klasifikasi/golongan obat : Obat antiplatelet
3. Dosis umum : 1 kali 1 tablet (75 mg)
4. Dosis untuk pasien : 1 tablet (75 mg) / 24 jam
5. Cara pemberian obat : Diencerkan dalam makanan lewat selang NGT
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Obat ini bekerja dengan cara mencegah trombosit atau sel keping menempel dan membentuk gumpalan darah.
7. Alasan pemberian obat pada pasien : Untuk mencegah atau mengobati penyumbatan pembuluh darah dan membantu melancarkan peredaran darah.
10. Kontraindikasi : Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipersensitif terhadap clopidogrel dan perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intrakranial.
11. Efek samping : Sakit kepala, pusing, ruam, insomnia, gangguan gastrointestinal (seperti sembelit atau muntah).

C. Aspilet

1. Nama obat : Aspilet
2. Klasifikasi / golongan obat : Obat yang termasuk dalam golongan antikoagulan/obat keras.
3. Dosis umum : 50 – 325 mg / hari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 80 mg/hari
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Aspilet bekerja dengan cara menghambat pembentukan thrombus pada sirkulasi arteri. Obat ini juga bekerja dengan menghambat agregasi trombosit serta menghambat kerja prostaglandin.
7. Alasan pemberian obat : mengencerkan darah dan mencegah penggumpalan darah dipembuluh darah dan mencegah terjadinya tromboemboli.
8. Kontraindikasi : hypersensitive terhadap aspirin atau NSAID lainnya. Ulkus peptikum, gangguan koagluasi (hemofilia, trombositopenia) asam urat, gangguan hati atau ginjal. Anak-anak Diagnosis Sekunder.
9. Efek samping : feses berwarna gelap, urine berwaerna gelap atau berdarah, urine kurang, sakit dada, sakit kepala, mual dan muntah, ruam kulit, mudah merasa haus.

D. Phenytoin

1. Nama obat : Phenytoin
2. Klasifikasi / golongan obat : Antikonvulsan (antiepilepsi), golongan hidantoin.
3. Dosis umum : 10–20 mg/kgBB IV (jika kejang akut)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 50 mg / 12 jam / IV
5. Cara pemberian obat : IV & Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menghambat kanal natrium (Na^+) pada neuron, dan menstabilkan membran

sel saraf dan mengurangi aktivitas listrik berlebih di otak.

7. Alasan pemberian obat : Pada kasus stroke non hemoragik (NHS), digunakan untuk profilaksis atau terapi kejang.
8. Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap phenytoin, bradikardia sinus, Blok AV derajat II–III, Sindrom Adams-Stoke, Hati-hati pada gangguan fungsi hati.
9. Efek samping :
   a) Sistem saraf: pusing, nistagmus, ataksia
   b) Kardiovaskular: hipotensi, aritmia (terutama IV cepat)
   c) Gastrointestinal: mual, muntah.
   d) Kulit: ruam (bisa berat seperti Stevens-Johnson Syndrome**).**
   e) Jangka panjang: hiperplasia gingiva (pembesaran gusi).

E. Concor

1. Nama obat : Concor
2. Klasifikasi / golongan obat : Beta blocker selektif (β1-blocker), antihipertensi
3. Dosis umum : Hipertensi / penyakit jantung**:** 2,5 – 10 mg / hari (oral, 1x sehari) dan gagal jantung: mulai dari 1,25 mg/hari**,** kemudian ditingkatkan bertahap.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1,25 mg 1x1 tablet.
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menghambat reseptor β1 di jantung, menurunkan frekuensi denyut jantung (HR) dan kontraktilitas jantung, Mengurangi kebutuhan oksigen miokard. Fungsi: Menurunkan tekanan darah, mengontrol denyut jantung, mencegah beban kerja jantung berlebih.
7. Alasan pemberian obat : Diberikan pada pasien dengan

hipertensi dan penyakit jantung (misalnya STEMI atau gangguan kardiovaskular).

8. Kontraindikasi : Bradikardia berat, Gagal jantung akut yang tidak terkontrol, Syok kardiogenik, Asma berat (relatif, karena bisa memicu bronkospasme).
9. Efek samping : Bradikardia (denyut jantung lambat), Hipotensi, Pusing, lemas, Sesak napas (jarang, pada pasien sensitif), Kelelahan.

F. Meropenem

1. Nama obat : Meropenem
2. Klasifikasi / golongan obat : Antibiotik spektrum luas, golongan karbapenem.
3. Dosis umum : 500 mg – 1 gram setiap 8 jam (IV)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gram/8 jam
5. Cara pemberian obat : IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menghambat sintesis dinding sel bakteri, bersifat bakterisidal (membunuh bakteri) Fungsi: mengatasi infeksi bakteri berat.
7. Alasan pemberian obat : Pada pasien stroke: mencegah/mengatasi infeksi nosokomial.
8. Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap antibiotik β-laktam, dan hati-hati pada gangguan ginjal.
9. Efek samping : Mual, muntah, diare, reaksi alergi, Kejang (jarang, dosis tinggi).

G. Curcuma

1. Nama obat : Curcuma
2. Klasifikasi / golongan obat : Obat herbal (fitofarmaka/hepatoprotektor).
3. Dosis umum : 1–2 tablet, 2–3x sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200 mg
5. Cara pemberian obat : Oral

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Mengandung kurkumin, bersifat antiinflamasi dan antioksidan. Fungsi untuk melindungi fungsi hati, meningkatkan nafsu makan.
7. Alasan pemberian obat : Membantu memperbaiki fungsi hati, menunjang kondisi umum pasien (terutama pasien rawat inap.
8. Kontraindikasi : Hipersensitivitas, gangguan empedu berat.
9. Efek samping : Gangguan lambung ringan, Reaksi alergi (jarang).

H. Omeprazole

1. Nama obat : omeprazole
2. Klasifikasi / golongan obat : Proton Pump Inhibitor
3. Dosis umum : 20–40 mg / hari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 20 mg
5. Cara pemberian obat : IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menghambat enzim pompa proton (H^+/K^+-ATPase) di lambung, menurunkan produksi asam lambung. Fungsi untuk Melindungi mukosa lambung, Mencegah tukak lambung.
7. Alasan pemberian obat : Profilaksis stress ulcer pada pasien rawat inap, mencegah iritasi lambung akibat obat lain (misalnya antiplatelet).
8. Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap omeprazole
9. Efek samping : Sakit kepala, Mual, diare, Nyeri perut

7 Diagnosa sekunder

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan neuromuskuler

ANALISA DATA

Nama : Tn. Z

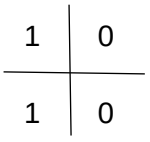
Umur : 66 Tahun

Ruangan : ICU RS Stella Maris Makassar

Tabel 3.2 Anlisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Data subjektif: a. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak sadarakan diri dari rumah disertai dengan kejang-kejang b. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat stroke 3 bulan yang lalu. c. Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit beberapa hari terakhir pasien sering mengeluh sakit kepala d. Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan coto Makassar dan makanan yang bersantan e. Keluarga pasien mengatakan 3 bulan yang lalu pasien sempat dirawat di RSKD Dadi Makassar dengan keluhan lemah pada sisi kiri anggota tubuh Data objektif: a. Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran b. Hasil ct scan: Old infark luas *cerebri dextra* c. GCS: 7 (somnolen) d. TTV: TD: 132/85 mmHg N: 143X/menit MAP: 101 mmHg	Aterosklerosis aorta	Resiko perfusi serebral tidak efektif

2.	Data subjektif: Data objektif: a. Pasien tampak sesak b. Terdengar suara nafas tambahan stridor c. Tampak sekret dalam rongga mulut d. Frekuensi pernapasan: 32x/menit e. Saturasi oksigen: 84% f. Hasil foto thorax: *Bronchitis*	Sekret yang tertahan	Bersihan jalan nafas tidak efektif
3.	Data subjektif: a. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi kurang lebih 5 tahun b. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengonsumsi obat hipertensi dan hanya mengkonsumsi obat china yang direkomendasikan sama tetangganya c. Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengonsumsi ikan asin Data objektif a. Pasien tampak sesak b. Hasil pemeriksaan EKG menunjukan ST Elevasi di V3 dan V6 c. Auskultasi bunyi jantung: S1 S2 S3 S4 - Suara jantung S3 gallop terdengar di ICS 5 line d. Hasil lab Troponin T: 939.0 ng/L e. TTV: TD: 132/85 mmHg N: 143X/menit	Perubahan *Afterload*	Resiko penurunan curah jantung
4.	Data subjektif: - Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan pada badan sebelah kiri	Gangguan Neuromuskuler	Gangguan mobilitas fisik

	- Keluarga pasien mengatakan seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga Data objektif: - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak pergerakan pasien terbatas - Tampak hasil CT-Scan: infark serebri dextra - Aktifitas harian Makan 3 Mandi 2 Pakaian: 2 Kerapihan: 2 BAK 3 BAB 3 Mobilisasi ditempat tidur: 4 - Uji kekuatan otot: kanan kiri  		

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama : Tn. Z

Umur : 66 Tahun

Ruangan : ICU RS Stella Maris Makassar

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan
1.	Resiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan aterosklerosis aorta ditandai dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan penurunan kesadaran, kejang-kejang dan hasil CT-Scan menggambarkan Old infark luas cerebri dextra (D.0014)
2.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan secret dalam rongga mulut (D.0001)
3.	Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan peningkatan tekanan darah, gambaran EKG menunjukan ST Elevasi (D.0014)
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubunga dengan neuromuscular ditandai dengan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri (D.0054)

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : Tn. Z

Umur : 66 Tahun

Ruangan : ICU RS Stella Maris Makassar

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Luaran Yang Di harapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktingan dengan aterosklerosis aorta (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat (L.06049) 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat 2. Tekanan arteri rata-rata membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) Observasi 1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 2. Monitor MAP 3. Monitor intake dan output 4. Monitor status pernapasan Terapeutik 1. Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberiansedasi dan antikonvulsan, jika perlu Edukasi Diet (I.01239) Observasi 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini Edukasi 1. Jelaskan tujuan

			kepatuhan diet terhadap kesehatan Kolaborsi 1. Rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga, jika perlu
2.	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Bersihan jalan napas L.01001) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Produksi sputum berkurang 2. Dispnea cukup menurun 3. Frekuensi nafas cukup membaik 4. Pola napas cukup membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum Terapeutik 1. Berikan posisi semi fowler (head up-30^0) (Abdul et al., 2021) 2. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 3. Berikan oksigen jika perlu Kolaborasi 1. Kolaborasipemberian bronkodilator, ekspektoran,mukolitik, jika perlu
3.	Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan hipertensi (D.0011)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat (L.02008) 1. Takikardi cukup menurun 2. Dispnea cukup menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Suara jantung S3 cukup menurun	Perawatan Jantung (I. 02075) Observasi 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor intake dan output 4. Monitor EKG 12 sadapan Terapeutik 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

			Perawatan jantung akut (I.02076) Observasi 1. Monitor enzim jantung 2. Monitor saturasi oksigen Terapeutik 1. Pasang akses intravena Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antiplatelet 2. Kolaborasi pemberian pemberian antikoagulan
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ektremitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat 3. Gerakan terbatas menurun 4. Kelemahan fisik cukup menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi Dukungan perawatan diri (I.011348) Observasi 1. Identifikasi kebutuhan

			alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan makan Terapeutik 1. Damping dalam melakukan perawatan perawatan diri sampai mandiri 2. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 3. Jadwalkan rutinitis perawatan diri

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Tn. Z

Umur : 66 Tahun

Ruangan : ICU RS Stella Maris Makassar

Hari Pertama Implementasi

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

Hari/Tgl	DP	Jam	Implemenetasi	Perawat
27 Januari 2026	II	08:10	1. Memonitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas) H: - Tampak pasien sesak - Frekuensi napas: 35x/mnt - Spo2: 94%	Elan
	II	08:20	5. Memberikan oksigen jika perlu H: Tampak pasien diberikan oksigen NRM 15 liter)	Elan
	II	08:30	6. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik H: Pasien dilakukan suction dan lendir yang keluar tampak berwarna putih	Elan
	II	08:40	7. Memonitor bunyi napas tambahan H: Terdengar bunyi nafas tambahan stridor	Elan
	II	08:50	8. Memonitor sputum H: Tampak sputum berwarna putih	Elan
	I	09:10	9. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) H: Pasien mengalami penurunan kesdaran dengan GCS E: 3, V:2, M: 2 = 7, nadi: 132x/menit, pola napas tidak teratur	Elan

	I	09:20	10. Memberikan posisi semi fowler (*head up*-30^0) - H: Spo2 sebelum diberikan posisi *head up* 94% - Spo2 setelah diberikan posisi *head up* 96%	Elan
	III	09:30	11. Memonitor tekanan darah H: TD 130/78 mmHg	Elan
		09:40	12. Memonitor MAP (*Mean arterial presure*) H: MAP 95 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal memadai	
	III	09:50	13. Pasangkan akses intravena H: Pasien terpasang infus nacl 20 Tpm	Elan
	I	10:00	14. Kolaborasi pemberian obat - Citicolin 500 mg/IV - Aspilet 80mg/24 Jam/oral - Phenytoin 50 mg/12 Jam - Meropenem 1 gram/8 jam IV - Curcuma 200 mg 3x1 tab	Elan
	III	10:10	15. Memonitor EKG 12 sadapan H: Tampak gambaran hasil EKG masih menunjukan STEMI pada V3 dam V6	Elan
	I	11:20	16. Merujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga, jika perlu H: Pasien telah dirujuk ke ahli gizi untuk mendapatkan penilaian dan perencanaan diet yang sesuai dengan kondisi penyakit pasien	Elan
	IV	11:30	17. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur) H: Tampak pagar tempat tidur dipasang dan digunakan untuk meningkatkan keamanan pasien selama mobilisasi	Elan
	IV	11:40	18. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini H: Setelah dikaji, keluarga belum	Elan

			terlalu memahami terkait koplikasi penyakit yang dialami pasien	
	I	11:50	19. Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan H: Tampak keluarga memahami tujuan kepatuhan diet untuk membantu proses penyembuhan dan mencegah komplikasi	Elan
	IV	12:00	20. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu Menggerakan tangan dan kaki sebelah kiri	Elan
	IV	12:10	21. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi H: TD: 130/78 mmHg HR: 132X/menit	Elan
	IV	12:20	22. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak perawat mengajarkan kepada keluarga untuk miring kiri dan kanan	Elan
	IV	12:30	23. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak kondisi pasien cukup stabil, TTV dalam batas stabil.	Elan
	IV	12:40	24. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi H: Keluarga mampu memahami penjelasan yang diberikan mengenai prosedur mobilisasi serta tujuan mobilisasi untuk mencegah komplikasi akibat tirah baring, seperti kekakuan sendi, atrofi otot, dan dekubitus.	Elan
	IV	12:50	25. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan makan	Elan

			H: Pasien tampak terbantu sama Perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar	
	IV	13:00	26. Mendamping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri H: Perawat mendampingi pasien saat makan, kebersihan diri, dan perubahan posisi.	Elan
	IV	13:10	27. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri H: Tampak pasien difasilitasi sama perawat untuk melakukan aktivitas	Elan
	IV	13:20	28. Menjadwalkan rutinitis perawatan diri H: Pasien di mandikan setiap pagi hari	Elan
	III	13:30	29. Memonitor enzim jantung H: Hasil pemeriksaan troponin T: 939.0 ng/L	Elan
	III	13:40	30. Memonitor intake dan output H: a) Intake: Cairan IV**:** NACl 0,9% 500 ml/8 jam NGT 250 ml/8 jam Air bilas:40 cc Jam total: 790 b) Output**:** Urine**:**350 cc/8 jam Jam total**:** 350 cc c) Hasil Balance cairan : intake-(output + IWL) 790 - (350 + 285)= 155 ml	Elan
	II	14:00	1. Meonitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas) H: - Tampak pasien sesak - Frekuensi napas: 33x/mnt - Spo2: 95%	Fransisko

	II	14:10	2. memberikan oksigen jika perlu H: Tampak pasien diberikan oksigen NRM 15 liter	Fransisko
	II	14:20	3. Memonitor bunyi napas tambahan H: Terdengar bunyi nafas tambahan Stridor	Fransisko
	II	14:30	4. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik H: Pasien dilakukan suction dan lendir yang keluat tampak berwarna putih	Fransisko
	II	14:40	5. Memonitor sputum H: Tampak sputum berwarna putih	Fransisko
	I	14:50	6. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) H: pasien mengalami penurunan kesdaran dengan GCS E: 3, V:2, M: 2 = 7, nadi: 138x/menit, pola napas tidakteratur, pasien tampak	Fransisko
	III	15:00	7. Memonitor tekanan darah H: H: TD 140/62 mmHg	Fransisko
	III	15:10	8. Memonitor aritmia H: 138X/Menit	Fransisko
			9. Memonitor MAP (*Mean arterial presure*) H: MAP 88 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal memadai	Fransisko
	IV	15:30	10. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur) H: Tampak pagar tempat tidur dipasang dan digunakan untuk meningkatkan	Fransisko

			keamanan pasien selama mobilisasi	
	IV	15;40	11. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi H: TD: 140/62 mmHg HR: 138X/Menit	Fransisko
	IV	15:50	12. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak kondisi pasien cukup stabil, TTV dalam batas stabil	Fransisko
	IV	17:00	13. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak keluarga membantu pasien selama proses mobilisasi	Fransisko
	IV	17:10	14. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantukebersihan diri, berpakaian, dan makan H: Pasien tampak terbantu sama Perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar	Fransisko
	IV	17:20	15. Mendamping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri H: Perawat mendampingi pasien saat makan, kebersihan diri, dan perubahan posisi.	Fransisko
		18:00	16. Kolaborasi pemberian obat: H: - Concor 1,25 mg 1x1 tab/24 jam - Curcuma 200 mg 3x1 tab/8 jam - Paracetamol 1 gr/ 8 jam - Meropenem 1 gram /8 jam IV - Clopidogrel 75mg/24 jam/oral	
	IV	17:30	17. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri H: Tampak pasien difasilitasi sama	Fransisko

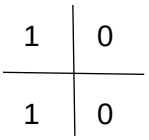
			perawat untuk melakukan aktivitas	

EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl	DP	Evaluasi	Perawat
27 Januari 2026	I	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan aterosklerosis aorta S: - O: 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS:7 2. MAP: MAP 88 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal memadai 3. Tampak respon pupil sebelah kiri melambat A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan Intrakranial	Fransisko
	II	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan S: - O: 1. Frekuensi nafas: 33x/menit 2. Saturasi oksigen: 95% 3. Masih terdapat sekret dalam rongga mulut A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : manajemen jalan Napas	
	III	Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan *afterload* S: - O: 1. Tekanan darah: TD: 140/62 mmHg 2. Nadi: 138x/menit 3. Sesak mulai menurun 4. Terdengar suara jantung S3 gallop di ICS 5 line A: Masalah penurunan curah jantung	

<table>
<tr><td></td><td></td><td>belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung & edukasi diet</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>IV</td><td>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular

S: -
O:
1. Tampak keadaan umum pasien lemah
2. Tampak pasienmenngalami hemiparese sinistra
3. Rentang gerak terbatas
4. Aktivitas harian
Makan : 3
Mandi : 2
Pakaian: 2
Kerapihan 2
BAK 3
BAB 3
Mobilisasi ditempat tidur: 4
- Uji kekuatan otot:
kanan kiri

1 0
1 0

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi : dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri</td><td></td></tr>
</table>

Hari Kedua Implementasi

Hari/Tgl	DP	Jam	Implemenetasi	Perawat
28 Januari 2026	II	08:15	1. Memonitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas) H: - Tampak pasien sesak - Frekuensi napas: 28x/mnt - Spo2: 97%	fransisko
	II	08:20	2. Memberikan oksigen jika perlu H: Tampak pasien diberikan oksigen NRM 15 liter	Fransisko
	II	08:30	3. Memonitor bunyi napas tambahan H: Terdengar bunyi nafas tambahan stridor	Fransisko
	II	08:40	4. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik H: Pasien dilakukan suction dan lendir yang keluar tampak berwarna putih	Fransisko
	II	08:50	5. Memonitor sputum H: Tampak sputum berwarna putih	Fransisko
	I	09:10	6. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) H: Pasien mengalami penurunan kesdaran dengan GCS E: 3, V:2, M: 2 = 7, nadi: 112x/menit, pola napas tidak teratur, pasien tampak	Fransisko
	I	09:20	7. Memberikan posisi semi fowler (*head up*-30^0) - H: Spo2 sebelum diberikan posisi *head up* 97% - Spo2 setelah diberikan posisi *head up* 98%	fransisko

	I	09:30	8. Memonitor tekanan darah H: TD 110/90 mmHg	Fransisko
	I	09:40	9. Memonitor MAP (*Mean arterial presure*) H: MAP 97 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal memadai	
	II	09:50	10. Pasangkan akses intravena H: Pasien terpasang infus nacl 20 tpm	Fransisko
	I	10:00	11. Kolaborasi pemberian obat - Citicolin 500 mg/IV - Aspilet 80mg/24 Jam/oral - Phenytoin 50 mg/12 Jam - Meropenem 1 gram/8 jam IV - Curcuma 200 mg 3x1 tab	Fransisko
	III	11:10	12. Memonitor EKG 12 sadapan H: Tampak gambaran hasil EKG masih menunjukan STEMI pada V3 dam V6	Fransisko
	IV	11:35	13. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur) H: Tampak pagar tempat tidur dipasang dan digunakan untuk meningkatkan keamanan pasien selama mobilisasi	Fransisko
	IV	11:40	14. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu menggerakan tangan dan kaki sebelah kiri	Fransisko
	IV	11:50	15. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi H: TD: 130/78 mmHg HR: 132X/menit	Fransisko
	IV	12:00	16. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	fransisko

			H: Tampak perawat mengajarkan kepada keluarga untuk miring kiri dan kanan	
	IV	12:10	17. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak kondisi pasien cukup stabil, TTV dalam batas stabil.	Fransisko
	IV	12:20	18. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan makan H: Pasien tampak terbantu sama Perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar	Fransisko
	IV	12:30	19. Mendamping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri H: Perawat mendampingi pasien saat makan, kebersihan diri, dan perubahan posisi.	Fransisko
	IV	12:40	20. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri H: Tampak pasien difasilitasi sama perawat untuk melakukan aktivitas	Fransisko
	IV	13:00	21. Menjadwalkan rutinitis perawatan diri H: Pasien di mandikan setiap pagi hari	Fransisko
	III	13:40	22. Memonitor intake dan output H: a) Intake: Cairan IV**:** NACl 0,9% 500 ml/8 jam NGT 250 ml/8 jam Air bilas:40 cc Jam total: 790 b) Output**:** Urine**:**400 cc/8 jam Jam total**:** 400 cc c) Hasil Balance cairan : intake-(output + IWL 790 - (400 + 285)= 105 ml	Fransisko

	II	21:00	1. Memonitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas) H: - Tampak pasien sesak - Frekuensi napas: 28x/mnt - Spo2: 96%	Elan
	II	21:10	2. Memberikan oksigen jika perlu H: Tampak pasien diberikan oksigen NRM 15 liter	Elan
	II	21:20	3. Memonitor bunyi napas tambahan H: Terdengar bunyi nafas tambahan stridor	Elan
	II	21:30	4. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik H: Pasien dilakukan suction dan lendir yang keluar tampak berwarna putih	Elan
	II	21:40	5. Memonitor sputum H: Tampak sputum berwarna putih	Elan
	I	21:50	6. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) H: pasien mengalami penurunan kesdaran dengan GCS E: 3, V:3, M: 3 = 9, nadi: 102x/menit, pola napas tidak teratur, pasien tampak	Elan
	I	22:00	7. Memonitor tekanan darah H: TD 106/69 mmHg	Elan
	IV	22:30	8. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur) H: Tampak pagar tempat tidur dipasang dan digunakan untuk meningkatkan keamanan pasien selama	Elan

			mobilisasi	
	IV	22:40	9. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi H: TD: TD 106/69 mmHg HR: 102X/Menit	Elan
			10. Memonitor MAP (*Mean arterial presure*) H: MAP 81 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal memadai	
	IV	22:50	11. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak kondisi pasien cukup stabil, TTV dalam batas stabil	Elan
	IV	22:10	12. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantukebersihan diri, berpakaian, dan makan H: Pasien tampak terbantu sama Perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar	Elan
	IV	22:20	13. Mendamping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri H: Perawat mendampingi pasien saat makan, kebersihan diri, dan perubahan posisi.	Elan
	IV	22:30	14. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri H: Tampak pasien difasilitasi sama perawat untuk melakukan aktivitas	Elan

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	DP	Evaluasi	Perawat
28 Januari 2026	I	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi ditandai dengan penurunan kesadaran S: - O: 1. Tampak tingkat kesadaran menurun GCS: 9 2. Tampak respon pupil sebelah kiri melambat 3. MAP: MAP 81 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal memadai A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan Intrakranial	Elania
	II	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan S: - O: 1. Tampak pasien masih sesak 2. Frekuensi nafas: 28x/menit 3. Saturasi oksigen 97% 4. Terdapat secret dalam rongga mulut A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : manajemen jalan Napas	
	III	Resiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan peningkatan tekanan darah S: - O: 1. Observasi tekanan darah: 106/69 mmHg 2. Nadi: 102 x/menit 3. Auskultasi bunyi jantung: suara jantung S3 Gallop di ICS 5	

		A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung & Perawatan jantung akut	
	IV	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular S: - O: 1. Tampak keadaan umum pasien masih lemah 2. Kekuatan otot masih menurun 3. Rentang gerak terbatas 4. Aktivitas harian Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian: 2 Kerapihan 2 BAK 3 BAB 3 Mobilisasi ditempat tidur: 4 - Uji kekuatan otot: kanan kiri 1 0 1 0 A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri	

Hari Ketiga Implementasi

Hari/Tgl	DP	Jam	Implemenetasi	Perawat
29 Januari 2026	II	08:15	1. Meonitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas) H: - Tampak sesak mulai berkurang - Frekuensi napas: 21x/mnt - Spo2: 96%	Fransiko
	II	08:20	2. Memberikan oksigen jika perlu H: Tampak pasien diberikan oksigen NRM 15 liter	Fransiko
	II	08:30	3. Memonitor bunyi napas tambahan H: Terdengar bunyi nafas tambahan stridor	Fransiko
	II	08:40	4. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik H: Pasien dilakukan suction dan lendir yang keluar tampak berwarna putih	Fransiko
	II	08:50	5. Memonitor sputum H: Tampak sputum berwarna putih	Fransiko
	I	09:10	6. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) H: Pasien mengalami penurunan kesdaran dengan GCS E: 3, V:3, M: 3 = 7, nadi: 94x/menit, pola napas tidak teratur	
	I	09:20	7. Memberikan posisi semi fowler (*head up*-30^0) - H: Spo2 sebelum diberikan posisi *head up* 96% - Spo2 setelah diberikan posisi *head up* 98%	Fransiko
	I	09:30	8. Memonitor tekanan darah H: TD 96/80 mmHg	Fransiko

	I		9. Memonitor MAP (*Mean arterial presure*) H: MAP 85 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal memadai	Fransiko
	III	09:40	10. Pasangkan akses intravena H: Pasien terpasang infus nacl 20 tpm	Fransiko
	I, III	10:00	31. Kolaborasi pemberian obat - Citicolin 500 mg/IV - Aspilet 80mg/24 Jam/oral - Phenytoin 50 mg/12 Jam - Meropenem 1 gram/8 jam IV - Curcuma 200 mg 3x1 tab	Fransiko
	III	10:00	11. Memonitor EKG 12 sadapan H: Tampak gambaran hasil EKG masih menunjukan STEMI pada V3	Fransiko
	IV	11:10	12. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur) H: Tampak pagar tempat tidur dipasang dan digunakan untuk meningkatkan keamanan pasien selama mobilisasi	Fransiko
	IV	11:35	13. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu menggerakan tangan dan kaki sebelah kiri	Fransiko
	IV	11:40	14. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi H: TD: 96/80 mmHg HR: 94X/menit	Fransiko
	IV	11:50	15. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak perawat mengajarkan kepada keluarga untuk miring kiri dan kanan	

	IV	12:00	16. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak kondisi pasien cukup stabil, TTV dalam batas stabil.	Fransiko
	IV	12:10	17. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi H: Keluarga mampu memahami Penjelasan yang diberikan mengenai prosedur mobilisasi serta tujuan mobilisasi untuk mencegah komplikasi akibat tirah baring, seperti kekakuan sendi, atrofi otot, dan dekubitus.	Fransiko
	IV	12:20	18. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan makan H: Pasien tampak terbantu sama Perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar	Fransiko
	IV	12:30	19. Mendamping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri H: Perawat mendampingi pasien saat makan, kebersihan diri, dan perubahan posisi.	Fransiko
	IV	12:40	20. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri H: Tampak pasien difasilitasi sama perawat untuk melakukan aktivitas	Fransiko
	IV	13:00	21. Menjadwalkan rutinitis perawatan diri H: Pasien di mandikan setiap pagi hari	Fransiko
	III	13:40	22. Memonitor intake dan output H: d) Intake: Cairan IV**:** NACl 0,9% 500 ml/8 jam NGT 250 ml/8 jam Air bilas:40 cc Jam total: 790	

			e) Output**:** Urine**:**400 cc/8 jam Jam total**:** 400 cc f) Hasil Balance cairan : intake-(output + IWL 790 - (350 + 285)= 155 ml	
	II	14:00	15. Memonitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas) H: - Tampak sesak mulai berkurang - Frekuensi napas: 19x/mnt - Spo2: 96%	Elan
	II	14:10	16. Memberikan oksigen jika perlu H: Tampak pasien diberikan oksigen NRM 15 liter	Elan
	II	14:20	17. Memonitor bunyi napas tambahan H: Terdengar bunyi nafas tambahan stridor	Elan
	II	14:30	18. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik H: Pasien dilakukan suction dan lendir yang keluar tampak berwarna putih	Elan
	II	14:40	19. Memonitor sputum H: Tampak sputum berwarna putih	Elan
	I	14:50	20. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) H: pasien mengalami penurunan kesdaran dengan GCS E: 3, V:3, M: 3 = 9, nadi: 93x/menit, pola napas mulai teratur, sesak tampak mulai berkurang	Elan

	III	15:00	21. Memonitor tekanan darah H: TD 105/90 mmHg	Elan
	I		22. Memonitor MAP (*Mean arterial presure*) H: MAP 95 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal memadai	Elan
	IV	15:30	23. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur) H: Tampak pagar tempat tidur dipasang dan digunakan untuk meningkatkan keamanan pasien selama mobilisasi	Elan
	IV	15;40	24. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi H: TD: TD 105/90 mmHg HR: 93X/Menit	Elan
	IV	15:50	25. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak kondisi pasien cukup stabil, TTV dalam batas stabil	Elan
	IV	17:00	26. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak keluarga membantu pasien selama proses mobilisasi	Elan
	IV	17:10	27. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantukebersihan diri, berpakaian, dan makan H: Pasien tampak terbantu sama Perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar	Elan
	IV	17:20	28. Mendamping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri H: Perawat mendampingi pasien saat makan, kebersihan diri, dan perubahan posisi.	Elan

	IV	17:30	29. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri H: Tampak pasien difasilitasi sama perawat untuk melakukan aktivitas	Elan

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	DP	Evaluasi	Perawat
29 Januari 2026	I	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi ditandai dengan penurunan kesadaran S: - O: 1. Tampak tingkat kesadaran mulai membaik GCS: 9 2. MAP: MAP 95 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal memadai A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif Mulai teratasi P: Lanjutkan intervensi : pemantauan tekanan Intrakranial	Elan
	II	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan S: - O: 1. Tampak sesak mulai berkurang 2. Frekuensi nafas: 19x/menit 3. Saturasi oksigen 96% 4. Terdapat secret dalam rongga mulut A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif Mulai teratasi P: Lanjutkan intervensi : manajemen jalan Napas	
	III	Resiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan peningkatan tekanan darah S: - O: 1. Gambaran hasil EKG menunjukan ST Elevasi di V3 2. TTV: TD 105/90 mmHg HR: 93X/Menit A: Masalah perfusi miokard tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : perawatan jantung & edukasi diet	

	IV	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular S: - O: 1. Tampak keadaan umum pasien lemah 2. Rentang gerak terbatas 3. Aktivitas harian Makan : 3 Mandi : 2 Pakaian: 2 Kerapihan 2 BAK 3 BAB 3 Mobilisasi ditempat tidur: 4 - Uji kekuatan otot: kanan kiri 1 0 1 0 A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri	

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan antara konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan pada pasien Tn.Z umur 66 tahun dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruangan ICU RS Stella Maris Makassar selama 3x24 jam pada tanggal 27 – 29 janurari 2026. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilakukan dengan menggunakan lima tahap, yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

   Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien Tn. Z Usia 66 tahun yang dirawat di ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keluhan utama penurunan kesadaran. Penulis juga memperoleh data dari hasil pengamatan atau observasi langsung kepada pasien dan hasil pemeriksaan penunjang lain dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar, didiagnosa non hemoragik stroke (NHS).

   Stroke Non Hemoragik adalah stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke Non Hemoragik dibedakan menjadi tiga yaitu Stroke trombotik adalah proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan, emebolik adalah pembuluh arteri yang tertutup oleh bekuan darah dan hipoperfusion Sistemik adalah gangguan denyut jantung yang disebabkan oleh aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang. Faktor risiko utama Non-Hemorhagic Stroke (NHS) atau stroke iskemik berdasarkan jurnal kesehatan meliputi hipertensi (48-60%), usia di atas 50-55

tahun, jenis kelamin laki-laki, diabetes mellitus, merokok, dislipidemia (kolesterol tinggi), dan gaya hidup. Sumbatan disebabkan oleh plak aterosklerosis atau emboli. Yang ditandai dengan gejala kelumpuhan atau kelemahan anggota gerak (hemiparesis) secara mendadak pada satu sisi tubuh, wajah mencong, gangguan bicara (pelo/afasia), serta penurunan kesadaran (Amir et al., 2023).

Dari hasil pengkajian pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran yang ditandai dengan nilai GCS E: 3 V:2 M: 2 atau somnolen. Pemeriksaan CT-Scan menunjukan : *old infark luas cerebri dextra* yang yang menandakan stroke iskmeik akibat sumbatan aliran darah pada pembuluh darah otak lebih tepatnya di lobus temporalis dan parietalis kanan. Kerusakan pada area otak tertentu, terutama yang berhubungan dengan sistem pengatur kesadaran seperti batang otak, thalamus, dan sistem *reticular activating system*, dapat menimbulkan penurunan kesadaran pada pasien stroke (Okaniawan et al., 2025).

Selain itu juga ditemukan data, pasien mengalami sesak napas dengan frekuensi nafas 43x/ menit, saturasi oksigen 84% dengan hasil pemeriksaan foto thorax menujukan bronchitis. Pada pasien stroke non hemoragik, bronkhitis banyak terjadi akibat reflek batuk menurun, secret yang tertahan, pasien tirah baring lama, tidak mampu mengubah posisi. Penumpukan sekret menjadi media pertumbuhan bakteri sehingga menimbulkan peradangan pada bronkus. Akibatnnya lumen saluran napas menyempit dan produksi lendir meningkat. Pada pasien stroke non hemoragik juga gangguan neurologis juga sering menyebabkan disfagia atau gangguan menelan sehingga makanan, cairan atau air liur tidak masuk ke

esofagus secara normal, melainkan dapat masuk kesaluran napas (aspirasi). Aspirasi yang sering terjadi akan membawa partikel asing dan mikroorganisme ke dalam bronkus, sehingga memicu iritasi dan peradangan pada dinding saluran napas.

Penyebab utama bronchitis pada pasien stroke adalah aspirasi akibat gangguan menelan (disfagia) yang disertai dengan reflek batuk yang menurun. Gejala disfagia lainnya selain kesulitan menelan dapat meliputi, suara lemah, hilangnya refleks muntah, mengiler, penurunan kontrol lidah sehingga bisa terjadi resiko tersedak. Aspirasi biasanya disertai batuk dan mengi, karena tubuh mencoba memaksa benda asing keluar dari paru-paru Jika pasien dapat batuk cukup keras, mereka biasanya dapat membersihkan paru-parunya sebelum pneumonia berkembang. Namun, banyak pasien stroke yang tidak memiliki refleks batuk ini. pasien dengan pneumonia aspirasi dapat menunjukkan beberapa gejala seperti, nyeri dada, demam, sesak napas dan kelelahan terutama saat makan (Sulistiyawati, 2020). Hal ini sejalan dengan keadaan yang dialami oleh pasien dengan tanda dan gejala pasien mengalami gangguan menelan, sesak napas, hilangnya refleks munta dan refleks batuk.

Namun ditemukan juga data pasien mengalami ST Elevasi pada V3 dan V6 pada hasil pemeriksan EKG. *ST Elevation Myocardial Infarction* terjadi akibat gangguan pada sistem kardiovaskuler yang terjadi bersamaan atau komplikasi. ST-Elevasi merupakan kondisi yang terjadi ketika aliran darah arteri koroner mengalami penurunan secara mendadak akibat dari oklusi thrombus pada plak alekrosklerotik yang sudah adasebelumnya sehingga dapat

mengakibatkan kematian sel miosit. Pada pasien stroke, kondisi ini dapat diperberat oleh adanya faktor risiko yang sama seperti hipertensi, diabetes, dan dislipidemia. Selain itu, stroke juga dapat memicu respons stres saraf berupa peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis yang menyebabkan pelepasan katekolamin berlebih, sehingga terjadi vasospasme koroner dan cedera miokard.(Langhorne et al., 2018).

2. Diagnosa keperawatan

   Pada kasus, penulis mengangkat 4 diagnosa keperwatan yang sesuai dengan SDKI dan telah memenuhi tanda dan gejala mayor sebanyak 80% yaitu:

   a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan aterosklerosis arteri

      Penulis mengangkat diagnose ini sebagai diagnosis prioritas dikarenakan keluhan utama saat pasien masuk adalah penurunan kesadaran, dan disertai dengan kejang-kejang

   b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

   c. Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload.

   d. Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

      Namun ada

3. Perencanaan Keperawatan

   Intervensi yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hasil yang diharapkan dan intervensi keperawatan. Intervensi yang diangkat oleh penulis dalam kasus ini disesuaikan dengan kondisi pasien dan berfokus pada tindakan

observasi, mandiri, edukasi, dan kolaborasi.

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan aterosklerosis arteri

   Intervensi yang sesuai dengan SIKI yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial terdiri dari tindakan observasi monitor tanda/geajala peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun). Tindakan terapeutik memberikan posisi semi fowler (*head up* 30^0). Tindakan kolaborasi; Kolaborasi; kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu.

b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

   Intervensi yang sesuai dengan SIKI yaitu manajemen jalan napas terdiri dari tindakan observasi dengan Monitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas), Monitor bunyi napas tambahan, Monitor sputum. Tindakan terapeutik melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen jika perlu. Tindakan kolaborasi; Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

c. Resiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan perubahan *afterload*.

   Intervensi yang sesuai dengan SIKI yaitu perawatan jantung dan perawatan jantung akut terdiri dari tindakan observasi dengan monitor tekanan darah, monitor intake dan output, monitor saturasi oksigen. Tindakan kolaborasi; Kolaborasi kolaborasi pemberian antiplatelet, dan antikoagulan jika perlu, kolaborasi pemeriksaan *X ray*

d. Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan neuromuskuler.

Intervensi yang sesuai dengan SIKI yaitu dukungan mobilisasi terdiri dari tindakan observasi dengan identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Tindakan terapeutik memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Tindakan edukasi yang dilakukan dengan menjelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi.

Intervensi yang kedua sesuai dengan SIKI yaitu dukungan perawatan diri terdiri dari tindakan observasi dengan identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakain dan makan. Tindakan terapeutik damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, jadwalkan rutinitas perwatan diri.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanakaan keperawatan dilakukan bedasarkan inntervensi yang telah dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan selama 3x24 jam dengan kerja sama antar perawat ICU, sesama mahasiswa, keluarga pasien, sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik, namun ada kendala dalam melakukan implemnetasi keperawatan karena pasien mengalami penurunan kesadaran, sehingga ada intervensi yang tidak

dilakukan sepenuhnya. Sesuai EBN, penulis memberikan terapi *head up* 30^0 sebagai tindakan non farmakologis untuk meningkatkan saurasi oksigen pasien stroke. Perawat bekerja sama dengan keluarga sehingga dapat membantu dalam pemantauan pemberian terapi *head up* 30^0 ini kepada pasien, sehingga dalam proses implementasi yang dilakukan sebanyak 2x/hari selama 3 hari berturut-turut menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi *head up* 30^0, tingkat kesadaran pasien meningkat dari GCS 7 ke 9 (samnolen). Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa terapi *head up* 30^0 dapat memberikan peningkatan kesadaran pada pasien stroke.

5. Evaluasi Keperawatan

   Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan bisa tercapai dari hasil evaluasi yang dilakukan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari adalah sebagai berikut:

   a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan aterosklerosis GCS mulai meningkat, tekanan intracranial cukup menurun, nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik, maka perencanaan dari diagnose dilanjutkan oleh perawat.
   b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Produksi sputum berkurang, dispnu cukup menurun,frekuensi napas cukup membaik, pola napas cukup membaik, maka perencanaan dari diagnose dilanjutkan oleh perawat.
   c. Resiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Gambaran EKG aritmia menurun, takikardi menurun, tekanan darah membaik, maka perencanaan

dari diagnose dilanjutkan oleh perawat.

d. Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan neuromuskuler. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat, kekuatan otot cukup meningkat, gerakan terbatas cukup menurun, kelemahan fisik cukup menurun, maka perencanaan dari diagnose dilanjutkan oleh perawat.

B. Pembahasan Penerapan EBN (*Evidence-Based Nursing)*

P : Pasien non hemoragik stroke (NHS) yang mengalami penurunan saturasi oksigen

I : Head up 30^0

C : tidak ada intervensi pembanding

O : menigkatkan saturasi oksigen

Pertanyaan: Apakah head-up 30^0 efektif meningkatkan saturasi oksigen pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) yang mengalami penurunan kesadaran?

Judul EBN: pengaruh pemberian head-up 30^0 efektif untuk meningkatkan saturasi oksigen pada non hemoragik stroke (NHS) yang mengalami penurunanan kesadaran di ruangan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

1. Diagnosis keperawatan

   Resiko perfusi serebral tidak efektif

2. Luaran yang diharapkan
   a. Tingkat kesadaran meningkat
   b. Gelisah menurun

3. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

   Pemberian posisi *head up* 30^0

4. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
   a. Pengertian tindakan

      head up 30^0 merupakan sebuah posisi dimana kepala

pasien ditinggikan diatas tempat tidur sekitar 30^0 sedangkan tubuh pasien tetap sejajar dengan kaki.

b. Tujuan/rasional EBN

Pemberian *head up* 30^0 bertujuan untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, memfasi itasi peningkatan aliran serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral sehingga tingkat kesadaran pasien dapat membaik melalui pemantauan saturasi oksigen.

C. Hasil Telaah

Tabel 4.1 Telaah Jurnal

No	Informasi Artikel	Populasi	Intervensi	Comparassion	Outcome	Time
1.	Implementasi posisi *head up 30^0* terhadap saturasi oksigen pasien stroke non hemoragik Penulis: Oktavianus Restu Santama, Immawati, Indhit Tri Utami Publikasi: Jurnal Cendikia Muda Volume 5, Nomor 1, Maret 2025**.**	pasien stroke non hemoragik di Ruang Saraf RSUD Jend. Ahmad Yani Metro (usia 60 & 62 tahun, riwayat hipertensi) dengan sampel 2 orang	Intervensi yang diterapkan dalam penelitian ini adalah salah satu intervensi keperawatan untuk megatasi penurunan saturasi oksigen adalah dengan Pemberian posisi head up 30° (kepala ditinggikan 30 derajat)	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding	Terjadi peningkatan saturasi oksigen**:** Subjek I 95% → 97%, Subjek II 93% → 96% (rata-rata naik 1,67%/hari)	Dilakukan selama 3 hari, durasi tiap tindakan ±30 menit
2.	Penerapan Posisi Head Up30oterhadap Saturasi Oksigen pada Pasien Stroke Non-	3 pasien stroke non-hemoragik di IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang dengan SpO_2	Posisi head up 30° (kepala ditinggikan 30° dengan tubuh sejajar)	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding	Saturasi oksigen meningkat rata-rata 4%–6% setelah tindakan	Dilakukan 30 menit pengamatan setelah intervensi (Maret 2024

	Hemoragik di IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang Penulis**:** Rizal Ginanjar Publikasi: Jurnal Penelitian Inovatif (JUPIN) Vol.4, No. 3, Agustus2024	<95%				
3.	Laporan Kasus Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik : Implementasi Head Up Position 30^0 Penulis: Reza Rahmanda Putra Publikasi: Jurnal Penelitian Nusantara Volume 1; Nomor 8; Agustus 2025	Pasien stroke non-hemoragik yang mengalami penurunan saturasi oksigen di ruang perawatan	Pemberian posisi head up 30° (kepala tempat tidur ditinggikan 30°)	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding	Terjadi peningkatan saturasi oksigen (SpO2) setelah intervensi	Terjadi peningkatan saturasi oksigen (SpO2) setelah intervensi

4.	Abdul Wahab Pakaya & Nurliah (Jurnal Zaitun). Efektivitas Model Elevasi Kepala antara 30° dan 45° terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen pada Pasien Stroke Iskemik di RSUD dr. MM. Dunda Kabupaten Gorontalo.	Pasien stroke iskemik yang dirawat di ruang rawat inap Neuro RSUD dr. MM. Dunda Limboto Kabupaten Gorontalo (22 responden).	Pemberian posisi elevasi kepala 30**°** pada pasien stroke**.**	Pemberian posisi elevasi kepala 45°	Terjadi peningkatan saturasi oksigen pada kedua kelompok, tetapi lebih signifikan pada elevasi kepala 30° dengan peningkatan rata-rata dari 90,18% menjadi 95,91%	Intervensi posisi kepala dilakukan selama ±60 menit kemudian dilakukan pengukuran saturasi oksigen

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan pada kasus ini maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

   Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn.Z didapatkan hasil TD:132/85mmHg, N: 143x/menit,S: 37^0C, P: 32x/menit. Troponin T 939 ng/L. Pasien terpasang kateter urin, terpasang NGT, terpasang infus RL 20 tpm, kesadaran pasien somnolen, tampak pasien lemah dan mengalami penurunan kesadaran. Pasien memiliki Riwayat penyakit hipertensi, dan dirawat 3 bulan yang lalu di Rumah sakit Dadi Makassar karena gejala stroke awal. Pemeriksaan hasil CT-Scan kesan: *old infark* luas *cerebri dextra*, dan hasil Foto thorax kesan: gambaran *bronchitis*, serta dari hasil pemeriksaan EKG menggambarka ST Elevasi di V3 dan V6.

2. Diagnose keperawatan

   a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan aterosklerosis arteri.
   b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
   c. Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload.
   d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

3. Intervensi keperawatan

   Dalam intervensi keperawatan yang telah penulis susun diantaranya pemantauan tekanan intrakranial, manajemen jalan napas, perawatan jantung dan

perawatan jantung akut, dukungan mobilisasi serta dukungan perawatan diri: makan atau minum. Yang meliputi tindakan observasi, teraupetik, edukasi, kolaborasi. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan serta dukungan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit. dan tindkan terapuetik berdasarkan EBN yaitu melakukan pemberian posisi *head up* 30^0.

4. Implementasi keperawatan

   Pada implementasi yang dilakuan pada Tn. Z penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang dibuat. Pada implementasi keperawatan yang dilakukan, penulis melakukan pemberian posisi *head up* 30^0 untuk meningkatkan saturasi oksigen. Penerapan EBN dilakukan selama 3 hari dan bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, dan dokter sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik, dan dalam melakukan implementasi keperawatan didapatkan kendala karena pasien masih mengalami penurunan kesdaran.

5. Evaluasi keperawatan

   Dari hasil implementasi yang dilakukan pada Tn. Z selama 3x8 jam didapatkan:

   a. Resiko perfusi serebral tidak efektif mulai teratasi
   b. Bersihan jalan nafas tidak efektif mulai teratasi
   c. Resiko penurunan curah jantung mulai teratasi
   d. Gangguan mobilitas fisik mulai teratasi.

6. Dokumentasi

   Telah dilakukan pendokumnetasian asuhan keperawatan pada Tn.Z dengan Non Hemoragik stroke dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi implementasi, serta evaluasi 3 hari dengan kerja sama yang baik dan bantuan dari perawat di ruangan.

B. Saran

Berdasarkan simpulan di atas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditujukan:

1. Bagi instansi Rumah Sakit

   Diharapkan menjadi bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi pelayanan kesehatan, agar memberikan perawatan yang bersifat bio-psiko-sosial-spiritual, serta dapat menerapkan pemberian posisi evelasi kepala 30^0 dengan masalah perfusi serebral, melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di rumah sakit.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Bagi mahasiswa(i) untuk lebih memperluas ilmu dalam pelaksanaan keperawatan yang tepat bagi pasien stroke sesuai dengan teori yang telah didapatkan dibangku perkuliahan, sehingga turut meningkatkan derajat kesehatan pasien, mengadakan pembaharuan melalui pendidikan dalam dunia keperawatan.

3. Bagi Instansi Pendidikan

   Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan non hemoragik stroke.

DAFTAR PUSTAKA

*Nisila1a, Zuliya Indah Fatmawati2b, A. S. (2025). *HUBUNGAN JUMLAH PENYAKIT PENYERTA DAN TEKANAN DARAH DENGAN JENIS STROKE PADA PASIEN STROKE DI POLI SARAF RUMAH SAKIT SULTAN IMANNUDIN*. *2*(1), 138–153.

Abdul Wahab Pakaya, N. (2021). *EFEKTIVITAS MODEL ELEVASI KEPALA ANTARA 30^{o} DAN 45^{o} TERHADAP PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DI RSUD dr.MM. DUNDA KABUPATEN GORONTALO*. *32*(3), 167–186.

Amir, H., Ilah Padhila, N., Studi Ilmu Keperawatan, P., & Kesehatan Masyarakat, F. (2023). *Idea Pengabdian Masyarakat Penyuluhan Non Hemoragik Stroke pada Keluarga Pasien di Intensive Care Unit (ICU) RSP. Ibnu Sina YW-UMI*. *3*(01), 39–43.

Andi Auliyah Anugrah Rahman, Achmad Harun Muchsin, & Mochammad Erwin Rachman. (2025). Tinjauan Literature Review: Karakteristik Pasien Stroke Iskemik. *The Indonesian Journal of General Medicine*, *14*(3), 119–141. https://doi.org/10.70070/7nwcxy45

Anggraeni, A. D. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Anisa Dian Anggreini Anisa Dian Anggreini. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta*.

Bernhardt, J., Langhorne, P., Lindley, R. I., Thrift, A. G., Ellery, F., Collier, J., Churilov, L., Moodie, M., Dewey, H., & Donnan, G. (2015). Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): A randomised controlled trial. *The Lancet*, *386*(9988), 46–55. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60690-0

Damayanti, A., Idu, C. J., & Fuadah, S. (2024). Gudang Jurnal Ilmu Kesehatan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Dengan Pemberian Terapi Rom Pasif Terhadap Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang RPU 2 RS An-Nisa Tangerang Pada Tahun 2024. *Gudang Jurnal Ilmu Kesehatan*, *2*(2), 124–128.

Epiphania Trisila , Fransiska Aloysia Mukin, M. D. (2022). *Pengaruh*

Pemberian Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Di Igd Rsud Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka. *8*(September), 664–674.

Hardika, B. D., Yuwono, M., & Zulkarnain, H. (2020). Faktor Risiko yang Mempengaruhi Terjadinya Stroke Non Hemoragik pada Pasien di RS RK Charitas dan RS Myria Palembang. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, *9*(2), 268. https://doi.org/10.36565/jab.v9i2.234

Harmawati, Abdimas Saintika, J., Hardini, S., Studi, P. S., & Syedza Saintika, S. (2021). DETEKSI DINI GEJALA AWAL STROKE. *Jurnal Abdimas Saintika*, *3*. https://jurnal.syedzasaintika.ac.id

Imran, I. M. (2015). *Koleksiku Histori Saya Buku Modul Daftar Penyakit Kepaniteraan Klinik : SMF Neurologi*. Syiah Kuala University Press.

Johns Hopkins Medicine. (2025). *Brain anatomy and how the brain works*. https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/anatomy-of-the-brain

kemenkes. (2023). *Kenali Stroke dan Penyebabnya*. https://ayosehat.kemkes.go.id/kenali-stroke-dan-penyebabnya

Kemenkes. (2023). *SeGeRa Ke RS Untuk Cegah Faktor Resiko stroke*.

Kusumarini, N. (2021). Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke di RSUD Indrasari Rengat Kabupaten Indragiri Hulu. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, *12*(3), 489–494.

Langhorne, P., Collier, J. M., Bate, P. J., Thuy, M. N. T., & Bernhardt, J. (2018). Very early versus delayed mobilisation after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* , *2018*(10). https://doi.org/10.1002/14651858.CD006187.pub3

Made, N., Yunica, D., Indah, P., & Dewi, S. (2025). *Pengaruh latihan lateral prehension grip terhadap kekuatan otot pada pasien Stroke Non Hemoragik (SNH)*.

Medicine, H. J. (2026). Anatomi Otak dan Cara Kerja Otak. *Hopkins Jhons Medicine*. https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/anatomy-of-the-brain

Natalia Pangaribuan, B., Fernanda, N., Indah Rahayu, L., Risma Damayanti, A., Dinari Aisyah, A., Sariwulan, R., Alim, W., Yolivia, S., Ayu Maharany, R., & Al amin, F. (2024). Stroke Non Hemoragik. Jurnal Kesehatan Tambusai. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, *5*(1), 1512–1516.

Nonok Karlina1*, M. dan Y. S. (2025). *Penerapan Terapi Imajinasi Terbimbing dalam Mengurangi Kecemasan pada Pasien Stroke*. *13*(1), 250–261.

Okaniawan, K. K., Putu, N., Maheswari, D., & Mestri, N. N. (2025). Pengaruh tingkat kesadaran terhadap prognosis pasien stroke. *Jurnal Kesehatan Ambusai*, *6*(4), 17484–17494.

Pamungkas & Dewi, 2020. (2020). 6.+A-Review+Profil+pengobatan+stroke_Hasil-1. *Profil Pengobatan Strroke Pada Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X Kota Malang Periode Januari Sampai Desember 2021*, *2*(11), 4578–4586.

Putri, R. S., & Satrianto, A. (2024). *PENERAPAN MIRROR THERAPY PADA ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KLATAK BANYUWANGI 2024*. 67–74.

Rahayu, P., Marlina, Widarti, L., Andrias, & Wahyuni, E. (2024). *Asuhan Keperawatan Penyakit Tidak Menular*.

Rizky, Nalar, R., & Rafieqah Nalar and Mahardika, A. (2023). Latihan Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Hemoragik : Studi Kasus. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, *2*(4), 1275--1289.

Ruswanti. (2021). *Anatomi Otak Manusia*. https://www.harianhaluan.com/pendidikan/pr-101626499/anatomi-otak-manusia?page=2#goog_rewarded

Sulistiyawati. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Yang Di Rawat Di Rumah Sakit*.

Suparyanto dan Rosad (2022. (2020). Konsep Dasar Penyakit Stroke Non Hemoragik. *Suparyanto Dan Rosad (2015*, *5*(3), 248–253.

Survei Kesehatan Indonesia (SKI). (2023). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI)*. https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/hasil-ski-2023/

Suryawan Putra, B. P., Ni Nyoman, M. A., Luh Putu, K. L., & I Ketut S., K. (2024). Pengkajian Holistik Pasien Stroke Non-Hemoragik: Sebuah Laporan Kasus. *Ganesha Medicine*, *4*(2), 98–104. https://doi.org/10.23887/gm.v4i2.79427

Tapuwa, D., Musuka, M., Wilton, S., & Traboulsi, M. (2020). Diagnosis and Management of Acute Ischemic Stroke: Speed is Critical. *Cmaj*, *187*(12), 887–893.

WHO. (2022). *Hari Stroke Sedunia 2022*.

Wisloff T Ringerike T, Harboe I, Klemp M, H. V. (2010). *[Intravenous thrombolytic treatment after acute stroke and secondary antithrombotic prevention treatment (antiplatelet and anticoagulant treatment) after stroke]*. http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=32010001789%5Cnhttp://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/11102.cms?language=english&threepage=1

World Health Organization (WHO). (2026). *Stroke*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH

Nama : 1. Elania Anje (NS2514901019)
2. Fransisko Aprilio Weridity (NS2514901019)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Yunita Carolina Satti.Ns, M.Kep

Judul karya ilmiah akhir : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non-Hemoragik (SNH) Di Ruang *Intensive Care* Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	Senin,26 Januari 2026	- Melapor kasus NHS - ACC kasus - Lanjutkan pengkajian-intervensi - Menentukan *Evidance Based Nursing* (EBN)			
2.	Selasa,27 Januari 2026	- Konsultasi pengkajian, - konsul EBN			
3.	Selasa,24 februari 2026	- Konsul Konsul Analisa data - Konsul untuk pengangkatan diagnose - Konsul intervensi			

Dipindai dengan CamScanner

4.	Selasa,03 Maret 2026	- Konsul BAB 4 - Konsul revisi BAB 3			
5.	Rabu,11 Maret 2026	- Konsul revisi diagnosa - Konsul revisi implementasi - Konsul revisi evaluasi			
6.	Jumat,13 Maret 2026	- Konsul revisi Bab 4 - Konsul Revisi Bab 3			
7.	Selasa,17 Maret 2026	- Konsul revisi Bab 4 - Konsul revisis Bab 5			

Dipindai dengan CamScanner

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH

Nama : 1. Elania Anje (NS2514901019)
2. Fransisko Aprilio Weridity (NS2514901019)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Felisima Ganut, Ns.M.Kep

Judul karya ilmiah akhir : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non-Hemoragik (SNH) Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	Rabu, 4 februari 2026	- Konsul Kasus untuk pengambilan Tinjauan Pustaka BAB 2			
2.	10 Maret 2026	- Konsul Bab 1			
3.	12 maret 2026	- Konsul Revisi Bab 1, - Konsul Bab 2, dan Bab 4 - Konsul pathway			
4.	16 maret 2026	- Konsul revisi bab - Konsul revisi bab 2 - Konsul revisi pathway			
5.	16 maret 2026	- Konsul revisi bab 1 - Konsul revisi bab 2 - Konsul revisi pathway			

6.	17 maret 2026	- Konsul revisi bab 1 - Konsul revisi bab 2 - Konsul revisi daftar Pustaka			
7.	18, maret 2026	- Konsul revisi Bab 1 - Konsul revisis Bab 2 - Revisi penulisan daftar Pustaka			

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama	: Elania Anje
Tempat/Tanggal Lahir	: Wongkol Torok, 17 September 2002
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jln Raya Tungal

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Frans Hamat/Anastasia mamul
Agama	: khatolik
Pekerjaan	: petani/petani
Alamat	:

3. Pendidikan Yang Ditempuh

SDN Wongkol Torok	: 2009-2015
SMPN 1 Lembor	: 2015-2018
SMK Santa Mathilda Ruteng	: 2018-2021
STIK Stella Maris Makassar	:
Sarjana Keperawatan	: 2021-2025
Profesi Ners	: 2025-2026

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama	: Fransisko Aprilo Weridity
Tempat/Tanggal Lahir	: Merauke / 14 April 2003
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Jl.Maipa Lorong 35

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Paternus Weidity/Maksima.T.Kelvulan
Agama	: Khatolik
Pekerjaan	: Wiraswasta/Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Jl.Yosudarso

3. Pendidikan Yang Ditempuh

SD YPPK Budhi Mulia Merauke	: 2009-2015
SMP YPPK Yoanes XXIII Merauke	: 2015-2018
SMKS Kesehatan Yaleka Maro Merauke	: 2018-2021
STIK Stella Maris Makassar	:
Sarjana Keperawatan	: 2021-2025
Profesi Ners	: 2025-2026

RIWAYAT HIDUP

RIWAYAT HIDUP

LEMBAR PENGESAHAN

Karya ilmiah akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Elania anje (NS2514901019)
2. Fransisko Aprilio Weridity (NS2514901026)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Non Hemorrhagic Stroke* (NHS) Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns., M. Kep( )
Pembimbing 2 : Felisima Ganut, Ns., M. Kep ( )
Penguji 1 : Mery Solon , Ns., M. Kes ( )
Penguji 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN ( )

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 25 Maret 2026

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MAKASSAR

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

RIWAYAT HIDUP

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non- Hemoragik (SNH) Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar" setelah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh:
Nama mahasiswa.NIM :1. Elania anje (NS2514901019)
2.Fransisko Aprilio Weridity (NS2514901026)

Disetujui oleh

Pembimbing 1

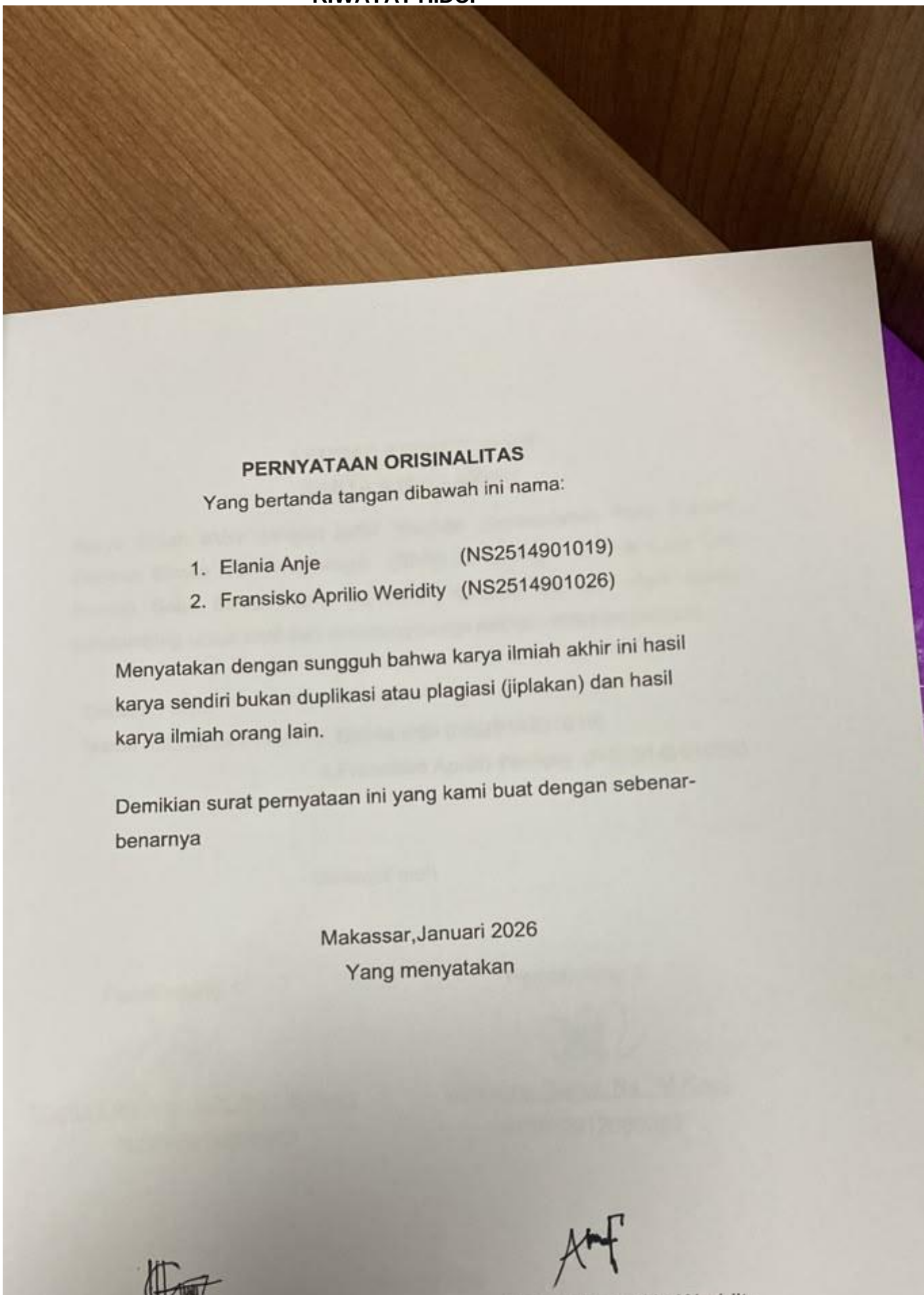
(Yunta Carolina Satti, Ns., M.Kep)
NIDN:0904078805

Pembimbing 2

(Felisima Ganut, Ns., M.Kep)
NIDN:0912089302

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik
Stik Stella Maris Makassar

RIWAYAT HIDUP



PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Elania Anje (NS2514901019)
2. Fransisko Aprilio Weridity (NS2514901026)

Menyatakan dengan sungguh bahwa karya ilmiah akhir ini hasil karya sendiri bukan duplikasi atau plagiasi (jiplakan) dan hasil karya ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar,Januari 2026

Yang menyatakan