



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
HEMORAGIK STROKE DI RUANG ICU/ICCU  
RUMAH SAKIT TK.II PELAMONIA  
MAKASSAR**

**OLEH**

**ENJULINSYA PAYUNG (NS2314901033)  
ERLIN (NS2314901034)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
MAKASSAR  
2024**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
HEMORAGIK STROKE DI RUANG ICU/ICCU  
RUMAH SAKIT TK.II PELAMONIA  
MAKASSAR**

**OLEH**

**ENJULINSYA PAYUNG (NS2314901033)  
ERLIN (NS2314901034)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
MAKASSAR  
2024**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Enjilinsya Payung (NS2314901033)
2. Erlin (NS2314901034)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 05 Juni 2024

Yang menyatakan,



(Enjilinsya Payung)



(Erlin)

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Sroke Hemoragik Di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan telah dipertanggung jawabkan di depan penguji.

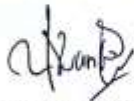
Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : Enjulinsya Payung (NS2314901033)  
Erlin (NS2314901034)

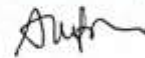
**Disetujui Oleh**

Pembimbing 1

Pembimbing 2



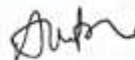
(Mery Sambo, Ns, M.Kep)  
NIDN:0930058102



(Fransiska Anita, Ns, Sp.Kep, MB, PhDNS)  
NIDN:0913098201

**Menyetujui,**

**Wakil Ketua Bidang Akademik  
STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita, Ns, Sp.Kep, MB, PhDNS  
NIDN:0913098201

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : Enjulinsya Payung (NS2314901033)  
Erlin (NS2314901034)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan  
Hemoragik Stroke Di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit  
TK.II Pelamonia Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

**DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI**

Pembimbing 1 : Mery Sambo.,Ns.,M.Kep



Pembimbing 2 : Fransiska Anita E.R.Sa'pang.,Ns.,Sp.Kep.MB., PhDNS



Penguji 1 : Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes



Penguji 2 : Yunita Gabriela Madu.,Ns.,M.Kep



Ditetapkan di : Makassar, 18 Juni 2024

Mengetahui,

 STIK Stella Maris Makassar  
St. Nita Abdus Si S.kep. Ns. M.kes

NIDN:0928027101

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Enjulinsya Payung (NS2314901033)

Erlin (NS2314901034)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 12 Juni 2024

Yang menyatakan,



(Enjulinsya Payung)



(Erlin)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar”.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini dapat berjalan dengan baik karena bantuan dari banyak oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tulus kepada semua yang terlibat membantu, mendukung, dan memotivasi penulis, terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB. PhDNS sebagai Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama sekaligus sebagai pembimbing 2 telah banyak memberikan arahan dan masukan selama penyusunan karya ilmiah akhir di STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, yang selalu memberikan dorongan bagi penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni yang senantiasa memberikan dukungan bagi penulis sekaligus penguji 1 yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep. sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners sekaligus sebagai pembimbing 1 yang telah memberi bimbingan, pengarahan, dorongan dan nasihat dalam penyelesaian karya ilmiah ini.
6. Yunita Gabriela Madu.,Ns.,M.Kep selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis.

7. Kepada Pembimbing Klinik Serta Para Pegawai Di ICU Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar Yang Telah Memberikan Izin dan Pengarahan untuk melaksanakan studi kasus di ICU Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar.
8. Orang tua tercinta Enjulinsya Payung (Maria Tangdibali), kakak serta adik yang selalu memberikan dukungan, nasihat, motivasi dan materi.
9. Orang tua tercinta Erlin (Sonda dan Limbong) dan kakak yang selalu memberikan dukungan, nasihat, motivasi dan materi.
10. Kepada teman-teman seperjuangan mahasiswa Profesi Ners Keperawatan Angkatan 2023 yang tidak berhentinya mendukung dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
11. Kepada semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu per satu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis terbuka dalam menerima kritik dan saran untuk perbaikan karya ilmiah akhir ini.

Makassar,05 Juni 2024

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN Sampul</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN Judul</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>HALAMAN DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	4
1. Tujuan umum .....	4
2. Tujuan khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan .....	5
1. Manfaat Akademis .....	5
2. Manfaat Praktis .....	6
D. Metode Penulisan .....	7
E. Sistematika Penulisan .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
A. Konsep Dasar Medik .....	9
1. Pengertian.....	9
2. Anatomi dan Fisiologi .....	10
3. Klasifikasi .....	12
4. Etiologi .....	14
5. Patofisiologi.....	17
6. Manifestasi Klinik .....	19
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	21
8. Penatalaksanaan Medis .....	23
9. Komplikasi.....	30
B. Konsep Dasar Keperawatan .....	32
1. Pengkajian .....	32
2. Diagnosa Keperawatan .....	35
3. Luaran Dan Perencanaan Keperawatan .....	37
4. Perencanaan Pulang.....	48
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS</b> .....	<b>54</b>
A. Ilustasi Kasus .....	54
B. Pengkajian .....	55
C. Analisa Data.....	71
D. Diagnosa Keperawatan .....	73
E. Perencanaan Keperawatan .....	74
F. Implementasi Keperawatan .....	79

G. Evaluasi Keperawatan .....	103
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....</b>	<b>112</b>
A. Pembahasan Askep .....	112
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing .....	119
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>128</b>
A. Simpulan .....	128
B. Saran .....	129
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>.....</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>.....</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sirkulasi Willisli .....

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Penkajian Primer.....	
Tabel 3.2 Pemeriksaan Labolatorium .....	
Tabel 3.3 Analisa Data .....	
Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan .....	
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan .....	
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan .....	
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan .....	

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Konsul .....
Lampiran 2	Daftar riwayat Hidup .....



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan masalah yang saat ini semakin meningkat di seluruh dunia, diantaranya Indonesia dimana hal ini sangat berbahaya dan mengancam kesehatan manusia dikarenakan stroke menyebabkan terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah otak. Stroke sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak. Apabila tidak ditangani dengan cepat maka akan berdampak buruk untuk keberlangsungan hidup seseorang (Utami et al., 2022).

Seperti yang kita ketahui stroke serangan pertama maupun stroke berulang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian di seluruh dunia (Perbasya, 2021). Menurut data World Health Organization (WHO, 2016) sekitar 87% kecacatan akibat stroke dan lebih banyak terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah dibandingkan negara berpenghasilan tinggi. Di Amerika Serikat terdapat 7.000.000 atau 3% penderita stroke. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar, angka kejadian stroke di Indonesia sekitar 10,9% dari 1000 populasi atau sekitar 2.120.352 orang. Sementara di Sulawesi Selatan angka kejadian stroke tertinggi pertama yaitu sebanyak 17,9% dari 1000 penduduk, sedangkan Di Kota 2 Makassar tahun 2018 ditemukan penyakit stroke sebanyak 823 kasus lama dan 2.061 kasus baru (Kemenkes RI, 2018).

Stroke berulang merupakan gangguan neurologis yang terjadi akibat kurangnya suplai darah ke area otak setelah sebelumnya pernah mengalami stroke. Stroke bisa terjadi lagi dengan kondisi yang lebih

parah setelah serangan yang pertama, dan umumnya terjadi pada penderita yang kurang kontrol diri atau bisa jadi sudah merasa puas setelah mengalami penyembuhan (pasca serangan stroke pertama) sehingga tidak lagi memeriksakan diri (Muhamad et al., 2024).

Stroke berulang dapat disebabkan oleh pola hidup yang tidak sehat, kebiasaan merokok, kebiasaan konsumsi alkohol, kebiasaan makan yang tidak tepat, aktivitas atau pergerakan yang tidak tepat, serta adanya penyumbatan (aneurisma) pada pembuluh darah yang sudah rapuh akibat faktor usia, pembuluh darah yang rapuh juga disebabkan oleh faktor usia (degeneratif) dan faktor keturunan (genetik). Pembuluh darah biasanya pecah karena arteri memiliki dinding tipis berbentuk balon atau arteriol yang tergores oleh plak aterosklerotik. Peningkatan tekanan darah secara tiba-tiba juga bisa disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan lainnya seperti tumor otak, gagal jantung (Rahayu, 2023).

Di sisi lain, kurangnya perhatian terhadap penggunaan obat-obatan farmakologis dalam pengobatan stroke dan penyakit terkait seperti obat tekanan darah, trombosit, obat diabetes, aspirin, obat clopidogrel, yang mengurangi risiko terjadinya stroke berulang juga turut berkontribusi terhadap terjadinya stroke berulang. Penggunaan nonfarmakologis antara lain kurangnya motivasi pasien dan keluarga sebagai caregiver dalam pelaksanaan pengobatan, rehabilitasi dan pengobatan, pengetahuan tentang penyakitnya, dukungan dari keluarga dan orang terdekat pasien serta perubahan gaya hidup pasien (Amalia et al., 2024).

Dampak dari penyakit stroke berulang menyebabkan kecacatan dan kematian, juga dapat menurunkan produktivitas ketika penderitanya berada pada usia produktif. Dari segi sosial, pasien stroke mengalami depresi psikologis, harga diri melemah, dan menarik diri dari masyarakat sehingga menambah beban psikologis pasien stroke. Sementara itu, dampak finansialnya adalah tingginya biaya pengobatan



dan rehabilitasi stroke berulang. Seseorang yang pernah terkena stroke atau stroke berulang kali tidak dapat berfungsi sebaik pada saat sehat. Akibat stroke yang dialami, beberapa fungsi tubuh terganggu meski semuanya tampak baik-baik saja. Jika pola hidup tidak dijaga dengan baik kemungkinan besar fungsi tubuh yang melemah akan memburuk (Gani et al., 2023).

Penanganan dan perawatan stroke yang tepat merupakan salah satu penunjang untuk meningkatkan status kesehatan pasien. Penanganan dan perawatan pada pasien stroke untuk tindakan pemulihan dapat dibedakan mejadi 3 yaitu fase akut, fase subakut dan fase kronis (Esti & Johan 2020). Fase akut merupakan fase penting karena pada fase ini dapat dilihat dalam 24 jam pertama serangan stroke hingga dapat berlangsung lebih dari 48 jam atau dapat juga berlangsung dari 2-4 hari tergantung pada kondisi klinik pasien. Pada fase ini, kondisi pasien dapat membaik ataupun memburuk, pasien harus dipantau secara ketat kesadaran dan neurologisnya. Fase akut ini dapat memperburuk kondisi jika pengobatan dan perawatan yang berikan kurang tepat. Hal ini dapat menyebabkan edema serebral, baik sitotoksik maupun vasogenik meningkat. Tujuan fase akut ini untuk mengurangi kekakuan sendi, mengurangi kerusakan otak, untuk melindungi dan memperbaiki neurofaskuler (Rahayuningtyas et al., 2021).

Pada fase akut ini penanganan pasien stroke melibatkan peran perawat diantaranya yaitu pemantauan tanda-tanda vital setiap 1 jam, pemberian posisi head up 30° dan melakukan suction untuk membersihkan jalan napas. Pecahnya pembuluh darah merupakan penyebab terjadinya stroke hemoragik, jika terjadi stroke maka aliran darah ke serebral menjadi tidak adekuat. Hal ini dapat mengakibatkan ketidakseimbangan suplai oksigen di otak, dan metabolisme dalam otak akan mengalami gangguan. Hal ini diperlukan pemantauan hemodinamik yang bertujuan untuk membantu penegakan diagnosis

berbagai gangguan kardiovaskuler, meminimalkan disfungsi kardiovaskuler atau mengobati gangguan, dan mengevaluasi respon terhadap terapi (Mustikarani & Mustofa, 2020).

Perawat berperan penting dalam pencegahan dan penanggulangan stroke, baik dari upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Untuk promotif, dapat membantu meningkatkan kesehatan dengan meningkatkan kesadaran mengenai stroke, gejala, penyebab, komplikasi dan cara untuk memperbaiki kondisi tersebut. Perawat juga dapat melakukan edukasi tentang tindakan pencegahan stroke, seperti pola makan rendah garam dan olahraga. Selain itu, mereka memberikan terapi dan bekerja sama dengan tim layanan kesehatan dalam pengobatan dan rehabilitasi pasien stroke untuk mencegah stroke baru dan meminimalkan kecacatan (Yuliano et al., 2018).

Pemberian posisi head up 30° adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan menjajarkan ekstremitas dengan badan. Manfaat posisi head up 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi jaringan. Posisi head up 30° memperbaiki drainase vena, perfusi serebral, dan menurunkan tekanan intrakranial. Head up 30° dapat menurunkan tekanan intrakranial melalui beberapa cara, yaitu menurunkan tekanan darah, perubahan ventilasi, meningkatkan aliran vena melalui vena jugularis yang tak berkatup, sehingga menurunkan volume darah vena sentral yang menurunkan tekanan intrakranial (Utami et al., 2018).

Posisi head up 30° derajat dapat meningkatkan oksigen ke otak. Posisi head up menunjukkan aliran balik darah dari bagian inferior menuju ke atrium kanan cukup baik karena resistensi pembuluh darah dan tekanan atrium kanan tidak terlalu tinggi, sehingga volume darah yang masuk (venous return) ke atrium kanan cukup baik dan tekanan pengisian ventrikel kanan (preload) meningkat, yang dapat mengarah

ke peningkatan stroke volume dan cardiac output. Pasien diposisikan head up 30° akan meningkatkan aliran darah di otak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Trisila et al., 2022).

Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan hemodinamik termasuk saturasi oksigen. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan dan penanganan yang tepat karena kondisi hemodinamik sangat mempengaruhi fungsi pengantaran oksigen dalam tubuh yang pada akhirnya akan mempengaruhi fungsi jantung. Pemberian posisi head up 30° pada pasien stroke mempunyai manfaat yang besar yaitu dapat memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Azizah & Arofiati, 2023)

Berdasarkan uraian diatas bahwa stroke merupakan masalah yang serius di Indonesia maupun dunia. Hal tersebut mendasari penulis tertarik untuk memilih hemoragik stroke menjadi kasus kelolaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di tunjang dengan data pengkajian yang cukup dan studi literatur yang luas.

## **B. Tujuan Penulisan**

Adapun tujuan penulisan karya tulis yaitu:

### **1. Tujuan umum**

Untuk memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan hemoragik stroke (HS) di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien hemoragik stroke (HS)
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien hemoragik stroke (HS)
- c. Menetapkan rencana asuhan keperawatan pada pasien hemoragik stroke (HS)

- d. Melaksanakan implemtasi dan evaluasi pada pasien hemoragik stroke (HS)
- e. Melakukan pendokumentasian pada pasien hemoragik stroke (HS)

### **C. Manfaat penulisan**

Dalam menulis karya tulis ilmiah diharapkan dapat bermanfaat bagi:

#### **1. Intansi rumah sakit**

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan merawat pasien stroke 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 Pasien**

Dapat di jadikan sebagai pedoman dalam cara merawat, mencegah serta melakukan penanganan penyakit stroke hemoragik dan dapat bermanfaat bagi klien dapat membangun tekad, dapat lebih memotivasi diri untuk kembali sehat dan menyikapi kondisi sakit dengan optimis.

#### **3. 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.

#### **4. 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-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 pengamatan langsung kondisi pasien dengan mengikuti tindakan yang diberikan kepada pasien dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
- c. Pemeriksaan fisik dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien mulai dari kepala sampai kaki 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. Dokumentasi mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan pasien termasuk hasil tes diagnostik.

## **E. Sistematika Penulisan**

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematika yang disusun dalam 5 BAB dimulai dari:

### **1. BAB I Pendahuluan**

Dalam BAB ini terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

### **2. BAB II Tinjauan pustaka**

Dalam BAB ini 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.

### **3. BAB III Pengamatan kasus**

Dalam BAB ini diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi atau pelaksanaan keperawatan dan evaluasi.

### **4. BAB IV Pembahasan kasus**

Dalam BAB ini berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat serta pembahasan penerapan EBN (pada tindakan keperawatan).

### **5. BAB V Simpulan dan saran**

Dalam BAB ini merupakan 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 Medik**

##### **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 (Utomo, 2022).

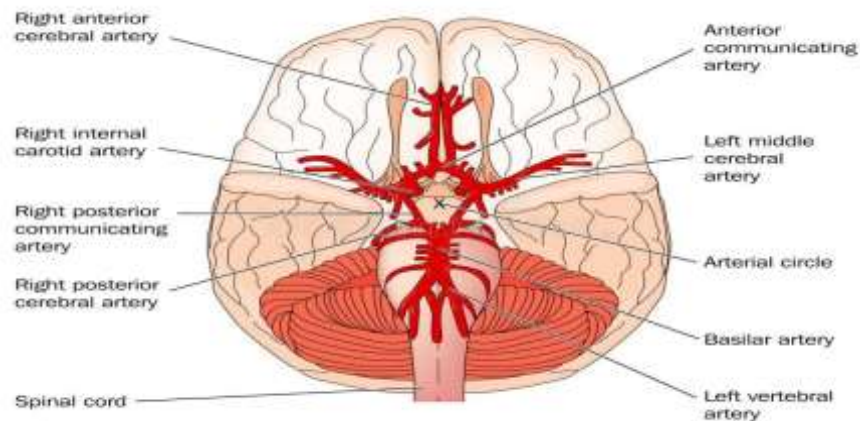
Stroke hemoragik adalah jenis stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada suatu area otak. Kondisi ini dapat mengancam fungsi otak akibat hilangnya pasokan oksigen ke otak (Suriya & Zuriati, 2014).

Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau perdarahan subarachnoid karena pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehingga darah memenuhi jaringan otak. Perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala neurologi dengan cepat karena tekanan pada saraf di dalam tengkorak yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernafasan cepat, pupil mengecil, kaku kuduk dan hemiplegia (Menurut Black & Hawks, 2014).

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 dan Fisiologi Otak

### a. Fisiologi sistem peredaran darah otak



Dalam sirkulasi darah ke otak diantaranya diperoleh dari 2% dari BB tubuh, 20% cardiac output digunakan otak, 25% oksigen untuk otak, 65% glukosa untuk otak dimana 90% secara aerobic dan 10% secara anaerob. Darah dari jantung ke otak dialirkan oleh 2 arteri carotis internal dan 2 arteri carotis eksternal kemudian saling berhubungan menjadi arteri basilaris pada otak. Apabila terjadi sumbatan dalam pembuluh darah sampai mengakibatkan aliran darah otak terhenti selama 3-10 menit maka akan menyebabkan gangguan fungsional otak. Namun demikian masih ada suatu kompensasi otak kita terhadap kondisi tersebut. Adanya sirkulus arteriosus willisi (yang berfungsi memberikan bantuan aliran darah kolateral) dan efek bayliss (auto regulasi aliran darah ke otak) dalam rentang sistolik 50-200 mmHg dan diastolik 60-120 mmHg jumlah darah yang mengalir ke otak diatur konstan atau tetap (Untari et al., 2023).

Sirkulus arteriosus willisi terdapat pada dasar otak yang merupakan lingkaran arteri yang dibentuk dari cabang-cabang arteri carotis interna anterior dan arteri cerebral bagian tengah arteri, penghubung anterior dan posterior. Arteri-arteri pada



sirkulus willisi memberi rute alternative pada aliran darah jika salah satu arteri utama tersumbat.

Sirkulasi arteriosis willisi atau lingkaran willisi adalah sistem anastomosis arteri yang berhubungan satu sama lain melalui susunan pembuluh darah berbentuk seperti lingkaran dan terletak di dasar otak. Lingkaran willisi mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi penting antara pasokan darah otak depan dan otak belakang.

#### 1) Arteri karotis interna

arteri karotis interna mempercabangkan arteri ophthalmic yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan rongga udara. Bila arteri ini tersumbat maka mengakibatkan kebutaan monokular. Arteri karotis interna dibagi menjadi 2 yaitu:

##### (1) Arteri serebral anterior

Arteri serebri anterior memberi suplai darah pada struktur-struktur seperti nukleus kaudatus dan putamen basal ganglia, kapsula interna, korpuskolosum dan bagian-bagian (terutama medial) lobus frontalis dan parietalis serebri, termasuk korteks somestetik dan korteks motorik. Arteri serebral anterior berfungsi untuk memasok darah ke daerah frontal otak yang mengontrol perilaku dan pikiran.

##### (2) Arteri serebral media,

Arteri serebral media menyuplai darah untuk bagian lobus temporal, parietal dan frontal korteks serebri dan membentuk penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.

## 2) arteri vertebralis.

Arteri vertebralis berada di belakang leher dan memasok darah ke belakang otak yang mengontrol fungsi-fungsi seperti fungsi pernapasan, dan mengatur kerja jantung. Arteri vertebralis memasuki tengkorak melalui foramen magnum, setinggi perbatasan pons dan medula oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris, arteri basilaris terus berjalan sampai setinggi otak tengah, dan di sini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang sistem vertebrobasilaris ini memperdarahi medula oblongata, pons, serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon. Arteri serebri posterior dan cabang-cabangnya memperdarahi sebagian diensefalon, sebagian lobus oksipitalis dan temporalis, aparatuskoklearis dan organ-organ vestibular.

### 3. Klasifikasi

Stroke Hemoragik yaitu tidak berfungsi secara normal neurologis fokal yang mendadak dan di karenakan adanya perdarahan primer yang terjadi secara spontan, disebabkan karena pecahnya pembuluh darah arteri. Klasifikasi stroke hemoragik dapat di klasifikasikan menjadi 3 yaitu:

#### 1. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko yang paling berperan pada stroke hemoragik. Hipertensi dapat menyebabkan terjadinya kerusakan dinding pembuluh darah kecil. Peningkatan tekanan darah yang cukup tinggi selama bertahun-tahun menyebabkan terjadinya proses hialinisasi pada dinding pembuluh darah sehingga pembuluh darah akan kehilangan elastisitasnya. Hal ini menyebabkan pembuluh darah kehilangan kemampuan autoregulasi, sehingga saat tekanan darah semakin tinggi maka pembuluh darah akan pecah (Yonata & Putra 2020).

## 2. Aneurisma

Aneurisma otak merupakan benjolan kecil yang ada di dinding pembuluh darah. Pecahnya aneurisma disebabkan oleh menipisnya dinding gelembung aneurisma dikarenakan beberapa faktor, yaitu bisa disebabkan karena keturunan yang memang memiliki dinding aneurisma yang tipis ataupun semakin membesarnya benjolan yang mengakibatkan dinding menipis dan akhirnya pecah. Pecahnya aneurisma menyebabkan perdarahan di berbagai ruang subaraknoid (Mahayasa et al., 2023).

## 3. Malformasi arteriovenosa (AVM)

Malformasi arteriovenosa merupakan suatu kelainan pembuluh darah, terjadi karena kekusutan antara arteri, vena dan pembuluh darah kapiler, sehingga terjadi gangguan aliran darah dan merupakan suatu prediksi untuk terjadinya perdarahan intrakranial. AVM sering muncul dengan klinis nyeri kepala, kejang, defisit neurologi dan perdarahan intrakranial (Faiza & Hawa, 2024).

Menurut Sibagariang (2023), mengemukakan bahwa berdasarkan jenis stroke hemoragik dibagi menjadi 3 yaitu:

### a. Perdarahan Intracerebral (PIS) / Intracerebral Hemorrhage (ICH)

Dalam pendarahan intracerebral, pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak di sekitarnya, sehingga merusak sel-sel otak. Sel-sel otak di luar kebocoran kekurangan darah dan rusak. Tekanan darah tinggi, trauma, malformasi vaskular, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan intra-serebral.

### b. Pendarahan subaraknoid (PSA)/Subarachnoid Hemorrhage (SAH)

Pendarahan subaraknoid biasanya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral adalah area kecil bulat atau tidak teratur

yang mengalami pembengkakan di arteri. Pembengkakan yang parah membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah. Penyebab aneurisma serebral sendiri belum diketahui. Beberapa penderita aneurisma mengalami kondisi ini sejak lahir dengan perkembangan yang sangat lambat.

c. Perdarahan intravaskuler/ intraventricular hemorrhage (IVH)

Perdarahan ini terjadi pada pembuluh darah yang berada di permukaan ventrikel otak, sehingga darah yang keluar akan mengisi ventrikel otak. Perdarahan ini sering kali terjadi bersamaan dengan perdarahan intraserebral. IVH terjadi ketika darah dari perdarahan otak meluas ke sistem ventrikel otak yang merupakan perpanjangan dari ICH.

#### 4. Etiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh arteri yang menyuplai darah ke otak pecah. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik. Menurut (Rum et al., 2019) penyebab stroke hemoragik antara lain:

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Pada umumnya stroke lebih banyak terjadi pada orang-orang berusia lanjut (diatas 50 tahun) dibandingkan dengan anak-anak dan usia muda. Bertambahnya usia cenderung akan meningkatkan tekanan darah sehingga menyebabkan pembuluh darah pecah. Stroke yang terjadi pada usia diatas 50 tahun dapat disebabkan karena semakin bertambahnya usia maka ada kecenderungan pembuluh darah akan mengeras atau kaku. Apabila pembuluh darah mengeras hal ini akan mengakibatkan jantung bekerja menjadi lebih tinggi. Hal ini lama kelamaan akan membuat

tekanan darah pada usia lanjut menjadi lebih tinggi. Tekanan darah yang tinggi inilah yang bisa menyebabkan pembuluh darah menjadi pecah (Julianti, 2020).

## 2) Jenis kelamin

Pada pria memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan wanita stroke sering terjadi pada pria di sebabkan oleh kurangnya hormon estrogen sehingga memicu kerusakan pembuluh darah di otak. Penurunan estrogen dapat mempengaruhi struktur pembuluh darah, mengakibatkan pembuluh darah menjadi kaku atau tidak elastis sehingga beresiko terhadap tekanan darah tinggi yang lama kelamaan akan menyebabkan pembuluh darah pecah (Julianti, 2020).

## 3) Genetik

Riwayat stroke dalam keluarga ada hubungannya dengan stroke berulang. Terkait dengan riwayat stroke di keluarga, orang dengan riwayat stroke yakni 7,75 kali dibanding orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarga. Keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan dalam penanda aterosklerosis awal yaitu proses terjadinya timbunan lemak di bawah lapisan dinding pembuluh darah yang menekan pembuluh sehingga lama kelamaan menjadi pecahnya pada pembuluh darah otak (Lestari et al. 2021).

## b. Faktor presipitasi

### 1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko yang paling berperan pada stroke hemoragik. Hipertensi dapat menyebabkan terjadinya kerusakan dinding pembuluh darah kecil. Peningkatan tekanan darah yang cukup tinggi selama bertahun-tahun menyebabkan terjadinya proses hialinisasi

pada dinding pembuluh darah sehingga pembuluh darah akan kehilangan elastisitasnya. Hal ini menyebabkan pembuluh darah kehilangan kemampuan autoregulasi, sehingga saat tekanan darah semakin tinggi maka pembuluh darah akan pecah (Yonata & Putra 2020).

## 2) Aneurisma

Aneurisma otak merupakan benjolan kecil yang ada di dinding pembuluh darah. Pecahnya aneurisma disebabkan oleh menipisnya dinding gelembung aneurisma dikarenakan beberapa faktor, yaitu bisa disebabkan karena keturunan yang memang memiliki dinding aneurisma yang tipis ataupun semakin membesarnya benjolan yang mengakibatkan dinding menipis dan akhirnya pecah. Pecahnya aneurisma menyebabkan perdarahan di berbagai ruang subarakhnoid (Mahayasa et al., 2023).

## 3) Merokok

Perilaku merokok merupakan salah satu faktor risiko dari penyakit stroke dan kardiovaskular. Hal tersebut dapat terjadi karena peningkatan tekanan darah ditunjang oleh pemekatan darah dan penyempitan pembuluh darah perifer akibat dari kandungan bahan kimia, terutama gas monoksida dan nikotin serta zat kimia lain yang terdapat di dalam rokok. Hal ini dapat menyempit pembuluh darah serta menyebabkan pembentukan plak. 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, sehingga terjadi tekanan darah tinggi yang lama kelamaan akan menyebabkan pembuluh darah pecah (Othadinar et al., 2019).

#### 4) Alkohol

Alkohol dapat menyebabkan sel darah merah menggumpal sehingga menyebabkan terjadinya sumbatan pada pembuluh darah yang dapat menyebabkan penurunan aliran darah ke otak dan akibatnya terjadi peningkatan tekanan darah. Selain itu hal ini juga dapat menyebabkan peningkatan tekanan intravascular yang dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah (Hartaty & Haris, 2020).

#### 5) Obesitas

Pola hidup tidak sehat dapat dinilai dari pola makan. Pola makan ialah jenis dan seberapa sering individu mengonsumsi suatu makanan. Setelah dianalisa, paling banyak dijumpai ialah pola makan yang tidak sehat yaitu 60% orang sering mengonsumsi daging, olahan santan, nasi putih, makanan yang mengandung minyak serta jarang mengonsumsi buah dan sayur segar. Konsumsi kadar lemak dan kolesterol tinggi, nasi putih yang memiliki kandungan karbohidrat tinggi, dan daging merah dikaitkan dengan kejadian stroke. Konsumsi kadar lemak dan kolesterol tinggi dapat mengganggu aliran darah ke otak yang disebabkan oleh kolesterol menumpuk pada pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan dan terjadi pecahnya pembuluh darah sehingga terjadi stroke hemoragik (Wijianto & Kurnia, 2022).

### **5. Patofisiologi**

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak sehingga darah menutupi atau menggenangi ruang jaringan otak di otak. Perdarahan yang menyebabkan stroke hemoragik ada 3 jenis, yaitu perdarahan intraserebral (PIS), yaitu pecahnya pembuluh darah di otak dan menyebar ke jaringan otak

sekitarnya sehingga merusak sel-sel otak. Sel-sel otak di luar kebocoran kekurangan darah dan rusak. Kedua, perdarahan subarachnoid (PSA) biasanya disebabkan oleh aneurisma otak atau kelainan pembuluh darah di dasar otak, dimana pecahnya pembuluh darah karena aktivitas fisik meningkat menyebabkan peningkatan tekanan darah yang memdesak pembuluh darah yang telah menipis akibat aneurisme yang lama kelamaan akan membesar dan akhirnya pecah dan ketiga, perdarahan intraventrikel (PIV) terjadi pada pembuluh darah di permukaan ventrikel otak, sehingga darah yang keluar memenuhi ventrikel.

Pecahnya pembuluh darah otak mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema serebri di sekitar otak. Ketika edema terlalu lama dan semakin menumpuk maka terjadi herniasi atau kondisi ketika jaringan dan cairan otak bergeser dari posisinya sehingga mendesak area di sekitarnya sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial sehingga menyebabkan nyeri kepala. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan penurunan kesadaran karena terjadi disfungsi neurologis pada sistem saraf otak dan juga menyebabkan suplai darah dan oksigen ke otak menurun sehingga terjadi depresi pusat pernapasan dan hipoventilasi yang mengakibatkan gagal napas dan pada akhirnya sampai kepada kematian (Kusyani & Khayudin, 2022).

Selain itu kejang dapat terjadi akibat adanya lesi di otak pada saat serangan stroke dan terbentuknya jaringan parut dari proses penyembuhan jaringan otak yang akan mempengaruhi hantaran aktivitas listrik di otak. Namun demikian kejang pada otot dapat juga disebabkan faktor lainnya seperti epilepsi, gangguan kadar mineral (elektrolit) dalam darah maupun gangguan pada saraf tepi. Kejang adalah gejala gangguan saraf di otak berupa perubahan kesadaran/perilaku, perasaan, dan/atau gerakan (kaku dan/atau



kelojotan) yang timbul mendadak, tidak terkontrol, timbul dalam durasi singkat dan dapat berulang. Kejang disebabkan adanya aktivitas elektrik di otak yang berlebihan karena kelainan di struktur otak atau sistem metabolik tubuh. Kejang dapat merupakan sebuah penanda awal perubahan atau kerusakan di otak (Putri et al., 2022).

Efek dari stroke tergantung ukuran dan lokasi lesi di otak baik hemisfer kiri dan kanan. Beberapa kecacatan yang diakibatkan oleh stroke di antaranya pengambilan keputusan yang buruk, impulsif, rentang perhatian pendek dan lambat dalam mempelajari hal-hal baru, kelemahan pada wajah, berbicara tidak jelas dimana terjadi cedera pada pusat bicara pada otak sehingga menyebabkan gangguan bicara sehingga terjadi kerusakan disfagia yang mengakibatkan kontrol otot facial menjadi lemah sehingga menjadi sulit menelan dan napsu makan menurun. Hal ini akan membutuhkan keluarga untuk melakukan aktivitas sehingga menyebabkan tirah baring terlalu lama. Tirah baring terlalu lama akan mengakibatkan dekubitus dimana luka dekubitus adalah luka yang diakibatkan oleh tekanan yang menekan permukaan tubuh secara terus menerus sehingga merusak jaringan yang ada dibawahnya (Safitri et al., 2020).

## **6. Manifestasi klinis**

Manifestasi klinis stroke menurut Tarwoto (2020) tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral, meliputi:

- a. Hemiparise atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontra lateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan

- kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
  - c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, somnolen, soporo koma, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
  - d. Afasia (kesulitan dalam bicara), afasia merupakan defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area broca yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area wernicke yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
  - e. Disastria (bicara cadel atau pelo) merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disastria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan

dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

- f. Gangguan penglihatan, diplopia pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.
- g. Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.
- h. Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
- i. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

## **7. Pemeriksaan Diagnostik**

Menurut Setiawan, (2021) pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke hemoragik yaitu:

- a. CT-Scan dapat digunakan untuk memperlihatkan area hiperintensitas dengan warna putih di area perdarahan. Hasil tersebut akan normal atau hipointens dengan warna gelap di daerah infark. CT-Scan membutuhkan waktu kurang lebih 24 jam untuk menunjukkan area infark. Dapat berguna juga untuk menilai pasien dengan infark serebral untuk tanda herniasi atau hidrosefalus.
- b. MRI (Magnetic Resonance Imaging) kepala dibutuhkan untuk mengungkapkan area perdarahan dengan resolusi lebih tinggi dan lebih awal dari CT-Scan. Hasil MRI akan menunjukkan infark yang berkembang dalam waktu beberapa menit. Pelaksanaan

MRI dapat ditunda sampai pasien dirawat inap atau dipindahkan. Pemeriksaan ini membutuhkan waktu yang lama dan tidak baik digunakan untuk pasien dengan kondisi yang tidak stabil.

- c. TCD (Transcranial Doppler) dan doppler karotis, antara lain untuk melihat adanya penyumbatan dan pecahnya dinding pembuluh darah sebagai risiko stroke. Selain itu akan menentukan apakah pasien cenderung mengalami intrakranial stenosis (misalnya, stenosis arteri serebral tengah). TCD memiliki sensitivitas 79% dan spesifisitas 94% dalam mendeteksi stenosis arteri intrakranial. Stenosis arteri intrakranial diperkirakan terjadi pada 33%-50% penderita stroke.
- d. EKG (Electrocardiogram) dibutuhkan untuk menentukan apakah pasien mengalami fibrilasi atrium, yang merupakan faktor etiologi untuk stroke. EKG menggambarkan sebuah tanda penting terjadinya penyakit organ target akibat hipertensi. Perubahan EKG terkadang mencerminkan penyebab dari stroke (kardio emboli serebri pada pasien dengan atrial fibrilasi). Abnormalitas EKG terkadang terjadi sebagai konsekuensi langsung ataupun merupakan sebuah manifestasi dari gangguan kardiak yang telah ada sebelumnya.
- e. Foto thorax bertujuan melihat adanya gambaran kardiomegali. Kondisi ini merupakan keadaan jantung yang mengalami pembesaran ventrikel kiri. Salah satu fungsinya sebagai penanda ada hipertensi. Pasien dengan kondisi tersebut dapat diketahui memiliki hipertensi kronis yang merupakan faktor risiko terjadinya stroke.
- f. TEE (Transesophageal Echocardiography) adalah tes yang lebih sensitif untuk trombus di atrium kiri. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa lengkung aorta untuk atheroma sumber potensial emboli.

g. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Fungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis embolis serebral dan TIK. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya subarachnoid hemorrhagic dan perdarahan intrakranial.
- 2) Pemeriksaan darah rutin lengkap dan trombosit. Pemeriksaan kimia darah (glukosa, elektrolit, ureum, dan keratin), masa protrombin dan masa tromboplastin parsial: untuk dapat mengetahui kadar gula darah apakah terjadi peningkatan dari batas normal atau tidak. Jika ada indikasi lakukan test-test berikut ini: kadar alkohol, fungsi hati, gas darah arteri, dan skrining toksikologi.

## 8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Sherina et al (2022) penatalaksanaan pada pasien stroke dapat dibedakan menjadi 2 yaitu :

a. Farmakologi

- 1) Osmosis diuretik (cairan hipertonis)

Cairan hipertonis biasa diberikan jika terjadi peninggian tekanan intrakranial akut tanpa kerusakan sawar darah otak. Manitol merupakan diuretika osmotika utama yang digunakan untuk mengurangi edema serebri. Manitol menurunkan tekanan intrakranial dengan cara memindahkan cairan dari intraselular ke ruang intravaskular. Pemindahan cairan tersebut karena menaikkan gradient osmotik antara otak dan darah. Efek cepat manitol didapat dari perubahan keenceran darah yang akan menaikkan aliran darah otak serta oksigenasi otak yang menyebabkan vasokonstriksi yang berujung pada penurunan tekanan intrakranial. 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. 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 (Handayani & Domininica, 2019).

## 2) Antihipertensi

### a) ACE inhibitor

ACE inhibitor bekerja dengan cara menghambat enzim khusus untuk memproduksi hormon angiotensin II, yaitu hormon yang dapat memicu penyempitan pembuluh darah. Dengan begitu pembuluh darah dalam melebar, aliran darah dapat lebih lancar, dan tekanan darah dapat menurun. Contoh ACE inhibitor adalah benazepril, catopril, enalapril.

### b) Alpha-2 receptor agonist

Alpha-2 receptor agonist bekerja dengan cara menekan aktivitas jaringan yang memproduksi hormon adrenalin, sehingga tekanan darah turun. Contoh alpha-2 receptor agonist adalah clonidine, metildopa.

### c) Antagonis kalsium (calcium channel blocker)

Antagonis kalsium bekerja dengan cara menghambat jalan masuk kalsium ke dalam otot jantung dan dinding pembuluh darah, sehingga menyebabkan denyut jantung melambat dan pembuluh darah melebar dengan begitu tekanan darah dapat turun. Contoh antagonis kalsium adalah felodipine, amlodipine, nicardipine.

d) Angiotensin II receptor blocker (ARB)

ARB bekerja dengan cara menghambat pengikatan angiotensin II, sehingga pembuluh darah melebar dan tekanan darah pun menurun. Jenis-jenis obat ARB adalah candesartan.

e) Penghambat beta (beta-blocker)

Penghambat beta bekerja dengan cara menghambat hormon adrenalin, sehingga jantung berdetak lebih lambat dengan begitu jantung memompa lebih sedikit darah dan dapat menurunkan tekanan darah. Contoh penghambat beta adalah bisoprolol, propranolol (Juwita et al., 2021).

3) 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 epilepsi (Poana et al., 2020).

4) Antifibronolitik

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 (Poana et al., 2020).

#### 5) Antianafilaksis

Obat dexamethasone yang digunakan untuk menghambat pembentukan edema akibat cedera kepala pada perdarahan serebral yang diantaranya subdural, epidural, intra serebral, dan batang otak (Setiawan, 2021).

#### 6) Peningkatan penatalaksanaan peningkatan (TIK).

Peningkatan intra kranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah (Julianti, 2020).

#### 7) 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  $>3\text{cm}^3$ , hidrocephalus akut akibat perdarahan intra ventrikel atau cerebellum dilakukan VP-shunting, dan perdarahan lebar  $>60\text{ml}$  dengan tanda peningkatan intrakranial akut dan ancaman. Ada 3 tindakan pembedahan pada penderita stroke hemoragik yaitu (Julianti, 2020):

##### a) Kraniotomi

Kraniotomi merupakan proses pembedahan otak yang dilakukan dengan cara membuka atau membuat lubang di tengkorak untuk melihat dan mengobati berbagai masalah yang terjadi di dalamnya. Tindakan



kraniotomi umumnya dilakukan pada pasien yang mengalami kerusakan atau gangguan pada otak. Prosedur ini bertujuan untuk mengatasi berbagai kondisi dalam jaringan otak, misalnya perdarahan, infeksi, dan tumor otak.

b) Klipping neurosurgical.

Standar terapi aneurisma adalah klipping neurosurgical. Aliran darah ke aneurisma dihentikan dengan memasang klip sementara pada bagian proksimal arteri feeding dan atau cabang-cabangnya, sebuah teknik yang dinamakan jebakan aneurisma. Cara ini membuat aneurisma tidak terlalu pulsatil untuk persiapan klip permanen dan mengendalikan perdarahan yang mungkin bisa terjadi akibat ruptur aneurisma prematur intraoperasi.

c) Pembedahan vaskular

Pembedahan dilakukan dengan ligasi arteri feeding, menutup drainage vena, reseksi nidus dan kadang klip pada aneurisma terkait. Guideline american stroke association merekomendasikan operasi pada lesi dengan grade spetzler-Martin 1 dan 2. Pasien grade 3 merupakan kelompok kontroversi, dimana biasanya dianjurkan embolisasi sebelum operasi. Pasien dengan grade >3 ditangani dengan terapi konservatif atau kandidat untuk endovaskular/radiosurgery.

b. Non Farmakologi

1) Fase Akut

- a) B1 (Breath): Pemberian oksigen jika saturasi < 95%. Selain itu tindakan untuk mencegah terjadinya aspirasi dengan mengatur posisi saat makan dan tetap mempertahankan posisi selama 30 menit setelah makan, mengatur posisi kepala (head up) pada saat

makan/minum, menganjurkan keluarga untuk memberi kesempatan kepada pasien untuk menelan dan memotong kecil makanan, mengajarkan oral motor exercise, monitor fungsi pernapasan: analisa gas darah (Dewi et al., 2019).

- b) B2 (Blood) Pemberian posisi head up 30° adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan menjajarkan ekstremitas dengan badan. Posisi head up 30° lebih efektif digunakan dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi jaringan (Kiswanto & Chayati, 2021). Posisi head up 30° memperbaiki drainase vena, perfusi serebral, dan menurunkan tekanan intrakranial. Head up 30° 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 dapat menurunkan tekanan intrakranial mengontrol kejang jika ada dan cegah resiko injuri, monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG, memonitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflex (Affandi & Panggabean, 2019).
- c) B3 (Brain): Memonitor tanda-tanda vital, mempertahankan posisi head up 30° untuk memperbaiki peningkatan intrakranial.
- d) B4 (Bladder): Melakukan pemasangan kateter untuk membantu mengeluarkan urine serta mengosongkan

kandung kemih pada pasien yang mengeluhkan kesulitan buang air kecil (retensi urine).

- e) B5 (Bowel): Melakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
- f) B6 (Bone): 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, mengevaluasi status cairan dan elektrolit. Menganjurkan latihan ROM aktif untuk ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan, lakukan ROM pasif 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.

## 2) Fase rehabilitasi

Menurut (Andriani et al., 2022) penatalaksanaan non farmakologi stroke hemoragik pada fase akut yaitu:

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b) Pertahankan integritas kulit
- c) Pertahankan komunikasi yang efektif
- d) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM)
- e) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- f) Persiapan pulang

## 9. Komplikasi

Menurut Fitriyani & Irawan (2023) komplikasi yang dapat terjadi pada stroke hemoragik adalah sebagai berikut:

### a. Fase akut

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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.

- 4) Kejang terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut
- 1) Pneumonia pasien stroke hemoragik tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna. Hal ini menyebabkan cairan terkumpul pada paru-paru hingga selanjutnya menimbulkan pneumonia.
  - 2) Aspirasi pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.
  - 3) 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.
  - 4) Dekubitus kondisi stroke hemoragik dengan mobilitas yang terbatas dapat menyebabkan komplikasi seperti ulkus dekubitus yang dapat menjadi berbahaya karena dapat menimbulkan infeksi pada kulit hingga ke tulang dan menyebabkan nekrosis atau kematian jaringan yang memerlukan amputasi.
  - 5) Kontraktur stroke hemoragik dapat merusak bagian otak yang mengontrol sinyal saraf ke otot. Jika ini terjadi mungkin mengalami kekakuan atau peningkatan tonus otot yang tidak normal. Hal ini dapat menyebabkan otot menjadi kaku, kencang, dan nyeri, sehingga anda tidak dapat bergerak dengan bebas.
  - 6) Artropi kondisi stroke hemoragik dapat merusak bagian otak yang mengontrol sinyal saraf ke otot yang membuat mobilitas yang terbatas sehingga terjadi atrofi. Atrofi terjadi disebabkan otot-otot tidak pernah digunakan untuk bergerak dan beraktivitas.

- 7) Inkontinensia urin fungsional pada pasien stroke biasanya disebabkan adanya gangguan pada saraf yang mengontrol dalam berkemih.

## **B. Konsep Dasar Keperawatan**

Proses keperawatan adalah penerapan metode masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Tarwoto, 2020).

### **1. Pengkajian**

Pengkajian primer (B1-B6) pengkajian keperawatan primer menurut (Muttaqin, 2009) meliputi:

#### **a. Breath (B1)**

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

Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis, pada inspeksi ditemukan peningkatan pernafasan. Palpasi thoraks didapatkan vocal fremitus seimbang kanan dan kiri, auskultasi tidak ada suara nafas tambahan.

#### **b. Blood (B2)**

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan syok hipovolemik yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi.

c. Brain (B3)

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/aksesori). Pengkajian B3 meliputi :

- 1.) Pengkajian tingkat kesadaran pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikoma. Jika klien sudah koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberi asuhan.
- 2.) Pengkajian tanda rangsang meningen terutama dilakukan pada PSA.
- 3.) Pengkajian refleks fisiologis dan refleks patologis, reaksi pupil serta meningeal sign.
- 4.) Pengkajian status mental dengan mengobservasi penampilan, tingkah laku, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien.
- 5.) Pengkajian fungsi intelektual didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka pendek maupun jangka panjang.
- 6.) Pengkajian saraf kranial (Nervus I sampai nervus XII)
  - a) N I. Biasanya pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
  - b) N II. Disfungsi persepsi visual. Gangguan hubungan visual-spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri.
  - c) N III,IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerak.
  - d) N V. stroke mengakibatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah.
  - e) N VII. Persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

- f) N VIII. Tidak ditemukan adanya masalah.
- g) N IX dan X. Kemampuan menelan berkurang dan kesulitan membuka mulut.
- h) N XI. Tidak ada atrofi otot.
- i) Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi serta indra pengecap normal.

d. Bladder (B4)

Setelah stroke klien akan mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, serta ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, hingga ketidakmampuan mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril.

e. Bowel (B5)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

f. Bone (B6)

Biasanya didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan, dan kekuatan otot menurun, tonus otot meningkat, hemiparesis. Selain itu perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena mengalami hambatan mobilitas fisik.



## 2. Pengkajian sekunder (pola gordon)

### a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- 1) Data subjektif: adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.
- 2) Data objektif: hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme.

### b. Pola nutrisi dan metabolik

- 1) Data subjektif: nafsu makan menurun, mual dan muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.
- 2) Data objektif: kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

### c. Pola eliminasi

- 1) Data subjektif: perubahan pada berkemih seperti inkontinensia urin, anuria, distensi abdomen dan bising usus negatif.
- 2) Data objektif: distensi kandung kemih, distensi abdomen, dan bising usus negatif.

### d. Pola aktivitas dan latihan

- 1) Data subjektif: merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.
- 2) Data objektif: gangguan tonus otot (hemiplegia) terjadi kelemahan umum, gangguan kesadaran, dan gangguan penglihatan.

### e. Pola tidur dan istirahat

- 1) Data subjektif: sulit untuk beristirahat (kejang otot atau nyeri).

2) Data objektif: gelisah, tegang pada otot, dan tingkah laku tidak stabil.

f. Pola persepsi kognitif

1) Data subjektif: pusing sebelum serangan atau selama serangan, sakit kepala, akan sangat berat karena adanya perdarahan intra serebral, subaraknoid, kelemahan atau kesemutan, penglihatan kabur atau penglihatan ganda dan kehilangan daya lihat sebagian yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain.

2) Data objektif: status mental dan tingkat kesadaran menurun, pada wajah terjadi paralisis atau paresis dan biasanya terjadi, pada tahap awal hemoragik.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Data subjektif: perasaan tidak berdaya, dan perasaan putus asa.

2) Data objektif: emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Data subjektif: masalah bicara, ketidakmampuan untuk bicara dengan orang lain.

2) Data objektif: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Data subjektif: tidak ada gairah seksual.

2) Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

j. Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress

1) Data subjektif: perasaan tidak berdaya dan putus asa.

2) Data objektif: emosi yang berlebih dan ketidaksiapan untuk marah dan sulit untuk mengekspresikan diri.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

Gangguan persepsi, kesulitan untuk mengekspresikan diri (Mediarti et al., 2022).

### 3. Diagnosis keperawatan

Menurut PPNI (2018) ada beberapa diagnosis keperawatan stroke hemoragik yang sering muncul di antaranya:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral (D.0066)
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0066)
- c. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001)
- d. Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular (D.0005)
- e. Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular (D.0063)
- f. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)

### 4. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

Luaran dan perencanaan diambil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta rasional tindakan diambil dari beberapa sumber yaitu (PPNI, 2019) & (PPNI, 2018).

- a. Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral (D.0066)

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil (L.02014):

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Fungsi kognitif cukup meningkat
- 3) Sakit kepala cukup menurun

- 4) Gelisah cukup menurun
- 5) Tekanan darah cukup membaik
- 6) Tekanan nadi cukup membaik
- 7) Respon pupil cukup membaik
- 8) Refleks neurologis cukup membaik
- 9) Tekanan intrakranial cukup membaik

SIKI: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)

#### Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK  
R/ Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi
- 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar)  
R/ Untuk memantau perkembangan pasien
- 3) Monitor intake dan output cairan  
R/ Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syock hipovolemik

#### Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.  
R/ Untuk memberikan kenyamanan pasien
- 2) Berikan posisi semi fowler  
R/ Dapat menurunkan tekanan arteri dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral

#### Edukasi

Dalam intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial tidak ditemukan tercantum adanya tindakan edukasi

#### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis  
R/ Pemberian diuretik osmosis dapat membantu menurunkan tekanan darah

b. Resiko perfusi sereberal tidak efektif b/d hipertensi (D.0017)

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil (L.02014):

- 1) Tingkat kesadaran cukup meningkat
- 2) Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik
- 3) Kesadaran membaik
- 4) Tekanan darah sistolik cukup membaik
- 5) Tekanan darah diastolik cukup membaik
- 6) Refleks saraf membaik

SIKI : Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK  
R/ Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien
- 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar)  
R/ Untuk memantau perkembangan pasien
- 3) Monitor intake dan output cairan  
R/ Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syock hipovolemik

Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.  
R/ Untuk memberikan kenyamanan pasien
- 2) Berikan posisi semi fowler  
R/ Dapat menurunkan tekanan arteri dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral

Edukasi

Dalam intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial tidak ditemukan tercantum adanya tindakan edukasi

#### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis

R/ Pemberian diuretik osmosis dapat membantu menurunkan tekanan darah

SIKI: Pemantauan neurologis (I.06197)

#### Observasi

- 1) Monitor tingkat kesadaran

R/ Perubahan tingkat kesadaran dapat menjadi faktor pencetus

- 2) Monitor tanda -tanda vital

R/ Pemantauan TTV seperti adanya Hipertensi/ hipotensi, mengidentifikasi perbaikan/ kerusakan perfusi jaringan serebral

#### Terapeutik

- 1) Pertahankan posisi kepala dan leher

R/ Untuk mencegah peningkatan TIK

#### Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

R/ Agar keluarga mengerti dan dapat membantu proses perawatan

#### Kolaborasi

Dalam intervensi pemantauan neurologis tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan  
SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka pola napas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil:
  - 1) Dispnea menurun
  - 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
  - 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun
  - 4) Frekuensi napas membaik
  - 5) Kedalaman napas membaik

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

#### Observasi

1) Monitor pola napas

R/: Mengontrol pernapasan (penurunan kecepatan) dapat terjadi

#### Terapeutik

1) Posisikan semi fowler atau fowler

R/: Menurunkan konsumsi oksigen/ kebutuhan dan meningkatkan inflamasi paru maksimal

2) Berikan oksigen

R/ Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardia dan juga mengurangi ketidaknyamanan sehubungan dengan iskemia jantung.

#### Edukasi

1) Ajarkan Teknik batuk efektif

R/ untuk mengeluarkan dahak yang sudah terkumpul ke saluran pernapasan yang besar.

#### Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran dan mukolitik jika perlu

R/ Mengendurkan otot-otot saluran pernapasan agar aliran udara menjadi lebih lancar

### SIKI: Dukungan Ventilasi (I.01002)

#### Observasi

1) Identifikasi kelelahan otot bantu napas

R/ Untuk mengetahui adanya kelelahan otot bantu napas

2) Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan

R/ Untuk mengetahui perubahan posisi terhadap pola napas pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan

#### Terapeutik

1) Pertahankan kepatenan jalan napas

R/ Untuk menjaga keadekuatan ventilasi

Edukasi

1) Ajarkan mengubah posisi secara mandiri

R/ Untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi di

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu

R/ Mengoptimalkan proses penyembuhan

d. Pola nafas tidak efektif b/d gangguan neuromuskular

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil (L.01004):

1) Tekanan ekspirasi cukup meningkat

2) Dispnea menurun

3) Penggunaan otot bantu napas menurun

4) Frekuensi napas membaik

SIKI : Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

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

R/: Mengontrol pernapasan (penurunan kecepatan) dapat terjadi

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gugrling, mengi, wheezing, ronchi kering)

R/ Untuk mengetahui adanya bunyi napas tambahan pada pasien.

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

R/ Untuk mengetahui jumlah dan warna sputum serta dapat digunakan untuk pemeriksaan laboratorium untuk melihat adanya bakteri.

Terapeutik

1) Posisikan semi-fowler atau fowler



R/: Menurunkan konsumsi oksigen/ kebutuhan dan meningkatkan inflamasi paru maksimal

2) Berikan oksigen, jika perlu

R/ Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardia dan juga mengurangi ketidaknyamanan sehubungan dengan iskemia jantung.

Edukasi

1) Ajarkan teknik batuk efektif

R/ Untuk mengeluarkan dahak yang sudah terkumpul ke saluran pernapasan yang besar.

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, eksektoran, mukolitik, jika perlu

R/ Mengendurkan otot-otot saluran pernapasan agar aliran udara menjadi lebih lancar

e. Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular (D.0063)

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka status menelan (L.06052) membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Reflek menelan meningkat
- 2) Kemampuan mengunyah meningkat
- 3) Kemampuan mengosongkan mulut meningkat
- 4) Usaha menelan meningkat
- 5) Frekuensi tersedak menurun
- 6) Batuk menurun

SIKI: Dukungan perawatan diri: makan/minum

Observasi

1) Identifikasi diet yang dianjurkan.

R/ Mengetahui diet yang dianjurkan untuk pasien

Terapeutik

1) Sediakan sedotan untuk minum.

R/ Melatih otot dan menguatkan otot facial dan otot menelan pada pasien

2) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian pasien.

R/ Memudahkan pasien untuk makan/minum

#### Edukasi

1) Jelaskan posisi makan pada pasien.

R/ Agar keluarga dan pasien mengetahui posisi yang benar saat makan dan dapat mencegah terjadinya aspirasi

#### Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesik, antiemetik)

R/ Mencegah adanya rasa mual ataupun muntah pada saat makan

SIKI: Pencegahan aspirasi (I.14535)

#### Observasi

1) Monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan

R/ Untuk mengetahui dan mencatat adanya resiko aspirasi pada pasien

#### Terapeutik

1) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral

R/ Memudahkan proses menelan dan menurunkan resiko terjadinya aspirasi

2) Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak

R/ Material makanan yang lunak akan memudahkan proses menelan

#### Edukasi

1) Anjurkan makan secara perlahan

R/ Meminimalkan resiko tersedak hingga aspirasi pada pasien

2) Ajarkan strategi mencegah aspirasi

R/ Agar keluarga dapat mencegah & meminimalkan terjadinya aspirasi

Kolaborasi

Dalam intervensi pencegahan aspirasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi. (PPNI, 2018).

f. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak (D.0054)

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042)

- 1) Pergerakan ekstermitas meningkat
- 2) Otot cukup meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Gerakan terbatas menurun
- 5) Kaku sendi menurun

SIKI : Dukungan mobilisasi (I.05173)

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

R/ Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya saat melakukan pergerakan

- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

R/ Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya saat melakukan pergerakan

- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi

R/ Mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah pasien.

- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

R/ Mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi

#### Terapeutik

1) Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)

R/ Membantu dalam memberikan bantuan berupa alat bantu dalam memberikan bantuan berupa alat untuk menunjang aktivitas dan memberikan rasa aman dan nyaman.

2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu

R/ Meningkatkan status mobilitas fisik pasien.

3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

R/ Keluarga merupakan yang utama dalam membantu meningkatkan keinginan pasien untuk sembuh

#### Edukasi

1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

R/ Keluarga dapat memahami tujuan dan prosedur mobilisasi

2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

R/ Untuk mengurangi risiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan

3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

R/ Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

g. Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler, kelemahan (D.0109)

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil (L.13121)

- 1) Kemampuan mandi cukup meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan makan meningkat
- 4) Minat melakukan perawatan diri meningkat

SIKI : Dukungan perawatan diri (I.11348)

#### Observasi

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia  
R/ Untuk dapat mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia klien
- 2) Monitor tingkat kemandirian  
R/ Untuk dapat mengetahui tingkat kemandirian klien
- 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan  
R/ Untuk dapat mengetahui kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan dari klien

#### Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)  
R/ Untuk dapat menyediakan lingkungan yang terapeutik seperti suasana yang hangat, rileks dan privasi dari klien
- 2) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri  
R/ Untuk mendapat mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandi dari klien
- 3) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan  
R/ Untuk dapat memfasilitasi menerima keadaan ketergantungan dari klien
- 4) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri  
R/ Untuk dapat memfasilitasi kemandirian dari klien, bantu klien jika klien tidak dapat melakukan perawatan diri

### Edukasi

- 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (PPNI, 2017).

R/ Untuk dapat menganjurkan klien melakukan perawatan diri sesuai kemampuan

## **5. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)**

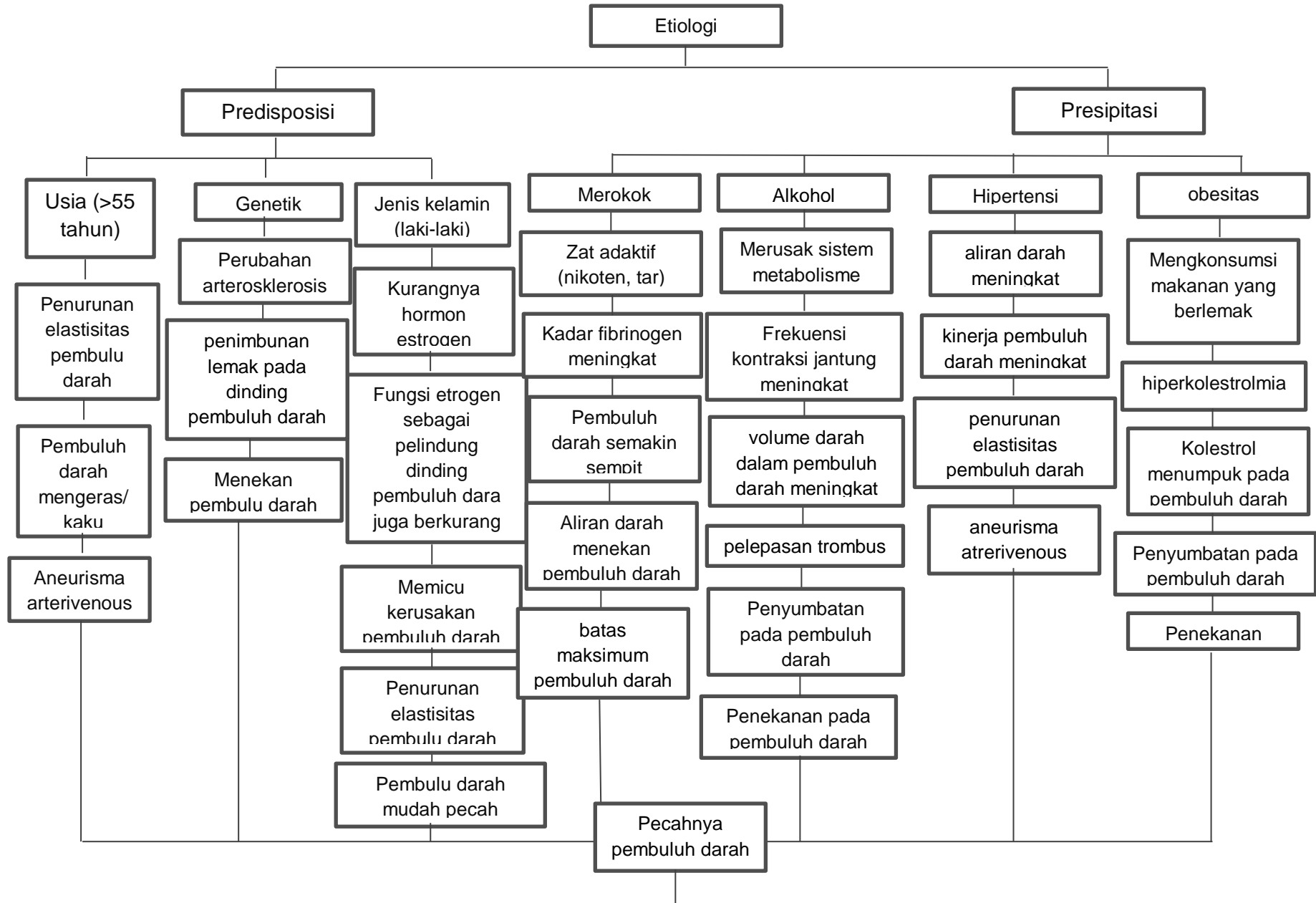
Persiapan pemulangan pasien dari rumah sakit kembali ke rumah sangat diperlukan oleh pasien. Berikut adalah hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk pemulangan pasien menurut (Syarli & Arini, 2021) yaitu:

- a. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai pencegahan dan kepatuhan dalam pengobatan kepada pasien dan keluarga (Ekawati et al., 2021).
  - 1) Cek atau periksa kesehatan secara rutin dapat dilakukan dengan mengunjungi puskesmas, posyandu dan ke rumah sakit untuk melakukan pemeriksaan minimal vital sign serta pemeriksaan lanjutan seperti cek tekanan darah, gula darah, kolesterol, timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
  - 2) Menganjurkan menghindari asap rokok dan berhenti merokok serta minum alkohol.
  - 3) Rajin aktivitas fisik dengan aman seperti berolahraga. Rajin aktivitas fisik dapat dilakukan dengan rajin berolahraga secara teratur yakni olahraga minimal 30 menit perhari. Bagi pasien hemiparese dapat melakukan latihan rentang gerak yakni ROM (range of motion) baik secara aktif maupun pasif yang dapat dilakukan sesering mungkin untuk mencegah kekakuan otot dan meningkatkan kekuatan otot sesuai dengan level stroke pasien (Sasongko & Khasanah, 2023).
  - 4) Diet seimbang yaitu seperti makanan berserat tinggi (jagung, gandum, beras merah), banyak makan sayur-sayuran, menu

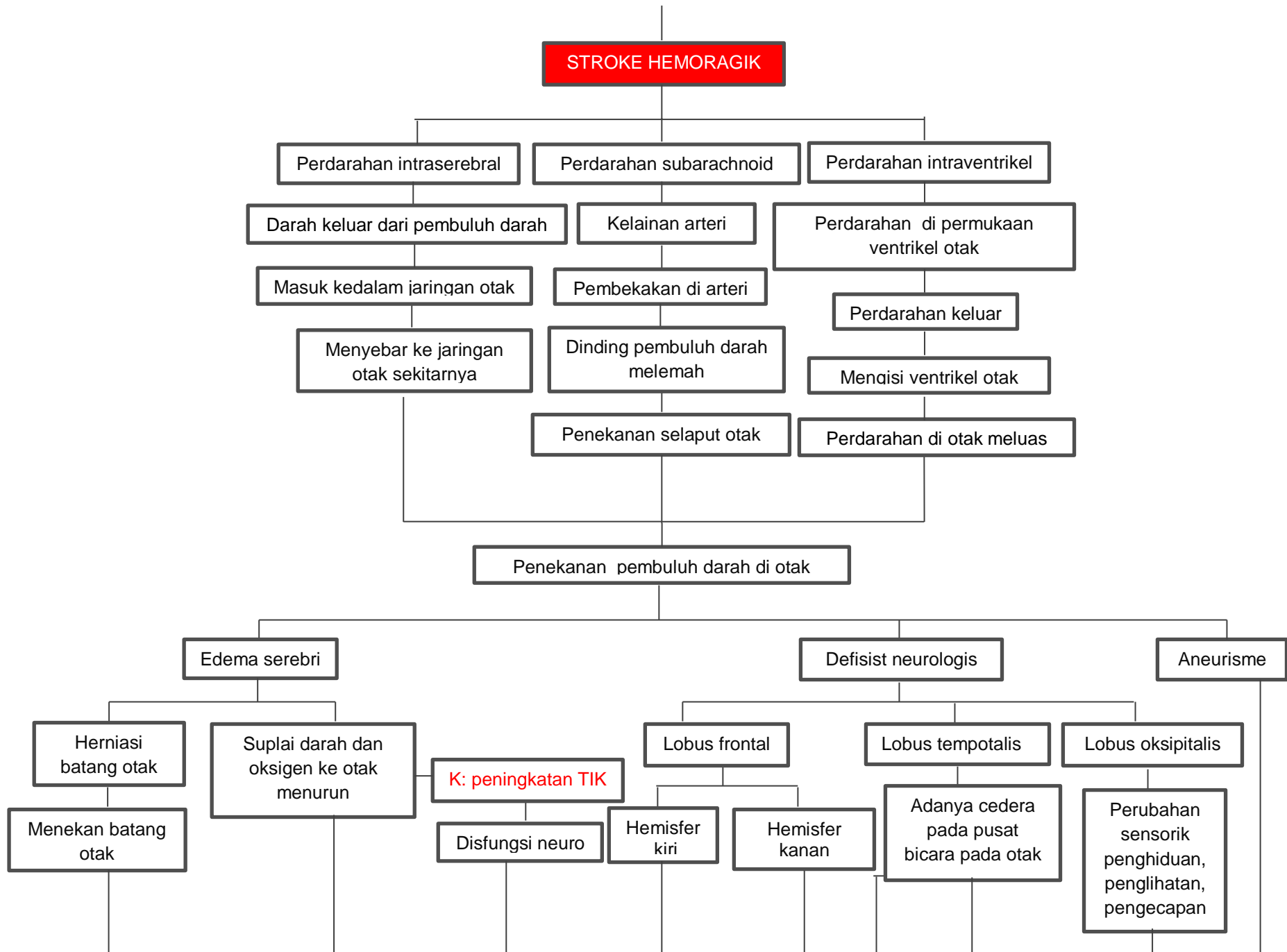
seimbang diutamakan asam lemak tak jenuh dan protein nabati (tempe tahu), kurangi konsumsi gula (permen, minuman kaleng, es krim, kue-kue) gantikan dengan buah segar atau jus buah tanpa gula, kurangi konsumsi garam tinggi (keju, garam dapur), kurangi konsumsi lemak (kurangi daging merah, buang lemak pada daging sebelum dimasak, kurangi telur dan jeroan) (Rahayuningtyas et al., 2021).

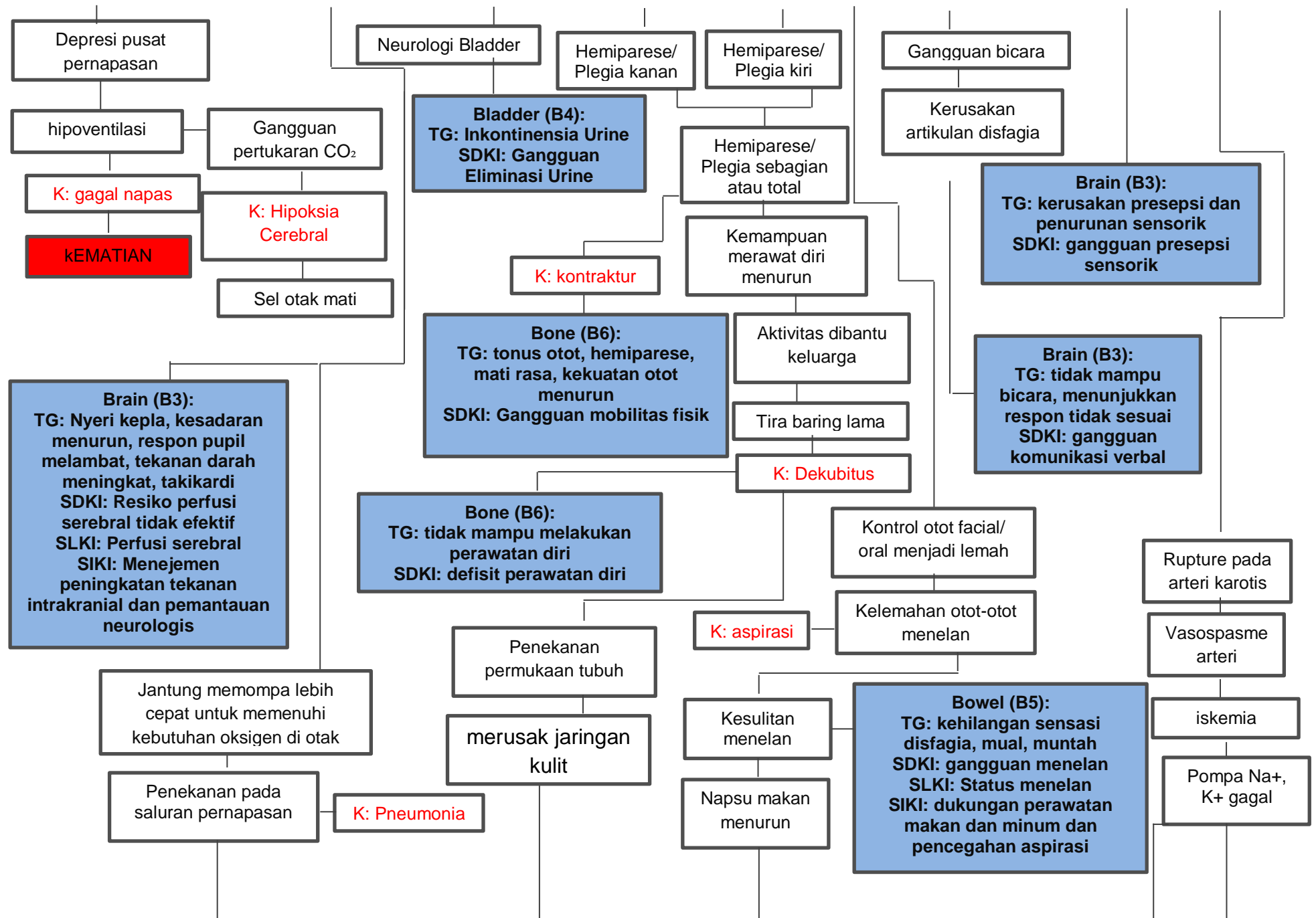
- 5) Istirahat cukup sesuai dengan kebutuhan tidur orang dewasa yaitu 7-8 jam perhari.
  - 6) Kelola stres misalnya relaksasi, bicara dengan orang lain, rekreasi, aktivitas bersama keluarga, melakukan aktivitas sesuai dengan minat pasien, dan berfikir secara positif.
  - 7) Mengatasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur sesuai dengan anjuran dokter.
- b. Mengajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai cara menangani perawatan di rumah.
  - c. Perawat harus memastikan bahwa pasien dan keluarga memahami tentang masalah yang mereka hadapi.
  - d. Memberitahu pasien bagaimana mengenali kemungkinan masalah dan apa yang dilakukan bila mereka melihat tanda-tanda masalah tersebut.
  - e. Menjelaskan tanda dan gejala komplikasi.
  - f. Memberi tahu pasien dan keluarga tentang medikasi yang perlu digunakan pasien. Pastikan bahwa mereka memahami kapan meminumnya atau memakainya dan seberapa banyak.
  - g. Melakukan latihan rehabilitasi 3-6 bulan pada stroke untuk mencapai neuroplastisitas sehingga terjadi fungsi fisik aktivitas akibat stroke misalnya rutin melakukan fisioterapi, terapi okupasi, agar pasien dan keluarga aktif dalam latihan fisik secara teratur.

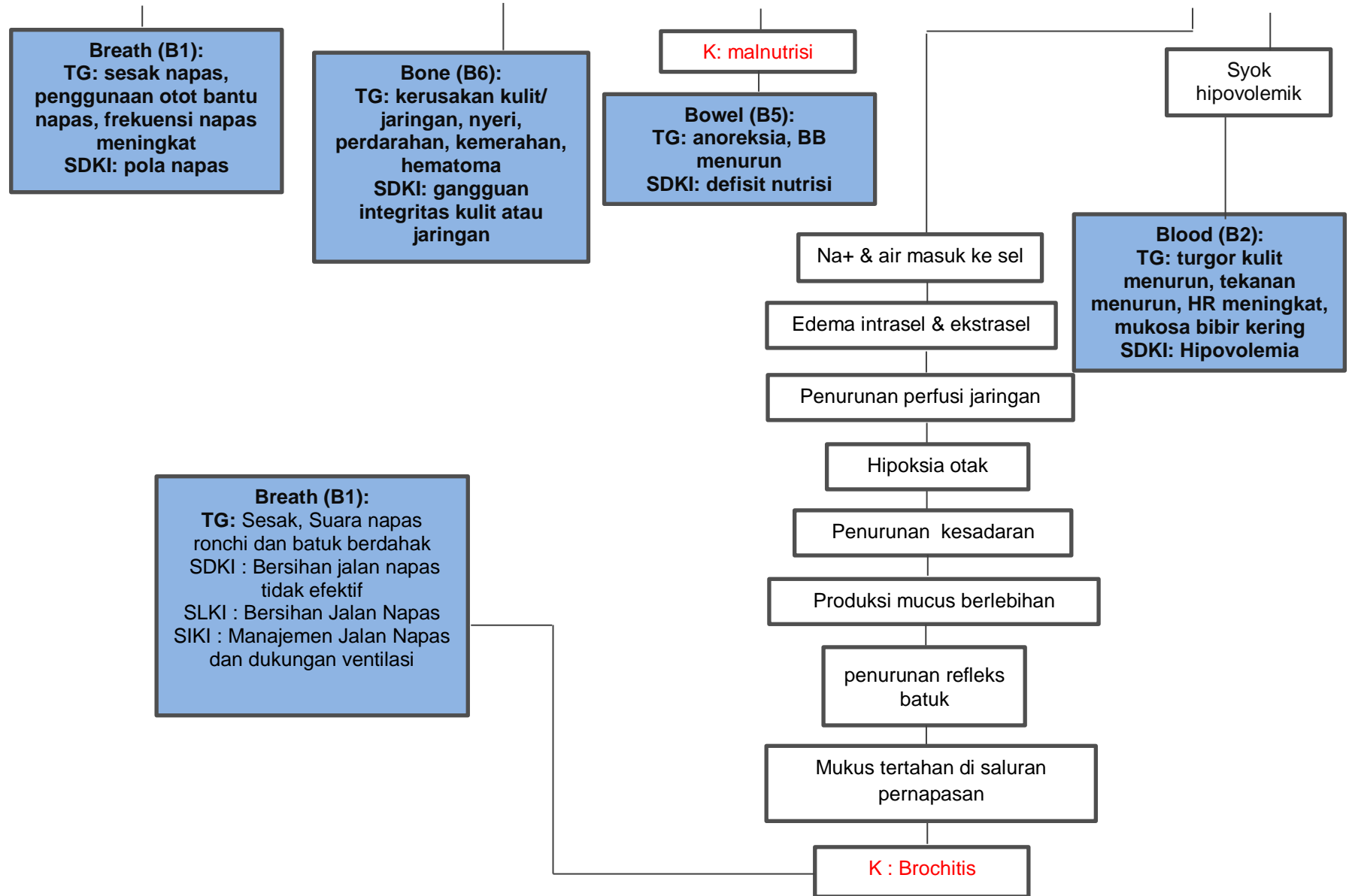
## Pathway Stroke Hemoragik (HS)











## **BAB III**

### **PENGAMATAN KASUS**

#### **A. Ilustrasi Kasus**

Pasien Tn.M (66 tahun) dengan diagnosis medis: Stroke Hemoragik masuk ke ruangan ICU/ICCU Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar pada tanggal 7 Mei 2024. Keluarga mengatakan pasien sudah mengalami stroke 3 tahun yang lalu. Keluarga mengatakan pasien mengalami hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan rutin mengonsumsi obat amlodipin 10 mg secara teratur. Keluarga mengatakan pasien suka makan makanan asin seperti coto, keluarga mengatakan pasien saat masih muda iya perokok aktif dan suka minum alkohol. Sehari sebelum masuk RS pasien gelisah dan susah tidur, kurang nafsu makan pasien sering merasa nyeri kepala, keluarga mengatakan pasien batuk berdahak 1 minggu yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien susah mengeluarkan dahaknya. Saat pagi hari keluarga pasien mengatakan pasien merasa lemas, batuk berdahak dan susah untuk mengeluarkan dahaknya kemudian dibawa ke RS oleh keluarganya dan di perjalanan pasien tiba-tiba tidak sadarkan diri dan sesak. Setelah mendapat penanganan di IGD selanjutnya di bawah ke ruang ICU.

Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran delirium dan GCS :10 E4,V2,M4, sesak nafas, pernapasan: 26x/m, terpasang nrm 10 liter dan tampak badan sebelah kanan lemah pasien batuk berdahak dan sulit mengeluarkan dahaknya, tampak suara napas tambahan ronchi, tampak pasien tidak bisa bicara, tampak pasien kesulitan untuk menelan dan tersedak saat makan ataupun minum, refleks patologis: babinski (-). terpasang keteter urin, nasogastric tube dan infus RL 16 tpm. Hasil Ct-Scan kepala: intraventrikel hemoragik dan brain atrophy, hasil foto thorax: bronchitis.

## B. Pengkajian Keperawatan Kritis

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

Breath (B1)	Pergerakan dada	Tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu napas	- Tidak ada
	Palpasi	- Vocal Fremitus: Kiri dan kanan sama - Nyeri Tekan: Tidak ada - Krepitasi: Tidak ada
	Perkusi	Pekak
	Suara napas	Vesikuler Terdengar suara napas tambahan ronchi
	Batuk	Tidak produktif
	Sputum	Tampak sputum pasien kental dan berwarna kuning
	Alat bantu napas	Ada Jenis: Non rebreathing mask (NRM) 10 liter
	Lain-lain	Pernapasan: 26x/menit Spo2: 90% Nadi: 123x/menit
Blood (B2)	Suara jantung	- S1 S2 S3 S4 - Tunggal ✓✓
	Irama jantung	Reguler
	CRT	Kembali < 3 detik
	JVP	Normal, 5-2 cmH <sub>2</sub> O
	CVP	Tampak tidak ada

	Edema	Tampak tidak ada
	EKG	Sinus takikardi
	Lain-lain	TTV TD:177/102 mmHg N: 123 x/menit P: 26 x/menit S: 37°c
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif: Samnolen - Kuantitatif (GCS 10) - E: 4 - V: 2 - M: 4
	Reaksi pupil : - Kanan - Kiri	Sokor - Ada, diameter 2,5cm - Ada, diameter 2,5 cm
	Refleks fisiologis	Reflex biceps: Positif Refleks triceps: Positif Refleks patella: Positif Refleks achilles: Positif Refleks brchialis: Positif
	Refleks patologis	Refleks babinski: Negatif
	Meningeal sign	Tampak tidak ada
	Lain-lain	Ct-scan: Intraventrikel hemoragik dan brain atrophy
	Bladder (B4)	Urin
Kateter		- Ada, hari ke 2 - Jenis: Ukuran: 16
Kesulitan BAK		Tampak pasien tidak kesulitan

		saat BAK
	Lain-lain	Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir kering
	Lidah	Tampak lidah kotor
	Keadaan gigi	Tampak ada 6 gigi yang sudah tanggal
	Nyeri telan	Tidak ada
	Abdomen	Tampak tidak distensi
	Peristaltik usus	Normal, nilai: 26 x/menit
	Mual	Tidak ada mual
	Muntah	Tidak ada muntah
	Hematemesis	Tidak mengalami hematemesis
	Melena	Pasien tidak ada melena
	Terpasang NGT	Tampak terpasang nasogastric tube (untuk makan dan minum karena sulit menelan)
	Terpasang colostomy bag	Tampak tidak terpasang colostomy bag
	Diare	Pasien tidak mengalami diare
	Konstipasi	Pasien tidak mengalami konstipasi
	Asites	Pasien tidak mengalami asites
Lain-lain	Tidak ada	
Bone (B6)	Turgor	Tampak turgor kulit baik
	Perdarahan Kulit	Tampak tidak ada perdarahan pada kulit
	Icterus	Tampak tidak ikterus
	Akral	Aktal teraba hangat
	Pergerakan sendi	Tampak pergerakan sendi terbatas di tangan kanan dan kaki

		kanan
	Fraktur	Tampak tidak ada fraktur
	Luka	Tampak tidak ada luka
	Lain-lain	Uji kekuatan otot
		Kanan   Kiri
	Tangan	0   3
	Kaki	0   3

2. Diagnosa keperawatan : (berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)

B-1: Bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan

B-2: Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi

B-3: Tidak ada

B-4: Tidak ada

B-5: Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular

B-6: Tidak ada

### 3. Pengkajian Sekunder

#### a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan kesehatan merupakan hal yang sangat penting dan harus dijaga. Keluarga selalu menjaga kebersihan lingkungan sekitar rumahnya, keluarga juga mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit akan membeli obat di apotek, dan jika semakin parah akan dibawa ke puskesmas atau RS terdekat. Keluarga mengatakan pasien sudah mengalami stroke 3 tahun yang lalu. Keluarga mengatakan pasien mengalami HT sejak 10 tahun yang lalu



dan rutin mengonsumsi obat amlodipin 10 mg secara teratur. Keluarga mengatakan pasien suka makan makanan asin seperti coto, keluarga mengatakan saat masih muda pasien adalah perokok aktif dan suka minum alkohol.

Riwayat penyakit saat ini:

- a) Keluhan utama: Penurunan kesadaran
- b) Riwayat keluhan utama: Keluarga mengatakan sekitar 3 tahun lalu pasien mengalami stroke pada tubuh sebelah kanan dan aktivitasnya dibantu keluarga serta pasien juga sudah tidak bicara sejak terkena stroke 3 tahun yang lalu. Sehari sebelum masuk RS pasien gelisah dan susah tidur, kurang nafsu makan pasien sering merasa nyeri kepala, keluarga mengatakan pasien batuk berdahak 1 minggu yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien susah mengeluarkan dahaknya. Saat pagi hari keluarga pasien mengatakan pasien merasa lemas, batuk berdahak dan susah untuk mengeluarkan dahaknya kemudian dibawa ke RS oleh keluarganya dan di perjalanan pasien tiba-tiba tidak sadarkan diri dan sesak. Setelah mendapat penanganan di IGD pada tanggal 07 Mei 2024 selanjutnya di bawah ke ruang ICU. Pengkajian dilakukan setelah 1 hari serangan stroke ke-2 pada tanggal 08 Mei 2024 didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS :10 E4,V2,M4 (Delirium), sesak nafas, pernapasan: 26x/menit, terpasang NRM 10 liter dan tampak badan sebelah kanan lemah pasien batuk berdahak dan sulit mengeluarkan dahaknya, tampak suara napas tambahan ronchi, tampak pasien tidak bisa bicara, tampak pasien kesulitan untuk menelan dan tersedak saat makan ataupun minum, refleks patologis: babinski (-). terpasang keteter urin, nasogastric tube dan infus RL 16 tpm.

- 1) Riwayat keluhan yang pernah dialami: keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi 10 tahun yang lalu dan hemiparese dextra 3 tahun yang lalu dan mulai tidak bisa bicara sejak 3 tahun lalu.
- 2) Riwayat kesehatan keluarga: keluarga pasien mengatakan ibu dan ayah pasien memiliki riwayat HT dan stroke.
- 3) Pemeriksaan fisik
  - a) Kebersihan rambut: Tampak bersih dan warna rambut campur hitam dan putih
  - b) Kulit kepala: Tampak tidak ada lesi dan ketombe
  - c) Kebersihan kulit: Tampak bersih
  - d) Higiene rongga mulut: Tampak kotor
  - e) Kebersihan genitalia: Tampak bersih
  - f) Kebersihan anus: Tampak bersih

#### **b. Pola nutrisi dan metabolik**

##### 1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan makan teratur 3x sehari dengan menu nasi, ikan atau daging. Keluarga pasien mengatakan suka makan coto dan daging sapi. Keluarga mengatakan sering menambah garam di makanannya karena tidak suka makanan hambar. Keluarga mengatakan pasien tidak ada mengkonsumsi suplemen ataupun vitamin lainnya. Keluarga pasien mengatakan napsu pasien baik. Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan atau diet makanan tertentu. Keluarga pasien mengatakan pasien suka minum air putih, kadang-kadang minum yang bersoda atau manis. Keluarga mengatakan pasien menghabiskan air putih sebanyak  $\pm 7-8$  gelas per hari. keluarga pasien mengatakan pasien suka minum kopi lebih dari 2 kali/hari. BB: 61kg, TB: 163cm, IMT: 23,01 kg, kesimpulan: berat badan normal.

## 2) Kadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sejak terkena stroke 3 tahun sampai sekarang pasien sulit menelan, jika setiap kali pasien diberikan makanan ataupun minuman pasien selalu tersedak, keluarga pasien mengatakan tersedak dan batuk saat diberikan air mineral satu sendok makan dan keluar air banyak dari mulut pasien, tampak pasien sulit menelan. Keluarga mengatakan pasien hanya mengkonsumsi makanan yang disediakan RS yaitu bubur saring karena pasien sulit untuk menelan dan kadang tersedak saat makan saat di rumah.

## 3) Observasi

Tampak pasien diberi makan lewat NGT sebanyak 200cc dan minum air putih 100 cc/ 8 jam.

## 4) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan rambut: Tampak rambut beruban dan rontok
- b) Hidrasi kulit: Tampak
- c) Palpebra/conjungtiva: Tampak tidak edema/ tidak anemis
- d) Sclera: Tampak tidak icterik
- e) Hidung: Tampak bersih
- f) Rongga mulut: Tampak kotor
- g) Gigi: Tampak kurang bersih, Gigi palsu: Tidak ada
- h) Lidah: Tampak kotor
- i) Kemampuan mengunyah: Tampak pasien tidak mampu mengunyah
- j) Pharing: Tampak tidak ada peradangan
- k) Kelenjer getah bening: Tampak tidak ada pembesaran
- l) Kelenjer parotis: Tampak tidak ada pembesaran
- m) Abdomen:
  - Inspeksi: Tampak tidak ada acites
  - Auskultasi: Terdengar peristaltik usus 26x/m

- Palpasi: Tidak teraba adanya nyeri tekan
- Perkusi: Terdengar bunyi thimpani

n) Kulit

- Edema: Tidak ada
- Ikterik: Tidak ada

o) Tanda-tanda radang: Tidak ada

**c. Pola Eliminasi**

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit buang air kecil 6-7 kali sehari dengan warna urine kuning jernih dan berbau amoniak. Keluarga mengatakan pasien BAB biasanya 1 kali dalam sehari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien BAK lewat selang kateter dan untuk BAB keluarga mengatakan sudah 2 hari belum BAB.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan kateter dengan urine sebanyak 700cc/8 jam berwarna kuning pekat.

4) Pemeriksaan fisik

- a) Peristaltik usus: 26x/menit
- b) Palpasi kandung kemih: Kosong
- c) Nyeri ketuk ginjal: Tidak ada nyeri ketuk ginjal
- d) Mulut uretra: Tampak bersih
- e) Anus
  - Peradangan: Tidak ada
  - Hemoroid: Tidak ada
  - Fistula: Tidak ada

#### d. Pola aktivitas dan latihan

##### 1) keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan setelah lulus kuliah pasien hanya dirumah karena mengalami gangguan psikologis, pasien tidak melakukan aktivitas diluar rumah.

##### 2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien hanya berbaring di tempat tidur dan tidak dapat menggerakkan badannya.

##### 3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat.

##### 4) Aktivitas harian

a) Makan: 2

b) Mandi: 2

c) Pakaian: 2

d) Kerapihan: 2

e) BAB: 1

f) BAK: 1

g) Mobilisasi di tempat tidur: 2

##### 5) Postur tubuh: Tidak dikaji

##### 6) Anggota gerak yang cacat: Tidak ada

##### 7) Gaya jalan: Tidak dikaji

##### 8) Fiksasi: Tidak ada

##### 9) Tracheostomi: Tidak ada

##### 10) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

    Berbaring: 177/102 mmHg

    Duduk: -

    Berdiri: -

    Kesimpulan: -

b) HR: 123 x/menit

<p>0 : Mandiri  1 : Bantuan dengan alat  2 : Bantuan orang  3 : Bantuan alat dan orang  4 : Bantuan penuh</p>
---

c) Kulit: Keringat dingin: Tidak ada

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

Kesimpulan: Pemompaan ventrikel jantung memadai.

e) Perfusi pembuluh kapiler: CRT kembali dalam < 3 detik

f) Thoraks dan pernapasan

Inspeksi

Bentuk thoraks: Tampak simsteri kiri dan kanan

Retaraksi intercostal: Tidak ada

Sianosis: Tampak tidak ada

Stridor: Tidak rerdengar

Palpasi

Vocal premitus: Teraba kedua lapang paru sama

Krepitasi: Tidak teraba

Perkusi: Tidak ada

Auskultasi:

Suara napas: Veskuler

Suara ucapan: -

Suara tambahan: Ronchi

g) Jantung

- Inspeksi:

Ictus: Cordis tidak teraba

- Palpasi

Ictus cordis: Geteran dirasakan pada ics 5 mid clavicularis sinistra

- Perkusi:

batas atas jantung: Ics 2 linea sternalis dextra, batas

bawah jantung: Ics 5 linea mid calvicularis sinistra

- Auskultasi

Bj II A: Tunggal ics 2 linea sternalis dextra

BJ II P: Tunggal Ics 3 linea sternalis sinistra

BJ I T: Tunggal Ics 4 linea sternalis sinistra

BJ I M: Tunggal lcs 5 linea mid clavicularis sinistra

BJ III irama gallop: Tidak terdengar

Mur-mur: Tidak terdengar

Bruit: Tidak ada

Arteri renalis: Tidak terdengar

Arteri femoralis: Tidak terdengar

h) Lengan dan Tungkai

- Atrofi otot: Tegatif

- Rentang gerak: Terbatas. Kaku sendi: Tangan dan kaki sebelah kanan

Nyeri sendi: Tidak ada

Fraktur: Tidak ada

Parese: Kelemahan tubuh sebela kanan

Paralisis: Tidak ada

i) Uji kekuatan otot

Tangan      Kiri      Kanan

Kaki	3	0
	3	0

Keterangan:

- Nilai 5 : Kekuatan penuh
- Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain
- Nilai 3 : Mampu menahan tegak tetapi tidak mampu melawan tekanan
- Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tetapi dengan sentuhan akan jatuh
- Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan
- Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu Bergerak

- j) Refleks patologis :
- Bisep: kanan : -, dan kiri : +
  - Trisep: kanan : -, dan kiri : +
  - Patella: kanan : -, kiri : +
  - Achilles: kanan: -, kiri: +
- k) Refleksi patologis
- Babinski kiri: Positif
  - Kanan: Negatif
- l) Columna vertebralis
- Inspeksi: Normal
  - Palpasi: Normal
  - Kaku kuduk: Tidak ada

#### **e. Pola tidur dan istirahat**

##### 1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit pasien kadang-kadang tidur siang sekitar jam 13.00-16.00, sedangkan malam kadang jam 20.00-06.00.

##### 2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya berbaring ditempat tidur. Keluarga pasien mengatakan pasien menghabiskan waktunya dengan dengan tidur.

##### 3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk: Positif

Banyak menguap: Tidak ada

Palpebra inferior berwarna gelap: Positif

#### **f. Pola persepsi dan kognitif**

##### 1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran ataupun penglihatan dalam melakukan aktivitas.



## 2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien juga tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan tetapi untuk melakukan aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat. Keluarga mengatakan sejak 2 hari lalu pasien sudah tidak mengenali keluarganya dan tidak bisa bicara sejak 3 tahun yang lalu.

## 3) Observasi

Tampak pasien gelisah, tampak pasien tidak bisa bicara.

## 4) Pemeriksaan fisik

### a) Penglihatan

Kornea: Tampak jernih

Pupil: Isokor

Lensa mata: Tampak jernih

Tekanan intraokuler: Teraba pada kedua mata

### b) Pendengaran

Pina: Tampak simetris antara kiri dan kanan

kanalis: Tampak bersih

Membran timpani: Tampak utuh

### c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien masih dapat merasakan sentuhan pada tangan dan kaki kanan tetapi tidak mampu mengangkatnya.

## **g. Pola persepsi dan konsep diri**

### 1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak bekerja dan mengalami gangguan psikologis semenjak selesai kuliah.

### 2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien hanya berada dirumah dan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarga.

### 3) Observasi

Kontak mata: Tampak kontak mata tidak ada

Rentang perhatian: Tampak rentang perhatian tidak ada

Suara dan bicara: Tampak pasien tidak bisa bicara

Postur tubuh: Tidak dikaji

### 4) Pemeriksaan fisik

Kelainan bawaan yang nyata: Tidak ada

Bentuk atau posisi tubuh: Tidak ada

Kulit: Tampak bersih

## **h. Pola peran dan Hubungan dengan sesama**

### 1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama saudara dan keponakannya. Keluarga mengatakan pasien belum berkeluarga, hubungan pasien dengan keluarga baik begitupun dengan tetangganya.

### 2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien jarang keluar rumah dan jarang ketemu orang lain karena hanya berada didalam rumah, tetapi hubungannya dengan keluarga masih baik begitupun dengan tetangganya.

### 3) Observasi

Tampak didampingi oleh keluarga di RS

## **i. Pola Reproduksi dan seksualitas**

### 1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengalami masalah reproduksi.

### 2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak ada masalah pada reproduksi.

#### j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

##### 1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien jarang sekali menceritakan apa yang dialami.

##### 2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tetap sungkan menceritakan masalahnya ditambah lagi sejak sakit pasien sudah tidak bisa bicara.

##### 3) Observasi

Pasien tampak gelisah.

#### k. Pola sistem dan nilai kepercayaan

##### 1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien taat beribadah dengan menjalankan sholat 5 waktu.

##### 2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan semenjak pasien sakit ia sudah jarang melaksanakan ibadah.

##### 3) Observasi

Tampak pasien lemah terbaring di tempat tidur.

#### l. Pemeriksaan Penunjang

##### 1) Pemeriksaan laboratorium

Parameter			Nilai Rujukan
WBC	13.85	[10 <sup>3</sup> /uL]	(4.80-10.20)
RBC	3.78	[10 <sup>3</sup> /uL]	(4.00-5.50)
HGB	11.6	[g/dL]	(12.2-16.2)
MCV	102.9	[fL]	(80.0- 97.0)
MCHC	29.8	[g/dL]	(31.8- 35.4)
PDW	10.2	[fL]	(9.0- 13.0)
NEUT#	11.88	[10 <sup>3</sup> /uL]	(1.50- 7.00)

LYMPH#	0.78	[10 <sup>3</sup> /uL]	(1.00- 3.70)
--------	------	-----------------------	--------------

2) Pemeriksaan ct-scan kepala

Kesan: Intraventrikel hemoragik dan brain atrophy

3) Pemeriksaan foto thorax

Kesan: Bronchitis

4) Pemeriksaan EKG

Hasil: Sinus takikardi

#### **m. Terapi**

1) Citicolin 500 mg/12 jam

2) Santagesik 2 ml /12 jam

3) Manitol 20% 125 cc/4 jam

4) Amlodipine tab 10 mg/8 jam

5) Combivent 5 ml /12 jam

### Analisa Data

Nama : Tn. M

Umur : 66 Tahun

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien mengalami HT sejak 10 tahun yang lalu,</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien suka makan makanan asin seperti coto</li> <li>- Keluarga mengatakan sekitar 3 tahun lalu pasien sudah mengalami stroke pada tubuh sebelah kanan dan aktivitasnya dibantu keluarga.</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien merasa nyeri kepala</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum lemah</li> <li>- Tingkat kesadaran menurun (delirium)</li> <li>- GCS : 10 (E4 V2 M4)</li> <li>- Tampak gelisah</li> <li>- TD: 177/102 mmHg</li> <li>- Nadi: 123x/menit</li> <li>- Suhu: 37°c</li> <li>- Pernapasan: 26x/menit</li> <li>- Hasil ct-scan kepala: Intraventrikel hemoragik dan brain atrophy</li> </ul>	<p>edema serebral</p>	<p>Penurunan kapasitas adaptif tekanan intrakranial</p>

	Refleks patologis: Babinski negatif		
2	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir sejak 1 minggu yang lalu.</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien saat masih muda pasien merupakan perokok aktif dan suka minum alkohol.</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berdahak dan susah untuk mengeluarkan dahaknya.</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan dahak</li> <li>- Tampak terdengar suara napas ronchi</li> <li>- Tampak pasien menggunakan alat bantu nafas non rebrathing mark (NMR) 10liter.</li> <li>- Pernapasan: 26 x/menit</li> <li>- SpO<sub>2</sub>: 90%</li> <li>- Tampak pasien sesak</li> <li>- Hasil foto thorax : Bronchitis</li> <li>- WBC 13.85 10<sup>3</sup>uL</li> </ul>	Sekresi yang tertahan	Bersihan jalan Nafas

3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien sejak sakit sulit menelan, jika setiap kali pasien diberikan makanan ataupun minuman pasien selalu tersedak</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak kesadaran menurun</li> <li>- Tampak kemampuan batuk menurun</li> <li>- Tampak pasien tersedak dan batuk saat diberikan air mineral satu sendok makan</li> <li>- Tampak keluar air banyak dari mulut pasien</li> <li>- Tampak pasien sulit menelan</li> </ul>	Gangguan serebrovaskular	Gangguan menelan
---	---	--------------------------	------------------

### Diagnosis Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. M / 66 Tahun

Ruang/ Kamar: ICU Interna

No	Diagnosis Keperawatan
1	Penurunan kapasitas adaptif tekanan intrakranial b/d edema serebral (D.0066)
2	Bersihkan jalan napas b/d sekresi yang tertahan (D.0001)
3	Gangguan menelan b/d gangguan serebrovaskular (D.0063)

### Intervensi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. M

Ruang/ Kamar: ICU Interna

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Penurunan kapasitas adaptif tekanan intrakranial b/d edema serebral (D.0066)</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien mengalami HT sejak 10 tahun yang lalu,</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien suka makan makanan asin seperti coto</li> <li>- Keluarga mengatakan sekitar 3 tahun lalu pasien sudah mengalami stroke pada tubuh sebelah kanan dan aktivitasnya dibantu keluarga.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan intrakranial menurun</li> <li>b. Sakit kepala menurun</li> <li>c. Gelisah menurun</li> <li>d. Nilai rata-rata tekanan darah membaik</li> <li>e. Refleks saraf membaik</li> </ol>	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia)</li> <li>3. Monitor intake aotput cairan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi fowler (head up 30°)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</li> </ol>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien merasa nyeri kepala</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum lemah</li> <li>- Tingkat kesadaran menurun (delirium)</li> <li>- GCS : 10 (E4 V2 M4)</li> <li>- Tampak gelisah</li> <li>- TD: 177/102 mmHg</li> <li>- Nadi: 123x/menit</li> <li>- Suhu: 37°c</li> <li>- Pernapasan: 26x/menit</li> <li>- Hasil ct-scan kepala: Intraventrikel hemoragik dan brain atrophy</li> <li>- Refleks patologis: Babinski negatif</li> </ul>		<p>Pemantauan Neurologis (I.06197)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kesadaran</li> <li>2. Monitor tanda-tanda vital</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan posisi kepala dan leher</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ol>
---	--	---

<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan</p> <p>Dibuktikan dengan:</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir sejak 1 minggu yang lalu.</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien saat masih muda pasien merupakan perokok aktif dan suka minum alkohol.</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berdahak dan susah untuk mengeluarkan dahaknya.</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan dahak</li> <li>- Tampak terdengar suara napas</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihkan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Produksi sputum cukup menurun</li> <li>b. Frekuensi napas cukup membaik</li> <li>c. Pola napas cukup membaik</li> <li>d. Batuk efektif cukup meningkat</li> </ol>	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> <li>3. Monitor sputum</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan posisi semi fowler (head up 30°)</li> <li>2. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</li> </ol> <p>Dukungan ventilasi (I.01002)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kelelahan otot bantu napas</li> <li>2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</li> </ol>
--	---	---

<p>ronchi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien menggunakan alat bantu nafas non rebrathing mark (NMR) 10liter.</li> <li>- Pernapasan: 26 x/menit</li> <li>- SpO<sub>2</sub>: 90%</li> <li>- Tampak pasien sesak</li> <li>- Hasil foto thorax: Bronchitis</li> <li>- WBC 13.85 10<sup>3</sup>UI</li> </ul>		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri.</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat, jika perlu</li> </ol>
<p>Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular (D.0063)</p> <p>Dibuktikan dengan:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien sejak sakit sulit menelan, jika setiap kali pasien diberikan makanan ataupun minuman pasien selalu tersedak</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menelan (L.06053) membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi tersedak cukup menurun</li> <li>b. Batuk cukup menurun</li> <li>c. Refliuks lambung cukup menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan aspirasi (I.14535)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan</li> <li>2. Periksa residu gaster sebelum memberikan asupan oral</li> <li>3. Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberikan asupan oral</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan semi fowler (30- 45 derajat) 30</li> </ol>

<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tampak kesadaran menurun</li><li>- Tampak kemampuan batuk menurun</li><li>- Tampak pasien tersedak dan batuk saat diberikan air mineral satu sendok makan</li><li>- Tampak keluar air banyak dari mulut pasien</li><li>- Tampak pasien sulit menelan</li></ul>	<p>d. Penerimaan makan cukup membaik</p> <p>e. Tingkat kesadaran cukup membaik</p>	<p>menit sebelum memberi asupan oral</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Berikan makanan dengan bubur saring</li><li>3. Berikan obat oral dalam bentuk cair</li></ol>
---	--	--

### Implementasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. M

Ruang/ Kamar: ICU Interna

Hari/ Tanggal	DP	Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Nama perawat
Kamis, 09-05- 2024 (sifh pagi)	I,II	07.05	Mengkaji dan memonitor TTV Hasil: TD: 170/107mmHg N: 125x/menit P: 26x/menit S: 37°C	Erlin
	II	07.45	Memonitor status pernapasan Hasil: Frekuensi pernapasan pasien 26x/menit	Erlin
	I,II	07.55	Berikan posisi head up 30° Hasil: Tampak posisi kepala pasien 30°	Erlin
	II	08.20	Memonitori bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas tambahan ronchi Memonitor sputum Hasil: Tampak sputum pasien kental dan berwarna kuning	Erlin  Erlin
	II	08.50	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil:Tampak terpasang NRM 10 liter	Erlin

	I	09.40	<p>Memonitor sputum</p> <p>Hasil: Tampak sputum pasien kental dan berwarna kuning</p>	Erlin
	I	09.58	<p>Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradycardia, pola napas irregular, kesadaran menurun)</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 168/104 mmHg</p> <p>P: 26x/menit</p> <p>N: 115x/menit (Takikardi)</p> <p>Tampak kesadaran menurun (Delirium)</p>	Erlin
	I	10.00	<p>Memonitor tingkat kesadaran</p> <p>Hasil: Kuantitatif (GCS): 10</p> <p>E: 4</p> <p>V: 2</p> <p>M: 4</p> <p>Kualitatif: Delirium</p>	Erlin
	III	10.12	<p>Memberikan minuman ( susu peptisol 150 cc)</p> <p>Hasil: Telah diberikan susu 150 cc melalui NGT</p>	Erlin
	II	10.30	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil: Tampak pola napas takipnea, P: 26 x/menit SP0<sub>2</sub>: 96%</p>	Erlin

	I	11.00	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak ribut/menjaga ketenangan pasien, tampak ruangan sejuk dan tenang	Erlin
	I	11.00	Kolaborasi pemberian obat Injeksi: - Citicolin 500mg - Santagesik 2ml - Manitol 20% 125cc - Amlodipine tab 10mg	Erlin
	II	11.15	Kolaborasi pemberian pemberian brokodilator Hasil: Tampak di berikan obat kombivent	Erlin
	I,II	11.25	Mempertahankan posisi head up 30° Hasil: Tampak posisi pasien head up 30°	Erlin
	II	11.30	Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan Hasil: Tampak setelah diberikan posisi head up 30° status pernapasan pasien membaik P: 25x/menit	Erlin
	I,II	11.40	Memepertahankan kepatenan jalan napas	Erlin

			Hasil: Tampak pasien sedang dalam posisi head up 30°	
	III	11.45	Mengidentifikasi diet yang di anjurkan Hasil: Pasien diberikan bubur saring 200 cc dan susu peptisol 150 cc.	Erlin
	III	12.35	Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral Hasil: Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan	Erlin
	III	12.40	Memeriksa residu gaster sebelum memberikan asupan oral Hasil: Selang NGT masih berada di lambung	Erlin
	III	13.10	Memberikan makanan dengan bubur saring Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 200 cc	Erlin
	I,III	13.50	Memonitor tingkat kesadaran batuk, muntah dan kemampuan menelan Hasil: Tampak pasien tidak mampu menelan, dan tidak mampu untuk batuk efektif	Erlin
	I	13.55	Memonitor intake dan output Hasil:	Erlin



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intake:</li> <li>Manitol 20%: 125 cc</li> <li>Bubur saring: 200 cc</li> <li>Susu: 150 cc</li> <li>Air putih: 50 cc</li> <li>Cairan RL: 125 cc</li> <li>Total: 650 cc</li> <li>- Output</li> <li>Urine: 635 cc</li> </ul>	
(Shift malam )	I,II	21.15	<p>Mengkaji dan memonitor TTV</p> <p>Hasil: TD: 175/112mmHG</p> <p>N: 102x/menit</p> <p>P: 26x/menit</p> <p>S: 37°C</p>	Linsya
	II	21.30	<p>Memonitor status pernapasan</p> <p>Hasil: Frekuensi pernapasan pasien 26x/menit</p>	Linsya
	I	21.45	<p>Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>Hasil: Memberikan edukasi kepada keluarga pasien bahwa jam kungjungan telah berakhir, tampak ruangan sejuk dan tenang</p>	Linsya
	I,II	21.55	<p>Berikan posisi head up 30°</p> <p>Hasil: Tampak posisi kepala pasien head up 30°</p>	Linsya

	II	22.10	Memonitori bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas tambahan ronchi	Linsya
	II	22.20	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil: Tampak terpasang NRM 10 liter	Linsya
	II	23.00	Kolaborasi pemberian brokodilator Hasil: Tampak di berikan obat kombivent	Linsya
	I	23.00	Kolaborasi pemberian obat Injeksi: - Citicolin 500 mg - Santagesik 2 ml - Manitol 20% 125 cc	Linsya
	II	23.17	Memonitor Sputum Hasil: Tampak sputum pasien kental dan berwarna kuning	Linsya
	I	23.50	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradycardia, pola napas irregular, kesadaran menurun) Hasil: TD: 170/105 mmHg P: 26x/menit N: 119x/menit (Takikardi) S: 37°C	Linsya

			Tampak kesadaran menurun (delirium)	
	I	23.55	Memonitor tingkat kesadaran Hasil:Kuantitatif (GCS): 10 E: 4 V: 2 M: 4 Kualitatif: Delirium	Linsya
	II	00.30	Memonitor pola napas Hasil: Tampak pola napas takipnea, P: 26 x/menit, SPO <sub>2</sub> : 96%	Linsya
	I,II	01.30	Mempertahankan posisi head up 30° Hasil: Tampak posisi pasien head up 30°	Linsya
	I,II	02.00	Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan Hasil: Tampak setelah diberikan posisi head up 30° status pernapasan pasien membaik P: 25x/menit	Linsya
	II	02.20	Memepertahankan kepatenan jalan napas Hasil: tampak pasien sedang dalam posisi head up 30°	Linsya
	I	03.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Amlodipine tab 10 mg	Linsya

			- Manitol 20% 125 cc	
	III	05.00	Mengidentifikasi diet yang di anjurkan Hasil: Pasien diberikan bubur saring 200cc dan susu peptisol 150cc	Linsya
	III	05.30	Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral Hasil : Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan	Linsya
	III	06.05	Memeriksa residu gaster sebelum memberikan asupan oral Hasil: Selang NGT masih berada di lambung	Linsya
	III	06.10	Memberikan makanan dengan bubur saring Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 200 cc	Linsya
	III	06.40	Memonitor tingkat kesadaran batuk, muntah dan kemampuan menelan Hasil: Tampak pasien tidak mampu menelan, dan tidak mampu untuk batuk efektif	Linsya
	I	06.55	Memonitor intake dan output Hasil: - Intake:	Linsya

			Manitol 20%: 125 cc Bubur saring: 200 cc Susu: 150 cc Air putih: 50 cc Cairan RL: 125 cc Total: 650 cc - Output Urine: 600 cc	
Jumat, 10-05- 2024 (sifh siang)	I,II	14.10	Mengkaji dan memonitor TTV Hasil: TD:151/101mmHg N:99x/menit P: 24x/menit S: 36,9°C	Erlin
	II	14.35	Memonitor status pernapasan Hasil: Frekuensi pernapasan pasien 24x/menit	Erlin
	I,II	15.00	Memberikan posisi head up 30° Hasil: Tampak posisi kepala head up 30°	Erlin
	II	15.08	Memonitori bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas tambahan ronchi	Erlin
	II	15.25	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil: Tampak terpasang NRM 10 liter	Erlin
	II	15.40	Memonitor Sputum Hasil: Tampak sputum pasien masih	Erlin

			kental dan berwarna kuning	
	I	15.55	<p>Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradycardia, pola napas irregular, kesadaran menurun)</p> <p>Hasil:            TD: 150/95 mmHg            P: 24x/menit            N: 95x/menit            S: 36,9°C            Tampak kesadaran menurun (Delirium)</p>	Erlin
	I	16.05	<p>Memonitor tingkat kesadaran</p> <p>Hasil:Kuantitatif (GCS): 10            E: 4            V: 2            M: 4            Kualitatif: Delirium</p>	Erlin
	II	16.30	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil: Tampak pola napas takipnea, P: 24x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%</p>	Erlin
	I	17.00	<p>Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>Hasil: Selalu memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak ribut/menjaga ketenangan pasien, tampak ruangan sejuk dan tenang</p>	Erlin

	I,II	17.20	Mempertahankan posisi head up 30° Hasil: Tampak posisi pasien head up 30°	Erlin
	II	17.35	Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan Hasil: Tampak setelah diberikan posisi head up 30° status pernapasan pasien membaik P: 24x/menit	Erlin
	II	17.55	Mempertahankan kepatenan jalan napas Hasil: Tampak pasien sedang dalam posisi head up 30°	Erlin
	III	18.45	Mengidentifikasi diet yang di anjurkan Hasil: Pasien diberikan bubur saring 200 cc dan susu peptisol 150 cc	Erlin
	III	19.15	Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral Hasil: Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan	Erlin
	III	19.25	Memeriksa residu gaster sebelum memberikan asupan oral Hasil: Selang NGT masih berada di lambung	Erlin
	III	19.30	Memberikan makanan dengan bubur	Erlin

(Shift malam )			saring Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 200 cc	
	III	19.40	Memonitor tingkat kesadaran batuk, muntah dan kemampuan menelan Hasil: Tampak pasien tidak mampu menelan, dan tidak mampu untuk batuk efektif	Erlin
	I	20.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Amlodipine tab 10 mg	Erlin
		20.00	Memonitor intake dan output Hasil: - Intake: Manitol 20%: 125 cc Bubur saring: 200 cc Cairan RL: 125 cc Air putih: 50 cc Total: 650 cc - Output: Urine: 580 cc	Erlin
	I,II	20.50	Mengkaji dan memonitor TTV Hasil: TD: 155/101mmHG N: 94x/menit P: 24x/menit S: 37,5°C	Linsya
	II	21.25	Memonitor status pernapasan	Linsya



			Hasil: Frekuensi pernapasan pasien 24x/menit	
	I	21.35	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Selalu memberikan edukasi kepada keluarga pasien bahwa jam besuk sudah berakhir.	Linsya
	I,II	21.45	Berikan posisi head up 30° Hasil : Tampak posisi kepala pasien head up 30°	Linsya
	III	21.55	Memberikan minuman (susu peptisol 150cc) Hasil: Telah diberikan susu 150cc melalui NGT	Linsya
	II	22.00	Memonitori bunyi napas tambahan Hasil: Masih terdengar bunyi napas tambahan ronchi	Linsya
	II	22.15	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil:Tampak terpasang NRM 10 liter	Linsya
	II	22.25	Kolaborasi pemberian brokodilator Hasil: Tampak di berikan obat kombivent	Linsya
	I	22.25	Kolaborasi pemberian obat Injeksi:	Linsya

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Citicolin 500 mg</li> <li>- Santagesik 2 ml</li> <li>- Manitol 20% 125 cc</li> </ul>	
	II	23.00	<p>Memonitor sputum</p> <p>Hasil: Tampak sputum pasien masih kental dan berwarna kuning</p>	Linsya
	I	23.30	<p>Memonitor tanda dan gejala peningkata TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradycardia, pola napas irregular, kesadaran menurun)</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 150/95 mmHg</p> <p>P: 24x/menit</p> <p>N: 105x/menit (Takikardi)</p> <p>Tampak kesadaran menurun (Delirium)</p>	Linsya
	I	23.45	<p>Memonitor tingkat kesadaran</p> <p>Hasil: Kuantitatif (GCS): 10</p> <p>E: 4</p> <p>V: 2</p> <p>M: 4</p> <p>Kualitatif: Delirium</p>	Linsya
	II	23.55	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil: Tampak pola napas takipnea, P: 24 x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%</p>	Linsya
	I,II	00.25	Mempertahankan posisi head up 30°	Linsya

			Hasil: tampak posisi pasien head up 30°	
	II	00.40	Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan Hasil: Tampak setelah diberikan posisi head up 30° status pernapasan pasien membaik P: 23x/menit	Linsya
	II	00.50	Memepertahankan kepatenan jalan napas Hasil: Tampak pasien sedang dalam posisi head up 30°	
	I	03.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Amlodipine tab 10 mg - Manitol 20% 125 cc	Linsya
	III	05.30	Mengidentifikasi diet yang di anjurkan Hasil: Pasien diberikan bubur saring 200 cc dan susu peptisol 150 cc	Linsya
	III	06.00	Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral Hasil: Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan	Linsya
	III	06.30	Memeriksa residu gaster sebelum memberikan asupan oral	Linsya

			<p>Hasil: Selang NGT masih berada di lambung</p>	
	III	06.35	<p>Memberikan makanan dengan bubur saring</p> <p>Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 200 cc</p>	Linsya
	III	06.50	<p>Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan</p> <p>Hasil: Tampak pasien tidak mampu menelan, dan belum mampu untuk batuk efektif</p>	Linsya
	I	06.53	<p>Memonitor intake dan output</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intake: <ul style="list-style-type: none"> <li>Manitol 20%: 125 cc</li> <li>Bubur saring: 200 cc</li> <li>Susu: 150 cc</li> <li>Air putih: 50 cc</li> <li>Cairan RL: 130 cc</li> <li>Total: 650 cc</li> </ul> </li> <li>- Output: Urine: 540 cc</li> </ul>	Linsya
Sabtu, 11-05- 2024 (sifh pagi)	I,II	07.25	<p>Mengkaji dan memonitor TTV</p> <p>Hasil: TD: 142/95mmHg</p> <p>N: 97x/menit</p> <p>P: 22x/menit</p> <p>S: 37°C</p>	Linsya

	II	07.35	Memonitor status pernapasan Hasil: Frekuensi pernapasan pasien 22x/menit	Linsya
	I,II	07.55	Berikan posisi head up 30° Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°	Linsya
	II	08.05	Memonitori bunyi napas tambahan Hasil : Masih terdengar bunyi napas tambahan ronchi	Linsya
	II	08.10	Memberikan oksigen ,jika perlu Hasil: Tampak terpasang NRM 10 liter	Linsya
	II	08.30	Memonitor Sputum Hasil: Tampak sputum pasien masih kental dan berwarna kuning	Linsya
	I	08.55	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradycardia, pola napas irregular, kesadaran menurun) Hasil: TD: 147/99 mmHg P: 22x/menit N : 101x/menit (Takikardi) S: 37°C Tampak kesadaran menurun (Delirium)	Linsya

	I	09.05	<p>Memonitor tingkat kesadaran</p> <p>Hasil:Kuantitatif (GCS): 11</p> <p>E: 4</p> <p>V: 2</p> <p>M: 5</p> <p>Kualitatif: Delirium</p>	Linsya
	II	09.30	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil: Tampak pola napas takipnea, P: 23x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%</p>	Linsya
	III	10.00	<p>Memberikan minuman ( susu peptisol 150cc)</p> <p>Hasil: Tampak telah diberikan susu 150cc melalui NGT</p>	Linsya
	I	10.30	<p>Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>Hasil: Selalu memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak ribut/menjaga ketenangan pasien, tampak ruangan sejuk dan tenang</p>	Linsya
	I	11.00	<p>Kolaborasi pemberian obat</p> <p>Injeksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Citicolin 500 mg</li> <li>- Santages 2 ml</li> <li>- Manitol 20% 1</li> <li>- Amlodipine tab 10 mg</li> </ul>	Linsya
	II	11.00	<p>Kolaborasi pemberian pemberian brokodilator</p>	

			Hasil: Tampak di berikan obat kombivent	
	I,II	11.30	Mempertahankan posisi head up 30° Hasil: Tampak posisi pasien head up 30°	Linsya
	II	11.55	Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan Hasil: Tampak setelah diberikan posisi head up 30° status pernapasan pasien membaik P: 22x/menit	Linsya
	II	12.15	Memepertahankan kepatenan jalan napas Hasil: Tampak pasien sedang dalam posisi head up 30°	Linsya
	III	12.30	Mengidentifikasi diet yang di anjurkan Hasil: Pasien diberikan bubur saring 200cc dan susu peptisol 150cc	Linsya
	III	12.35	Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral Hasil: Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan	Linsya
	III	12.55	Memeriksa residu gaster sebelum memberikan asupan oral Hasil: Selang NGT masih berada di	Linsya

			lambung	
	III	13.00	Memberikan makanan dengan bubur saring Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 200 cc	Linsya
	III	13.25	Memonitor tingkat kesadaran batuk, muntah dan kemampuan menelan Hasil: Tampak pasien tidak mampu menelan, dan tidak mampu untuk batuk efektif	Linsya
	I	13.50	Memonitor intake dan output Hasil: - Intake: Manitol 20%: 125 cc Bubur saring: 200 cc Susu: 150 cc Air putih: 50 cc Cairan RL: 130 cc Total: 655 cc - Output: Urine: 620 cc	Linsya
(Shift Siang)	I,II	14.15	Mengkaji dan memonitor TTV Hasil: TD: 141/99mmHg N: 103x/menit P: 22x/menit S: 37,3 °C	Erlin
	II	14.30	Memonitor status pernapasan	Erlin



			Hasil: Frekuensi pernapasan pasien 22x/menit	
	I,II	15.00	Berikan posisi head up 30° Hasil: Tampak posisi kepala pasien 30°	Erlin
	II	15.30	Memonitori bunyi napas tambahan Hasil: Masih terdengar bunyi napas tambahan ronchi	Erlin
	II	15.45	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil: Tampak terpasang NRM 10 liter	Erlin
	II	15.55	Memonitor sputum Hasil: Tampak sputum pasien masih kental dan berwarna kuning	Erlin
	I	17.00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradycardia, pola napas irregular, kesadaran menurun) Hasil: TD: 139/98 mmHg P: 22x/menit N: 101x/menit (Takikardi) S: 37,3°C Tampak kesadaran menurun (Delirium)	Erlin

	I	17.35	<p>Memonitor tingkat kesadaran</p> <p>Hasil: Kuantitatif (GCS): 11</p> <p>E: 4</p> <p>V: 2</p> <p>M: 5</p> <p>Kualitatif: Delirium</p>	Erlin
	II	18.00	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil: Tampak pola napas takipnea, P: 22x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%</p>	Erlin
	I	18.30	<p>Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>Hasil: Selalu memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak ribut/menjaga ketenangan pasien, tampak ruangan sejuk dan tenang</p>	Erlin
	I,II	18.45	<p>Mempertahankan posisi head up 30°</p> <p>Hasil: Tampak posisi pasien head up 30°</p>	Erlin
	II	18.55	<p>Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</p> <p>Hasil: Tampak setelah diberikan posisi head up 30° status pernapasan pasien membaik P: 22x/menit</p>	Erlin
	II	19.05	<p>Memertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>Hasil: tampak pasien sedang dalam</p>	Erlin

			posisi head up 30°	
	III	19.15	Mengidentifikasi diet yang di anjurkan Hasil: Pasien diberikan bubur saring 200 cc dan susu peptisol 150 cc	Erlin
	III	19.20	Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral Hasil: Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan	Erlin
	III	19.35	Memeriksa residu gaster sebelum memberikan asupan oral Hasil: Selang NGT masih berada di lambung	Erlin
	III	19.40	Memberikan makanan dengan bubur saring Hasil: Tampak pasien diberikan bubur saring 200 cc	Erlin
	I	20.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Amlodipine tab 10 mg - Manitol 20% 125 cc	Erlin
	III	20.25	Memonitor tingkat kesadaran batuk, muntah dan kemampuan menelan Hasil: Tampak pasien tidak mampu menelan, dan tidak mampu untuk	Erlin

	I	20.55	batuk efektif  Memonitor intake dan output Hasil: - Intake: Manitol 20%: 125 cc Bubur saring: 200 cc Cairan RL: 130 cc Air putih: 50 cc Total: 655 cc - Output: Urine: 500 cc	Erlin
--	---	-------	---	-------

## Evaluasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. M.D

Ruang/ Kamar: ICU Interna

Hari/ Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
Kamis, 09-05- 2024	<p>Diagnosa 1 : Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dan terbaring ditempat tidur</li> <li>- Tanda-tanda vital               <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 170/105 mmHg</li> <li>N: 119x/menit</li> <li>S: 37°C</li> <li>P: 26x/menit</li> </ul> </li> <li>- SpO<sub>2</sub>: 96%</li> <li>- GCS : 10 E4V2M4</li> </ul> <p>A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</li> <li>- pemantauan neurologis</li> </ul> <p>Diagnosa 2: Bersihan jalan napas tidak efektif</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien batuk berdahak</li> <li>- Tampak pasien sesak napas</li> <li>- Saturasi oksigen:96%</li> <li>- Pernapasan:26x/menit</li> <li>- Tampak terpasang O<sub>2</sub> NRM 10 liter</li> </ul>	Linsya & Erlin

	<p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen jalan napas</li> <li>- Dukungan ventilasi</li> </ul> <p>Diagnosa 3: Gangguan menelan</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- Tampak pasien masih batuk</li> <li>- Tampak pasien diberikan makanan lunak</li> </ul> <p>A: Masalah gangguan menelan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencegahan aspirasi</li> </ul>	
<p>Jumat, 10-05- 2024</p>	<p>Diagnosa 1: Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dan terbaring ditempat tidur</li> <li>- Tanda-tanda vital</li> </ul> <p>TD: 150/95 mmHg</p> <p>N: 105x/menit</p> <p>S: 37,5°C</p> <p>P: 24x/menit</p> <p>Spo<sub>2</sub>: 98%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GCS: 10 E4V2M4</li> </ul> <p>A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi.</p>	<p>Linsya &amp; Erlin</p>

	<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</li><li>- Pemantauan neurologis</li></ul> <p>Diagnosa 2: Bersihan jalan napas tidak efektif</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tampak pasien batuk berdahak</li><li>- Tampak pasien sesak napas</li><li>- Saturasi oksigen:98%</li><li>- Pernapasan:24x/menit</li><li>- Tampak terpasang O<sub>2</sub> NRM 10 liter</li></ul> <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Manajemen jalan napas</li><li>- Dukungan ventilasi</li></ul> <p>Diagnosa 3: Gangguan menelan</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran</li><li>- Tampak pasien masih batuk</li><li>- Tampak pasien diberikan makanan lunak</li></ul> <p>A: Masalah gangguan menelan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pencegahan aspirasi</li></ul>	
--	---	--

<p>Sabtu, 11-05- 2024</p>	<p>Diagnosa 1: Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dan terbaring ditempat tidur</li> <li>- Tanda-tanda vital <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 139/98 mmHg</li> <li>N: 101x/menit</li> <li>S: 37,3°C</li> <li>P: 22x/menit</li> <li>Spo<sub>2</sub>: 98%</li> </ul> </li> <li>- GCS: 11 E4V2M5</li> </ul> <p>A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</li> <li>- Pemantauan neurologis</li> </ul> <p>Diagnosa 2: Bersihan jalan napas tidak efektif</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien masih batuk berdahak</li> <li>- Tampak sesak pasien sedikit berkurang</li> <li>- Saturasi oksigen:98%</li> <li>- Pernapasan:22x/mmenit</li> <li>- Tampak terpasang O<sub>2</sub> NRM 10 liter</li> </ul> <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen jalan napas</li> </ul>	<p>Linsya &amp; Erlin</p>
-----------------------------------	--	-------------------------------



	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dukungan ventilasi</li></ul> <p>Diagnosa 3: Gangguan menelan</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tampak pasien minum lewat NGT</li><li>- Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran</li><li>- Tampak pasien masih batuk</li><li>- Tampak pasien diberikan makanan lunak</li></ul> <p>A: Masalah gangguan menelan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intetvensi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pencegahan aspirasi</li></ul>	
--	---	--

## I. DAFTAR OBAT

### **Manitol**

1. Nama obat: Manitol
2. Klasifikasi/ golongan obat: Diuretik osmotik
3. Dosis umum: Dewasa: 50-200 gram, diberikan selama 24 jam  
Anak-anak: 0,25-2 gram/kgBB
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 125 cc/4 jam
5. Cara pemberian obat : Melalui cairan infus
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Untuk menurunkan tekanan intrakranial dengan cara meningkatkan osmolalitas plasma sehingga aliran cairan dari jaringan menuju ke dalam plasma meningkat, terjadi penurunan viskositas darah
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengatasi tekanan intrakranial yang tinggi
8. Kontra indikasi: Hipersensitivitas terhadap obat ini, kondisi anuria, edema paru yang berat, gagal ginjal, dehidrasi berat, edema metabolik, penyakit ginjal progresif, dan perdarahan intrakranial aktif.
9. Efek samping: Demam, menggigil, sakit kepala, pilek, buang air kecil jadi lebih sering, pusing atau penglihatan kabur, mual atau muntah

### **Citicolin**

1. Nama obat: Citicolin
2. Klasifikasi/ golongan obat: Neurotonics
3. Dosis umum: Untuk kehilangan 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 secara intravena selama dua 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.

4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg/ IV/ 12 jam
5. Cara pemberian obat: Intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengatasi gangguan memori
8. Kontra indikasi: Hipersensitif terhadap citicoline
9. Efek samping obat: Ruam, mual, muntah, pusing, kejang, insomnia

### **Combivent**

- a. Nama obat: Combivent
- b. Klasifikasi/golongan obat: Anti asam (bronkodilator)
- c. Dosis umum: 3x1 sehari: 2,5 ml tube
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 5 ml/12 jam
- e. Cara pemberian: Nebulizer
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Combivent bekerja untuk mengobati bronkopasme yang berhubungan dengan penyakit penyumbatan paru kronis sedang sampai berat pada pasien yang memerlukan lebih dari satu bronkodilator. Berfungsi membuka saluran udara ke paru-paru serta memerlukan relaksasi atau mengendurkan otot-otot pada saluran napas.
- g. Alasan pemberian obat: Obat combivent diberikan karena pasien mengalami batuk berlendir.
- h. Kontra indikasi: Pasien dengan kardiomiopati obstruktif hipertrofik atau takiaritmia, hipersensitivitas pada kandungan combivent.
- i. Efek samping obat: Tremor, sakit kepala, gugup, mulut kering, iritasi tenggorokan, retensi urin.

**Amlodipin**

- a. Nama obat: Amlodipine
- b. Klasifikasi/golongan obat: Calcium-Channel Blocker (CCB)/ antihipertensi dan antianginal.
- c. Dosis umum: 5-10 mg/ hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 10 mg/8 jam
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara membantu melemaskan otot pembuluh darah, dengan begitu dapat mengalir dengan lancar, tekanan darah dapat menurun. Amlodipine digunakan untuk obat antihipertensi.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi.
- h. Kontra indikasi: Penyempitan katup kantung berat (stenosis aorta derajat tinggi), alergi terhadap amlodipine, tekanan darah rendah (hipotensi berat).
- i. Efek samping obat: Pusing, mengantuk, perut terasa mual, bengkak pada kaki, lelah yang tidak biasa.

**Santagesik**

- a. Nama obat: Santagesik
- b. Klasifikasi/golongan obat: Non-Steroidal anti-Inflammatory drugs (NSAID)
- c. Dosis umum: Dosis 2-5 mL melalui injeksi intramuscular (melalui otot) atau intravena (pembuluh darah) sebagai dosis tunggal. Dosis hingga 10 mL/hari sebagai dosis harian.
- d. Dosis untuk pasien bersangkutan: 2 ml/12 jam
- e. Cara pemberian obat: IV/IM
- f. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat: Santagesik mengandung metamizole sodium anhydrate yang digunakan untuk mengatasi nyeri akut atau kronik berat, seperti sakit kepala, sakit gigi, tumor,

nyeri pasca operasi dan nyeri pasca cedera, nyeri berat yang berhubungan dengan spasme otot polos (akut atau kronik) misalnya spasme otot atau kolik yang mempengaruhi the gastrointestinal tract (GIT), ginjal, atau saluran kemih bagian bawah.

- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Mengatasi nyeri yang dirasakan oleh pasien cedera kepala.
- h. Kontra indikasi: Tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat santagesik.
- i. Efek samping obat: Reaksi alergi parah (anafilaksis), sesak nafas, gatal, ruam, angioedema berat atau bronkospasme, aritmia kordis, tekanan darah rendah.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

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

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari dengan membandingkan antara tinjauan teori dengan kasus yang di dapat pada Tn.M dengan hemoragic stroke (HS) di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar.

Pada pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi pada pasien hemoragic stroke (HS).

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

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu hasil ct-scan kepala, foto thorax, dan pemeriksaan laboratorium. Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn.M diketahui bahwa pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 07 mei 2024 dengan penurunan kesadaran GCS: E: 4, V: 2, M: 4 (Delirium) dan tekanan darah 177/102 mmHg, nadi: 123x/menit, pernapasan: 26x/menit, suhu: 37°C. Saat pengkajian keluarga mengatakan sekitar 3 tahun lalu pasien mengalami stroke pada tubuh sebelah kanan dan aktivitasnya dibantu keluarga serta pasien juga sudah tidak bicara sejak terkena stroke 3 tahun yang lalu. Sehari sebelum masuk rumah sakit pasien gelisah dan susah tidur, kurang nafsu makan pasien sering merasa sakit kepala dan terasa tegang pada leher, keluarga mengatakan pasien batuk berdahak satu minggu yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien susah mengeluarkan dahaknya. Saat pagi hari keluarga

pasien mengatakan pasien merasa lemas, batuk berdahak dan susah untuk mengeluarkan dahaknya kemudian dibawa ke RS oleh keluarganya dan di perjalanan pasien tiba-tiba tidak sadarkan diri dan sesak. Setelah mendapat penanganan di IGD selanjutnya di bawah ke ruang ICU. Saat pengkajian di dapatkan mengalami penurunan kesadaran, GCS: 10, sesak nafas, pernapasan: 26x/menit, terpasang NRM 10 liter dan tampak badan sebelah kanan lemah pasien batuk berdahak dan sulit mengeluarkan dahaknya. Tampak suara tambahan ronchi, tampak pasien tidak bisa bicara, tampak pasien kesulitan untuk menelan dan tersedak saat makan ataupun minum, refleks patologis: babinski (+). Terpasang keteter urin, NGT dan infus RL 16 tpm. Setelah dilakukan pemeriksaan pasien diberi diagnosa hemoragic stroke yang dimana hal ini di dukung oleh hasil pemeriksaan ct-scan kepala yaitu intraventrikel hemoragik dan brain atrophy.

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di dalam otak sehingga darah menutupi atau menggenangi ruang-ruang pada jaringan sel otak, dengan adanya darah yang menggenangi dan menutupi ruang-ruang pada jaringan sel otak tersebut maka akan menyebabkan kerusakan jaringan sel otak dan menyebabkan fungsi kontrol pada otak. Pecahnya pembuluh darah dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid memicu terjadinya peningkatan TIK yang mendadak dan merenggangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak dapat mengakibatkan perdarahan subaraknoid pada retina dan penurunan kesadaran (Tobing, 2023).

Kematian sel otak skala seluler mengakibatkan proses radang yang memicu respons daya tahan tubuh. Hal tersebut mengakibatkan fungsi pernapasan ikutan lumpuh dan siklus pernapasan menjadi tidak normal serta kemampuan tubuh



mengendalikan produksi dan mengeluarkan lendir menjadi tidak efektif, ini dapat menyebabkan penurunan refleks batuk sehingga mengakibatkan mukus tertahan di saluran pernapasan yang ditandai dengan gejala sesak napas, suara napas tambahan ronchi, batuk berdahak dan meningkatkan risiko terjadi radang paru atau bronchitis (Zefanya & Pebrianti, 2022).

Pada kasus ini faktor risiko terjadinya stroke salah satunya yaitu umur, merokok, hipertensi. Menurut Suwaryo et al (2019), umur merupakan kondisi seluruh organ tubuh mengalami penurunan fungsinya. Umur merupakan salah satu faktor risiko terkena stroke. Seiring bertambahnya usia fungsi sel, jaringan dan organ semakin menurun. Penuaan menyebabkan menurunnya elastisitas pembuluh darah yang memungkinkan meningkatnya kejadian aterosklerosis yang menjadi salah satu penyebab stroke.

Selain itu faktor stroke juga disebabkan karena kebiasaan merokok. Menurut Ramdany (2022) bahwa kebiasaan merokok memiliki hubungan yang bermakna sebagai faktor risiko terhadap kejadian penyakit stroke dengan risiko 2,275 kali lebih besar dibandingkan yang tidak merokok. Orang yang memiliki perilaku merokok lebih besar kemungkinannya untuk terkena stroke karena kadar kandungan dalam asap rokok dapat menyebabkan kerusakan endotelial pembuluh darah. Selain itu, merokok bisa mengurangi kadar HDL dan meningkatkan kadar LDL, sehingga pengaruh merokok terhadap stroke tidak terjadi secara langsung melainkan melalui peningkatan kadar kolesterol darah. Hal ini yang memungkinkan adanya keterkaitan secara tidak langsung antara merokok dengan angka kejadian stroke hemoragik maupun stroke non hemoragik (Utomo, 2022).

Faktor resiko terjadinya stroke juga dapat disebabkan oleh hipertensi. Peningkatan tekanan darah yang abnormal dan terus-menerus atau yang biasa dikenal sebagai hipertensi menyebabkan

kerusakan pada dinding arteri mendorong pengendapan plak di arteri dan mengganggu aliran darah ke otak sehingga dapat menyumbat atau memecahkan pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke (Sofiana & Rahmawati, 2019).

## 2. Diagnosa Keperawatan

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

- a. Penurunan kapasitas adaptif tekanan intrakranial b/d edema serebral. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran GCS: E: 4, V: 2, M: 4 (Delirium), keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi 10 tahun yang lalu serta mengkonsumsi obat amlodipin 10 mg dan stroke sudah 3 tahun yang lalu, tekanan darah 177/102 mmHg. Dilakukan pemeriksaan diagnostik hasil ct-scan kepala menunjukkan adanya perdarahan intraventrikel hemoragik dan brain atrophy.
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data-data dari pasien dan keluarga yaitu keluarga mengatakan pasien batuk berdahak 1 minggu yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien susah mengeluarkan dahaknya. Saat pagi hari keluarga pasien mengatakan pasien merasa lemas, batuk berdahak. Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan dahak, tampak terdengar suara napas ronchi, tampak pasien menggunakan alat bantu nafas non rebrathing mark (NMR) 10 liter, pernapasan: 26 x/menit, spo<sub>2</sub> : 90%, tampak pasien sesak, hasil foto thorax : bronchitis, WBC 14.00 10<sup>3</sup>uL.
- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular. Penulis mengangkat diagnosa ini karena saat

pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien sejak terkena stroke 3 tahun sampai sekarang pasien sulit menelan, jika setiap kali pasien diberikan makanan ataupun minuman pasien selalu tersedak. Tampak kesadaran menurun, tampak kemampuan batuk menurun, tampak pasien tersedak dan batuk saat diberikan air mineral satu sendok makan, tampak keluar air banyak dari mulut pasien, tampak pasien sulit menelan.

Diagnosa pada tinjauan teori yang tidak diangkat pada kasus ini yaitu:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi, alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien didapatkan hasil Ct-Scan dengan kesan infark cerebri sinistra, artinya pasien sudah mengalami masalah yang aktual serta hampir semua intervensi pada diagnosis ini sudah ada terdapat dalam diagnosis penurunan kapasitas adaptif tekanan intrakranial b/d edema serebral.
- b. Pola napas tidak efektif b/d gangguan neuromuskular, alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena adanya peradangan disaluran pernapasan yang diakibatkan oleh bakteri pada daerah bronkus.
- c. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular, alasan penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena penulis melakukan praktik di ruang ICU/ICCU dimana penulis lebih mengarah ke intervensi kritis, penurunan kesadaran, saturasi menurun: 90%, sesak napas dan menurut penulis intervensi yang mengacuh ke mobilitas fisik sebaiknya dilakukan di ruang perawatan setelah pasien sudah melewati fase akut.

### 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 mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien.

- a. Penurunan kapasitas adaptif tekanan intrakranial b/d edema serebral, pasien mengalami penurunan kesadaran GCS: E: 4, V: 2, M: 4 (Delirium). Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 8 intervensi berdasarkan SIKI (2018) yaitu: monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardia), monitor intake output cairan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler (head up), kolaborasi pemberian diuretik osmosis, monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, pertahankan posisi kepala dan leher.
- b. Bersihan jalan nafas 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, ronchi kering), monitor sputum, posisikan head up 30°, 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.
- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular. Pada diagnosa ketiga ini penulis membuat 6 intervensi berdasarkan SIKI (2018) yaitu: identifikasi diet yang dianjurkan, monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan, periksa residu gaster sebelum memberikan asupan oral, periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberikan asupan oral, posisikan semi fowler (30°) 30 menit

sebelum memberi asupan oral, berikan makanan bubur saring, berikan obat oral dalam bentuk cair.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi 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 didukung oleh sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

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

- a. Penurunan kapasitas adaptif tekanan intrakranial b/d edema serebral. pasien mengalami penurunan kesadaran GCS: 10 E: 4, V: 2, M: 4 (Delirium), keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi 10 tahun yang lalu serta mengkonsumsi obat amlodipin 10 mg dan stroke sudah 3 tahun yang lalu. Pasien mengalami penurunan kesadaran sampai pada perawatan hari ketiga, masalah teratasi sebagian dimana kesadaran pasien mulai membaik GCS: 11 E:4, V:2, M: 5 (Delirium), tekanan darah 139/98 mmHg, nadi: 101x/menit, pernapasan 22x/menit, spo<sub>2</sub> 98%, suhu 37,3°C.
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana pasien sesaknya berkurang, frekuensi napas 22x/menit, spo<sub>2</sub> 98%, dan pasien masih menggunakan NRM 10 liter.

- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah belum teratasi dimana pasien masih sulit menelan dan tampak pasien tersedak dan batuk setelah diberikan makanan dan minum.

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

### 1. Judul EBN sesuai kasus

Efektivitas intervensi keperawatan pemberian posisi head up 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien hemoragik stroke di RS TK II Pelamonia Makassar.

### 2. Diagnosis keperawatan

Penurunan kapasitas adaptif tekanan intrakranial b/d edema serebral.

### 3. Luaran yang diharapkan

Kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran membaik, nilai rata-rata tekanan darah membaik, saturasi oksigen meningkat, tekanan nadi membaik.

### 4. Intervensi prioritas yang mengacu pada kasus

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial dengan memberikan posisi head up 30°.

### 5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai kasus

#### a. Pengertian tindakan

Posisi head up adalah tindakan yang dilakukan dimana kepala pasien akan diposisikan 30° lebih tinggi dari sumbu tubuh dengan posisi kaki lurus dan sejajar (Kanine et al., 2023).

#### b. Tujuan/rasional pada kasus

Pada pasien stroke suplai oksigen ke otak berkurang dikarenakan adanya kerusakan sehingga perlu tindakan secepat mungkin. Pada kasus asuhan keperawatan ini pemberian posisi head up bertujuan untuk membantu menurunkan tekanan intrakranial dan meningkatkan saturasi oksigen dalam darah.

## 6. Analisa kasus menggunakan metode PICOT

### a. PICOT Pasien

#### P (Problem/Population):

Dalam penulisan karya tulis akhir ini ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis stroke hemoragik pada saat pengkajian tanggal 08 Mei 2024 terhadap Tn.M dengan tanda dan gejala yang didapatkan yaitu pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri, pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS E4V2M4 (Delirium), tekanan darah: 177/102mmHg, nadi: 123x/menit, pasien sesak nafas, frekuensi pernapasan 26x/menit, spo<sub>2</sub> 90% setelah di beri NRM 10 liter spo<sub>2</sub> menjadi 98% dan hasil St-Scan menunjukkan adanya perdarahan lobus parietal kanan dan perdarahan di intraventrikel dilateralis kanan.

#### I (Intervention):

Penulis menggunakan intervensi pemberian posisi head up 30° untuk memperbaiki hemodinamik dan meningkatkan saturasi oksigen dalam darah pada pasien hemoragik stroke (HS).

#### C (Comparison):

Tidak ada intervensi perbandingan yang digunakan.

#### O (Outcome):

Dari hasil intervensi teknik pemberian posisi head up 30° diharapkan pasien akan memiliki hemodinamik yang stabil, oksigen dalam darah meningkat, frekuensi nafas membaik, rasa gelisah menurun, pola napas membaik. Hasil yang didapatkan pasien tampak gelisah, tampak pasien masih sesak, tampak adanya lendir, GCS E4V2M4, spo<sub>2</sub> 96%, tekanan darah: 170/105 mmHg, nadi: 119x/menit, suhu: 37°C, pernapasan: 26x/menit pada hari pertama. Sedangkan pada hari kedua perawatan pada shif malam didapatkan pasien tampak gelisah, tampak pasien masih sesak, tampak masih ada lendir, GCS E4V2M4 (Delirium), spo<sub>2</sub>: 98%, tekanan darah: 150/95 mmHg, nadi:105x/menit, suhu:

37,5°C, pernapasan: 24x/menit, kemudian dihari ketiga shif siang didapatkan pasien masih tampak gelisah, sesak napas, tampak masih ada lendir, GCS E4V2M5 (Delirium), spo<sub>2</sub> :98%, tekanan darah: 139/98 mmHg, nadi:101x/menit, suhu:37,3°C, pernapasan: 22x/menit.

T (Time):

Pelaksanaan teknik posisi head up 30° ini dilakkukan setiap shift dalam jangka waktu 3x24 jam. Dari tanggal 09 Mei 2024-11 Mei 2024.

b. Picot EBN

Judul EBN: Peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi head up.

P (Problem/Population):

Stroke merupakan defisit neurologis yang mempunyai gejala tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam yang disebabkan oleh gangguan serebrovaskuler. Stroke atau cedera cerebrovaskuler adalah suatu kondisi dimana otak kehilangan fungsi akibat berhenti/berkurangnya suplai darah. Gambaran jumlah kandungan oksigen yang terkandung dalam darah untuk memnuhi kebutuhan jaringan dilihat melalui sturasi oksigen. Pemberian posisi head up 30° merupakan salah satu cara untuk meningkatkan atau memperbaiki satus hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

I (Intervention):

Dalam penelitian ini peneliti mengobservasi saturasi oksigen pada pasien stroke sebelum diberikan posisi head up 30° selama 15 menit, kemudian di observasi saturasi oksigen setelah berikan posisi head up 30° selama 15 menit.



C (Comparison):

Peneliti tidak menggunakan pembandingan apapun.

O (Outcome):

Hasil dari penelitian ini membuktikan bahwa penerapan evidence based practice nursing yaitu pemberian posisi head up 30° terbukti efektif dalam menaikkan kadar saturasi pasien stroke hemoragic di RSUP dr. Kariadi Semarang. Kasus I meningkat dari 95-98% dan kasus II meningkat dari 94-98%.

T (Time):

Penelitian di laksanakan pada tanggal 10 Mei 2020 (Mustikarani & Mustofa, 2020).

c. Picot EBN

Judul EBN: Penerapan head up 30 derajat pada pasien intracerebral hemorrhage diruang Icu Rumah Sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin.

P (Problem/Population):

Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak, dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular. Tindakan tersebut tetap harus memperhatikan hemodinamik pasien agar selalu terjaga dengan stabil sehingga memerlukan posisi head up agar kondisi pasien terjaga dimana tindakan untuk pasien kritis untuk menjaga kebersihan jalan nafas sangat diperlukan untuk memantau hemodinamik tetap terjaga dengan baik.

I (Intervention):

Peneliti mengidentifikasi sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan memberikan lembar

persetujuan. Selanjutnya peneliti menilai saturasi oksigen sebelum dilakukan intervensi posisi head up 30° lalu dicatat dalam lembar observasi. Kemudian peneliti memberikan intervensi memposisikan head up 30° yaitu posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit. Lalu peneliti menilai kembali saturasi oksigen dan dicatat pada lembar observasi.

C (Comparison):

Peneliti tidak menggunakan pembandingan apapun dalam penelitiannya.

O (Outcome):

Hasil dari penelitian ini membuktikan bahwa penelitian yang dilakukan di Ruang ICU Rumah Sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin terdapat pengaruh penerapan elevasi kepala 30 derajat pada pasien ICH diruang ICU. Penerapan elevasi kepala 30 derajat sangat direkomendasikan pada pasien ICH untuk meningkatkan peredaran darah dan meningkatkan kenyamanan pasien ICH.

T (Time):

Penelitian di laksanakan pada bulan April 2024 (Ernawati et al., 2024).

#### d. Picot EBN

Judul EBN: Penerapan posisi head up 30° dalam pemenuhan kebutuhan oksigenisasi pada pasien stroke.

P (Problem/Population):

Stroke termasuk kasus kegawat daruratan dan membutuhkan bantuan yang cepat dan tepat. Stroke dikenal sebagai kerusakan serebrovaskular, yaitu hilangnya fungsi otak karena gangguan atau pengurangan aliran darah ke suatu area

otak yang dapat menyebabkan kelainan hemodinamik yang mempengaruhi distribusi oksigen dalam tubuh. Kelainan hemodinamik dapat mengganggu fungsi jantung dan menurunkan saturasi oksigen. Pemberian posisi head up 30° pada pasien stroke dapat memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi.

I (Intervention):

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan 1 pasien stroke yang mengalami penurunan saturasi oksigen < 95 % di IGD RS UNS. Dilakukan pengukuran saturasi oksigen dengan oxymeter sebelum dan setelah diberikan intervensi posisi head up 30° selama 30 menit.

C (Comparison):

Peneliti tidak menggunakan pembandingan apapun dalam penelitiannya.

O (Outcome):

Berdasarkan dari studi kasus yang dilaksanakan didapatkan perubahan signifikan, spo<sub>2</sub> meningkat dengan pemberian posisi head up 30° pada pasien stroke. Dengan hasil sebelum dilakukan implementasi spo<sub>2</sub>: 94%, setelah diberikan posisi head up 30° didapatkan hasil spo<sub>2</sub>: 97 %. Pemberian posisi head up 30° yang dilakukan selama 30 menit, hal ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke.

T (Time):

Penelitian di dilakukan pada tanggal 06 Agustus 2023 (Vitya & Afni, 2023).

e. Picot EBN

Judul EBN: Pengelolaan pasien stroke hemoragik dengan pemberian oksigen dan posisi head up 30° terhadap perubahan

hemodinamik tubuh di ruang IGD RSUD Tugurejo Semarang.

P (Problem/Population):

Stroke merupakan defisit neurologis yang terjadi secara tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh penyakit serebrovascular. Salah satu upaya untuk mencegah angka kematian dan resiko terjadinya komplikasi akibat stroke adalah dengan memberikan tindakan pemberian oksigen dan head up 30° yang bertujuan untuk mencukupi oksigenasi otak. Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan hemodinamik termasuk saturasi oksigen. Oleh karena itu diperlukan pemantauan dan penanganan yang tepat karena kondisi hemodinamik sangat mempengaruhi fungsi pengantaran oksigen dalam tubuh yang pada akhirnya akan mempengaruhi fungsi jantung. Pemberian posisi head up 30° pada pasien stroke mempunyai manfaat yang besar yaitu dapat memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

I (Intervention):

Penelitian ini dilakukan di IGD RSUD Tugurejo Semarang. Jumlah responden sebanyak 2 responden, dimana pengukuran tanda-tanda vital dilakukan sebelum diberikan posisi head up selama 30 menit dan sesudah dilakukan posisi head up 30° dilakukan kembali pengukuran tanda-tanda vital.

C (Comparison):

Peneliti tidak menggunakan pembandingan apapun dalam penelitiannya.

O (Outcome):

Hasil studi kasus ini menunjukkan adanya perubahan status hemodinamik menuju normal melalui posisi head up 30°. Hal ini didapatkan hasil pemenuhan kebutuhan oksigenasi otak sesudah dilakukan tindakan elevasi kepala 30° pada responden 1 yaitu

terjadi penurunan tekanan darah sistole 46 mmHg, tekanan darah diastole 33 mmHg, nilai MAP 60 mmHg, heart rate 10x/menit, terjadi peningkatan suhu 0,5°C, saturasi oksigen 14%, dan respiration rate 2x/menit, sedangkan kesadaran tidak terjadi perubahan. Selanjutnya untuk responden 2 yaitu terjadi penurunan tekanan darah systole 40 mmHg, tekanan darah diastole 20 mmHg, nilai MAP 20 mmHG, terjadi peningkatan heart rate 18x/menit, respiration rate 2x/menit, saturasi oksigen 12 %, sedangkan tingkat kesadaran tidak ada perubahan.

T (Time):

Penelitian di dilakukan pada 2019 (Sari, 2019).

f. Picot EBN

Judul EBN: Posisi head up 30° yang berpengaruh terhadap tekanan intrakranial pasien neurologi.

P (Problem/Population):

Peningkatan tekanan intrakranial (TIK) merupakan masalah umum pada pasien neurologis. Stimulus intervensi keperawatan menjadi penyebab sekunder terjadinya peningkatan TIK. Salah satu intervensi keperawatan yang berisiko menyebabkan peningkatan TIK adalah perubahan posisi head up 30°. Meskipun demikian, perubahan posisi ini tetap penting untuk dilakukan pada pasien neurologi karena dapat menurunkan tekanan intrakranial dan peningkatan saturasi oksigen.

I (Intervention):

Penelitian ini dilakukan pencarian artikel dengan menelusuri hasil-hasil publikasi ilmiah pada rentang waktu antara tahun 2010-2020 dengan menggunakan 4 database elektronik yaitu PubMed, Ebsco Host, Google Scholar dan SpringerLink. Kata kunci pencarian yang digunakan adalah "neurology patient" OR neurology AND reposition OR "body position" OR "change

position" OR "head position" OR "head elevation" OR "head of bed position" AND "intracranial pressure" OR "elevated intracranial pressure".

C (Comparison) :

Penelitian ini dilakukan perbandingan antara posisi head up 30°, posisi lateral kiri dan kanan 45°, dan posisi tengkurap 15°.

O (Outcome):

Ketinggian posisi kepala mempengaruhi nilai TIK pasien, baik pada posisi terlentang, lateral kiri maupun lateral kanan. Pada posisi head up 15° menyebabkan TIK meningkat sedangkan head up 30° menyebabkan TIK menurun. Posisi tengkurap yang menyebabkan adanya rotasi leher dapat mempengaruhi aliran balik vena sehingga berisiko meningkatkan TIK pasien. Hal ini harus menjadi perhatian bagi petugas kesehatan, khususnya yang menangani pasien neurologi dengan peningkatan TIK, pengaturan posisi kepala yang rendah serta posisi yang menyebabkan rotasi pada leher harus dihindari karena dapat menyebabkan TIK semakin meningkat.

T (Time):

Penelitian di dilakukan pada bulan Januari 2021 (Juril et al., 2021).

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. M dengan hemoragik stroke (HS) di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian: dari hasil yang didapatkan dari Tn.M faktor terjadinya HS yaitu memiliki riwayat penyakit hipertensi dan seorang perokok aktif, jenis kelamin laki-laki, serta faktor usia lanjut yaitu 66 tahun. Saat melakukan pengkajian didapatkan pasien mengalami kelemahan tubuh sisi sebelah kanan serta mengalami penurunan kesadaran kesadaran delirium dan GCS (E4,V2,M4), tampak pasien sesak batuk berdahak dan sulit mengeluarkan dahaknya, tampak suara napas tambahan ronchi, tampak pasien tidak bisa bicara, tampak pasien kesulitan untuk menelan dan tersedak saat makan ataupun minum, hasil pemeriksaan diagnostic ct-scan kepala hasil intraventrikel hemoragik dan brain atrophy, hasil foto thorax: bronchitis.
2. Diagnosis keperawatan: yang ditemukan pada Tn.M dengan HS yaitu: resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular.
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya manajemen peningkatan TIK, pemantauan neurologis, manajemen jalan napas, dukungan ventilasi serta pencegahan aspirasi yang meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

4. Implementasi keperawatan: setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan: dari hasil evaluasi ada 2 keperawatan yang teratasi sebagian yaitu resiko perfusi serebral teratasi sebagian, diagnosa bersihan jalan napas teratasi sebagian, serta ada 1 keperawatan yang teratasi sebagian yaitu gangguan menelan belum teratasi karena perawatan pasien stroke hemoragik membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.
6. Penerapan EBN pada pasien Tn.M dengan stroke hemoragik yaitu tentang pemberian posisi head up 30° dimana tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke yang mana pengaturan posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak serta dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral.

## B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian di atas maka peneliti menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditujukan:

### 1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Instansi Rumah Sakit diharapkan meningkatkan pelayanan & keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik dengan diharapkan pihak rumah sakit khususnya ruang ICU, pentingnya monitor secara ketat penanganan pasien stroke hemoragik selama fase akut dalam peningkatan perfusi oksigen ke otak dengan menerapkan evidence based nursing head up 30°.



## 2. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga dapat merawat, mencegah serta melakukan penanganan penyakit stroke hemoragik dan dapat pasien dapat membangun tekad, dapat lebih memotivasi diri untuk kembali sehat dan menyikapi kondisi sakit dengan optimis.

## 3. Bagi penulis

Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang selama ini didapatkan selama pendidikan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik.

## 4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan 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 dibidang pendidikan maupun praktik keperawatan.

## Daftar Pustaka

- Affandi, I. G., & Panggabean, R. (2019). *Pengelolaan Tekanan Tinggi Intrakranial pada Stroke*. 43(3), 180–184.  
<https://doi.org/10.47650/jpp.v7i2.1244>
- Amalia, E., Fradisa, L., Sesrianty, V., & Arif, M. (2024). *Edukasi Pencegahan Dan Penatalaksanaan Stroke Pada Masyarakat Di Kecamatan Batipuh Selatan Tanah Datar*. 4(3), 408–414  
<https://doi.org/10.31004/jh.v4i3.997>.
- Andriani, S. N., Hamzah, A., Erlina, L., & Rumahorbo, H. (2022). Gambaran Kepatuhan Kontrol Pasien Paska Stroke Berdasarkan Faktor Demografi. *Jurnal Keperawatan Indonesia Florence Nightingale*, 2(1), 9–20. <https://doi.org/10.34011/jkifn.v2i1.71>
- Azizah, A. N., & Arofiati, F. (2023). Pengaruh Pemberian Elevasi Kepala 30° Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 14(1), 81–89. <https://doi.org/10.33859/dksm.v14i1.889>
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Menejemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan* (Edisi 8 bu). Elsevier.
- Dewi, T. S. K., Suwaryo, P. A. W., & Triyowati, M. A. (2019). *Analisis Asuhan Keperawatandengan Pemberian Oksigenasi dan Head Up 30 O Terhadap Perubahan Haemodinamik pada Pasien Cedera Kepala*. 599–604. <http://repository.unimugo.ac.id/id/eprint/1526>
- Ekawati, F. A., Carolina, Y., Sampe, S. A., & Ganut, S. F. (2021). The Efektivitas Perilaku Cerdik dan Patuh untuk Mencegah Stroke Berulang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1), 118–126. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i1.530>
- Ernawati, Ariani, S. P., & Aina, N. (2024). Penerapan Personal Hygine Pada Pasien Diruang Icu Rumah Sakit Tk III Dr R Soeharsono Banjarmasin. *Jurnal Sains Farmasi Dan Kesehatan*, 1(3), 103–108. <https://doi.org/https://doi.org/10.31219/osf.io/tfyjh>
- Esti, A., & Johan, T. R. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Askep Stroke*. Pustaka Galeri Mandiri.  
[https://books.google.co.id/books?id=\\_3fIDwAAQBAJ&lpg=PR3&ots=N3pljExb2C&dq=konsep dasar keperawatan fase%22 stroke](https://books.google.co.id/books?id=_3fIDwAAQBAJ&lpg=PR3&ots=N3pljExb2C&dq=konsep%20dasar%20keperawatan%20fase%20stroke)
- Faiza, Y., & Hawa, P. (2024). *Pemberian Antitrombotik pada Pasien Acute Limb Ischaemia dengan Cerebral Arteriovenous Malformation ( CAM*

): *Sebuah Laporan Kasus*. 2(1), 40–50.  
<https://doi.org/10.28885/bikkm.vol2.iss1.art6>

Fatihah, A. Z. (2023). *Gambaran Terapi Neuroprotektan Pada Pasien Stroke Iskemik (The Description Neurotherapy in ischemic stroke patients)*. 15(02), 64–71.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.38040/js.v15i2.863>

Fitriyani, & Irawan, W. I. (2023). Stroke Hemoragik pada Pasien dengan Riwayat Stroke Iskemik. *Medula*, 13(7), 1248–1252.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.53089/medula.v13i7.893>

Gani, Haryeti, P., & Sopiah, P. (2023). Hubungan Modifikasi Gaya Hidup dengan Pencegahan Stroke Ulang pada Pasien Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjungsari. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(April), 814–821.  
<https://doi.org/10.31004/prepotif.v7i1.13294>

Handayani, D., & Domininica, D. (2019). Gambaran Drug Related Problems (DRP's) pada Penatalaksanaan Pasien Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik di RSUD Dr M Yunus Bengkulu. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 5(1), 36–44.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.23887/gm.v3i2.69356>

Hartaty, H., & Haris, A. (2020). Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 976–982.  
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.446>

Julianti, N. (2020). Haemorrhagic Stroke on Elderly Man With Uncontrolled Hypertension. *Jurnal Agromedicine*, 2(1), 32–38.  
<http://repository.uki.ac.id/id/eprint/12182>

Juril, Arafat, R., & irwan Masyitha, A. (2021). Posisi Tubuh yang Berpengaruh Terhadap Tekanan Intrakranial Pasien Neurologi: A Literatur Review. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 12(5), 28–31.  
<https://dx.doi.org/10.33846/sf12nk105>

Juwita, D. A., Almasdy, D., & Hardini, T. (2021). Evaluation of Antihypertensive Drug Use on Ischemic Stroke Patients at National Stroke Hospital Bukittinggi. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 7(2), 99–107. <https://doi.org/10.15416/ijcp.2018.7.2.99>

Kanine, E., A.Kiling, M., Lingmei, K. P., & Grace.A.Merentek, T. A. T. (2023). Efektifitas head up 30 derajat meningkatkan saturasi O<sub>2</sub> pasien Cedera Kepala Berat Effectiveness of 30-degree head up to improve O<sub>2</sub> saturation in severe Head Injury Patients. *Jurnal Ilmiah*

*Perawat Manado*, 11(2), 143–153.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.47718/jpd.v11i2.2212>

Kemendes RI. (2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendrian Kesehatan RI*, 9, 53.

Kiswanto, L., & Chayati, N. (2021). Efektivitas Penerapan Elevasi Kepala Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak Pada Pasien Stroke. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(February), 2021.  
<https://doi.org/10.1080/09638288>

Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke untuk mahasiswa dan perawat profesional*. Guepedia.

Lestari, D. T., Nugraha, P., & MUh, H. (2021). *Hemichorea Onset Lambat pada Stroke Perdarahan Thalamus Kanan*. 3(2), 6.

Mahayasa, I. M. A. Y., Hunaifi, I., Gunawan, S. E., & Putri, S. A. (2023). Clipping Pada Aneurisma Intrakranial. *Jurnal Biologi Tropis*, 23(3), 297–302. <https://doi.org/10.29303/jbt.v23i3.5174>

Mediarti, D., Hapipah, Prabowo, D. Y. B., Pastari, M., Susanti, E., Syokumawena, & Supriani, A. (2022). *Ilmu keperawatan medikal bedah dan gawat darurat*. Media Sains Indonesia.

Muhamad, F. N., Astuti, R. D. I., & Ismawati. (2024). Hubungan Antara Hipertensi dengan Stroke Berulang di RS Al-Islam Bandung. *Bandung Conference Series: Medical Science*, 4(1), 554–560.  
<https://doi.org/10.29313/bcsms.v4i1.11142>

Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke melalui Pemberian Posisi Head Up. *Ners Muda*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5750>

Muttaqin, A. (2009). *Pengantar Asuhan Keperawatan Dgn Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Penerbit Salemba.

Othadinar, K., Alfarabi, M., & Maharani, V. (2019). Faktor Risiko Pasien Stroke Iskemik dan Hemoragik. *Majalah Kedokteran UKI*, XXXV(3), 115–120. <https://doi.org/https://doi.org/10.52386/neurona.v39i1.227>

Perbasya, S. T. D. (2021). *Hubungan Hipertensi Terhadap stroke*. 6(2), 393–404. <https://doi.org/https://doi.org/10.54444/jik.v11i2.69>

Poana, N. L., Wiyono, W. I., & Mpila, D. A. (2020). Pola Penggunaan Obat Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Rsup Prof. Dr. R.D. Kandou

Manado Periode Januari-Desember 2018. *Pharmacon*, 9(1), 90.  
<https://doi.org/10.35799/pha.9.2020.27469>

PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan indonesia. *Dewan Pengurus Pusat PPNI*.

PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia: definisi dan kriteria hasil keperawatan*.

Putri, K. Y. W., Purwandhono, A., Adji, N. K., Nugraha, M. Y., & Hamzah, S. M. Z. E. H. (2022). *Laporan Kasus: Perbaikan Gejala pada Trombosis Sinus Vena Serebral Symptoms*. 8(2), 68–71.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.19184/ams.v8i2.30193>

Rahayu, T. G. (2023). Analisis Faktor Risiko Terjadinya Stroke Serta Tipe Stroke. *Faletahan Health Journal*, 10(1), 48–95.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.33746/fhj.v10i01.410>

Rahayuningtyas, D. K., Sitorus, R., Kariasa, I. M., & Gultom, Y. (2021). Clinical Evidence Based Nursing (EBNP) Penggunaan Berg Balance Scale Untuk Mengkaji Keseimbangan Pada Pasien Stroke. *Jurnal Keperawatan*, 6(2), 219–231. <https://doi.org/10.32668/jkep.v6i2.836>

Ramdany, R. (2022). Faktor Risiko Gaya Hidup terhadap Kejadian Penyakit Stroke di Rsud Tenriawaru Kabupaten Bone. *Malahayati Nursing Journal*, 4(10), 2584–2592.  
<https://doi.org/10.33024/mnj.v4i10.6083>

Rum, M., Muchtar, F., & Arif, S. K. (2019). Penatalaksanaan Syok Sepsis pada Pasien Community Acquired Pneumonia Pasca Stroke Iskemik dengan Disfungsi Organ. *Jurnal Anestesia Dan Critical Care*, 37(3), 107–119. <https://doi.org/https://doi.org/10.20885/bikkm.vol2.iss1.art7>

Safitri, B. A., Arwani, & Jauhar, M. (2020). *Pencegahan Dekubitus Pada Klien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Srandol Kota Semarang*.  
<https://doi.org/http://doi.org/10.33312/ijar.446>

Sari, R. A. (2019). *Pengelolaan Pasien Stroke Hemoragik Dengan Pemberian Oksigen Dan Posisi Head Up 30 ° Terhadap Perubahan Hemodinamik Tubuh Di Ruang IGD RSUD Tugurejo Semarang*.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.31539/josing.v3i1.4092>

Sasongko, D. P., & Khasanah, S. (2023). Penerapan Range Of Motion (ROM) Pada Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pasien Stroke Hemoragik. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(4), 1377–1386.

<http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP%0APENEPAPAN>

- Setiawan, P. A. (2021). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406. <https://doi.org/https://doi.org/10.37287/jppp.v6i6.3428>
- Sherina, N., Ramdan, D., & Hidayat, N. (2022). Assistancy of Medical Surgical Nursing for Patients with Nervous System Disorders (Hemorrhagic Stroke) in Flamboyant Room, General Hospital of Banjar. *Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(2), 175–197. <https://doi.org/https://doi.org/10.56359/kolaborasi.v2i2.55>
- Sibagariang, D. B. (2023). Gambaran Faktor Risiko Pasien Stroke Hemoragik di RSUP Haji Adam Medan Periode Januari 2021 s.d Desember 2021. *SCRIPTA SCORE Scientific Medical Journal*, 5(1), 9–16. <https://doi.org/10.32734/scripta.v5i1.10587>
- Sofiana, L., & Rahmawati, D. D. (2019). Hypertension and Diabetes Mellitus Increase the Risk of Stroke. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(2), 147–152. <https://doi.org/10.15294/kemas.v15i2.14349>
- Suriya, M., & Zuriati. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bed* (p. 284). [https://www.google.co.id/books/edition/Buku\\_Ajar\\_Asuhan\\_Keperawatan\\_Medikal\\_Beda](https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Asuhan_Keperawatan_Medikal_Beda)
- Suwaryo, P. A. W., Widodo, W. T., & Setianingsih, E. (2019). Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke. *Jurnal Keperawatan*, 11(4), 251–260. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i4.530>
- Syarli, S., & Arini, L. (2021). Faktor Penyebab Hipertensi Pada Lansia: Literatur Review. *Ahmar Metastasis Health Journal*, 1(3), 112–117. <https://doi.org/10.53770/amhj.v1i3.11>
- Tarwoto, W. (2020). Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan. *Jakarta: Salemba Medika*.
- Tobing, L. A. L. (2023). Penyuluhan Mengenai Stroke – Apa dan Mengapa? *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Sisthana*, 5(1), 49–55. <https://doi.org/10.55606/pkmsisthana.v5i1.474>
- Trisila, Mukin, F. A., & Dikson, M. (2022). Pengaruh Pemberian Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Di Igd Rsud Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 8(16), 664–674.

<https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.7117769>

- Untari, S., Susanti, M. M., Kodiyah, N., & Himawati, L. (2023). *Buku Ajar Anatomi dan Fisiologi*. [https://books.google.co.id/books?id=OK-mEAAAQBAJ&lpg=PR1&ots=GguTOZ-mog&dq=buku Fisiologi sistem peredaran darah otak&hl=id&pg=PR1#v=onepage&q=buku Fisiologi sistem peredaran darah otak&f=false](https://books.google.co.id/books?id=OK-mEAAAQBAJ&lpg=PR1&ots=GguTOZ-mog&dq=buku+Fisiologi+sistem+peredaran+darah+otak&hl=id&pg=PR1#v=onepage&q=buku+Fisiologi+sistem+peredaran+darah+otak&f=false)
- Utami, N., Suhardianty, N. S., & Wati, N. L. (2018). Persepsi Pasien Stroke Terhadap Peran Perawat Dalam Pemenuhan Activity Daily Living (ADL) Di Ruang Rawat Inap RSAU Dr. M. Salamun Kota Bandung. *Jurnal Ilmiah JKA (Jurnal Kesehatan Aeromedika)*, 4(2), 57–64. <https://doi.org/10.58550/jka.v4i2.59>
- Utami, R. W., Siwi, A. S., & Nurya. (2023). Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Hemoragik. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(November), 1377–1386. <https://doi.org/https://doi.org/10.37287/jppp.v5i4.1790>
- Utomo, T. Y. (2022). Karakteristik Faktor Risiko Stroke Hemoragik Dan Stroke Non Hemoragik Di RSUD Kota Bekasi, 7(8.5.2017), 2003–2005.
- Vitya, D. D., & Afni, A. C. N. (2023). *Penerapan Posisi Head Up 30° Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenisasi Pada Pasien Stroke*. 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.36990/hijp.v11i2.133>
- WHO. (2016). *Data/Informasi Penyakit Stroke*. ECG.
- Wijianto, & Yuda, W. K. (2022). Relationship Of Lifestyle With Stroke Event. *The 16 University Research Colloquium*, 1735–1741. <https://doi.org/https://doi.org/10.1063/5.0111575>
- Yonata, A., & Putra, S. A. P. (2020). Arif Satria Putra Pratama dan Ade Yonata | Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke Majority. *Jurnal Majority*, 5(3), 17. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1030>
- Zefanya, A. A. A., & Pebrianti, M. Dela. (2022). Kesans : International Journal Of Health and Science e-ISSN : 0000, p-ISSN : 0000 Web : <http://kesans.rifainstitute.com/index.php/kesans/index>. *International Journal of Health and Science*, 1(4).












**Lampiran 1**

**LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH AKHIR**

Nama Mahasiswa : 1. Enjulisnya Payung (NS2314901033)  
2. Erlin (NS2314901034)

Nama Pembimbing : 1. Mery Sambo.,Ns.,M.Kep  
2. Fransiska Anita E..R.Sa' pang.,Ns.,Sp.Kep.MB.,PhDNS

Judul Karya Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang ICU/CCU Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar

No	Hari/ tanggal	Materi Bimbingan	Paraf			
			P 1	P2	M1	M2
1	Rabu, 08-05- 2024	BAB III - Lengkapi pengkajian primer dan pengkajian sekunder				
2	Jumat, 10-05- 2024	BAB III - Perbaiki pengkajian - Mencari evidence based nursing sesuaikan dengan diagnosa dan intervensi yang di ambil				
3	Senin, 13-05- 2024	BAB III dan IV - Konsul EBP - Lanjutkan implementasi sampai evaluasi  BAB I - Fokus defenisi, etiologi HS - Tambahkan fase akut - Manfaat posisi head up 30'				



4	Rabu, 15-05- 2024	BAB III dan IV - Perbaiki SLKI dan SIKI - Ganti judul EBP	f		del	Euliff
5	Kamis, 16-05- 2024	BAB I - Tambahkan peran perawat pada fase akut - Tambahkan dokumentasi pada tujuan umum - Hapus fase subakutan dan kronis fokus ke fase akut	f	h	del	Euliff
6	Senin, 20-05- 2024	BAB II - ACC BAB 1 - Sesuaikan patofisiologi dengan pathway - Anatomi fisiologi tentang sistem peredaran darah otak	f	k	del	Euliff
7	Selasa, 28-05- 2024	BAB II - Fokus ke sirkulasi Willis - Tambahkan klasifikasi stroke hemoragik - Semua faktor terjadinya stroke harus sampai ke pecahnya pembuluh darah - Tambahkan kata pengantar di bagian penatalaksanaan sebelum masuk ke poin-poin - Tambahkan genetik, dan perdarahan intraventrikel pada pathway	f	h	del	Euliff

		<p>BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hapus SIKI tentang perawatan diri: makan dan minum di diagnosa keperawatan</li> <li>- Sesuaikan implementasi dengan intervensi di diagnosa ke-3</li> <li>- Diagnosa ke-3 fokus ke SIKI pencegahan aspirasi</li> </ul> <p>BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan penjelasan tentang kesadaran dan sesak napas</li> <li>- Hapus tentang faktor resiko DM</li> <li>- Tambahkan 1 jurnal tentang peningkatan TIK</li> <li>- Perbaiki penulisan</li> </ul>				
8	Kamis, 30-05-2024	<p>BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan sitasi dari buku</li> <li>- Uraikan lagi poin-poin di fisiologi</li> <li>- Tambahkan klasifikasi</li> <li>- Urutkan patofisiologi</li> <li>- Urutkan pemeriksaan diagnostik</li> <li>- Uraikan penatalaksanaan antihipertensi dan pembedahan</li> </ul>				
9	Jumat, 31-05-2024	<p>BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki pathway</li> </ul>				
10	Minggu, 02-06-	<p>BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan discharge planning</li> </ul>				

	2024	- Tambahkan siki dan siki diagnosa penurunan kapasitas adptif intrakranial				
11	Senin, 04-06- 2024	BAB II - Uraikan perencanaan pulang - ACC BAB II				
12	Rabu, 05-06- 2024	BAB III - Hapus keluhan di analisa data yang tidak sesuai - Hapus obat yang tidak sesuai dengan diagnosis - Hapus tindakan yang tidak sesuai dengan intervensi				
13	Kamis, 06-06- 2024	- Perbaiki penulisan mulai dari sampul-daftar pustaka - ACC KIA				

## Lampiran 2

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP

#### I. Identitas Penulis



Nama : Enjulinsya Payung  
Tempat/Tanggal lahir : Makale, 12 Juli 2001  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik  
Alamat : Jln. Swadaya Mas No:32B

#### II. Identitas Orang Tua

##### A. Ayah

Nama : Alm. Marinus Lalla  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : Pensiunan PNS  
Alamat : Tana Toraja

##### B. Ibu

Nama : Maria Tangdibali  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : Guru Honorer  
Alamat : Tana Toraja

#### III. Pendidikan Yang Ditempuh

SDN 105 Durian	Tamat 2013
SMPN 3 Makale	Tamat 2016
SMK Ignatius Makale	Tamat 2019
STIK Stella Maris Makassar (SI Keperawatan)	Tamat 2023

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### I. Identitas Penulis



Nama : Erlin  
Tempat/Tanggal lahir : Pa'pasaran, 02 Desember 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik  
Alamat : Jln. Kesadaran IV

### II. Identitas Orang Tua

#### A. Ayah

Nama : Sonda  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : Petani  
Alamat : Tana Toraja

#### B. Ibu

Nama : Limbong  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Tana Toraja

### III. Pendidikan Yang Ditempuh

SDN 242 kondodewata	Tamat 2013
SMPN 1 Mappak	Tamat 2016
SMAN 12 Tana toraja	Tamat 2019
STIK Stella Maris Makassar (SI Keperawatan)	Tamat 2023