



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
STROKE HEMORAGIK (HS) PADA TN J DI RUANGAN ICU  
RUMAH SAKIT BAYANGKARA MAKASSAR**

**OLEH:**

**Ayu Wandari (NS2314901017)**

**Bella Nasya V. Liesal (NS2314901018)**

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

**2024**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
STROKE HEMORAGIK (HS) PADA TN J DI RUANGAN ICU  
RUMAH SAKIT BAYANGKARA MAKASSAR**

**OLEH:**

**Ayu Wandari (NS2314901017)**

**Bella Nasya V. Liesal (NS2314901018)**

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

**2024**

**PERNYATAAN ORSINALITAS**

**YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI NAMA :**


1. Ayu Wandari (NS2314901017)
2. Bella Nasya Valencia Liesal (NS2314901018)


Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi atau plagiasi dari hasil Karya Ilmiah Akhir orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar benarnya

Makassar, 12 Juni 2024

Yang Menyatakan

  
Ayu Wandari

  
Bella Nasya Valencia Liesal

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik (HS) pada Tn. J Diruang Icu Rumah Sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk di uji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama :

1. Ayu Wandari (NS2314901017)
2. Bella Nasya Valencia Liesal (NS2314901018)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)

NIDN : 0904078805

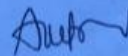
Pembimbing 2



(Meyke Rosdiana, Ns. M.Kep)

NIDN : 0921109102

Menyetujui,  
Wakil Ketua Bidang Akademik  
Stik Stella Maris Makassar



Fransiska Anita E.R Sa'pang.,Ns.,Sp.Kep.MB.,PhDNS

NIDN: 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

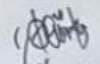



Karya Ilmiah Akhir ini di ajukan oleh :

Nama : 1. Ayu Wandari : (NS2314191017)  
2. Bella Nasya Velencia Liesal : (NS2314191018)  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke  
Hemoragik (HS) Di Icu Rumah Sakit Bhayangkara  
Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji

## DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep  
Pembimbing 2 : Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep  
Penguji 1 : Asrijal Bakri, Ns.,M.kep  
Penguji 2 : Felisima Ganut, Ns.M.kep

()  
()  
()  
()

Ditetapkan di : Makassar  
Tanggal : 12 Juni 2024

Mengetahui,  
Ketua Stik Stella Maris Makassar

  
Siphanus Abdu, S.Si.,Ns.,M.kes  
NIDN : 0928027101

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

1. Ayu Wandari : (NS2314191017)
2. Bella Nasya Valencia Liesal : (NS2314191018)

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,

Yang menyatakan



Ayu Wandari



Bella Nasya Valencia Liesal



## KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas dan berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Hemoragik (HS) Di Icu Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”. Adapun penulisan yang karya ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir untuk memperoleh gelar Profesi Ners pada Program Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan, dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku ketua Stik Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E.R. Sapang.,Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,phDNS selaku Wakil Ketua Bidang Akademi 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. Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Mery Sambo,Ns.,M.Kep selaku Ketua program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
6. Yunita Carolina Satti,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah membagi waktu, tenaga, dan pikiran serta dukungan dalam proses bimbingan mulai dari tahap awal penyusunan karya ilmiah akhir ini.

7. Meyke Rosdiana, Ns.M.Kep selaku pembimbing II yang telah membagi waktu, tenaga, dan pikiran serta dukungan dalam proses bimbingan mulai dari tahap awal penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan pada saat melaksanakan ujian Karya Ilmiah Akhir di STIK Stella Maris Makassar.
9. Felisma Ganut, Ns.M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan pada saat melaksanakan ujian Karya Ilmiah Akhir di STIK Stella Maris Makassar.
10. Kedua orang tua dari Ayuwandari serta sanak saudara penulis yang telah banyak memberikan dukungan, motivasi, serta doa dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
11. Kedua orang tua dari Bella Nasya V.liesal serta sahabat (tupi, icha, nonon, alisya, stenly), penulis yang telah banyak memberikan dukungan, motivasi, serta doa dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan untuk itu penulis mengharap kritikan dan saran untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Akhir kata, kami berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya ilmiah akhir ini membawahkan mamfaat bagi pengembangan ilmu selanjutnya, terutama bagi pembaca serta masyarakat pada umumnya.

Makassar, 12 juni 2024

Penulis



## DAFTAR ISI

|   |             |
|---|-------------|
| <b>HALAMAN SAMPUL</b> .....                           | <b>i</b>    |
| <b>HALAMAN JUDUL</b> .....                            | <b>ii</b>   |
| <b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....          | <b>iii</b>  |
| <b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....                      | <b>iv</b>   |
| <b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....                       | <b>v</b>    |
| <b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> ..... | <b>vi</b>   |
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....                           | <b>vii</b>  |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....                               | <b>ix</b>   |
| <b>DAFTAR TABEL</b> .....                             | <b>xi</b>   |
| <b>DAFTAR GAMBAR</b> .....                            | <b>xii</b>  |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....                          | <b>xiii</b> |
| <b>BAB I PENDAHULUAN</b>                              |             |
| A. Latar Belakang.....                                | 1           |
| B. Tujuan Penulisan.....                              | 4           |
| 1. Tujuan Umum.....                                   | 4           |
| 2. Tujuan Khusus.....                                 | 4           |
| C. Manfaat Penulisan.....                             | 4           |
| D. Metode Penulisan.....                              | 5           |
| E. Sistematika Penulisan.....                         | 6           |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>                        |             |
| A. Konsep Dasar Medis.....                            | 7           |
| 1. Pengertian.....                                    | 7           |
| 2. Anatomi dan Fisiologi.....                         | 8           |
| 3. Klasifikasi Stroke.....                            | 12          |
| 4. Etiologi.....                                      | 13          |
| 5. Patofisiologi.....                                 | 16          |
| 6. Manifestasi Klinis.....                            | 17          |
| 7. Tes Diagnostik.....                                | 19          |
| 8. Penatalaksanaan Medik.....                         | 19          |
| 9. Komplikasi.....                                    | 23          |

|   |     |
|---|-----|
| B. Konsep Dasar Keperawatan .....                           | 25  |
| 1. Pengkajian .....   | 25  |
| 2. Pengkajian Sekunder .....                                | 27  |
| 3. Diagnosis Keperawatan .....                              | 28  |
| 4. Luaran dan Intervensi Keperawatan .....                  | 29  |
| 5. Implementasi Keperawatan .....                           | 29  |
| 6. <i>Discharge Planning</i> .....                          | 34  |
| <b>BAB III PENGAMATAN KASUS</b>                             |     |
| A. Ilustrasi Kasus .....                                    | 36  |
| B. Pengkajian .....   | 37  |
| C. Diagnosis Keperawatan .....                              | 40  |
| D. Pengkajian Sekunder .....                                | 40  |
| E. Analisa Data .....                                       | 53  |
| F. Diagnose Keperawatan .....                               | 56  |
| G. Intervensi Keperawatan .....                             | 57  |
| H. Implementasi Keperawatan .....                           | 61  |
| I. Evaluasi Keperawatan .....                               | 72  |
| J. Daftar Obat .....  | 81  |
| <b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS</b>                              |     |
| A. Pembahasan Asuhan Keperawatan .....                      | 87  |
| B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> ..... | 94  |
| <b>BAB V PENUTUP</b>  |     |
| A. Simpulan .....   | 99  |
| B. Saran .....  | 100 |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>                                       |     |
| <b>LAMPIRAN</b>   |     |

## DAFTAR GAMBAR

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Anatomi Otak .....   | 8  |
| Gambar 2.2 Peredaran Otak ..... | 10 |

## DAFTAR TABEL

|  |    |
|--|----|
| Tabel 3.1 Pengkajia Promer .....         | 37 |
| Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium ..... | 52 |
| Tabel 3.3 Analisa Data .....             | 53 |
| Tabel 3.4 Diagnosa keperawatan .....     | 56 |
| Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan.....    | 57 |
| Tab3l 3.5 Impmentasi Keperawatan .....   | 61 |
| Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan .....     | 72 |
| Tabel 3.7 PICOT EBN .....                | 95 |

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 2 lembar konsultasi

Lampiran 3 Riwayat Hidup

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan salah satu penyakit penyebab kematian ketiga didunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Stroke didefinisikan sebagai keadaan defisit neurologi yang disebabkan aliran vaskular yang membawa oksigen ke otak mengalami obstruksi atau pecah sehingga pasokan darah yang membawa oksigen tidak cukup menyebabkan sel/jaringan otak mengalami nekrosis (Fitriyani & Irawan, 2023).

Menurut *World Stroke Organization* (WSO, 2021) menunjukkan setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Terdapat 101 juta individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Dengan kata lain, 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke di dalam hidupnya dan setiap tahun 3 juta wanita mengalami stroke, 2,5 juta laki-laki di dunia meninggal karena penyakit stroke, sedangkan setiap 4 menit terdapat kematian karena penyakit stroke.

Hal ini sesuai dengan Rikesdas (2019) menunjukkan bahwa prevalensi stroke lebih banyak pada usia 55-64 tahun (33,3%). Sedangkan kematian akibat penyakit stroke mencapai 15,9%, pada rentang usia 45-54 tahun dan mengalami peningkatan pada usia 55 - 64 tahun sekitar 26,8. Provinsi dengan prevalensi tertinggi di Indonesia berada di Kalimantan Timur, yaitu sebesar 14,7%, sedangkan untuk Provinsi Sulawesi Selatan menempati posisi ke 17 dari 34 provinsi sebesar 10,6%, dan stroke tertinggi terjadi pada kelompok umur  $\geq 75$  tahun (48,2%). Prevalensi Stroke Hemoragik di Indonesia pada tahun 2018 adalah 4,07% lebih tinggi dari tahun 2017 (3,03%). Pada usia lanjut semakin meningkat dan bertambah setiap tahunnya dapat dilihat dari seseorang berusia 80 tahun ke atas

dengan angka kejadian stroke pada laki-laki sebanyak 15,8% dan pada perempuan sebanyak 14% (Kemenkes RI, 2018).

Stroke hemoragik adalah suatu kondisi ketika aliran darah ke otak terganggu akibat pecahnya pembuluh darah di otak, yang disebabkan oleh iskemik sehingga pada keadaan tersebut suplai oksigen ke otak terganggu dan dapat mempengaruhi kinerja saraf di otak, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran (Poggesi et al., 2021). Hal ini sesuai dengan pengkajian yang kami lakukan pada tanggal 9 Mei 2024 pasien masuk ke ICU dengan penurunan kesadaran hasil pemeriksaan diagnostik menunjukkan bahwa adanya pendarahan pada *traparenchimal hemmorage sinistra* disertai *hemmorage intraventricular*. Stroke juga merupakan faktor penyebab utama gangguan fungsional dengan 20% penderita masih bertahan hidup membutuhkan perawatan di rumah sakit setelah 3 bulan dan 15-30% menjadi cacat permanen (Rachmawati et al., 2022).

Penanganan atau penatalaksanaan keperawatan dapat dilakukan dengan memberikan posisi *head up* untuk mempertahankan atau menjaga sirkulasi oksigen dalam darah ke otak tetap adekuat pada penderita stroke hemoragik. Penatalaksanaan dini pada stroke hemoragik sangat penting karena semakin cepat perdarahan meluas yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran secara tiba-tiba, disfungsi neurologis dan timbulnya berbagai komplikasi seperti edema serebri, pneumonia, infeksi saluran kemih. *Deep venous thrombosis* (DVT), luka akibat tirah baring, bahkan sampai menyebabkan kematian yang memperparah kondisi pasien (Murphy & Werring, 2020). Selain dari itu pengobatan yang harus dijalani pasien stroke hemoragik memerlukan biaya yang cukup besar, Pasien stroke harus mengikuti berbagai tahapan rehabilitas yang dilakukan dalam jangka waktu yang lama (Pratiwi, 2018). Banyak komplikasi yang timbul akibat stroke maka dari itu diperlukan penatalaksanaan yang sesuai dalam asuhan keperawatan pada pasien seperti perawatan



simtomatik (pengobatan yang bertujuan untuk mengurangi keluhan tanpa melihat keluhan utama yang menyebabkan keluhan tersebut timbul) dan pencegahan komplikasi (Yusnita et al., 2022).

Salah satu peran perawat adalah upaya kuratif memberikan asuhan keperawatan *Penerapan Evidence Based Nursing (EBN)* merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan penelitian. Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan suplai oksigen sehingga perlu dilakukan pemantauan dan penanganan yang tepat. Pemberian posisi *head up 30°* pada pasien stroke dapat memperbaiki status hemodinamika dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Dewi et al, 2023). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Trisila et al., 2022) mengungkapkan bahwa 100% dari 15 responden mengalami penurunan Tekanan Intrakranial setelah diberikan posisi *head up 30°*.

Berdasarkan uraian diatas penyakit Stroke Hemoragik merupakan masalah Kesehatan yang perlu mendapatkan penanganan dan perawatan khusus. Dalam mengatasi berbagai masalah yang timbul pada pasien Stroke Hemoragik peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional maupun komprehensif meliputi: promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif terutama dalam penerapan dan pemberian posisi *head up 30°* dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik di Ruang perawatan ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar".

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik.

## **C. Manfaat Penulisan**

### 1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan dengan menggunakan pengaturan posisi *head-up* 30° sebagai salah satu pilihan perawat dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik, sehingga perawat dapat menerapkan standar asuhan keperawatan dengan optimal dan menunjang mutu pelayanan Rumah sakit.

### 2. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang selama ini didapatkan selama pendidikan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

### 3. Bagi Instansi Pendidikan

Karya ilmiah ini dapat memberikan wawasan lebih luas dan acuan bagi peserta didik dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan di bidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik di bidang Pendidikan maupun praktik keperawatan.

## **D. Metode Penulisan**

Pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data/informasi melalui:

### 1. Studi Kepustakaan

Dengan memperoleh informasi terbaru dari internet, buku, jurnal dengan berbagai situs dan materi dari literatur-literatur di perpustakaan.

### 2. Studi Kasus

Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah:

#### a. Wawancara

Dengan mengadakan atau melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, dan perawat di ruangan berkaitan dengan penyakit.

#### b. Observasi

Melakukan pengamatan langsung kondisi pasien dengan mengikuti tindakan yang diberikan kepada pasien dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien pada tiap melalui inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

d. Melalui diskusi

Mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing karya ilmiah, pembimbing klinik di ruang perawatan serta teman-teman mahasiswa.

### **E. Sistematika Penulis**

Penulisan karya ilmiah akhir ini terdiri dari BAB I (Pendahuluan) yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan pustaka) yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasiklinik, penatalaksanaan medik, tes diagnostik, dan komplikasi; kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang. BAB III (Pengamatan kasus) yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi/pelaksanaan keperawatan dan evaluasi. BAB IV (Pembahasan kasus) berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat serta pembahasan penerapan EBN (pada tindakan keperawatan). BAB V (Simpulan dan saran) sebagai bagian akhir dari karya ilmiah akhir ini yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dari penyusunan karya ilmiah ini.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar**

##### **1. Pengertian**

Stroke Hemoragik adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di sekitar atau di dalam otak, sehingga suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat. Darah yang pecah bisa membanjiri jaringan otak yang ada disekitarnya, sehingga fungsi otak akan terganggu (Kanggeraldo, Sari, 2018). Stroke Hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel di dalam otak (Setiawan et al, 2021).

Stroke Hemoragik adalah kondisi terjadinya pendarahan atau terdapat pembuluh darah yang pecah di otak. Hal tersebut membuat sirkulasi di dalam otak tidak berjalan dengan baik sehingga ada beberapa bagian otak yang kekurangan oksigen. Pembuluh darah yang pecah menyebabkan darah menjadi menekan atau menggenangi ruang jaringan sel di dalam otak bahkan merusak jaringan saraf pada otak. Stroke hemoragik menyebabkan gejala yang parah jika tidak segera diberikan pertolongan medis bahkan bisa menyebabkan kerusakan otak permanen sampai kematian. Kondisi tersebut menimbulkan gejala neurologis yang diikuti dengan gejala penurunan tingkat kesadaran, muntah, sakit kepala, tekanan darah yang sangat tinggi, dan peningkatan tekanan intracranial (Nurhidayat, 2024).

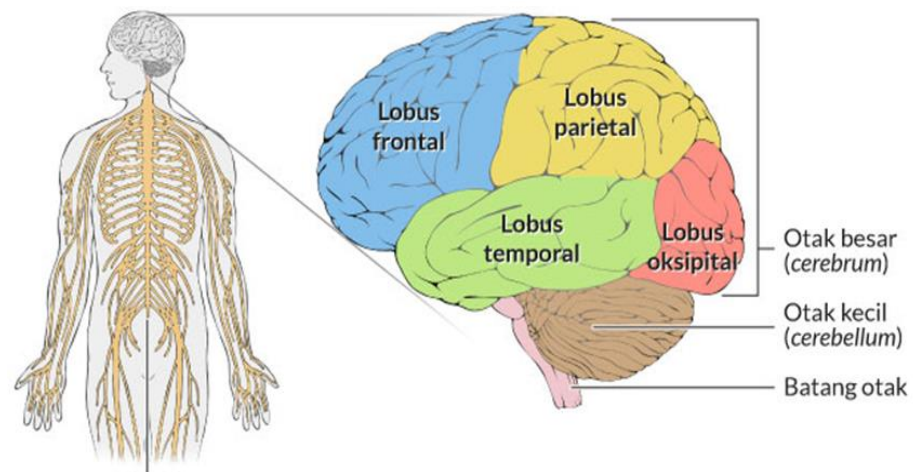
Berdasarkan tinjauan teori diatas penulis menyimpulkan bahwa stroke adalah penyakit defisit neurologis yang terjadi secara tiba-tiba yang mengakibatkan hipoperfusi dan infark atau kematian jaringan. Stroke Hemoragik adalah kondisi dimana pecahnya pembuluh darah di otak yang dapat mengganggu jaringan ke otak,

sehingga menyebabkan pembengkakan, mengumpulkan menjadi massa yang disebut hematoma yang menyebabkan suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat sehingga dapat menimbulkan cacat atau kematian.

## 2. Anatomi Fisiologi

### a. Anatomi

Gambar 2.1 Anatomi Otak



Sumber: Markijar (2018).

Anatomi otak terbagi dalam 3 bagian utama, yaitu otak besar (*cerebrum*), otak kecil (*cerebellum*), serta batang otak. Ketiga bagian otak ini saling bekerja sama untuk menjalankan sistem tubuh (Bustan MN, 2015).

#### 1) Otak Besar

Otak besar merupakan bagian terbesar dari otak, berbentuk telur dan mengisi penuh bagian depan atas rongga tenggorokan.

a) Lobus Frontal

yang terletak di bagian depan serta berfungsi untuk mengatur cara berpikir, perencanaan, pemecahan masalah, pergerakan fisik, dan memori jangka pendek.

b) Lobus Parietal

yang terletak di bagian tengah serta bertugas untuk menafsirkan informasi sensorik, seperti cita rasa, suhu, dan sensasi sentuhan.

c) Lobus Oksipital

yang terletak di bagian belakang serta berfungsi untuk memproses gambaran dari mata dan mengaitkan informasi tersebut pada memori yang ada dalam otak.

d) Lobus Temporal

yang terletak di bagian samping dengan fungsi memproses informasi dari indera penciuman, pengecap, dan pendengaran, serta berperan penting dalam penyimpanan memori.

2) Batang Otak

Batang otak merupakan bagian otak yang terletak di bawah otak besar dan di depan otak kecil. Batang otak menghubungkan otak ke sumsum tulang belakang dan mengontrol banyak fungsi penting yang terkait dengan detak jantung, tekanan darah, dan pernapasan.

Batang otak terdiri dari 3 bagian utama, yaitu:

a) *Pons* merupakan bagian terbesar dari batang otak yang terlibat dalam koordinasi gerakan mata dan wajah, sensasi wajah, serta pendengaran dan keseimbangan.

b) *Midbrain* atau Otak tengah bertugas untuk membantu mengontrol gerakan mata dan memproses informasi visual dan pendengaran.



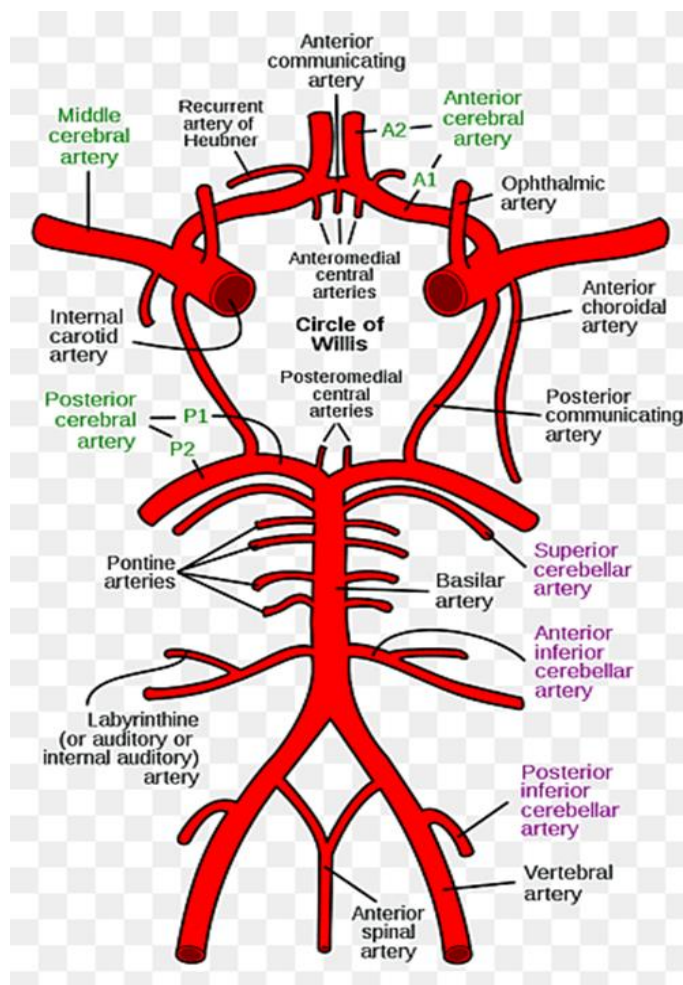
c) *Medulla oblongata* merupakan bagian terendah dari otak yang bertindak sebagai pusat kendali fungsi jantung dan paru-paru. Termasuk mengatur banyak fungsi penting, seperti bernapas, bersin, dan menelan.

### 3) Otak Kecil

Otak Kecil atau cerebellum merupakan bagian otak yang di bawah lobus oksipital dan di belakang batang otak.

### b. Fisiologi sistem peredaran darah otak

Gambar 2.2 peredaran darah



Sumber : Baehr (2017)

Sistem peredaran darah otak bertanggung jawab untuk menyediakan darah yang kaya oksigen dan nutrisi ke otak. Otak adalah organ yang sangat aktif dan membutuhkan banyak energi untuk berfungsi dengan baik. Aliran darah yang cukup sangat penting untuk menjaga kesehatan dan fungsi otak (mulianipharmaco, 2015).

Otak manusia menerima 17% dari curah jantung dan menggunakan 20% dari konsumsi O<sub>2</sub> total tubuh manusia untuk menjalankan metabolisme aerobik. Fungsi normal dari pusat kendali otak tergantung pada pasokan O<sub>2</sub> dan nutrisi yang cukup melalui jaringan pembuluh darah yang padat. Darah disuplai ke otak melalui dua set pembuluh darah utama, yaitu arteri karotis kanan dan kiri serta arteri vertebralis kanan dan kiri (Ester Tifanie, 2016).

Komponen utama sistem peredaran darah otak:

1) Arteri Karotid Interna

Dua arteri karotid interna membawa darah kaya oksigen dari jantung ke otak.

2) Arteri Vertebralis

Dua arteri vertebralis bergabung untuk membentuk arteri basilaris, yang membawa darah kaya oksigen ke bagian belakang otak.

3) Lingkaran Willis

jaringan arteri di dasar otak yang menghubungkan arteri karotid interna dan arteri vertebralis. Lingkaran Willis memastikan bahwa otak menerima aliran darah bahkan jika salah satu arteri utama tersumbat.

4) Arteri Serebral

Arteri serebral memasok darah ke bagian depan, tengah, dan belakang otak.

#### 5) Vena Serebral

Vena serebral mengumpulkan darah yang telah terdeoksigenasi dari otak dan membawanya kembali ke jantung.

Fisiologi sistem peredaran darah otak:

##### 1) Tekanan darah

Tekanan darah memainkan peran penting dalam menjaga aliran darah ke otak. Tekanan darah yang terlalu tinggi atau terlalu rendah dapat merusak pembuluh darah otak dan menyebabkan stroke.

##### 2) Autoregulasi

Otak memiliki kemampuan untuk mengatur aliran darahnya sendiri. Ketika aktivitas otak meningkat, aliran darah ke area otak yang aktif juga meningkat.

##### 3) Penghalang darah-otak

Penghalang darah-otak adalah penghalang semipermeabel yang melindungi otak dari zat berbahaya di aliran darah (Ariyani, dwi 2017).

### 3. Klasifikasi Stroke

Menurut *American Heart Association (2022)* stroke adalah kondisi medis serius yang terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu, sehingga menyebabkan kerusakan pada sel-sel otak. Kerusakan ini dapat menimbulkan berbagai gejala, tergantung pada area otak yang terkena.

Stroke diklasifikasikan berdasarkan dua kategori utama:

#### a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik merupakan jenis stroke yang paling umum, terjadi sekitar 85% dari semua kasus stroke. Ini disebabkan oleh berkurangnya aliran darah ke otak akibat:

- 1) Trombosis

Pembentukan bekuan darah di pembuluh darah otak.

- 2) Emboli

Sumbatan di pembuluh darah otak akibat bekuan darah atau plak yang berasal dari tempat lain di tubuh.

- b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, menyebabkan perdarahan di jaringan otak. Ada dua jenis utama stroke hemoragik:

- 1) Perdarahan Intraparenkim

terjadi di dalam jaringan otak.

- 2) Perdarahan Subarachnoid

Perdarahan terjadi di antara lapisan tipis yang melapisi otak.

#### 4. Etiologi

Menurut Haryono & utami (2019) ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan stroke hemoragik, yaitu:

- a. Hipertensi

faktor risiko utama stroke hemoragik. Tekanan darah tinggi dapat melemahkan dinding pembuluh darah di otak, sehingga lebih rentan pecah. Semakin tinggi tekanan darah, semakin tinggi risiko stroke hemoragik.

- b. Aneurisma otak

Aneurisma otak adalah penonjolan abnormal pada dinding pembuluh darah di otak. Aneurisma ini dapat terbentuk akibat kelemahan dinding pembuluh darah yang disebabkan oleh berbagai faktor, seperti hipertensi, riwayat keluarga stroke aneurisma, dan merokok. Pecahnya aneurisma otak merupakan penyebab paling umum stroke hemoragik pada orang dewasa muda.

c. *Malformasi arteriovenosa (MAV)*

MAV adalah kelainan bawaan di mana terdapat koneksi abnormal antara arteri dan vena di otak. Koneksi ini dapat menyebabkan aliran darah arteri yang bertekanan tinggi ke dalam vena, yang dapat melemahkan dinding vena dan meningkatkan risiko pecah.

d. *Angiopati amiloid*

*Angiopati amiloid* adalah penumpukan protein amiloid di dinding pembuluh darah di otak. Penumpukan ini dapat menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah dan meningkatkan risiko pecah. *Angiopati amiloid* lebih sering terjadi pada orang tua dan merupakan penyebab umum stroke hemoragik pada orang tua.

e. Trauma kepala

Trauma kepala dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah di otak, sehingga meningkatkan risiko stroke hemoragik. Risiko stroke hemoragik setelah trauma kepala lebih tinggi pada orang dengan faktor risiko lain, seperti hipertensi dan riwayat keluarga stroke aneurisma.

f. Gangguan koagulasi darah

Gangguan koagulasi darah dapat menyebabkan darah mudah membeku atau sulit membeku. Hal ini dapat meningkatkan risiko stroke hemoragik pada orang dengan gangguan koagulasi darah.

g. Penggunaan obat-obatan tertentu

Penggunaan obat-obatan tertentu, seperti antikoagulan (pengencer darah) dan obat antiplatelet (penghambat agregasi trombosit), dapat meningkatkan risiko stroke hemoragik.

h. Beberapa faktor risiko lain yang dapat meningkatkan risiko stroke hemoragik termasuk:

1) Stres

Stres bisa menjadi faktor penyebab terjadinya stroke. Stres bisa menyebabkan peningkatan denyut jantung dan bisa menyebabkan tekanan darah meningkat

2) Jenis kelamin (gender)

Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait bahwa laki-laki cenderung merokok, bahaya merokok dapat menimbulkan plak pada pembuluh darah.

3) Merokok

Orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibandingkan orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

4) Usia

Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku dan penurunan fungsi yang dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah mengakibatkan ruptur pembuluh darah dan terjadi pecah pembuluh darah.

5) Obesitas

Stroke terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL yang (Low-Density Lipoprotein) lebih tinggi dibandingkan kadar HDL (High-Density Lipoprotein).

6) Diabetes melitus

Pembuluh darah pada penderita DM umumnya lebih kaku atau tidak lentur, karena adanya peningkatan atau

peningkatan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

#### 5. Patofisiologi

Stroke hemoragik terjadi disebabkan oleh pecahnya arteri, yang terjadi baik di intraserebral maupun di subaraknoid. Perdarahan intraserebral merupakan penyebab tersering, dimana dalam kondisi dinding pembuluh darah kecil yang rusak akibat tekanan darah yang tinggi atau hipertensi kronik. Hipertensi yang terus menerus dapat mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga darah mengalir ke jaringan sekitarnya dan menyebabkan terjadinya hematoma. Hematoma sendiri merupakan kondisi dimana terjadinya kumpulan darah di luar pembuluh darah. Herniasi serebri yang terbentuk akibat cedera pada dinding pembuluh darah, akibatnya hematoma yang terbentuk akan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) atau disebut peningkatan tekanan otak normal.

Tekanan intrakranial sendiri dapat merusak sistem saraf pusat dengan menekan struktur otak yang penting dan dengan membatasi aliran darah melalui pembuluh darah yang menuju ke otak, sehingga otak kekurangan oksigen dan nutrisi yang sangat dibutuhkan menyebabkan otak mengalami kelumpuhan secara perlahan. Peningkatan Transient Iskemik Attack (TIA) yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian secara mendadak karena herniasi serebri. Perdarahan subaraknoid disebabkan oleh pecahnya aneurisma atau AVM (Arteriovenous Malformasi) atau pecahnya pembuluh darah (arteri) yang perdarahannya masuk ke rongga subaraknoid, sehingga menyebabkan cairan serebrospinal (CSS) terisi oleh darah. Aneurisma merupakan lesi yang berkaitan dengan tekanan hemodinamik pada dinding arteri percabangan dan



perlekukan. Pada awal aneurisma adalah adanya kantong kecil melalui arteri media yang rusak. Kerusakan ini meluas akibat dari tekanan hidrostatis dari aliran darah pulsatif dan turbulensi darah, yang paling besar berada di bifurcation arteri. Suatu aneurisma matur memiliki lapisan media, diganti dengan jaringan ikat, dan mempunyai lamina elastika yang terbatas atau tidak ada sehingga mudah terjadi ruptur. Pada saat aneurisma ruptur, terjadi ekstrasvasi darah dengan tekanan arteri masuk ke ruang subarachnoid dengan cepat menyebar melalui cairan serebrospinal mengelilingi otak dan medulla spinalis.

Perdarahan *intraserebral massif* memiliki volume yang cukup besar, apabila perfusi turun menjadi angka nol dan aliran darah serebral berhenti maka akan mengakibatkan kematian. Perdarahan yang terjadi mengakibatkan jaringan otak yang berdekatan bergeser dan tertekan. Reaksi inflamasi di sekitar jaringan otak muncul dengan cepat dan memuncak dalam beberapa hari. Edema serebral maksimal berkembang dalam waktu sekitar 72 jam dan membutuhkan waktu sekitar 2 minggu untuk mereda. Reaksi inflamasi di sekitar jaringan otak muncul dengan cepat dan memuncak dalam beberapa hari. Perdarahan otak dapat sembuh melalui reabsorpsi makrofag membersihkan darah dari area tersebut (Sholichin, 2021).

## 6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke hemoragik dapat bervariasi tergantung pada lokasi dan luasnya perdarahan, namun umumnya lebih parah dan muncul lebih tiba-tiba dibandingkan stroke iskemik. Berikut adalah beberapa gejala umum stroke hemoragik menurut Setiyawan & Nurlily (2019) :

- a. Sakit kepala parah yang datang tiba-tiba  
Gejala ini merupakan salah satu tanda paling umum stroke hemoragik. Sakit kepala ini biasanya terasa di satu sisi kepala dan dapat disertai dengan mual, muntah, dan pusing.
- b. Penurunan kesadaran  
Dalam kasus yang parah, stroke hemoragik dapat menyebabkan penurunan kesadaran atau bahkan koma. Hal ini terjadi karena perdarahan yang luas di otak dapat mengganggu fungsi otak yang vital.
- c. Kelemahan atau mati rasa pada satu sisi tubuh  
Orang yang mengalami stroke hemoragik mungkin mengalami kelemahan atau mati rasa pada satu sisi tubuh, mirip dengan stroke iskemik. Gejala ini dapat terjadi pada wajah, lengan, atau kaki, dan mungkin disertai dengan kesulitan menggerakkan bagian tubuh yang terkena.
- d. Kesulitan berbicara atau memahami ucapan  
Stroke hemoragik dapat memengaruhi bagian otak yang mengontrol kemampuan berbicara dan memahami bahasa. Hal ini dapat menyebabkan orang yang terkena stroke mengalami kesulitan berbicara dengan jelas, cadel, atau kesulitan memahami apa yang dikatakan orang lain.
- e. Gangguan penglihatan  
Stroke hemoragik dapat memengaruhi bagian otak yang mengontrol penglihatan. Hal ini dapat menyebabkan penglihatan kabur, penglihatan ganda, atau bahkan kehilangan penglihatan pada satu atau kedua mata.
- f. Leher kaku  
Orang yang mengalami stroke hemoragik mungkin mengalami leher kaku dan merasa sulit untuk menundukkan kepala ke depan. Hal ini disebabkan oleh iritasi pada selaput otak akibat perdarahan.

g. Kejang

Kejang dapat terjadi pada beberapa orang yang mengalami stroke hemoragik, terutama jika perdarahan terjadi di area otak yang mengontrol aktivitas kejang.

h. Mual dan muntah

Mual dan muntah dapat menjadi gejala umum stroke hemoragik, terutama jika disertai dengan sakit kepala parah.

7. Tes Diagnostik

Menurut Sutarwi et al (2020) :

a. *Computer Tomography Scanning* (CT scan)

Secara spesifik menunjukkan perdarahan di otak dan lokasi perdarahan.

b. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Menentukan lokasi dan ukuran/area perdarahan serebral. Hasil tes biasanya berkisar dari lesi berdarah dan infrak.

c. *Electrocardiograph* (ECG)

Menampilkan grafik detak jantung untuk mendeteksi penyakit jantung yang dapat menyebabkan stroke dan tekanan darah tinggi.

d. *Electroencephalogram* (EEG)

Memeriksa masalah yang terjadi dan efek jaringan yang mengalami infrak sehingga menurunnya impuls listrik di jaringan otak mereda.

e. *Angiogram*

Membantu mengidentifikasi penyebab spesifik stroke misalnya cari penyebab perdarahan atau ruptur arteriovenosa dan perdarahan seperti aneurisma dan malformasi vascular.

## 8. Penatalaksanaan Medis

### a. Farmakologi

#### 1) Osmosis diuretik (cairan hipertonis)

Cairan hipertonis biasa diberikan jika terjadi peninggian tekanan intrakranial akut tanpa kerusakan sawar darah otak. Manitol 20% per infus dengan dosis 1-1,5 g/kgBB pada dewasa atau 1-3 g/kgBB pada anak-anak diberikan dalam 30-60 menit.

#### 2) Diuretik

Digunakan asetazolamid atau furosemide yang akan menekan produksi CSS. Asetazolamid merupakan inhibitor karbonik anhidrase yang diketahui dapat mengurangi pembentukan cairan serebrospinal di dalam ventrikel sampai 50%. Hasil lebih baik dengan asetazolamid 125-500 mg/hari dikombinasikan dengan furosemide 0,5-1mg/kgBB/hari atau 20-40 mg intra vena setiap 4-6 jam.

#### 3) Antihipertensi

Pemberian anti hipertensi diberikan dalam 2 jalur. Anti hipertensi parenteral diberikan pada pasien stroke yang mengalami hipertensi emergency, pemberian pada stroke akut dimana tekanan darahnya >220 mmhg, >180 mmhg untuk stroke pendarahan yaitu obat nicardipin. Pemberian obat anti hipertensi oral biasanya menggunakan obat amlodipin.

#### 4) Antikonvulsan

Obat dengan golongan antikonvulsan adalah obat yang digunakan untuk menjaga impuls saraf ke tingkat normal dan terkontrol untuk mencegah kejang. Obat fenitoin yang paling banyak digunakan untuk hampir semua jenis epilepsi atau kejang, kecuali bangkitan lena. Kejang merupakan gejala neurologis paling umum terjadi pada penderita stroke usia

lanjut. Hal ini sering terjadi pada pasien dengan malformasi arteriovenosa, stroke batang otak, perdarahan subaraknoid atau riwayat kejang atau epileps.

5) Antifibronoliti

Asam traneksamat merupakan golongan anti fibronolitik yang digunakan untuk mencegah terjadinya perdarahan ulang pasca serangan stroke perdarahan. Perdarahan ulang ini berdampak buruk karena dapat mengakibatkan penurunan kesadaran bahkan kematian.

6) Antianafilaksis

Obat dexamethasone yang digunakan untuk menghambat pembentukan edema akibat cedera kepala pada perdarahan serebral yang diantaranya subdural, epidural, intra serebral, dan batang otak.

7) Peningkatan penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK).

Peningkatan Intrakranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah

8) Pembedahan

Tindakan pembedahan atau operasi pada penderita stroke perlu dilakukan bila memang terindikasi untuk dilakukan pembedahan. Pada Stroke Hemoragik, jumlah perdarahan yang cukup banyak merupakan indikasi untuk dilakukan tindakan pembedahan bertujuan mengeluarkan darah dan berusaha menghentikan sumber perdarahan yang aktif. Tindakan pembedahan juga diperlukan untuk menurunkan tekanan di dalam kepala (tekanan intrakranial). Tindakan pembedahan dilakukan pada pasien dengan kondisi yang kian memburuk dengan perdarahan cerebellum berdiameter

>3 cm<sup>3</sup>, hidrocephalus akut akibat perdarahan intra ventrikel atau cerebellum dilakukan VP- shunting, dan perdarahan lebar >60ml dengan tanda peningkatan intrakranial akut dan ancaman (Hartaty & Haris, 2020).

b. Non Farmakologi

- 1) Pemberian posisi elevasi kepala 30° adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan menjajarkan ekstremitas dengan badan. Posisi elevasi kepala 30° lebih efektif 30° digunakan dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi jaringan. Posisi kepala 30° memperbaiki drainase vena, perfusi serebral, dan menurunkan tekanan intrakranial. Elevasi kepala dapat menurunkan tekanan intrakranial melalui beberapa cara, yaitu menurunkan tekanan darah, perubahan komplians dada, perubahan ventilasi, meningkatkan aliran vena melalui vena jugularis yang tak berkatup, sehingga menurunkan volume darah vena sentral yang menurunkan tekanan intrakranial. Perpindahan CCS dari kompartemen intrakranial ke rongga subaraknoid spinal mungkin dapat menurunkan tekanan intrakranial.
- 2) Mengubah posisi setiap 2 jam, ikuti jadwal yang ditetapkan untuk perubahan sisi ke sisi dan supinasi prone. Perhatikan kesejajaran tubuh dan sokong ekstremitas pada posisi yang tepat dengan bantal.
- 3) Latihan ROM aktif untuk ekstremitas yang mengalami kelemahan. Sokong sendi selama melakukan Latihan ROM pasif. Latihan Rom aktif mempertahankan atau memperbaiki kekuatan otot dan indurasi, dan membantu mempertahankan fungsi kardiopulmonal. Latihan ROM pasif tidak memperkuat

otot tetapi membantu mempertahankan fleksibilitas sendi.(Logi Kiswanto, 2021).

## 9. Komplikasi

Menurut Rahmayanti (2019) komplikasi yang dapat terjadi pada Stroke Hemoragik adalah sebagai berikut:

### a. Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

### b. Edema serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstitial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak

### c. Peningkatan tekanan intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologis seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat

mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d. Aspirasi

Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

e. Malnutrisi

Salah satu manifestasi klinis dari stroke adalah disfagia (sulit menelan). Dengan adanya gejala ini mengakibatkan terjadi anoreksia yang menyebabkan intake tidak adekuat, sehingga menimbulkan malnutrisi.



## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian

#### a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis

#### b. Keluhan utama

Adapun keluhan utama yang sering dijumpai yaitu kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

#### c. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya pada stroke hemoragik bisa terjadi gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain serta adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial perubahan perilaku juga umum terjadi.

#### d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsional yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin dan kegemukan. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

#### e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

f. Pengkajian primer

Pemeriksaan mengacu pada pengkajian B1-B6 dengan pengkajian fokus ditujukan pada gejala yang mungkin muncul pada kasus hemoragik stroke.

1) B1 (Breathing)

Pada inspeksi di dapatkan peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran.

2) B2 (Blood/sirkulasi)

kaji adanya tanda – tanda peningkatan TIK yaitu peningkatan tekanan darah yang sering terjadi pada klien stroke

3) B3 (Brain/persarafan otak)

Kaji adanya keluhan nyeri kepala hebat, kaji status mental, tingkah laku, gaya bicara, ekspresi wajah dan aktivitas motorik. Kaji fungsi intelektual observasi adanya penurunan dalam ingatan dan memori serta penurunan kemampuan berhitung. Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

4) B4 (Bladder/perkemihan)

Kaji adanya tanda-tanda inkontinensia uri akibat ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih.

5) B5 (Bowel/pencernaan)

Kaji adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, serta mual dan muntah.

6) B6 (Bone/tulang dan integumen)

Kaji adanya dekubitus, warna kulit dan turgor kulit Pada kulit,jika klienke kurangan O2 kulit akan tampak pucat.Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoriserta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

g. Pengkajian sekunder

1) Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

Ds: Adanya penyakit jantung (rematik, penyakit jantung vaskuler), polisitemia, riwayat hipotensi postural.

Do: Hipertensi arterial (dapat ditemukan/ terjadi pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.

2) Pola nutrisi metabolik

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

Do: Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas.

3) Pola eliminasi

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

4) Pola aktivitas dan latihan

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

Do: Gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.

- 5) Pola tidur dan istirahat  
Ds: Susah untuk beristirahat  
Do: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot
- 6) Pola persepsi kognitif  
Ds: Sinkope/ pusing, sakit kepala, kelemahan/ kesemutan, mati/ lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain.  
Do: Status mental/ tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau paresis (ipsilateral), afasia (gangguan atau gangguan dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.
- 7) Pola persepsi dan konsep diri  
Ds: Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.  
Do: Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
- 8) Pola peran dan hubungan dengan sesama  
Do: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan)  
Ds: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi
- 9) Pola reproduksi dan seksualitas  
DO: Ketidak adanya gairah seksual  
DS: Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual
- 10) Pola mekanisme stres dan coping  
Ds: Perasaan tidak berdaya  
Do: Emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.
- 11) Pola sistem nilai dan kepercayaan  
Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri

## 12. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral ( mis. Stroke hemoragic).
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. D.
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
- f. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
- g. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
- h. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan dengan faktor risiko penurunan mobilitas.

## 13. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)
  - 1) Luaran (SLKI) L.01001 :
    - a) Batuk efektif meningkat
    - b) Produksi sputum menurun
    - c) Frekuensi napas membaik
    - d) Gelisah menurun
  - 2) SIKI : Manajemen jalan napas (I.01011)
 

Observasi:

    - a) Monitor pola napas (frekuensi, Kedalaman, Usaha napas)
    - b) \Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, Wheezing, Ronchi)
    - c) Monitor sputum (jumlah, warna, Aroma)

Terapeutik :

    - a) Lakukan fisio terapi dada, jika perlu

- b) Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik
  - c) Berikan oksigen, jika perlu
- Kolaborasi :
- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran mokolitik, jika perlu.
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral ( mis. Stroke hemoragic) (D.0066)
- 1) Luaraan (SLKI) L.06049 :
    - a) Tingkat kesadaran meningkat
    - b) Sakit kepala menurun
    - c) Tekanan darah membaik
    - d) Tekanan nadi membaik
    - e) Refleks neurologis membaik
    - f) Tekanan intrakranial membaik
  - 2) SIKI Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.09325) :

Observasi :

    - a) Identifikasi peningkatan TIK (edema serebral)
    - b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun)
    - c) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)

Terapeutik :

    - a) Pertahankan posisi kepala dan leher netral
    - b) Dokumentasi hasil pemantauan

Edukasi :

    - a) Jelaskan tujuan prosedur pemantauan
    - b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0054)
- 1) Luaraan (SLKI) L. 05042 :
    - a) Pergerakan ekstermitas cukup meningkat
    - b) Kekuatan otot cukup meningkat

- c) Rentang gerak (ROM) cukup meningkat
  - d) Kaku sendi menurun
  - e) Gerakan terbatas menurun
  - f) Kelemahan fisik menurun
- 2) SIKI : Dukungan Ambulasi ( I.05173)
- Observasi :
- a) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
  - b) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi
  - c) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
- Terapeutik :
- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
  - b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
  - c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- Edukasi :
- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
  - b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- d. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (D.0077)
- 1) Luaraan (SLKI) L.08066 :
- a) Keluhan nyeri menurun
  - b) Meringis menurun
  - c) Gelisah menurun
  - d) Kesulitan tidur menurun
  - e) Frekuensi nadi membaik
  - f) Tekanan darah membaik
- 2) SIKI manajemen nyeri (I.08238)

Observasi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal

Terapeutik :

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- b) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi :

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
  - b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
  - c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi
  - d) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)
- 1) Luaraan (SLKI) L.11103 :
    - a) Kemampuan mandi cukup meningkat
    - b) Kemampuan menggunakan pakaian cukup meningkat
    - c) Mempertahankan kebersihan mulut membaik
    - d) Kemampuan makan membaik
  - 2) SIKI dukungan perawatan diri (I.11348)

Observasi :

- a) Monitor tingkat kemandirian
- b) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian,berhias dan maka

Terapeutik :

- a) Sediakan lingkungan yang terapeutik
- b) Dampingi dalam melakukan perawatan diri
- c) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri



Edukasi :

Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

f. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119)

1) Luaraan (SLKI) L.13118 :

- a) Kemampuan berbicara cukup meningkat
- b) Kemampuan mendengar meningkat
- c) Kontak mata meningkat
- d) Respon perilaku membaik

2) SIKI Promosi komunikasi defisif bicara (I.13492):

Observasi :

- a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara

Terapeutik :

- a) Gunakan metode komunikasi alternatif
- b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan

Edukasi :

- a) Anjurkan bicara perlahan
- b) Anjarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi
- c) Rujuk ke ahli patologis bicara atau terapis

g. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)

1) Luaraan (SLKI) L.01004 :

- a) Ventilasi semenit meningkat
- b) Penggunaan otot bantu napas menurun
- c) Frekuensi napas membaik

2) SIKI : Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi :

- a) Monitor pola napas (frekuensi, Kedalaman, Usaha napas)
- b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, Wheezing, Ronchi )
- c) Monitor sputum (jumlah, warna, Aroma)

Terapeutik :

- a) Lakukan fisio terapi dada, jika perlu
- b) Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik
- c) Berikan oksigen, jika perlu

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran mukolitik, jika perlu
- b) Jelaskan tujuan prosedur pemantauan

h. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan dengan faktor risiko penurunan mobilitas (D.0139)

1) Luaraan (SLKI) L.14125 :

- c) Elastisitas meningkat
- a) Perfusi jaringan cukup meningkat
- b) Kerusakan jaringan menurun
- c) Suhu kulit membaik

2) SIKI perawatan integritas kulit (I.11353)

Observasi :

- a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Terapeutik :

- a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Edukasi :

- a) Anjurkan menggunakan pelembab
- b) Anjurkan minum air hangat yang cukup
- c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

#### 14. Perencanaan Pulang (*discharge planning*)

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

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

### BAB III

#### PENGAMATAN KASUS

##### A. Ilustrasi Kasus

Pasien Tn. J (43 tahun) dengan diagnosa medik : Stroke Hemoragik masuk ke ruangan ICU RS Bhayangkara Makassar pada tanggal 08 Mei 2024. Pada saat pengkajian tanggal 09 Mei 2024 Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan. Pada saat pasien mengalami kelemahan tubuh pasien awalnya baru pulang kerja kemudian pasien mandi sesudah mandi pasien jatuh dan mengeluh sakit kepala, nyeri badan sebelah kanan dan pasien sempat muntah di rumah kemudian di bawah ke rumah sakit di Bone sesudah sampai di rumah sakit di Bone pasien tidak bicara dan mengalami penurunan kesadaran kemudian dokter di Bone menganjurkan untuk di rujuk ke Rumah Sakit Bhayangkara Makassar untuk mendapatkan penanganan yang baik.

Pada saat pengkajian tanggal 09 Mei 2024 didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan Tingkat kesadaran somnolen dan GCS 10 (E3V3M4), tampak pasien sesak, pola napas abnormal, tampak pasien gelisah, keadaan umum tampak pasien lemah, tampak respon pupil melambat, tampak pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan, level stroke berada pada level 2, kekuatan otot menurun pada sisi tubuh sebelah kanan, tampak pasien terpasang O2 NRM 10 lpm, hasil observasi TTV TD: 161/113, N: 107x/m, P: 28x/m, spO2: 90%, terpasang kateter urin dan infus RL 20 tpm pada tangan kiri, hasil CT Scan kesan: *traparenchymal hemmorage sinistra* disertai intraventricular hemmorage yang menyebabkan midline shift kanan. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi. Diagnosa keperawatan yang diambil dari kasus tersebut adalah penurunan kapasitas adaptif intracranial, pola napas tidak efektif, gangguan mobilitas fisik.

Nama Mahasiswa : Ayu wandari & Bella Nasya  
 Tanggal Pengkajian : 09 Mei 2024  
 Nama Pasien/umur : Tn. /43 tahun  
 Diagnosa medis : Stroke Hemoragik

### B. Pengkajian Primer

|                    |                            |   |
|--------------------|----------------------------|---|
| <b>Breath (B1)</b> | Pergerakan dada            | Simetris kiri dan kanan   |
|                    | Pemakaian otot bantu napas | - Tidak ada   |
|                    | Palpasi                    | - Vocal Fremitus : teraba kanan dan kiri<br>- Nyeri Tekan : Tidak ada<br>- Krepitasi : Tidak ada                              |
|                    | Perkusi                    | - Redup   |
|                    | Suara napas                | - Vesikuler<br>Lokasi :kedua lapang paru  |
|                    | Batuk                      | - Produktif   |
|                    | Sputum                     | - Kental<br>Bunyi napas tambahan : ronchi   |
|                    | Alat bantu napas           | Ada Jenis : Non Breathing Mask (NRM) 10 liter   |
|                    | Lain-lain                  | - Pernapasan : 28x/m<br>- Spo2: 90%<br>- Tampak pasien sesak  |
| <b>Blood (B2)</b>  | Suara jantung              | - S1: Tunggal, ICS 4 sinistra (katup Trikuspidalis) dan ICS 5 Mid clavicularis (Katup Mitral)<br>- S2: Tunggal, ICS 2 ( linea |

|                      |                    |  |
|----------------------|--------------------|--|
|                      |                    | sternalis dextra) dan ICS 2 dan<br>ICS III (linea)<br>- S3: Tidak ada<br>- S4: Tidak ada           |
|                      | Irama jantung      | - Ireguler   |
|                      | CRT                | > 5 detik  |
|                      | JVP                | - Normal (5-2 CmH20)   |
|                      | CVP                | Tidak ada  |
|                      | Edema              | Tidak ada  |
|                      | EKG                | - Sinus rytim  |
|                      | Lain-lain          | - TD : 161/107mmHg<br>- N : 107x/m<br>- P : 28x/m  |
| <b>Brain<br/>(B3</b> | Tingkat kesadaran  | - Kualitatif : samnolen<br>- Kuantitatif<br>(GCS 10)<br>- E :3<br>- V: 3<br>- M: 4<br>- Total : 10 |
|                      | Reaksi pupil :     |  |
|                      | - Kanan            | - ada, diameter 3 cm   |
|                      | - Kiri             | - ada, diameter 3 cm   |
|                      | Refleks fisiologis | - Ada :<br>Tricep : positif<br>Bicept : positif  |
|                      | Refleks patologis  | Tidak ada :<br>Babinsky : positif  |
| Meningeal sign       | Tidak ada          |  |
| Lain-lain            | Hasil CT SCAN :    |  |

|                     |                         |  |
|---------------------|-------------------------|--|
|                     |                         | - Traparenchymal hemmorage sinistra disertai intraventricular hemmorage yang menyebabkan midline shift kanan |
| <b>Bladder (B4)</b> | Urin                    | - Jumlah : 440 cc/8 jam<br>- Warna : kuning pekat  |
|                     | Kateter                 | - Ada, hari ke 5<br>- Jenis : folley chateter ukuran 16  |
|                     | Kesulitan BAK           | Tidak ada  |
|                     | Lain-lain               | Tidak ada  |
| <b>Bowel (B5)</b>   | Mukosa bibir            | Kering   |
|                     | Lidah                   | Kotor  |
|                     | Keadaan gigi            | Lengkap  |
|                     | Nyeri telan             | Tidak ada  |
|                     | Abdomen                 | Tidak distensi   |
|                     | Peristaltik usus        | Normal<br>Nilai: 18 x/m  |
|                     | Mual                    | Tidak ada  |
|                     | Muntah                  | Tidak ada  |
|                     | Hematememesis           | Tidak ada  |
|                     | Melena                  | Tidak ada  |
|                     | Terpasang NGT           | Ada terpasang ukuran 16  |
|                     | Terpasang colostomy bag | Tidak ada  |
|                     | Diare                   | Tidak ada  |
|                     | Konstipasi              | Ya<br>Sejak dirawat di rumah sakit   |
| Asites              | Tidak ada               |  |
| Lain-lain           | Tidak ada               |  |
| <b>Bone</b>         | Turgor                  | Baik   |

|             |                  |   |        |   |   |      |   |
|-------------|------------------|---|--------|---|---|------|---|
| <b>(B6)</b> | Perdarahan Kulit | Tidak ada   |        |   |   |      |   |
|             | Icterus          | Tidak ada   |        |   |   |      |   |
|             | Akral            | Hangat, pucat   |        |   |   |      |   |
|             | Pergerakan sendi | Terbatas  |        |   |   |      |   |
|             | Fraktur          | Tidak ada   |        |   |   |      |   |
|             | Luka             | Tidak ada   |        |   |   |      |   |
|             | Lain-lain        | <p>Uji kekuatan otot kanan kiri</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">0</td> <td style="padding-left: 5px;">1</td> </tr> <tr> <td>kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">0</td> <td style="padding-left: 5px;">1</td> </tr> </table> | tangan | 0 | 1 | kaki | 0 |
| tangan      | 0                | 1   |        |   |   |      |   |
| kaki        | 0                | 1   |        |   |   |      |   |

### C. Diagnosa Keperawatan

B-1 : Pola napas tidak efektif

B-2 : -

B-3 : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

B-4 : -

B-5 : -

B-6 : Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler

### D. Pengkajian Sekunder

#### 1. Pengkajian Pola Kesehatan

##### a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

##### 1) Keadaan sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting. Keluarga juga mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit akan membeli obat di apotik, dan jika semakin parah akan di bawah ke Puskesmas atau Rs terdekat. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 2 tahun yang



lalu, keluarga pasien mengatakan pasien jarang memeriksakan dirinya ke pelayanan kesehatan karena sibuk bekerja, keluarga juga mengatakan pasien tidak pernah mengonsumsi obat hipertensi, keluarga pasien mengatakan pasien suka merokok dari usia remaja.

2) Riwayat Penyakit Saat Ini:

a) Keluhan utama : Penurunan kesadaran

b) Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan, pasien tampak lemah dan sulit untuk mengangkat dan menggerakkan ekstremitasnya sejak 2 hari yang lalu sebelum pasien masuk rumah sakit di bone. Sesudah itu pasien di bawah ke rumah sakit di bone pasien sudah tidak bicara dan mengalami penurunan kesadaran. 1 minggu pasien di rawat di rumah sakit bone tidak ada perubahan sehingga dirujuk ke rs bhayangka makassar untuk mendapatkan perawatan dan penanganan lebih baik.

Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan Tingkat kesadaran samnolen dan GCS 10 (E3V3M4), tampak pasien sesak, tampak pernapasan cuping hidung. Keadaan umum pasien tampak lemah, tampak respon pupil melambat, tampak pasien gelisah, tampak pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan, level stroke pasien berada pada level 2, kekuatan otot menurun pada sisi tubuh sebelah kiri dan kanan, tampak pasien kesulitan untuk menelan dan tersedak pada saat makan dan minum. Refleks patologis : Babinski (+), tampak terpasang O2 NRM 10 lpm, TTV : TD: 166/107 mmHg, N : 107x/menit, P : 28x/m S: 37,5 c, SpO2 : 90%, terpasang kateter urin dan infus RL 20 tpm pada tangan kiri. Hasil Ct-Scan Kesan : traparenchymal hemmorage sinistra disertai intraventricular hemmorage yang

menyebabkan midline shift kanan. Hasil foto thorax Kesan : pneumonia unspecified.

c) Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami:

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi

d) Riwayat Kesehatan Keluarga :

Keluarga dan pasien mengatakan dalam keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama yang dialami pasien saat ini.

e) Pemeriksaan Fisik

- a) Kebersihan rambut : tampak rambut pasien kotor
- b) Kulit kepala : tampak kulit kepala kotor
- c) Kebersihan kulit : tampak kulit pasien kering
- d) Higiene rongga mulut : tampak rongga mulut kotor
- e) Kebersihan genetalia : tidak dikaji
- f) Kebersihan anus : tidak di kaji

2. Pola Nutrisi Metabolik

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mempunyai pola makan yang teratur yaitu 3x sehari (pagi, siang, malam) dengan menu yang biasa dimasak oleh istrinya yakni nasi putih, sayur dan ikan atau tempe-tahu dan Keluarga pasien mengatakan pasien sangat suka makan ikan asin bahkan hampir setiap hari ia makan ikan asin.

b. Keadaan sejak sakit :

Pasien di pasangkan NGT sehingga saat makan harus di sonde dengan makanan yang sudah dihaluskan. Sehari pasien makan 3x dalam sehari yaitu bubur saring sebanyak 100 cc dan air putih 30 cc, susu peptisol 75 cc.

c. Observasi :

Tampak pasien terpasang NGT no 16

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan rambut : tampak rambut pasien kotor dan berwarna hitam
- 2) Hidrasi kulit : tampak kulit tidak elastis
- 3) Palpebra/conjungtiva : tampak edema/tampak anemis
- 4) Sclera : tampak tidak icterik
- 5) Hidung : tampak septum ditengah dan bersih
- 6) Rongga mulut : tampak rongga mulut kotor gusi : tampak tidak ada peradangan.
- 7) Gigi : tampak gigi utuh kotor tidak ada gigi palsu
- 8) Lidah : tampak kotor
- 9) Kemampuan mengunyah keras : tampak pasien tidak mampu mengunyah.
- 10) Kelenjar getah bening : teraba tidak ada pembesaran atau benjolan
- 11) Kelenjar parotis : teraba tidak ada pembesaran
- 12) Abdomen :
  - Inspeksi : tampak tidak ada asietas
  - Auskultasi : terdengar peristaltik usus 18x/menit
  - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
  - Perkusi : terdengar tympani
- 13) Kulit :
  - Edema : negatif
  - Icteric : negatif
  - Tanda-tanda radang : tidak ada
- 14) Lesi : tampak tidak ada lesi

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien idak mengalami masalah dalam BAB dan BAK, pasien BAB sebanyak 1-

2 kali sehari dengan konsistensi keras dan berwarna kuning, dan BAK 4-6 kali sehari dengan urin berwarna kuning jernih, dan berbau khas urin.

b. Keadaan sejak sakit :

Saat di RS Bone keluarga pasien mengatakan pasien hanya 1 kali BAB dengan konsistensi lunak dan berwarna coklat, dan kalau BAK pasien menggunakan kateter.

c. Observasi :

Tampak pasien menggunakan kateter foley kateter nomor 18 pengeluaran urine 440cc/8 jam dengan warna kuning pekat.

d. Pemeriksaan fisik :

- 1) Pemeriksaan usus : 18x/menit
- 2) Palpasi kandung kemih : kosong
- 3) Nyeri ketuk ginjal : negatif
- 4) Mulut uretra : tidak di kaji (pasien pria)
- 5) Anus :
  - Peradangan : tidak ada peradangan
  - Hemoroid : tidak ada hemoroid
  - Fistula : tidak ada

4. Pola Aktivitas Dan Latihan

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja di SPBU aktivitas pasien sehari-hari hanya bekerja setelah pulang kerja pasien hanya berbaring/tidur dan makan tidak ada aktivitas lain yang di lakukan oleh pasien. Keluarga pasien mengatakan pasien juga jarang olahraga.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sudah tidak dapat melakukan aktivitas apa-apa selain di tempat tidur. Sehingga pasien tidak

dapat melakukan aktivitas seperti biasanya. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan dan pasien hanya terbaring di tempat tidur keluarga juga mengatakan pasien sesak napas dan semua aktivitas di bantu oleh perawat atau keluarga.

c. Observasi :

Tampak pasien hanya terbaring lemas di tempat tidur, tampak pasien sesak, dan tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Tampak rentang gerak terbatas ekstermitas dextra.

1) Aktivitas harian

- a. Makan : 2
- b. Mandi : 2
- c. Pakaian : 2
- d. Kerapihan : 2
- e. Buang air besar : 3
- f. Buang air kecil : 3
- g. Mobilisasi di tempat tidur : 3

|                           |
|---------------------------|
| 0: mandiri                |
| 1: bantuan dengan alat    |
| 2 : bantuan orang         |
| 3: bantuan alat dan orang |
| 4: bantuan penuh          |

- 2) Postur tubuh : tidak dikaji karena pasien hanya terbaring di tempat tidur
- 3) Gaya jalan : tidak dikaji
- 4) Anggota gerak yang cacat : tidak ada
- 5) Fiksasi : tidak ada fiksasi
- 6) Traccheostomy : tidak ada

d. Pemeriksaan fisik

1) Tekanan darah

- Berbaring : 161/107 mmHg
- Duduk : tidak dikaji
- Berdiri : tidak di kaji

Kesimpulan : hipotensi ortostatik tidak dapat disimpulkan

HR : 107x/m

1) Kulit

Keringat dingin : tampak tidak ada

Basah : tampak tidak ada

2) JVP : 5-2 cmH<sub>2</sub>O

Kesimpulan : pemompaan jantung memadai

3) Perfusi pembuluh kapiler kuku : < 3 detik

4) Jantung

a) Inspeksi

Ictus cordis : tidak tampak

b) Palpasi

Ictus cordis : ICS V linea medioclavukylaris sinistra

c) Perkusi

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS V linea medioclavikulari sinistra

Batas kanan jantung : ICS II linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS V Linea axilaris anterior sinistra

d) Auskultasi

Bunyi jantung II A : tunggal, ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : tunggal ICS II dan III linea sternalis dextra

Bunyi jantung I T : tunggal, ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : tunggal, ICS V linea clavikularis sinistra

Bunyi jantung III irama gollap : tidak terdengar

Murmur : tidak terdengar

Bruit aorta : tidak terdengar

A Renalis : tidak terdengar

A femoralis : tidak terdengar

## 5) Lengan dan tungkai

- a) Atrofi otot : negatif
- b) Rentang gerak : keterbatasan gerak (kelemahan) pada ekstremitas dextra
- c) Kaku sendi : tidak ada kaku sendi
- d) Nyeri sendi : tidak ada nyeri sendi
- e) Fraktur : tidak ada fraktur
- f) Paralisis : tubuh sebelah kanan dan kiri
- g) Uji kekuatan otot : Kanan kiri

|        |   |   |
|--------|---|---|
| Tangan | 0 | 1 |
| Kaki   | 0 | 1 |

## Keterangan :

- Nilai 5 : Kekuatan otot penuh
- Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang 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

## h) Refleks fisiologis

- Biceps, kiri : positif
- Kanan : negatif
- Triceps kiri : positif
- Kanan : negatif
- Achilles kiri : positif
- Kanan : negatif

## i) Refleks patologis

Babinski kiri : negatif  
 Kanan : positif  
 Clubing jari-jari : tidak ada  
 Varises tungkai : tidak ada varises tungkai

6) Columna vetebralis

- a) Inspeksi : tidak dikaji karena pasien hanya terbaring di tempat tidur
- b) Palpasi : tida dikaji karena pasien hanya terbaring ditempat tidur
- c) Kaku kuduk : tidak ada

5. Pola tidur dan istirahat

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak mengalami gangguan tidur, pasien biasa tidur malam sekitar jam 9 malam dan bangun pagi jam 5 pagi dan pasien merasa segar saat bangun pagi dan tidur siang sekitar 1 jam sepulang kerja. Pasien suka tidur dengan suasana ruangan gelap.

b. Keadaan sejak sakit :

pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur dan keluarga mengatakan pasien hanya terbangun jika ada rangsangan atau tindakan dari perawat.

c. Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak pasien

Ekspresi wajah mengantuk : negatif  
 Banyak meguap : negatif  
 Palpebra inferior berwarna gelap : negatif

6. Pola persepsi kognitif

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata dan alat pendengaran.



Keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak mengalami gangguan pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, maupun perabaan dan daya ingat pasien masih baik.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata dan alat pendengaran dan pasien tidak memiliki masalah pada penglihatan maupun pendengarannya. Pasien mengalami kelemahan tubuh, Lengan dan tungkai sebelah kiri sulit untuk digerakkan. Pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur. Keluarga mengatakan pasien hanya mengeluarkan suara tidak jelas seperti mengerang tanpa ada kata yang diucapkan.

7. Pola peran dan hubungan dengan sesama

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama istrinya dan anaknya. Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang kepala rumah tangga sekaligus suami dan ayah bagi istri dan anak-anaknya dan merasa puas dengan peran dan tanggung jawabnya. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dan keluarga dan tetangga sekitar terjalin sangat baik harmonis.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan mereka merasa sedih, cemas dan ingin pasien cepat sembuh dan mendukung setiap proses pengobatan pasien. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dan keluarga 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.

8. Pola peran hubungan dengan sesama

a. Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, teman dan tetangga terjalin dengan baik dan tidak ada masalah

b. Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien memiliki hubungan dengan keluarganya baik- baik saja. Keluarga selalu memberikan semangat dan dukungan dalam proses penyembuhan pasien.

c. Observasi

Tampak pasien didampingi oleh istri dan anaknya, dan di besuk oleh keluarga dan kerabat lainnya.

9. Pola Mekanisme koping dan toleransi stress

a. Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan ketika ada masalah ia langsung menceritakannya kepada keluarga dan akan didiskusikan bersama keluarga untuk mengatasinya.

b. Sejak sakit

Keluarga Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi pasien saat ini dan selalu berdoa kepada Tuhan agar pasien dapat sembuh dan mempercayakan segala pengobatan kepada dokter dan perawat.

10. Pola reproduksi dan seksualitas

a. Sebelum sakit :

Tidak di kaji

b. Saat sakit :

Tidak di kaji

## 11. Pola sistem kepercayaan dan keyakinan

- a. Sebelum sakit :  
Tidak dikaji
- b. Saat sakit :
- c. Tidak dikaji

## II. Uji Saraf Kranial

- 1) N I (Olfaktorius)  
Tidak dikaji (kesadaran menurun)
- 2) N II (Optikus)  
Tidak dikaji kesadaran menurun
- 3) N III,IV,VI (Okulomotorius,Troklear, Abdusen)  
Tampak pasien tidak mampu mengerakkan bola mata kesegala arah, respon pupil melambat, refleks cahaya positif.
- 4) N V (Trigeminus)  
Tidak dikaji kesadaran menurun
- 5) N VII (Fasialis)  
Sensorik : tidak di kaji kesadaran menurun  
Motorik : tidak dikaji kesadaran menurun
- 6) N VIII (Vestibulocochlearis)  
Tidak di kaji
- 7) N IX (Glosofaringeus)  
Tidak di kaji
- 8) N X (Vagus)  
Tampak pasien kesulitan untuk menelan
- 9) N XI (Accecosius)  
Tidak di kaji (kesadaran menurun)
- 10) N XII (Hypoglesus)  
Tidak di kaji (kesadaran menurun)

### III. Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Foto Thorax

Kesan :

HHD di sertai bendungan paru Dilatasi aortic knob( aneurisma aorta) Pneumonia unspecified.

#### 2. CT SCAN KEPALA

Kesan:

traparenchymal hemmorage sinistra disertai intraventricular hemmorage yang menyebabkan midline shift kanan.

#### 3. Laboratorium

| Pemeriksaan kimia darah   | Hasil | Satuan              | Nilai Rujukan       |
|---------------------------|-------|---------------------|---------------------|
| WBC                       | 1,40  | 10 <sup>3</sup> /uL | 4,0-10,0            |
| RBC                       | 4,90  | 10 <sup>6</sup> /uL | 4,0-5,50            |
| HGB                       | 13,4  | g/dl                | 11,0-16,0           |
| HCT                       | 81,8  | \$                  | 37,0-54,0           |
| MCV                       | 27,3  | fL                  | 80,0-100,0          |
| MCHC                      | 33,4  | Pg                  | 27,0-34,0           |
| PLT                       | 23,6  | g/dl                | 32,0-36,0           |
| UREUM                     | 61    | mg/dl               | 10-50               |
| CREATININ                 | 0,4   | mg/dl               | L.0,6,-0,2/P.0,5-40 |
| SGOT                      | 23    | u/L                 | L.5-40/P.5-40       |
| SGPT                      | 42    | u/L                 | L.5-41/P.5-41       |
| PEMERIKSAA<br>N ELEKTOLIT | HASIL | SATUAN              | NILAI RUJUKAN       |
| NATRIUM                   | 155   | mmol/L              | 136-145             |
| KALIUM                    | 3,8   | mmol/L              | 3,5-5,1             |
| CLORIDA                   | 115   | mmol/L              | 98-106              |

## ANALISA DATA

### 1. Analisa data primer

Nama/umur : Tn. J/43 THN

Ruang/ kamar : ICU RS BHAYANGKARA MAKASSAR

| NO | DATA   | ETIOLOGI                          | MASALAH                                  |
|----|--|-----------------------------------|--|
| 1  | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak dari 2 hari yang lalu sebelum masuk Rumah Sakit</li> <li>b. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk dari 2 hari yang lalu sebelum masuk Rumah Sakit</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien sesak</li> <li>b. Terdengar suara napas tambahan ronchi</li> <li>c. Pernapasan 28x/menit</li> <li>d. Spo2 : 90 %</li> <li>e. Hasil foto thorax</li> </ul> <p>Kesan :</p> <p>HHD disertai bendungan paru dilatasi aortic knob (aneurisma aorta) Pneumonia Unspecified</p> | Sekresi yang tertahan             | Bersihkan jalan napas                    |
| 2  | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan</li> <li>b. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 2 tahun yang lalu</li> </ul>  | Edema serebral (stroke hemoragik) | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial |

|   |   |                        |                          |
|---|---|------------------------|--------------------------|
|   | <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien gelisah</li> <li>b. Tampak tingkat kesadaran menurun : kualitatif somnolen<br/>kuantitatif: GCS 10 (E3V3M4)</li> <li>c. Tampak respon pupil melambat</li> <li>d. Tanda-tanda vital :<br/>TD : 161/107 mmHg<br/>N : 107x/menit<br/>P : 28x/menit</li> <li>e. Hasil CT SCAN:<br/>Kesan :<br/>traparenchimal hemmorage sinistra disertai intraventricular hemmorage yang menyebabkan midline shift kanan</li> </ul> |                        |                          |
| 3 | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga pasien mengatakan pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur</li> <li>b. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh di sebelah kanan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur</li> <li>b. Tampak aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat</li> </ul>  | Gangguan neuromuskuler | Gangguan mobilitas fisik |

c. Kekuatan otot

Kanan kiri

|   |   |
|---|---|
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |

d. Level stroke 2

e. Aktivitas harian

Makan : 2

Mandi : 2

Pakaian : 2

Kerapihan : 2

Buang air besar : 3

Buang air kecil : 3

Mobilisasi di tempat tidur : 3

0: mandiri  
1: bantuan dengan alat  
2 : bantuan orang  
3: bantuan alat dan orang  
4: bantuan penuh

**DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

Nama/ Umur : Tn.J/43 tahun

Ruang/ Kamar : ICU

| NO | DIAGNOSIS KEPERAWATAN  |
|----|--|
| 1  | Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, frekuensi napas berubah (D.0001)   |
| 2  | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (Stroke Hemoragik) ditandai dengan sakit kepala, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure), bradikardi, tingkat kesadaran menurun, respon pupil melambat atau tidak sama, refleks neurologi terganggu (D.0066) |
| 3  | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak terbatas (D.0054)  |



INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/ umur : Tn. J / 43 thn

Ruang/ kamar : ICU RS BHAYANGKARA MAKASSAR

| Tanggal     | SDKI  | SLKI  | SIKI   |
|-------------|---|---|--|
|             |   |   | Meliputi: Observatif, Terapeutik, Edukatif dan Kolaborasi  |
| 09 mei 2024 | <p>Bersihan jalan napas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan (D.0001) ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir dan sesak sejak 2 hari yang lalu.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien tidak</li> </ul> | <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: Produksi sputum cukup menurun :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi napas cukup menurun</li> <li>b. Pola napas cukup membaik</li> <li>c. Batuk efektif cukup meningkat</li> </ul> | <p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> <li>c. Monitor sputum Terapeutik</li> <li>d. Berikan oksigen NRM 10 liter</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik (farbivent 1 ampul 2x1)</li> </ul> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p>dapat mengeluarkan dahak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terdengar suara nafas tambahan ronchi</li> <li>- P : 28x/menit</li> <li>- Spo2 : 90%</li> <li>- Tampak pasien sesak</li> </ul>   |  |  |
|  | <p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral (D.0066) ditandai dengan</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien</li> </ul> | <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan :</p> <p>Kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah cukup membaik</li> <li>b. Gelisah menurun</li> <li>c. Tingkat kesadaran menurun</li> </ul> | <p>Manajemen peningkatan TIK (I.06194)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>b. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK</li> <li>c. Monitor MAP</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan posisi semi fowler elevasi 30° (Trisila et al., 2022)</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (manitol)</li> </ul> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | <p>memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 2 tahun yang lalu</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tampak pasien gelisah</li><li>- Tampak tingkat kesadaran menurun : kualitatif somnolen kuantitatif: GCS 10 (E3V3M4)</li><li>- Tampak respon pupil melambat</li><li>- Level stroke 2</li><li>- Tanda-tanda vital :</li></ul> <p>TD : 161/107 mmHg</p> <p>N : 107x/menit</p> <p>P : 28x/menit</p> |  | <p>b. Kolaborasi pemberian obat neuro (Citicolin, piracetam, nicardipin, transamin, candersartan)</p> |
|--|--|--|---|

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | <p>Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler (D.0054) di tandai dengan DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kekakuan di ekstremitas kanan</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien terbaring lemas di atas tempat tidur</li> <li>- Tampak aktivitas di bantu oleh keluarga dan</li> </ul> | <p>setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : Pergerakan ekstremitas cukup meningkat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kekuatan otot cukup meningkat</li> <li>b. Gerakan terbatas cukup menurun</li> <li>c. Kelemahan fisik cukup menurun</li> </ul> | <p><b>Dukungan mobilitasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik</li> <li>d. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu( mis. pagar tempat tidur)</li> <li>e. Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ul> <p><b>Dukungan perawatan diri (I.11348)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan</li> </ul> |
|--|---|---|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | <p>perawat</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tampak pasien tidak bisa beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain</li></ul> |  | <p>makan.</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, privasi)</li></ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li></ul> |
|--|--|--|---|

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn. J/43 tahun

Ruang/ Kamar : ICU

| Tgl            | Waktu | DP  | Implementasi Keperawatan  | Nama Perawat |
|----------------|-------|-----|---|--------------|
| 09/05<br>/2024 | 08.00 | I   | Berikan posisi <i>Head up 30°</i><br><br>Hasil :<br>- Tampak pasien penurunan kesadaran<br>- TD : 161/113 mmHg<br>- N : 107 x/m   | Ayu          |
|                | 08.05 | III | Melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, oral hygiene)<br><br>Hasil:<br>- Pasien tampak bersih dan rapi   | Bella        |
|                | 08.10 | II  | Memonitor peningkatan tanda dan gejala peningkatan TIK<br><br>Hasil:<br>- TD:161/113 mmHG<br>- N :107x/menit<br>- Tampak kesadaran menurun dengan GCS : E3, V3, M4 (somnia) | Ayu          |

|  |       |    |  |       |
|--|-------|----|--|-------|
|  | 08.15 | II | <p>Pemberian obat diuretik</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang manitol 150 cc/6 jam/IV</li> </ul>  | Bella |
|  | 08.30 | II | <p>Pemberian obat neuroprotektan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- citicoline 250mg/IV/12 jam</li> <li>- nicardipine 0,5mg/jam/IV</li> <li>- transamin 500 mg/ jam</li> <li>- candersartan 3x1/oral</li> </ul> | Bella |
|  | 10.00 | I  | <p>Memonitor status pernapasan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : 28x/m</li> </ul>   | Ayu   |
|  | 10.15 | I  | <p>Memonitori bunyi napas tambahan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdengar bunyi napas tambahan ronchi</li> </ul>  | Bella |
|  | 10.20 | II | <p>Memonitor produksi sputum</p> <p>hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak sputum kental berwarna kuning</li> </ul>   | Ayu   |

|  |       |     |  |       |
|--|-------|-----|--|-------|
|  | 10.25 | I   | <p>Melakukan terapi inhalasi</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak di berikan terapi inhilasi (nebulizer) farbivent 1 ampul</li> <li>- tampak pasien sesak</li> <li>- Spo2 90%</li> <li>- P : 28x/m</li> </ul>          | Bella |
|  | 10.35 | I   | <p>Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terpasang NRM 10 liter</li> <li>- P : 26x/m</li> <li>- SpO2 92%</li> </ul>  | Ayu   |
|  | 10.43 | II  | <p>Berkolaborasi pemberian neuroprotektan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Citicoline 250 mg/IV/12 jam</li> <li>- Piracetam 2x1/IV</li> <li>- Transamin 250 mg/IV/6 jam</li> <li>- Candersartan 3x1/oral/tablet</li> </ul> | Bella |
|  | 12.00 | III | <p>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tampak kelemahan pasien pada kaki kanan dan tangan kanan</li> </ul>   | Ayu   |



|            |       |     | <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">kanan</td> <td style="padding: 5px;">kiri</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; border-right: 1px solid black;">0</td> <td style="padding: 5px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; border-right: 1px solid black;">0</td> <td style="padding: 5px;">1</td> </tr> </table> | kanan | kiri | 0 | 1 | 0 | 1 |  |
|------------|-------|-----|---|-------|------|---|---|---|---|--|
| kanan      | kiri  |     |   |       |      |   |   |   |   |  |
| 0          | 1     |     |   |       |      |   |   |   |   |  |
| 0          | 1     |     |   |       |      |   |   |   |   |  |
|            | 12.50 | III | <p>Memonitori kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tampak kondisi pasien nyaman dan tenang saat di lakukan mobilisasi</li> </ul>   | Bella |      |   |   |   |   |  |
|            | 13.10 | III | <p>Membantu pasien mengubah posisi berbaring</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tampak pasien diberikan posisi miring ke kiri dan miring kanan</li> </ul>   | Ayu   |      |   |   |   |   |  |
| 10/05/2024 | 07.30 | II  | <p>Kolaborasikan pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Candesartan 16mg</li> <li>- Ranitidin 1 ml/IV/24 jam</li> </ul>   | Bella |      |   |   |   |   |  |
|            | 08.05 | III | <p>Melakukan perawatan diri ( mandi, berpakaian, oral hygiene)</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan rapi</li> </ul>  | Ayu   |      |   |   |   |   |  |

|  |       |    |  |       |
|--|-------|----|--|-------|
|  | 08.30 | II | <p>- Memonitor peningkatan TIK</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tampak pasien penurunan kesadaran</li> <li>- TD:155/100mmHG</li> <li>- N :105x/menit</li> <li>- GCS (E3,V3,M4) samnolen</li> </ul> | Bella |
|  | 08.50 | II | <p>Mengkolaborasikan pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Piracetam 1gr/IV/12 jam</li> <li>-Monitol 100cc/IV/8 jam</li> </ul>   | Ayu   |
|  | 09.50 | I  | <p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pernapasan pasien 26x/menit</li> </ul>  | Bella |
|  | 10.00 | I  | <p>Memberikan posisi <i>head up</i> 30°</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tampak pasien penurunan kesadaran</li> <li>- TD: 150/90 mmHg</li> <li>- N : 102x/m</li> <li>- SpO2 95%</li> </ul>        | Ayu   |

|  |       |     |   |       |
|--|-------|-----|---|-------|
|  | 10.15 | II  | <p>Pemberian obat diuretik</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang manitol 150 cc/6 jam/IV</li> </ul>   | Bella |
|  | 11.00 | III | <p>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak kelemahan pasien pada kaki kanan dan tangan kanan</li> </ul> | Ayu   |
|  | 12.40 | I   | <p>Memonitori bunyi napas tambahan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-terdengar bunyi napas tambahan ronchi</li> </ul>  | Bella |
|  | 12.45 | II  | <p>Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terpasang NRM 10 liter</li> <li>- P: 26x/m</li> <li>- SpO2 : 95%</li> </ul>    | Ayu   |
|  | 12.55 | I   | <p>Memonitor adanya sputum</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tampak sputum kental</li> </ul>   | Bella |

|             |       |     |   |       |
|-------------|-------|-----|---|-------|
|             | 13.00 | I   | Memberikan terapi inhalasi<br>Hasil :<br>- tampak diberikan terapi inhalasi (farbivent) 1 ampul<br>- Tampak saturasi 95%<br>- P : 26x/m | Ayu   |
|             | 13.10 | I   | Memonitor bunyi napas tambahan<br>Hasil :<br>-Terdengar masih ronchi  | Bella |
|             | 13.25 | III | Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi<br>Hasil :<br>-Tampak perawat menjelaskan tujuan mobilisasi kepada keluarga pasien           | Ayu   |
|             | 13.40 | II  | Membantu pasien mengubah posisi berbaring<br>Hasil :<br>-Tampak pasien diberikan posisi miring ke kiri dan miring kanan                 | Bella |
| 11/05 /2024 | 14.30 | II  | Memonitor tanda dan gejala TIK<br>Hasil:<br>-Tampak pasien penurunan kesadaran  | Ayu   |

|  |       |     |  |       |
|--|-------|-----|--|-------|
|  |       |     | -TD:149/90 mmHG<br>-N :92x/menit   |       |
|  | 14.42 | III | Melakukan perawatan diri ( mandi, berpakaian, oral hygiene)<br>Hasil:<br>- Pasien tampak bersih dan rapi                 | Bella |
|  | 14.35 | I   | Memonitor pola napas<br>Hasil :<br>-Tampak pernapasan pasien 24x/menit   | Ayu   |
|  | 14.50 | II  | Memberikan posisi <i>head up</i> 30°<br>Hasil :<br>-Tampak pasien penurunan kesadaran<br>-TD : 140/90 mmHg<br>-N : 90x/m | Bella |
|  | 15.20 | I   | Memonitori bunyi napas tambahan<br>Hasil :<br>-terdengar bunyi napas tambahan ronchi mulai berkurang                     | Ayu   |
|  | 16.00 | I   | Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan   | Bella |

|  |       |     |  |       |
|--|-------|-----|--|-------|
|  |       |     | <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tampak terpasang nasal kanul 5 liter</li> <li>-P: 24x/m</li> <li>-SpO2 98%</li> </ul>  |       |
|  | 17.55 | III | <p>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tampak kelemahan pasien pada kaki kanan dan tangan kanan</li> </ul> | Ayu   |
|  | 19.05 | III | <p>Membantu pasien mengubah posisi berbaring</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tampak pasien diberikan posisi miring ke kiri dan miring kanan</li> </ul>          | Bella |

**EVALUASI KEPERAWATAN**

Nama/ Umur : tn J/43 tahun

Ruang/ Kamar :ICU

| <b>TANGGAL</b>   | <b>Evaluasi S O A P</b>  | <b>Nama Perawat</b> |
|------------------|--|---------------------|
| <b>09/05/202</b> | <p>Diagnosa 1 : bersihan jalan napas tidak efektif</p> <p>S: Keluarga mengatakan pasien masih sesak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien Sesak</li> <li>- Pernapasan :28x/menit</li> <li>- Saturasi 90% dan terpasang NRM 10liter</li> <li>- terdengar bunyi napas tambahan ronchi</li> <li>-tampak pasien gelisah</li> <li>- Hasil photo thorax :               <p align="center">HHD disertai bendungan paru dilatasi aortic knob (aneurisma aorta) pneumonia unspecified</p> </li> </ul> <p>A : Masalah bersihan jalan napas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi Manajemen pola napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor pola napas</li> <li>- memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>- memberikan terapi oksigen NRM</li> <li>- kolaborasi pemberian bronkodilator</li> </ul> | Ayu dan Bella       |

|  |  |               |
|--|--|---------------|
|  | <p>Diagnosa 2: penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p> <p>S : Keluarga mengatakan pasien masih belum sadarkan diri dan masih terbaring lemah diatas tempat tidur</p> <p>O : - Tampak pasien gelisah<br/> - TD : 161/113 mmHg<br/> - GCS (E3,V3,M4) samnolen</p> <p>A: Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen peningkatan tekanan intracranial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor peningkatan TIK</li> <li>- memberikan posisi elevasi 30°</li> <li>- kolaborasi pemberian diuretikosmosis</li> </ul> | Ayu dan Bella |
|  | <p>Diagnosa 3 : Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur</li> <li>- Uji kekuatan otot : kanan kiri</li> </ul>  | Ayu dan Bella |



|            |  |               |
|------------|--|---------------|
|            | <p>Tangan 0   1</p> <hr/> <p>Kaki 0   1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pergerakan terbatas</li> <li>- Tampak kelemahan pada tangan dan kaki kanan</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- membantu pasien miring kanan miring kiri</li> </ul> <p>Dukungan perawatan diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi kebersihan diri</li> <li>- menyediakan lingkungan yang nyaman</li> </ul> |               |
| 10/05/2024 | <p>Diagnosa 1 : Bersihan jalan Napas tidak efektif</p> <p>S: Keluarga mengatakan pasien masih sesak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien sesak</li> <li>-ronchi terdengar bunyi napas tambahan</li> <li>- tampak pernapasan : 26x/m</li> <li>- Saturasi 95% dan terpasang NRM 8 Liter</li> </ul>   | Ayu dan Bella |

|  |   |                      |
|--|---|----------------------|
|  | <p>A : Masalah bersihan jalan napas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor pola napas</li> <li>- Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>- Kolaborasi pemberian bronkodilator</li> <li>- Terapi oksigen</li> </ul>   |                      |
|  | <p>Diagnosa 2 : penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p> <p>S : Keluarga mengatakan pasien masih belum sadarkan diri dan masih terbaring lemah diatas tempat tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur</li> <li>- Tanda-tanda vital</li> <li>TD:150/100 mmHG</li> <li>N :105x/menit</li> <li>- GCS 10 (E3,V3,M4) Samnolen</li> </ul> <p>A: Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi Manajemen peningkatan tekanan Intracranial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan posisi elevasi 30°</li> <li>- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</li> </ul> | <p>Ayu dan bella</p> |

|            |   |               |   |  |   |  |  |  |  |      |   |  |   |               |
|------------|---|---------------|---|--|---|--|--|--|--|------|---|--|---|---------------|
|            | <p>Diagnosa 3 : Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur</li> <li>- Uji kekuatan otot : kanan kiri</li> </ul> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Tangan</td> <td style="padding-right: 10px;">0</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="padding-left: 10px;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td>0</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td>1</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pergerakan terbatas</li> <li>- Tampak kelemahan pada tangan dan kaki kanan</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Dukungan mobilisasi</p> | Tangan        | 0 |  | 1 |  |  |  |  | Kaki | 0 |  | 1 | Ayu dan bella |
| Tangan     | 0   |               | 1 |  |   |  |  |  |  |      |   |  |   |               |
|            |   |               |   |  |   |  |  |  |  |      |   |  |   |               |
| Kaki       | 0   |               | 1 |  |   |  |  |  |  |      |   |  |   |               |
| 11/05/2024 | <p>Diagnosa 1 : bersihan jalan napas tidak efektif</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan</li> </ul>   | Ayu dan Bella |   |  |   |  |  |  |  |      |   |  |   |               |

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
|  | <p>sesaknya sudah berkurang hanya sesekali saja dan belum bisa banyak gerak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tampak pasien sesak</li> <li>- Pernapasan :26x/menit</li> <li>- Saturasi 98% dan terpasang nasal kanul 5liter</li> </ul> <p>A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkolaborasikan pemberian obat bronkodilator</li> </ul> |                      |
|  | <p>Diagnosa 2: penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien sudah mulai membuka matanya saat diajak bicara</li> <li>- Keluarga megatakan pasien sudah bisa bicara meskipun suaranya tidak jelas</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur</li> </ul>  | <p>Ayu dan bella</p> |

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
|  | <p>- Tanda-tanda vital</p> <p>TD:140/90 mmHG</p> <p>N :90x/m</p> <p>-Tampak pasien gelisah</p> <p>A: Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen peningkatan tekanan Intracranial</p> <p>- Memberikan posisi elevasi 30</p>  |                      |
|  | <p>Diagnosa 3 : Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <p>- Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri</p> <p>- Keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga</p> <p>O :</p> <p>- Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur</p> <p>- Uji kekuatan otot : kanan kiri</p><br><p>Tangan            0   1</p> <p>                          — —</p> <p>Kaki                0   1</p> | <p>Ayu dan Bella</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Tampak pergerakan mulai membaik setelah di mobilisasi miki</li><li>- Tampak kelemahan pada tangan dan kaki kanan</li></ul> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Dukungan mobilisasi</p> |  |
|--|---|--|

## DAFTAR OBAT

### 1. Citicolin

- a. Nama obat : citicolin
- b. Klasifikasi/ golongan obat : neurotonics
- c. Dosis umum : untuk menghilangkan kesadaran akibat trauma kepala atau operasi otak: 100 mg sampai 500 mg, 1-2 kali sehari secara drip intravena atau intravena biasa. Gangguan kesadaran pada infark serebri stadium akut : 1000 mg sekali sehari intravena selama 2 minggu berturut-turut. Pasca hemiplegia apoplektik : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama 4 minggu berturut-turut, jika tampak perbaikan dilanjutkan selama 4 minggu lagi. Kaplet : 1000-2000 mg per hari dalam dosis terbagi dengan atau tanpa makanan.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 250 mg/IV/ 12 jam
- e. Cara pemberian obat : intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama fosfatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi gangguan memori
- h. Kontra indikasi : hipersensitif terhadap citicolin
- i. Efek samping obat : ruam, mual, muntah, pusing, kejang, insomnia.

### 1. Ranitidine

- a. Nama obat : *ranitidine*
- b. Klasifikasi/golongan : antasida, antirefluks/*antagonis HR*
- c. 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. Anak 1 mg/kg berat badan (maksimal 50 mg) melalui intravena. Lakukan setiap 6-8 jam.

- d. Dosis untuk pasien bersangkutan : 50 mg/IV/12 jam
- e. Cara pemberian obat : melalui intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : *ranitidine* bekerja dengan cara menghambat produksi asam lambung yang berlebih, sehingga gejala tersebut dapat meredah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengurangi asam lambung
- h. Kontra indikasi : hipersensivitas terhadap *ranitidine*
- i. Efek samping obat : paling sering saki kepala, konstipasi, diare, mual. Muntah, nyeri perut.

## 2. Manitol

- a. Nama obat : manitol
- b. Klasifikasi/ golongan obat : diuretik osmotik
- c. Dosis umum : dewasa 50-200 gram, di berikan selama 24 jam  
anak-anak : 0,25-2 gram/kg BB.
- d. Dosis untukn pasien bersangkutan : 6x150 /24 jam
- e. Cara pemberian obat : melalui cairan infus
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : untuk menurunkan tekanan intrakranial dengan cara meningkatkan osmolalitas plasma sehingga aliran cairan dari jaringan menuju kedalam plasma meningkat, terjadinya penurunan viskositas darah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi tekanan intrakranial yang tinggi
- h. Kontra indikasi : hipersensivitas terhadap obat ini, kondisi anuria, edema paru yang berat, gagal ginjal, dehidrasi berat, edema metabolik, penyakit ginjal progresif, dan pendarahan intrakranial aktif.



- i. Efek samping : demam, menggigil, sakit kepala, pilek, buang air kecil jadi lebih serin, pusing atau penglihatan kabur, mual atau muntah.

### 3. *Nicardipine*

- a. Nama obat : *nicardipine*
- b. Klasifikasi/ golongan obat : antagonis kalsium
- c. Dosis umum : dewasa awalnya 3-5 mg/jam melalui infus terus menerus selama 15 menit, dapat disesuaikan menurut tekanan darah dengan penambahan 0,5-2,5 mg/jam setiap 15 menit; setelah tekanan darah yang diinginkan tercapai dapat diturunkan ke tingkat pemeliharaan : 2- mg/jam. Maks: 15 mg/jam.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 0,5 mg/jam/ IV
- e. Cara pemberian obat : intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : *nicardipine* bekerja dengan menghambat dan mengendalikan aliran kalsium kedalam sel jantung dan pembuluh darah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi hipertensi
- h. Kontra indikasi : *nicardipine* menyebabkan hipotensi simtomatik dan takikardia, pemberian harus hati-hati pada pasien dengan gagal jantung kongestif
- i. Efek samping obat : pingsan, pertumbuhan gusi berlebih, dan ruam bisa terjadi, dan dapat meningkatkan detak jantung karena penurunan tekanan darah. *Nicardipine* terkadang menyebabkan peningkatan frekuensi dan durasi angina.

### 4. Piracetam

- a. Nama obat : Piracetam
- b. Klasifikasi/golongan obat : Nootropik
- c. Dosis umum : 1,2-4,8 gr/hari

- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2x1
- e. Cara pemberian obat : Intravena (IV)
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat ini mempengaruhi otak dan sistem saraf. Piracetam melindungi bagian otak yang bernama kortek serebri agar tidak kekurangan oksigen. Kortek serebri bertanggung jawab dalam proses berfikir, persepsi, daya ingat serta memiliki peran dalam fungsi motorik (gerakan). Mengendalikan kelainan kontraksi otot yang terjadi tanpa disadari.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien mengeluh pusing dan tegang pada tengkuk leher
- h. Kontraindikasi :
  - a) Pasien yang sedang melakukan diet sodium
  - b) Gangguan ginjal
  - c) Gangguan hati
  - d) mengemudi
- i. efek samping :
  - a) merasa gugup atau cemas
  - b) berat badan bertambah
  - c) mudah mengantuk dan merasa lelah

## 5. Transamin

- a. Nama obat : Transamin
- b. Klasifikasi/golongan obat : haemostatik
- c. Dosis umum : 250-500mg / sehari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : /6 jam
- e. Cara pemberian obat : intravena (IV)
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Transamin adalah obat yang mengandung asam traneksamat sebagai zat aktifnya. Transamin digunakan untuk pengobatan jangka pendek pada gangguan perdarahan seperti hemofilia (darah sulit membeku) untuk mencegah dan mengurangi perdarahan dari pencabutan

gigi, dan pendarahan beresiko tinggi seperti setelah operasi atau cedera. Transamin bekerja dengan cara membantu pembekuan darah normal untuk mencegah dan menghentikan perdarahan berkepanjangan.

- g. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan
- h. Kontraindikasi :
  - a) Pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap transamin
  - b) Penyakit tromboemboli aktif
  - c) Gangguan ginjal berat
- i. Efek samping
  - a) Gangguan visual dan okuler
  - b) Gangguan sistem saraf : sakit kepala, migran
  - c) Gangguan darah dan sistem limfatik: anemia
  - d) Gangguan pencernaan : diare, mual, muntah, sakit perut

#### 6. Candesartan

- a. Nama obat : candesartan
- b. Klafikasi/golongan obat : angiotensin
- c. Dosis umum : 1-2 tablet / 3xsehari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1
- e. Cara pemberian obat : oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menurunkan tekanan darah, sehingga mencegah penyakit seperti stroke dan serangan jantung. Disebut sebagai penghambat reseptor angiotensin karena obat ini mampu menghambat penimpitan pembuluh darah akibat efek dari suatu zat dalam tubuh yang di sebut angiotensin II. Dengan melebarnya pembuluh darah, darah bisa mengalir lebih mudah sehingga tekanan darah pun menurun.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien ada riwayat hipertensi tekanan darah tinggi : 166/107 mmHg

- h. Kontraindikasi :
  - a) Wanita hamil dan menyusui
  - b) Anak-anak <6 tahun
- i. Efek samping obat
  - a) Batuk
  - b) Sakit tenggorokan
  - c) Pusing
  - d) Infeksi saluran pernapasan

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Pembahasan Asuhan Keperawatan**

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang di peroleh dari hasil perawatan yang di lakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teori dengan kasus nyata pada Tn. "J" dengan Hemoragik Stroke di ruang perawatan "ICU" RS bhayangkara Makassar. Pada pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, Intervensi keperawatan, implementas keperawatan, evaluasi pada pasien Stroke Hemoragik.

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian primer :

###### **a. B1 (Breathing)**

Pada pengkajian B1 yang dilakukan pada pasien Tn. "J", tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 28x/m Spo2 90%, dengan bunyi napas tambahan ronchi tampak pasien menggunakan alat bantu napas NRM 10 liter, hasil foto thorax: HHD disertai bendungan paru dilatasi aortic knob (aneurisma aorta) pneumonia unspecified. Dari hasil analisa pada pasien Tn. "J" yaitu Sesak napas Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh yulianti (2022) infeksi yang menyebabkan inflamasi pada kantung udara kecil di paru-paru, yang disebut alveoli yang dapat di sebabkan oleh bakteri, virus, atau jamur. Alveoli normalnya diisi dengan udara, sehingga paru-paru bisa mengembang saat bernapas dan mengantarkan oksigen ke aliran darah. Saat terkena pneumonia, alveoli terisi cairan atau nanah (dahak kental berwarna kuning), sehingga pernapasan menjadi sulit.

b. Pada pengkajian B2 didapatkan pasien mengalami hipertensi TD: 161/107 mmHg, takikardia N: 107x/m. Dari hasil analisa

pada pasien Tn. "J" yaitu meningkatnya cardiac output atau meningkatnya resistensi pembuluh darah dan hormon Renin Angiotensin Aldosterone System (RAAS). Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Poggesi et al (2021) Cardiac output meningkat karena adanya retensi  $\text{Na}^+$  atau kadar Na di dalam tubuh meningkat karena Na ini akan meningkatkan osmolaritas darah. Hal ini menyebabkan cairan yang ada diluar pembuluh darah akan berosmosis masuk kedalam pembuluh darah. Kemudian hormon Renin Angiotensin Aldosterone System (RAAS) akan merangsang reabsorpsi  $\text{Na}^+$  dan pengeluaran  $\text{K}^+$  sehingga meningkatkan volume darah yang berdampak pada peningkatan tekanan darah.

c. B3 (Brain)

Pada pengkajian B3 di dapatkan penurunan kesadaran dengan GCS 10 yaitu somnolen, Dari hasil analisa pada pasien Tn. "J" yaitu pasien mengalami hipertensi yang tidak terkontrol. hal ini sesuai dengan teori Ningrum (2022) bahwa hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya peningkatan viskositas pembuluh darah dimana jika berlangsung lama akan menyebabkan pembuluh darah mudah pecah dan ruptur sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan stroke hemoragik. Ketika kekurangan suplai oksigen menuju ke serebral akan menyebabkan penurunan kinerja dari sistem saraf di otak, maka pasien masuk pada kondisi penurunan kesadaran.

d. B5 (Bowel)

Pada pengkajian ini didapatkan abnormalitas seperti adanya konstipasi sejak dirawat di rumah sakit. Dari hasil analisa pada pasien Tn. "J" yaitu pasien juga mengalami penurunan kesadaran maka dilakukan pemasangan NGT untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan memonitor input cairan pasien. Hal ini sesuai dengan teori Saraswati & Khariri (2021) bahwa

tindakan pemasangan NGT merupakan tindakan medis yang umum dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang cukup dan obat-obatan pasien untuk mendukung proses pemulihan. Hal ini dikarenakan pada kondisi tersebut, pasien mungkin mengalami kesulitan menelan atau tidak sadar sama sekali, sehingga pemberian makanan dan obat-obatan melalui mulut tidak memungkinkan. NGT memungkinkan pemberian makanan cair dan formula nutrisi langsung ke lambung, memastikan pasien mendapatkan kalori, protein, vitamin, dan mineral yang dibutuhkan.

e. B6 (Bone)

Pada saat pengkajian pasien tidak memiliki masalah ataupun kelainan pada tulang, tendon namun pada pergerakan sendi pasien terbatas. Dari hasil analisa pada pasien Tn. "J" pasien mengalami penurunan kekuatan otot sehingga tidak dapat bergerak atau beraktivitas seperti biasa. Menurut Rachmawati et al., (2022) bahwa pasien dengan stroke hemoragik mengalami kerusakan pada saraf yang mengontrol gerakan otot. Kerusakan saraf ini dapat mengganggu komunikasi antara otak dan otot, sehingga menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan.

Pengkajian sekunder:

Pengkajian 11 pola gordon menurut Nuryanti, (2020) dilakukan secara komprehensif yang mencakup seluruh aspek kerangka pengkajian kesehatan fungsional pada pasien Tn. "J" pengkajian 11 pola gordon hanya di kaji berdasarkan pola - pola yang bermasalah antara lain :

Pengkajian pada kasus ini penulis memperoleh data melalui wawancara dengan keluarga pasien. Pasien masuk RS pada tanggal 08 Mei 2024 dengan diagnosa medik Hemoragik Stroke. Data yang diperoleh dari keluarga bahwa pasien Tn. "J" (43 tahun)

Keluarga mengatakan pasien di bawa ke RS dan di perjalanan pasien tiba-tiba tidak sadarkan diri dan sesak, pasien di bawah ke rumah sakit di bone pasien sudah tidak bicara dan mengalami penurunan kesadaran. 2 hari yang lalu pasien di rawat di Rumah Sakit Bone kemudian di rujuk ke Rumah Sakit Bhayangkaa Makassar untuk mendapatkan perawatan dan penanganan yang baik. Hasil observasi, pemeriksaan fisik langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu hasil CT-Scan kepala, Foto Thorax dan Pemeriksaan Laboratorium pasien masuk rumah sakit pada tanggal 09 Mei 2024 dengan diagnosa medik *Hemiparese dextra*.

Saat pengkajian di lakukan pada tanggal 09 Mei 2024 di ICU didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS : 10 (E3V3M4) somnolen, keluarga pasien mengatakan pasien menderita penyakit hipertensi 2 tahun yang lalu dan memiliki kebiasaan ngemil gorengan dan merokok, hipertensi yang terus menerus dapat mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak. Perubahan yang terus berlanjut dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak (serebral) sehingga terjadi stroke hemoragik, perdarahan otak sering menyebabkan peningkatan tekanan di dalam otak yang akibatnya terjadi deficit neurologis dan hilangnya kesadaran (Yonata & Pratama, 2021).

tanda dan gejala pada teori yaitu salah satu tanda dan gejala Tn. "J" yaitu kelemahan di seluruh badan dan kekakuan pada salah satu sisi tubuh yaitu Hemiparese dextra. Hemiparese dextra terjadi karena adanya perdarahan atau kerusakan sel-sel otak yang dapat menyebabkan gangguan fungsi motorik. Pada pasien terjadi pada otak kiri. Sesuai dengan pengaturan fungsi motorik oleh otak bawah



hemiparese kiri bertanggung jawab terhadap pengaturan motorik tubuh sebelah kanan. Adanya kerusakan pada hemisfer dapat menyebabkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas.

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko yang dapat mengakibatkan stroke antara lain : yang tidak dapat diubah (predisposisi), yaitu usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, sedangkan yang dapat diubah (presipitasi), yaitu hipertensi, penyakit jantung, DM, obesitas dan merokok. Pada kasus, faktor yang dapat menyebabkan Tn "J" mengalami stroke yaitu pada faktor presipitasi yaitu pola hidup, merokok dan hipertensi. Dimana Tn"J" mengabaikan pola hidup sehat, jarang beraktivitas/olahraga dan juga pasien mengalami hipertensi dan tidak pernah meminum obat yang mengakibatkan pembuluh darah lebih kaku dan penurunan fungsi yang dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah mengakibatkan ruptur pembuluh darah dan terjadi pecah pembuluh darah.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Tn."J" penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai SDKI (2017) yaitu:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001). Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data-data dari pasien dan keluarga yaitu keluarga mengatakan pasien batuk berdahak 2 hari yang lalu, tampak pasien tidak dapat mengeluarkan dahak, tampak terdengar suara napas ronchi, tampak pasien menggunakan alat bantu nafas Non Rebrathing Mask (NRM) 10liter, pernapasan : 28 x/menit, spo2 : 90%, tampak pasien sesak, hasil foto thorax : Pneumonia unspecified.

Berdasarkan data-data diatas menunjukkan 80% sudah memenuhi tanda dan gejala mayor SDKI.

- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral ( mis. Stroke hemoragic) (D.0066). Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa prioritas karena didapatkan data-data dari pasien pasien mengalami penurunan kesadaran GCS: E :3, V: 3, M: 4 (somnia), tampak pasien gelisah, Tekanan Darah 161/113 mmHg. Dilakukan pemeriksaan diagnostik hasil Ct-Scan kepala menunjukkan traparenchymal hemmorage sinistra disertai intraventricular hemmorage yang menyebabkan midline shift kanan. Berdasarkan data-data diatas menunjukkan 80% sudah memenuhi tanda dan gejala mayor SDKI.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0054) ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, rentang gerak menurun dan fisik lemah. . Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tampak pasien tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kanan, tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitasnya, dan uji kekuatan otot pada ekstremitas atas kanan 0, ekstremitas bawah kanan 0, ekstremitas kiri 1, ekstremitas kiri bawah 1. Berdasarkan data-data diatas menunjukkan 80% sudah memenuhi tanda dan gejala mayor SDKI.

### 3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan intervensi sesuai kondisi pasien.

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan pada diagnosa kedua ini penulis membuat 9

intervensi berdasarkan SIKI (2018) yaitu: Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), Monitor sputum, Berikan oksigen, jika perlu, Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu, Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan, Pertahankan kepatenan jalan napas, Kolaborasi pemberian obat, jika perlu.

- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral pasien mengalami penurunan kesadaran Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 8 intervensi berdasarkan SIKI (2018), yaitu Manajemen peningkatan tekanan intracranial: observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK ( mis. Edema serebral), monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar) Terapeutik : Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi *head up* 30°, pemantauan neurologis : observasi : pertahankan posisi kepala dan leher. Edukasi : jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, rentang gerak menurun, dan fisik lemah. Pada diagnosa ketiga ini penulis membuat 7 intervensi berdasarkan SIKI (2018) yaitu: dukungan mobilisasi: observasi : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, terapeutik : fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan dilakukan pada Tn."J" penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi

keperawatan yang telah dibuat, penulis tidak menemukan hambatan saat melakukan implementasi kepada pasien, dimana penulis bekerja sama dengan tenaga medis yang bekerja di ruang ICU, keluarga pasien dan juga di dukung oleh sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit. Pemberian fokus implementasi pada pasien yaitu posisi *head up 30°*.

Pemberian posisi *head up 30°* dilakukan untuk meningkatkan dan menjaga hemodinamika tetap stabil, mencegah peningkatan tekanan intrakranial, memenuhi kebutuhan oksigenasi di otak sehingga menghindari terjadinya hipoksia otak pada pasien.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 09-11 Mei 2024 pada pasien Tn "J" merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana pasien sesaknya berkurang, frekuensi napas 24x/menit, spo2 98%, dan pasien menggunakan nassal kanul 5 liter.
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Pasien mengalami penurunan kesadaran. Sampai pada perawatan ketiga masalah teratasi dimana GCS E3V3M4 (somnolen), TD: (140/90 mmHG) N : 90X/M.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Sampai pada hari ketiga perawatan belum dapat terasi, dimana pasien masih sulit menggerakkan ekstremitas bagian kanannya, yaitu : aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga.

## **B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing**

### 1. Judul EBN sesuai kasus

Pengaruh efektifitas penerapan elevasi kepala 30 terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke

### 2. Diagnosis keperawatan

Penurunan kapasitas adaptif intracranial

### 3. Luaran yang diharapkan

Diharapkan Tingkat kesadaran meningkat, nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik, kesadaran membaik, tekanan darah sistolik dan diastolik cukup membaik, sesak menurun.

### 4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Pemantauan neurologis dan manajemen peningkatan tekanan intracranial

### 5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

#### a. Pengertian tindakan

Elevasi kepala 30 adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30 dari posisi normal dan dengan mensejajarkan ekstremitas dengan badan (Wahidin & supraptini,2020)

Posisi head up 30 adalah suatu posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar.

#### b. Tujuan

Pada kasus asuhan keperawatan ini pemberian posisi head up 30 dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke, tujuan dilakukannya elevasi kepala 30 adalah untuk mempengaruhi venous return menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai instruksinya. Posisi elevasi

kepala 30° pada pasien stroke hemoragik bertujuan untuk menurunkan TIK, memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral

C. PICOT EBN (Problem, Intervension, Comparison, Outcome, Time)

| RUBRIK     | JURNAL 1   | JURNAL 2   | JURNAL 3  |
|------------|--|--|---|
| Judul      | Sosialisasi <i>Head Up</i> 30 derajat pada keluarga pasien dengan stroke hemoragik di Rumah Sakit Dr R Soeharsono Banjarmasin (Astiwi, 2024) | Manajamen keperawatan pada pasien stroke hemoragik di ruangan saraf : suatu studi kasus (Yusnita et al., 2022) | Pengaruh pemberian posisi <i>head up</i> 30 derajat terhadap penurunan intracranial pada pasien stroke di igd Rsud Dr. T. C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka (Trisila et al., 2022) |
| Populasi   | Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan di Rumah Sakit Dr R Soeharsono Banjarmasin dengan pasien Stroke Hemoragik                             | Pelaksanaan pengumpulan data ini pada pasien stroke hemoragik yang di rawat di ruang saraf                     | Populasi pada penelitian ini adalah pada pasien laki-laki umur 48 tahun dengan penurunan kesadaran akibat stroke hemoragik  |
| Intervensi | Penulis menggunakan intervensi pemberian posisi  | Dengan pemberian elevasi kepala 30 derajat ini dapat memperlancar dan  | Pemberian posisi <i>head up</i> 30 derajat sangat berpengaruh   |

|            |   |   |  |
|------------|---|---|--|
|            | head up 30° untuk menurunkan Tekanan Intrakranial pada pasien stroke hemoragik. | meningkatkan aliran darah serta oksigenasi serebral yang maksimal sehingga dapat mencegah peningkatan tekanan intracranial dan pengaruh pada Tingkat kesadaran. | Dimana dapat mencegah terjadinya peningkatan intracranial posisi head up 30 derajat mempengaruhi venous return menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai fungsinya. |
| Comparison | Tidak ada intervensi pembandingan yang digunakan                                | Peneliti tidak menggunakan pembandingan apapun  | Peneliti membandingkan sebelum dan sesudah diberikan posisi <i>head up 30°</i>   |

|         |  |  |   |
|---------|--|--|---|
| Outcome | <p>Penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan elevasi 30 derajat pada pasien stroke sangat berpengaruh dan sangat direkomendasikan pada pasien stroke untuk meningkatkan peredaran darah dan meningkatkan kenyamanan pasien.</p> | <p>Peneliti menganjurkan bahwa pemberian elevasi kepla 30 derajat merupakan tindakan awal untuk pasien stroke hemoragik karena berpengaruh pada peningkatan aliran darah serta oksigenasi dan dapat mencegah peningkatan tekanan intracranial.</p> | <p>Penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian posisi kepala elevasi 30 derajat dapat menurunkan TIK. Ada pengaruh pemberian posisi head up 30 derajat terhadap TIK.</p> |
| Time    | <p>Pelaksanaan teknik ini dilakukan setiap shift dalam jangka waktu 3x24 jam selama 15-30 menit</p>  | <p>Pelaksanaan intervensi ini adalah 1x dalam sehari selama 30 menit.</p>  | <p>Peneliti melakukan intervensi 30 menit</p>   |



## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Asuhan keperawatan pada Tn. "J" dengan Stroke hemoragik di ruang ICU di RS Bhayangkara Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : Dari hasil yang di dapatkan pada Tn."J" factor terjadinya stroke yaitu keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat Hipertensi, observasi TTV keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran samnolen (GCS M3V3E4), TD: 166/107 mmHg, N : 107x/menit, P : 28x/m S: 37,5 c, SpO2 : 90%.
2. Diagnosa Keperawatan : Diagnosa stroke Hemoragik yang ditemukan pada Tn. "J" yaitu : bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001), penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral ( mis. *Stroke hemoragic*) (D.0066), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0054), Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109).
3. Intervensi Keperawatan : Dari rencana keperawatan yang telah penulis susunkan, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis ; meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan dan sarana yang ada di Rumah Sakit.
4. Implementasi : Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi bisa terlaksana dengan baik

5. Evaluasi Keperawatan : dari hasil evaluasi tidak ada diagnosa yang teratasi, karena perawatan pasien stroke membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat setempat.
6. Dokumentasi : Telah dilakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada Tn. "J" dengan Hemoragic Stroke dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi selama 3 hari dengan kerjasama yang baik oleh bantuan rekan dan perawat.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan :

1. Bagi pasien atau keluarga  
Untuk mencegah terjadinya gejala stroke yang berulang, dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat, bugar dan menjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, batasi mengonsumsi makanan yang asin dan daging merah. Disarankan kepada keluarga untuk selalu bekerjasama dengan ahli fisiotherapi dalam memberikan latihan fisik, menilai rentang sendi dan menganjurkan kepada keluarga agar membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pasien.
2. Bagi institusi rumah sakit Pihak RS  
diharapkan selalu diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat kontinyu melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di RS, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di RS.

3. Bagi perawat

Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat dan perawat itu sendiri. b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subyektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat dan merasa tidak terabaikan.

4. Bagi mahasiswa (i)

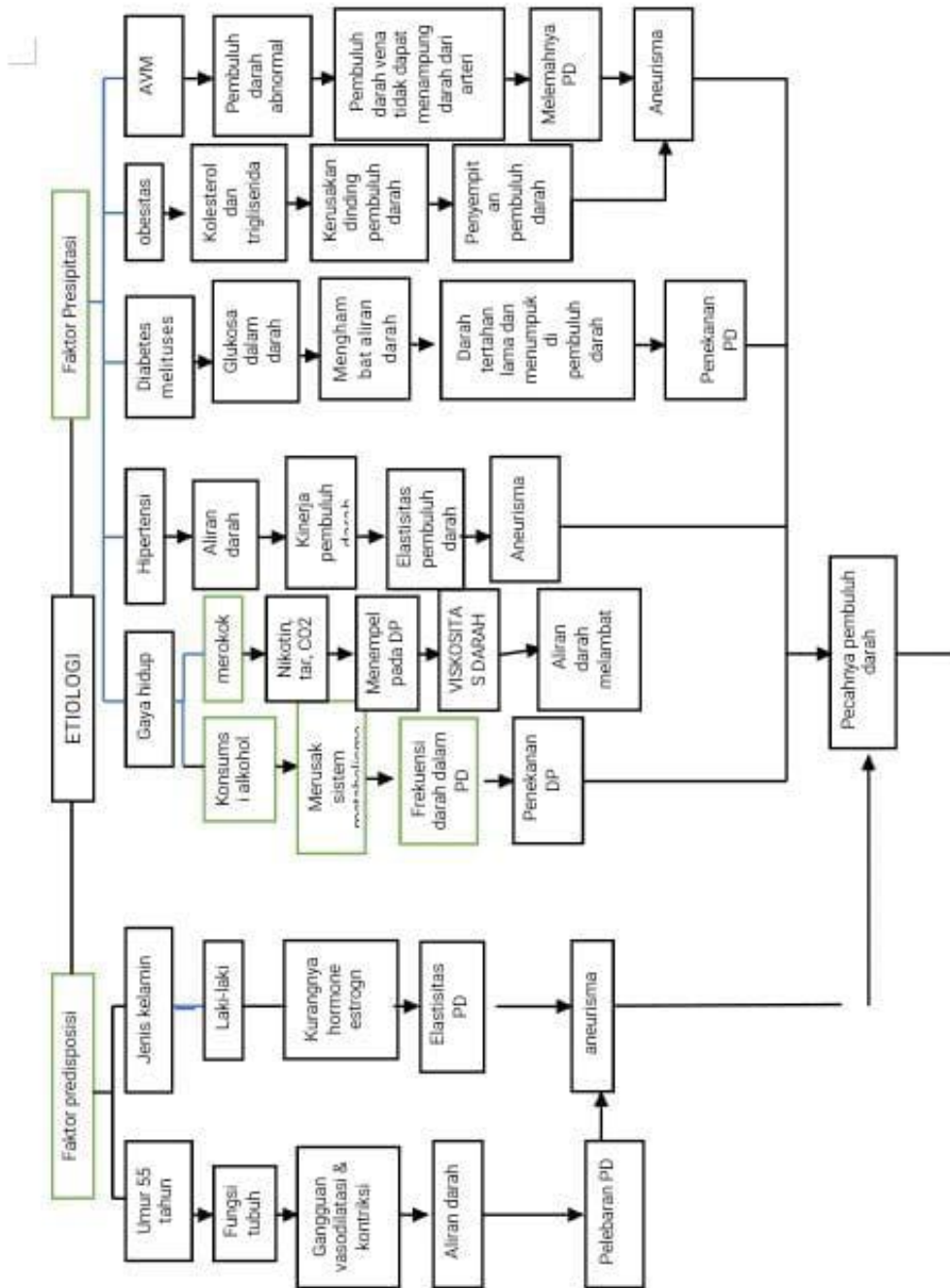
Bagi mahasiswa (i) untuk lebih meningkatkan intervensi serta pelaksanaan yang tepat bagi pasien stroke sesuai dengan teori yang didapatkan dibangku perkuliahan demi membantu meningkatkan kesehatan pasien serta diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.

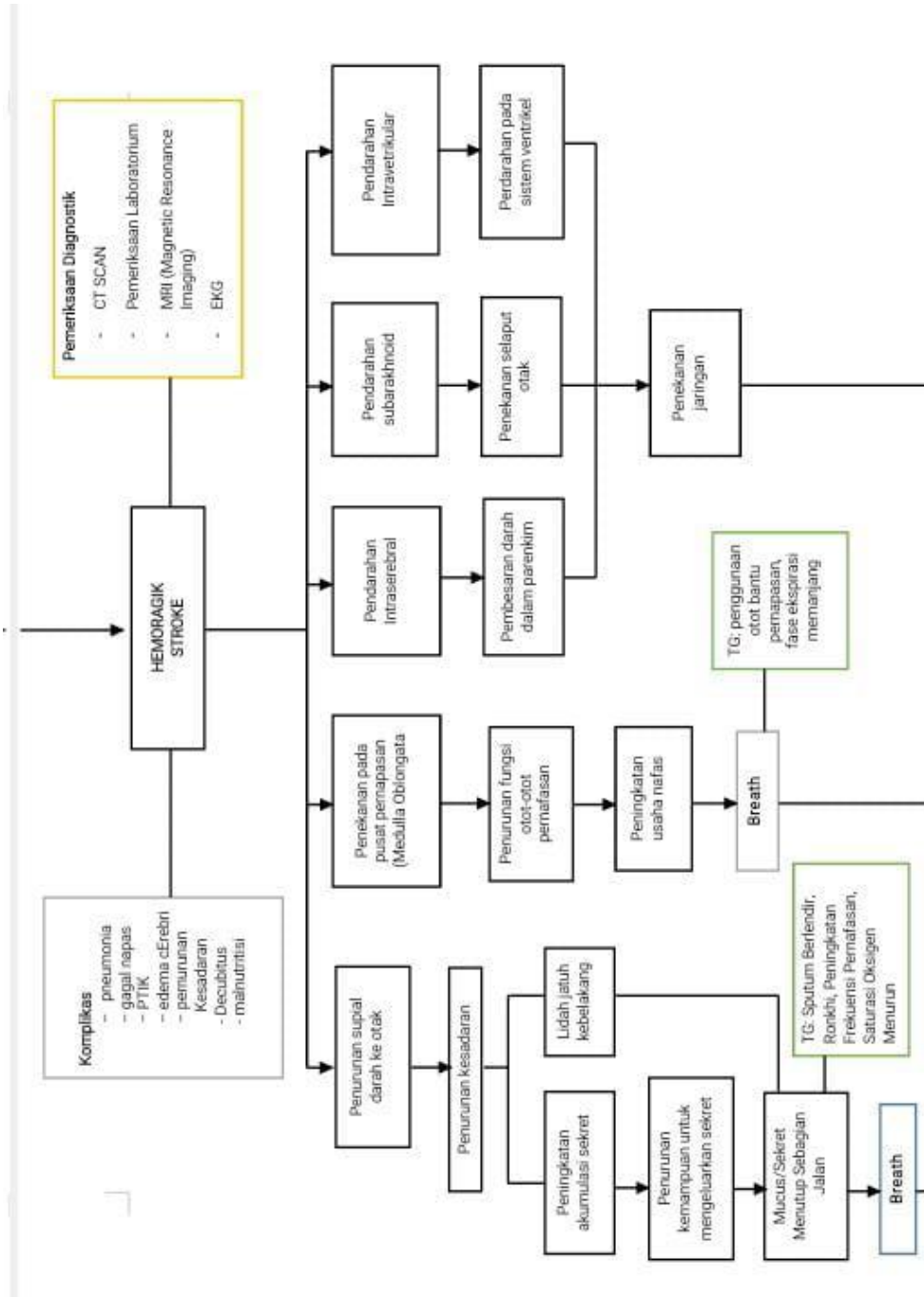
## DAFTAR PUSTAKA

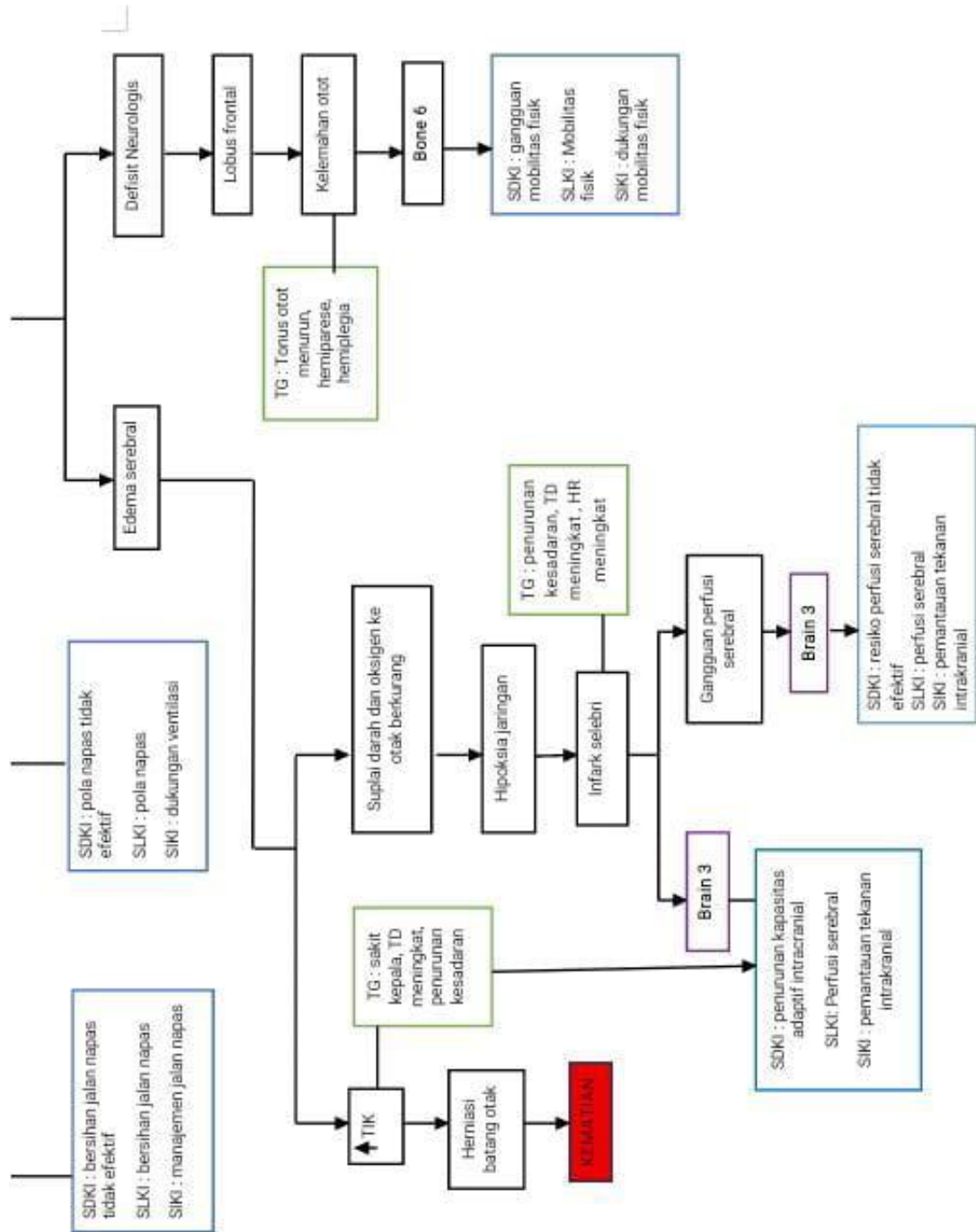
- Astiwi. (2024). *Sosialisasi Head Up 30 Derajat Pada Keluarga Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Rumah Sakit Dr R Soeharsono Banjarmasin*. 01(04), 412–414.
- Dewi et al. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(3), 1081–1092.
- Fitriyani, & Irawan, W. I. (2023). Stroke Hemoragik pada Pasien dengan Riwayat Stroke Iskemik. *Medula*, 13(7), 1248–1252.
- Kemenkes RI. (2018). Studi Ekologi Prevalensi Stroke Di Indonesia. *PREPOTIF : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(2), 1156–1162.  
<https://doi.org/10.31004/prepotif.v6i2.4027>
- Murphy, Werring, Uk, M., Thijs, V., Montaner, J., & Offiah, C. (n.d.). 1,2,23, . 2020, 1–29.
- Ningrum, A. T. (2022). (2022). LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S. DENGAN STROKE HEMORAGIK DI RUANG ALAMANDA 1 RSUD SLEMAN YOGYAKARTA. Other thesis, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. *Ningrum, Alfiana Tirta (2022)*, 5(3), 248–253.
- Nurhidayat, M. R. (2024). *Penerapan terapi musik klasik terhadap status hemodinamik pada pasien dengan Stroke Hemoragik di Intensive Care Unit (ICU): Case report*. 2.
- Poggesi, A., Insalata, G., Papi, G., Rinnoci, V., Donnini, I., Martini, M., Falsini, C., Hakiki, B., Romoli, A., Barbato, C., Polcaro, P., Casamorata, F., Macchi, C., Cecchi, F., & Salvadori, E. (2021). Gender differences in post-stroke functional outcome at discharge from an intensive rehabilitation hospital. *European Journal of Neurology*, 28(5), 1601–1608. <https://doi.org/10.1111/ene.14769>
- Pratiwi, S. H. (2018). Kebutuhan Psikososial Pasien Paska Stroke Pada Fase Rehabilitasi. *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*, 4(2), 55–61.

<https://doi.org/10.33867/jka.v4i2.43>

- Rachmawati, D., Marshela, C., & Sunarno, I. (2022). Perbedaan Faktor Resiko Penyebab Stroke Pada Lansia Dan Remaja. *Bali Medika Jurnal*, 9(3), 207–221. <https://doi.org/10.36376/bmj.v9i3.281>
- Saraswati, D, R., & Khariri. (2021). Transisi Epidemiologi Stroke Sebagai Penyebab Kematian Pada Semua Kelompok Usia Di Indonesia. *Journal Kedokteran*, 2(1), 81–85.  
<https://conference.upnvj.ac.id/index.php/sensorik/article/view/1001>
- Setiawan et al. (2021). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406.
- Sutarwi et al. (2020). No Title. *Sensitivitas Dan Spesifitas Skor Stroke Literature Review. Gaste*.
- 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.
- WSO. (2021). Farewell 2021, it's been swell! *International Journal of Stroke*, 11(9), 949. <https://doi.org/10.1177/1747493016680713>
- Yonata, A., & Pratama, A. S. P. (2021). Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke. *Jurnal Kesehatan Kedokteran*, 5(3), 17–21.
- Yusnita, E. D., Darliana, D., & Amalia, R. (2022). Manajemen Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang Saraf : Suatu Studi Kasus. *JIM Fkep*, 1(2), 10–17.









## RIWAYAT HIDUP



### Identitas Diri

Nama : Ayu Wandari, S.kep  
 Tempat/tanggal lahir : Ladi, 27 Mei 2001  
 Jenis kelamin : Perempuan  
 Agama : Kristen Protestan  
 Alamat : Jln. Cendrawasih Lor.VIIA. 12

### Identitas orang tua

|                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Nama Ayah: Tappi</b>         | <b>Nama Ibu: Anastasia Daud</b> |
| <b>Agama: Kristen protestan</b> | <b>Agama: Kristen protestan</b> |
| <b>Pekerjaan: Wirauswasta</b>   | <b>Pekerjaan: Wirauswasta</b>   |
| <b>Alamat: Wamena</b>           | <b>Alamat: Wamena</b>           |

### Pendidikan yang telah di tempu

SDN 005 TABANG : Tahun 2007-2013

SMPN 1 Tabang : Tahun 2013-2016

SMK Matallo Rantepao : Tahun 2016-2019

STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2019-2023

Ners Stik Stella Maris Makassar : Tahun 2023-2024



#### Identitas Diri

**Nama** : Bella nasya valencia Liesal,s.kep  
**Tempat/tanggal lahir** : Makassar 09 Februari 2002  
**Jenis kelamin** : Perempuan  
**Agama** : Kristen Protestan  
**Alamat** : Jln. Tidung 10 Perumahan Stella Maris

#### Identitas orang tua

|                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Nama Ayah: benony Liesal</b> | <b>Nama Ibu: Louise Stella</b>  |
| <b>Agama: Kristen protestan</b> | <b>Grace Sinanu</b>             |
| <b>Pekerjaan: PNS</b>           | <b>Agama: Kristen protestan</b> |
| <b>Alamat: Jl. Siwalima</b>     | <b>Pekerjaan: PNS</b>           |
|                                 | <b>Alamat: Jl. Siwalima</b>     |

#### Pendidikan yang telah di tempu:

SDN 1 DOBO : Tahun 2007-2013

SMP YOS SUDARSO DOBO : Tahun 2013-2016

SMA PGRI DOBO : Tahun 2016-2019

STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2019-2023

Ners Stik Stella Maris Makassar : Tahun 2023-2024

### LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Ayu Wandari (NS2314901017)  
 2. Bella Nasya V. Liesal (NS2314901018)

Program : Profesi Ners

Pembimbing I : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.kep

Judul Karya Ilmiah Akhir : "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar"

| Hari/Tanggal           | Materi Konsul  | TTD Pembimbing |    | TTD Mahasiswa |     |
|------------------------|--|----------------|----|---------------|-----|
|                        |  | I              | II | I             | II  |
| Jumad, 10<br>Mei 2024  | a. Lapor kasus<br>b. ACC kasus   | Oli            |    | Ach           | Ban |
| Selasa, 15<br>Mei 2024 | Konsultasi pengkajian :<br>a. Melengkapi dan data<br>memperbaiki pengkajian<br>b. Memperhatikan<br>diagnose yang di angkat   | Oli            |    | Ach           | Ban |
| Jumad, 18<br>Mei 2024  | Memperhatikan yang ada<br>dalam 11 pola Gordon dan<br>koreksi sistematika penulisan,<br>perbaiki diagnosa  | Oli            |    | Ach           | Ban |
| Selasa, 28<br>Mei 2024 | a. Melengkapi diagnose,<br>intervensi,<br>implementasi, evaluasi<br>b. Memoerbaiki EBN   | Oli            |    | Ach           | Ban |
| Rabu, 5 Juni<br>2024   | a. Tambahkan data di<br>diagnosa<br>b. Menambahkan daftar<br>obat di intervensi dan<br>imlementasi<br>c. Evaluasi di sesuaikan<br>dengan SLKI dan data<br>pasien<br>d. Perbaiki bab IV | Oli            |    | Ach           | Ban |

|                       |  |             |             |           |
|-----------------------|--|-------------|-------------|-----------|
| Kamis, 7 Juni<br>2024 | a. Melengkapi BAB III<br>b. Rapikan penulisan dari<br>diagnose, intervensi,<br>implementasi, evaluasi<br>c. Menambahkan data di<br>pengkajian BAB IV | <i>olin</i> | <i>Self</i> | <i>Pa</i> |
|-----------------------|--|-------------|-------------|-----------|


















### LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Ayu Wandari (NS2314901017)  
 2. Bella Nasya V. Liesal (NS2314901018)

Program : Profesi Ners

Pembimbing II : Meyke Rosdiana, Ns.M.kep

Judul Karya Ilmiah Akhir : "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar"

| Hari/Tanggal       | Materi Konsul   | TTD Pembimbing  | TTD Mahasiswa   |   |
|--------------------|---|---|---|---|
|                    |   | II  | I   | II  |
| Rabu, 22 Mei 2024  | Bab I dan Bab II<br>a. Memperbaiki susunan Bab I<br>b. Menyusun Bab II                                |    |    |    |
| Senin, 27 Mei 2024 | Revisi Bab I dan Bab II<br>a. Memperbaiki susunan Bab I dan Bab II<br>b. Memperbaiki format penulisan |  |  |  |
| Kamis, 30 Mei 2024 | Memperbaiki Bab I dan Bab II  |  |  |  |
| Rabu, 5 Juni 2024  | a. Bab II tambahkan manifestasi klinis<br>b. Perbaiki penulisan                                       |  |  |  |
| Jumat, 7 Juni 2024 | a. Revisi Bab II, ACC Bab I dan II  |  |  |  |