



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS DENGAN
HEMORAGIC STROKE (HS) DI RUANG
PERAWATAN ICU RS AKADEMIS
JAURY JUSUF PUTRA
MAKASSAR**

DISUSUN OLEH:

ANGEL JUSTINA OHOIWUTUN (NS2414901031)

ANITA TUMBA RAMBA (NS2414901033)

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

2025



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS DENGAN
HEMORAGIC STROKE (HS) DI RUANG
PERAWATAN ICU RS AKADEMIS
JAURY JUSUF PUTRA
MAKASSAR**

OLEH :

ANGEL JUSTINA O (NS2414901031)

ANITA T RAMBA (NS2414901033)

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

2025

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Angel J Ohoiwutun (Ns2414901031)

2. Anita T Ramba (Ns2414901033)

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 yang kami buat dengan sebenarnya.

Makassar, 13 Juni 2025

yang menyatakan,



Angel J Ohoiwutun



Anita T Ramba

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

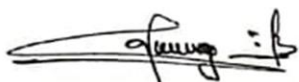
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Hemoragic Di Ruang Instalasi Care Unit Rumah Sakit Akademis Jusuf Jaury Putera Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk di uji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/ NIM : 1. Angel Justina Ohoiwutun / NS2414901031
2. Anita Tumba Ramba / NS2414901033

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Mery Solon, Ns., M.Kes)
NIDN: 0910057502

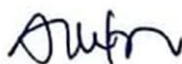
Pembimbing 2



(Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes)
NIDN: 09251175501

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita E.R.S., Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB., PhD
NIDN:0913098201

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Angel J Ohoiwutun (Ns2414901031)

Anita T Ramba (Ns2414901033)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 13 Juni 2025

Yang menyatakan



Angel J Ohoiwutun



Anita T Ramba

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar”.

Tujuan dari penyusunan karya ilmiah akhir ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program profesi NERS STIK Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan, dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Profesi Ners
2. Direktur RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktik di RS Akademis Jaury Jusuf Putera.
3. Fransiska Anita E.R.Sa'pang, Ns.,Sp.Kep.MB.PhDNS Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama.
4. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar.
5. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi, sekaligus dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan untuk penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir.

6. Serlina Sandi, Ns., M.Kep.PhDNS Selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners.
7. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku pembimbing I yang telah memberi bimbingan, pengarahan dan motivasi kepada penulis dalam menyusun karya ilmiah akhir ini
8. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing II yang telah memberi bimbingan, pengarahan dan motivasi kepada penulis dalam menyusun karya ilmiah akhir ini
9. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku penguji II yang memberikan masukan serta arahan kepada penulis untuk menyempurnakan penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
10. Kepada seluruh staf dosen, pengajar dan pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan arahan dan masukan selama kami menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 13 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
Daftar Tabel	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Dasar Medis	Error! Bookmark not defined.
1. Pengertian	8
2. Anatomi Fisiologi Otak	9
3. Etiologi.....	12
4. Patofisiologi	16

5. Manifestasi Klinis.....	21
6. Pemeriksaan Penunjang	22
7. Penatalaksanaan Medik.....	23
8. Komplikasi	25
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	27
1. Pengkajian Primer	27
3. Diagnosis Keperawatan	32
4. Intervensi Keperawatan	33
5. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>).....	42
BAB III PENGAMATAN KASUS.....	45
A. Ilustrasi Kasus	45
B. Pengkajian.....	46
C. Diagnosis.....	50
D. Pengkajian Sekunder	52
E. Uji Saraf Kranial	65
F. Pemeriksaan Penunjang	65
G. Analisa Data	67
H. Diagnosis	70
I. Intervensi.....	74
J. Implementasi.....	77
K. Evaluasi.....	85
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	95
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	95
B. Pembahasan Penerapan EBN.....	103
C. PICOT EBN	104
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	111
A. Simpulan.....	111
B. Saran	112
DAFTAR PUSTAKA	

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi dan Fisiologi Sirkulasi wilisi.....	9
--	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Konsultasi Pembimbing Karya Ilmiah Akhir

Daftar Tabel

Tabel 3.1 Pengkajian Keperawatan Kritis	54
Tabel 3.2 Analisa Data.....	78
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	83
Tabel 3.4 Implementasi	109
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan	125
Tabel 4.1 Pembahasan Penerapan EBN	142

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal yang diidamkan oleh setiap individu, namun tidak semua orang dapat memilikinya dengan mudah. Kondisi ini menyebabkan angka kesakitan cenderung mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Salah satu faktor yang turut memengaruhi derajat kesehatan seseorang adalah pola hidup yang tidak sehat. Konsumsi makanan cepat saji dan tinggi lemak, kebiasaan mengonsumsi alkohol, serta merokok dapat memberikan dampak negatif terhadap berbagai sistem organ tubuh, khususnya sistem kardiovaskular dan sistem peredaran darah (Nopia dan Huzaifah 2020).

Stroke hemoragik merupakan suatu kondisi medis yang ditandai dengan terjadinya perdarahan di dalam jaringan otak, baik berupa perdarahan intraserebral maupun subaraknoid. Keadaan ini umumnya disebabkan oleh ruptur atau pecahnya pembuluh darah otak, yang mengakibatkan akumulasi darah di sekitar sel dan jaringan otak. Akibatnya, suplai oksigen ke area otak yang terkena menjadi terganggu, sehingga menyebabkan kerusakan sel saraf. Perdarahan intrakranial ini menimbulkan peningkatan tekanan intrakranial dan dapat memicu gejala neurologis secara tiba-tiba dan progresif. Hal tersebut terjadi karena adanya tekanan pada jaringan otak yang sehat, yang dapat memperburuk kerusakan neurologis dan mempercepat perkembangan komplikasi yang serius (Setiawan 2021).

Stroke, khususnya jenis hemoragik, merupakan salah satu penyebab utama kematian secara global. Berdasarkan data dari World Health Organization (2016), sekitar 15 juta individu di seluruh dunia mengalami stroke setiap tahunnya. Dari jumlah tersebut, sekitar 5 juta meninggal dunia, sementara 5 juta lainnya mengalami kecacatan permanen, yang berdampak signifikan terhadap beban sosial dan ekonomi, terutama bagi keluarga pasien. Insiden stroke pada individu di bawah usia 40 tahun relatif jarang terjadi, dan apabila terjadi, hipertensi merupakan faktor risiko utama. Menurut Data (Irsandy et al. 2020) menunjukkan bahwa prevalensi stroke di Indonesia mengalami peningkatan sebesar 56%, dari 7 per 1.000 penduduk pada tahun 2013 menjadi 10,9 per 1.000 penduduk pada tahun 2018. Wilayah dengan prevalensi tertinggi tercatat di Kalimantan Timur sebesar 14,7%, sedangkan yang terendah berada di Papua dengan angka 4,1%. Stroke lebih banyak ditemukan pada populasi usia lanjut, khususnya pada laki-laki yang tinggal di wilayah perkotaan. Di Provinsi Sulawesi Selatan, prevalensi stroke mencapai 10,6%, dengan angka tertinggi terjadi pada kelompok usia di atas 75 tahun.

Stroke merupakan kondisi medis yang membutuhkan penanganan dan perawatan jangka panjang, sehingga memberikan dampak yang signifikan terhadap sistem pelayanan kesehatan maupun kualitas hidup pasien. Sebagai salah satu penyebab utama kecacatan berat, pasien stroke sering kali memerlukan perawatan paliatif untuk menunjang kualitas hidup yang optimal. Penanganan yang terlambat dapat menimbulkan berbagai komplikasi serius, salah satunya adalah hipoksia jaringan. Hipoksia jaringan yang terjadi akibat stroke dapat memicu gangguan hemodinamik dan menurunnya saturasi oksigen dalam darah, yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial karena tidak tercapainya perfusi jaringan yang memadai. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perfusi serebral

adalah dengan mengatur posisi tubuh pasien, khususnya melalui elevasi kepala. Elevasi kepala pada sudut 30° merupakan teknik memposisikan kepala pasien sekitar 30 derajat dari permukaan tempat tidur, dengan tubuh tetap sejajar dan kedua tungkai dalam posisi lurus tanpa fleksi. Teknik ini terbukti membantu memperbaiki kondisi hemodinamik dan mendukung optimalisasi oksigenasi jaringan otak (Yetmiliana 2023).

Penerapan posisi elevasi kepala 30° telah didukung oleh sejumlah penelitian yang menunjukkan efektivitasnya dalam menjaga stabilitas hemodinamik dan menurunkan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial. Hasil serupa juga diperoleh dari penelitian (Yusnita et al., 2022) yang menemukan bahwa Pemberian posisi kepala tersebut dapat memperlancar dan meningkatkan aliran darah serta oksigenisasi serebral yang maksimal sehingga dapat mencegah peningkatan tekanan intrakranial dan memberikan pengaruh pada tingkat kesadaran

Berdasarkan uraian diatas, penulis memilih kasus stroke sebagai fokus studi dalam pemberian asuhan keperawatan pada salah satu pasien yang dirawat di ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar, dengan diagnosa keperawatan stroke hemoragik. Pemilihan kasus ini dilatarbelakangi oleh tingginya risiko komplikasi serius yang dapat terjadi, seperti peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kecacatan neurologis. Melalui pemberian asuhan keperawatan yang tepat dan komprehensif, penulis berharap dapat berkontribusi dalam menurunkan TIK, mengurangi derajat kecacatan, serta mencegah komplikasi lebih lanjut yang berkaitan dengan kondisi pasien

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya ilmiah ini antara lain :

1. Tujuan Umum

Penulis dapat mengembangkan wawasan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada

pasien stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

2. Tujuan Khusus

- a. Memperoleh peningkatan keterampilan dalam melakukan kajian terhadap kasus stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar
- b. Memperoleh peningkatan keterampilan dalam menentukan diagnosa keperawatan terhadap kasus stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar
- c. Memperoleh peningkatan keterampilan dalam membuat perencanaan keperawatan terhadap kasus stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar
- d. Memperoleh peningkatan keterampilan dalam melakukan tindakan yang telah direncanakan sebelumnya terhadap kasus stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar
- e. Memperoleh peningkatan keterampilan dalam melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan terhadap kasus stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan dari karya ilmiah ini adalah :

1. Bagi Instansi RS

Dapat dijadikan sebagai referensi ilmiah serta sumber informasi yang relevan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik.

2. Bagi Pasien

Dapat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang tanda bahaya, perawatan dasar di rumah, dan upaya pencegahan komplikasi pasca stroke hemoragik.

3. Bagi Penulis

Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien dengan stroke hemoragik, serta menjadi pengalaman belajar yang berharga dalam mempersiapkan diri sebagai perawat profesional di masa mendatang.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah pemahaman dan wawasan yang lebih mendalam dalam upaya peningkatan kualitas pendidikan serta pelayanan kesehatan di masa depan, sehingga dapat menjadi sumber informasi bagi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, dengan dukungan *evidence based nursing* (EBN) sebagai landasan untuk menunjang keberhasilan perawatan.

D. Metode Penulisan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kepada pasien dengan stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar, penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus, sebagaimana dijelaskan berikut ini :

1. Studi Kepustakaan

a. Literatur Buku

Penulis memanfaatkan buku referensi yang membahas tentang penyakit pada sistem peredaran darah, khususnya mengenai stroke hemoragik.

b. Literatur Jurnal Online

Penulis mengacu pada berbagai jurnal terkait stroke hemoragik yang diperoleh melalui sumber *Google Scholar* dan *PubMed* sebagai bahan referensi.

c. Literatur Internet

Penulis memanfaatkan berbagai artikel kesehatan dari beberapa situs web terpercaya sebagai bahan bacaan mengenai penyakit stroke hemoragik.

2. Studi Kasus

a. Wawancara dengan Keluarga

Penulis melakukan diskusi dengan keluarga pasien terkait kondisi yang dialami, dimulai dengan melakukan pengkajian dan analisis data yang diperoleh dari pihak keluarga. Berdasarkan hasil analisis tersebut, penulis merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana tindakan, melaksanakan intervensi yang telah dirancang, serta melakukan evaluasi terhadap hasil tindakan keperawatan. Proses pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta peninjauan catatan medis dari tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien.

E. Sistematika Penulisan

Struktur penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri atas V bab. Bab I memuat bagian pendahuluan yang mencakup latar belakang, tujuan, manfaat, metode, serta sistematika penulisan. Bab II menyajikan tinjauan teori yang mencakup pengertian, klasifikasi, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, komplikasi, serta penatalaksanaan medis dan nonmedis. Selain itu, bab ini juga memuat konsep dasar keperawatan yang meliputi proses asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, perencanaan pulang, hingga patoflowdiagram penyakit. Bab III membahas hasil pengamatan kasus, yang diawali dengan ilustrasi kasus dan dilengkapi uraian lima tahapan proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi menggunakan pendekatan SOAP. Bab IV

berfokus pada analisis kasus serta pembahasan berdasarkan praktik keperawatan berbasis bukti (*Evidence-Based Nursing*). Terakhir, Bab V berisi kesimpulan dan saran dari penulisan karya ilmiah ini, yang kemudian ditutup dengan daftar pustaka."

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

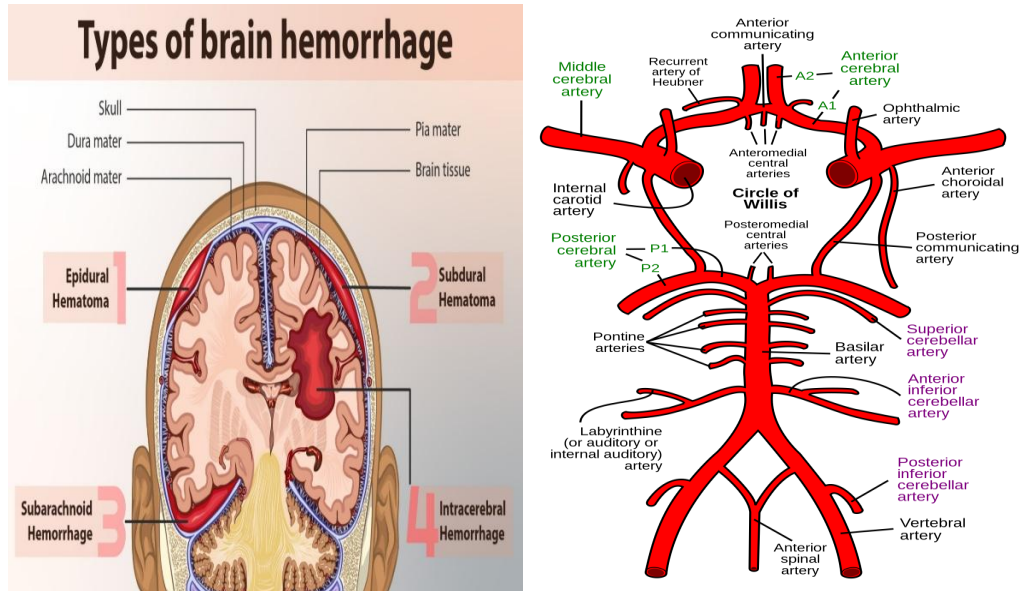
1. Pengertian

Stroke Hemoragik adalah pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan keluarnya darah ke jaringan parenkim otak, ruang cairan serebrospinal disekitar otak atau kombinasi keduanya. Perdarahan tersebut menyebabkan gangguan serabut saraf otak melalui penekanan struktur otak dan juga oleh karena hematoma yang menyebabkan iskemia pada jaringan sekitarnya. Peningkatan tekanan intrakrania pada akhirnya akan menimbulkan herniasi jaringan otak dan menekan batang otak (Putri et al. 2024).

Menurut American Stroke Association (2023), 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.

Berdasarkan tinjauan teori diatas penulis menyimpulkan bahwa stroke adalah penyakit defisit neurologis yang terjadi secara tiba-tiba yang mengakibatkan hipoperfusi dan infark atau kematian jaringan. Stroke Hemoragik adalah kondisi dimana pecahnya pembuluh darah di otak yang dapat mengganggu jaringan ke otak, sehingga menyebabkan pembengkakan, mengumpulkan menjadi massa yang disebut hematoma yang menyebabkan suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat sehingga dapat menimbulkan cacat atau kematian.

2. Anatomi Fisiologi Otak



a. Fisiologi peredaran darah di otak

Otak disuplai oleh 4 arteri besar yaitu arteri karotis interna (kiri dan kanan) dan arteri karotis vertebralis (kiri dan kanan). Keempat arteri ini terletak di ruang subarachnoid dan cabangnya beranastomosis di permukaan inferior otak sehingga membentuk sirkulasi willisi. Arteri karotis interna mensuplai struktur forsa kranial interior sehingga disebut sirkulasi anterior sedangkan arteri vertebralis mensuplai struktur forsa posterior dan bagian posterior hemisfer serebri sehingga disebut sirkulasi posterior. Sirkulasi willisi dibentuk oleh hubungan antara karotis interna, arteri basilaris, arteri serebri anterior, arteri komunikans anterior, arteri serebri posterior, dan arteri komunikasi posterior. Arteri karotis interna berakhir pada arteri serebri media. Adapun bagian-bagian sirkulasi willisi menurut (Irsandy et al. 2020) antara lain:

1) Arteri Karotis

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 internal terbagi menjadi dua yaitu:

- a) Arteri Anterior Serebral; merupakan arteri menyuplai darah untuk bagian lobus temporal, parietal dan frontal korteks serebri dan membentuk penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Arteri ini memperdarahi korteks serebri dan hemisfer otak. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.
- b) Arteri Middle Serebral; merupakan cabang terbesar di arteri karotis dan terletak di sulkus lateral antara lobus frontal dan temporal. Arteri ini mempengaruhi neurologi. Jika terjadi kerusakan pada belahan otak kiri maka efeknya pada tubuh bagian kanan dimana terjadi hemiplegia/hemipares, afasia (kesulitan memahami bahasa), gangguan menelan, gangguan kognitif. Sedangkan jika terjadi kerusakan pada otak kanan maka akan mempengaruhi tubuh bagian kiri dimana tubuh mengalami hemiparese/hemiplegia, defisit visuospasial dan kejang.

2) Arteri Vertebralis Arteri Vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Arteri vertebralis merupakan arteri yang membawa darah ke otak dan sumsum tulang belakang. Cabang-cabang dari sistem vertebrobasilaris antara lain:

- a) Serebral yang menghubungkan arteri basilar ke otak kecil
- b) Arteri pontianus yang menghubungkan arteri basilar ke pons dan sekelompok saraf pada batang otak yang membawa pesan ke otak.
- c) Arteri serebral posterior yang menghubungkan arteri basilar ke lobus oksipital dan lobus temporal yang membantu proses

penglihatan dan suara. Jika terjadi perdarahan pada arteri basilaris maka seseorang akan mengalami masalah keseimbangan dan koordinasi gerak, kebingungan dan disorientasi, kesulitan memahami sesuatu, kehilangan penglihatan, kelemahan pada satu sisi, sakit kepala dan mual muntah.

b. Jenis perdarahan otak

1) Perdarahan intracerebral

Pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan oedema di sekitar otak. Peningkatan TIK yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intra cerebral sering dijumpai di daerah putamen, talamus, sub kortikal, nukleus kaudatus, pon, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid.

2) Perdarahan subarachnoid

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM. Aneurisma paling sering didapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi willisi. AVM dapat dijumpai pada jaringan otak dipermukaan pia meter dan ventrikel otak, ataupun didalam ventrikel otak dan ruang subaraknoid. Pecahnya arteri dan keluarnya darah keruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatam TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral.

Vasospasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vasospasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan kedalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh arteri di ruang subaraknoid. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O₂ dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan didalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan O₂ jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20 mg% karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25 % dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70 % akan terjadi gejala disfungsi serebral. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O₂ melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak.

Jika terjadi perdarahan pada arteri basilaris maka seseorang akan mengalami masalah keseimbangan dan koordinasi gerak, kebingungan dan disorientasi, kesulitan memahami sesuatu, kehilangan penglihatan, kelemahan pada satu sisi, sakit kepala dan mual muntah.

3. Etiologi

Menurut Yofa Anggriani Utama, (2022) penyebab stroke hemoragik antara lain :

a. Faktor Predisposisi

1) Usia

Umumnya, stroke lebih sering terjadi pada orang-orang yang lebih tua (diatas 55 tahun) dibandingkan dengan anak-anak dan orang muda. Bertambahnya usia biasanya akan memengaruhi tekanan darah yang menyebabkan peningkatan tekanan darah. Risiko akan semakin tinggi seiring bertambahnya usia karena kondisi organ tubuh yang tidak sepenuhnya normal akibat penurunan struktur dan fungsi organ sehingga elastisitas pembuluh darah juga menurun.

2) Genetik

Memiliki riwayat genetik dengan kelainan pada pembuluh darah dapat meningkatkan risiko terkena stroke hemoragik. Salah satu kelainan yang dimaksud adalah Malformasi Arteriovenosa (AVM), yaitu kondisi dimana pembuluh darah terbentuk secara tidak normal. Pada penderita AVM, tidak terdapat kapiler yang berfungsi sebagai penghubung antara arteri dan vena, sehingga aliran darah menjadi sangat cepat. Aliran darah yang tidak terkontrol ini menimbulkan tekanan tinggi pada dinding pembuluh darah, yang pada akhirnya dapat menyebabkan pembuluh darah pecah. Akibatnya, terjadi perdarahan di jaringan otak yang bisa mengganggu fungsi sistem saraf.

3) Jenis Kelamin

Stroke lebih sering terjadi pada laki-laki, dengan angka kejadian sekitar 19% lebih tinggi dibandingkan perempuan. Salah satu penyebabnya adalah hormon estrogen pada perempuan, yang membantu memperlebar pembuluh darah (vasodilatasi), sehingga melindungi dari risiko stroke. Namun, setelah perempuan memasuki masa menopause dan kadar estrogen menurun, risiko stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi seimbang. Pada

laki-laki, rendahnya kadar estrogen disertai dengan faktor gaya hidup tidak sehat dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Kondisi ini meningkatkan tekanan di dalam pembuluh darah yang bisa menyebabkan pecahnya pembuluh tersebut (ruptur), dan akhirnya memicu terjadinya stroke hemoragik.

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi sering menyebabkan kerusakan pada fungsi dan struktur otak, terutama karena masalah pada pembuluh darah. Stroke akibat hipertensi biasanya terjadi karena adanya perubahan pada pembuluh darah di otak. Selain itu, tekanan darah tinggi juga mengganggu kemampuan pembuluh darah otak untuk mengatur aliran darah dengan baik. Akibatnya, aliran darah ke otak menjadi lebih sedikit dibandingkan orang yang tekanan darahnya normal. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa mengontrol tekanan darah dapat mengurangi risiko terjadinya stroke yang berulang. Hipertensi juga bisa menyebabkan peningkatan tekanan pada pembuluh darah dan perubahan pada sistem peredaran darah. Hal ini bisa membuat dinding pembuluh darah menebal dan otot jantung menjadi lebih besar dari normal. Kondisi ini bisa semakin parah jika seseorang merokok atau sering makan makanan tinggi lemak dan garam, karena kebiasaan ini bisa menyebabkan terbentuknya plak di pembuluh darah (aterosklerosis). Plak tersebut menyempitkan pembuluh darah, sehingga jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa darah. Jika tekanan pada pembuluh darah terlalu besar, pembuluh darah di otak bisa pecah dan menyebabkan stroke.

2) Alkohol

Alkohol dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah

sehingga terjadi emboli serebral yang mampu menyumbat pembuluh darah penyebab stroke. Pemakaian alkohol berat (>40 gram alkohol/24 jam) memicu terjadinya kerusakan pada sistem metabolisme karena dapat menambah agregasi trombosit, mengaktivasi kaskade koagulasi, peningkatan hematokrit dan faskositas darah serta memicu terjadinya atrium fibrilasi hingga peningkatan frekuensi kontraksi jantung yang dapat menyebabkan volume dalam pembuluh darah meningkat terjadi pelepasan trombus yang mampu menyumbat pembuluh darah penyebab stroke.

3) Merokok

Merokok adalah salah satu faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah dihindari. Semakin sering seseorang merokok, maka semakin besar pula risiko terkena stroke. Bahkan, merokok bisa membuat risiko stroke iskemik (stroke karena penyumbatan) menjadi dua kali lebih besar, dan juga dapat meningkatkan risiko perdarahan di otak, terutama perdarahan subaraknoid, hingga 3,5%. Merokok terbukti menjadi penyebab utama stroke, terutama pada orang dewasa muda, dibandingkan orang yang lebih tua. Kabar baiknya, risiko terkena stroke bisa langsung menurun setelah seseorang berhenti merokok, dan penurunan risiko ini akan terasa lebih jelas dalam 2 hingga 4 tahun setelah berhenti. Merokok juga memicu tubuh memproduksi lebih banyak fibrinogen, yaitu zat yang membuat darah lebih mudah menggumpal. Akibatnya, terjadi penumpukan plak (aterosklerosis) di pembuluh darah, yang menyebabkan penyempitan dan gangguan aliran darah. Jika dibiarkan, tekanan dalam pembuluh darah bisa meningkat dan akhirnya membuat pembuluh darah pecah, yang berujung pada stroke.

4) Pola hidup tidak sehat

Pola hidup tidak sehat dapat dinilai dari pola makan. Pola makan ialah jenis dan seberapa sering individu mengkonsumsi suatu makanan. Setelah dianalisa, paling banyak dijumpai ialah pola makan yang tidak sehat yaitu 60% orang sering mengkonsumsi daging, olahan santan, nasi putih, makanan yang mengandung minyak serta jarang mengkonsumsi 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.

4. Patofisiologi

Stroke hemoragik adalah kondisi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Jenis perdarahan yang bisa terjadi meliputi perdarahan intraserebral (ICH), subaraknoid (ISH), dan intraventrikular (IVH). Perdarahan intraserebral terjadi di dalam atau di sekitar jaringan otak, sedangkan perdarahan subaraknoid terjadi di ruang antara otak dan selaput pelindung otak akibat pecahnya aneurisma atau kelainan pembuluh darah seperti malformasi arteri vena (AVM) yang disebabkan oleh kelainan pembuluh darah sejak lahir. Sementara itu, perdarahan intraventrikular (IVH) disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di permukaan ventrikel. Salah satu penyebab utama terjadinya perdarahan ini adalah hipertensi atau tekanan darah tinggi. Ketika tekanan darah sangat tinggi, pembuluh darah di otak bisa mengalami kerusakan karena tekanan yang berlebihan terhadap struktur pembuluh darah seperti kolagen dan elastinnya. Akibatnya, pembuluh darah menjadi rapuh dan bisa pecah, menyebabkan darah merembes ke jaringan otak. Dalam kondisi

seperti ini, dapat terjadi medionekrosis atau kerusakan pada dinding pembuluh darah, serta pembentukan aneurisma. Aneurisma ini muncul akibat tekanan aliran darah yang tinggi pada dinding arteri, dan jika pecah, dapat menimbulkan cedera pada jaringan lokal atau gangguan suplai darah. Ketika aneurisma pecah, darah bisa keluar dan masuk ke dalam ruang subaraknoid, lalu menyebar melalui cairan serebrospinal hingga mencapai sumsum tulang belakang. Selain aneurisma, perdarahan juga bisa disebabkan oleh malformasi arteri vena (AVM), yaitu kelainan pada pembuluh darah di mana arteri terhubung langsung dengan vena tanpa melalui kapiler. Pada orang yang memiliki AVM, ketiadaan kapiler membuat aliran darah menjadi sangat cepat dan bertekanan tinggi. Tekanan inilah yang bisa menyebabkan pembuluh darah pecah. Jika AVM pecah, hal ini dapat menekan jaringan dan sel-sel otak di sekitarnya, yang berpotensi menimbulkan kerusakan pada otak (AlShamekh 2022).

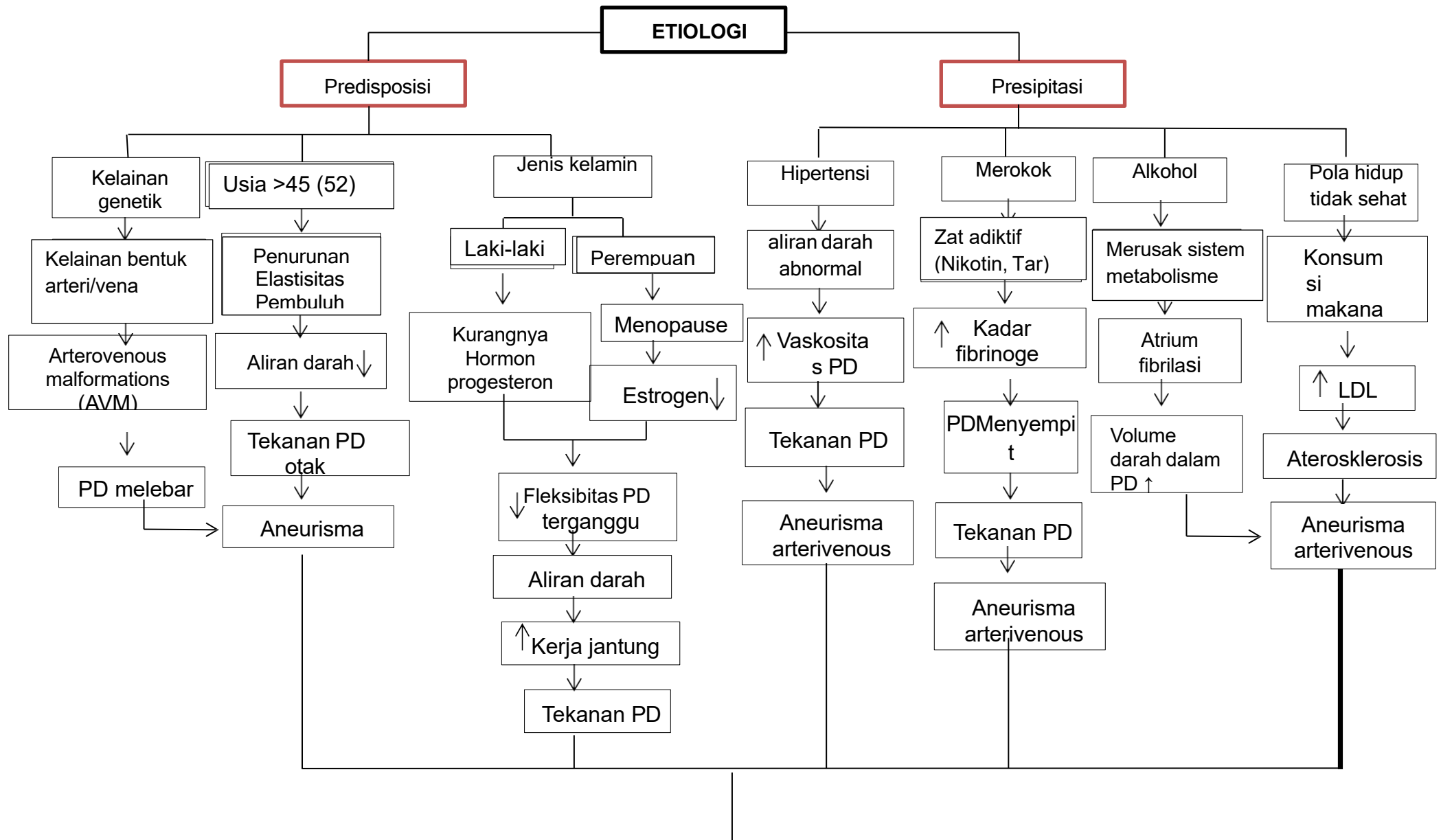
Faktor resiko stroke seperti gaya hidup, diabetes melitus, riwayat penyakit jantung dan sebagainya dapat menyebabkan kerja norepinefrin di pembuluh darah meningkat sehingga tekanan darah meningkat atau hipertensi akut. Hipertensi yang terus menerus dapat mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga pendarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak. Perubahan yang terus berlanjut ini dapat menyebabkan pembuluh darah otak (serebral) pecah sehingga terjadi Stroke Hemoragik (Aulyra Familah et al, 2024).

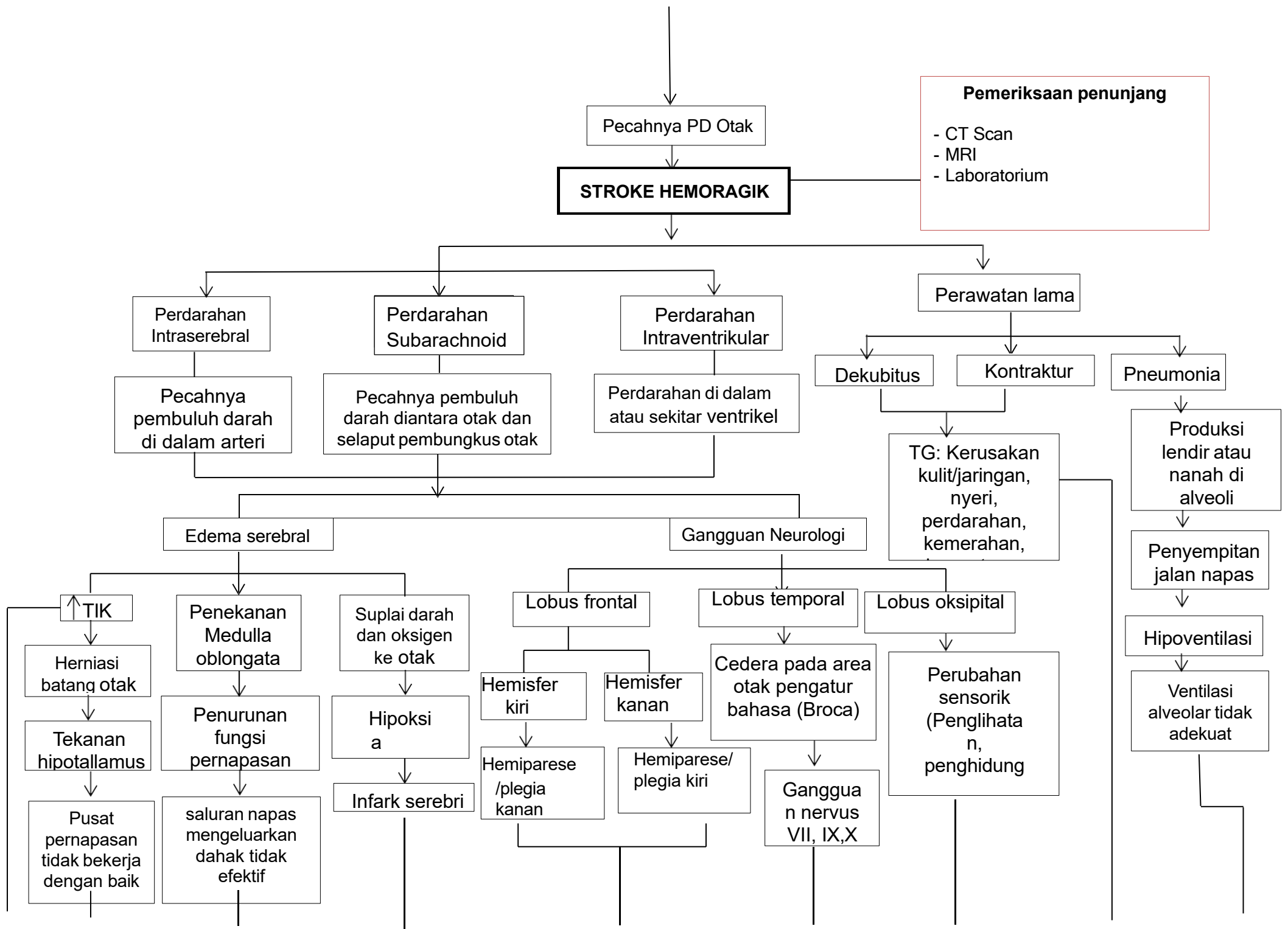
Pecahnya pembuluh darah tersebut dapat menyebabkan hematoma dan terjadi edema sekitar jaringan otak akibat pelepasan dan akumulasi protein serum aktif osmotik dari bekuan darah. Edema dapat menyebabkan peningkatan volume otak sehingga terjadi peningkatan intrakranial. Tanda-tanda peningkatan TIK adalah sakit kepala, mual muntah, kelemahan dan

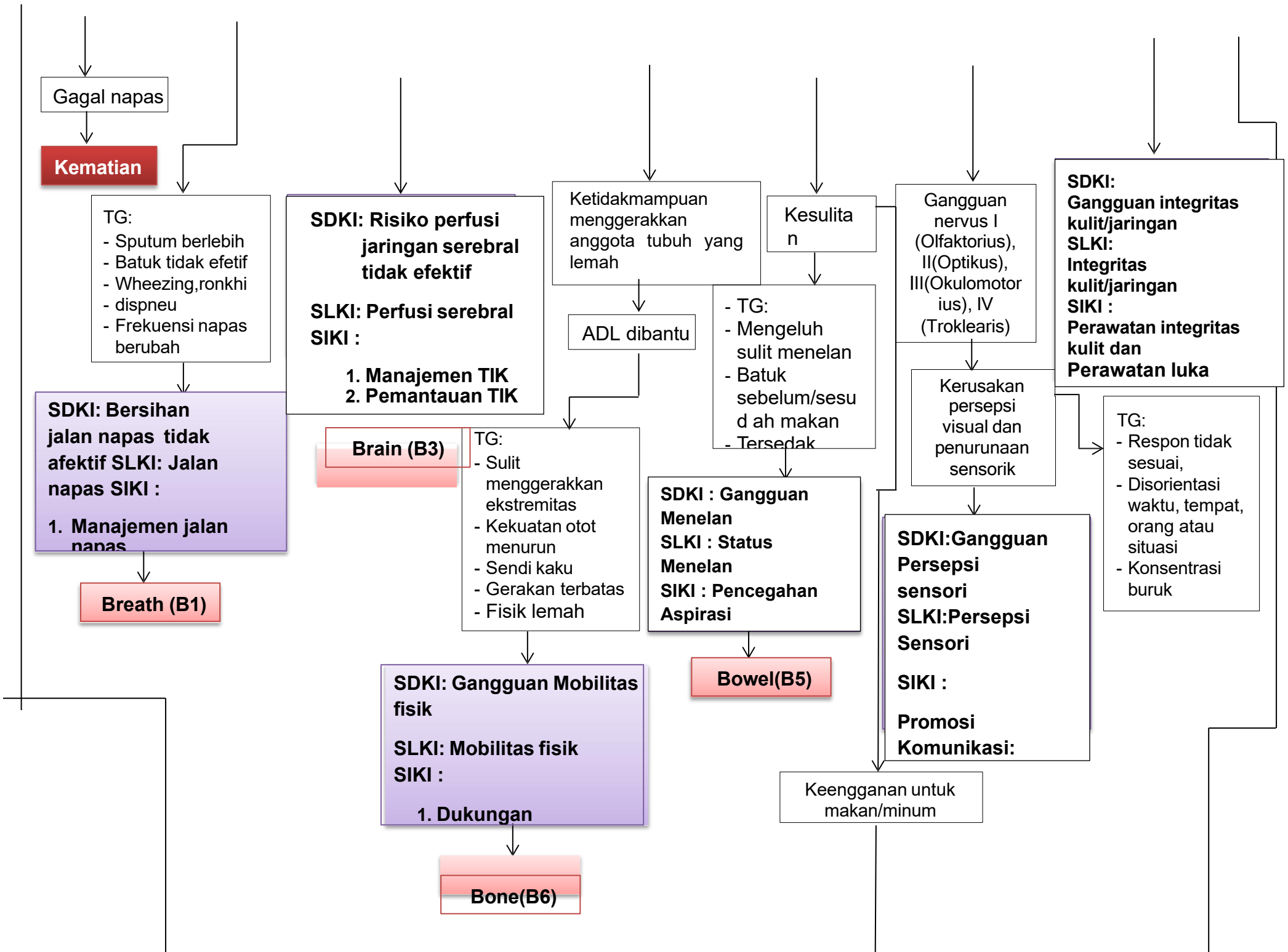
kejang. Kejang merupakan gejala yang timbul akibat gangguan saraf di otak dan penanda adanya kerusakan pada otak. Kejang terjadi karena aktivitas elektrik yang berlebihan di otak akibat perluasan perdarahan atau iritasi korteks.

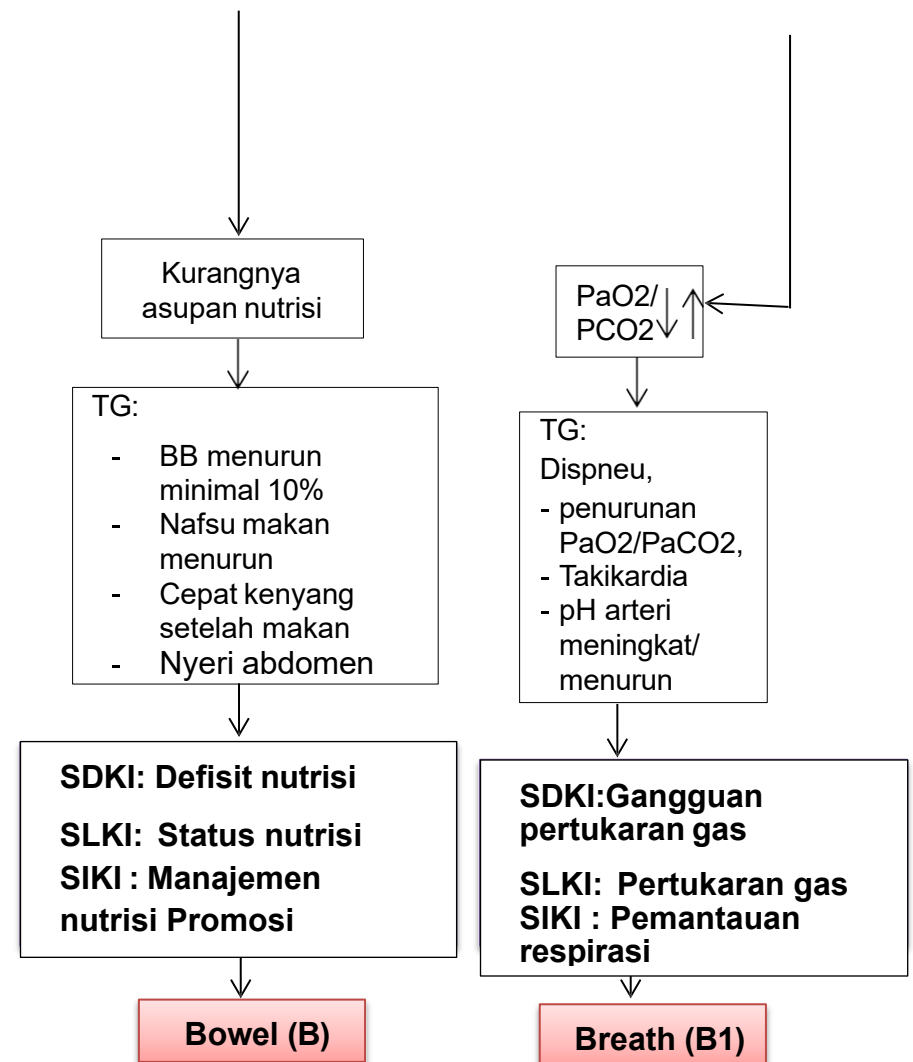
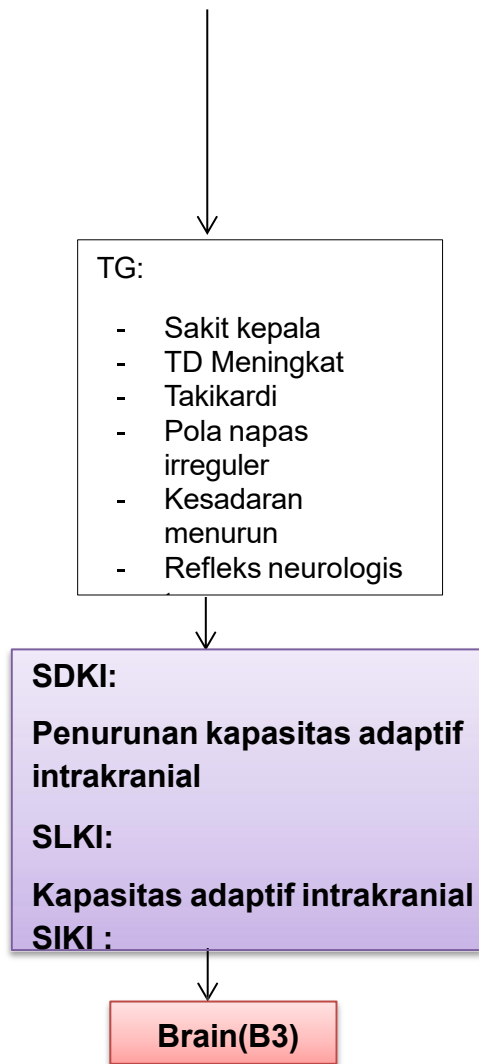
Selain itu, peningkatan TIK disebabkan oleh herniasi otak dimana jaringan otak bergeser dari posisinya dan mendesak area sekitarnya. Kondisi ini menyebabkan perfusi ke otak menurun karena terganggunya aliran darah yang dapat mempengaruhi hemodinamik. Perdarahan yang tidak segera ditangani akan mengancam fungsi otak karena sel dan jaringan otak tidak mendapatkan nutrisi dan oksigen sehingga terjadi gangguan sistem saraf pusat. Gangguan sistem saraf menyebabkan seseorang mengalami kesulitan bernapas, gangguan neurologi, penurunan kesadaran, bahkan kematian.

PATHWAY HEMORAGIC STROKE (HS)









Ket:

PD : Pembuluh darah

Daftar Pustaka

World Stroke Organization (2024) dan Rahmayanti (2019)

5. Manifestasi Klinis

Menurut Bintang Gumelar et al, (2023) Manifestasi klinik Stroke Hemoragik tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolaretal. Pada stroke akut gejala klinis meliputi :

- a. Kelumpuhan pada wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral 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, letargi, stupor, atau koma. Terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- d. Afasia (Kesulitan dalam berbicara) Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis 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 serebral kiri.
- e. Disatria (Bicara cadel atau pelo) Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disatria terjadi karena kerusakan nervus kranial

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

- f. Gangguan Penglihatan (Diplopia) Dimana 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 dan korteks oksipital. Gangguan pada penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial II, IV dan VI.
- g. Disfagia atau Kesulitan Menelan Terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan lobus didorong oleh lidah dan gluteus menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.
- h. Inkontinensia Baik bowel maupun bladder sering terjadi hal ini karena terganggunya saraf yang mensyarafi bladder dan bowel.
- i. Vertigo Seperti mual, muntah, dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

6. Pemeriksaan Penunjang

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 hidrocefalus.

b. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI 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*)

Transcranial doppler (TCD) 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. 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.

7. Penatalaksanaan Medik

Menurut Poana et al., (2020) penatalaksanaan pada pasien Stroke Hemoragik adalah sebagai berikut:

a. Terapi Farmakologi yang digunakan pada pasien Stroke Hemoragik

1) Obat anti hipertensi :

- a) ACE Inhibitor Bekerja dengan menghambat enzim yang memproduksi hormon angiotensin II, seperti Katropil.

- b) Antagonis Kalsium Bekerja dengan cara menghambat kalsium kedalam otot jantung dan dinding pembuluh darah, sehingga pembuluh darah melebar. Contoh obat-obatan jenis ini seperti: amlodipine, dilitiazem, nicardipine, verapamil.
 - c) Angiotensin II Receptor Blocker (ARB) Bekerja dengan cara menghambat peningkatan angiotensin II, sehingga pembuluh darah melebar dan tekanan darah menurun. Contoh obat-obatan jenis ini seperti : candesartan, losartan, valsartan.
 - 2) Diuretic : Manitol 20%, Furosemid, Lasix
 - a) Manitol bekerja dengan menurunkan viskositas darah dengan volume darah mengalir melalui pembuluh darah, dan terjadi penurunan vasokonstriksi pembuluh darah. Manitol juga menarik cairan di dalam tubuh termasuk pada otak yang dikeluarkan melalui urin sehingga tekanan intrakranial menurun.
 - b) Furosemide dan lasix bekerja dengan membuang kelebihan garam (natrium) dan cairan di dalam tubuh serta menurunkan tekanan darah.
 - 3) Antikonsulvan (anti kejang); Obat-obatan jenis ini seperti: Venitoin, diazepam, acetazolamide, gabapentin. Obat ini bekerja dengan menormalkan aktivitas listrik yang berlebihan di otak.
 - 4) Dexamethasone Digunakan untuk meredakan peradangan dan digunakan untuk mengurangi edema pada otak sehingga mencegah peningkatan tekanan intrakranial.
- b. Penatalaksanaan Farmakologi
- 1) Letakan kepala pasien pada 30 derajat, kepala dan dada pada satu bidang. Ubah posisi tidur setiap 2 jam, mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
 - 2) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-3 liter/menit sampai didapatkan hasil AGD, jika perlu dilakukan intubasi.

- 3) Memberikan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500 2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, diajurkan menggunakan NGT.
- 4) Monitor tanda-tanda vital, jantung
- 5) Pemeriksaan EKG
- c. Pembedahan
 - 1) Kraniotomi merupakan suatu prosedur pembedahan yang dilakukan dibagian otak. Pembedahan ini dibuat dengan mengangkat sementara sebagian otak untuk mengekspos otak bagian dalam dan mengurangi tekanan atau desakan didalam otak serta mencegah peningkatan intrakranial.
 - 2) Endovaskuler Tindakan pembedahan yang dilakukan dalam pembuluh darah baik arteri maupun vena, dengan cara membuat sayatan kecil dan memasang kateter ke pembuluh darah yang rusak untuk menghilangkan bekuan darah dan meningkatkan aliran darah.

8. Komplikasi

Menurut Nova dan Hasni (2022) komplikasi yang dapat terjadi pada klien 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 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) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK) Bertambahnya massa otak karena adanya perdarahan atau edema otak, akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai dengan adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam nyawa.
 - 3) 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 interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema di jaringan otak.
 - 4) Kejang Merupakan respon tubuh akibat kerusakan struktur otak yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Kejang terjadi karena adanya aktivitas elektrik di otak yang berlebihan karena kelainan struktur otak dan sistem metabolik. Pada penderita stroke hemoragik bentuk kejang dapat berupa gerakan menyentak dan kaku, disertai perubahan kesadaran dan gangguan sensorik. Jika tidak segera ditangani maka akan menimbulkan kerusakan otak yang lebih lanjut.
- b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut
- 1) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan, biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine.

- 2) Aspirasi Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.
- 3) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak.
- 4) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala clauster.
- 5) Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.
- 6) Massa otot berkurang akibat disfungsi saraf serta kurangnya aktivitas otot

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan merupakan pendekatan ilmiah yang digunakan secara sistematis untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Proses ini mencakup lima tahap, yaitu pengkajian data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan intervensi, dan evaluasi hasil keperawatan untuk menilai efektivitas asuhan yang diberikan (Wartonah 2020).

1. Pengkajian Primer

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

a. Breath (B1)

Berdasarkan hasil inspeksi, klien menunjukkan tanda-tanda batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu pernapasan, serta peningkatan frekuensi napas. Pada auskultasi terdengar bunyi napas tambahan berupa ronkhi, yang mengindikasikan adanya penumpukan sekret di saluran napas. Kondisi ini umumnya terjadi pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran hingga koma, disertai dengan menurunnya kemampuan batuk. Pada klien dengan kesadaran compos mentis, hasil inspeksi menunjukkan adanya peningkatan frekuensi

pernapasan. Pemeriksaan palpasi pada daerah thoraks menunjukkan vocal fremitus yang seimbang antara sisi kanan dan kiri. Hasil auskultasi tidak menunjukkan adanya bunyi napas tambahan.

b. Blood (B2)

Pada pengkajian sistem kardiovaskular, ditemukan adanya kondisi syok hipovolemik yang kerap dialami oleh pasien stroke. Tekanan darah umumnya mengalami peningkatan, dan pada beberapa kasus dapat berkembang menjadi hipertensi.

c. Brain (B3)

Stroke dapat menimbulkan berbagai gangguan neurologis yang bervariasi, tergantung pada lokasi lesi, yaitu pembuluh darah yang mengalami penyumbatan, luasnya area yang mengalami perfusi tidak mencukupi, serta keberadaan aliran darah kolateral sebagai jalur alternatif. Pengkajian pada aspek B3 meliputi:

- 1) Pengkajian tingkat kesadaran pada pasien stroke dalam kondisi lanjut biasanya menunjukkan status letargi, stupor, atau semikoma. Jika pasien sudah dalam keadaan koma, penilaian menggunakan skala Glasgow Coma Scale (GCS) menjadi sangat penting untuk menentukan tingkat kesadaran serta sebagai alat evaluasi dalam pemantauan selama pemberian asuhan keperawatan.
- 2) Pengkajian terhadap tanda-tanda rangsang meninges terutama dilakukan pada pasien dengan penurunan status awareness (PSA).
- 3) Pengkajian meliputi pemeriksaan refleks fisiologis dan patologis, respons pupil, serta tanda-tanda meningeal.
- 4) Pengkajian status mental dilakukan dengan mengamati penampilan, perilaku, ekspresi wajah, serta aktivitas motorik pasien.

- 5) Pada pengkajian fungsi intelektual ditemukan adanya penurunan kemampuan ingatan dan memori, baik pada aspek jangka pendek maupun jangka panjang.
- 6) Pengkajian saraf kranial (Nervus I sampai nervus XII)
 - a) N I. Pada umumnya, pasien stroke tidak mengalami gangguan fungsi penciuman.
 - b) N II. Disfungsi persepsi visual sering terjadi, terutama gangguan dalam hubungan visual-spasial yang umum ditemukan pada pasien dengan hemiplegia sisi kiri.
 - c) N III,IV dan VI. Jika stroke menyebabkan kelumpuhan pada salah satu sisi otot okularis, akan ditemukan penurunan kemampuan gerak otot tersebut.
 - d) N V. Stroke dapat menyebabkan menurunnya kemampuan dalam mengoordinasikan gerakan saat mengunyah.
 - e) N VII. Persepsi terhadap rasa masih dalam batas normal, namun ditemukan asimetri pada wajah, dengan tarikan otot wajah mengarah ke sisi yang tidak terkena gangguan.
 - f) N VIII. Tidak terdapat masalah
 - g) N IX dan X. Mengalami kesulitan menelan dan membuka mulut
 - h) N XI. Tidak ada atrofi otot
 - i) N XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi serta indra pengecapasan normal

7) Bladder (B4)

Setelah mengalami stroke, klien dapat mengalami inkontinensia urin sementara akibat kebingungan, kesulitan dalam mengungkapkan kebutuhan, serta ketidakmampuan mengontrol kandung kemih karena terganggunya fungsi motorik dan postural. Pada beberapa kasus, kontrol terhadap sfingter urin eksternal bisa menurun atau hilang. Selama fase ini, kateterisasi intermiten

dilakukan menggunakan teknik steril untuk membantu eliminasi urin.

8) Bowel (B5)

Pada fase akut, klien mengeluhkan kesulitan menelan, penurunan nafsu makan, serta mual hingga muntah. Kondisi mual dan muntah ini disebabkan oleh peningkatan sekresi asam lambung, yang berdampak pada masalah dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi. Pola buang air besar cenderung mengalami konstipasi akibat menurunnya aktivitas peristaltik usus. Sementara itu, inkontinensia alvi yang terus berlanjut dapat mengindikasikan adanya kerusakan neurologis yang lebih luas.

9) Bone (B6)

Biasanya ditemukan hemiplegia, yaitu kelumpuhan pada satu sisi tubuh, yang terjadi akibat adanya lesi pada sisi otak yang berlawanan. Selain itu, kekuatan otot cenderung menurun, tonus otot meningkat, dan dapat muncul hemiparesis. Pengkajian juga perlu mencakup tanda-tanda dekubitus, khususnya pada area tubuh yang menonjol, karena mobilitas fisik yang terbatas meningkatkan risiko terjadinya tekanan berlebih pada area tersebut.

2. Pengkajian Sekunder (11 Pola Gordon)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- 1) Data subjektif: riwayat keluarga menunjukkan adanya penyakit hipertensi gangguan jantung, serta kejadian stroke. Kebiasaan konsumsi alkohol dan merokok yang dapat menjadi faktor risiko tambahan.
- 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 : karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.

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 parese 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 stres
 - 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 (Munadar 2022).
3. Diagnosis Keperawatan

Menurut PPNI (2017), ada beberapa diagnosis keperawatan stroke hemoragik yang sering muncul di antaranya:

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

4. Intervensi 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 2018) dan (PPNI 2019).

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 :

- 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 syok 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 intrakranial tidak ditemukan tercantum adanya tindakan edukasi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis

R/ Pemberian diuretik osmosis dapat membantu menurunkan tekanan darah

- b. 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/ untuk 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 dini

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu

R/ Mengoptimalkan proses penyembuhan

Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan

Kolaborasi

Dalam intervensi pemantauan neurologis tidak ditemukan tercantumnya adanya tindakan kolaborasi

c. 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. gurgling, 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 sehubungan dengan iskemia jantung.

Edukasi

- 1) Ajarkan teknik batuk efektif ketidaknyamanan
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

d. 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).

- e. 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

- f. 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 aktivitas perawatan diri sesuai usia klien
- 2) Monitor tingkat kemandirian kebiasaan
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 dapat mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 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
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 (Anie Tri Indiatinie et al, 2023)

- a. Perawat berkewajiban mengingatkan keluarga mengenai keterbatasan klien sehingga keluarga harus siap dan sabar dalam melakukan perawatan saat pasien kembali kerumah. Perawat juga bertanggungjawab untuk menginformasikan kepada klien dan keluarga agar melakukan kontrol sesuai jadwal yang ditentukan untuk meningkatkan kesehatan klien.
- b. Menentukan kebutuhan rehabilitasi klien dirumah.
- c. Perawat harus menginformasikan mengenai pencegahan sekunder dan pengobatan yang diresepkan sebelum pasien pulang untuk mencegah stroke berulang seperti pengobatan untuk menurunkan tekanan darah, kolesterol, diabetes dan atrial fibrilasi.
- d. Pasien dan keluarga harus diberikan informasi mengenai pentingnya kepatuhan dalam pengobatan dan rajin mengontrol darah secara rutin, serta gaya hidup sehat seperti tidak merokok, mengurangi konsumsi garam, berolahraga teratur, mengurangi stres, tidak minum alkohol.

Selain itu menurut Retnaningsih (2023) beberapa komponen dalam perencanaan pemulangan pasien stroke antara lain:

1. Menilai dan menentukan jenis rehabilitasi yang dibutuhkan pasien dirumah seperti fisioterapi, terapi okupasi, atau program rehabilitasi di pusat rehabilitasi.
2. Menginformasikan secara jelas tentang obat-obatan yang dikonsumsi pasien dengan menjelaskan tentang nama obat, dosis, frekuensi, dan efek samping obat pada pasien dan keluarga.
3. Memberikan informasi lebih lanjut mengenai stroke, gejala peringatan, tindakan yang harus dilakukan, dan perubahan gaya hidup baik itu pola makan pasien, dan olahraga yang direkomendasikan seperti peregangan

tubuh, dan latihan meremas kertas, dan menggerakkan anggota tubuh yang mengalami kelemahan dengan anggota tubuh yang sehat.

4. Menjelaskan tentang pentingnya dukungan keluarga dan dukungan spritual untuk kesembuhan pasien dan meningkatkan motivasi pasien.
5. Memberikan informasi mengenai cara melihat gejala dan tanda peringatan saat terjadi stroke berulang yang memerlukan penanganan segera.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan initial Tn, F / Umur 52 Tahun, jenis kelamin laki-laki, masuk rumah sakit Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar pada 07 Mei 2025 dengan Diagnosa Medis Hemoragic Stroke. Pasien masuk dengan keluhan lemas, dan tidak bisa menggerakkan tubuhnya. Keluarga pasien mengatakan pasien tadi siang pasien sedang berbaring dan meminta istrinya untuk memijit kakinya, sekitar 10 menit pasien tiba-tiba lemas dan ketika diajak berbicara pasien tidak dapat berbicara dengan jelas. Sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit. Keluarga pasien mengatakan dalam perjalanan menuju rumah sakit pasien tiba-tiba muntah dalam bentuk semburan sebanyak 5x dan tidak sadarkan diri. Dan pada saat di RS, dilakukan tindakan awal setelah diberikan tindakan di IGD pasien kemudian dipindahkan ke ICU. Saat pengkajian didapatkan kesadaran Somnolen, GCS (M4, V4, E2). Tampak Kaku pada ekstermitas kiri, Tampak kelemahan pada satu sisi tubuh pasien Tampak terpasang infus NaCl 7 tts/menit, Tampak terpasang NGT, Tampak terpasang kateter, Tampak terpasang O2 Nasal 4 ltr/menit, TTV didapatkan, TD : 230/140 mmHg, N: 126x/menit, S: 36,7°C, P: 34x/menit, SpO2: 100%. Hasil CT-Scan Kepala: Perdarahan Intracerebri Dextra.

Terapi yang di berikan adalah citicoline 500 mg/lv/12 jam, ranitidine 50mg/lv/jam, manitol 100cc/lv/8jam, mecobalamin 500mg/24jam. Dari data yang diperoleh penulis menetapkan 3 diagnosa keperawatan yaitu penurunan kapasitas adaptif intracranial b/d edema serebral, bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas, gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular

B. Pengkajian

Unit : Intensive care unit ☐ Autoanamnese
(ICU)

Kamar : ICU 1 ☒ Alloanamnese

Tgl masuk RS : 07 Mei 2025

Tgl pengkajian : 08 Mei 2025

IDENTIFIKASI**a. Pasien**

Nama/initial : Tn. F

Umur : 52 Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Jumlah anak : 3

Agama/suku : Islam / Bugis

Warga Negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Buruh

Alamat rumah : Bulukumba

b. Penanggung Jawab

Nama : Ny. A

Umur : 50 Tahun

Alamat : Bulukumba

Hubungan dengan pasien : Istri Pasien

1. Pengkajian Primer

Breath (B1)	Pergerakan dada	• Tampak pergerakan dinding dada Simetris kiri dan kanan, tampak pergerakan dada cepat • Tidak simetris
	Pemakaian otot bantu pernapasan	• Ada • Tidak ada
	Palpasi	• Vocal premitus : Tidak dikaji karena pasien terbaring lemah ditempat tidur • Nyeri tekan • Krepitasi
	Perkusi	• Redup • Sonor • Pekak pada paru sebelah kiri
	Suara napas	• Bronchial • Wheezing • Ronchi : Pada paru sebelah kiri • Friction rub • Lokasi:
	Batuk	• Produktif • Non produktif
	Sputum	• Coklat • Kental • Berdarah • Encer • Warna lain: putih kekuningan • Tidak ada
	Alat bantu pernapasan	• Tidak ada • Ada, jenis: Oksigen NASAL 4 liter
	Lain-lain	• Tampak pasien sesak napas, • Pernapasan 34x/menit. SPO2 84%.
Blood (B2)	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 • Tunggal • Gallop • Murmur
	Irama jantung	• Irregular • Reguler
	CRT	• ≤ 3 detik

		• ≥ 3 detik
	JVP	• Normal (5-2 CmH₂O) • Meningkat
	CPV	• Ada • Tidak ada • Nilai
	Edema	• Ada • Tidak ada (tampak tidak ada edema) • Lokasi
	EKG	Sinus Ritme
	Lain-lain	Tanda-tanda Vital: TD : 230/140 mmHg N : 126 x/m P : 34 x/m S : 36,7° c SPO ₂ : 100 % -MAP : 170 mmHg, fungsi ginjal tidak Memadai
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	• Kualitatif : Somnolen • Kuantitatif (GCS) M : 4 V : 4 E : 2
	Reaksi pupil • Kanan • Kiri	• Ada , Tampak reflex pupil melambat • Tidak ada • Ada , Tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya • Tidak ada
	Refleks fisiologis	• Ada - Dextra : Biseps(+), trisep(+), lutut (+), achiles(+) - Sinistra : Bisep (-), trisep(-), lutut (-), achiles(-)
	Refleks patologis	• Ada , sisi kiri tubuh • Tidak ada
	Meningeal sign	• Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran • Hasil ct-scan kepala: perdarahan intracerebri dextra
	Lain- lain	Tidak ada

Bladder (B4)	Urin	•Jumlah : 350 cc/8jam •Warna : kuning jernih
	Kateter	•Ada, hari ke : 1 •Jenis : folley kateter / 16 Fr •Tidak ada
	Kesulitan BAK	•Ya •Tidak
	Lain- lain	Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	•Lembab •Kering (tampak mukosa bibir pasien kering dan pecah-pecah)
	Lidah	•Kotor •Bersih
	Keadaan gigi	•Tampak gigi pasien lengkap •Gigi palsu
	Nyeri telan	•Ya •Tidak ada
	Abdomen	•Distensi •Tidak distensi
	Peristaltik usus	•Normal •Menurun •Meningkat •Nilai : 14 x/m
	Mual	•Ya •Tidak
	Muntah	•Ya •Tidak
	Hematemesis	•Ya •Tidak •Jumlah •Frekuensi
	Melena	•Ya •Tidak
	Terpasang NGT	•Ya (tampak terpasang selang NGT ukuran 16 fr) •Tidak
	Terpasang colostomy bag	•Ya •Tidak
	Diare	•Ya •Tidak •Jumlah

		•frekuensi						
	Konstipasi	•Ya • Tidak						
	Asites	•Ya • Tidak						
	Lain-lain	Tidak ada						
Bone (B6)	Turgor kulit	• Baik •Jelek						
	Perdarahan kulit	•Ada • Tidak ada						
	Ikterus	•Ya • Tidak ada						
	Akral	•Hangat (Teraba akral pasien hangat) •Kering						
	Pergerakan sendi	•Bebas •Terbatas Uji kekuatan otot : tampak kelemahan pada satu sisi tubuh pasien •Skala <table><tr><td>Kanan</td><td>Kiri</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td></tr></table>	Kanan	Kiri	3	1	3	1
	Kanan	Kiri						
	3	1						
	3	1						
Fraktur	•Ada • Tidak ada •Jenis : Lokasi							
Luka	•Ada • Tidak ada (tampak tidak ada tanda dekubitus) lama perawatan 4 hari •Jenis : •Lokasi:							
	Lain-lain	Tidak ada						

C. Diagnosis

B-1 : Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas

B-2 : Tidak ada

B-3 : Penurunan kapasitas adaptif intracranial b/d edema serebral

B-4 : Tidak ada

B-5 : Tidak ada

B-6 : Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan Neuromuskular

1. Tindakan Keperawatan Utama yang dilakukan (Berdasarkan Diagnosa)

B-1: Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas

- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)
- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- Berikan Oksigen
- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

B-3 : Penurunan kapasitas adaptif intracranial b/d edema serebral

- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi)
- Monitor MAP (Mean arterial pressure)
- Monitor penurunan tingkat kesadaran
- Memonitor saturasi oksigen
- Pertahankan posisi kepala 30 derajat
- Kolaborasi pemberian manitol
- Kolaborasi pemberian obat

B-6 : Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuskular

- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)
- Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
- Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)
- Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)

D. Pengkajian Sekunder

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit gula sejak tahun 2019 dan hipertensi tahun 2022 yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien mengonsumsi obat hipertensi (Amlodipine 5mg) dan obat gula tapi tidak rutin, keluarga pasien mengatakan pasien memiliki kebiasaan merokok sejak SMP sampai pasien terdiagnosa menderita gula pasien mulai berhenti merokok. Keluarga mengatakan pasien suka mengonsumsi makanan seperti coto, daging meskipun sudah dilarang oleh keluarganya dan pasien jarang memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan terdekat.

Observasi: Tampak keluarga pasien tidak memahami pentingnya minum obat secara rutin, tampak keluarga pasien tidak memahami tentang diet hipertensi, tampak ekspresi wajah keluarga bingung

b. Riwayat penyakit saat ini

1) Keluhan utama : Kesadaran Menurun + Hemiparese Sinistra

Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan tadi siang pasien berbaring dan meminta istrinya untuk memijat kakinya, kemudian sekitar 10 menit pasien tiba-tiba lemas dan ketika diajak berbicara, pasien tidak dapat berbicara dengan jelas serta sulit menggerakkan badannya. Sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit. Keluarga pasien mengatakan dalam perjalanan menuju rumah sakit pasien tiba-tiba muntah dalam bentuk semburan sebanyak 5 kali dan tidak sadarkan diri. Dan saat tiba di IGD dilakukan tindakan awal, setelah diberikan tindakan di IGD pasien kemudian dipindahkan ke ICU. Saat pengkajian didapatkan kesadaran Somnolen, GCS (M4, V4, E2). Tampak kelemahan pada satu sisi tubuh pasien, tampak kaku pada ekstremitas kiri, tampak kekuatan

otot tangan kiri dan kaki kiri 1. Tampak terpasang infus NaCl 18 tpm, tampak pasien terpasang NGT, tampak terpasang kateter, tampak terpasang O₂ NRM 15 ltr/menit, tampak terpasang OPA (*Oropharyngeal Airway*). TTV didapatkan, TD : 230/140 mmHg, N : 126x/menit, S : 36,7°C, P : 34x/menit, SpO₂ : 100%. Hasil Ct-Scan Kepala: Perdarahan Cerebri Dextra

2) Riwayat kesehatan yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak tahun 2022 dan riwayat gula sejak tahun 2019.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit turunan

4) Pemeriksaan Fisik :

- a) Kebersihan Rambut : Tampak bersih
- b) Kulit kepala :Tampak bersih, tidak ada peradangan atau lesi
- c) Kebersihan Kulit :Tampak bersih, dan tidak ada peradangan atau lesi
- d) Higiene rongga mulut :Tampak mulut berbau dan lidah tampak kotor, mukosa bibir kering
- e) Kebersihan genetalia :Tampak bersih, tidak ada peradangan
- f) Kebersihan anus :Tampak bersih, tidak ada peradangan atau hemoroid

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan sebelum sakit: :

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 x sehari dengan jenis makanan yaitu nasi, sayur, ikan/daging dan

pasien menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali pasien makan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mematuhi diet yang dianjurkan dokter walaupun pasien tahu dia memiliki tekanan darah tinggi. Keluarga pasien mengatakan jenis makanan yang sangat disukai pasien adalah ikan asin, makan coto, gorengan. Pasien juga minum 4 gelas air putih setiap hari dan suka minum kopi 3 gelas sehari. Berat badan pasien sebelum sakit 95 kg dan setelah sakit 90 kg.

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan makan dan minum melalui NGT

c. Observasi

Tampak pasien makan melalui NGT dengan frekuensi makan 3 kali sehari dengan jenis makanan bubur saring 250 cc dan susu 100 cc

- | | |
|-------------------------|--|
| 1) Kebersihan rambut | : Tampak bersih |
| 2) Hidrasi kulit | : Tampak kembali dalam 3 detik |
| 3) Palpebra/conjungtiva | : Tampak palpebra tidak edema,
dan conjungtiva tampak anemis |
| 4) Sclera | : Tampak tidak ikterik |
| 5) Hidung | : Tampak hidung bersih, tidak ada
polip atau peradangan |
| 6) Rongga mulut | :Tampak rongga mulut tidak
bersih dan tidak
ada peradangan |
| 7) Gusi | :Tampak tidak terdapat
peradangan di area gusi |
| 8) Gigi | : Tampak lengkap |
| 9) Kemampuan mengunyah | :Tampak tidak mampu
mengunyah keras |
| 10) Lidah | :Tampak kotor |

- 11) Pharing :Tampak tidak ada peradangan
- 12) Kelenjar getah bening :Tampak tida ada pembesaran kelenjar getah bening
- 13) Kelenjar parotis :Tampak tidak teraba adanya pembesaran pada kelenjar parotis

14)Abdomen

- a) Inspeksi :Tampak perut membuncit, tidak ada lesi atau peradangan
- b) Auskultasi :Peristaltik usu 14x/menit
- c) Perkusi :Terdengar bunyi pekak

15) Kulit

- a) Edema : Negatif
- b) Ikterik : Negatif
- c) Tanda radang : Tidak ada

16) Lesi : Tidak ada

3. Pola aktivitas dan latihan

a.Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja sebagai sopir. Keluarga pasien mengatakan untuk mengisi waktu luang pasien sering jalan pagi. Keluarga pasien juga mengatakan pasien mudah lelah saat beraktivitas dan pasien biasanya sesak jika banyak beraktivitas. Keluarga pasien juga mengatakan pasien sedang batuk sejak 1 minggu yang lalu.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien hanya berbaring ditempat tidur dan segala aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat .

c. Observasi

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

pergerakan terbatas.

1) Aktivitas Harian

- a) Makan : 3
- b) Mandi : 2
- c) Pakaian : 2
- d) Kerapihan : 2
- e) Buang air besar : 3
- f) Buang air kecil : 1
- g) Mobilisasi di tempat tidur : 2

2) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien terbaring di tempat tidur

3) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien terbaring di tempat tidur

4) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

5) Fiksasi : Tidak ada

6) Tracheostomi : Tidak ada

d. Pemeriksaan fisik

1) Tekanan darah

Berbaring : 230/140 mmHg

Duduk : - mmHg

Berdiri : - mmHg

2) HR : 126x/menit

3) Kulit

Keringat dingin : Ada

Basah : Ada

4) JVP : 5-2 cmH₂O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

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

6) Thorax dan pernapasan

a) Inspeksi

- Bentuk Thorax : Tampak simetris kiri dan kanan
- Retraksi intercostal : Tidak ada
- Sianosis : Tidak ada
- Stridor : Tidak ada
- b) Palpasi : Ictus cordis teraba kuat
- c) Vocal Premitus : Tidak dikaji karena pasien terbaring lemah ditempat tidur
- d) Krepitasi : Tidak ada
- e) Perkusi :
- | | |
|-------------------------------------|-------|
| ☐ | Sonor |
| ☐ | Redup |
| ☒ | Pekak |
- f) Auskultasi
- Suara napas : Bronkhial
- Suara ucapan : Tidak dikaji karena pasien terbaring lemah
- Suara tambahan : Ronkhi

7) Jantung

- a) Inspeksi Ictus cordis : Tidak tampak
- b) Palpasi Ictus cordis : 126x/menit
- c) Perkusi
- Batas atas jantung : ICS 3 Linea sternalis sinistra
- Batas bawah jantung : ICS 2 Linea sternalis dextra
- Batas kiri jantung : ICS 6 Linea axularis anterior sinistra
- d) Auskultasi
- Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS 2 Linea Sternalis dextra
- Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS 2 dan ICS III Linea sternalis sinistra

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

Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS 5 Linea mid clavicularis sinistra

Bunyi jantung III

Irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit aorta : Tidak ada

Aorta renalis : Tidak ada

Aorta femoralis : Tidak ada

8) Lengan dan tungkai

a) Atrofi otot : ☐ Positif ☒ Negatif

b) Rentang gerak

Kaku sendi : Tampak kaku sendi ekstermitas sisi Kiri

Nyeri sendi : Tidak ada nyeri

Fraktur : Tidak terdapat fraktur

Parese : Kelemahan sisi kiri

Paralisis : Tidak ada

(1) Uji Kekuatan Otot

Kanan	Kiri
5	1
5	1

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan Penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(2) Reflek Fisiologis

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

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

(3) Reflek Patologis

Babinski :

Kiri : ☒ Positif ☐ Negatif

Kanan : ☐ Positif ☒ Negatif

(4) Clubing jari-jari : Tidak ada

(5) Varises tungkai : Tidak ada

9) Columna Vertebralis : Tidak ada kelainan

4. Pola Eliminasi

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien BAB normal yaitu 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecokelatan jumlah kurang lebih 10-15 cc setiap kali BAB dan tidak ada masalah ataupun kesulitan BAB. dan pasien sering BAK 5- 6 kali sehari berwarna kuning jernih, bau amoniak dengan jumlah 20cc setiap kali BAK, tidak ada masalah ataupun kesulitan BAK.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien terpasang keteter urin (350 cc) warna kuning jernih dan pasien menggunakan pampers.

c. Observasi

Tampak pasien terpasang keteter urine dengan jumlah 350 cc dalam 5 Jam, urine berwarna kuning pekat dan menggunakan pampers.

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Peristaltik usus : 14x/menit
- 2) Palpasi kandung kemih : Kosong (pasien terpasang kateter urin)
- 3) Nyeri ketuk ginjal : Negatif
- 4) Mulut uretra : Tampak kotor, tidak ada tanda radang
- 5) Anus :
 - Peradangan : Tampak tidak terdapat tanda-tanda peradangan
 - Hemoroid : Tampak tidak terdapat hemoroid
 - Fistula : Tampak tidak terdapat fistula

5. Pola Tidur Dan Istirahat

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak mengalami gangguan tidur, pasien biasa tidur malam sekitar jam 9 malam dan bangun pagi jam 5 pagi (8 jam) dan pasien merasa segar saat bangun pagi dan tidur siang sekitar 1 jam dan Keluarga pasien mengatakan pasien bisa tidur setelah menonton TV sebagai pengantar tidurnya dan pasien suka tidur dengan suasana ruangan gelap dan biasa tidur menggunakan kipas angin.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien hanya terbangun jika ada rangsangan atau tindakan dari perawat ataupun dokter.

c. Observasi

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

- Ekspresi wajah mengantuk : Negatif
- Banyak menguap : Negatif
- Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

6. Pola Persepsi Kognitif

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata dan alat pendengaran. Pasien tidak mengalami kesulitan dalam mempelajari sesuatu dan pasien mengalami nyeri kepala yang kadang hilang jika beristirahat. Keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak mengalami gangguan pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, maupun perabaan dan daya ingat pasien masih baik.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengalami kelemahan tubuh, Lengan dan tungkai sebelah kiri sulit untuk digerakkan. Pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur. Pasien hanya mengeluarkan suara tidak jelas seperti mengerang tanpa ada kata yang diucapkan.

c. Observasi

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

d. Pemeriksaan fisik

1) Penglihatan

- Kornea : Tampak jernih
- Pupil : Isokor (respon melambat)
- Lensa mata : Tampak jernih pada kedua mata
- Tekanan intra okuler : Tidak ada peningkatan tekanan intra okuler

2) Pendengaran

- Pina : Pina bersih

- Kanalis : Kanalis bersih, dan tidak terdapat pus/serumen

7. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien seorang buruh. Pasien dikenal sebagai pribadi yang tegas dan disiplin. Pasien merupakan seorang kepala rumah tangga yang bertanggung jawab dan dikenal ramah oleh tetangga sekitar rumahnya. Keluarga pasien mengatakan pasien merasa bahagia dan bersyukur dengan kehidupannya dan tidak pernah merasa putus asa dan frustrasi dalam kehidupannya.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien hanya bisa mengungkapkan perasaannya lewat raut wajah dan tatapan mata dan sesekali pasien meneteskan air mata.

c. Observasi

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

- 1) Kontak mata : Kurang
- 2) Rentang perhatian : Kurang
- 3) Suara dan cara bicara : Tidak dikaji
- 4) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Kelainan bawaan yang nyata: Tidak ada kelainan bawaan
- 2) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur
- 3) Kulit : elastis

8. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang kepala rumah tangga sekaligus suami dan ayah bagi istri dan anak-anaknya dan pasien merasa puas dengan peran dan tanggung jawabnya. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga dan tetangga sekitar terjalin sangat baik harmonis. Keluarga pasien mengatakan pasien sering bersosialisasi dengan tetangga sekitar rumah, dan pasien aktif mengikuti kegiatan sosial di masyarakat seperti kerja bakti, dan kegiatan lainnya yang ada di masyarakat dan pasien sangat senang apabila bisa mengikuti kegiatan tersebut. Pasien sering berkunjung ke rumah sahabat dan anaknya.

b. Keadaan sejak sakit

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

c. Observasi

Tampak pasien hanya mengeluarkan suara tidak jelas seperti mengerang tanpa ada kata yang diucapkan. Tampak pasien sering di kunjungi dan di jenguk oleh sahabat serta tetangganya.

9. Pola Reproduksi dan Seksualitas

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan seorang laki-laki tulen. Pasien mulai memiliki 3 orang anak. Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki masalah ataupun gangguan reproduksi seperti impotensi ataupun penyakit menular seksual dan tidak memiliki penyimpangan seksual.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien memiliki 3 orang anak.

c. Observasi

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

10. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

a. Keadaan sebelum sakit

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

b. Keadaan sejak sakit

Pasien hanya bisa mengungkapkan perasaannya lewat tatapan mata dan gengaman tangan.

c. Observasi

Tidak dikaji

11. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama Islam dan percaya bahwa segala sesuatu yang diterima dan dihadapi adalah anugerah dari Allah SWT dan keluarga serta pasien menerapkan tata nilai kehidupannya berdasarkan ketentuan agama yang dianutnya sebagai pedoman dalam menjalani kehidupan. Keluarga mengatakan pasien rajin beribadah ke masjid, setiap hari sholat 5 waktu, mengaji dan rajin mengikuti kegiatan keagamaan. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat ingin pergi ke tanah suci akan tetapi kondisi tubuh yang tidak memungkinkan dan dalam keluarga pasien tidak ada larangan ataupun pantangan

b. Keadaan sejak sakit

Pasien tidak beribadah dikarenakan kondisinya yang lemah. Sejak sakit pasien hanya di doakan oleh keluarga dan dibacakan alquran di samping pasien.

c. Observasi

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

E. Uji Saraf Kranial

Tidak Dikaji (Pasien penurunan kesadaran)

F. Pemeriksaan Penunjang

a. CT-SCAN

Kesan : Perdarahan intracerebri kanan

b. Pemeriksaan Laboratorium

Kimia darah dan elektrolit	Hasil	Hasil rujukan
----------------------------	-------	---------------

WBC	7.500/L	5.000-10.000/L
RBC	3.900/L	3.500.000- 5.500.000/L
HGB	13.6 g/dL	14-18 g/dl
HCT	38.0 %	35,0-52,0%
PLT	303.000	150.000-450.00

G. Analisa Data

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif - Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba lemas dan ketika diajak berbicara, pasien tidak dapat berbicara dengan jelas serta sulit menggerakkan badannya - Keluarga pasien mengatakan pasien muntah dalam bentuk semburan sebanyak 5 kali dan tidak sadarkan diri. Data Objektif - Keadaan umum tampak lemah - Tampak wajah pasien tidak simetris - Tampak kesadaran pasien - o Kualitatif: somnolen - o Kuantitatif M4V4E2 = 10 Kesimpulan: somnolen - Tampak pasien gelisah - TTV TD : 230/140 mmHg N : 126x/menit P : 34x/menit	Edema Serebral	Penurunan kapasitas adaptif intracranial

	- Pemeriksaan diagnostik: CT SCAN: Kesan: Perdarahan intracerebri kanan		
2	Data subjektif - Keluarga mengatakan pasien mengeluh sesak - Keluarga pasien mengatakan pasien batuk sejak 1 minggu yang lalu Data objektif - Keadaan umum tampak lemas - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk - Tampak sputum berwarna putih kekuningan - Tampak terdengar suara napas tambahan ronchi saat pasien menghembuskan nafas (ekspirasi) - TTV - TD : 230/140 mmHg - N : 126x/menit - P : 34x/menit - SPO ² : 84%	Hipersekresi jalan napas	Bersihkan jalan napas tidak efektif
3	Data Subjektif - Keluarga pasien mengatakan	Gangguan Neuromuscular	Gangguan Mobilitas Fisik

pasien mengalami kelemahan pada tubuh sisi kiri - Keluarga mengatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga Data objektif - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien di bantu oleh perawat - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Tampak pergerakan pasien terbatas - Aktivitas harian Cukup di bantu oleh keluarga dan perawat - Uji Kekuatan Otot <table><tr><td>Kanan</td><td>Kiri</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td></tr></table>	Kanan	Kiri	3	1	3	1		
Kanan	Kiri							
3	1							
3	1							

H. Diagnosis

Nama/Umur : Tn. F/ 52

Ruang/ Kamar : ICU/ bed 1

No	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b/d edema serebral
2	Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas
3	Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuscular

I. Intervensi

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x16 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial (L.06049) meningkat dengan kriteria hasil: - Tingkat kesadaran cukup meningkat - Tekanan darah cukup membaik - Tekanan nadi cukup membaik - Pola napas cukup membaik - Refleks neurologis cukup membaik - Tekanan intrakranial cukup membaik	Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325) Observasi : - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi) - Monitor MAP (<i>Mean arterial pressure</i>) - Monitor intake dan output cairan (Rumus balance CM-(CK+IWL) Terapeutik : - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. - Beri posisi semi fowler (30 derajat) - Hindari manuver valsava Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian sedasi dan antikoagulan, jika perlu

			- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu. Pemantauan tekanan intra kranial (I.06198) Teraupetik - Pertahankan posisi kepala 30 derajat Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2	Bersihkan jalan napas tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x16 jam diharapkan bersihan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil: - Produksi sputum cukup menurun - Dipsnue cukup menurun - Frekuensi napas cukup membaik	Manajemen Jalan napas (I.01011) Observasi : - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : - Berikan Oksigen - Posisikan semi-fowler atau fowler - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Kolaborasi :

		- Pola napas cukup membaik	- Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
3	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x16 jam diharapkan perawatan diri (L.11103) meningkat dengan kriteria hasil: - Kemampuan makan meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	Dukungan perawatan Diri (I. 11348) Observasi - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) - Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) - Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

J. Implementasi

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi	Perawat
Jumat, 09/05/2025	06.00	I	Memonitor tanda/ gejala peningkatan TIK : TD : 182/111 mmHg S:36,2 °c N : 110 x/m P: 24 x/m Tampak kesadaran menurun (somnia)	Anita
	06.05	II	Melakukan perawatan diri (Mandi, berpakaian, Oral Hygiene) Hasil: Pasien tampak bersih dan rapi	Anita
	06.15	I	Mempertahankan kepala 30 derajat Hasil: Tampak posisi kepala pasien 30 derajat	Anita
	06.20	II	Kolaborasi pemberian oksigen Hasil: NRM 10 ltr/menit	Anita
	06.40	II	Memonitor pola napas, irama dan kedalaman napas Hasil: -Frekuensi napas: 24x/menit -Tampak pasien bernapas cepat -Tampak terdengar napas tambahan ronchi	Anita
	06.45	II	Kolaborasi dilakukan pengisapan lendir (suction) Hasil: Terdengar suara ronchi berkurang	Anita
	06.49	II	Memonitor sputum Hasil: Tampak Lendir yang dikeluarkan berwarna putih kekuningan	Anita
	07.00	I	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Tampak pasien diberikan posisi head up 30°	Anita
	08.05	I	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD : 170/101 mmHg P: 26x/m	Angel

			N : 96 x/m Tampak kesadaran menurun (somnia)	
	08.10	I	Memonitor MAP Hasil: MAP 128,6 mmHg	Angel
	08.30	I	Memonitor pola napas, irama, dan kedalaman napas Hasil: -P : 24x/menit -Tampak pasien bernapas cepat -Tampak terdengar napas tambahan ronchi	Angel
	08.35	II	Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik Hasil: Pemberian nebulizer combiven 2,5 ml	Angel
	08.45	II	Melakukan pengisapan lendir (suction) Hasil: Terdengar suara ronchi berkurang	Angel
	09.35	I	Memposisikan semi fowler (30°) Hasil : Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°)	Angel
	09.40	III	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil: Tampak pasien diberi susu 100 ml/NGT	Angel
	12.00	I	Memberikan terapi obat Hasil : -Citicolin 500 mg/IV -Mecobalamin 500 mg/IV -Ranitidine 50 mg/IV	Angel
	13.00	II	Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan oksigen NRM 10 liter/menit	Angel
	14.00	I	Memberikan terapi manitol Hasil : Pemberian manitol 100cc/ IV, urine: 400cc	Angel

	14.05	II	Melakukan pengisapan lendir (suction) Hasil: Terdengar suara ronkhi berkurang	Angel
	14.10	I	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD : 167/104 mmHg P: 27x/m N : 99 x/m Tampak kesadaran menurun (somnia)	Angel
Sabtu, 10/05/2025	08.00	I	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD : 172/90 mmHg P: 23x/m N : 102x/m Tampak kesadaran menurun (somnia)	Anita
	08.20	II	Memonitor pola napas, irama dan kedalaman napas Hasil: -P : 23x/menit -Tampak pasien bernapas cepat -Terdengar napas tambahan ronchi	Anita
	08.30		Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan oksigen NRM 10 liter/menit	Anita
	08.35		Melakukan pengisapan lendir (suction) Hasil: Terdengar suara ronkhi berkurang	Anita
	08.45		Memposisikan semi fowler (30°) Hasil : Tampak pasien nyaman diberi posisi semi fowler (30°)	Anita
	09.00		Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 97 %	Anita
	09.15		Memberian terapi oksigen Hasil: NRM 10 liter/menit	Anita

	09.20	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil: Tampak pasien diberi susu 100 ml/NGT	Anita
	12.00	Memberikan terapi obat Hasil : -Citicolin 500 mg/IV -Mecobalamin 30 mg/IV -Ranitidine 50 mg/IV	Anita
	13.00	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. Hasil: Tampak ruangan sejuk dan tenang	Anita
	14.00	Memberikan terapi manitol Hasil : Pemberian manitol 100cc/IV, urine: 350cc	Anita
	15.00	Memonitor tanda-tanda vital TD:170/100 mmHg S: 36,5° N:100 x/m P: 28x/m	Angel
	15.10	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. Hasil: Tampak ruangan sejuk dan tenang	Angel
	16.00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD : 180/114 mmHg P: 30x/m N : 110 x/m Tampak kesadaran menurun (somnolen)	Angel
	16.05	Memonitor pola napas Hasil : Tampak pola napas takipneu, penggunaan otot bantu napas: dada, P:32 x/m spo2: 97	Angel
	16.15	Memberikan posisi semi fowler Hasil : tampak pasien diberikan posisi head up 30°	Angel

	16.30		Memonitor pola napas, irama dan kedalaman napas Hasil: -P : 23x/menit -Tampak pasien bernapas cepat -Tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi	Angel
	18.00		Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD : 160/100 mmHg P: 28x/m N : 102 x/m Tampak penurunan kesadaran (somnia)	Angel
Minggu, 11/05/2025	14.00		Memonitor tanda –tanda vital Hasil : TD : 168/100 mmHg S:36,2°C N : 60 x/m P: 30 x/m	Anita
	14.05		Memberikan terapi manitol Hasil : Pemberian manitol 100cc/IV, urine: 450 cc	Anita
	15.00		Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik Hasil: Pemberian nebulizer combiven 2,5 ml	Anita
	15.20		Memberikan posisi semi fowler Hasil: Tampak pasien diberikan posisi head up 30°	Anita

	16.00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD : 175/105 mmHg P: 28x/m N : 98 x/m Tampak penurunan kesadaran (somnia)	Anita
	16.15	Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan oksigen NRM 10 liter/menit	Anita
	16.30	Kolaborasi dilakukan pengisapan lendir (suction) Hasil: Terdengar suara ronkhi berkurang	Anita
	16.35	Memonitor sputum Hasil: Tampak Lendir yang dikeluarkan berwarna putih	Anita
	17.00	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. Hasil: Tampak ruangan sejuk dan tenang	Anita
	17.30	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD : 154/101, N: 104x/menit, P : 22x/menit, S: 36,0° C -Tampak kesadaran menurun (somnia)	Anita
	18.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil: Tampak pasien diberi susu 100 ml/NGT	Anita
	19.00	Mempertahankan posisi kepala 30 derajat Hasil: Tampak posisi kepala 30 derajat	Anita
	20.00	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99%	Anita

	20.30	Kolaborasi melakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Terdengar suara ronkhi berkurang	Anita
	21.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: -Tanda-tanda vital TD : 142/90, N: 95x/menit, P : 22x/menit, S: 36,0° C Tampak kesadaran menurun (somnolen)	Angel
	21.15	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Tampak terdengar suara Ronkhi	Angel
	21.20	Kolaborasi melakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Terdengar suara ronkhi berkurang	Angel
	22.00	Memberikan terapi manitol Hasil : Pemberian manitol 100cc/IV	Angel
	22.10	Mencatat Intake dan output Intake: terpasang manitol 100cc, diberi susu lewat NGT 100cc, Nacl 500cc Output: Urin 500cc/8 jam, BAB 100cc	Angel
	00.00	Berkolaborasi Pemberian obat Hasil : -Citicolin 500 mg/IV -Ranitidine 50 mg/IV	Angel
	05.40	Melakukan perawatan diri (Mandi, berpakaian, Oral Hygiene) Hasil: Pasien tampak bersih dan rapi	Angel
	06.00	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Tampak terdengar suara Ronkhi	Angel
	06.05	Kolaborasi melakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil: Terdengar suara ronkhi berkurang	Angel
	06.10	Memonitor sputum Hasil: Tampak Lendir yang dikeluarkan berwarna putih Memonitor saturasi oksigen	Angel

	06.15	Hasil: SpO2 99%	
	06.30	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil: Tampak pasien diberi bubur saring 250 ml/NGT Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD : 142/90, N: 95x/menit, P : 22x/menit, S: 36,0° C Tampak kesadaran menurun (somnolen)	Angel Angel

K. Evaluasi

No	EVALUASI (SOAP)	PERAWAT
Jumat, 09/05/25	Dx I Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral S: - O: - Kesadaran pasien somnolens (M4V4E2) - Tanda-tanda vital TD : 180/96 mmhg, N : 105x/m, P : 24x/m, S : 36,2° C A: Masalah kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi Manajemen peningkatan tekanan intrakranial - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30 derajat - Monitor tingkat kesadaran - Kolaborasi pemberian sedasi/anticonvulsan DX II Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas S:- O: - Tampak pasien sesak	Angel

	- Tampak frekuensi napas 24x/menit - Tampak SpO2 95% - Tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi A: Masalah bersihan jalan napas belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi Manajemen jalan napas - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor sputum - Berikan Oksigen - Posisikan semi fowler - Lakukan pengisapan lendir 15 detik - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik DX III Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuscular S: Keluarga mengatakan semua kebutuhan dibantu keluarga dan perawat O: - Tampak pasien lemah dan hanya terbaring di tempat tidur - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu keluarga dan perawat A: Masalah perawatan belum teratasi	
--	---	--

	P: Lanjutkan Intervensi Dukungan perawatan diri - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan dan minum. - sediakan lingkungan yang terapeutik (Suasana hangat, rileks, dan privasi) - Jadwalkan perawatan diri	
Sabtu, 10/05/25	Dx I Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral S: - O: - Tanda-tanda vital TD: 175/105xmmHg, N:98x/menit, P: 22 x/menit, S: 36,3° C - Tampak kesadaran pasien Kualitatif: Somnolen - Kuantitatif M4V4E2 A: Masalah kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi Manajemen peningkatan tekanan intrakranial - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30 derajat - Monitor tingkat kesadaran - Kolaborasi pemberian sedasi/anticonvulsan	Anita

	DX II Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas S: - O: Tampak sesak berkurang - Tampak frekuensi napas 22x/menit - Tampak SpO2 97% - Tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi A: Masalah bersihan jalan napas teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi Manajemen jalan napas - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor sputum - Berikan Oksigen - Posisikan semi fowler - Lakukan pengisapan lendir 15 detik - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik DX III Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuscular S: Keluarga mengatakan semua kebutuhan dibantu keluarga dan perawat O:	
--	---	--

	- Tampak pasien lemah dan hanya terbaring di tempat tidur - Tampak pemenuhan kebutuhan pasiendibantu keluarga dan perawat A: masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi Dukungan perawatan diri - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan dan minum. - sediakan lingkungan yang terapeutik (Suasana hangat, rileks, dan privasi) - Jadwalkan perawatan diri	
Minggu 11/05/25	Dx I Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral S: - O: - Tanda-tanda vital TD : 142/90, N: 95x/menit, P : 22x/menit, S: 36,0° C - Tampak kesadaran pasien - Kualitatif: Somnolen - Kuantitatif M4V4E2 (10) - Manitol 100cc/8 jam - Susu 100cc - Nacl 500cc - Urine 500cc/8 jam, BAB 100cc - Balance CM-(CK+IWL)= 700-1050=-350cc(8 jam) A: Masalah kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi Manajemen peningkatan tekanan intrakranial	Angel & Anita

	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30 derajat - Monitor tingkat kesadaran - Kolaborasi pemberian sedasi/anticonsulvan DX II Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas S:- O: - Tampak sesak - Tampak frekuensi napas 22x/menit - Tampak SpO2 99% - Tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi A: Masalah bersihan jalan napas teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi Manajemen jalan napas - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor sputum - Berikan Oksigen - Posisikan semi fowler - Lakukan pengisapan lendir 15 detik - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik DX III Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuscular S: Keluarga mengatakan semua kebutuhan dibantu keluarga dan perawat O: - Tampak pasien lemah dan hanya terbaring di tempat	
--	--	--

	tidur - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu keluarga dan perawat A: masalah perawatan diri belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi Dukungan perawatan diri - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan dan minum. - sediakan lingkungan yang terapeutik (Suasana hangat, rileks, dan privasi) - Jadwalkan perawatan diri	
--	--	--

DAFTAR OBAT

1. Citicolin

- a. Nama obat : Citicolin
- b. Klasifikasi / golongan obat: Vitamin saraf/ Obat resep atau keras
- c. Dosis umum:
 - 1) Obat minum (tablet dan kaplet) Dosis 500 mg, 1–2 kali sehari. Dosis 1000 mg, 1 kali sehari.
 - 2) Suntik atau infus Dosis 500–1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari, disuntikkan selama 3–5 menit atau diberikan dengan kecepatan infus 40–60 tetes per menit.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg/12 jam
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak. Citicolin juga digunakan sebagai terapi tambahan dalam mengobati penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer, gangguan bipolar, mata malas, dan gangguan otak lainnya.
- g. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan: karena hasil ct-scan terdapat perdarahan cerebri dextra
- h. Kontra indikasi: Hindari penggunaan citicoline pada pasien dengan kondisi medis, seperti: Alergi terhadap citicoline. Ketegangan otot tinggi dan menurunnya kemampuan otot (hipotonia) pada sistem saraf parasimpatis.
- i. Efek samping obat: Insomnia, sakit kepala, kegelisahan, konstipasi, diare, sakit perut, penglihatan kabur, nyeri dada, denyut jantung lambat atau cepat, hipotensi, mual dan muntah.

2. Ranitidine

- a. Nama obat : Ranitidine

- b. Klasifikasi/ golongan obat : antagonis H₂
 - c. Dosis umum:
 - 1) Dewasa :50 mg setiap 6-8 jam dan dosis tidak melebihi 400 mg/hari
 - 2) Anak : 2 mg/kg
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 50 mg/ 12 jam
 - e. Cara pemberian obat :IV
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : ranitidine mensupresi sekresi asam lambung dengan 2 mekanisme : histamine yang diproduksi oleh sel ECL gaster diinhibisi karena ranitidine menduduki reseptor H₂ yang berfungsi menstimulasi sekresi asam lambung.
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk megatasi asam yang berlebihan pada lambung.
 - h. Kontra indikasi : penderita gangguan fungsi ginjal dn hati, ibu hamil dan menyusui, anak-anak.
 - i. Efek samping obat : sakit kepala, pusing, mual dan muntah, gatal-gatal pada kulit.
3. Manitol
- a. Nama obat : Manitol
 - b. Klasifikasi/ golongan obat : diuretik
 - c. Dosis umum :
 - 1) Dewasa : 500-600 cc/hari
 - 2) Anak : 1-2 gr/kg berat badan
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 100cc/8 jam
 - e. Cara pemberian obat : IV
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menurunkan tekanan dalam tempurung kepala ketika meningkat dan ketika terjadi pendarahan di dalam tempurung kepala. Manitol adalah suatu hiperosmotik agent yang digunakan untukmeningkatkan aliran darah otak dan menghantarkan O₂ untuk menurunkan tekanan intrakranial

- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pada hasil CT Scan pasien didapatkan perdarahan
- h. Kontra indikasi: wanita hamil dan menyusui, anuria, penderita gagal jantung kongesif
- i. Efek samping obat : gangguan keseimbangan cairan tubuh dan elektrolit, gangguan pencernaan, pusing, demam, mual, hipotensi

4. Mecobalamin

- a. Nama obat : Mecobalamin
- b. Klasifikasi / golongan obat : Suplemen vitamin B12 / Obat Keras
- c. Dosis umum :
 - 1) Obat dewasa : 500 MG, di minum 3x sehari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500mg/24 jam
- e. Cara pemberian obat : IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
 - 1) Mekanisme Kerja: Mecobalamin adalah bentuk aktif dari vitamin B12 yang berperan dalam sintesis DNA, metabolisme sel, dan fungsi sistem saraf pusat serta perifer.
 - 2) Fungsi: Mengatasi defisiensi vitamin B12, yang dapat menyebabkan anemia megaloblastik dan neuropati perifer
- g. Alasan pemberian obat pada pasien : Mengatasi defisiensi vitamin B12, menangani neuropati perifer, mengobati anemia megaloblastik akibat kekurangan vitamin B12
- h. Kontra indikasi : Riwayat alergi terhadap vitamin B12 atau cobalt
- i. Efek samping obat :Gangguan saluran pencernaan, mual, muntah, diare, sakit perut, ruam, gatal

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini, penulis akan menguraikan perbedaan antara teori keperawatan yang diperoleh secara akademis dengan praktik nyata dalam penerapan asuhan keperawatan kritis pada pasien di ruang ICU. Studi kasus yang diangkat adalah Tn. F, usia 52 tahun, dengan diagnosis stroke hemoragik, yang dirawat di Intensive Care Unit Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar selama tiga hari, yakni dari tanggal 9-11 Mei 2025.

Dalam pembahasan ini, penulis menggunakan pendekatan berdasarkan lima tahapan proses keperawatan, yang dilakukan melalui pengkajian ulang dan interaksi langsung dengan pasien. Adapun tahapan-tahapan proses keperawatan yang dimaksud meliputi:

1. Pengkajian Primer

a. B1 (*Breathing*)

Pada pengkajian yang dilakukan pada Tn. F di dapatkan bahwa pasien mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 34x/menit, pasien tampak bernapas menggunakan otot dada, tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi tampak pasien batuk *non-produktif*, dan tampak terdengar suara. Dari hasil analisa data pada Tn. F sesak napas terjadi karena pada pasien stroke terjadi gangguan fungsi saraf dan terjadi proses radang pada sel otak sehingga memicu respon daya tahan tubuh. Tetapi, karena gangguan sel otak pusat kendali atau saraf yang berhubungan dengan saluran pernapasan mengalami penurunan fungsi sehingga kemampuan saluran napas untuk mengeluarkan dahak secara tidak sadar atau otonom dan kemampuan tubuh mengendalikan dan mengeluarkan lendir menjadi tidak efektif (Puspitasari dan Oktariani 2020).

b. B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 didapatkan pasien mengalami tekanan darah tinggi dengan tekanan darah 230/140 mmHg, dengan frekuensi nadi 126x/menit. Dari hasil analisa data pada Tn. F peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi terjadi karena adanya perdarahan di otak sehingga menyebabkan pembengkakan serebral. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Dabalok et al., 2022) bahwa jika terjadi perdarahan maka darah akan menggumpal dan menekan jaringan serebral, sehingga aliran darah ke sel dan jaringan otak tidak terpenuhi. Ketidakadekuatan perfusi ke sel dan jaringan membuat jantung bekerja keras dalam memompa darah melalui pembuluh darah, sehingga terjadi peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi.

c. B3 (*Brain*)

Pada pengkajian B3 yang dilakukan pada Tn. F di dapatkan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 10 yaitu somnolen. Untuk pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan CT- Scan dengan hasil pasien mengalami perdarahan intra cerebri dextra. Penurunan kesadaran terjadi karena pasien mengalami perdarahan serebral yang menyebabkan sirkulasi darah terganggu. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Ainy dan Nurlaily 2021) bahwa perdarahan otak menyebabkan seseorang mengalami penurunan kesadaran akibat sirkulasi yang tidak adekuat. Sirkulasi yang terganggu membuat sel dan jaringan otak kekurangan suplai oksigen sehingga sel otak mengalami kerusakan. Kerusakan sel otak dapat mengakibatkan penurunan kesadaran dan gangguan pada berbagai sistem saraf

d. B4 (*Bladder*)

Pada pengkajian pasien tidak ditemukan abnormalitas seperti

adanya nyeri saat BAK. Pasien tampak terpasang folley cateter dengan jumlah urin sebanyak 350 cc/8jam dan berwarna kuning. Pemasangan cateter urin dilakukan untuk memonitor output pasien yang mengalami penurunan kesadaran (American Stroke Association 2019).

e. B5 (*Bowel*)

Dalam hasil pengkajian ini, tidak ditemukan adanya kelainan seperti hematemesis, melena, maupun gangguan gastrointestinal lainnya. Namun, mengingat kondisi pasien yang mengalami penurunan tingkat kesadaran, maka dilakukan pemasangan selang nasogastrik (NGT) sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien secara adekuat (Rabaut et al. 2022).

f. B6 (*Bone*)

Pada saat dilakukan pengkajian, ditemukan bahwa pasien mengalami gangguan pada pergerakan sendi sisi kiri tubuh. Keterbatasan gerak ini disebabkan oleh kelemahan pada ekstremitas kiri, yang berkaitan dengan adanya perdarahan intraserebral di hemisfer kanan (*dextra*) serta ventrikel otak. Kondisi ini sejalan dengan penjelasan (Sukarno 2020), yang menyatakan bahwa perdarahan di hemisfer kanan otak dapat memengaruhi fungsi motorik pada sisi kiri tubuh, sehingga menyebabkan hemiparese atau hemiplegia. Hal ini disebabkan oleh jalur saraf motorik yang bersilangan dari otak menuju medula spinalis. mengatur sisi tubuh secara berlawanan, sehingga jika terjadi gangguan pada otak kanan maka saraf otak kanan tidak berfungsi dengan baik sehingga saraf tidak menghasilkan sinyal untuk mengontrol pergerakan tubuh sisi kiri. Akibatnya, maka tubuh bagian kiri akan mengalami kelemahan, begitupun sebaliknya. Otak memiliki mekanisme pengaturan

pergerakan tubuh secara kontralateral, artinya setiap sisi otak mengendalikan sisi tubuh yang berlawanan. Oleh karena itu, apabila terjadi kerusakan pada hemisfer kanan otak, maka fungsi saraf di area tersebut akan terganggu, sehingga tidak mampu mengirimkan sinyal yang dibutuhkan untuk mengontrol gerakan pada sisi kiri tubuh. Akibat dari gangguan ini, tubuh bagian kiri akan mengalami penurunan fungsi motorik atau kelemahan. Hal yang sama juga berlaku jika gangguan terjadi pada sisi otak yang berlawanan.

2. Pengkajian sekunder :

Pengkajian 11 pola gordon dilakukan secara komprehensif. Pengkajian kesehatan yang dilakukan pada Tn. F dikaji berdasarkan pola-pola yang ada. Data pengkajian di dapatkan melalui wawancara yang di lakukan pada keluarga pasien. adapun data yang di peroleh adalah sebagai berikut :

Pasien masuk Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar pada tanggal 07 mei 2025 dengan diagnosa medik Hemoragik Stroke. Data yang di peroleh dari keluarga bahwa Tn. "F" (52 tahun) memiliki riwayat tekanan darah tinggi kurang lebih 3 tahun, tetapi pasien jarang mengontrol kesehatannya di puskesmas. Pasien tidak pernah mengukur tekanan darahnya pada fasilitas kesehatan terdekat serta tidak mengonsumsi obat secara rutin. Keluarga pasien juga mengatakan pasien suka mengonsumsi ikan asin, coto dan gorengan serta jarang berolahraga. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Dewi 2022) bahwa faktor penyebab stroke hemoragik salah satunya adalah hipertensi. Hipertensi terjadi karena tidak mengonsumsi obat penurun tekanan darah secara rutin, makan-makanan yang berlemak dan makan- makanan tinggi garam, serta kurang melakukan aktivitas fisik atau berolahraga serta tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya ingin dipijit sebentar oleh istrinya dan kemudia setelah itu tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran dan tidak merespon istrinya. Gangguan jaringan/struktur otak dapat disebabkan oleh tekanan berlebih pada otak karena hematoma.

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut TIM POKJA SDKI DPP PPNI (2017) sesuai dengan data yang di dapatkan dari hasil pengkajian, penulis menetapkan 4 diagnosa keperawatan pada Tn. "J" yaitu :

- a. Penurunan kapasitas adaptif intakranial berhubungan dengan edema serebral. Penulis mengambil diagnosa ini karena di temukan data bahwa pasien mengalami, penurunan kesadaran (Somnolen) dengan GCS M4V4E2, 12 nervus tidak berfungsi dengan baik, gelisah, dan peningkatan TTV: TD:188/110 mmHg, N: 120x/menit
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Penulis mengambil diagnosa ini karena di temukan data bahwa pasien mengalami sesak napas, penggunaan otot bantu pernapasan (otot dada), suara napas bronchial, suara napas tambahan ronchi, pasien mengalami batuk *n o n - produktif* dengan sputum kental dan berwarna putih kekuningan, tampak frekuensi napas 26x/menit, spo2 93%.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat diagnosa ini karena ditemukan data bahwa pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, pasien terbaring lemah di tempat tidur dan aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga.

Berdasarkan teori ada beberapa diagnosa yang tidak diangkat yaitu :

- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular karena saat pengkajian pasien dalam keadaan penurunan kesadaran.
- e. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung karena saat pengkajian tidak ditemukan gangguan pada jantung.

4. Intervensi Keperawatan

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral.

1) Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

Observasi:

Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi), monitor MAP (*Mean arterial pressure*)

Terapeutik:

Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, beri posisi semi fowler.

Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian sedasi dan antikoagulan, jika perlu
Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu.

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas

1) Manajemen Jalan napas

Observasi:

Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas),
Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik:

Berikan oksigen, posisikan semi-fowler atau fowler, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

Kolaborasi:

pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

c. Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuscular

1) Dukungan perawatan Diri

Observasi:

Monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.

Terapeutik:

Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi), siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi), jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

5. Implementasi Keperawatan

Intervensi yang telah ditetapkan dan disusun oleh penulis dilakukan selama 3 hari dibantu oleh perawat di ruang ICU, adapun implementasi yang dilakukan sesuai diagnosa keperawatan adalah:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intakranial berhubungan dengan edema serebral. Implementasi yang dilakukan penulis pada hari pertama adalah mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi), memonitor MAP (*Mean arterial pressure*), meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, memonitor penurunan frekuensi jantung, memonitor

ireguleritas irama napas, mempertahankan posisi kepala 30 derajat, dan melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai advis dokter seperti obat antihipertensi, citicolin dan manitol. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi yang ditetapkan di hari pertama

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas. Implementasi yang dilakukan penulis pada hari pertama adalah memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), sputum (jumlah, warna, aroma), memberikan oksigen, memberikan posisi semi-fowler atau fowler, dan melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, serta melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator dan mukolitik. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi yang ditetapkan di hari pertama
- c. Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuscular. Implementasi yang dilakukan penulis pada hari pertama adalah mengidentifikasi kebutuhan alat.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil tindakan keperawatan yang dilakukan kepada Tn. "F" pada tanggal 9 Mei 2024 — 11 Mei 2025 adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk menilai tercapainya tujuan yang diharapkan. Proses evaluasi ini dilakukan selama 3x16 jam dan didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral
Evaluasi: Sampai pada hari ketiga perawatan masalah kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian dimana tanda-tanda vital; TD : 142/90, N: 95x/menit, P : 22x/menit, S: 36,0° C, kesadaran pasien somnolen dengan GCS M4V4E2.
2. Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas

Evaluasi: Sampai pada hari ketiga perawatan masalah bersihan jalan napas teratasi sebagian dimana sesak pada pasien berkurang saat menggunakan O₂, frekuensi napas 22x/menit, SpO₂ 99%, terdengar bunyi napas tambahan ronchi, tampak pasien batuk dengan produksi sputum berwarna putih.

3. Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuscular

Evaluasi: Sampai pada hari ketiga perawatan masalah perawatan diri belum teratasi karena pasien masih terbaring lemah di tempat tidur, pemenuhan kebutuhan pasien dibantu keluarga dan perawat, tampak pasien juga tidak dapat menggerakkan tubuh sisi kiri akibat kelemahan.

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul EBN “Efektivitas pemberian elevasi kepala 30° terhadap perbaikan perfusi jaringan otak pada pasien Hemoragik Stroke di Rumah Sakit Pelamonia Makassar”.

2. Diagnosa keperawatan
kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral.

3. Luaran yang diharapkan
Penurunan kapasitas intrakranial dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran cukup meningkat, sakit kepala cukup menurun, mual dan muntah cukup membaik, kejang dan gelisah cukup menurun, tekanan intra kranial cukup menurun, gelisah cukup menurun, nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik dan suplai oksigen tercukupi.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN
Pemberian tindakan posisi elevasi head up 30°.

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan

Posisi head up 30° merupakan cara memposisikan kepala seseorang lebih tinggi sekitar 30° dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk (Siregar et al. 2023).

b. Tujuan/rasional EBN pada kasus askep

Tujuan dilakukannya elevasi kepala 30° adalah untuk mengurangi peningkatan tekanan intrakranial yang ditandai dengan kondisi tanda-tanda vital yang stabil, sakit kepala cukup menurun, mual dan muntah cukup membaik, kejang dan gelisah cukup menurun, tekanan intra kranial cukup menurun, dan gelisah cukup menurun

C. PICOT EBN

1) P (*Problem*)

Dalam penulisan karya tulis akhir ini, ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis Hemoragik Stroke. Pada saat pengkajian tanggal 8 Mei 2025 terhadap Tn. F dengan tanda dan gejala yang didapatkan yaitu pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri, pasien mengalami penurunan kesadaran, Kuantitatif : GCS E2V4M4 kualitatif : (Somnolen), TD 230/140 mmHg, frekuensi pernapasan 34x/menit, SpO2 100% terpasang oksigen nasal 4L/m, hasil CT Scan menunjukkan adanya perdarahan cerebri dextra, tampak pasien kesadaran menurun.

2) I (*Intervention*)

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu terapi nonfarmakologi berupa tindakan elevasi kepala 30° untuk mengurangi tekanan intrakranial, memperbaiki jaringan serebri yang akan berdampak pada peningkatan kesadaran dan tekanan darah membaik.

3) C (*Comparison*)

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh (Kiswanto dan Chayati 2021), didapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pemberian elevasi kepala 30 derajat pada pasien ICH untuk meningkatkan peredaran darah, menurunkan tekanan intrakranial dan kenyamanan pasien. Adapun penelitian yang dilakukan oleh (Pertami 2017), didapatkan hasil pengaruh yang signifikan posisi Head Up 30° pada perubahan tekanan intrakranial, hal ini dikarenakan dengan

pemberian elevasi posisi kepala 30° dapat menghambat aliran darah serebral ke otak pada pasien dengan Stroke Hemoragik. dijelaskan pula dalam posisi telentang disertai elevasi kepala Head Up 30° 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 memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral. Menurut (Yunus et al. 2024), pemberian tindakan mandiri keperawatan menggunakan model elevasi kepala 30° dan sesuai anjuran dokter melalui tindakan kolaborasi, terlihat bahwa pasien merasa lebih nyaman dan dapat beristirahat dengan nyaman. Secara otomatis hal tersebut dapat membuat hemodinamik pasien lebih stabil, dan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial berkurang. Penelitian lain mengatakan bahwa elevasi kepala tidak boleh lebih dari 30° dengan rasional pencegah peningkatan resiko penurunan tekanan perfusi serebral dan selanjutnya dapat memperburuk iskemia serebral jika terdapat vasopasme. Berdasarkan penelitian (Siregar et al. 2023), didapatkan terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pemberian elevasi kepala 30 derajat yaitu terjadi penurunan tekanan darah, nadi, Pada penelitian yang dilakukan oleh penulis di ruang Intensive care unit (ICU) RS Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar dengan memberikan terapi nonfarmakologis yaitu elevasi kepala 30° menunjukkan bahwa terjadi peningkatan saturasi oksigen setelah diberikan terapi elevasi kepala , Jika dibandingkan cara yang dilakukan oleh penulis dengan memberikan terapi elevasi kepala 30° maupun cara yang dilakukan oleh peneliti pada EBN yaitu dengan memberikan terapi elevasi kepala 30° sama-sama efektif yaitu menunjukkan hasil terjadi peningkatan saturasi oksigen setelah dilakukan elevasi kepala.

4. O (*Outcome*)

Dari hasil intervensi elevasi kepala 30° pada pasien Tn.F didapatkan terjadi penurunan tekanan intrakranial dengan, TD :142/90, N: 95x/menit, P : 22x/menit, S: 36,0° C, tampak kesadaran pasien Somnolen: 10

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Kiswanto dan Chayati 2021) didapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pemberian elevasi kepala 30 derajat pada pasien ICH untuk meningkatkan peredaran darah, menurunkan tekanan intrakranial dan kenyamanan pasien. Adapun penelitian lain yang dilakukan oleh (Pertami 2017) didapatkan hasil pengaruh yang signifikan posisi Head Up 30° pada perubahan tekanan intrakranial, hal ini dikarenakan dengan pemberian elevasi posisi kepala 30° dapat menghambat aliran darah serebral ke otak pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

Selain itu, menurut penelitian (Siregar et al. 2023) yaitu mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30° selama 8 menit. Kesimpulan dan Saran: posisi head up 30° selama 8 menit dapat dikatakan efektif untuk membantu mengurangi nyeri pada pasien cedera kepala ringan dengan peningkatan TIK yang dibuktikan dengan penurunan tekanan darah

Pada penelitian yang penulis jadikan sebagai *Evidence Based Nursing* didapatkan pemberian elevasi kepala 30° pada pasien stroke berpengaruh terhadap peningkatan tekanan intrakranial

5. T (*Time*)

Pelaksanaan teknik relaksasi ini dilakukan setiap shift dalam jangka waktu 3x16 jam. Dari tanggal 9 Mei -11 Mei 2025.

Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III
Judul: Penerapan <i>Head Up</i> 30 derajat pada pasien <i>intracerebral hemorrhage</i> Diruang ICU Rumah Sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin	Judul: Effect of 30 ° head-up <i>position on intracranial pressure change in patient with head injury in surgical ward of general hospital</i> of Dr. R. Soedarsono Pasuruan	Judul: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Dengan Peningkatan Tekanan Intrakranial Melalui Posisi Head Up 30 derajat
P(population) Seluruh pasien ICH Diruang ICU Rumah Sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin	P(population) 30 pasien yang cedera kepala di RS Dr. R. Soedarsono Pasuruan	P(population) pada 2 orang klien (dua pasien) yaitu pasien dengan peningkatan intrakranial dengan pemberian posisi head up 30 derajat
I (Intervention) Intervensi keperawatan dengan memberikan posisi kepala 30 derajat dapat diberikan pada pasien cedera kepala.	I (Intervention) Peneliti melakukan posisi head up 30° pada kelompok perlakuan dan posisi head up 15° pada kelompok kontrol untuk mendapatkan data yang relevan sesuai dengan tujuan penelitian. Penataan diberikan selama 2 jam pada hari pertama kemudian dilakukan	I (Intervention) posisi head up 30° selama 8 menit

	pengukuran tingkat kesadaran dan Tekanan Arteri Rata-rata (posttest 1). Setelah itu, penatalaksanaan dilanjutkan selama 2 jam kemudian dilakukan pengukuran tingkat kesadaran dan Tekanan Arteri Rata-rata (posttest 2).	
C (Comparison) Dalam penelitian ini tidak terdapat kelompok kontrol	C (Comparison) Dalam penelitian ini terdapat 15 orang kelompok kontrol yang diberikan posisi 15 derajat	C (Comparison) Dalam penelitian ini tidak terdapat kelompok kontrol
O (Outcome) Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pemberian elevasi kepala 30 derajat pada pasien ICH untuk mengurangi tekanan intrakranial dengan tanda dan gejala yaitu sakit kepala, tekanan darah meningkat, linglung, mual	O (Outcome) Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa terdapat pengaruh Yang signifikan terhadap pemberian elevasi kepala 30 derajat pada pasien khususnya pada tekanan arteri rata-rata, dan penurunan SpO2	O (Outcome) Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien cedera kepala ringan dengan peningkatan tekanan intrakranial antara kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi

dan muntah		
T (<i>Time</i>) Maret- April 2024.	T (<i>Time</i>) July-Agustus 2017	T (<i>Time</i>) November 2023

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah akibat peningkatan tekanan darah yang mendadak. Kondisi ini menyebabkan aliran darah terganggu dan menimbulkan iskemia pada jaringan otak di sekitarnya. Akibatnya, muncul berbagai tanda dan gejala yang bergantung pada area otak yang terdampak.
2. Berdasarkan hasil pengkajian, Tuan "F" menunjukkan gejala berupa sakit kepala dan kelemahan pada sisi kiri tubuh. Hasil observasi menunjukkan kondisi umum pasien tampak lemah, dengan penurunan tingkat kesadaran. Pasien berada dalam kondisi somnolen dengan nilai GCS E2M4V4. Tanda vital menunjukkan tekanan darah 182/110 mmHg, denyut nadi 128 kali per menit, frekuensi pernapasan 26 kali per menit, dan suhu tubuh 36,7°C. Hasil pemeriksaan CT scan kepala menunjukkan adanya perdarahan intraserebral di sisi kanan otak (intracerebri dextra).
3. Berdasarkan gejala yang dialami oleh Tuan "F", penulis mengidentifikasi tiga diagnosa keperawatan. Diagnosa pertama adalah kapasitas adaptif intrakranial menurun yang berkaitan dengan adanya edema serebral. Diagnosa kedua yaitu bersihan jalan napas yang tidak efektif akibat peningkatan sekresi pada saluran pernapasan. Diagnosa ketiga adalah gangguan mobilitas fisik yang disebabkan oleh masalah neuromuskular.
4. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana intervensi yang telah disusun sebelumnya, meliputi

5. penatalaksanaan untuk mengontrol peningkatan tekanan intrakranial (TIK) serta pengelolaan pola napas pasien.
6. Tahap evaluasi dilakukan dengan menilai keberhasilan tindakan yang telah dilakukan sebelumnya bila sudah mencapai kriteria hasil dari setiap masalah keperawatan yang telah ditentukan.
7. Penerapan praktik berbasis bukti (EBN) berupa posisi elevasi kepala sebesar 30° pada pasien menunjukkan hasil yang positif, ditandai dengan penurunan tekanan darah serta peningkatan kadar oksigen dalam darah. Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah diberikan, dapat disimpulkan bahwa intervensi ini efektif dalam membantu mengurangi tekanan intrakranial pada pasien dengan stroke hemoragik yang dirawat di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Akademis Jaury Makassar.

B. Saran

Berdasarkan manfaat yang diperoleh dari penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis menyampaikan beberapa saran yang diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan efektivitas pemberian asuhan keperawatan, yang ditujukan kepada pihak-pihak terkait sebagai berikut:

1. Perawat

Diharapkan tenaga kesehatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik tidak hanya berfokus pada intervensi farmakologis, tetapi juga mengoptimalkan penerapan intervensi nonfarmakologis. Salah satu contohnya adalah dengan melakukan elevasi kepala sebesar 30° sebagai upaya untuk membantu mengurangi peningkatan tekanan intrakranial (TIK).

2. Rumah Sakit

Diharapkan pihak rumah sakit dapat meningkatkan pemberian intervensi yang sesuai dengan pendekatan *Evidence-Based Nursing* (EBN) guna mengoptimalkan proses pengobatan pasien. Selain itu, diharapkan pula penyediaan sarana dan prasarana yang mendukung mobilisasi bagi

pasien stroke, agar proses pemulihan dapat berlangsung lebih efektif dan maksimal.

3. Institusi Pendidikan

Diharapkan pihak perpustakaan dapat menambah ketersediaan literatur terbaru yang membahas mengenai stroke hemoragik, guna menunjang kebutuhan akademik mahasiswa. Ketersediaan referensi yang mutakhir akan sangat membantu dalam memperluas pengetahuan, khususnya terkait penerapan asuhan keperawatan yang tepat dan efektif pada pasien dengan stroke hemoragik.

4. Institusi Pendidikan

Diharapkan pihak perpustakaan dapat menambah ketersediaan literatur terbaru yang membahas mengenai stroke hemoragik, guna menunjang kebutuhan akademik mahasiswa. Ketersediaan referensi yang mutakhir akan sangat membantu dalam memperluas pengetahuan, khususnya terkait penerapan asuhan keperawatan yang tepat dan efektif pada pasien dengan stroke hemoragik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ainy, Ratna Eka Nur, and Ari Pebru Nurlaily. 2021. "Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis: Oksigenasi." *Journal of Advanced Nursing and Health Sciences* 2(1):21–25.
- AlShamekh, Shomoukh. 2022. "Arteriovenous Malformations." (4):445–48. doi: <https://doi.org/10.1016/j.det.2022.06.012>.
- American Stroke Association. 2019. "Bagaimana Stroke Mempengaruhi Kandung Kemih Anda: Retensi Urin, Frekuensi, Dan Inkontinensia." Retrieved (<https://www.compactcath.com/blog/stroke-bladder-urinary-retention-frequency/>).
- American Stroke Association. 2023. "Let's Talk About Stroke Fact Sheets." Retrieved March 6, 2025 (<https://www.stroke.org/en/help-and-support/resource-library/lets-talk-about-stroke>).
- Anie Tri Indartinie, Eppy Setiyowati, Yurike Septianingrum, Abdul Muhith, Ima Nadatien, Umdatus Soleha, and Rusdianingseh. 2023. "The Importance of Discharge Planning in Stroke Patients: Literature Review." *Journal Of Nursing Practice* 6(2):130–36. doi: 10.30994/jnp.v6i2.301.
- Aulyra Familah, Arina Fathiyah Arifin, Achmad Harun Muchsin, Mochammad Erwin Rachman, and Dahliah. 2024. "Karakteristik Penderita Stroke Iskemik Dan Stroke Hemoragik." *Fakumi Medical Journal: Jurnal Mahasiswa Kedokteran* 4(6):456–63. doi: 10.33096/fmj.v4i6.468.
- Bintang Gumelar, Arya, Ahmad Zakiudin, Anna Maulina Iestari, and Akper AL Hikmah. 2023. "Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Keluarga Ny. I Dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Stroke Di Desa Kutayu Rt 03 Rw 01 Kecamatan Tonjong Kabupaten Brebes." *Jurnal Imliah Ilmu Kesehatan* 2(1):398–404.
- Dabalok, Ristonilassius, Murtiningsih, and lin Inayah. 2022. "Hubungan Tekanan Darah Dengan Kejadian Stroke Di Unit Gawat Darurat." *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah* 9(1):47–54. doi: 10.33867/jka.v9i1.315.
- Dewi, Ni Wayan. 2022. "Manajemen Pengendalian Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Pada Masa Pandemi Covid-19 Di Uptd Puskesmas Sukawati li." *Repository.Itekes-Bali.Ac.Id*.
- Irsandy, Yohanes, Sri Asriyani, Bachtiar Murtala, Burhanuddin Bahar, Ashari Bahar, and Nurlaily Idris. 2020. "Korelasi Derajat Leukoaraiosis Dengan Faktor-Faktor Risiko Stroke Dan Keparahan Stroke Berdasarkan Derajat Klinis Pada Pasien Stroke Iskemik Correlation Between the Degree of Leukoaraiosis with the Stroke Risk Factors and the Severity of Stroke Based on C." *Majalah Sainstekes* 7(2):95–106.

- Kiswanto, Logi, and Nur Chayati. 2021. "EFEKTIVITAS PENERAPAN ELEVASI KEPALA TERHADAP PENINGKATAN PERFUSI JARINGAN OTAK PADA PASIEN STROKE." *Pharmacognosy Magazine* 75(17):399–405. doi: <https://doi.org/10.31539/joting.v3i2.2559>.
- Munadar, A. 2022. *Ilmu Keperawatan Medikal Bedah Dan Gawat Darurat*. Vol. 4. edited by A. Munandar. Bandung.
- Muttaqin, Arif. 2009. *Pengantar Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. salemba medika.
- Nopia, Dewi, and Zaqqyah Huzaifah. 2020. "Hubungan Antara Klasifikasi Stroke Dengan Gangguan Fungsi Kognitif Pada Pasien Stroke." *Journal of Nursing Invention E-ISSN 2828-481X* 1(1):16–22. doi: 10.33859/jni.v1i1.11.
- Nova, Riki, and Dita Hasni. 2022. "Edukasi Komplikasi Terjadinya Hipertensi Dan Peranan Konsumsi Obat Hipertensi Pada Penderita Diabetes Melitus Usia Lansia Di Puskesmas Lubuk Buaya Tahun 2021." *Kumawula: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat* 5(3):545. doi: 10.24198/kumawula.v5i3.37661.
- Pertami, Sumirah Budi. 2017. "EFFECT OF 30° HEAD-UP POSITION ON INTRACRANIAL PRESSURE CHANGE IN PATIENTS WITH HEAD INJURY IN SURGICAL WARD OF GENERAL HOSPITAL OF Dr. R. SOEDARSONO PASURUAN." *Public Health of Indonesia* 3(3):89–95. doi: 10.36685/phi.v3i3.131.
- Poana, Nony L., Weny I. Wiyono, and Deby A. Mpila. 2020. "Pola Penggunaan Obat Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Rsup Prof. Dr. R.D. Kandou Manado Periode Januari-Desember 2018." *Pharmacon* 9(1):90. doi: 10.35799/pha.9.2020.27469.
- PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnosis*. 1st ed. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan*. 1st ed. Jakarta: TIM Pokja SIKI DPP PPNI.
- PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st ed. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Puspitasari, Dewi, and Meri Oktariani. 2020. "Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi." *Jurnal Universitas Kusuma Husada Surakarta* 21(1):1–9.
- Putri, Pratiwi Hendro, Putri Aisyah, K. Widhi Indra Pangestu, Balqist Ar, Siti Fhatima, and Novariani Putri. 2024. "Stroke Hemoragik Dengan Riwayat Hipertensi Tidak Terkontrol : Sebuah Laporan Kasus Hemorrhagic Stroke

with an Uncontrolled Hypertension : A Case Report." *Medula* 14(3):512–17.

Rabaut, Jodie, Tharani Thirugnanachandran, Shaloo Singhal, Julie Martin, Svitlana lievliev, Henry Ma, and Thanh G. Phan. 2022. "Clinical Outcomes and Patient Safety of Nasogastric Tube in Acute Stroke Patients." *Dysphagia* 37(6):1732–39. doi: 10.1007/s00455-022-10437-1.

Retnaningsih, Dwi. 2023. "DISCHARGE PLANNING PATIENT STROKE A NURSING SCIENCE PHILOSOPHY: Systematic Review." doi: : <https://doi.org/10.1101/2023.12.07.23299664>.

Setiawan, Putri Ayundari. 2021. "DIAGNOSIS DAN TATALAKSANA STROKE HEMORAGIK." 03(01):1660–65.

Siregar, Baharuddin, Kipa Jundapri, Deni Susyanti, and Suharto Suharto. 2023. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Dengan Peningkatan Tekanan Intrakranial Melalui Posisi Head Up 30." *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah* 2(11):4949–56. doi: 10.55681/sentri.v2i11.1843.

Wartolah, Tarwoto. 2020. *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan*. 5th ed. Jakarta.

World Health Organization. 2016. "Stroke: A Global Response Is Needed." *Bulletin of the World Health Organization* 94(9):634A-635A. doi: 10.2471/BLT.16.181636.

Yetmiliana, Melissa. 2023. "Position Head Up Towards Reduction of Blood Pressure in Non-Hemorrhagic Stroke Patients in The Inpatient Room of Harapan Insan Sendawar Hospital." *KESANS: International Journal of Health and Science* 2(8):549–60. doi: 10.54543/kesans.v2i8.171.

Yofa Anggriani Utama, Sutrisari Sabrina Nainggolan. 2022. "Faktor Resiko Yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis." *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi* 22(1):549. doi: 10.33087/jiubj.v22i1.1950.

Yunus, Pipin, Arifin Umar, Susanti Monoarfa, and Rahmawaty Dali. 2024. "Penerapan Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Pencegahan TIK Pasien Cedera Kepala Di Ruang IGD RSUD PROF. DR. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo." *Malahayati Nursing Journal* 6(8):3039–49. doi: 10.33024/mnj.v6i8.15140.

Yusnita, Elvara Dianni, Devi Darliana, and Riski Amalia. 2022. "Manajemen Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang Saraf : Suatu Studi Kasus." *JIM Fkep* 1(2):10–17.

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH AKHIR

Nama :1. Angel Justina (Ns2414901031)
2. Anita T Ramba (Ns2414901033)

Pembimbing I: Mery Solon, Ns., M.Kes

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar

No	Hari/tanggal	Materi bimbingan	Paraf		
			Pembimbing 1	Mahasiswa	
				1	2
1	Rabu, 7 Mei 2025	BAB I pendahuluan Latar belakang Tujuan penulisan Manfaat penulisan Rumusan masalah			
2	Jumat, 16 Mei 2025	BAB III konsul pengkajian kial Analisa data Diagnosis, intervensi,implementasi, evaluasi			
3	Selasa, 20 Mei 2025	BAB III & IV Analisa data Diagnosis keperawatan Intervensi Implementasi Evaluasi EBN Picot			
	Kamis, 29 Mei 2025	BAB III & IV Implementasi Evaluasi EBN Picot			
4	Selasa, 10 Juni 2025	BAB IV EBN			
5	Kamis, 12 Juni 2025	ACC			

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Angel J Ohoiwutun(NS2414901031)
2. Anita T Ramba (NS2414901033)

Pembimbing II: Rosmina Situngkir, Ns., M.Kep

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik
di Ruang *Intensive Care* Unit Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf
Putra Makassar

No	Hari/tanggal	Materi bimbingan	Paraf		
			Pembimbing 1	Mahasiwa	
				1	2
1	Rabu, 7 Mei 2025	BAB I pendahuluan Latar belakang Tujuan penulisan Manfaat penulisan Rumusan masalah			
2	Jumat, 16 Mei 2025	BAB II tinjauan pustaka Konsep dasar KDP			
3	Selasa, 20 Mei 2025	BAB II tinjauan Pustaka Konsep dasar			
4	Kamis, 5 juni 2025	BAB I pendahuluan Latar belakang			
5	Selasa, 10 Juni 2025	ACC			