

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG ICU RUMAH SAKIT TK II PELAMONIA MAKASSAR

OLEH:

AGATA ELMAS (NS2414901019)
AGNES SAKLIRESY (NS2414901020)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2025



KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN NON HEMORAGIK STROKE (NHS) DI RUANG ICU RUMAH SAKIT TK II PELAMONIA MAKASSAR

OLEH:

AGATA ELMAS	(NS2414901019)
AGNES SAKLIRESY	(NS2414901020)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2025

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Agata Elmas (NS2414901019)
2. Agnes Sakliresy (NS2414901020)

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

Demikian surat penyampaian ini kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 18 Juni 2025

Yang menyatakan,

Agnes Sakliresy

Agata Elmas

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar" telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertanggungjawabkan di depan ujian.

Diajukan oleh:

Nama mahasiswa/NIM:	1. Agata Elmas	NS2414901019
	2. Agnes Sakliresy	NS2414901020

Di setujui oleh:

Pembimbing 1	Pembimbing 2
Wirmando,Ns.,M.Kep	Yunita Carolina Satti,Ns.,M.Kep
NIDN: 0929089201	NIDN: 0904078805

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar

(Fransiska Anita E.R.S,Ns.,M.Kep,.Sp.KMB.,Ph.D)

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama	:	1. Agata Elmas	(NS2414901019)
		2. Agnes Sakliresy	(NS2414901020)
Program studi	:	Profesi Ners	
Judul KIA	:	Asuhan Keperawatan Kritis pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar	

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	:	Wirmando,Ns.,M.Kep	( )
Pembimbing 2	:	Yunita Carolina Satti,Ns.,M.Kep	( )
Penguji 1	:	Rosmina Situngkir,Ns.,M.Kes	( )
Penguji 2	:	Meyke Rosdiana,Ns.,M.Kep	( )

Ditetapkan di	:	Makassar
Tanggal	:	18 Juni 2025

Mengetahui,

Ketua Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN:0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama:

1. Agata Elmas (NS2414901019)
2. Agnes Sakliresy (NS2414901020)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 18 Juni 2025

Yang menyatakan



Agata Elmas



Agnes Sakliresy

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan Rahmat-Nya yang berlimpah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul **"Asuhan Keperawatan Kritis pada Pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar."**

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan penulisan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapat bantuan, pengarahan, dan bimbingan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar
2. Fransiska Anita E.R.S,Ns.,M.Kep,.Sp.KMB.,Ph.D selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik atas Kerjasama STIK Stella Maris Makassar
3. Matilda Martha Paseno,Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar
4. Serlina Sandi,Ns.,M.Kep.Ph.D selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
5. Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar
6. Wirmando,Ns.,M.Kep selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir

7. Yunita Carolina Satti,Ns.,M.Kep sebagai pembimbing II Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir
8. Rosmina Situngkir,Ns.,M.Kes selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Meyke Rosdiana,Ns.,M.Kep selaku penguji II yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi penyempuranaan karya imiah akhir ini
10. Segenap dosen beserta seluruh Staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan
11. Kepada para tenaga medis dan keperawatan ruangan ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar
12. Untuk kedua orang tua dari Agata Elmas (Hilarius Elmas dan Marselina Nusamara) dan orang tua Agnes Sakliresy (Endang Patinggi dan Thomas Sakliresy) dan seluruh teman - teman seangkatan serta keluarga, sahabat dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
13. Untuk teman - teman mahasiswa Ners angkatan 2024/2025 yang selalu bersama - sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
PERNYATAAN ORISINALITAS ii
HALAMAN PERSETUJUAN iii
HALAMAN PENGESAHAN iv
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI viii
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR TABEL xi
DAFTAR LAMPIRAN xii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penelitian 3
C. Manfaat Penelitian 4
D. Metode Penulisan 4
E. Sistem Penulisan 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7
A. Konsep Dasar 7
B. Konsep Dasar Keperawatan 26
BAB III PENGAMATAN KASUS 37
A. Ilustrasi Kasus 37
B. Pengkajian Primer 38
C. Pengkajian Sekunder 44
D. Analisa Data 67
E. Diagnosa Keperawatan 71

F. Intervensi Keperawatan 72
G. Implementasi Keperawatan 78
H. Evaluasi Keperawatan 95
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 104
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 104
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing 109
BAB V SIMPULAN DAN SARAN 115
A. Simpulan 115
B. Saran 116
Daftar Pustaka
Lampiran

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi otak.....8
Gambar 2.2 Sirkulasi Willisi.....11

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 pengkajian Primer.....37
Tabel 3.2 pemeriksaan Penunjang.....58
Tabel 3.3 Analisa Data.....65
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan.....69
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan.....70
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....76
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan.....93

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi
Lampiran 2 Riwayat Hidup

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah kondisi dimana otak mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak yang mengalami gangguan atau terhambat akibat adanya sumbatan (Nur et al., 2021). Terdapat dua jenis stroke yaitu Hemoragik Stroke (HS) dan Non Hemoragik Stroke (NHS). Non hemoragik stroke (NHS) didefinisikan sebagai hilangnya fungsi neurologis secara mendadak yang disebabkan oleh obstruksi aliran darah ke satu atau lebih bagian otak akibat oklusi arteri serebral (Nofitri, 2020).

Menurut *World Stroke Organization* (2022) secara global, lebih dari 12,2 juta atau satu dari empat orang di atas usia 25 akan mengalami stroke serta terdapat lebih dari 28% dari semua kejadian stroke adalah perdarahan intraserebral, 1,2 juta perdarahan subarachnoid, dan lebih dari 7,6 juta atau 62% stroke iskemik baru setiap tahun. Sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat menderita stroke baru atau berulang. Sekitar 610.000 di antaranya adalah stroke pertama kali, sementara 185.000 adalah stroke berulang. Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan prevalensi stroke di Indonesia yaitu 8,3% yang mana daerah yang tertinggi prevalensi stroke yaitu Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, yaitu 11,4% dengan kelompok umur yang paling banyak mengalami stroke yaitu pada kelompok umur 75 tahun ke atas, yaitu 41,3% yang umumnya dialami oleh laki-laki. Sedangkan pada Provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan prevalensi stroke sebanyak 10,6% yang paling banyak dialami pada kelompok umur >75 tahun (48,2%) (Kemenkes RI, 2022). Sedangkan, di Rumah Sakit TK II

Makassar sendiri didapatkan jumlah pasien stroke sebanyak 2379 orang pada tahun 2018 (Insani & Ngkolu, 2020).

Berdasarkan prevalensi yang tinggi tersebut maka sangat diperlukan penanganan stroke yang tepat dan cepat. Pada kasus Non Hemoragik Stroke (NHS) sendiri pemantauan ketat menggunakan alat ukur seperti Glasgow Coma Scale (GCS) atau NIH Stroke Scale (NIHSS) memungkinkan deteksi dini perburukan kondisi dan mendukung pengambilan keputusan klinis yang cepat dan tepat. Keberhasilan penatalaksanaan stroke sangat bergantung pada kualitas intervensi keperawatan yang diberikan secara holistik, mulai dari fase akut, subakut, hingga rehabilitasi (Virani, 2025).

Fase akut terjadi 2 minggu pertama pasca serangan stroke, pada saat perawatan di rumah sakit. Selama periode ini, pasien menerima perawatan medis khusus yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, menjaga integritas kulit, mengurangi kekakuan sendi, meningkatkan fungsi menelan, dan mengatasi masalah komunikasi. Periode subakut berlangsung dari dua minggu hingga enam bulan setelah stroke, yaitu saat pasien diperbolehkan pulang ke rumah dan melakukan latihan yang memaksimalkan rehabilitasi neurologis dan restrukturisasi saraf, seperti berdiri, berjalan, daya tahan, terapi kognitif, serta berbicara dan menulis. Sementara untuk fase rehabilitasi berlangsung diatas 6 bulan pasca stroke. Pada fase ini diperlukan dukungan keluarga yang kuat untuk memaksimalkan keterampilan fungsional pasien, mempertahankan kemampuan fungsional yang telah dicapai, dan menghindari komplikasi (Zhao et al., 2024).

Untuk mengatasi stroke khususnya pada fase akut, diperlukan penanganan yang komprehensif sebagai peran perawat demi mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Penerapan evidence based nursing (EBN) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan

keperawatan yang berdasarkan teori dan hasil penelitian, untuk memberikan outcome yang lebih baik demi kesembuhan pasien (Febriawati et al., 2023). Berdasarkan beberapa hasil penelitian, pemberian terapi head-up 30° merupakan intervensi EBN yang sudah diteliti dan direkomendasikan pada pasien stroke yang bertujuan untuk meningkatkan saturasi oksigen (Azizah & Arofiati, 2023). Penelitian yang dilakukan oleh Mustikarani & Mustofa (2020) menunjukan hasil ada pengaruh kepala elevasi 30° terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik, dimana pada saat posisi supinasi saturasi oksigen 89% sedangkan saat kepala dielevasi 30° selama 30 menit saturasi meningkat menjadi 96%.

Berdasarkan deskripsi di atas dan temuan penulis mengenai prevalensi NHS, yang masih merupakan salah satu kondisi medis paling serius dimana perawat memainkan peran kritis dalam perawatan keperawatan. 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 Pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) Di Ruang ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar".

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di Ruangan ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar.

2. Tujuan khusus

a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)

b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)
c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)
d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) dan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based* Nursing (EBN)
e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Karya ilmiah ini dapat menjadi sumber referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS)

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Menambah wawasan pengetahuan profesi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Merupakan salah satu sumber informasi serta acuan dalam meningkatkan kualitas penulisan karya ilmiah akhir tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penulis karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk anatara lain:

1. Studi kepustakaan

   Mempelajari literatur-literatur yang berkaitan dengan karya tulis ini, baik dari buku maupun internet.

2. Studi kasus

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

a. Observasi

Observasi yaitu melihat secara langsung keadaan dan kondisi pasien

b. Wawancara

Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan yang terkait seperti: perawat diruangan untuk memperoleh data yang diinginkan

c. Pemeriksaan fisik

Dengan cara: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

d. Diskusi

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

e. Studi dokumentasi

Dengan melihat dan membaca hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya yang tertera dalam status pasien.

E. Sistem Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini tersusun dari V bab yang terdiri bab 1 "pendahuluan" bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistimatika penulisan, tujuan penulisan manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II "Tinjauan Teoritis" bab ini menguraikan

tentang pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan patoflowdiagram. Bab III "Pengamat Kasus" menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV "Pembahasan Kasus" yaitu bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan dilapangan. Bab V "Penutup" terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian Non Hemoragik Stroke (NHS)

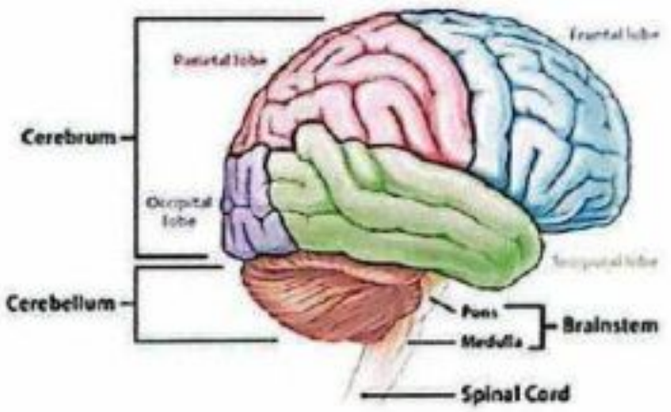
Stroke non-hemoragik atau iskemik ditandai oleh infark serebral, yaitu hilangnya fungsi jaringan otak akibat suplai darah yang tidak memadai, yang jika berlangsung cukup lama dapat menyebabkan kerusakan permanen pada neuron dan struktur pendukungnya (Pratley, 2021). Stroke iskemik biasanya terjadi disebabkan oleh adanya gumpalan yang menyumbat pembuluh darah dan menimbulkan hilangnya suplai darah ke otak. Gumpalan yang menyumbat pembuluh darah dapat berkembang dari akumulasi lemak atau plak aterosklerotik yang ada didalam pembuluh darah(F. U. Dewi & Agustina, 2023).

Berdasarkan beberap definisi di atas penulis menyimpulkan bahwa stroke non hemoragik adalah suatu kondisi dimana otak tidak mendapat pasokan oksigen yang memadai disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah oleh gumpalan plak aterosklerotik.

2. Anatomi Fisiologi

Otak tersusun atas pembungkus yang disusun oleh 2 jenis sel penting yaitu Neuron dan Sel Glia. Jumlah sel neuron terdiri dari 10-15 miliar sel dengan berat total 180 gram. Fungsi dari sel neuron adalah untuk transmisi informasi dan membuat manusia sanggup untuk berpikir. Sedangkan jumlah sel glia di otak ada sekitar 150 miliar dengan berat total 420 gram. Sel glia bertanggungjawab untuk memberi makan sel neuron dan menyokognya hingga kokoh dan

kuat. Otak merupakan bagian organ tubuh yang paling penting karena otak merupakan pusat dari pengendalian seluruh tubuh. Otak terbagi menjadi empa t bagian utama, yaitu otak besar (cerebrum), otak kecil (cerebellum), batang otak (brainstem), dan sistem limbik (*limbic system*). Cerebrum merupakan struktur otak terbesar yang terletak tinggi di atas tengkorak. Cerebrum menyumbang dua pertiga dari total massa otak. Bagian terluar dari cerebrum disebut juga dengan korteks cerebral yang melapisi bagian luar otak.



Gambar 1.1 Anatomi Otak (L. Dewi & Fitraneti, 2024)

a. Serebrum

Serebrum memiliki dua hemisfer (belahan otak), yaitu hemisfer kanan dan hemisfer kiri. Hemisfer kanan berfungsi untuk mengontrol sisi tubuh di bagian kiri, bertanggung jawab untuk berkomunikasi, bersosialisasi, regulasi emosi, dan interaksi serta kemampuan untuk merasakan, intuitif, dan mengekspresikan diri melalui gerakan tubuh. Hemisfer kiri berfungsi untuk mengontrol sisi tubuh bagian kanan, sebagai pusat syaraf kecerdasan atau hal-hal yang berhubungan dengan logika dan penalaran, seperti kemampuan menulis dan membaca. Tiap hemisfer terbagi dalam empat lobus, yaitu:

1) Lobus Frontal

Fungsinya berhubungan dengan motorik meliputi kemampuan memecahkan masalah, kreativitas, kemampuan mengevaluasi sesuatu, serta kemampuan mengatur impuls seksual dan emosi.

2) Lobus Parietal

Bagian ini membentuk sebagian besar garis tengah kranial yang fungsinya terkait dengan banyak sensor rasa sakit, tekanan dan emosi.

3) Lobus Temporal

Bagian bawah dari serebrum merupakan lobus temporal yang terkait dengan berpikir dan mengingat.

4) Lobus Oksipital

Terletak pada bagian posterior otak yang terhubung ke sistem pemrosesan visual.

b. Serebellum (Otak Kecil)

Serebellum melekat ke belakang bagian atas batang otak, terletak di bawah lobus oksipitalis. Fungsinya untuk merangsang dan menghambat terhadap koordinasi dan gerakan halus, mengontrol gerakan yang benar, keseimbangan, posisi dan mengintegrasikan input sensori.

c. Batang Otak

Batang otak dalah penghubung yang sangat penting antara korda spinalis dan bagian otak yang lebih tinggi. Batang otak terdiri dari:

1) Medulla Oblongata

Medulla oblongata erupakan pusat reflek yang penting untuk jantung, vasokonstriksi pernapasan, bersin, batuk, menelan, pengeluaran air liur dan muntah.

2) Pons

Pons merupakan penghubung antara kedua hemisfer serebelum. Berperan dalam pengaturan pernapasan, saraf cranial V (Trigeminus), VI (Abduscen), VII (Fascialis), VIII (Vestibulo Acusticus).

3) Mesenfalon

Mesenfalon merupakan bagian pendek dari batang otak yang letaknya di atas pons dalam reflek penglihatan dan koordinasi gerakan penglihatan, reflek pendengaran.

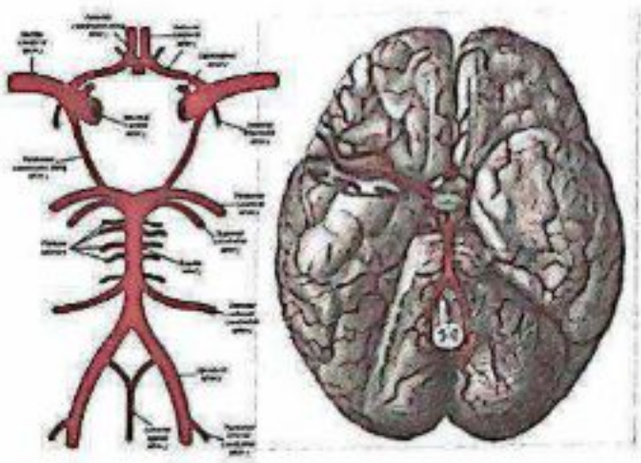
d. *Spinal Cord*

Dari batang otak berjalan suatu silinder jaringan saraf panjang dan ramping yaitu korda spinalis. Dari korda spinalis keluar saraf-saraf spinalis berpasangan melalui ruang yang dibentuk tulang mirip sayap vertebra yang berdekatan. Saraf spinalis diantaranya 8 saraf sevikalis, 12 saraf torakalis, 5 saraf lumbaris, 5 saraf sakralis dan 1 saraf koksigeus. Sebanyak 31 pasang saraf spinalis dan 12 pasang saraf kranialis yang berasal dari otak membentuk sistem saraf perifer. Kesemuanya bertanggung jawab menjalankan perintah dari otak dalam penghantar gerak, rasa, reflek tubuh.

e. Sirkulasi Serebral

Dalam sirkulasi darah ke otak diantaranya diperoleh dari 2% dari BB tubuh, 20% cardiac output digunakan otak, 25% oksigen untuk otak, 65% glukosa untuk otak dimana 90% secara aerob dan 10% secara anaerob. Darah dari jantung ke otak dialirkan oleh 2 arteri carotis internal dan 2 arteri carotis eksternal kemudian saling berhubungan menjadi arteri basilaris pada otak. Apabila terjadi sumbatan dalam pembuluh darah sampai mengakibatkan aliran darah otak terhenti selam 3-10 menit maka akan menyebabkan gangguan fungsional otak. Namun demikian masih ada suatu

kompensasi otak kita terhadap kondisi tersebut. Adanya *sirkulus arteriosus willisi* (yang berfungsi memberikan bantuan aliran darah kolateral) dan efek *bayliss* (auto regulasi aliran darah ke otak) dalam rentang sistolik 50-200 mmHg dan diastolic 60-120 mmHg jumlah darah yang mengalir ke otak diatur konstan atau tetap. Sirkulus *arteriousus willisi* terdapat pada dasar otak yang merupakan lingkaran arteri yang dibentuk dari cabang-cabang arteri carotid interna anterior dan arteri cerebral bagian tengah arteri, penghubung anterior dan posterior. Arteri-arteri pada sirkulus *willisi* memberi rute alternatif pada aliran darah jika salah satu arteri utama tersumbat.



Gambar 1.2 Sirkulasi Willisi (L. Dewi & Fitraneti, 2024)

f. Sistem limbik

Sistem limbik bertanggung jawab atas perasaan atau emosi. Sistem ini terdiri dari hipotalamus, talamus, amigdala, dan hippocampus. Amigdala berfungsi untuk memproses memori, pengambilan keputusan, dan respons emosional. Fungsi hippocampus adalah untuk membentuk memori spasial dan navigasi, dengan mendeteksi tempat, peristiwa baru, dan

rangsangan untuk membentuk memori baru terkait dengan peristiwa yang dialami, baik otobiografi maupun episodik (Shodiqurrahman et al., 2022).

3. Etiologi

Menurut Ahmed & Chaudhary (2024), ada 2 faktor risiko penyebab stroke yakni faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi.

a. Faktor yang dapat dimodifikasi, antara lain :

1) Hipertensi

Penyakit hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya stroke, yang sering disebut sebagai *the silent killer* karena hipertensi meningkatkan risiko terjadinya stroke sebanyak 6 kali. Dikatakan hipertensi juka memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Semakin tinggi tekanan darah pasien maka semakin tinggi pula risiko untuk mengalami stroke. Hipertensi bisa merusak dinding pembuluh darah yang bisa dengan mudah akan menyebabkan penyumbatan bahkan pecahnya pembuluh darah di otak. Hipertensi bisa menyebabkan pembuluh darah menyempit, bocor, pecah, atau tersumbat. Hal ini dapat mengganggu aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otak. Jika hal ini terjadi, sel-sel dan jaringan otak pun akan mati dan menyebabkan terjadinya stroke (Hisni et al., 2022). Tingkat tekanan dalam lumen pembuluh darah dapat menyebabkan disfungsi endotel dan mengubah fungsi otot polos yang melapisi dinding pembuluh darah tersebut. Hal ini akan mengurangi ukuran diameter lumen dan akan mengurangi kemampuan sel untuk melepaskan faktor vasodilator seperti oksida nitrat. Kurangnya vasodilatasi ini

menyebabkan peningkatan tonus vasokonstriktor pada arteri sistemik dan serebral. Kerusakan pada endotelium dapat menyebabkan lesi iskemik dan pembentukan trombus (Ahmed & Chaudhary, 2024).

2) Penyakit jantung

Jantung merupakan pusat aliran darah di tubuh. Jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap (Elmukhsinur & Kusumarini, 2021). Atrial fibrilasi adalah kasus yang paling sering terjadi dan berisiko 3 – 4 kali terjadi serangan stroke. Atrial fibrilasi non valvuler merupakan penyebab emboli, dimana emboli adalah salah satu faktor pencetus atrial fibrilasi yang menyebakan aliran darah dijantung tidak teratur sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah (Wayunah & Saefulloh, 2017).

3) Diabetes Melitus

Diabetes mellitus menyebabkan laju penuaan sel berlangsung sangat cepat akibat kadar glukosa yang tinggi disertai kerapuhan pembuluh darah, sehingga berisiko tinggi terhadap hipertensi dan penyakit jantung yang akhirnya meningkat. Hal ini terjadi karena peningkatan gula darah dapat meningkatkan risiko aterosklerosis dan juga risiko stroke lainnya, seperti hipertensi, obesitas, hiperlipidemia.

4) Kurangnya aktivitas fisik

Kurangnya aktivitas fisik merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya serangan jantung dan stroke, yang ditandai dengan penumpukan substansi lemak, kolesterol, kalsium dan unsur lain

yang mensuplai darah ke otot jantung dan otak, yang berdampak terhadap menurunnya aliran darah ke otak maupun jantung. Hal ini terjadi lebih cepat terjadi apabila dikombinasi dengan faktor risiko lain yaitu obesitas, hipertensi, dislipidemia dan diabetes mellitus (Hisni et al., 2022).

5) Merokok

Rokok mengandung ribuan zat kimia berbahaya bagi kesehatan tubuh, diantaranya yaitu tar, nikotin, dan karbon monoksida. Zat kimia tersebut yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan mengakibatkan proses aterosklerosis dan hipertensi. Perokok aktif dan pasif sama-sama memiliki resiko besar untuk mengalami stroke (Masriana et al., 2021).

6) Makanan

Pola makan yang buruk merupakan salah satu pemicu terjadinya stroke. Pola makan yang buruk digambarkan dengan kebiasaan mengonsumsi makanan yang tidak memberikan cukup nutrisi penting seperti karbohidrat, lemak, dan protein yang diperlukan untuk metabolisme tubuh manusia. Perkembangan zaman yang semakin modern menuntut masyarakat untuk cepat beradaptasi dengan keadaan, terbukti dengan pola makan saat ini yang mengutamakan kenyamanan dibandingkan kesehatan. Contohnya seperti makanan cepat saji, makanan tinggi lemak, gula dan garam, minuman mengandung pemanis, dan minuman berkarbonasi. Hal tersebut disebabkan kandungan kolesterol yang tinggi. Kolesterol yang tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah tersumbat

.

b. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi, antara lain :

1) Usia

Usia adalah faktor risiko terkuat yang tidak dapat dimodifikasi untuk stroke dan pasien lanjut usia dengan stroke biasanya memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi dan kemampuan yang berkurang untuk pemulihan fungsional. Seiring bertambahnya usia, lebih rentan untuk terkena stroke teapi tidak dipungkiri usia muda dapat mengalami stroke bila memiliki faktor-faktor resiko seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes, kurang aktivitas, merokok, konsumsi alkohol dan pola makan.

2) Jenis kelamin

Pada umumnya laki-laki memiliki gaya hidup yang sedikit berbeda dengan perempuan yang dapat berdampak terhadap status kesehatannya, terutama gaya hidup seperti merokok dan mengkonsumsi alkohol. Perilaku atau gaya hidup tersebut menjadi salah satu faktor risiko stroke pada seseorang. Belum lagi pada laki-laki tidak adanya perlindungan pembuluh darah dari hormon estrogen endogen menyebabkan laki-laki mempunyai risiko yang lebih besar besar untuk terjadinya stroke (Rahayu, 2023).

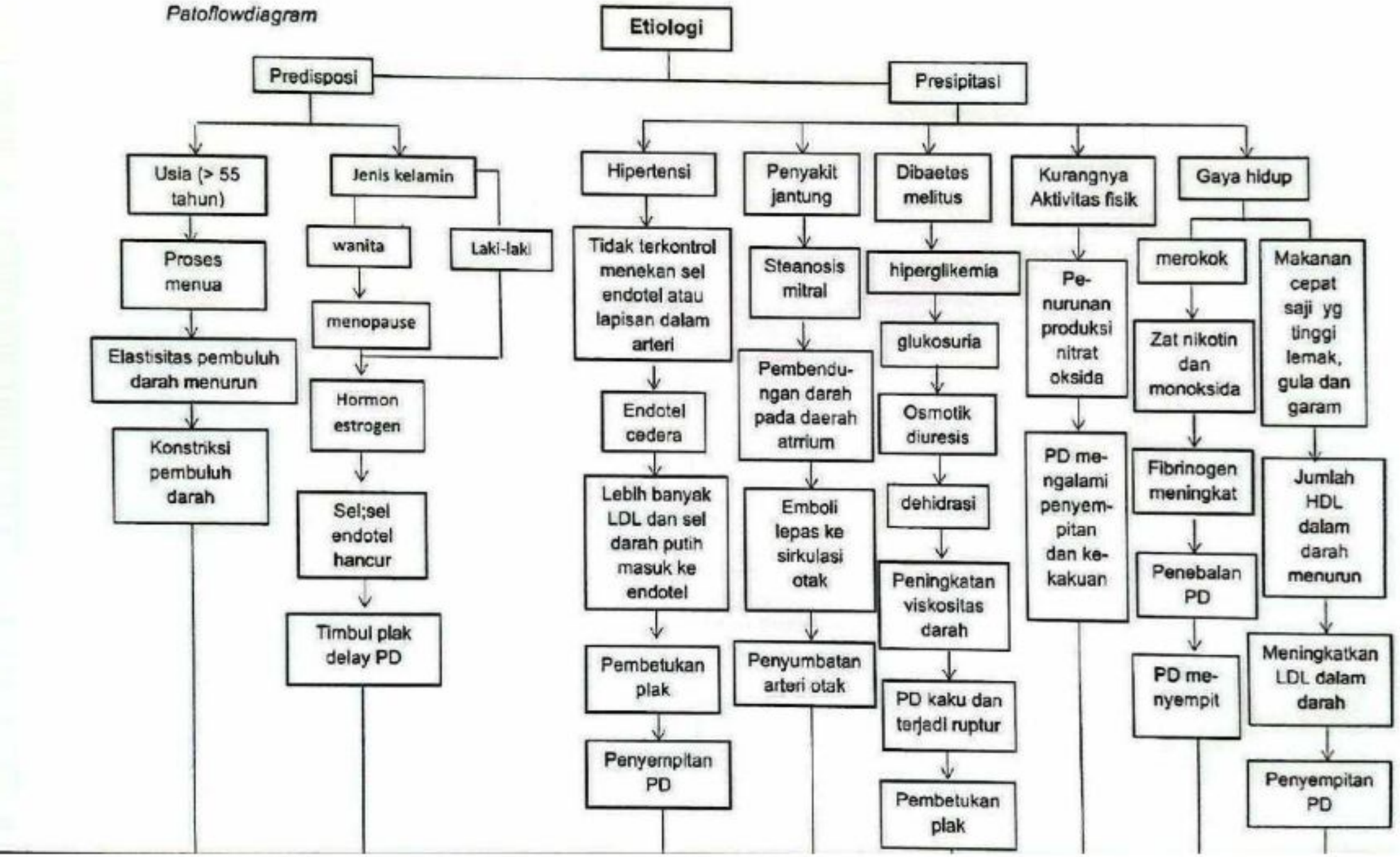
4. Patofisiologi

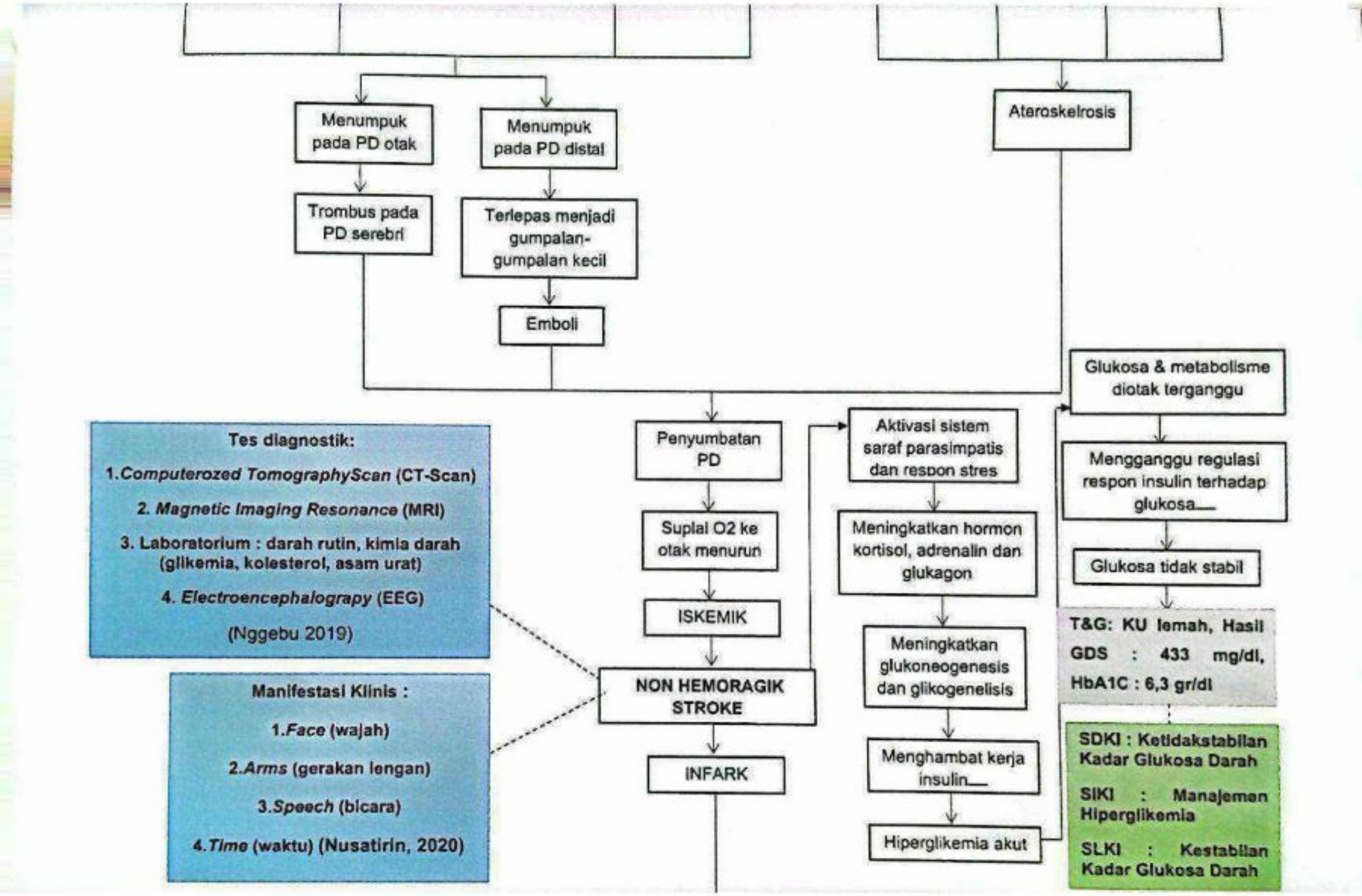
Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan local (thrombus, emboli, perdarahan, dan spasme

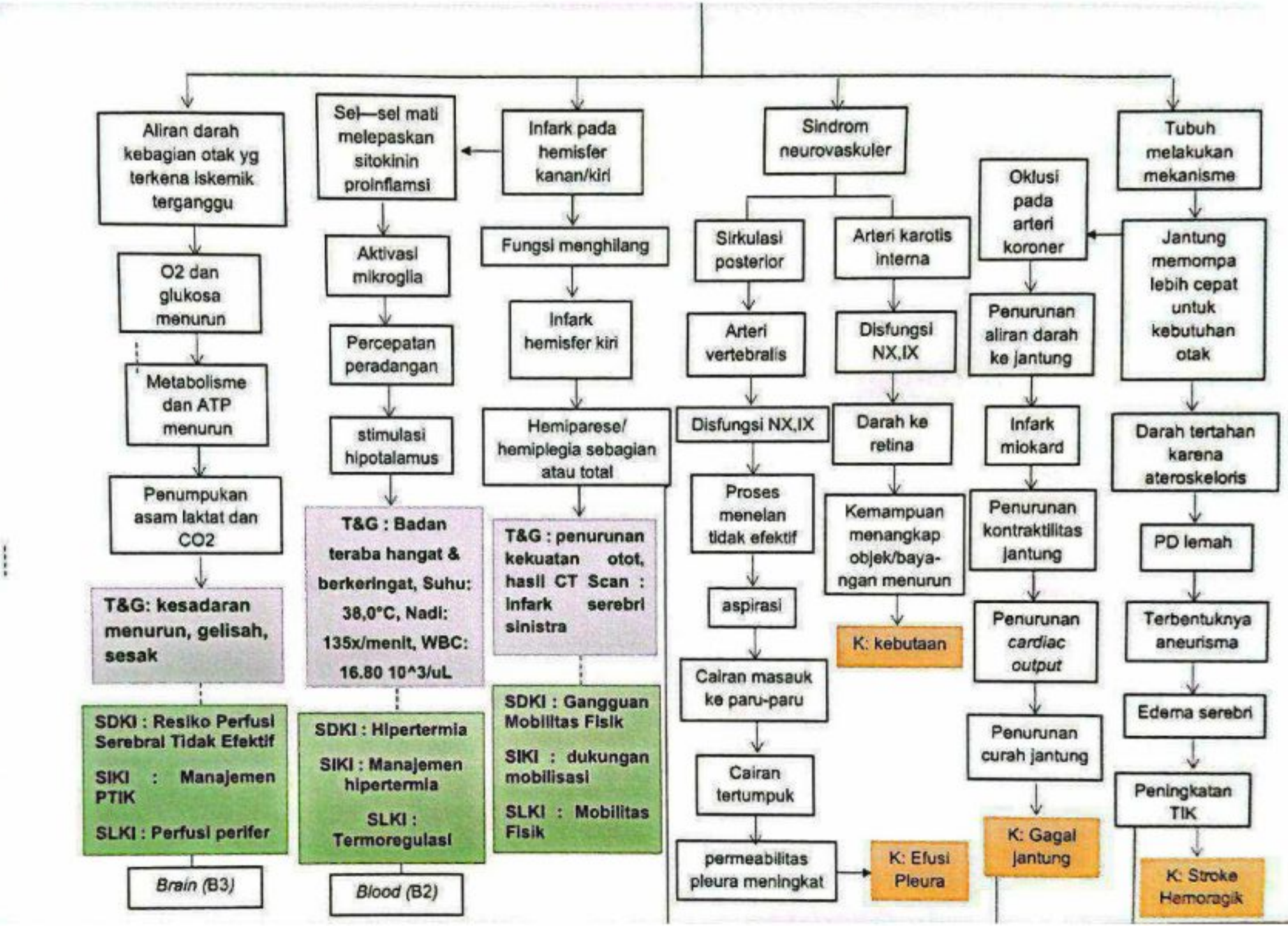
pant dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami perlambatan atau terjadi turbulensi (Nggebu, 2019)

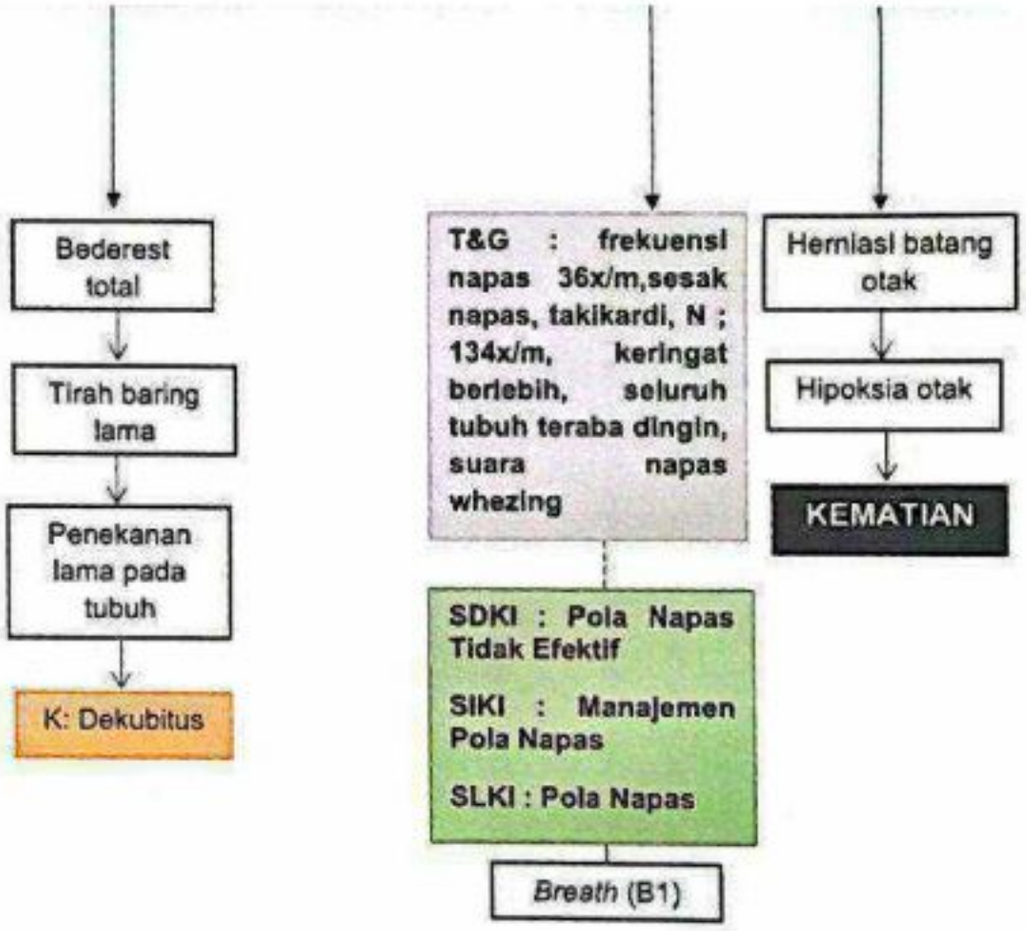
Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah, terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan massif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat, menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau rupture (Nggebu, 2019). Perdarahan pada otak disebabkan oleh rupture arteriosklerotik clan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibagingkan keseluruhan penyakit serebro vascular karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batangotak.

Patoflowdiagram




Menumpuk pada PD otak
Menumpuk pada PD distal
Ateroskelrosis
Trombus pada PD serebri
Terlepas menjadi gumpalan-gumpalan kecil
Emboli
Glukosa & metabolisme diotak terganggu
Penyumbatan PD
Aktivasi sistem saraf parasimpatis dan respon stres
Mengganggu regulasi respon insulin terhadap glukosa
Suplai O2 ke otak menurun
Meningkatkan hormon kortisol, adrenalin dan glukagon
Glukosa tidak stabil
ISKEMIK
Meningkatkan glukoneogenesis dan glikogenelisis
T&G: KU lemah, Hasil GDS : 433 mg/dl, HbA1C : 6,3 gr/dl
NON HEMORAGIK STROKE
Menghambat kerja insulin
SDKI : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
INFARK
Hiperglikemia akut
SIKI : Manajemen Hiperglikemia
SLKI : Kestabilan Kadar Glukosa Darah
Tes diagnostik:
1.Computerozed TomographyScan (CT-Scan)
2. Magnetic Imaging Resonance (MRI)
3. Laboratorium : darah rutin, kimia darah (glikemia, kolesterol, asam urat)
4. Electroencephalograpy (EEG)
(Nggebu 2019)
Manifestasi Klinis :
1.Face (wajah)
2.Arms (gerakan lengan)
3.Speech (bicara)
4.Time (waktu) (Nusatirin, 2020)


Aliran darah kebagian otak yg terkena Iskemik terganggu
O2 dan glukosa menurun
Metabolisme dan ATP menurun
Penumpukan asam laktat dan CO2
T&G: kesadaran menurun, gelisah, sesak
SDKI : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
SIKI : Manajemen PTIK
SLKI : Perfusi perifer
Brain (B3)
Sel—sel mati melepaskan sitokinin proinflamsi
Aktivasi mikroglia
Percepatan peradangan
stimulasi hipotalamus
T&G : Badan teraba hangat & berkeringat, Suhu: 38,0°C, Nadi: 135x/menit, WBC: 16.80 10^3/uL
SDKI : Hipertermia
SIKI : Manajemen hipertermia
SLKI : Termoregulasi
Blood (B2)
Infark pada hemisfer kanan/kiri
Fungsi menghilang
Infark hemisfer kiri
Hemiparese/ hemiplegia sebagian atau total
T&G : penurunan kekuatan otot, hasil CT Scan : Infark serebri sinistra
SDKI : Gangguan Mobilitas Fisik
SIKI : dukungan mobilisasi
SLKI : Mobilitas Fisik
Sindrom neurovaskuler
Sirkulasi posterior
Arteri vertebralis
Disfungsi NX,IX
Proses menelan tidak efektif
aspirasi
Cairan masauk ke paru-paru
Cairan tertumpuk
permeabilitas pleura meningkat
K: Efusi Pleura
Arteri karotis interna
Disfungsi NX,IX
Darah ke retina
Kemampuan menangkap objek/baya-ngan menurun
K: kebutaan
Oklusi pada arteri koroner
Penurunan aliran darah ke jantung
Infark miokard
Penurunan kontraktilitas jantung
Penurunan cardiac output
Penurunan curah jantung
K: Gagal jantung
Tubuh melakukan mekanisme
Jantung memompa lebih cepat untuk kebutuhan otak
Darah tertahan karena ateroskeloris
PD lemah
Terbentuknya aneurisma
Edema serebri
Peningkatan TIK
K: Stroke Hemoragik


Bederest total
Tirah baring lama
Penekanan lama pada tubuh
K: Dekubitus
T&G : frekuensi napas 36x/m,sesak napas, takikardi, N ; 134x/m, keringat berlebih, seluruh tubuh teraba dingin, suara napas whezing
SDKI : Pola Napas Tidak Efektif
SIKI : Manajemen Pola Napas
SLKI : Pola Napas
Breath (B1)
Herniasi batang otak
Hipoksia otak
KEMATIAN

5. Manifestasi klinis

Menurut (Nusatirin, 2020), gejala umum yang sering terjadi dan mudah dilihat adalah penderita merasakan lemah dan mati rasa atau bebal pada bagian wajah, tangan atau kaki terutama salah satu bagian tubuh. Gejala stroke dapat disingkat FAST untuk memudahkan masyarakat dalam mengenali gejala tersebut:

a. F (*face*/wajah)

Minta orang tersebut untuk tersenyum. Wajah akan terlihat tidak simetris (asimetris), sebelah sudut mulut tertarik ke bawah dan lekukan antara hidung ke sudut mulut tampak mendatar.

b. A (*arms drive*/gerakan lengan)

Minta orang tersebut untuk mengangkat kedua lengan. Lengan diangkat lurus sejajar kedepan dengan sudut 90° dan telapak tangan keatas selama 30 detik. Jika kelumpuhan lengan ringan dan tanpa disadari penderita, maka lengan lumpuh akan turun (menjadi tidak sejajar lagi) sedangkan kelumpuhan yang berat, lengan tersebut tidak bisa diangkat lagi dan tidak dapat digerakkan.

c. S (*speech*/bicara)

Minta orang tersebut mengulangi kalimat sederhana. Maka akan terlihat gangguan berbicara (artikulasi terganggu) atau sulit berbicara (gagu) atau bisa bicara tetapi mengalami gangguan pemahaman atau sulit mengerti.

d. T (*time*/waktu)

Segera memanggil ambulans atau ke rumah sakit jika menemukan tiga gejala diatas seperti perubahan wajah, kelumpuhan dan bicara atau disertai gejala seperti:

1) Kehilangan kesadaran (pingsan)

2) Pusing berputar (vertigo)

3) Kesemutan separuh badan

4) Penglihatan tiba-tiba kabur pada kedua atau salah satu mata.

Menurut (Katrisnani, 2019), stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

a. Kehilangan Motorik

Disfungsi motorik paling umum adalah paralisis pada salah satu sisi atau hemiplegia karen lesi pada sisi otak yang berlawanan. Diawal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul adalah paralisis dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam penurunan 30 kekuatan otot untuk melakukan pergerakkan, apabila refleks tendon dalam ini muncul kembali biasanya dalam waktu 48 jam, peningkatan tonus disertai dengan spastisitas atau peningkatan tonus otot abnormal pada ekstermitas yang terkena dapat dilihat (Afandy & Wiriatarina, 2018).

b. Kehilangan Komunikasi

Menurut (Katrisnani, 2019), fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah Bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
2) Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.

3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c. Gangguan Persepsi

Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori. Sitasi

d. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologik

Menurut Afandy & Wiriatarina (2018), gangguan persepsi sensori merupakan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Gangguan persepsi sensori pada stroke meliputi:

1) Disfungsi persepsi visual, karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Kehilangan setengah lapang pandang terjadi sementara atau permanen (homonimus hemianopsia). Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala penderita berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut yang disebut dengan amorfosintesis. Pada keadaan ini penderita hanya mampu melihat makanan pada setengah nampan, dan hanya setengah ruangan yang terlihat.
2) Gangguan hubungan visual-spasial yaitu mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial sering terlihat pada penderita dengan hemiplegia kiri. Penderita tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
3) Kehilangan sensori, karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau berat dengan kehilangan propriosepsi yaitu kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian

tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.

4) Disfungsi kandung kemih

Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/bedpan (Katrisnani, 2019).

6. Komplikasi

Pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya (Gofir, 2021):

a. Bekuan darah (thrombosis)

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

b. Edema cerebri

Saat aliran darah melewati daerah jaringan otak yang infark, sel-sel mati tersebut membengkak sehingga menyebabkan peningkatan massa dalam otak. Edema serebri timbul dalam beberapa jam setelah onset stroke akut dan mencapai dalam 2 – 5 hari. Kondisi pembengkakan ini dapat meruk dan mengubah struktur otak, meningkatkan tekanan intracranial dan sekitar 2% - 3% dari kasus yang menyebabkan herniasi dan kematian.

c. Peningkatan TIK

Infark cerebri luas atau perdarahan akan terjadi menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial.

d. Dekubitus

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

e. Pneumonia

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

f. Atrofi dan kekakuan sendi (kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan imobilisasi.

g. Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan sering terjadi pada pasien stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak di inginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

h. Gagal napas

Gagal napas dapat terjadi sebagai akibat langsung dari lesi stroke pada batang otak yang mengatur sistem respirasi, bersamaan dengan hilangnya tonus otot faring baik saat batuk, menelan, maupun refleks muntah yang sebenarnya juga memiliki peran fisiologis bagi sistem respirasi.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Nggebu (2019), pemeriksaan diagnostik yang digunakan dalam membantu dalam menegakkan diagnosa pasien meliputi:

a. *Computerozed Tomography-Scan* (CT-Scan)

CT-Scan kepala merupakan pemindaian untuk memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia. Hasil pemeriksaan biasanya

didapatkan hiperdens fokal, kadang pemadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

b. *Magnetic Imaging Resonance* (MRI)

MRI menggunakan gelombang magnetic untuk menuntukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

c. Laboratorium

1) Pemeriksaan darah rutin
2) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali, peningkatan kadar asam urat, serta kolesterol.

d. *Electroencephalograpy* (EEG)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

8. Penatalaksanaan Medis

Penanganan tepat atau *golden time* stroke dari tenaga medis dalam jangka waktu antara 3 hingga 4,5 jam dari gejala awal diharapkan dapat mengurangi risiko kematian dan kecacatan permanen (Kemenkes RI, 2019). Fase akut adalah tahapan kritis yang berlangsung antara empat sampai tujuh hari dan fase pemulihan (rehabilitasi) setelah fase akut, antara dua sampai empat minggu, pasien belajar keterampilan motorik yang terganggu dan belajar penyesuaian baru untuk mengatasi keterbasan yang terjadi (Pinzon & Asanti, 2010).

a. Fase Akut

1) Pertahankan fungsi vital seperti: jalan napas, pernafasan, oksigenisasi dan sirkulasi.
2) Reperfusi dengan trombolitik atau vasodilation: Nimotop. Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik/ embolik.
3) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol > 220 mmHg, diastole > 120 mmHg, *Mean Arteri Blood Plessuere* (MAP) > 130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit) atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
4) Pencegahan peningkatan tekanan intracranial (TIK). Dengan meninggikan kepala 15 - 30° menghindari fleksi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethasone.
5) Mengurangi edema serebral dengan diuretik.
6) Pasien di tempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.

Adapun tatalaksana farmakologi fase akut menurut Gofir (2021):

1) Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA)

Pemberian rt-PA digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah atlepase, tenecteplase dan reteplase. Obat ini bekerja dengan memecah thrombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Kriteria pasien yang dapat menggunakan obat ini dilihat dari onset gejala stroke yaitu 3 dan 4,5 jam. Hindari penggunaan obat ini bersama antikoagulan dan antiplatelet dalam 24 jam pertama untuk menghindari risiko perdarahan.

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 golongan obat ini adalah *unfractioned heparin* (UFH) *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. Antikoagulan Sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke karioemboli.

4) Antihipertensi

Antihipertensi diberikan pada NHS akut ketika tekanan darah > 220/120 mmHg atau apabila memiliki penyakit tertentu. Penggunaan antihipertensi pada pasien NHS akut yaitu seperti labetalol dan nikardipin dengan pertimbangan penggunaan rt-PA dan nilai tekanan darah sedangkan setelah post stroke semua agen antihipertensi dapat digunakan sesuai dengan kondisi pasien.

5) Neuroprotektif

Tujuan pemberian obat ini yaitu reperfusi ke jaringan dengan harapan melindungi sel membran dan stabilisasi membran

sehingga mengurangi luas infark. Jenis obat seperti citicoline, flunarizine atau statin.

b. Fase Rehabilitasi

1) Program fisioterapi
2) Penanganan masalah psikososial
3) Pertahankan nutrisi yang adekuat
4) Program manajemen *bladder* dan *bowel*
5) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM)
6) Pertahankan integritas kulit
7) Pertahankan komunikasi yang efektif
8) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

c. Pencegahan Stroke Berulang

Upaya dalam pencegahan stroke berulang adalah proses rehabilitasi dan pemahaman tentang pentingnya faktor risiko stroke. Upaya pencegahan dapat melakukan pendidikan kesehatan yang merupakan upaya untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan pendertia dalam pencegahan stroke berulang dengan memberikan edukasi pola hidup sehat CERDIK dan PATUH cegah stroke berulang.

1) CERDIK merupakan langkah preventif yang dibuat agar masyarakat terhindar dari penyakit tidak menular (PTM), Program CERDIK terdiri atas:

C : Cek Kesehatan secara berkala seperti kontrol tekanan darah, timbang berat badan, cek gula darah dan kolesterol.

E : Enyahkan asap rokok

R : Rajin aktivitas fisik atau olahraga dengan lakukan minimal 30 menit perhari dalam 3 – 5 kali perminggu

D : Diet sehat dan seimbang dengan konsumsi buah dan sayur, kurangi konsumsi gula, madu atau sirup, kurangi konsumsi garam tinggi dan kurangi konsumsi lemak (daging, unggas, kacang kering, sumber protein)

I : Istirahat cukup, tidur 7 – 8 jam perhari pada orang dewasa

K : Kelola stress dengan relaksasi berbicara bersama orang lain, aktivitas bersama keluarga dan berfikir positif (Kemenkes RI, 2019)

2) Program PATUH yang dibuat untuk pasien penyandang PTM agar penyakit tidak bertambah parah dan tetap terkontrol kesehatannya. Program PATUH terdiri atas:

P : Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter

A : Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur

T : Tetap diet sehat dengan gizi seimbang

U : Upayakan beraktivitas fisik denga naman

H : Hindari rokok, alcohol dan zat lainnya

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan pasien (Shodiqurrahman et al., 2022). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

a. Pengkajian Primer

1) Identitas pasien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosis medis.

2) Keluhan utama

Sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan Kesehatan adalah kelemahan pada anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3) Riwayat keluhan utama

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, kejang, penurunan kesadaran, gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi sesuai perkembangan penyakit, dimana dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

4) Triage

Pasien *Non Hemoragik Stroke* (NHS) biasanya dikategorikan berdasarkan keluhan masuk dan kondisi pasien.

5) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obatan yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat anti hipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alcohol.

6) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat anggota keluarga yang menderita hipertensi, DM atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

7) Pemeriksaan fisik

a) *Airway*

Biasanya pasien NHS mengalami gangguan pada bersihan jalan napas, dimana yang harus diperhatikan pada klien yaitu adanya sumbatan jalan napas seperti benda asing, sputum, cairan dan lidah jatuh kebelakang.

b) *Breathing*

Pada pasien NHS mengalami pengembangan dada teraba hembusan napas, pasien kesulitan saat bernapas, RR > 28 kali/menit, irama napas tidak teratur, terlihat adanya penggunaan otot bantu rongga dada dalam pernapasan, napas cepat dan pendek.

c) *Circulation*

Biasanya pasien NHS memiliki riwayat tekanan darah dengan tekanan sistol > 140 dan diastole > 80 mmHg. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2 - 3 hari pertama. Nadi > 100 kali/menit dan teraba cepat. Akral teraba hangat, CRT Kembali < 3 detik, elastisitas turgor kulit menurun, tidak ada perdarahan, nyeri kepada, mual, muntah menyembur dan mukosa bibir kering. Adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.

d) *Disability*

Biasanya pada pasien NHS mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat diberi rangsangan (*somnolen*), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (*sopor*), *soporocoma*, hingga penurunan kesadaran (*coma*) dengan GCS < 12 pada awal serangan stroke. Sedangkan pada saat

pemulihan biasanya klien memiliki tingkat kesadaran letargi dan *composmentis* dengan GCS 13-15. Pupil isokor dan refleks cahaya positif.

e) *Exposure*

Biasanya pasien NHS saat dilakukan pengkajian tampak rambut dan kulit kepala bersih tidak terdapat hematoma, tidak terdapat luka pada tubuh pasien.

b. Pengkajian Sekunder

1) Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

- Data subjektif: Adanya penyakit jantung (rematik, penyakit jantung vaskuler), polisitemia, riwayat hipotensi postural.
- Data objektif: Hipertensi arterial (dapat ditemukan atau terjadi pada cedera *cerebrovascular*) sehubungan dengan adanya emboli.

2) Pola nutrisi metabolik

- Data subjektif: Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah.
- Data objektif: Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas.

3) Pola eliminasi

- Data subjektif: Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik).

4) Pola aktivitas dan latihan

- Data subjektif: Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis

(hemiplegia), merasa mudah Lelah dan susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang pada otot).

- Data objektif: Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum serta gangguan tingkat kesadaran.

5) Pola tidur dan istirahat

- Data subjektif: Susah untuk beristirahat.
- Data objektif: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.

6) Pola persepsi kognitif

- Data subjektif: Sinkope atau pusing, sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, mati atau lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat Sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain.
- Data objektif: Status mental atau tingkat kesadaran menurun, pada wajah terjadi paralisis atau parese, afasia (gangguan dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.

7) Pola persepsi dan konsep diri

- Data subjektif: Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa
- Data objektif: Emosi yang labil dan ketidakpastian untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

8) Pola peran dan hubungan dengan sesama

- Data subjektif: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.
- Data objektif: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan).

9) Pola reproduksi dan seksual

- Data subjektif: Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.
- Data objektif: Tidak adanya gairah seksual.

10) Pola mekanisme stress dan koping

- Data subjektif: Perasaan tidak berdaya.
- Data objektif: Emosi yang tidak stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

11) Pola sistem dan kepercayaan

- Data subjektif: Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.
- Data objektif: Sulit dalam melakukan kegiatan ibadah karena kelemahan yang dialami.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Diagnosis keperawatan yang akan muncul pada kasus *Non Hemoragik Stroke* dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 yaitu:

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aterosklerosis aorta
b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
d. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, gangguan neuromuskular.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarakan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi. Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam Menyusun intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aterosklerosis aorta
   1) Luaran keperawatan (SLKI)

      Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...jam diharapkan perfusi serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil:

      a) Tingkat kesadaran meningkat
      b) Tekanan intrakranial menurun

c) Sakit kepala menurun

d) Gelisah menurun

e) Nilai rata-rata tekanan darah membaik

2) Intervensi keperawatan (SIKI)

a) Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

- Observasi
  - Identifikasi penyebab pengikatan TIK (misalnya lesi, gangguan metabolism, edema serebral
  - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, nadi melebara, bradikaria, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
  - Monitor MAP (*mean arterial pressure*)
  - Monitor ICP (*intra cranial pressure*)Monitor CCP (*cerebral perfusion pressure*)
  - Monitor status pernapasan.
- Terapeutik
  - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
  - Berikan posis *semi fowler*
  - Cegah terjadinya kejang
  - Pertahankan suhu tubuh normal
- Kolaborasi
  - Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu.

b) Pemantauan tekanan intrakranial

- Observasi
  - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya, lesi menempati ruang, gangguan metabolism, edema

serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik)

- Monitor peningkatan TK
- Monitor penurunan frekuensi jantungMonitor ireguleritas irama napas
- Monitor tingkat penurunan kesadaran
- Monitor tekanan perfusi serebral

• Terapeutik

- Peratahankan posisi kepala dan leher netral
- Dokumentasikan hasil pemantauan

• Kolaborasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- Informasikan hasil pemantauan

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

1) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...jam diharapkan pola napas membaik (L.01004) dengan kriteria hasil:
   a) Dispnea menurun
   b) Penggunaan otot bantu napas menurun
   c) Frekuensi napas membaik
   d) Kedalaman napas membaik
2) Intervensi keperawatan (SIKI)
   a) Manajemen jalan napas
      • Observasi
         - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya *gurgling*, mengi, *wheezing*, ronkhi kering).

- Terapeutik
  - Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift*
  - Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*
  - Lakukan pengisapan lender < 15 detik
  - Berikan oksigen.
- Edukasi
  - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari
  - Ajarkan batuk efektif
- Kolaborasi
  - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

b) Pemantauan respirasi

- Observasi
  - Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
  - Monitor pola napas
  - Monitor adanya sumbatan jalan napas
  - Auskultasi bunyi napas
  - Monitor saturasi oksigen
- Terapeutik
  - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
  - Dokumentasikan hasil pemantauan.
- Edukasi
  - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
  - Informasikan hasil pemantauan.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

1) Manajemen hiperglikemia

- Observasi:
  - Monitor kadar glukosa darah
  - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, dll)
  - Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortosatik dan frekuensi nadi
- Terapeutik
  - Berikan asupan cairan oral
- Edukasi:
  - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- Kolaborasi:
  - Kolaborasi pemberian insulin
  - Kolaborasi pemberian cairan IV

d. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

1) Manajemen hipertermia

- Observasi:
  - Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator)
  - Monitor suhu tubuh
  - Monitor haluaran urine
- Terapeutik
  - Sediakan lingkungan yang dingin
  - Longgarkan atau lepaskan pakaian
  - Berikan cairan oral

- Lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

• Edukasi:
  - Anjurkan tirah baring

• Kolaborasi:
  - Kolaborasi pemberiancairan dan elektrolit bila perlu
  - Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu

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

1) Luaran keperawatan (SLKI)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...jam diharapakan mobiilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil:

a) Pergerakan ekstermitas meningkat

b) Kekuatan otot meningkat

c) Rentang gerak (ROM) meningkat

2) Intervensi keperawatan (SIKI)

a) Dukungan mobilisasi

• Observasi
  - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
  - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
  - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.

• Terapeutik
  - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
  - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

- Edukasi
  - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
  - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

4. *Discharge Plainning*

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 pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori, diit rendah garam dan mengurangi makanan yang manis.
c. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
d. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis.
e. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan membantu dalam memenuhi kebutuhan pasien di rumah.
f. Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk mengenali gejala stroke berulang dengan metode FAST yaitu:
   1) *Face droping* (wajah tampak terkulai)
   2) *Arm weakness* (kelemahan lengan)
   3) *Speech difficulty* (kesulitan bicara)
   4) *Time* (saatnya memanggil bantuan)

BAB III
PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien Tn. D umur 69 tahun masuk di ruangan ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia pada tanggal 20 Mei 2025 dengan diagnosa Non Hemoragik Stroke (NHS) . Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 19 Mei, pasien mengalami sesak napas dan tidak sadarkan diri. Awalnya keluarga mengira pasien hanya tidur tetapi pada saat di bangunkan pasien tidak merespon, seluruh badan sudah kaku dan berkeringat. Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh GCS E4M3V2, kesadaran somnolen, pasien tampak sesak, terpasang O2 NRM 10 liter, terpasang selang NGT dan kateter urin. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 120/87mmHg, N: 135x/menit, P: 36xmenit, S:38,0C, Spo2: 89%.Hasil pemeriksaan laboratorium WBC 16,80/ul, MCHC 30,6 g/dl, NEUT% 88,5 %, LYMH% 7,5%. Kadar Gula Darah pasien 344mg/dL, HbA1C 6,3 mg/dl, hasil CT-Scan: infark cerebri sinistra. Terapi obat yang diberikan yaitu Berdasarkan hasil analisis data diperoleh lima diagnosis keperawatan, yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta, pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskular.

FORMAT LAPORAN KASUS
RUANGAN *INTENSIVE CARE UNIT*

Nama mahasiswa	:	1. Agata Elmas (NS2414901019) 2. Agnes Sakliresy (NS2414901020)
Nama pasien	:	Tn.D
Umur	:	69 Tahun
Jenis kelamin	:	Laki-laki
Tanggal/jam MRS	:	20 Mei 2025
Tanggal/jam pengkajian	:	20 Mei 2025
Diagnosa medis	:	Non Hemoragik Stroke (NHS)

B. Pengkajian Primer

1. Pengkajian

Breath (B1)	Pergerakan dada	- **Simetris** (tampak simetris kiri dan kanan) - Tidak simetris
	Pemakaian otot bantu napas	- **Ada** Jenis: otot dada - Tidak ada
	Palpasi	- **Vocal Fremitus** (kiri dan kanan) - Nyeri Tekan : tidak ada - Krepitasi : tidak ada
	Perkusi	- Redup - Sonor - Pekak
	Suara napas	- Vesikuler - Wheezing - **Ronchi** - Rales

		- *Friction rub* - Lokasi : Kedua lapang paru
	Batuk	- Ada - **Tidak ada**
	Sputum	- Ada - **Tidak ada**
	Alat bantu napas	- Tidak ada
		- Ada, Jenis : NRM 10Liter/menit
	Lain – lain	- Respirasi : 36x/menit - Tampak pasien sesak napas - SPO2 : 89%
Blood (B2)	*Suara jantung*	S1 S2 S3 S4 - **Tunggal** - Gallop - Murmur
	Irama jantung	- Irreguler - **Reguler**
	CRT	- **<3dtk** - ≥3dtk
	JVP	- **Normal** - Meningkat
	CVP	- Ada - **Tidak ada** - Nilai :
	Edema	- Ada - **Tidak ada** - Lokasi :
	EKG	- Sinus takikardi
	Lain-lain	TTV TD : 120/87 mmHg

		N : 135x/menit S : 38,0°C GDS: 344 mg/dL HbA1C: 6,3 mg/dL Badan teraba hangat
Brain (B3)	*Tingkat kesadaran*	- Kualitatif : Somnolen - Kuantitatif (GCS) E : 4 V : 2 M : 3 9
	Reaksi pupil : - *Kanan* - *Kiri*	Isokor - Ada, diameter 3 mm - tidak ada - Ada, diameter 3 mm - Tidak ada
	Refleks fisiologis	- Ada : - Tidak ada :
	Refleks patologis	- Ada : - Tidak ada :
	Meningeal sign	- Tidak dikaji
	Lain-lain	- Hasil CT-Scan: infark cerebri sinistra
Bladder (B4)	*Urin*	- Jumlah: 400-500/8 jam - Warna: berwana kuning
	Kateter	- Ada, hari ke 1 - Jenis : folley cateter

		Tidak ada
	Kesulitan BAK	- Ya - **Tidak**
	Lain-lain	- Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	- Lembab - **Kering** (mukosa bibir pasien kering)
	Lidah	- **Kotor** (tampak lidah pasien kotor dan berwarna putih) - Bersih
	Keadaan gigi	- **Tidak lengkap** - Gigi palsu
	Nyeri telan	- Ya - **Tidak**
	Abdomen	- Distensi - **Tidak distensi**
	Peristaltik usus	- **Normal** - Menurun - Meningkat - Nilai :
	Mual	- Ya - **Tidak**
	Muntah	- Ya - **Tidak** - Jumlah : - Frekuensi :
	Hematememsis	- Ya - **Tidak** - Jumlah - Frekuensi

	Melena	- Ya - **Tidak** - Jumlah : - Frekuensi :
	Terpasang NGT	- **Ya** (pasien mengalami penurunan kesadaran) - Tidak
	Terpasang *colostomy bag*	- Ya - **Tidak**
	Diare	- Ya - **Tidak** - Jumlah : - Frekuensi :
	Konstipasi	- Ya - **Tidak** - Sejak :
	Asites	- Ya - **Tidak**
	Lain-lain	-
Bone (B6)	Turgor	- **Baik** - Jelek
	Perdarahan kulit	- Ada - **Tidak ada** - Jenis :
	Icterus	- Ya - **Tidak ada**

	Akral	- **Hangat** - Kering - Merah - Dingin - Pucat - Basah
	Pergerakan sendi	- Bebas - **Terbatas** - Skala : kanan kiri
	Fraktur	- Ada - **Tidak ada** - Jenis : - Lokasi :
	Luka	- Ada - **Tidak ada** - Jenis : - Lokasi:
	Lain-lain	Tidak ada

2. Diagnosa Keperawatan : (Berdasarkan Data Yang Diperoleh Saat Pengkajian Primer)

   B-1 : Pola napas tidak efektif b/d neuromuskular

   B-2 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia

   Hipertermia b/d proses penyakit

   B-3 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d osteoklerosis aorta

   B-4 : Tidak ada

   B-5 : Tidak ada

   B-6 : Tidak ada

C. Pengkajian Sekunder

1. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting bagi kehidupan namun pasien tidak terlalu memperhatikan kesehatannya dan jarang berolahraga. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang memeriksakan kesehatannya di puskesmas ataupun rumah sakit. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah 1 tahun memiliki riwayat diabetes melitus tetapi jarang mengkonsumsi obat yang dianjurkan oleh dokter, pasien juga memiliki riwayat stroke sejak 5 bulan terakhir.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama: Penurunan kesadaran

Riwayat keluhan utama: keluarga pasien mengatakan 1 hari yang lalu pasien mengalami sesak napas dan tidak sadarkan diri awalnya keluarga pasien mengira pasien hanya tidur tetapi pada saat di bangunkan pasien tidak ada respon, badan pasien sudah kaku dan seluruh badan keringat, pasien langsung di bawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar untuk mendapatkan penanganan. Saat pengkajian pasien tampak sesak dan tidak sadar.

b) Riwayat penyakit yang pernah dialam

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat diabetes melitus sejak 1 tahun yang lalu dan keluarga pasien juga mengatakan pasien pernah mengalami stroke 5 bulan yang lalu, keluarga pasien juga mengatakan pasien jarang mengonsumsi obat obatan yang yang dianjurkan oleh dokter.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan ibu pasien memiliki riwayat diabetes melitus

d) Pemeriksaan fisik

- Kebersihan rambut :tampak bersih dan beruban
- Kulit kepala :tampak bersih, tidak ada lesi
- Kebersihan kulit :tampak bersih, kulit terasa lembab, dan tidak ada lesi.
- Higiene rongga mulut :tampak mulut kotor, beraroma bau, lidah tampak kotor, mukosa bibir kering dan terdapat sariawan pada bibir atas.
- Kebersihan genetalia :tampak bersih dan tidak ada lesi
- Kebersihan anus :tampak anus bersih, tidak ada peradangan atau hemoroid.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 x sehari dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan/daging dan pasien menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali pasien makan. Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan coto, ikan bakar, kue kue manis dan hampir setiap hari minum teh. Pasien juga sering minum air putih 5 gelas tiap hari. Berat badan pasien sebelum sakit 71kg dan setelah sakit 54kg.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan pasien melalui selang NGT, dengan frekuensi 3 kali sehari dengan jumlah setia

makan 150cc untuk bubur dan untuk minum pasien mendapatkan susu dengan jumlah 100cc tiap kali minum dengan frekuensi 2 kali sehari. Keluarga mengatakan pasien demam sejak 1 hari yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien pasien belum diberikan terapi atau obat dari rumah.

3) Observasi

Pasien makan dan minum 3 kali sehari dengan jenis makanan bubur saring 150cc dan susu 100cc.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kebersihan rambut : tampak rambut beruban dan tidak ada ketombe

b) Hidrasi kulit : tampak kembali dalam 3 detik

c) Palpebra /conjungtiva :palpebra tampak tidak edema dan congjungtiva tampak anemis

d) Sclera : tampak tidak icterik

e) Hidung : tampak septum simetris kiri dan kanan, tampak tidak ada polip atau peradangan

f) Rongga mulut :tampak rongga mulut kotor, lidah tampak putih, berbau dan ada sariawan

Gusi : tampak tidak ada peradangan pada gusi

g) Gigi : tampak gigi tidak lengkap dan ada karang gigi

h) Kemampuan mengunyah keras :tampak pasien tidak mampu mengunyah keras

i) Lidah : tampak kotor

j) Pharing : tampak tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening :teraba tidak ada pembesaran getah bening

l) Kelenjar parotid : teraba tidak adanya pembesaran pada kelenjar karotis

m) Abdomen

- Inspeksi : tampak perut tidak buncit dan tidak ada lesi atau peradangan
- Auskultasi : tidak ada nyeri dan tidak teraba massa/edema/asites
- Perkusi : terdengar bunyi sonor

n) Kulit

- Edema : negatif
- Icterik : negatif
- Tanda radang : tidak ada

o) Lesi : tidak ada

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien BAK 3-5 kali sehari berwarna kuning tidak ada nyeri saat BAK, keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan dan tidak ada konstipasi.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien BAK menggunakan kateter dan pasien menggunakan pampers, keluarga pasien mengatakan kalau sampai saat ini pasien belum pernah BAB.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan kateter dan menggunakan pampers

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus: 12x/menit

b) Palpasi kandung kemih: kosong

c) Nyeri ketuk ginjal: negatif

d) Mulut uretra: tidak dikaji

e) Anus

Peradangan: tidak ada peradangan

Hemoroid: tidak ada hemoroid

Fistula: tidak ada fistula

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja sebagai PNS. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah atau jarang berolahraga. Keluarga pasien mengatakan ketika pasien ada waktu kosong biasanya duduk sambil menonton tv. Keluarga pasien juga mengatakan pasien mudah lelah saat beraktivitas dan pasien biasanya sesak jika banyak beraktivitas.

2) Keadaan sesudah sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak melakukan aktivitasnya seperti biasa karena pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas bawah dan tangan kanan serta mengalami penurunan kesadaran, pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur dan semua kebutuhannya di bantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah dan hanya berbaring di tempat tidur. Segala aktivitas dibantu keluarga dan perawat, tampak pergerakan terbatas

a) Aktivitas Harian

- Makan : 3
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 2
- Mobilisasi di tempat tidur : 4

b) Postur tubuh :Tidak dikaji karena pasien berbaring ditempat tidur

c) Gaya jalan :Tidak dikaji karena pasien baring lemah ditempat tidur

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah :

Berbaring : 120/87mmHg

Duduk : - mmHg

Berdiri : - mmHg

b) HR : 135x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Ada

Basah : Ada

d) JVP : 5 - 2 cmH2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku: CRT < 2 detik

f) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi

  Bentuk Thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

  Retraksi interkostal : Tidak ada

  Sianosis : Tidak ada

  Stridor : Tidak ada

- Palpasi : Ictus cordis teraba kuat

  Vocal Premitus : Tidak dikaji karena pasien terbaring lemah ditempat tidur

  Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi :

- Auskultasi

  Suara napas : Vesikuler

  Suara ucapan : Normal

  Suara Tambahan : Ronchi

g) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis: Teraba pada ICS 5 mediaclavikularis

- Perkusi

  Batas atas jantung : ICS 3 Linea sternalis Sinistra

  Batas bawah jantung sinistra : ICS 5 Linea medioclavikularis

  Batas kanan jantung : ICS 2 Linea sternalis dextra

  Batas kiri jantung sinistra : ICS 6 line axularis anterior

- Auskultasi

  Bunyi Jantung II A : Tunggal, ICS 2 Linea sternalis dextra

  Bunyi jantung II P: Tunggal, ICS 2 dan ICS III linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

  Bunyi Jantung I M : Tunggal, ICS 5 linea midclavicularis sinistra

  Bunyi Jantung III Irama gallop : Tidak ada

  Murmur : Tidak ada

  Bruit Aorta : Tidak ada

  Aorta Renalis : Tidak ada

  Aorta Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi Otot : ☐ Positif Negatif ☑
- Rentang Gerak :
- Kaku sendi : Tampak kaku sendi ekstremitas sisi kanan
- Nyeri sendi : Tidak ada
- Nyeri Fraktur : Tidak terdapat fraktur
- Parese : Kelemahan sisi kiri
- Paralisis : Tidak ada
- Uji Kekuatan Otot

Kanan	Kiri
0	1
0	1

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

- Reflek Fisiologis

  Kanan : Biceps(+), Triceps(+), Patella(+), Achiles (+)

  Kiri : Biceps (-), Triceps (-), Patella (-), Achiles (-)

- Reflek Patologis :

  Babinski:

  Kiri : [v] Positif [ ] Negatif

  Kanan : [ ] Positif [v] Negatif

  Clubing jari-jari : Tidak ada

  Varises Tungkai : Tidak ada

i) Columna Vertebralis: Tidak ada kelainan

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak mengalami gangguan tidur, pasien biasa tidur malam sekitar jam 10 malam dan bangun pagi jam 5 pagi (8 jam) dan pasien merasa segar saat bangun pagi dan tidur siang sekitar 1 jam dan Keluarga pasien mengatakan pasien bisa tidur setelah menonton TV sebagai pengantar tidurnya dan pasien suka tidur dengan suasana ruangan gelap.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur dan hanya bangun saat dibangunkan. Keluarga juga mengatakan pasien hanya terbangun jika ada rangsangan atau tindakan dari perawat ataupun dokter.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur, pasien lebih sering menutup mata.

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan saat sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata, keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Pasien tidak mengalami kesulitan dalam mempelajari sesuatu serta keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak mengalami gangguan pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, maupun perabaan dan daya ingat pasien masih baik.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata. Pasien mengalami kelemahan tubuh pada bagian kanan dan hanya terbaring lemah ditempat tidur. Keluarga mengatakan pasien hanya mengeluarkan suara tidak jelas seperti mengerang tanpa ada kata yang diucapkan.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan. Tampak pasien hanya mengeluarkan suara tidak jelas seperti mengerang tanpa ada kata yang

diucapkan. Tampak pasien terbaring lemah diternpat tidur.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- Kornea : tampak jernih
- Pupil : isokor
- Lensa mata : tampak jernih pada kedua mata
- Tekanan intra okuler : tidak ada peningkatan tekanan Intra okuler

b) Pendengaran

- Pina : pina bersih
- Kanalis : kanalis bersih, dan tidak terdapat pus/serumen
- Membran timpani : tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai Lengan dan tungkai sebelah kanan sulit untuk digerakkan. Pasien mampu mengenal rasa saat perawat melakukan goresan pada kedua telapak kaki ditandai dengan kelima jari-jari refleks melakukan gerakan.

g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien adalah seorang pensiunan PNS. Pasien dikenal sebagai pribadi yang sangat percaya diri. Pasien juga selalu melakukan perannya sebagai seorang kepala rumah tangga yang bertanggung jawab dan dikenal ramah oleh tetangga sekitar rumahnya. Keluarga pasien mengatakan pasien merasa bahagia dan bersyukur dengan kehidupannya dan tidak pernah merasa putus asa.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat menjalankan aktivitasnya seperti biasa. Keluarga pasien mengatakan pasien merasa tidak berdaya karena pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur keluarga pasien mengatakan pasien hanya bisa mengungkapkan perasaannya lewat raut wajah dan tatapan mata dan sesekali pasien meneteskan air mata. Keluarga berharap pasien cepat sembuh dan dapat melakukan aktivitas seperti biasanya.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur dan tampak pasien meneteskan air mata saat di besuk oleh keluarga.

a) Kontak mata : kurang

b) Rentang perhatian : kurang

c) Suara dan cara bicara : tidak dikaji karena pasien sulit untuk berbicara

d) Postur tubuh : tidak dikaji karena pasien hanya bisa berbaring

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada kelainan bawaan

b) Bentuk/postur tubuh : tidak dikaji karena pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur.

c) Kulit : tidak elastis

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama anaknya karena istrinya sudah meninggal. Keluarga pasien mengatakan pasien sering bersosialisasi dengan tetangga sekitar rumah, dan pasien sering mengikuti kegiatan sosial di masyarakat seperti

kerja bakti saat pasien tidak sibuk dan pasien aktif mengikuti sholat di masjid.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan mereka merasa sedih, cemas dan ingin pasien segera sembuh dan selalu mendukung semua proses pengobatan pasien. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga dan tetangga masih terjalin sangat baik mereka selalu mendukung pasien. keluarga mengatakan pasien sudah tidak bisa mengikuti kegiatan sosial di masyarakat lagi dan hanya terbaring lemah. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien rutin dikunjungi oleh keluarga dan sahabatnya serta tetangga di sekitar rumah pasien.

3) Observasi

Tampak pasien hanya mengeluarkan suara tidak jelas seperti mengerang tanpa ada kata yang diucapkan.

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki masalah ataupun gangguan reproduksi seperti impotensi ataupun penyakit menular seksual dan tidak memiliki penyimpangan seksual.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan tidak ada masalah di bagian organ reproduksinya dan tidak memiliki riwayat penyakit menular seksual, penyimpangan seksual ataupun riwayat gangguan reproduksi lainnya.

3) Observasi

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

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa jika pasien memiliki masalah pasien selalu berusaha untuk mencari jalan keluarnya. Jika lagi stress atau banyak pikiran pasien biasa menenangkan pikiran dengan menonton tv.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien terlihat sedih dan sering meneteskan air mata.

3) Observasi

Tampak pasien sedih, dan terkadang meneteskan air mata.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama Islam, sebelum sakit pasien aktif mengikuti sholat di masjid, sholat 5 waktu dan rajin mengikuti kegiatan keagamaan dan pasien percaya bahwa segala sesuatu yang diterima dan dihadapi adalah anugerah dari Allah SWT dan keluarga serta pasien menerapkan tata nilai kehidupannya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak dapat menjalankan sholat karena kondisinya yang lemah. Sejak sakit pasien hanya di doakan oleh keluarga dan dibacakan alquran di samping pasien.

3) Observasi

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

2. Uji Saraf Cranial

a. Nervus I Olfaktorius : Pasien tidak mampu mencium bau-bauan seperti minyak kayu putih

b. Nervus II Optikus : Pasien tidak mampu membaca tulisan yang ditunjukkan.

c. Nervus III Okulomotorius, IV Trochlearis, VI Abdusen Tampak pupil mengecil bila diberi cahaya dan pupil isokor

d. Nervus V Trigeminus

Sensorik : Pasien tampak tidak mampu menunjukkan rasa terhadap makanan yang diberikan

Motorik : Pasien tidak mampu mengunyah keras

e. Nervus VII Facialis

Sensorik : Pasien tidak dapat merasakan goresan tisu di wajah

Motorik : Pasien tidak mampu mengangkat alis, tidak mampu tersenyum, pasien tidak dapat menggembungkan pipi

f. Nervus VIII Vestibulo-Acusticus: Pasien tidak dapat menunjukkan arah suara saat diberi rangsangan suara menggunakan jari.

g. Nervus IX Glosofaringeus : Letak Ovula pasien ditengah, Pasien mengalami kesulitan menelan

h. Nervus X Vagus: Pasien tidak mampu menelan dengan baik

i. Nervus XI Asesorius: Pasien tidak mampu mengangkat bahu kanan dan kiri

j. Nervus XII Hipoglosus: Pasien tidak mampu mengeluarkan lidah dan mendorong pipi kiri dan kanan dari arah dalam.

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium (tanggal/jam pemeriksaan: 20 Mei 2025,03.30)

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
Hematologi Rutin			
WBC	16.80	4.4 – 11,3	10^3/uL
MCHC	30,6	32,0-36,0	g/d/L
NEUT%	88,5	50-70	%
LYMP%	7,5	25,0-40,0	%

(Tanggal/jam pemeriksaan: 20 Mei 2025,03.30)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Hematologi			
HbA1C	6,4	<5,7	% Normal 5,7 pre-diabetes 5,7-6,4 diabetes>=6,5
Gula Darah Puasa	344	70-99	mg/dl normal 70-99 pre-diabetes 100-125 diabetes >= 126

b. Pemeriksaan CT-Scan Kepala (tanggal/jam pemeriksaan: 20 Mei 2025,08.00)

Kesan : infark serebri sinistra

4. Terapi Obat
   a. Norephineprin 0,005 mg/kg BB/jam
   b. Meropenem 1gr/8 jam/iv
   c. Santagesik 1gr/12 jam/iv
   d. Piracetam 1gr/12 jam/iv
   e. Ranitidin 50mg/21 jam/iv
   f. Neurobion 5mg/24 jam
   g. Nevorapid 3x6 unit
   h. Paracetamol 1gr/8 jam/iv

DAFTAR OBAT

a. Norephineprin

1. Nama obat: Norephineprin
2. Klasifikasi/golongan obat: agen adrenergic
3. Dosis umum: Hipotensi akut: dosis awal 8-12 mcg per menit melalui infus dan dapat ditingkatkan untuk mendapatkan efektivitasnya, dosis perawatan 2-4 mcg per menit melalui infus. Henti jantung: dosis awal 8-12 mcg per menit melalui infus yang ditingkatkan untuk mendapatkan efektivitasnya, dosis perawatan 2-4 mcg per menit melalui infus. Syok septik: dosis 0,01-3,3 mcg/kg Berat Badan per menit melalui infus.
4. Dosis untuk pasien: 005 mg/kg BB/jam
5. Cara pemberian obat: Obat ini diberikan dengan cara infus atau suntikan ke dalam vena. Obat ini biasanya diberikan selama diperlukan sampai tubuh memberikan respons. Bahkan, beberapa orang mendapatkan obat ini selama beberapa hari.
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Norepinephrine memiliki tindakan yang lebih spesifik yang bekerja terutama pada reseptor α untuk meningkatkan dan mempertahankan tekanan darah sedangkan epinefrin memiliki efek yang lebih luas. Norepinephrine dilepaskan ke dalam sirkulasi pada tingkat rendah secara kontinu.
7. Alasan pemberian obat pada pasien: pasien Tn.D mengalami penurunan kesadaran
8. Kontra indikasi: Kontraindikasi absolut penggunaan norepinephrine adalah pada pasien yang mengalami reaksi hipersensitivitas terhadap norepinephrine atau komponennya. Kontraindikasi lain adalah pada wanita hamil, hipotensi karena defisit volume darah, trombosis vaskular perifer kecuali untuk prosedur penyelamatan nyawa serta

penggunaan bersamaan dengan beberapa anestesi umum seperti kloroform, trikloretilen, siklopropana dan halothane.

9. Efek samping: Perasaan dingin pada tubuh, bibir atau kuku yang membiru, kesulitan bernapas, buang air kecil hanya sedikit atau tidak ada sama sekali, alami iritasi atau perubahan pada kulit tempat obat disuntikkan, detak jantung melambat, tiba-tiba mati rasa atau tubuh melemah, sakit kepala yang parah, alami masalah penglihatan, bicara, hingga keseimbangan.

b. Meropenem

1. Nama obat: Meropenem
2. Klasifikasi/golongan obat: carbapenem β lactam
3. Dosis umum: Dosis umum untuk orang dewasa biberikan 500 mg tiap 8 jam. berikan dosis 500 mg setiap 8 jam melalui injeksi intravena (pembuluh darah) selama kurang lebih 3-5 menit atau diinfuskan selama kurang lebih 15-30 menit. pemberian dosis maksimal 2.000 mg. anak usia ≥ 3 bulan : 10 mg/kgB, tiap 8 jam. Dosis maksimal 500 mg
4. Dosis untuk pasien: 1gr/8jam/IV
5. Cara pemberian obat: diberikan secara injeksi bolus intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: mekanisme kerja obat ini adalah untuk menghambat sintesis dinding sel bakteri sehingga bersifat bakterisidal. meropenem adalah obat antibiotic yang dapat menekan dan menghentikan pertumbuhan bakteri
7. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada pasien Tn.D diberikan obat ini karena pasien
8. Kontra indikasi: Kontra indikasi obat ini antara lain: Pada pasien dengan Riwayat reaksi hipersensivitas terhadap meropenem, komponen dalam sediaan, atau obat beta lactam lain. Peringatan

khusus diperlukan terkait adanya laporan reaksi anafilaksis yang fatal, kejang dan efek samping neurologi

9. Efek samping: Muncul ruam pada kulit gatal, sakir perut, diare, dan demam

c. Santagesik

1. Nama obat : Santagesik
2. Klasifikasi/golangon obat : anti nyeri
3. Dosis umum : 500 mg/hari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr/12 jam
5. Cara pemberin obat : melalui infus (intravena)
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: mekanisme kerja obat untuk meredahkan nyeri. Dan fungsi dari obat santagesik untuk mengatasi nyari akut dan kronik berat.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mengatasi nyeri akut dan kronik berat.
8. Kontra indikasi: pasien yang memiliki Riwayat hipersensitivitas santagesik, seperti seperti adanya urtikaria (gatal), memeicu penyakit asma, anafilaksi (reaksi alergi berat yang dapat berujung pada syok yang mengancam jiwa).
9. Efek samping: pasien yang diberikan obat santagesik bisa mengalami efek samping seperti reaksi alergi parah (anafilaksi), sesak napas, gatal, tekanan darah rendah.

d. Ranitidine

1. Nama obat: Ranitidine
2. Klasifikasi/golongan obat: Antagogins H20
3. Dosis umum: Dewasa: 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/kg berat

badan/jam melalui infus. Lalu, diberikan secara oral dengan dosis 150 mg, minum sebanyak dua kali per hari.

4. Dosis untuk pasien: 1 ampul/8 jam/ IV
5. Cara pemberian obat: Injeksi IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ranitidin bekerja menghambat reseptor histamin H2 secara selektif dan reversibel. Perangsangan dari reseptor histamin H2 ini akan merangsang sekresi asam lambung sehingga dengan adanya ranitidine sebagai antagonis dari reseptor histamin ini, maka akan terjadi penghambatan sekresi asam lambung. Selain itu ranitidine ini juga mengganggu volume dan kadar pepsin cairan lambung. Reseptor histamin ini terdapat pada sel parietal di lambung yang mensekresi asam lambung.
7. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada Tn. D mengonsumsi cukup banyak obat-obat emergency yang dapat meningkatkan asam lambung, sehingga diberikan ranitidine untuk menetralkan kadar asam lambung dalam tubuh
8. Kontra indikasi: Bila terdapat riwayat porfiria akut dan hipersensitivitas terhadap ranitidin. Pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan liver memerlukan penyesuaian dosis.
9. Efek samping: Sakit kepala, sembelit, diare, mual, muntah dan sakit perut

e. Neurobion

1. Nama obat: Neurobion
2. Klasifikasi/golongan obat: Obat bebas untuk Neurobion tablet dan Neurobion Forte, obat resep untuk Neuroboin 5000 suntik.
3. Dosis umum: a) Neurobion: 1 tablet, 1-3 kali sehari. b) Neurobion forte: 1 tablet, 1 kali sehari. c) Neurobion 5000 suntik: 1 kali sehari hingga gejala meredah.

4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 Amp
5. pemberian obat: injeksi melalui IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Fungsi Neurobion: untuk mencegah atau mengurangi gejala akibat gangguan saraf, seperti kesemutan, nyeri tajam yang menjalar atau mati rasa. tidak boleh Neurobion
7. Kontraindikasi : Kontraindikasi hipersensitif terhadap digunakan pada pasien yang komposisi obat Neurobion.
8. Efek Samping: Mual muntah, sakit perut, diare, buang air kecil menjadi lebih sering, kerusakan saraf.

f. Novorapid

1. Nama obat: Novorapid
2. Klasifikasi/golongan obat: Golongan obat insulin
3. Dosis umum: Dosis umum 0,5-1 unit/kgBB setia hasi dalam kombinasi dengan Insulin kerja menengah atau jangka panjang. Infus IV: 0,05 1U/mL
4. Dosis untuk pasien: 3x6 unit/SC
5. Cara pemberian obat: Cara pemberian obat melalui suntik intra subcutan
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Fungsi obat ini digunakan untuk mengurangi tingkat gula darah tinggi. mekanisme obat ini bekerja sengan menggantikan insulin yang diproduksi secara alami di dlamam tubuh dan dapat diserap cepat. selain itu, ia juga membantu memindahkan gula dalam darah menuju jaringan tubuh lainnya sehingga bisa digunakan sebagai sumber energi.
7. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada pasien Tn.D diberikan obat novorapid karena pasien mengalami diabetes melitus tipe II

8. Kontra indikasi: Hindari pemberian pada pasien dengan kondisi anak umur dibawah 6-9 tahun, memiliki masalah dengan ginjal atau hati, atau dengan adrenal hipofisis atau kelenjar tiroid dan mengubah pola diet secara tiba-tiba
9. Efek samping: Hipoglikemia (penurunan glukosa dalam darah) dan reaksi anafilaksi (suatu reaksi alergi berat yang terjadi secara tiba-tiba dan dapat menyebabkan kematian.

g. Sanmol

1. Nama Obat : Sanmol
2. Klasifikasi/golongan obat : Analgesik dan antipiretik
3. Dosis Umum : 1gr/6 jam (maksimal dosis 4gr/hari)
4. Dosis untuk pasien : 1gr/8 jam
5. Cara pemberian obat pada pasien : IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat antipiretik bekerja dengan cara menurunkan patokan thermostat di hipotalamus dan bekerja dalam sistem fisiologis pengaturan suhu yaitu dengan menurunkan pembentukan panas, vasodilatasi pembuluh darah di kulit yang menyebabkan kecepatan aliran darah bertambah, dan peningkatan pengeluaran panas melalui evaporasi, radiasi, dan konveksi.
7. Alasan pemberian: untuk melebarkan pembuluh darah (vasodilatasi).
8. Kontraindikasi: Pasien hipersensitivitas terhadap paracetamol. Gangguan fungsi hati berat/penyakit hati aktif, gangguan ginjal berat.
9. Efek samping: Pemberian antipiretik dapat menyebabkan efek samping seperti peningkatan spasme bronkus, gangguan pada saluran cerna, penurunan fungsi ginjal, dan menghalangi supresi respon antibodi serum.

D. Analisa Data

Nama/umur: Tn. D / 69 Tahun

Ruang/kamar: ICU

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data subjektif : - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat diabetes melitus sejak 1 tahun yang lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien jarang mengkonsumsi obat diabetes melitus - Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengkonsumsi coto, ikan bakar, kue kue manis dan setiap hari mengkonsumsi teh Data objektif : - Ku tampak lemah - Kesadaran Kualitatif: somnolen Kuantitatif: M4V3E2 - N: 135x/menit - Hasil pemeriksaan lab: GDS: 344 mg/dL HbAlc: 6,3 (diabetes)	Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa

2.	Data subjektif : - Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas sejak 1 hari yang lalu Data objektif : - Ku lemah - Tampak pasien sesak napas - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan - Terdengar suara napas tambahan: ronchi - SPO_2 : 96% - P : 36x/menit	Neuromuskular	Pola napas tidak efektif
3.	Data subjektif : - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak 1 hari yang lalu Data objektif : - KU pasien tampak lemah - Tampak pasien tidak sadar - Kesadaran Kualitatif : somnolen Kuantitatif : M4V3E2 - Tampak hasil CT-Scan: infark cerebri sisnistra	Aterosklerosis aorta	Risiko perfusi serebral tidak efektif
4.	Data subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien demam sejak 1 hari yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien belum diberikan terapi	Proses penyakit	Hipertermia

	atau obat dari rumah Data objektif: - Badan teraba hangat - Tampak badan pasien berkeringat - Suhu: 38,0°C - Nadi: 135x/menit - WBC: 16.80 10^3/Ul		
5.	Data subjektif : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada badan sebelah kanan - Keluarga pasien mengatakan seluruh aktivitas pasien di bantu oleh keluarga Data objektif : - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Tampak pergerakan pasien terbatas - Tampak hasil CT-Scan: infark serebri sinistra - Aktivitas harian: Makan: 3 Mandi: 2 Pakaian: 2 Kerapihan: 2 Buang air kecil: 2	Neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik

	Buang air besar: 2 Mobilisasi di tempat tidur: 4 - Uji kekuatan otot Kanan kiri Tangan 0 1 Kaki 0 1		

E. Diagnosa Keperawatan

Nama/umur: Tn. D / 69 Tahun

Ruang/kamar: ICU

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d aterosklerosis aorta (D.0017)
2	Pola napas tidak efektif b/d gangguan neuromuskular (D.0005)
3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia (D.0027)
4	Hipertermia b/d proses penyakit (D.0130)
5	Gangguan mobilitas fisik b/d neuromuskular (D.0054)

F. Intervensi Keperawatan

Nama/umur: Tn. D / 69 Tahun

Ruang/kamar: ICU

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d aterosklerosis aorta (D.0017)	Setelah di lakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil (L.020140): 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat 2. Gelisah cukup menurun 3. Demam cukup menurun	**Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194):** **Observasi** • Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) • Monitor status pernapasan **Terapeutik** • Berikan posisi semi fowler / posisi *head up* 30° • Pertahankan suhu tubuh normal **Kolaborasi** • Kolaborasi pemberian analgesik dan antipiretik jika perlu
2	Pola napas	Setelah di lakukan intervensi	**Manajemen Jalan Napas**

	tidak efektif b/d gangguan neuromuskular (D.0005)	selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil (L.01004) : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Kedalaman napas membaik	**(I.01011)** **Observasi** • Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) • Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi) • Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) **Terapeutik** • Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) • Posisikan semi-fowler atau fowler • Berikan oksigen jika perlu **Edukasi** • Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi **Kolaborasi** • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
3	Ketidakstabila	Setelah di lakukan intervensi	**Manajemen hiperglikemia**

	n kadar glukosa darah b/d hiperglikemia (D.0027)	selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil (L.05022) : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Rasa haus cukup menurun 3. Mulut kering menurun 4. Lelah/lesuh menurun 5. Kadar glukosa dalam darah cukup membaik	(I.03115) **Observasi** • Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Monitor kadar glukosa darah jika perlu • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) • Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah dan frekuensi nadi **Terapeutik** • Berikan asupan cairan oral **Edukasi** • Anjurkan monitor kadar glukosa darah scra mandiri • Ajarkan pengelolahan diabetes (mis. penggunaan insulin dan monitor asupan cairan) **Kolaborasi** • Kolaborasi pemberian insulin • Kolaborasi cairan IV

4	Hipertermia b/d proses penyakit (D.0130)	Setelah di lakukan intervensi selama 3x24 jam di harapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil (L.14134): 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik	**Manajemen Hipertermia (I.15506)** **Observasi** • Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) • Monitor suhu tubuh • Monitor haluaran urine **Terapeutik** • Sediakan lingkungan yang dingin • Longgarkan atau lepaskan pakaian • Berikan cairan oral • Lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) **Edukasi** • Anjurkan tirah baring **Kolaborasi** • Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu • Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

5	Gangguan mobilitas fisik b/d neuromuskular (D.0054)	Setelah di lakukan intervensi selama 3x24 jam di harapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Gerekan terbatas menurun 5. Kelemahan fisik menurun SIKI	**Dukungan Mobilisasi (I.05173)** **Observasi** • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi **Terapeutik** • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur) • Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan **Edukasi** • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi

			Kolaborasi • Dalam intervensi dukungan mobilisasi tidak ditemukkan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

G. Implementasi Keperawatan

Nama/umur: Tn.D / 69 Tahun

Kamar/ruangan: ICU

HARI/TGL	DX	JAM	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	PERAWAT
Rabu, 21 Mei 2025	II	07:15	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) Hasil: tampak pasien sesak, ada penggunaan otot bantu pernapasan RR : 36 x/m SP02 : 94%	Agata
	II	07:20	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi ronchi kering pada lapang paru	Agata
	II	07:30	Memberikan terapi O2 Hasil : terpasang O2 NRM 10 lpm	Agata
	I	07:45	Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil : adanya peningkatan WBC	Agata
	I	08:00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan nadi melebar, pola napas dan kesadaran) Hasil : tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, kesadaran somnolen, GCS : 9 N : 134x/m	Agata

	IV	08:10	Memonitor suhu tubuh Hasil : S:38,0 C, kulit teraba hangat, tampak pasien keringat berlebih	Agata
	IV	08:20	Berkolaborasi memberikan antipiretik Hasil : paracetamol drips/24 jam	Agata
	IV	08:30	Melakukan pendinginan external (kompres dingin pada dahi dan kedua aksila) Hasil: Tampak perawatan melakukan kompres dingin pada area dahi dan kedua aksila secara bergantian	Agata
	I,II	08:40	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat melakukan posisi *head up* 30°	Agata
	V	09:00	Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil : TD :120/90 mmhg, N: 134x/m	Agata
	III	10:00	Memonitor kadar glukosa darah Hasil :256 mg/dl	Agata
	I,II,III, IV	11:00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : Meropenem 1gr/ iv, santagesik 1 amp/iv, ranitidin 1 amp/iv, neurobion 1amp/infus, gentamicin 1 amp/iv	Agata
	III	11:30	Mengedukasi diet kepada keluarga Hasil : tampak perawat mengedukasikan kepada keluarga tentang diet apa saja yang diberikan kepada pasien	Agata
	III	11:45	Berkolaborasi pemberian insulin Hasil : Novorapid 3x6 unit/ sc	Agata

	III	12:10	Pemberian nutrisi Hasil : bubur saring via NGT 100 cc, air putih 50 cc	Agata
	V	13:20	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: keluarga mengatakan pasien tidak mampu menggerakan tangan dan kaki sebelah kanan	Agata
	V	13:30	Mengajarkan mobilisasi sederhana dan membantu pasien dalam pergerakan Hasil : tampak perawat mengajarkan miring kiri miring kanan pada keluarga	Agata
	I	13:50	Memonitor haluaran urin Hasil : 350 cc, tampak urin berwarna kuning pekat, tidak berbau keton	Agata
	II	14:10	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) Hasil: tampak pasien sesak, RR : 36 x/m SP02 : 96%	Agnes
	II	14:20	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi ronchi kering pada lapang paru	Agnes
	II	14:30	Memberikan terapi O2 Hasil : terpasang O2 NRM 10 lpm	Agnes

	I	15:00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan nadi melebar, pola napas dan kesadaran) Hasil : tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, kesadaran somnolen, GCS : 9 N : 130x/m	Agnes
	IV	15:10	Memonitor suhu tubuh S:37,8 C, kulit teraba hangat, tampak pasien keringat berlebih	Agnes
	IV	15:20	Melakukan pendinginan external (kompres dingin pada dahi dan kedua aksila) Hasil: Tampak perawatan melakukan kompres dingin pada area dahi dan kedua aksila secara bergantian	Agnes
	I,II	15:40	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat melakukan posisi *head up* 30°	Agnes
	V	16:00	Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil : N: 130x/m	Agnes
	I	16:5	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : N;130x/m	Agnes
	V	17:00	Melakukan mobilisasi sederhana dan melibatkan keluarga dalam dalam melakukan pergerakan Hasil:tampak perawat melakukan miring kiri miring kanan pada pasien di bantu oleh keluarga pasien	Agnes

	III	18:30	Memoitor kadar glukosa darah Hasil : 215 g/dl	Agnes
	III	18:45	Berkolaborasi pemberian insulin Hasil : Novorapid 3x6 unit/ sc	Agnes
	III	19:00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : Meropenem 1gr/ iv, gentamicin 1 amp/iv	Agnes
	V	19:10	Mengajarkan mobilisasi sederhana dan membantu pasien dalam pergerakan Hasil : tampak perawat mengajarkan miring kiri miring kanan pada keluarga	Agnes
	I,II,III, IV	19:30	Pemberian nutrisi Hasil : bubur saring via NGT 100 cc, air putih 50 cc	Agnes
	I	19:50	Memonior haluaran urin Hasil : 300 cc, tampak urin berwarna pekat, tidak berbau keton	Agnes
	II	20:10	Memonitor pola napas Hasil : tampak pasien masih sesak, RR: 34x/m	Agnes
	II	20:30	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : terdengar suara ronchi	Agnes
	II	21:00	Memberikan terapi oksigen Hasil : terpasang O2 NRM 10 lpm	Agata
	I	21:30	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : N; 120x/m	Agata
	I	22:00	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat melakukan posisi *head up* 30^0	Agata

	IV	22:30	Menyediakan lingkungan yang dingin Hasil : tampak perawat mengatur suhu ruang agar tetap dingin dan nyaman	Agata
	I	03:00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : meropenem 1 gr/ iv/8 jam	Agata
	II	04:00	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat memposisikan pasien dalam posisi semifowler	Agata
	I	04:30	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : N : 120x/m,	Agata
	III	05:10	Memonitor kadar glukosa darah Hasil :232 mg/dl	Agata
	III	06:15	Berkolaborasi pemberian insulin Hasil : Novorapid 3x6 unit/ sc	Agata
	III	06:30	Pemberian nutrisi Hasil : bubur saring via NGT 100 cc, air putih 50 cc	Agata
	IV	06:40	Memonitor haluaran urin Hasil : 350 cc, tampak berwarna pekat, tidak berbau keton	Agata
Kamis, 22 Mei 2025	II	07:15	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) Hasil: tampak pasien sesak, ada penggunaan otot bantu pernapasan RR : 30 x/m SP02 : 97%	Agnes

	II	07:20	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi ronchi kering pada lapang paru	Agnes
	II	07:30	Memberikan terapi O2 Hasil : terpasang O2 NRM 10 lpm	Agnes
	I	08:00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan nadi melebar, pola napas dan kesadaran) Hasil : tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, kesadaran somnolen, GCS : 9, N : 121x/m	Agnes
	I,IV	08:10	Memonitor suhu tubuh Hasil : S; 37,6, tampak pasien keringat berlebih mulai menurun, kulit tidak tera	Agnes
	I	08:20	Berkolaborasi memberikan antipiretik Hasil : paracetamol drips/24 jam	Agnes
	IV	08:30	Melakukan pendinginan external (kompres dingin pada dahi dan kedua aksila) Hasil: Tampak perawatan melakukan kompres dingin pada area dahi dan kedua aksila secara bergantian	Agnes
	V	09:00	Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil : TD : N: 121x/m	Agnes
	II	09:30	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat melakukan posisi *head up* 30°	Agnes
	III	10:00	Memonitor kadar glukosa darah Hasil :200 mg/dl	Agnes

	I,II,III, IV,V	11:00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : Meropenem 1gr/ iv, santagesik 1 amp/iv, ranitidin 1 amp/iv, gentamicin 1 amp/iv	Agnes
	III	11:30	Mengedukasi diet kepada keluarga Hasil : tampak perawat mengedukasikan kepada keluarga tentang diet apa saja yang diberikan kepada pasien	Agnes
	I	11:45	Berkolaborasi pemberian insulin Hasil : Novorapid 3x6 unit/ sc	Agnes
	III	12:10	Pemberian nutrisi Hasil : bubur saring via NGT 100 cc, air putih 50 cc	Agnes
	IV	13:20	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: keluarga mengatakan pasien tidak mampu menggerakan tangan dan kaki sebelah kanan	Agnes
	V	13:30	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Tampak kekuatan otot masih menurun Kanan Kiri Tangan 0 1 Kaki 0 1	Agnes
	IV	13:50	Takar urin Hasil : 350 cc, tampak berwarna kuning, tidak pekat dan tidak berbau keton	Agnes

	II	14:10	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) Hasil: tampak pasien sesak, RR : 31x/m SP02 : 96%	Agata
	II	14:20	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi ronchi kering pada lapang paru	Agata
	II	14:30	Memberikan terapi O2 Hasil : terpasang O2 NRM 10 lpm	Agata
	I	15:00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan nadi melebar, pola napas dan kesadaran) Hasil : tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, kesadaran somnolen, GCS : 9 N : 120x/m	Agata
	IV	15:10	Memonitor suhu tubuh Hasil : S; 37,4 C, tampak keringat berlebih menurun, kulit tidak teraba hangat	Agata
	IV	15:20	Melakukan pendinginan external (kompres dingin pada dahi dan kedua aksila) Hasil: Tampak perawatan melakukan kompres dingin pada area dahi dan kedua aksila secara bergantian	Agata
	II	15:30	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat melakukan posisi *head up* 30°	Agata

	V	16:00	Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil : TD :120/80 mmhg, N: 120x/m	Agata
	IV	16:45	Melakukan mobilisasi sederhana dan melibatkan keluarga dalam dalam melakukan pergerakan Hasil:tampak perawat melakukan miring kiri miring kanan pada pasien di bantu oleh keluarga pasien	Agata
	I	17:00	Memonitor tanda & gejala peningkatan TIK Hasil : N;120x/m, S: 37,2, gcs : 9	Agata
	I	18:30	Memoitor kadar glukosa darah Hasil : 215 g/dl	Agata
	I	18:45	Berkolaborasi pemberian insulin Hasil : Novorapid 3x6 unit/ sc	Agata
	II	19:00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : Meropenem 1gr/ iv, gentamicin 1 amp/iv	Agata
	V	19:10	Mengajarkan mobilisasi sederhana dan membantu pasien dalam pergerakan Hasil : tampak perawat mengajarkan miring kiri miring kanan pada keluarga	Agata
	I,II,III, IV,V	19:30	Pemberian nutrisi Hasil : bubur saring via NGT 100 cc, air putih 50 cc	Agata
	IV	19:50	Memantau haluaran urin Hasil : 300 cc	Agata
	II	20:10	Memonitor pola napas Hasil : tampak pasien masih sesak, RR: 30x/m	Agata

	II	20:30	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : terdengar suara ronchi	Agata
	II	21:00	Memberikan terapi oksigen Hasil : terpasang O2 NRM 10 lpm	Agnes
	I	21:30	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD; 120/80 mmhg, N; 110x/m	Agnes
	I,II	22:00	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat melakukan posisi *head up* 30°	Agnes
	V	22:30	Menyediakan lingkungan yang terapeutik Hasil : menyediakan lingkungan yang nyaman dengan menjaga ketenangan	Agnes
	I,II,III, IV,V	02:30	Menyiapkan keperluan pribadi dan memandikan pasien Hasil : perawat menyediakan peralatan mandi pasien dan memandikan pasien.	Agnes
	I	03:00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : meropenem 1 gr/ iv/8 jam	Agnes
	II	04:00	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat melakukan posisi *head up* 30°	Agnes
	I	04:30	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD ; 119/80 mmhg,N : 119x/m	Agnes
	III	05:10	Memonitor kadar glukosa darah Hasil :199 mg/dl	Agnes
	III	06:15	Berkolaborasi pemberian insulin Hasil : Novorapid 3x6 unit/ sc	Agnes

	III	06:30	Pemberian nutrisi Hasil : bubur saring via NGT 100 cc, air putih 50 cc	Agnes
	IV	06:40	Memonitor haluaran urin Hasil : 450 cc, tampak urin berwarna kuning dan tidak berbau keton	Agnes
Jumat, 23 Mei 2025	II	07:15	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) Hasil: tampak pasien sesak, ada penggunaan otot bantu pernapasan RR : 27 x/m SP02 : 98%	Agata
	II	07:20	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi ronchi kering pada lapang paru	Agata
	II	07:30	Memberikan terapi O2 Hasil : terpasang O2 nasal 5 lpm	Agata
	I	08:00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan nadi melebar, pola napas dan kesadaran) Hasil : tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, kesadaran somnolen, GCS : 9 N : 112x/m,S:37,7	Agata
	II	08:10	Memonitor status pernapasan Hasil : P 27 x/m	Agata

	IV	08:20	Memonitor suhu tubuh Hasil : S; 36,5 C, tampak suhu tubuh dan kulit mulai membaik	Agata
	II	08:30	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat melakukan posisi *head up* 30°	Agata
	V	09:00	Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil : TD :120/90 mmhg, N: 112x/m	Agata
	III	09:30	Memonitor kadar glukosa darah Hasil :190 mg/dl	Agata
	I,II,III,IV,V	11:00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : Meropenem 1gr/ iv, santagesik 1 amp/iv, ranitidin 1 amp/iv, neurobion 1amp/infus, gentamicin 1 amp/iv	Agata
	III	11:45	Berkolaborasi pemberian insulin Hasil : Novorapid 3x6 unit/ sc	Agata
	III	12:10	Pemberian nutrisi Hasil : bubur saring via NGT 100 cc, air putih 50 cc	Agata
	V	12:20	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: keluarga mengatakan pasien tidak mampu menggerakan tangan dan kaki sebelah kanan	Agata
	V	13:00	Mengajarkan mobilisasi sederhana dan membantu pasien dalam pergerakan Hasil : perawat melakukan pergerakan sederhana seperti menggerakan kedua tungkai atas dan bawah	Agata

	V	13:30	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Tampak kekuatan otot mulai meningkat Kanan Kiri Tangan 0 1 Kaki 0 1	Agata
	IV	13:50	Memonitor haluaran urin Hasil :650 cc, tampak urin berwarna kuning	Agata
	I	14:10	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) Hasil: tampak sesak mulai berkurang RR : 27 x/m SP02 : 96%	Agnes
	I	14:20	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi ronchi kering pada lapang paru	Agnes
	I	14:30	Memberikan terapi O2 Hasil : terpasang O2 nasal kanul 5 lpm	Agnes

	III	15:00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan nadi melebar, pola napas dan kesadaran) Hasil : tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, kesadaran somnolen, GCS : 9 N : 109x/m	Agnes
	II,III	15:10	Memonitor status pernapasan Hasil : P 28 x/m	Agnes
	I	16:00	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat melakukan posisi *head up* 30°	Agnes
	V	16:30	Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil : N: 109x/m	Agnes
	V	17:00	Melakukan mobilisasi sederhana dan melibatkan keluarga dalam dalam melakukan pergerakan - Hasil: Mengajrkan kepada keluarga untuk membantu pasien dalam bergerak seperti (miring kanan dan miring kiri) - Tampak keluarga pasien membantu pasien dalam melatih kekuatan otot pada tangan dan kaki pasien	Agnes
	I	17:30	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD; 120/80 mmhg, N;109x/m	Agnes

	III	18:30	Memoitor kadar glukosa darah Hasil : 205 g/dl	Agnes
	II	19:00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : Meropenem 1gr/ iv, gentamicin 1 amp/iv	Agnes
	V	19:05	Mengajarkan mobilisasi sederhana dan membantu pasien dalam pergerakan - Hasil : Mengajarkan kepada keluarga untuk membantu pasien dalam bergerak seperti (miring kanan dan miring kiri) - Tampak keluarga pasien membantu pasien dalam melatih kekuatan otot pada tangan dan kaki pasien	Agnes
	III	19:15	Berkolaborasi pemberian insulin Hasil : Novorapid 3x6 unit/ sc	Agnes
	I,II,III, IV,V	19:30	Pemberian nutrisi Hasil : bubur saring via NGT 100 cc, air putih 50 cc	Agnes
	IV	19:50	Memonitor haluaran urin Hasil : 500cc, tampak warna urin berwarna kuning	Agnes
	II	20:10	Memonitor pola napas Hasil : tampak sesak mulai berkurang , RR: 26x/m	Agnes
	II	20:30	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : terdengar suara ronchi	Agnes

	I	21:00	Memberikan terapi oksigen Hasil : terpasang O2 nasal kanul 5 lpm	Agata
	II	21:30	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD; 120/80 mmhg, N; 109x/m	Agata
	I	22:00	Memberikan posisi semifowler Hasil : tampak perawat melakukan posisi *head up* 30°	Agata
	V	22:30	Menyediakan lingkungan yang terapeutik Hasil : menyediakan lingkungan yang nyaman dengan menjaga ketenangan	Agata
	I,II,III, IV,V	02:30	Menyiapkan keperluan pribadi dan memandikan pasien Hasil : perawat menyediakan peralatan mandi pasien dan memandikan pasien.	Agata
	I	03:00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : meropenem 1 gr/ iv/8 jam	Agata
	I	04:00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil :,N : 100x/m	Agata
	III	05:10	Memonitor kadar glukosa darah Hasil :88 mg/dL	Agata
	IV	06:30	Pemberian nutrisi Hasil : bubur saring via NGT 100 cc, air putih 50 cc	Agata
	IV	06:40	Memonitor haluaran urin Hasil : 550cc, tampak urin berwarna kuning dan tidak berbau keton	Agata

H. **Evaluasi Keperawatan**

Nama/umur: Tn.D / 69 Tahun

Kamar/ruangan: ICU

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Perawat
21 Mei 2025	**DP I: Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d aterosklerosis aorta** S: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak 1 hari yang lalu O: - KU tampak lemah - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - TD : 120/80 mmhg, N : 110x/m, S:37,8 A: Perfusi serebral belum membaik P : Lanjutkan Intervensi pemantauan	Agata
	DP II: Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular S: - Keluarga mengatakan pasien masih sesak napas O: - Tampak KU lemah, terpasang O2 NRM 10 lpm - Tampak pasien sesak, RR : 30 x/m, SPO2 96% - Tampak meggunakan otot bantu pernapasan - Suara napas tambahan ada (ronchi) A: Pola napas belum membaik P: Lanjutkan Intervensi manajemen pola napas	Agata

	DP III: Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia S: - Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM sejak 1 tahun yang lalu - Keluarga mengatakan pasien jarang mengonsumsi obat - Keluarga mengatakan pasien tidak menjaga pola makannya O: - Tampak KU lemah - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Kesadaran somnolen, GCS : M4V3E2 - Tampak pemeriksaan GDS : 215 g/dl - Tampak nilai HbA1c : 6,3 - Suara napas tambahan ada (ronchi) A: Kestabilan kadar glukosa darah belum meningkat P: Lanjutkan Intervensi - Manajemen hiperglikemia	Agata
	DP IV: Hipertermia b.d proses penyakit S : - Keluarga pasien mengatakan pasien demam sejak 1 hari yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien belum diberikan terapi atau obat dari rumah	Agata

	O : - Badan teraba hangat - Tampak badan pasien berkeringat - Suhu: 38,0°C - Nadi: 135x/menit A : Termogulasi belum membaik P : lanjutkan intervensi manajemen hipertermi **DP V: Gangguan mobilitas fisik b.d hambatan mobilitas fisik** S: - Keluarga mengatakan psien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan - Keluarga mengatakan aktivitaas pasien dibantu oleh keluarga O: - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak tidka ada pergerakan pada ekstremitas - Tampak hasil CT-scan : infark serebri sinistra - Uji kekuatan otot : Kanan Kiri Tangan 0 1 Kaki 0 1 A : Mobilitas fisik belum membaik P : Lanjutkan Intervensi dukungan mobilisasi	Agata

22 Mei 2025	**DP I: Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d aterosklerosis aorta** S: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak 1 hari yang lalu O: - KU tampak lemah - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - TD : 120/80 mmhg, N : 116x/m, S:36,0 A: Perfusi serebral belum meningkat P : Lanjutkan monitor TTV	Agnes
	DP II: Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular S: - Keluarga mengatakan pasien sudah tidak sesak O: - Tampak KU Imulai membaik, terpasang O2 NRM 10 lpm - Tampak pasien sesak, RR : 27 x/m, SPO2 98% A: Pola napas belum membaik P: Lanjutkan Intervensi Manajemen pola napas	Agnes
	DP III: Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia S: - Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM sejak 1 tahun yang lalu	Agnes

	- Keluarga mengatakan sudah memahami tentang diet apa saja yang harus diberikan pada pasien O: - Tampak KU mulai membaik - Kesadaran somnolen, GCS : M5V3E3 - Tampak pemeriksaan GDS : 199 g/dl A: Kestabilan kadar glukosa darah belum meningkat P: Lanjutkan Intervensi - Pemantauan asupan nutrisi dan GDS	
	DP IV: Hipertermia b.d proses penyakit S : - Keluarga pasien mengatakan pasien demam sejak 1 hari yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien belum diberikan terapi atau obat dari rumah O : - Badan teraba hangat - Tampak badan pasien berkeringat - Suhu: 37,4°C - Nadi: 135x/menit A : Termogulasi belum membaik P : lanjutkan intervensi manajemen hipertermi	Agnes

	DP V: Gangguan mobilitas fisik b.d hambatan mobilitas fisik S: - keluarga mengatakan psien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan - Keluarga mengatakan aktivitaas pasien dibantu oleh keluarga - Keluarga mengatakan sudah mengerti tentang latihan rentang gerak O: - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak mulai ada pergerakan pada ekstremitas kiri - Tampak hasil CT-scan : infark serebri sinistra - Uji kekuatan otot : A: Mobilitas fisik belum membaik P : Lanjutkan Intervensi Dukungan mobilisasi	Agnes

	Kanan	Kiri
Tangan	0	2
Kaki	0	2

23 Mei 2025	**DP I: Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d aterosklerosis aorta** S: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak 1 hari yang lalu O: - KU tampak lemah - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - TD : 120/80 mmhg, N : 110x/m, S:37,8 A: Perfusi serebral mulai meningkat P : Lanjutkan Intervensi pemantauan TIK	Agata
	DP II: Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular S: - Keluarga mengatakan pasien masih sesak napas O: - Tampak KU lemah, terpasang O2 NRM 10 lpm - Tampak pasien sesak, RR : 28 x/m, SPO2 98% - Suara napas tambahan ada (ronchi) A: Pola napas belum membaik P: Lanjutkan Intervensi Manajemen pola napas	Agata
	DP III: Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia S: - Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM sejak 1 tahun yang lalu	Agata

	- Keluarga mengatakan pasien jarang mengonsumsi obat - Keluarga mengatakan pasien tidak menjaga pola makannya O: - Tampak KU lemah - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Kesadaran somnolen, GCS : M4V3E2 - Tampak pemeriksaan GDS : 88 g/dl - Tampak nilai HbA1c : 6,3 - Suara napas tambahan ada (ronchi) A:Kestabilan kadar glukosa darah meningkat P:Lanjutkan Intervensi - Manajemen hiperglikemia	
	DP IV: Hipertermia b.d proses penyakit S : - Keluarga pasien mengatakan pasien demam sejak 1 hari yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien belum diberikan terapi atau obat dari rumah O : - Badan teraba hangat - Tampak badan pasien sudah tidak berkeringat - Suhu: 36,5°C A : Termogulasi membaik P: Lanjutkan Intervensi - Pemantauan suhu tubuh	Agata

	DP V: Gangguan mobilitas fisik b.d hambatan mobilitas fisik S: - Keluarga mengatakan psien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan - Keluarga mengatakan aktivitaas pasien dibantu oleh keluarga O: - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak mulai ada pergerakan pada ekstremitas kiri - Tampak hasil CT-scan : infark serebri sinistra A: Mobilitas fisik belum membaik P : Lanjutkan Intervensi Dukungan mobilisasi	Agata

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan antara konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan pada pasien Tn. D umur 69 tahun dengan Non Hemoragik Stroke (NHS) di ruangan ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar selama 3x24 jam pada tanggal 21-23 Mei 2025. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilakukan dengan menggunakan lima tahap, yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data-data dari berbagai sumber, yaitu pasien, keluarga pasien, pemeriksaan penunjang, dan hasil observasi pasien secara langsung. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan data Tn. D umur 69 tahun masuk di ruangan ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia pada tanggal 20 Mei 2025 dengan diagnose Non Hemoragik Stroke (NHS). Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 19 Mei, pasien mengalami sesak napas dan tidak sadarkan diri. Awalnya keluarga mengira pasien hanya tidur tetapi pada saat di bangunkan pasien tidak merespon, seluruh badan sudah kaku dan berkeringat. Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh GCS E4M3V2, kesadaran somnolen, pasien tampak sesak, terpasang O2 NRM 10 liter, terpasang selang NGT dan kateter urin. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 120/87mmHg, N: 135x/menit, P: 36xmenit, S:38,0C, Spo2: 89%.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan ateroskelrosis arteri ditandai dengan penurunan keasadaran, Kesadaran kualitatif; somnolen, kuantitatif ; GCS M4V3E2,Suhu: 38,0 C

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas, tampak pasien terpasang O2 NRM 10 liter, tampak pasien sesak napas, tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan, terdengar suara napas tambahan: ronchi, SPO2 : 89%, P: 36x/menit.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan kadar glukosa darah yang tinggi.Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas utama, karena didapatkan data pada pasien yaitu: pasien mengalami penurunan kesadaran serta memiliki riwayat diabetes mellitus sejak 1 tahun yang lalu. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, hasil pemeriksaan laboratorium HBA1c : 6,3 %, GDS : 344 mg/dL.

d. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan keluarga mengatakan tidak diberikan terapi pada saat dirumah, Badan teraba hangat, Tampak badan pasien berkeringat, Suhu: 38,0°C.

e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular dibuktikan dengan keluarga pasien mengatakan 1 bulan yang lalu pasien masuk rumah sakit dengan penyakit stroke dan dirawat selama ± 2 minggu. Tampak ekstremitas kanan pasien tidak bisa digerakkan tampak pasien dibantu penuh oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan dan aktvitas hari-harinya. Tampak kekuatan otot menurun, terpasang urine kateter.

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. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan aterosklerosis aorta

Intervensi yang sesuai dengan SIKI yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial yang terdiri dari tindakan observasi dengan memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat,tekanan nadi melebar,bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun),memonitor status pernapasan, Pertahankan suhu tubuh normal. Tindakan terapeutik memberikan posisi semi fowler.Tindakan kolaborasi; Kolaborasi pemberian analgesik dan antipiretik jika pelu.

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Intervensi berdasarkan SIKI yaitu Manajemen Pola Napas yang terdiri dari tindakan observasi: monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas, auskultasi bunyi napas dan monitor saturasi 02, serta melakukan tindakan terapeutik yaitu dengan posisikan semi-fowler, memberikan terapi oksigen. Tindakan kolaborasi: kolaborasi pemberian bronkodilator jika perlu.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

Intervensi berdasarkan SIKI: yaitu Manajemen Hiperglikemia yang terdiri dari tindakan observasi: Identifikasi kemungkinan penyebab

hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis; poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, pandangan kabur), monitor intake dan output cairan. Terapeutik: Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. Edukasi: Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet. Kolaborasi pemberian insulin, kolaborasi pemberian cairan IV.Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

d. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Intervensi berdasarkan SIKI yaitu Observasi : Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator), monitor suhu tubuh, monitor haluaran urine.Terapeutik : Sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, Berikan cairan oral, Lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila). Kolaborasi. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromskular

Intervensi berdasarkan SIKI yaitu dukungan mobilisasi yang terdiri dari tindakan observasi Observasi : Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik yaitu fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini (miring kiri miring kanan

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi 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 implementasi keperawatan karena pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga ada intervensi yang tidak dilakukan sepenuhnya.

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. Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d faktor resiko aterosklerosis aorta status pernapasan kembali membaik,suhu tubuh kembali normal yaitu 36,0 dan GCS mulai meningkat, maka perencanaan dari diagnosis dilanjutkan oleh perawat.
b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, frekuensi napas pasien sudah mulai berkurang dari sebelumnya (38x/menit) menjadi 28x/menit, suara napas tambahan ronchi sudah tidak terdengar. Masalah teratasi sebagian, sesak yang dialami pasien menunjukkan perubahan dan suara napas tambahan sudah tidak terdengar, maka perencanaan dari Diagnosis keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan hiperglikemia. Kadar glukosa darah pasien naik turun, tetapi pada hari ketiga mulai menurun sehingga penggunaan insulin dihentikan, walaupun begitu pasien masih dalam proses pemantauan yang dilanjutkan oleh perawat ruangan ICU dan menunggu instruksi lanjutan dari dokter.

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskular, tampak pergerakan otot pasien tidak meningkat tetapi pasien sudah mampu menggerakan tangan dan kaki pada sisi tubuh yang tidak mengalami kelemahan maka perencanaan dilanjutkan oleh perawat dan keluarga

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

P : Pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) yang mengalami penurunan saturasi oksigen

I : *head up* 30°

C : Tidak ada intervensi pembanding

O : Meningkatkan saturasi oksigen

Pertanyaan: Apakah *head-up* 30° efektif untuk meningkatkan saturasi oksigen pada Non Hemoragik Stroke (NHS) yang mengalami penurunan kesadaran?

Judul EBN: Pengaruh pemberian *head-up* 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) yang mengalami penurunan kesadaran di ruang ICU RS. TK II Pelamonia Makassar

1. **Diagnosis Keperawatan**

   Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d aterosklerosis aorta

2. **Luaran yang Diharapkan**

   a. Tingkat kesadaran meningkat

   b. Gelisah menurun

3. **Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN**

   Pemberian posisi *head-up* 30°

4. **Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN**

   a. Pengertian tindakan

      Head-up 30° merupakan sebuah posisi dimana kepala pasien ditinggikan diatas tempat sekitar 30° sedangkan tubuh pasien tetap sejajar dengan kaki.

   b. Tujuan/rasional EBN

      Pemberian *Head-up* 30° bertujuan untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, memfasilitasi peningkatan aliran serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral sehingga tingkat kesadaran pasien dapat membaik melalui pemantauan saturasi oksigen

c. Hasil Telaah

No	Informasi Artikel	Populasi	Intervensi	Comparassion	Outcome	Time
1.	Pengaruh Pemberian Elevasi Kepala 30° Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik Penulis : Ayu Nur Azizah1 Fitri Arofiati2* Publikasi : Dinamika Kesehatan:Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol 14 No. 1 Juli 2023	Penelitian ini dilakukan di salah satu rumah sakit di Yogyakarta dengan sampel yang diteliti 1 orang	Intervensi yang diterapkan dalam penelitian ini adalah Salah satu intervensi keperawatan untuk mengatasi penurunan saturasi oksigen adalah dengan pemberian elevasi kepala 30°.	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding	Penelitian ini menggunakan metode studi kasus menggunakan instrument pengukuran saturasi oksigen sebelum dan sesudah intervensi. Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa klien mengalami peningkatan pada jumlah saturasi oksigen sebelumnya 89% menjadi 96%.	Penelitian di laksanakan selama 3 hari pada bulan juli 2023.

2.	Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke melalui Pemberian Posisi Head Up Penulis : Afif Mustikarani1, Akhmad Mustofa2 Penerbit : Ners Muda, Vol 1 No 2, Agustus 2020	Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang	Intervensi yang dilakukan ialah menerapkan head up 30 derajat untuk mengetahui perbedaan peningkatan kadar saturasi oksigen pasien stroke hemoragik. Studi kasus dengan menggunakan konsep asuhan keperawatan	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding	Berdasarkan hasil penelitian, terjadi peningkatan kadar saturasi yang signifikan pada kasus I dan kasus II. Peningkatan sebesar 96% pada menit ke 15, 98% pada menit ke 30.	Mei 2020

3.	Pengaruh Pemberian Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Di Igd Rsud Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka Penulis : Epiphania Trisila1 , Fransiska Aloysia Mukin2 , Melkias Dikson3 Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan, September 2022, 8 (16), 664-674	Penelitian dilakukan di RSUD Dr. T.C Hillers Maumere Kabupaten Sikka. Subjek berjumlah 15 orang	Penelitian ini memberikan intervensi pemberian elevasi kepala 30 derajat untuk meningkatkan oksigenasi pada pasien stroke. Penelitian ini menggunakan metode *Pre-Experimental Design* dengan menggunakan pendekatan *One Group Pre Test – Post Test*	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding	Seluruh responden ditemui terdapat peningkatan saturasi oksigen sesudah dilakukan posisi head up 30 derajat dengan niali Z hitung (-3,493)>Z table (1,96) dan P value (0,000)	September 2022

KESIMPULAN HASIL EBN

Apakah head-up 30° efektif untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien Non Hemoragik Stroke (NHS) yang mengalami penurunan kesadaran?

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori dan beberapa penelitian yang dilakukan dimana terdapat perbedaan tingkat saturasi oksigen sebelum dan sesudah dilakukan head up 30°. Penelitian yang dilakukan Di Igd Rsud Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka menunjukan bahwa posisi head up 30 derajat pada pasien stroke berpengaruh pada saturasi oksigen, di mana hasil penelitian menunjukkan bahwa 100% dari 15 responden mengalami penurunan saturasi oksigen, dan 100% mengalami peningkatan saturasi oksigen setelah diberikan posisi head up 30 derajat (Trisila et al., 2022).

Elevasi kepala 30° pada pasien stroke non hemoragik yang dilakukan oleh oleh peneliti hasilnya terdapat peningkatan nilai saturasi oksigen dengan diberikan elevasi kepala 30°. Dimana pasien sebelum dilakukan intervensi nilai saturasi oksigen sebesar 89%, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari terjadi peningkatan saturasi oksigen sebesar 96% (Azizah & Arofiati, 2023).

Pada studi kasus yang dilakukan oleh (Mustikarani & Mustofa (2020), pada pasien pasien stroke yang mengalami penurunan saturasi oksigen dengan kompensasi adanya retraksi dinding dada yang menyebabkan ketidakefektifan pola nafas. Penerapan efidance based practice nursing yaitu pemberian posisi head up 30° terbukti efektif dalam menaikan kadar saturasi pasien stroke hemoragic di RSUP dr. Kariadi Semarang. Kasus I meningkat dari 95-98% dan kasus II meningkat dari 94-98%.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS), dengan melakukan pendekatan proses keperawatan: pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi, maka didapatkan kesimpulan secara umum yaitu:

1. Pasien Tn. D umur 69 tahun dengan diagnosa Non Hemoragik Stroke (NHS) dengan keluhan utama yang dialami pasien adalah penurunan kesadaran. Saat pengkajian diperoleh data GCS E4M3V2, kesadaran somnolen, pasien tampak sesak, terpasang O2 NRM 10 liter, terpasang selang NGT dan kateter urin. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 120/87mmHg, N: 135x/menit, P: 36xmenit, S:38,0C, Spo2: 89%, CRT 2 detik, akral teraba hangat, tampak mukosa bibir kering, tampak badan berkeringat. Hasil pemeriksaan laboratorium WBC 16,80/ul, MCHC 30,6 g/dl, NEUT% 88,5 %, LYMH% 7,5%. Kadar Gula Darah pasien 344mg/dL, HbA1C 6,3 mg/dl, hasil CT-Scan: infark cerebri sinistra.
2. Diagnosa yang ditemukan pada pasien Tn. D adalah risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko arteroklerosis aorta, pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskular.
3. Intervensi keperawatan yang dibuat berdasarkan hasil dari diagnosa keperawatan sesuai dengan SLKI dan SIKI adalah: manajemen PTIK, manajemen pola napas, manajemen hiperglikemia, manajemen

hipertermi dan dukungan mobilisasi mulai dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

4. Evaluasi dari setiap diagnosa keperawatan yang diangkat pada Tn.D adalah: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko arteroklerosis aorta teratasi sebagian, pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular teratasi sebagian, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia teratasi, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit teratasi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskular teratasi sebagian.

B. Saran

1. Bagi rumah sakit

   Diharapkan menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan ketrampilan bagi pelayanan kesehatan khususnya bagi perawat agar dapat menjalankan tugas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II.

2. Bagi profesi keperawatan

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

3. Bagi institusi keperawatan

   Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Non Hemoragik Stroke (NHS)

Daftar Pustaka

Afandy, I., & Wiriatarina, J. (2018). Analisis praktik klinik keperawatan Tn. B dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan pemberian pelatihan pemasangan puzzle jigsaw terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Keperawatan*, *1*(1), 29–31. https://dspace.umkt.ac.id/bitstream/handle/463.2017/757

Ahmed, Z., & Chaudhary, F. (2024). Epidemiology, pathophysiology, and current treatment strategies in Stroke. *Cardiol Cardiovasc Med.*, *8*(4), 389–404. https://doi.org/10.26502/fccm.92920399

Azizah, A. N., & Arofiati, F. (2023). Pengaruh pemberian elevasi kepala 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, *14*(1), 81–89. https://doi.org/10.33859/dksm.v14i1.889

Dewi, F. U., & Agustina, R. (2023). Pengaruh pemberian "Strokhies" terhadap perubahan tekanan darah pasien Stroke selama perawatan di ruang Nusa Indah Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(11), 4734–4744. https://doi.org/10.55681/sentri.v2i11.1807

Dewi, L., & Fitraneti, E. (2024). Stroke Iskemik. *Scientific Journal*, *III*(6), 379–388. http://journal.scientic.id/index.php/sciena/issue/view/22

Elmukhsinur, & Kusumarini, N. (2021). Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian Stroke di RSUD Indrasari Rengat Kabupaten Indragiri Hulu. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, *12*(4), 489–494.

Febriawati, H., Andri, J., Losyanti, Y., & Padila, P. (2023). Pemberian stimulasi sensori auditorius terhadap perubahan nilai Glasgow Coma Scale (GCS) pada pasien penurunan kesadaran. *Jurnal Keperawatan Silampari*, *6*(2), 1994–2001. https://doi.org/10.31539/jks.v6i2.5684

Gofir, A. (2021). *Tatalaksana Stroke dan penyakit Vaskuler lain* (Yuni (ed.); 1st ed.). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Hisni, D., Saputri, M. E., & Sujarni, S. (2022). Faktor - faktor yang berhubungan dengan kejadian Stroke Iskemik di Instalasi Fisioterapi Rumah Sakit Pluit Jakarta Utara periode tahun 2021. *Jurnal Penelitian Keperawatan Kontemporer*, 2(1), 140–149. https://doi.org/10.59894/jpkk.v2i1.333

Insani, Y., & Ngkolu, N. W. (2020). Level stres dan strategi coping pada caregiver Stroke Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, *6*(1), 1. https://doi.org/10.29241/jmk.v6i1.211

Katrisnani, R. (2019). Asuhan keperawatan keluarga Tn. NG dengan salah satu anggota keluarga Ny. T mengalami Post Stroke Hemoragic di wilayah kerja Puskesmas Mantrijeron Kota Yogyakarta. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2136/8

Kemenkes RI. (2019). Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, *53*(9), 1689–1699.

Kemenkes RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kemenkes*. (Ms. P. Farida Sibuea, SKM (ed.)). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. http://www.kemkes/go.id

Masriana, Muammar, & Yahya, M. (2021). Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya Stroke pada pasien. *Journal of Nursing and Midwifery*, *3*(3), 55–66. http://jurnal.sdl.ac.id/index.php/dij/

Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan saturasi oksigen pada pasien Stroke melalui pemberian posisi head up. *Ners Muda*, *1*(2), 114. https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5750

Nggebu, J. (2019). Asuhan keperawatan pada Ny. P dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. In *Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang* (Vol. 8, Issue 9). http://repository.poltekeskupang.ac.id

Nofitri. (2020). Asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Stroke Non Hemoragik dalam penerapan inovasi intervensi terapi vokal "AIUEO" dengan masalah gangguan komunikasi verbal di ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019. In *Sustainability (Switzerland)* (Vol. 11, Issue 1).

Nur wahyuni, A., Faadilah, A., Nurani Asmara, A., Rahayu, A., & Koswara, A. (2021). Pengaruh penyuluhan kesehatan tentang penyakit Stroke terhadap tingkat pengetahuan keluarga. *Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat*, *1*(1), 42–51. https://doi.org/10.56359/kolaborasi.v1i1.5

Nusatirin. (2020). Asuhan keperawatan Tn. H dengan Stroke Hemoragik di ruang Bougenvil Rumah sakit TK. II Dr. Soedjono Magelang. In *Karya Tulis Ilmiah*. http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2096/1

Pinzon, R., & Asanti, L. (2010). *55 Awas stroke! pengertian, gejala tindakan, perawatan dan pencegahan.* Yogyakarta. Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT).

Pratley, R. E. (2021). The american journal of medicine. *The American Journal of Medicine*, *126*(9), A1. https://doi.org/10.1016/S0002-9343(21)00665-3

Rahayu, T. G. (2023). Analisis faktor risiko terjadinya Stroke serta tipe Stroke. *Faletehan Health Journal*, *10*(01), 48–53. https://doi.org/10.33746/fhj.v10i01.410

Shodiqurrahman, N. R., Martini, N. M., Yundari, N. A. A. I. D. H., & Jainurakhma, D. J. (2022). *Keperawatan Kegawatdaruratan Dan Keperawatan Kritis* (M. K. Ns. Arif Munandar, S.Kep. (ed.)). Bandung: Media Sains Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (D. PPNI (ed.); 1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tujuan Keperawatan* (DPP PPNI (ed.); 1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*: *Definisi dan Kriteria Hasil* (DPP PPNI (ed.); 1st ed.).Jakarta: DPP PPNI.

Trisila, Mukin, F. A., & Dikson, M. (2022). Pengaruh pemberian posisi head up 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien Stroke di IGD RSUD Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, *8*(16), 664–674. https://doi.org/10.5281/zenodo.7117769

Virani, A. (2025). *Technology-enhanced telerehabilitation for Post-Stroke recovery : A literature review of digital platforms and patient outcomes*. *25*(02), 1606–1615. https://doi.org/10.30574/wjarr.2025.25.2.0526

Wayunah, W., & Saefulloh, M. (2017). Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian Stroke di RSUD Indramayu. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, *2*(2), 65. https://doi.org/10.17509/jpki.v2i2.4741

World Stroke Organization. (2022). Global Stroke fact sheet 2022 purpose : data sources : World Stroke Organization (WSO), 13, 1–14. *World Stroke Organization (WSO)*, *13*, 1–14.

Zhao, Y., Xu, Y., Ma, D., Fang, S., Zhi, S., He, M., Zhu, X., Dong, Y., Song, D. P., Yiming, A., & Sun, J. (2024). The impact of education/training on nurses caring for patients with Stroke: a scoping review. *BMC Nursing*, *23*(1), 1–18. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01754-x

Lampiran

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Agata Elmas
2. Agnes Sakliresy

Program studi : Profesi Ners

Pembimbing 1 : Wirmando,Ns.,M.Kep

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Ruang ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar

NO	Hari/ Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	20 Mei 2025	- Pengajuan kasus - Acc kasus - Melakukan pengkajian sampai evaluasi			
2.	7 Juni 2025	- Konsul BAB III - EBN ACC - Lanjutkan buat BAB IV			
3.	10 Juni 2025	- Konsul BAB III & IV - Lengkapi analisa data, nama perawat di implementasi dan evaluasi - Perbaiki picot EBN			
4.	12 Juni 2025	- Konsul BAB III & IV - ACC			

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Agata Elmas
2. Agnes Sakliresy

Program studi : Profesi Ners

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti,Ns.,M.Kep

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Ruang ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar

NO	Hari/ Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	5 Juni 2025	- Konsul BAB I & II - Perbaiki pendahuluan - Perbaiki pengertian - Perbaiki etiologi - Perbaiki pathway - Perbaiki KDK			
2.	9 Juni 2025	- Konsul bab I & II - Perbaiki pendahuluan - Perbaiki etiologi - Perbaki pathway			
3.	13 Juni 2025	- Konsul BAB I & II - Perbaiki pendahuluan - Lengkapi komplikasi makro & mikrovaskular			
4.	16 Juni 2025	- Konsul BAB I & II - ACC			

Lampiran

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama	: Agata Elmas
Tempat/Tanggal lahir	: Evu, 02 Februari 2001
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Katholik
Alamat	: Lr. 35

2. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu	: Hilarius Elmas/ Marselina Nusamara
Agama	: Katholik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Ohoi Evu

3. Pendidikan yang telah Ditempuh

2006-2012 (SD NK Evu)

2012-2015 (SMP ST. Theresia)

2015-2018 (SMA Katholik Yan Smit)

2018-sekarang (STIK Stella Maris Makassar)

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama	: Agnes Sakliresy
Tempat/Tanggal lahir	: Sangatta, 18 April 2002
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Katholik
Alamat	: Jln. Tamangapa Raya V

2. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu	: Thomas Sakliresy/Endang Patinggi
Agama	: Katholik
Pekerjaan	: Karyawan swasta/IRT
Alamat	: Kutai Timur

3. Pendidikan yang telah Ditempuh

2008- 2014 (SD YPPSB Kutai Timur)

2014-2017 (SMP YPPSB Kutai Timur)

2017-2020 (SMAK ST. Fransiskus Assisi Samarinda)

2020-sekarang (STIK Stella Maris Makassar)