



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE HEMORAGIK DI RUANG INTENSIVE
CARE UNIT RUMAH SAKIT TK II PELAMONIA
MAKASSAR**

OLEH :

ALEXIA KORYESIN (NS2414901027)

ANCHELA A. MONICA (NS2414901028)

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



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE HEMORAGIK DI RUANG INTENSIVE
CARE UNIT RUMAH SAKIT TK II PELAMONIA
MAKASSAR**

OLEH :

ALEXIA KORYESIN (NS2414901027)

ANCHELA A. MONICA (NS2414901028)

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Alexia Koryesin (NS2414901027)
2. Anchela A. Monica (NS2414901028)

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

Demikian surat pernyataan ni yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 17 Juni 2025

Yang menyatakan



Alexia Koryesin



Anchela A. Monica

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit TK II Pelamonia makassar" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : 1. Alexia Koryesin (NS2414901027)
2. Anchela A. Monica (NS2414901028)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



Wirmando, Ns., M.Kep
NIDN : 099089201

Pembimbing 2



Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN
NIND : 0913058903

Menyetujui,
Wakil Ketua bidang akademik
STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita E.R. Sa'pang, Ns., Sp.Kep.MB., PhD
NIDN : 0913098201

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Alexia Koryesin (NS2414901027)

Anchela A. Monica (NS2414901028)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 17 Juni 2025

Yang menyatakan



Alexia Koryesin



Anchela A. Monica

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhi ni diajukan oleh :

Nama : 1. Alexia Koryesin (NS2414901027)
2. Anchela A. Monica (NS2414901028)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke
Hemoragik Di Ruang Intensive Care Unit Rumah
Sakit TK II Pelamonia Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji

Dewan pembimbing dan penguji

Pembimbing 1	: Wirmando, Ns.,M.Kep	()
Pembimbing 2	: Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN	()
Penguji 1	: Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes	()
Penguji 2	: Kristia Novia, Ns.,M.Kep	()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 17 Juni 2025

Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar

()
(Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes)
NIDN : 0926027101

v

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 TK II Pelamonia 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 pengarahannya, 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. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis saat penyusunan karya tulis akhir.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris.
5. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhD Selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners.
6. Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan karya tulis akhir.

7. Wirmando, Ns.,M.Kep selaku Pembimbing II penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir.
8. 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.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Alexia koryesin (Blasus Koryesin dan Hendrika Batcori), dan orang tua dari Anchela.A Monica (Micha Tangke dan Yulita Tiku Tandiayu) serta keluarga, sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan KIA ini.
10. Akhir kata, semoga KIA ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi inspirasi untuk melaksanakan penelitian selanjutnya. Peneliti menyadari KIA ini masih jauh dari sempurna dan sangat mengharapkan saran dari pembaca.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A Latar Belakang	1
B Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
C Manfaat Penulisan.....	4
1. Bagi Instansi RS.....	4
2. Bagi Pasien	4
3. Bagi Penulis	4
4. Bagi Institusi Pendidikan	4
D Metode Penulisan.....	5
1. Studi Kepustakaan	5
2. Studi Kasus	5
E Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Medis	7
1. Pengertian.....	7
2. Anatomi Fisiologi	9
3. Klasifikasi	14
4. Etiologi	14
5. Patofisiologi.....	18
6. Manifestasi Klinis.....	23
7. Pemeriksaan Penunjang Stroke	24
8. Penatalaksanaan Medik.....	26
9. Komplikasi.....	28
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	31
1. Pengkajian kritis (B1-B6).....	31
2. Pengkajian Sekunder (Pola Gordon).....	32
3. Diagnosis Keperawatan	34
4. Perencanaan Keperawatan.....	34
5. Perencanaan Pulang.....	41

BAB III PENGAMATAN KASUS	43
A. Pengkajian Primer :	44
B. Pengkajian Sekunder :	48
C. Analisa Data	63
D. Diagnosis Keperawatan.....	66
E. Intervensi Keperawatan	67
F. Implementasi Keperawatan	72
G. EVALUASI KEPERAWATAN.....	93
BAB IV PEMBAHASAN	106
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	106
1. Pengkajian.....	106
2. Diagnosa Keperawatan	109
3. Intervensi Keperawatan.....	111
4. Implementasi Keperawatan	113
5. Evaluasi Keperawatan.....	115
B. Pembahasan Penerapan EBN.....	117
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	124
A. Kesimpulan.....	124
B. Saran.....	125
DAFTAR PUSTAKA	127

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2 1 Anatomi Otak	9
-------------------------------	---

BAB I

PENDAHULUAN

A Latar Belakang

Stroke adalah kondisi medis serius yang ditandai dengan penurunan fungsi neurologis fokal atau menyeluruh secara mendadak, berkembang cepat, berlangsung selama 24 jam atau lebih, atau langsung menyebabkan kematian, yang disebabkan oleh gangguan vaskular. Penyakit ini menjadi salah satu masalah kesehatan utama karena merupakan komplikasi dari berbagai penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung, yang prevalensinya terus meningkat setiap tahunnya, baik di negara maju maupun berkembang (Muthmainnah et al., 2022).

Secara global, stroke menempati urutan ketiga sebagai penyebab kematian pada tahun 2021, dengan stroke hemoragik intrakerebral (ICH) menyumbang 28,8% dari seluruh kejadian stroke. Diperkirakan terdapat 7.252.678 kematian akibat stroke pada tahun tersebut, dimana ICH bertanggung jawab atas 3.3008.367 (45,6%) kematian. Ketika mempertimbangkan beban ICH dalam hal Disability-Adjusted Life Years (DALYs), ICH menyumbang hampir setengah dari total beban stroke, yaitu sebesar 49,5%, dibandingkan dengan 43,8% yang disebabkan oleh stroke iskemik. Oleh karena itu, ICH harus diperlakukan setara dengan stroke iskemik, sehingga upaya dapat dilakukan untuk mengurangi bebannya melalui kesehatan masyarakat, penelitian, dan penyediaan layanan kesehatan (Parry-Jones et al., 2025).

Menurut data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Stroke juga merupakan salah satu penyakit katastropik dengan pembiayaan tertinggi ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, yaitu mencapai Rp5,2 triliun pada 2023 (RISKESDAS 2023, 2025). Stroke

merupakan penyebab utama kematian kedua di dunia, dengan sekitar 7,3 juta orang meninggal akibat stroke setiap tahunnya. Selain itu, lebih dari 5 juta orang di seluruh dunia mengalami disabilitas permanen akibat stroke.

Stroke memerlukan perawatan jangka panjang, sehingga dampak penanganannya sangat signifikan. Kondisi ini dapat menyebabkan kecacatan berat, sehingga perawatan paliatif sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita. Penanganan yang terlambat dapat menimbulkan berbagai komplikasi, salah satunya adalah hipoksia jaringan. Hipoksia jaringan akibat stroke dapat mengganggu hemodinamik dan menurunkan saturasi oksigen, yang pada gilirannya dapat meningkatkan tekanan intrakranial akibat perfusi jaringan yang tidak adekuat. Untuk memperbaiki perfusi serebral, salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan mengatur posisi kepala elevasi 30°. Posisi ini dapat membantu menurunkan tekanan intrakranial tanpa mengorbankan perfusi jaringan otak. Pada posisi ini, kepala pasien diangkat sekitar 30° dari permukaan tempat tidur dengan tubuh tetap sejajar dan kaki lurus tanpa menekuk (Yetmilian, 2023).

Dalam beberapa asuhan keperawatan salah satunya Ngole & Nencyani, (2022) Pasien Tn. A dengan Stroke Hemoragik mengalami beberapa diagnosis keperawatan utama, yaitu: pola napas tidak efektif akibat gangguan neuromuskular, penurunan kapasitas adaptif intrakranial terkait edema serebral, gangguan menelan akibat gangguan serebrovaskular, dan gangguan mobilitas fisik. Intervensi keperawatan yang dilakukan meliputi manajemen jalan napas, dukungan ventilasi, pengelolaan peningkatan tekanan intrakranial, pemantauan neurologis, dukungan perawatan diri (makan/minum), pencegahan aspirasi, dukungan mobilisasi, serta teknik penguatan otot dan sendi melalui observasi, tindakan terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Setelah tiga hari perawatan, semua intervensi terlaksana

dengan baik. Evaluasi menunjukkan bahwa pola napas tidak efektif dan penurunan kapasitas adaptif intrakranial membaik sebagian, sementara gangguan menelan dan mobilitas fisik belum teratasi sepenuhnya karena proses pemulihan stroke hemoragik yang memerlukan waktu lama. Intervensi tetap dilanjutkan oleh tim perawat. Penerapan Evidence-Based Nursing (EBN) dilakukan dengan posisi kepala pasien diangkat 30°, bertujuan meningkatkan saturasi oksigen dan aliran darah serebral untuk mendukung pemulihan pasien. Namun tindakan yang penulis lakukan berdasarkan EBN fisioterapi dada pada pasien stroke hemoragik dimana teknik fisioterapi dada ini dapat meningkatkan saturasi oksigen dengan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif (Yasin et al., 2024)

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengambil kasus stroke sebagai bahan studi kasus dalam memberikan asuhan keperawatan pada salah satu pasien di ICU RS TK II Pelamonia Makassar dengan diagnosa keperawatan “Stroke Hemoragik”. Penulis berharap dengan memberikan asuhan keperawatan dapat mengurangi Peningkatan TIK serta kecacatan yang akan terjadi pada pasien kelolaan dan mencegah komplikasi lebih lanjut yang berkaitan dengan penyakit pasien.

B Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya ilmiah ini antara lain :

1. Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh wawasan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik di ruang ICU RS TK II Pelamonia Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Diperolehnya kemampuan dalam melakukan pengkajian terkait Stroke Hemoragik di ruang ICU RS TK Pelamonia Makassar.

- b. Diperolehnya kemampuan dalam menentukan diagnosa keperawatan terkait Stroke Hemoragik di ruang ICU RS TK II Pelamonia Makassar.
- c. Diperolehnya kemampuan dalam membuat perencanaan keperawatan terkait Stroke Hemoragik di ruang ICU RS TK II Pelamonia Makassar.
- d. Diperolehnya kemampuan dalam melakukan tindakan yang telah direncanakan sebelumnya terkait Stroke Hemoragik di ruang ICU RS TK II Pelamonia Makassar.
- e. Diperolehnya kemampuan untuk melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan terkait Stroke Hemoragik di ruang ICU RS TK II Pelamonia Makassar.

C Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan dari karya ilmiah ini adalah :

1. Bagi Instansi RS
Dapat digunakan sebagai bahan bacaan dan sumber informasi tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik.
2. Bagi Pasien
Dapat memberikan edukasi guna menghindari komplikasi yang terjadi akibat penyakit atau dampak yang ditimbulkan terkait dengan stroke hemoragik yang diderita pasien.
3. Bagi Penulis
Dapat menambah ilmu pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan yang baik terkait dengan penyakit stroke hemoragik dan menjadi bahan pembelajaran kedepannya sebagai perawat profesional.
4. Bagi Institusi Pendidikan
Menambah pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dalam meningkatkan mutu pendidikan dan pemberian pelayanan

kesehatan kedepannya sehingga menjadi informasi bagi mahasiswa/i dalam memberikan asan keperawatan pada pasien dan didukung oleh EBN yang dapat dilakukan untuk menunjang keberhasilan perawatan.

D Metode Penulisan

Dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di ruang ICU RS TK II Pelamonia Makassar penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan metode kasus sebagai berikut :

1. Studi Kepustakaan

a. Literatur Buku

Penulis menggunakan buku referensi mengenai penyakit sistem peredaran darah yang membahas tentang stroke hemoragik.

b. Literatur Jurnal Online

Penulis menggunakan referensi bacaan dari google cendekia dan pubmed dengan mengambil berbagai jurnal mengenai stroke hemoragik

c. Literatur Internet

Penulis menggunakan bahan bacaan melalui artikel kesehatan tentang penyakit stroke hemoragik melalui beberapa website kesehatan yang ada.

2. Studi Kasus

a. Wawancara

Penulis melakukan diskusi dengan pihak keluarga pasien mengenai penyakit pasien dengan melakukan pendekatan yang dimulai dengan melakukan pengkajian dan menganalisa data pasien yang didapatkan dari keluarga, merumuskan diagnosa keperawatan sesuai analisa, membuat perencanaan keperawatan yang akan dilakukan selanjutnya, melakukan perencanaan yang telah disusun, dan melakukan evaluasi

terhadap tindakan yang dilakukan. Pencapaian asuhan keperawatan didapatkan penulis melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan dari petugas kesehatan yang ada.

E Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini terdiri dari bab I - V dimana bab I membahas pendahuluan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II berisi tentang tinjauan teoritis yang berisi pengertian, klasifikasi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, komplikasi, penatalaksanaan medis dan nonmedis, serta berisi konsep dasar yang terdiri dari proses keperawatan seperti pengkajian, diagnosa, intervensi, perencanaan pulang dan patoflowdiagram terkait penyakit. BAB III membahas tentang pengamatan kasus diantaranya terdapat ilustrasi kasus, yang dilengkapi dengan uraian 5 proses keperawatan sesuai kasus, dan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi dengan metode SOAP. BAB IV mengenai pembahasan kasus dan pembahasan EBN (Evidance-Based Practice in Nursing). Bab V membahas tentang simpulan dan saran mengenai penulisan karya tulis ilmiah ini, dan diakhiri dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Menurut World Health Organization stroke merupakan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik berupa defisit neurologi fokal dan sistemik, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Stroke Hemoragik adalah jenis stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada suatu area otak. Kondisi ini dapat mengancam fungsi otak akibat hilangnya pasokan oksigen ke otak (WHO, 2022).

Menurut American Stroke Association stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh perdarahan intraserebral 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, dan kaku kuduk (American Stroke Association, 2023).

Stroke hemoragik merupakan perdarahan yang terjadi di dalam otak akibat pecahnya pembuluh darah sehingga darah menutupi ruang-ruang jaringan pada sel di dalam. Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah pecah dan mengeluarkan darah dalam hitungan menit sehingga terjadi kematian pada sel-sel di dalam otak. Stroke hemoragik diakibatkan karena adanya perdarahan yang terjadi di dalam otak,

perdarahan tersebut yaitu : perdarahan intraserebral dan perdarahan subrachnoid. Stroke hemoragik dapat disimpulkan terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di dalam otak yang menyebabkan perdarahan dengan waktu yang cepat dan singkat sehingga terjadi kematian pada sel-sel di dalam otak (Pokhrel 2024).

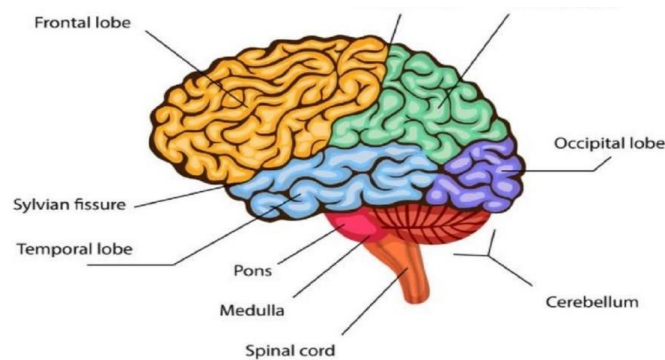
Stroke hemoragik merupakan perdarahan yang terjadi saat pembuluh darah yang ke otak mengalami kebocoran. Kebocoran ini dipicu oleh kenaikan tekanan darah mendadak ke otak, yang menyebabkan pembuluh darah yang sebelumnya tersumbat tidak mampu menahan tekanan tersebut., sehingga pembuluh darah tersebut pecah dan mengakibatkan pendarahan. Stroke hemoragik adalah pendarahan otak akibat pecahnya pembuluh darah (Endyjulianto et al., 2024).

Berdasarkan tinjauan teori diatas penulis menyimpulkan bahwa stroke hemoragik merupakan pecahnya pembuluh darah di otak yang disebabkan tekanan darah otak yang mendadak meningkat dan menekan pembuluh darah sehingga darah tidak dapat mengalir secara semestinya yang menyebabkan otak mengalami hipoksia dan berakhir dengan kelumpuhan.

2. Anatomi Fisiologi

1) Anatomi Otak

Gambar 2 1 Anatomi Otak



Sumber: Utami et al (2023)

Menurut Utami et al. (2023), otak manusia mengandung bagian-bagian yang memiliki fungsinya masing-masing. Kepandaian dan kreativitas manusia sangat ditentukan oleh struktur otak yang dimilikinya. Secara garis besar, otak dibagi menjadi tiga bagian utama, yaitu:

1) Otak Besar (Cerebrum)

Cerebrum merupakan bagian terbesar dari otak. Cerebrum terbagi menjadi 2 bagian, yaitu otak kanan dan otak kiri. Belahan otak kanan berfungsi untuk mengontrol pergerakan di sisi kiri tubuh dan belahan otak kiri mengontrol gerakan di sisi kanan tubuh. Cerebrum memiliki permukaan luar yang disebut cerebral cortex dan merupakan area otak di mana sel saraf membuat koneksi yang disebut sinaps. Sinaps merupakan sistem saraf yang mengendalikan aktivitas otak. Bagian dalam cerebrum mengandung sel-sel saraf berselubung yang berperan dalam menyampaikan informasi antara otak dan saraf tulang belakang. Otak besar dibagi lagi menjadi 4 bagian, yaitu :

a) Lobus Frontal

Terletak di otak bagian depan, kira-kira sejajar dengan tulang dahi. Lobus ini berfungsi mengendalikan gerakan, ucapan, perilaku, memori, emosi, kepribadian, dan berperan dalam fungsi intelektual seperti proses berpikir, penalaran, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, dan perencanaan.

b) Lobus Parietal

Terletak di belakang lobus frontal yang berfungsi mengendalikan sensasi, seperti sentuhan, tekanan, nyeri, suhu, dan juga mengendalikan orientasi spasial atau pemahaman tentang ukuran, bentuk, dan arah.

c) Lobus Temporal

Terletak di sisi kanan dan kiri otak, di dekat telinga. Lobus ini berfungsi mengendalikan indra pendengaran, ingatan, emosi, dan juga berperan dalam fungsi bicara.

d) Lobus Oksipital

Terletak di bagian belakang otak yang berfungsi mengendalikan fungsi penglihatan.

2) Otak Kecil

Otak kecil terletak di bawah otak besar pada bagian belakang otak, di bawah lobus oksipital. Sama seperti otak besar, otak kecil juga memiliki 2 belahan. Otak kecil bertanggungjawab dalam mengendalikan gerakan, menjaga keseimbangan, serta mengatur posisi dan koordinasi gerakan tubuh. bagian otak ini juga berperan dalam mengendalikan motorik halus, seperti melukis dan menulis, koordinasi tangan dan kaki. Otak kecil atau otak

bagian belakang ini berfungsi dalam keseimbangan tubuh, postur, dan pemerataan fungsi otak kiri dan kanan (equilibrium).

3) Batang Otak

Batang otak adalah seikat jaringan saraf di dasar otak, yang terletak di depan otak kecil. Fungsinya sebagai stasiun pemancar yang menghubungkan otak besar ke saraf tulang belakang, serta mengirim dan menerima pesan antara berbagai bagian tubuh dan otak. Batang otak terdiri dari 3 struktur utama, yakni :

- a) Otak tengah (Mesencephalon) : adalah struktur yang sangat kompleks karena terdiri dari berbagai kelompok neuron, jalur saraf, dan lain-lainnya. Fungsi otak tengah adalah untuk pendengaran, gerakan mata, sensasi wajah, hingga respon dari perubahan lingkungan, serta mengatur pergerakan mata, memproses informasi visual dan suara yang diterima oleh otak.
- b) Pons : merupakan bagian terbesar dari batang otak yang terletak di bawah otak tengah. pons merupakan kumpulan dari saraf yang menghubungkan berbagai bagian otak, dan terdapat ujung awal saraf kranial. Saraf kranial adalah saraf yang berperan dalam pergerakan wajah dan mengantarkan informasi sensori ke otak.
- c) Medulla oblongata : merupakan bagian otak yang terletak paling bawah, yaitu bagian otak yang bertemu dengan sumsum tulang belakang. Medulla oblongata berfungsi sebagai pusat pengaturan aktivitas tubuh termasuk mengalirkan darah, kadar oksigen, serta fungsi jantung dan paru-paru.

2) Fisiologi

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 :

- 2) Arteri anterior serebral : merupakan arteri menuplai darah untuk bagian lobus temporal, parietal dan frontal korteks serebral dan membentuk penyebaran pada permukaan pada lateral seperti kipas. Arteri ini memperdarahi korteks serebri dan hemisfer otak. Jika arteri tersumbat dapat menimbulkan afasia berat bila yang terkena hemisferium serebri dominan bahasa.
- 3) 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 di mana tubuh mengalami hemiparese/hemiplegia, devisit visuospasial dan kejang.

4) 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 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.

3. Klasifikasi

Klasifikasi pada pasien stroke hemoragik adalah :

1) Perdarahan Intra Serebral (PIS)

Perdarahan intra serebral disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di dalam otak sehingga menyebabkan darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak penyebab PIS biasanya terjadi karena tekanan darah tinggi jangka panjang, setelah itu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Pemicu lainnya adalah stress fisik, emosi, peningkatan tekanan darah secara mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lainnya adalah deformitas pembuluh darah bawaan, gangguan koagulasi. Bahkan, 70% kasus berakibat fatal, terutama jika perdarahannya meluas (masif).

2) Perdarahan Ekstra Serebral / Perdarahan Sub Arachnoid (PSA)

Perdarahan sub arachnoid adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer). Penyebab yang paling sering dari PSA primer adalah robeknya aneurisma (51-75%) dan sekitar 90% aneurisma penyebab PSA berupa aneurisma sakuler congenital, angioma (6-20%), gangguan koagulasi (iatronik/obat anti koagulan), kelainan hematologic (misalnya trombositopenia, leukemia, anemia aplastik (Widianita, R, 2023)).

4. Etiologi

Menurut Adi et al. (2022) penyebab Stroke Hemoragik antara lain:

a. Faktor Predisposisi

1) Usia

Pada umumnya stroke lebih banyak terjadi pada orang-orang berusia lanjut (diatas 55 tahun) dibandingkan dengan anak-anak dan usia muda. Bertambahnya usia cenderung akan mempengaruhi tekanan darah yang mengakibatkan terjadi peningkatan tekanan darah. Risiko akan semakin meningkat 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 yang memiliki kelainan pembuluh darah beresiko terjadi stroke hemoragik. Pembuluh darahnya abnormal seperti malformasi arterivenous (AVM). Kondisi ini menyebabkan perdarahan yang tidak terkontrol. Perdarahan terjadi karena seseorang yang mengalami masalah pada pembuluh darah seperti AVM tidak memiliki kapiler sehingga darah mengalir dengan kecepatan yang sangat tinggi dan menyebabkan terjadinya tekanan pada pembuluh darah sehingga pembuluh darah pecah dan darah tersebar ke jaringan otak yang mengganggu fungsi syaraf.

3) Jenis Kelamin

Stroke menyerang laki-laki 19% lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormon esterogen yang berperan meningkatkan vasodilatasi. Namun setelah perempuan tersebut mengalami menopause, besar risiko terkena stroke antara laki-laki dan perempuan menjadi sama. Kurangnya hormon estrogen yang mengatur vasodilatasi pada laki-laki didukung oleh faktor-faktor lain seperti pola hidup

yang tidak sehat dapat beresiko terjadi penyempitan pembuluh darah sehingga terjadi ruptur pembuluh darah akibat tekanan dalam pembuluh darah sangat kuat. Hal ini yang dapat memicu stroke hemoragik.

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Stroke karena hipertensi biasanya disebabkan oleh perubahan patologis pada pembuluh darah cerebral dalam jaringan otak. Selain itu, hipertensi juga mengakibatkan gangguan kemampuan auto regulasi pembuluh darah otak dimana aliran darah ke otak akan lebih kecil dibandingkan seseorang yang memiliki tekanan darah normal. Beberapa penelitian banyak menunjukkan bahwa adanya pengendalian terhadap tekanan darah akan menurunkan risiko terjadinya stroke berulang. Hipertensi bisa menyebabkan peningkatan tekanan darah perifer dan sistem hemodinamik sehingga terjadilah penebalan pembuluh darah serta hipertrofi dari otot jantung. Hal ini dapat diperburuk dengan kebiasaan merokok dan mengkonsumsi makanan tinggi lemak serta garam yang dapat menimbulkan plak aterosklerosis. Plak yang terbentuk mengakibatkan penyempitan pada pembuluh darah sehingga jantung akan bekerja keras memompa darah. Kerja jantung tersebut dapat menekan pembuluh darah yang dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak.

2) Aneurisma

Aneurisma adalah tonjolan berbentuk balon yang terbentuk di pembuluh darah otak. Sekilas tonjolan ini tampak seperti buah beri yang tergantung di batang otak. Aneurisma otak disebabkan oleh kelemahan pada dinding

pembuluh darah di otak. Aneurisma otak dapat bocor atau pecah karena tekanan pembuluh darah. Tekanan pembuluh darah yang kuat dapat mendorong bagian yang lemah keluar sehingga terjadi ruptur dan perdarahan disekitar jaringan otak. Hal ini yang menyebabkan seseorang terkena stroke hemoragik.

3) Merokok

Merokok merupakan faktor resiko stroke yang sebenarnya paling mudah dirubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan resiko stroke iskemik, terlepas dari faktor resiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan risiko perdarahan subaraknoid hingga 3,5%. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya resiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui merokok memicu peningkatan produksi fibrinogen atau faktor pengumpal darah sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah sehingga sirkulasi darah tidak adekuat. Hal ini dapat menyebabkan adanya tekanan pembuluh darah yang kuat. Jika dibiarkan terus menerus maka akan menyebabkan pecahnya pembuluh darah.

4) Hiperlipidemia

Gaya hidup seringkali dikaitkan sebagai pemicu berbagai penyakit yang menyerang, baik pada usia produktif maupun usia lanjut. Gaya hidup yang tidak sehat menyebabkan obesitas. Generasi muda biasanya sering

mengonsumsi makanan siap saji yang serat lemak dan kolesterol namun rendah serat. Kemudian, seringnya mengonsumsi makanan yang digoreng atau makanan yang mengandung kadar gula tinggi dan berbagai jenis makanan yang ditambah zat pewarna, penyedap, pemanis, pengawet dan lain-lain. Jenis makanan tersebut beresiko membentuk terjadinya tumpukan kadar lemak dan kolesterol dalam darah yang beresiko membentuk aterosklerosis (plak) yang dapat menyumbat pembuluh darah sehingga aliran darah dan oksigen tidak adekuat, terjadi penekanan pada pembuluh darah yang dapat berakibat pecahnya pembuluh darah sehingga terjadi stroke hemoragik.

5. Patofisiologi

Stroke hemoragik menyumbang sekitar 10-15% dari semua stroke dan memiliki angka kematian yang tinggi. Patofisiologi stroke hemoragik adalah stres pada jaringan otak dan cedera internal menyebabkan pecahnya pembuluh darah menghasilkan racun dan mempengaruhi sistem vaskular, mengakibatkan infark diklasifikasikan menjadi intraserebral dan pendarahan subaraknoid. Infark intraserebral adalah ketika pembuluh darah pecah dan menyebabkan akumulasi darah yang tidak normal di dalam otak, penyebab utama untuk infark intraserebral adalah hipertensi, gangguan pembuluh darah, penggunaan antikoagulan berlebih dan agen trombotik, sedangkan pada pendarahan subaraknoid adalah ketika darah menumpuk di ruang subaraknoid otak karena cedera kepala atau aneurisma serebral. (Widyaningsih & Herawati, 2022).

Patofisiologi stroke hemoragik umumnya didahului oleh. Penelitian membuktikan bahwa hipertensi kronik dapat menyebabkan terbentuknya aneurisme pada pembuluh darah kecil di otak.

Proses turbulensi aliran darah mengakibatkan terbentuknya nekrosis fibrinoid, yaitu nekrosis sel/jaringan dengan akumulasi matriks fibrin. Terjadi pula herniasi dinding arteriol dan ruptur tunika intima, sehingga terbentuk mikroaneurisma yang disebut charcot-bouchard. Mikroaneurisma ini dapat pecah seketika saat tekanan darah meningkat mendadak. Pada beberapa kasus, pecahnya pembuluh darah tidak didahului oleh terbentuknya aneurisma, namun semata-mata karena peningkatan tekanan darah yang mendadak. Pada kondisi normal, otak mempunyai sistem autoregulasi pembuluh darah serebral untuk mempertahankan aliran darah ke otak. Jika tekanan darah sistemik meningkat, sistem ini bekerja melakukan vasokonstriksi pembuluh darah serebral. Sebaliknya, jika tekanan darah sistemik menurun, akan terjadi vasodilatasi pembuluh darah serebral. Pada kasus hipertensi, tekanan darah meningkat cukup tinggi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya proses hialinisasi pada dinding pembuluh darah, sehingga pembuluh darah akan kehilangan elastisitasnya. Kondisi ini berbahaya karena pembuluh darah serebral tidak lagi bisa menyesuaikan diri dengan fluktuasi tekanan darah sistemik, kenaikan tekanan darah secara mendadak akan dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah. Stroke hemoragik juga dapat disebabkan etiologi lain seperti tumor intrakranial, penyalahgunaan alkohol dan kokain, penggunaan obat antiplatelet dan antikoagulan, serta gangguan pembekuan darah, seperti trombositopenia, hemofilia, dan leukemia (Sherina et al., 2022).

Usia

Penurun
pembulu

Pembulu
mengeri

Anei
arter

6. Manifestasi Klinis

Menurut Maulina Iestari & Hikmah (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 torik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan ada 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, sonor, 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 (Berbicara Cadel dan 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 ada 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.

7. Pemeriksaan Penunjang Stroke

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk penderita stroke hemoragik, yaitu : *Computerized Tomography Scan (CT-scan)*, *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, dan pemeriksaan laboratorium.

a. *Computerized Tomography Scan (CT-scan)* Kepala

Computerized Tomography Scan (CT-scan) merupakan prosedur pemeriksaan yang memanfaatkan kombinasi teknologi sinar- X. CT-scan digunakan untuk investigasi awal

pada stroke hemoragik. CT-scan merupakan modalitas utama (gold standard) untuk mendiagnosis stroke hemoragik, karena CT-scan dapat mendeteksi ukuran, lokasi, dan kelainan pada jaringan penyebab perdarahan serta dapat lebih unggul dalam mendiagnosis. CT-scan memiliki harga yang lebih murah dan lebih cepat dalam hasil pemeriksaannya.

b. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Magnetic Resonance Imaging (MRI) adalah salah satu pencitraan yang menggunakan magnet dan gelombang radio untuk menghasilkan gambar serta lebih sensitif dalam mendiagnosis pada perdarahan subaraknoid. MRI dapat membedakan antara transformasi hemoragik dan perdarahan primer, serta dapat mendeteksi penyebab yang akibat perdarahan sekunder, seperti; cavernoma, tumor, dan trombosis vena serebral.

c. *Digital Subtraction Angiografi (DSA)*

Digital Subtraction Angiografi (DSA) merupakan teknologi yang dapat melihat 3D dengan *rotational angiography* untuk mempermudah menggambarkan posisi dan arsitektur dari kelainan pembuluh darah. Perkembangan material dalam tindakan Digital Subtraction Angiografi (DSA) semakin pesat dan sangat memudahkan dalam diagnosis dan menentukan terapi. Material yang digunakan untuk pemeriksaan tersebut berupa kateter (mikro maupun makro) dan *wire* sebagai navigasi kateter menuju tempat pembuluh darah yang diperiksa, kemudian dilakukan injeksi zat kontras menggunakan alat DSA maka akan terlihat gambaran pada vaskularisasi pembuluh darah dalam otak. Keadaan pada penderita stroke hemoragik dengan perdarahan subaraknoid dapat menentukan penyebab terjadinya perdarahan yang diakibatkan oleh aneurisma.

- d. Elektroensefalogram(Electroencephalogram-EEG)
Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperhatikan daerah lesi yang spesifik.
- e. Fungsi Lumbal
Pemeriksaan ini menunjukkan terlihatnya darah atau siderofag secara langsung pada cairan serebrospinal.
- f. Pemeriksaan Laboratorium
Dilakukan pemeriksaan gula darah: gula darah bisa meningkat karena keadaan hiperglikemia. Faktor risiko hemoragik stroke yang dapat dimodifikasi, sebagian besar pasien memiliki hipertensi (82,30 %), kadar gula darah meningkat (63,54 %), LDL meningkat (65,63 %), trigliserida meningkat (64,58 %), dan kolesterol total meningkat (69,79 %), pasien dengan kadar HDL normal lebih banyak (48,96%) (Pokhrel, 2024).

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Herwanto,(2023) penatalaksanaan pada pasien stro ke 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 denan cara menghambat peningkatan

angiotensin II, sehingga pembuluh darah melebar dan tekanan darah menurun. Contoh obat-obatan jenis 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 Non 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.

9. Komplikasi

Menurut Susanti et al. (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 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 (Harsono, 2023).

b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

- 1) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan, biasanya terjadi akibat imobilisasi 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.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian kritis (B1-B6)

Menurut Muttaqin, (2018)Pengkajian kritis meliputi pengkajian B1-B6 yaitu:

a. *Breath* (B1)

1) Inspeksi

Adapun yang perlu dilihat yaitu pergerakan dada apakah simetris atau tidak, adanya pemakaian otot bantu pernapasan, keadaan batuk dan warna sputum, frekuensi napas, dan pemakaian alat bantu napas.

2) Palpasi, vocal premitus kiri dan kanan getarannya sama atau tidak, adanya nyeri tekan, dan krepitasi

3) Perkusi, suara napas redup, sonor, atau pekak

4) Auskultasi, suara napas tambahan (vesikuler, wheezing, ronchi, rales, frictionrub).

b. *Blood* (B2)

Mengkaji suara jantung S1S2S3S4 (Tunggal, gallop, murmur), irama jantung,CRT, peningkatan JVP untuk menilai cardiomegaly, CVP ada atau tidak, adanya edema yang menandakan penyakit jantung.

c. *Brain* (B3)

1) Menilai tingkat kesadaran secara kualitatif dan kuantitatif untuk menilai fungsi sistem saraf dengan menentukan nilai GCS.

2) Mengkaji status mental, kemampuan intelektual dan kemampuan berbahasa.

3) Mengkaji reaksi pupil, menilai refleks fisiologis dan patologis, serta meningeal sign.

d. *Bladder* (B4)

1) Mengkaji frekuensi BAK, warna, bau, serta produksi urin

2) Kesulitan dalam BAK (inkontinensia urine), distensia kandung kemih, dan adanya nyeri.

e. *Bowel* (B5)

Mengkaji mukosa bibir, lidah, keadaan gigi, nyeri menelan, adanya distensi abdomen, peristaltik usus, mual dan muntah, hematemesis, dan masalah sistem pencernaan seperti konstipasi karena tirah baring lama, kekuatan mengedan yang beresiko terjadinya manuver valsava, atau diare dan adanya asites. Selain itu, mengkaji juga masalah nutrisi dan pemenuhan kebutuhan nutrisi.

f. *Bone* (B6)

Mengkaji adanya masalah pada kulit (turgor kulit, perdarahan, akral, ikterus atau tidak) dan sendi (masalah pergerakan sendi, adanya fraktur, dan adanya luka).

2. Pengkajian Sekunder (Pola Gordon)

Adapun pengkajian sekunder pada asuhan keperawatan kritis menurut Muttaqin, (2018) antara lain :

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Data Subjektif : kebiasaan pasien yang mempengaruhi kesehatan, adanya penyakit hipertensi dan penyakit jantung, ada riwayat keluarga mengidap penyakit hipertensi atau stroke, merokok, minum alkohol.

Data Objektif : Peningkatan tekanan darah.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Data Subjektif : Pola makan, penurunan nafsu makan, mual-muntah, kesulitan menelan (disfagia).

Data Objektif : Kesulitan menelan dan BB lebih

c. Pola Eliminasi

Data Subjektif: Perubahan pola berkemih, rasa nyeri atau masalah saat berkemih (inkontinensia urin) dan perubahan pola defekasi (Konstipasi).

Data Objektif : warna urin dan jumlah urin

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Data Subjektif : mudah lelah, sering kesemutan, kesulitan dalam melakukan aktivitas, hemiparese atau hemiplegia.

Data Objektif: paralisis atau hemiparese, gangguan otot, pemenuhan perawatan diri dibantu alat atau orang lain.

e. Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif : Kesulitan dalam beristirahat karena kejang otot.

Data Objektif : Gelisah

f. Pola Persepsi Kognitif

Data Subjektif: Sakit kepala, kelemahan, menurunnya penglihatan, menurunnya daya ingat dan gangguan pancaindera lain.

Data Objektif : kehilangan kemampuan motorik dan sensorik

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data Subjektif : Perasaan tidak berdaya dan putus asa.

Data Objektif: Sering emosi, perubahan suasana hati secara tiba-tiba.

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

Data Subjektif : Kesulitan berkomunikasi dan ketidakmampuan keterlibatan dalam kegiatan akibat kelemahan.

Data Objektif : bicara sulit dipahami/pelo.

i. Pola reproduksi dan Seksualitas

Data Subjektif : libido menurun, gairah seksual menurun

Data Objektif : kelemahan tubuh

j. Pola Mekanisme Stres dan Koping

Data Subjektif: Perasaan tidak berdaya, tidak berharga, keputusasaan.

Data Objektif : suasana hati yang berubah-ubah, emosi yang tidak stabil

k. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Data Subjektif : Kelemahan atau adanya kesulitan dalam melakukan ibadah.

Data Objektif : kelemahan tubuh, ketidakmampuan melakukan ibadah.

3. Diagnosis Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul terkait kasus stroke berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut :

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral (D. 0066)
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D.0005)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D. 0054)
- d. Defisit perawatan diri b/d kelemahan (D.0109)
- e. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (D.0008)

4. Perencanaan Keperawatan

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (Stroke Hemoragik) (D.0066)

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka: kapasitas adaptif intrakranial (L.06049) meningkat dengan 42 Kriteria Hasil :

- 1) Tekanan intrakranial membaik.
- 2) Sakit kepala menurun.
- 3) Tekanan darah membaik.
- 4) Tekanan nadi (pulse pressure) membaik.
- 5) Respon pupil cukup membaik.
- 6) Refleks neurologis cukup membaik.

SIKI :

1) Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)

Observasi

- a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. edema serebral) R/ Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien.
- b) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar).
R/ Untuk memantau perkembangan pasien.

Terapeutik

- a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.
R/ Untuk memberikan kenyamanan pasien.
- b) Berikan posisi semi fowler.
R/ Dapat menurunkan tekanan arteri.

Kolaborasi

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

2) Pemantauan Neurologis (I.06197)

Observasi

- a) Monitor tingkat kesadaran.
R/ Perubahan tingkat kesadaran dapat menjadi faktor pencetus.
- b) Monitor tanda-tanda vital.
R/ Pemantauan TTV seperti adanya hipertensi/hipotensi, mengidentifikasi perbaikan/perusakan perfusi jaringan serebral.

Terapeutik

- a) Pertahankan posisi kepala dan leher.
R/ Untuk mencegah peningkatan TIK edukasi.

- b) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Agar keluarga mengerti dan dapat membantu proses perawatan kolaborasi dalam intervensi pemantauan neurologis tidak ditemukan tercantum adanya tindakan.

- b. Bersihan jalan napas berhubungan dengan hipersekresi jalan napas SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan bersihan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Produksi sputum menurun.
- 2) Dispnea cukup menurun.
- 3) Frekuensi napas cukup membaik.
- 4) Pola napas cukup membaik.

SIKI : Manajemen jalan napas

Observasi

- a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas).
R/untuk mengetahui kondisi pernapasan pasien dan status oksigen.
- b) Monitor bunyi napas tambahan (Mis. *gurgling*, *mengi*, *wheezing*, *ronkhi* kering).
R/ untuk mengidentifikasi suara napas tambahan.

Terapeutik

- a) Berikan oksigen, jika perlu.
R/meningkatkan suplai oksigen dan mencegah terjadinya sianosis.
- b) Posisikan semi-fowler atau fowler.
R/membantu mempertahankan kestabilan pola nafas.
- c) Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik.
R/untuk mengeluarkan sekret yang menghalangi jalan napas.

Kolaborasi

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

R/pemberian bronkodilator untuk membantu melonggakan jalan napas, pemberian ekspektoran dan mukolitik untuk menurunkan kekentalan dan merangsang mengeluarkan sekret.

- c. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054) SLKI:

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

- 1) Pergerakan ekstermitas meningkat.
- 2) Kekuatan otot meningkat.
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat.
- 4) Gerakan terbatas menurun.
- 5) Kelemahan fisik menurun.

SIKI :

Dukungan mobilisasi

Observasi

- a) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
R/ Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya saat melakukan pergerakan.
- b) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
R/ Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya saat melakukan pergerakan.
- c) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilitas.
R/ Mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan aktivasi.

Terapeutik

- a) 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.

- b) fasilitas melakukan pergerakan.

R/Meningkatkan status mobilisasi fisik pasien.

- c) Libatkan keluarga Untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

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

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

R/ Keluarga dapat memahami tujuan dan prosedur mobilisasi.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka perawatan diri meningkat

- 1) Kemampuan mandi cukup meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian cukup meningkat
- 3) Kemampuan makan cukup meningkat
- 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) cukup meningkat

SIKI : Dukungan perawatan diri

Observasi

- a) Monitor tingkat kemandirian

R/ Agar pasien mampu dalam melakukan perawatan diri secara mandiri

- b) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

R/ meningkatkan motivasi bagi pasien dalam berpakaian dan berhias serta makan.

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi)

R/ menjaga kehormatan pasien, agar pasien merasa nyaman dan bisa melakukannya dengan baik.

- b) Siapkan keperluan pribadi (sikat gigi dan sabun mandi).
Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.

R/memudahkan pasien untuk menjangkau keperluan pribadinya dan juga agar pasien bisa merawat dirinya dengan baik.

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

R/ Untuk melatih pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri

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

R/ Membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri klien.

- e. Penurunan curah jantung berhubungan dengan

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kekuatan nadi perifer cukup meningkat.
- 2) Edema cukup menurun.
- 3) Tekanan darah cukup membaik.

SIKI: Perawatan Jantung

Observasi

- a) Identifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung.

R/penurunan curah jantung akan berpengaruh terhadap sistemik tubuh, mengidentifikasinya dapat berguna dalam memberikan pengarahannya dalam melakukan tindakan keperawatan sesuai tanda/gejala yang muncul.

- b) Monitor tanda-tanda vital.

R/Pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan selanjutnya.

- c) Monitor intake dan output cairan.

R/terapi diuretik dapat menyebabkan kehilangan cairan secara tiba-tiba atau berlebihan, menciptakan hipovolemia yang bersirkulasi, meskipun edema dan asites tetap ada pada pasien dengan gagal jantung.

- d) Monitor saturasi oksigen.

R/mengukur persentase hemoglobin yang berikatan dengan oksigen.

Terapeutik

- a) Berikan posisi semi fowler atau posisi nyaman.

R/mengurangi konsumsi oksigen dan memaksimalkan ekspansi paru.

- b) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres.

R/memberikan terapi relaksasi dapat membantu mengalihkan perhatian pasien terhadap stres yang dirasakan sehingga stres dapat berkurang misalnya dengan terapi relaksasi napas dalam.

- c) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

R/Peningkatkan oksigen yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia dan iskemia.

Edukasi

- a) Anjurkan untuk bedrest.

R/Posisi bedrest atau tirah baring diharapkan ekspansi dada lebih optimal dan beban kerja jantung berkurang.

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian nitrat dan antihipertensi.

R/mengurangi afterload pada disfungsi sistolik dan menurunkan hipertensi.

- b) Kolaborasi pemberian diuretik.

R/diuretik dapat menghambat reabsorpsi natrium dan kalium pada tubulus ginjal dan meningkatkan laju urine.

5. Perencanaan Pulang

Menurut Nugrahaeni, (2022) hal yang harus dilakukan untuk perencanaan tindakan lanjut saat pasien pulang adalah sebagai berikut:

- a. Perawat berkewajiban mengingatkan keluarga mengenai keterbatasan klien sehingga keluarga harus siap dan sabar dalam melakukan perawatan saat pasien kembali kerumahnya. Perawat juga bertanggung jawab untuk menginformasikan kepada klien dan keluarga agar melakukan kontrol sesuai jadwal yang ditentukan untuk meningkatkan kesehatan klien.
- b. Menentukan kebutuhan rehabilitasi klien di rumah.
- 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 et al. (2023), beberapa komponen dalam perencanaan pemulangan pasien stroke antara lain :

- a. Menilai dan menentukan jenis rehabilitasi yang dibutuhkan pasien dirumah seperti fisioterapi, terapi okupasi, atau program rehabilitasi di pusat rehabilitasi.
- b. Menginformasikan secara jelas tentang obat-obatan yang dikonsumsi pasien dengan menjelaskan tentang nama obat, dosis, frekuensi, dan efek samping obat pada pasien dan keluarga.
- c. Memberikan informasi lebih lanjut mengenai stroke, gejala peringatan, tindakan yang harus dilakukan, dan perubahan gaya hidup baik itu pola makan pasien, dan berolahraga yang direkomendasikan seperti perenganan tubuh dan latihan meremas kertas dan menggerakkan anggota tubuh yang mengalami kelemahan dengan anggota tubuh yang sehat..
- d. Menjelaskan tentang pentingnya dukungan keluarga dan dukungan spritual untuk kesembuhan pasien dan meningkatkan motivasi pasien.
- e. Memberikan informasi mengenai cara melihat gejala dan tanda peringatan saat terjadi stroke berulang yang memerlukan penanganan segera.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien Tn.S (69 tahun) dengan diagnosis medis : Stroke Hemoragik masuk ke ruangan ICU/ICCU Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar pada tanggal 10 Mei 2025. Keluarga mengatakan bahwa pasien pernah mengalami stroke sekitar dua tahun lalu. Sejak lima tahun terakhir, pasien diketahui menderita hipertensi dan tidak rutin mengonsumsi obat untuk tekanan darahnya. Selain itu pasien gemar mengonsumsi makanan tinggi garam, seperti coto dan gorengan. keluarga sering mendengar pasien mengeluh kelelahan, tetapi hanya mengobati diri sendiri dengan obat yang dibeli di apotek. Riwayat merokok aktif juga dikonfirmasi oleh keluarga sejak masa mudanya. Di jam 05.30 keluarga pasien mendengar pasien mengorok namun sangat keras keluarga pasien mencoba untuk membangunkan tetapi tidak ada respon dan badan pasien sudah kaku keluarga pasien langsung membawah pasien ke rumah sakit TK II Pelamonia. Setelah mendapat penanganan di IGD selanjutnya di bawah ke ruang ICU.

Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran somnolen dan GCS : 8 E3,V1,M4, sesak nafas, pernapasan: 26x/m, terpasang NRM 10 liter dan tampak badan sebelah kanan lemah, tampak suara napas tambahan ronchi, tampak pasien tidak sadar, terpasang keteter urin, nasogastric tube dan infus RL 16 tpm. dan hasil pemeriksaan CT Scan kepala di dapatkan *intracerebral hemoragic sinistra, kapsuk interna et lobus*. Foto thorax : Kesan : tampak tanda-tanda bendungan paru

Terapi obat yang diberikan adalah ketorolac 10 mg IV/8jam, citicoline 250 mg IV/12 jam, Neurobion 1 amp/IV/24jam, omeprazole 40mg/IV/12 jam, manitol 100cc/4jam.



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KRITIS STIK STELLA MARIS MAKASSAR PROGRAM PROFESI NERS

Nama Mahasiswa : Alexia Koryesin & Anchela A. Monica
NIM : NS2414901027 & NS2414901028

I. Identitas Pasien

Nama Pasien (Initial) : Tn. S
Umur : 69 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki
Tanggal/Jam MRS : Sabtu, 10 Mei 2025 / 07.45 WITA
Tanggal/Jam Pengkajian : Sabtu, 10 Mei 2025 / 09.30 WITA
Diagnosa Medis : Hemoragic Stroke

A. Pengkajian Primer :

Breath(B1)	Pergerakan dada	- Simetris (tampak simetris kiri dan kanan)
	Pemakaian otot bantu napas	- Ada jenis : otot dada
	Palpasi	- Vocal Fremitus : kiri kanan - Nyeri Tekan : tidak ada - Krepitasi : tidak ada
	Perkusi	- Redup - Sonor - Pekak
	Suara napas	- Ronchi
	Batuk	- Produktif
	Sputum	Kental - Warna lain : putih
	Alat bantu napas	Ada, jenis : NRM 10liter/menit
	Lain – lain	- Respirasi : 26x/menit - Tampak pasien sesak napas - SPO ₂ :89%

		- Keluarga mengatakan sebelum di bawah ke RS terdengar suara gurgling - Tampak Batuk - Tampak sputum berwarna putih
Blood (B2)	Suara jantung	- Tunggal (S1,S2,S3, S4)
	Irama jantung	- Reguler
	CRT	< 3 detik
	JVP	- Normal
	CVP	- Tidak ada
	Edema	- Tidak ada
	EKG	- Sinus takikardi
	Lain-lain	TTV TD : 190/100 mmHg N : 88x/menit P : 26x/menit S : 36.1 c
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : Somnolen - Kuantitatif (GCS) E : 3 (mata membuka ketika di ajak bicara) V : 1 (tidak ada respon) M : 4 (menjauh dari ransangan nyeri yang diberikan)
	Reaksi pupil : - Kanan - Kiri	- Isokor - Ada, diameter 2,5 mm - Ada, diameter 2,5 mm

	Refleks fisiologis	- Kanan ada : tricep (+), bisep (+), achilles (+) - Tidak ada : kiri
	Refleks patologis	- Ada : babinski (+)
	Meningeal sign	- Tidak ada
	Lain-lain	-
Bladder (B4)	Urin	- Jumlah : 500cc - Warna : kuning pekat
	Kateter	- Ada, hari ke 1 - Jenis : folley cateter
		- Tidak ada
	Kesulitan BAK	- Tidak
	Lain-lain	- Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Kering (tampak mukosa bibir pasien kering)
	Lidah	- Kotor (tampak lidah pasien kotor dan berwarna putih)
	Keadaan gigi	- Tidak lengkap
	Nyeri telan	Tidak
	Abdomen	- Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Menurun - Nilai : 4 x/menit
	Mual	- Tidak
	Muntah	Tidak
	Hematememsis	- Tidak
	Melena	- Tidak

	Terpasang NGT	- Ya (pasien mengalami penurunan kesadaran)
	Terpasang colostomy bag	- Tidak
	Diare	- Tidak
	Konstipasi	- Tidak
	Asites	- Tidak
	Lain-lain	- Tidak ada
Bone (B6)	Turgor	- Baik
	Perdarahan kulit	- Tidak ada
	Icterus	- Tidak ada
	Akral	- Dingin
	Pergerakan sendi	- Terbatas
	Fraktur	- Tidak ada
	Luka	- Tidak ada
	Lain-lain	- Tidak ada

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

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

B-2: Tidak ada

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

B-4 : Tidak ada

B-5 : Tidak ada

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

B. Pengkajian Sekunder :**1. Pengkajian Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan****a. Keadaan sebelum sakit**

Keluarga pasien mengatakan yang paling penting adalah kesehatan karena jika sehat segala aktivitas bisa dilakukan. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu namun pasien jarang mengonsumsi obat hipertensi. Keluarga mengatakan jarang kontrol kesehatan pasien. Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengeluh kecapean namun hanya meminum obat yang dibeli di apotik. Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengonsumsi ikan asin, coto dan gorengan serta pasien jarang berolahraga. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat stroke pada tahun 2023 di bulan April.

b. Riwayat penyakit saat ini**1. Keluhan utama : penurunan kesadaran**

Riwayat keluhan utama : keluarga pasien mengatakan seminggu yang lalu pasien mengeluh sakit kepala. Keluarga mengatakan pasien merasakan sakit kepalanya seperti tertusuk-tusuk dan sakitnya hilang timbul. Keluarga mengatakan pasien sering mengeluh kelelahan, keluarga mengatakan sempat membawa pasien ke puskesmas dan mengonsumsi obat yang diberikan dari puskesmas. Saat subuh pasien terbangun untuk buang air kecil dan lanjut tidur. Tidak lama kemudian keluarga tiba-tiba mendengar pasien ngorok namun tidak di hiraukan karena keluarga mengira pasien hanya ngorok seperti biasa. Di jam 05.30 pagi, keluarga

mendengar lagi pasien ngorok namun suaranya sangat keras lalu keluarga pasien pergi melihat dan membangunkan pasien namun tidak ada respon dan badan pasien sudah kaku, kedua mata melihat keatas, dan seluruh badan keringat. Keluarga pasien langsung menelpon semua keluarga dan membawa pasien ke Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar. .

2. Riwayat penyakit yang pernah dialami :

pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu dan mengonsumsi amlodipin 10 mg namun tidak rutin.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan ibu pasien memiliki riwayat hipertensi.

4. Pemeriksaan fisik

- a) Kebersihan rambut : tampak bersih dan beruban
- b) Kulit kepala : tampak bersih, tidak ada lesi
- c) Kebersihan kuli : tampak bersih, kulit terasa lembab, dan tidak ada lesi.
- d) Higiene rongga mulut : tampak mulut kotor, banyak sisa lendir, beraroma bau, lidah tampak kotor, dan mukosa bibir kering.
- e) Kebersihan genetalia : tampak bersih dan tidak ada lesi
- f) Kebersihan anus : tampak anus 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 65 kg dan setelah sakit 56 kg.

- b. Keadaan sejak sakit : Keluarga pasien mengatakan makan dan minum pasien melalui NGT.
- c. Observasi : Pasien makan dan minum 3 kali sehari dengan jenis makanan bubur saring 250cc dan susu 100cc.
- d. Pemeriksaan fisik :
 - 1) Kebersihan rambut : tampak rambut beruban dan tidak ada ketombe
 - 2) Hidrasi kulit : tampak kembali dalam 3 detik
 - 3) Palpebra /conjungtiva : palpebra tampak tidak edema dan conjungtiva tampak anemis
 - 4) Sclera : tampak tidak icterik
 - 5) Hidung :tampak hidung bersih, tidak ada polip atau peradangan
 - 6) Rongga mulut :tampak rongga mulut kotor, lidah tampak putih dan berbau
 - 7) Gusi : tampak tidak ada peradangan pada gusi
 - 8) Gigi : tampak gigi tidak lengkap
 - 9) Kemampuan mengunyah keras : tampak pasien tidak mampu mengunyah keras
 - 10) Lidah : tampak kotor
 - 11) Pharing : tampak tidak ada peradangan
 - 12) Kelenjar getah bening : teraba tidak ada pembesaran getah bening
 - 13) Kelenjar parotid : teraba tidak adanya pembesaran pada kelenjar karotis

14) Abdomen

- Inspeksi : Tampak perut tidak buncit dan tidak ada lesi atau peradangan
- Auskultasi : peristaltik usus 23x/menit
- Perkusi : terdengar bunyi

15) Kulit

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

16) Lesi : tidak ada

3. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja sebagai seorang 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.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak melakukan aktivitas seperti biasa karena mengalami nyeri kepala berat, kelemahan pada tubuh sisi kanan dan mengalami penurunan kesadaran. 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 | : 2 |
| b) Mandi | : 2 |
| c) Pakaian | : 2 |
| d) Kerapihan | : 2 |

- e) Buang air besar : 2
- f) Buang air kecil : 1
- g) Mobilisasi di tempat tidur : 2
- 2) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien berbaring ditempat tidur.
- 3) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien baring lemah ditempat tidur.
- 4) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- 5) Fiksasi : Tidak ada
- 6) Tracheostomi : Tidak ada
- d. Pemeriksaan fisik
 - 1) Tekanan darah :
 - Berbaring : 182/111 mmHg
 - Duduk : - mmHg
 - Berdiri : - mmHg
 - 2) HR : 128x/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 interkostal : 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

☒ : Pekat

f. Auskultasi

Suara napas : Ronchi

Suara ucapan : Getaran kiri dan kanan sama

Suara Tambahan : tidak ada

7) Jantung

a) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

b) Palpasi

Ictus cordis : 128x/menit

c) Perkusi

Batas atas jantung : ICS 3 Linea sternalis Sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 Linea medioclavikularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 2 Linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 6 line axularis anterior sinistra

d) Auskultasi

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

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS 2 dan ICS II 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 ekstremitas sisi kanan

Nyeri sendi : Tidak ada

Nyeri Fraktur : Tidak terdapat fraktur

Parese : Kelemahan sisi kanan

Paralisis : Tidak ada

• Uji Kekuatan Otot

Kanan	Kiri
0	5
0	5

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu

bergerak

- Reflek Fisiologis

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

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

- Reflek Patologis : Babinski:

Kiri : Positif

☐ Negatif

Kanan : ☐ Positif ☒ Negatif

- Clubing jari-jari : Tidak ada

- Varises Tungkai : Tidak ada

9) Columna Vertebralis: Tidak ada kelainan

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

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

5. Pola Persepsi Kognitif

a. Keadaan saat 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 :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak menggunakan alat penglihatan seperti kacamata dan alat pendengaran dan pasien tidak memiliki masalah pada penglihatan maupun pendengarannya. Pasien mengalami kelemahan tubuh, Lengan dan tungkai sebelah kanan sulit untuk digerakkan. Pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur. Keluarga mengatakan 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
- Membran timpani : tampak utuh

3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

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

6. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien seorang pensiunan karyawan swasta. 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 :

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

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

- 1) Kontak mata : kurang
- 2) Rentang perhatian : kurang
- 3) Suara dan cara bicara : tidak dikaji karena pasien sulit untuk berbicara
- 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 : tidak elastis

7. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama anaknya karena pasien hanya tinggal sendiri . 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.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien rutin dikunjungi oleh keluarga dan sahabatnya serta tetangga di sekitar rumah pasien.

c. Observasi : Tampak pasien sering di kunjungi dan di jenguk oleh kerabat serta tetangganya.

8. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

a. Keadaan sebelum sakit :

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

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan tidak ada masalah di bagian organ reproduksinya semenjak sakit.

c. Observasi : Tampak bagian genitalia bersih, tidak ada tanda-tanda peradangan, tidak ada lesi.

9. 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 pasien selalu bercerita dengan anaknya.

b. Keadaan sejak sakit :

Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran.

10. 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. Keluarga mengatakan pasien rajin beribadah ke masjid, setiap hari sholat 5 waktu, mengaji dan rajin mengikuti kegiatan keagamaan.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak beribadah dikarenakan kondisinya yang lemah. Sejak sakit pasien hanya di doakan oleh keluarga dan dibacakan alquran di samping pasien. keluarga pasien selalu mendoakan dan menyerahkan

seluruhnya kepada Allah SWT.

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

II. Uji Saraf Kranial

- a. Nervus I Olfactorius : Pasien tidak mampu mencium bau-bauan seperti minyak kayu putih
- b. Nervus II Optikus : Pasien tidak mampu membaca tulisan yang ditunjukkan.
- c. Nervus III Okulomotorius, IV Trochlearis, VI Abducent Tampak pupil mengecil bila diberi cahaya dan pupil isokor
- d. Nervus V Trigeminus
Sensorik : Pasien tampak tidak mampu menunjukkan rasa terhadap makanan yang diberikan
- e. Motorik : Pasien tidak mampu mengunyah keras
- f. Nervus VII Facialis
- g. Sensorik : Pasien tidak dapat merasakan goresan tisu di wajah
- h. Motorik : Pasien tidak mampu mengangkat alis, tidak mampu tersenyum, pasien tidak dapat menggembungkan pipi
- i. Nervus VIII Vestibulo-Acousticus Pasien tidak dapat menunjukkan arah suara saat diberi rangsangan suara menggunakan jari.
- j. Nervus IX Glossopharyngeus Letak Uvula pasien ditengah, Pasien mengalami kesulitan menelan
- k. Nervus X Vagus Pasien tidak mampu menelan dengan baik
- l. Nervus XI Accessorius Pasien mampu mengangkat bahu kanan tetapi tidak mampu mengangkat bahu kiri
- m. Nervus XII Hypoglossus Pasien tidak mampu mengeluarkan lidah dan mendorong pipi kiri dan kanan dari arah dalam.

III. Pemeriksaan Penunjang : (Meliputi Pemeriksaan Lab, Rontgen, CT Scan, dll)

a. CT Scan

Kesan : intracerebral hemoragic

b. Foto thorax

Kesan : tampak tanda-tanda bendungan paru

c. Pemeriksaan laboratorium

- LYMP : 18.1
- NEUT : 74.0
- NA : 138.9
- K : 4.21

IV. Diagnosa sekunder

Manajemen kesehatan tidak efektif b/d Kompleksitas program perawatan/pengobatan

V. Terapi Obat

1. Ketorolac 10 mg IV/8 Jam
2. Neurobion 1 amp IV/24 Jam
3. Citicolin 250 mg IV/12 Jam
4. Omeprazole 40 mg IV/12 Jam
5. Nebu ventasal 2,5 ml/8 Jam
6. Manitol 100 cc/4 Jam
7. Ceftriaxone 1 gr IV/8 Jam
8. Candesartan 10 mg/oral 1x1
9. Nicacardipin 3 cc/3 Jam

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	NIM	TTD
-------------------------------------	------------	------------

Alexia koryesin	NS2414901027	
Anchela A Monica	NS2414901028	

C. Analisa Data

Nama/ Umur : Tn. S / 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU bed 5

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data subjektif : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sakit kepala dan rasanya tertusuk-tusuk nyerinya hilang timbul. - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh kelelahan. - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran Data objektif : - Ku tampak lemah - Kesadaran kualitatif : somnolen - Kuantitatif : M4V1E3 - TTV : TD :190/100mmHg N : 88x/menit P : 26x/menit S : 37,1 C - Pemeriksaan diagnostik : CT Scan : intracerebral hemoragic	Edema serebral	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

2.	Data subjektif : – Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak dan batuk. – Keluarga pasien mengatakan terdengar suara ngorok pada saat pasien tertidur Data objektif : – Ku lemah – Tampak pasien batuk – Terdengar suara gurgling – Tampak pasien sesak – SPO₂ : 89% – P : 26x/menit Foto thorax : tampak tanda-tanda bendungan paru	Hipersekresi jalan napas	Bersihkan jalan napas tidak efektif
3.	Data subjektif : – Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kanan – Keluarga mengatakan semua aktivitas pasien di bantu keluarga Data objektif : – Tampak pemenuhan kebutuhan pasien di bantu oleh perawat – Tampak pasien berbaring lemah ditempat tidur – Tampak pergerakan pasien terbatas	Neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik

	– Aktivitas harian : Makan : 2 Mandi : 2 Pakaiann : 2 Kerapihan : 2 Buang air kecil : 2 Buang air kecil : 1 Mobilisasi di tempat tidur : 2 – Uji kekuatan otot : <table><tr><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td></tr></table>	Kanan	kiri	0	5	0	5		
Kanan	kiri								
0	5								
0	5								
4.	Data subjektif : - Data Objektif : – Tampak pasien terbaring lemah – Tampak pasien tidak mampu mandi/makan secara mandiri – Tampak pasien rapi dan bersih	Kelemahan	Defisit Perawatan Diri						

Diagnosis Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. S / 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU bed 5

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral
2.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas
3.	Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuscular
4,	Defisit perawatan diri b/d kelemahan

Intervensi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. S / 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU bed 5

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d Edema serebral	Setelah di lakukan intervensi selama 3x24 jam di harapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Bradikaria menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Tekanan nadi membaik 6. Pola napas membaik 7. Respon pupil membaik 8. Refleks neurologis membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi • Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) • Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) • Monitor MAP • Monitor status pernapasan Terapeutik • Berikan posisi semi fowler • Pertahankan suhu tubuh normal

			Kolaborasi Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsa, jika perlu
2	Bersihan jalan napas tidak efektif b/d Hipersekresi jalan napas	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan Pola napas 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	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 - Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) - Posisikan semi-fowler atau fowler - Berikan oksigen jika perlu Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik,

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

			dilakukan (misal duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi Kolaborasi Dalam intervensi dukungan mobilisasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.
4.	Defisit perawatan diri b/d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat (L.12104) dengan kriteria hasil: - Kemampuan mandi cukup meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian cukup meningkat - Kemampuan makan cukup 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 (privasi) - Siapkan keperluan pribadi (sikat gigi dan sabun mandi) - Dampingi pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan

			diri Edukasi Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	--	--	---

Implementasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. S / 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU bed 5

Hari/Tanggal	Dx	Waktu	Implementasi	Perawat
Minggu, 11/05/2025	I	14.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 125/72 mmhg N : 89 x/m P : 21 x/m S : 36,2 °C	Anchela
	I	14.10	Monitor MAP dan status pernapasan Hasil : - MAP : 128,6 mmHg - Status pernapasan : tampak lemah tampak otot bantu dada NRM 10L/mnt	Anchela
	III	14.30	Melakukan oral hygiene dan pengisapan lendir Hasil : - Tampak lendir berwarna kuning pucat ± 3 cc - Tampak mulut bersih,opa ETT bersih dan baru	Anchela
	I	14.45	Mempertahankan posisi kepala 30° Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°	Anchela

	I	15.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien sesak - Kesedaran M5V1E3	Anchela
	I	16.00	Mempertahankan posisi kepala 30° Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°	Anchela
	I	16.15	Memonitor TTV Hasil : TD : 119/75 mmhg N : 85 x/m P : 24 x/m S : 36° C	Anchela
	II	16.25	Memonitor pola napas (frekuensi,kedalaman usaha napas bunyi napas) Hasil : - Tampak pasien bernapas cepat - Tampak terdengar suara napas tambahan ronchi - Tampak terdengar suara napas gurgling	Anchela
	III	16.30	Melakukan terapi dada pada pasien Hasil : Tampak pasien di	Anchela

			berikan tarapi dada untuk membantu mengeluarkan lendir	
	II	16.45	Kolaborasi pemberian tindakan pengisapan lendir Hasil : tampak di lakukan suction selama 15 detik	Anchela
	III	17.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum hasil :Tampak pasien di berikan susu 175ml/NGT	Anchela
	I	18.00	Memonitor TTV Hasil : TD : 142/87 mmhg N : 86x/m P : 21 x/m S : 36,6 °C	Anchela
	II	18.25	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Tampak terdengar suara ronchi	Anchela
	III	18.30	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : - Tampak pasien tidak mampu mengerjakan anggota tubuh sebelah kanan	Anchela

			- Kekuatan Otot kanan 0 kiri 5	
	I	18.40	Mempertahankan posisi kepala 30° Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°	Anchela
	I	19.00	Kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - Ketorolac 1 amp IV - Omprazole 40 mg/IV - Ceftriaxone 1 gr/IV - Nebu combivent	Anchela
	I	19.20	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Hasil : Tampak pengaman tempat tidur dipasang	Anchela
	I	19.30	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien sesak - Kesedaran M5V1E3	Anchela
	II	19.50	Memonitor saturasi oksigen Hasil : SpO2 98 %	Anchela
	I	20.00	Mengobservasi TTV Hasil :	Alexia

			TD : 140/80 mmhg N : 89x/menit P : 23x/menit S : 36,3°C	
	II	20.25	Memonitor jalan napas dan saturasi Hasil : - Tampak lendir di area mulut - SPO2 : 99%	Alexia
	I	20.35	Kolaborasi dilakukan pengisapan lendir (suction) Hasil : Tampak dilakukan suction Selama 15 detik	Anchela
	II	20.50	Monitor sputum Hasil : Tampak lendir yang dikeluarkan berwarna putih	Alexia
	I	21.15	Mempertahankan posisi kepala 30° Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°	
	II	21.30	Memonitor pola napas irama kedalaman napas Hasil : - Tampak pasien bernapas cepat - Tampak terdengar ronchi -Tampak terdengar suara napas gurgling	Alexia
	I	23.00	Kolaborasi pemberian obat	Alexia

			Hasil : - Omeprazole 40 mg - Citicolin 250 mg - Ceftriaxone 1 gr - Manitol 100 cc							
	I	03.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : ketorolac 1 amp	Alexia						
	III	04.00	Melakukan perawatan diri mandi,berpakian,oral hygiene Hasil : Tampak pasien bersih dan rapi	Alexia						
	III	05.30	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : - Tampak pasien tidak mampu mengerakan anggota tubuh sebelah kanan - Kekuatan Otot <table><tr><td>kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td></tr></table>	kanan	kiri	0	5	0	5	Alexia
kanan	kiri									
0	5									
0	5									
	III	07.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 175	Alexia						
Senin, 12/05/2025	I	08.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 163/64 mmhg N : 100x/menit	Alexia						

			P : 24 x/m, S : 36 ° C	
	III	08.30	Melakukan perawatan diri (oral hygiene) dan pengisapan lendir Hasil : - Tampak pasien bersih dan rapi - Tampak lendir berwarna putih kekuningan ± 3 cc	Alexia
	I	09.00	Mempertahankan posisi kepala 30° Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°	Alexia
	II	09.35	Memonitor sputum Hasil : Tampak Lendir yang dikeluarkan berwarna putih kekuningan	Alexia
	III	10.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil : Tampak pasien diberikan susu 175 ml/NGT	Alexia
	I	10.30	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/76 mmhg N : 89x/menit P : 23 x/m, S : 36,5 ° C	Alexia
	II	11.00	Memonitor pola napas, irama dan kedalaman napas	Alexia

			Hasil : - Frekuensi napas 24x/menit - Tampak pasien bernapas cepat - Tampak terdengar napas tambahan ronch - Tampak terdengar suara napas gurgling	
	II	11.30	Memonitor sputum Hasil : Tampak Lendir yang dikeluarkan berwarna putih kekuningan	Alexia
	I	12.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Neurobion 1 amp - Citicolin 250 mg - Ompeprazole 40 mg - Manitol 100 cc - Ceftriaxone 1 gr - Combivent (Nebu)	Alexia
	I	12.30	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 167/80mmhg N : 90x/menit P : 24 x/m, S : 36,2 °C	Alexia

	I	12.40	Kolaborasi dilakukan pengisapan lendir (suction) Hasil : Tampak dilakukan suction selama 15 detik	Alexia
	I	12.45	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien sesak Kesedaran M5V2E3	Alexia
	II	12.50	Memonitor saturasi oksigen Hasil : SpO2 97 %	
	III	13.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 175 ml/NGT	Alexia
	II	13.15	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Tampak terdengar suara ronchi	Alexia
	III	13.35	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : - Tampak pasien tidak mampu mengerakan anggota tubuh sebelah kanan - Kekuatan Otot	Alexia

			kanan 0 kiri 5 0 5	
	I	14.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 163/74 mmhg N : 97x/menit P : 24 x/m, S : 36° C	Anchela
			Memonitor jalan napas dan saturasi Hasil : - Tampak lendir di area mulut - SPO2 : 99%	Anchela
	II	14.20	Melakukan oral hygiene dan pengisapan lendir Hasil : - Tampak pasien bersih dan rapi - Tampak lendir berwarna putih kekuningan ± 3 cc	Anchela
	II	15.00	Monitor MAP dan status pernapasan Hasil : - MAP : 125 mmHg - Status pernapasan : tampak lemah tampak otot bantu dada	Anchela
	I	15.45	Mempertahankan posisi kepala 30°	Anchela

			Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°	
	I	16.25	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien sesak - Kesedaran M5V2E3	Anchela
	III	17.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 175 ml/NGT	Anchela
	I	17.35	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 154/63mmhg N : 88x/menit P : 24 x/m, S : 36,1 °C	Anchela
	II	17.55	Memonitor pola napas, irama, dan kedalaman napas Hasil : - P : 24x/menit - Tampak pasien bernapas cepat - Tampak terdengar napas tambahan ronchi - Tampak terdengar suara	Anchela

			napas gurgling	
		18.20	Memonitor saturasi oksigen Hasil : SpO2 98 %	Anchela
	I	18.30	Kolaborasi dilakukan pengisapan lendir (suction) Hasil : Tampak dilakukan suction selama 15 detik	Anchela
	I	18.45	Monitor sputum Hasil : Tampak lendir yang dikeluarkan berwarna putih	Anchela
	I	19.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Ketorolac 1 amp - Manitol 100 cc - Combivent (Nebu)	Anchela
	I	20.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/67 mmHg N : 80x/menit P : 22 x/m, S : 36,1 °C	Agata
	I	20.25	Mempertahankan posisi kepala 30° Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°	Agata
	I	20.45	Kolaborasi dilakukan pengisapan lendir (suction)	Agata

			Hasil : Tampak dilakukan suction selama 15 detik	
	I	21.30	Monitor sputum Hasil : Tampak lendir yang dikeluarkan berwarna putih	Agata
	II	21.55	Memonitor pola napas irama kedalaman napas Hasil : - Tampak pasien bernapas cepat - Tampak terdengar napas tambahan ronchi - Tampak terdengar suara napas gurgling	Agata
	I	23.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Omeprazole 40 mg - Citicolin 250 mg - Ceftriaxone 1 gr - Manitol 100 cc	Agata
	I	03.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : ketorolac 1 amp	Agata
	III	04.00	Melakukan perawatan diri mandi, berpakaian, oral hygiene Hasil : Tampak pasien bersih dan rapi	Agata
	III	05.30	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan	Agata

			pergerakan Hasil : - Tampak pasien tidak mampu mengerakan anggota tubuh sebelah kanan - Kekuatan Otot <table> <tr> <td>kanan</td> <td>kiri</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>5</td> </tr> </table>	kanan	kiri	0	5	0	5	
kanan	kiri									
0	5									
0	5									
	III	07.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 175 ml/NGT	Agata						
Rabu 13/05/2025	I	08.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 125/77mmhg N : 97x/menit P : 22 x/m, S : 36,1 ° C	Anchela						
	III	08.30	Melakukan perawatan diri (oral hygiene) dan pengisapan lendir Hasil : - Tampak pasien bersih dan rapi - Tampak lendir berwarna putih ± 3 cc	Anchela						

	I	09.25	Mempertahankan kepala 30 derajat Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30 derajat	Anchela
	III	10.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil : Tampak pasien diberikan susu 175 ml/NGT	Anchela
	I	10.30	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 127/77mmhg N : 87x/menit P : 22 x/m, S : 36,5 ° C	Anchela
	II	11.30	Memonitor pola napas, irama dan kedalaman napas Hasil : - Frekuensi napas 22x//menit - Tampak terdengar napas tambahan ronch - Tampak terdengar suara napas berkurang gurgling	Anchela
	I	12.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Ompeprazole 40 mg - Ceftriaxone 1 gr	Anchela
	I	12.30	Mengobservasi TTV	Anchela

			Hasil : TD : 130/74mmhg N : 76x/menit P : 22 x/m, S : 36,5 ° C	
	I	12.55	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien sesak - Kesedaran M5V3E3	Anchela
	III	13.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 175 ml/NGT	Anchela
	I	13.35	Kolaborasi dilakukan pengisapan lendir (suction) Hasil : Tampak dilakukan suction selama 15 Detik	Anchela
	III	13,45	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : - Tampak pasien tidak mampu mengerjakan anggota tubuh sebelah kanan	Anchela

			- Kekuatan Otot kanan kiri 0 5 0 5	
	I	14.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 124/84mmhg N : 85x/menit P : 22 x/m, S : 36,3 °C	Alexia
	III	14.35	Melakukan oral hygiene dan pengisapan lendir Hasil : - Tampak pasien bersih dan rapi - Tampak lendir berwarna putih ± 3 cc	Alexia
	III	14.45	Melakukan terapi dada pada pasien Hasil : Melakukan terapi dada pada pasien	Alexia
	I	14.55	Mempertahankan posisi kepala 30° Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°	Alexia
	I	15.25	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien sesak	Alexia

			- Kesedaran M5V3E3	
	I.II	16.30	Monitor MAP dan status pernapasan Hasil : - MAP : 130 mmHg - Status pernapasan : tampak lemah tampak otot bantu dada	Alexia
	III	17.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil : Tampak pasien diberikan susu 175 ml/NGT	Alexia
	I	17.15	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 122/63mmhg N : 97x/menit P : 22 x/m S : 36,1 °C	Alexia
	II	17.40	Memonitor pola napas, irama, dan kedalaman napas Hasil : - P : 22x/menit - Tampak terdengar napas tambahan ronchi - Tampak terdengar suara gurgling berkurang	Alexia

	II	17.55	Memonitor saturasi oksigen Hasil : SpO2 99 %	Alexia
	III	18.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 175 ml/NGT	Alexia
	I	18.30	Kolaborasi dilakukan pengisapan lendir (suction) Hasil : Tampak dilakukan suction selama 15 Detik	Alexia
	I	18.45	Monitor sputum Hasil : Tampak lendir yang dikeluarkan berwarna putih	Alexia
	I	19.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Ketorolac 1 amp - Combivent (Nebu)	Alexia
	I	20.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 120/60mmhg N : 93x/menit P : 22 x/m S : 36,2 °C	Agata
	I	21.00	Kolaborasi dilakukan pengisapan lendir (suction)	Agata

			Hasil : Tampak dilakukan suction selama 15 detik	
	II	22.20	Memonitor pola napas irama kedalaman napas Hasil : - Tampak pasien bernapas cepat - Tampak terdengar ronchi - Tampak terdengar suara gurgling berkurang	Agata
	I	23.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Omeprazole 40 mg - Citicolin 250 mg - Manitol 100 cc	Agata
	I	03.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - ketorolac 1 amp 40 mg - meropenem 1 gr - combivent (Nebu)	Agata
	III	04.00	Melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, oral hygiene) Hasil : Tampak pasien bersih dan rapi	Agata
	III	05.45	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : - Tampak pasien tidak mampu mengerjakan	Agata

			anggota tubuh sebelah kanan - Kekuatan Otot kanan kiri <table><tr><td>0</td><td>5</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td></tr></table>	0	5	0	5	
0	5							
0	5							
	III	07.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 175	Agata				

Evaluasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. S / 69 tahun

Ruang/ Kamar : ICU bed 5

[illegible]

A : Bersihan jalan napas meningkat P : Lanjutkan Intervensi Monitor pola napas Berikan Oksigen DP 3: Gangguan mobilitas fisik S : O : - Tampak pasien lemah dan hanya terbaring di tempat tidur - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu keluarga dan perawat - Tampak pasien tidak dapat menggerakkan tubuh sisi kanan akibat kelemahan - Tampak kekuatan otot <table><tr><td>kanan</td><td>kiri</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td></tr></table> A : Mobilitas fisik belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan DP 4: Defisit perawatan diri S : O : - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak pasien dimandikan oleh perawat - Tampak pasien rapi dan bersih	kanan	kiri	0	5	0	5	Alexia & Anchela Alexia & Anchela
kanan	kiri						
0	5						
0	5						

I. DAFTAR OBAT

1. Manitol

- a. Nama obat : manitol
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Diuretik osmotik
- c. Dosis umum : Dewasa: 50-200 gram, diberikan selama 24 jam Anak-anak: 0,25-2 gram/kgBB
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 100 cc/8 jam
- e. Cara pemberian obat : Melalui cairan infus
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Untuk menurunkan tekanan intrakranial dengan cara meningkatkan osmolalitas plasma sehingga aliran cairan dari jaringan menuju kedalam plasma meningkat, terjadi penurunan viskositas darah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi tekanan intrakranial yang tinggi
- h. Kontra indikasi: hipersensitivitas terhadap obat ini, kondisi anuria, edema paru yang berat, gagal ginjal, dehidrasi berat, edema metabolik, penyakit ginjal progresif, dan perdarahan intrakranial aktif.
- i. Efek samping : Demam, menggigil, sakit kepala, pilek, buang air kecil jadi lebih sering, pusing atau penglihatan kabur, mual atau muntah

2. Citicolin

- a. Nama obat : Citicolin
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Neurotonics
- c. Dosis umum : Untuk kehilangan kesadaran akibat trauma kepala atau operasi otak :100 mg sampai 500 mg, 1 – 2 kali sehari secara drip intravena atau intravena biasa. Gangguan kesadaran pada infark

serebri stadium akut : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama dua minggu berturut-turut. Pasca hemiplegia apoplektik : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama 4 minggu berturut-turut, jika tampak perbaikan dilanjutkan selama 4 minggu lagi. Kaplet: 1000-2000 mg per hari dalam dosis terbagi dengan atau tanpa makanan.

- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 250 mg/ IV/ 12 jam
- e. Cara pemberian obat : Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :Bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk mengatasi gangguan memori
- h. Kontra indikasi : Hipersensitif terhadap citicoline
- i. Efek samping obat : Ruam, mual, muntah, pusing, kejang, insomnia

3. Candesartan

- a. Nama obat : Candesartan
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Angiotensin receptor blockers (ARB)
- c. Dosis umum: Dewasa : 8 mg, sekali sehari. Dosis dapat disesuaikan dengan respons tubuh pasien. Dosis maksimal 32 mg. Anak usia 1–6 tahun: 0,2 mg/kgBB, 1 kali sehari. Dosis dapat dinaikkan atau diturunkan sesuai respons tubuh pasien, dengan dosis harian berkisar antara 0,05–0,4 mg/kgBB per hari. Dosis maksimal 0,4 mg/kgBB. Anak usia di atas

6 tahun dengan berat badan

- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg 1x1/
oral/ tablet
 - e. Cara pemberian obat : Oral
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Bekerja dengan cara menghambat reseptor angiotensin II. Saat angiotensin II dihambat, pembuluh darah akan lemas dan melebar, sehingga jantung akan lebih mudah dalam memompa darah dan tekanan darah pun turun.
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk mengatasi hipertensi dan gagal jantung
 - h. Kontra indikasi: Pasien yang hipersensitif terhadap candesartan atau komponen yang terkandung dalam formulasinya. Pasien dengan gangguan hati yang berat dengan atau tanpa ketoasidosis. Wanita hamil dan menyusui.
 - i. Efek samping obat: Sakit kepala, nyeri punggung, pusing, batuk, bersin, hidung tersumbat, ruam kulit
4. Atorvastatin
- a. Klasifikasi / golongan obat : statin
 - b. Dosis umum : 10-80 mg/hari
 - c. Dosis untuk pasien : 40 mg/24 jam.
 - d. Cara pemberian obat : oral
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Atorvastatin menurunkan jumlah kolesterol dalam tubuh dengan cara menghambat enzim yang bertugas memproduksi kolesterol di hati. Dengan demikian, jumlah kolesterol

jahat dalam darah akan turun.

- f. Alasan pemberian: Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam darah
- g. Kontraindikasi : Jangan mengonsumsi atorvastatin jika Anda alergi terhadap obat ini.
- h. Efek samping obat : Nyeri sendi dan otot, sakit kepala, hidung tersumbat, sakit tenggorokan, diare, mual, konstipasi, kembung, mimisan.

5. Curcuma

- a. Nama obat : Curcuma
- b. Klasifikasi/ golongan : Produk herbal
- c. Dosis Umum: 3 x sehari 1-2 tablet
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 tablet
- e. Cara pemberian obat: Oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Membantu memperbaiki nafsu makan dan membantu memelihara kesehatan fungsi hati
- g. Alasan pemberian Obat pada yang bersangkutan: memperbaiki nafsu makan
- h. Kontra indikasi: Hipersensitivitas terhadap obat curcuma
- i. Efek samping: Mual, diare, dan sakit kepala.

6. Vip albumin

- a) Nama obat: Vip albumin
- b) Klasifikasi/ golongan : Obat tradisional
- c) Dosis Umum: 2 kapsul 3 x sehari
- d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2 kapsul/ hari

- e) Cara pemberian obat: Oral
- f) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mengatasi hipoalbuminemia, meningkatkan daya tahan tubuh, kadar albumin, dan globulin, mempercepat penyembuhan luka pascaoperasi
- g) Alasan pemberian obat pada yang bersangkutan: Untuk meningkatkan daya tahan tubuh
- h) Kontra indikasi: Hipersensitif terhadap vip albumin
- i) Efek samping: Gatal dan ruam pada kulit.

7. Ranitidine

- a. Nama obat : Ranitidine
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Antasida, antirefluks/Antagonis H₂
- c. Dosis umum : Dewasa: 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125- 0,25 mg/kg berat badan/jam melalui infus. Lalu, diberikan secara oral dengan dosis 150 mg, minum sebanyak dua kali per hari. Anak: 1 mg/kg berat badan (maksimal 50 mg) melalui intravena. Lakukan setiap 6-8 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp/IV/8 jam
- e. Cara pemberian obat : Melalui intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ranitidin bekerja dengan cara menghambat produksi asam lambung yang berlebih, sehingga gejala tersebut dapat meredah.
- g. Alasan pemberian obat padapasien yang bersangkutan : Untuk mengurangi asam lambung
- h. Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap ranitidine

- i. Efek samping obat: Paling sering: sakit kepala, konstipasi, diare, mual, muntah, nyeri perut.

8. Ondancetron

- a. Nama obat: Ondancetron
- b. Klasifikasi/ golongan obat: antiemetic
- c. Dosis umum: 8 – 12 mg
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 4 mg/8 jam
- e. Cara pemberian obat: intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: ondancetron bekerja dengan cara memblokir efek serotonin. Dengan begitu, efek mual dan muntah pada kondisi-kondisi diatas dapat teratasi atau bahkan dicegah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: mual dan muntah.
- h. Kontraindikasi: hipersensitivitas, sindroma perpanjangan interval QT bawaan.
- i. Efek samping obat: sakit kepala atau pusing, rasa seperti melayang, konstipasi, kelelahan dan tubuh terasa lemah, rasa menggigil dan kantuk.

9. Mecobalamin

- a. Nama obat : Mecobalamin
- b. Klasifikasi/golongan : Obat generik
- c. Dosis umum: 500 mcg 3 x sehari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mengatasi kekurangan vitamin B12
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Mengatasi kekurangan vitamin B12

- h. Kontraindikasi : Hipersensitivitas
- i. Efek samping obat: Nyeri sendi, sakit kepala, radang tenggorokan, mual dan muntah.

10. Ketorolac

- a. Nama obat : Ketorolac
- b. Klasifikasi /golongan: Anti inflamasi non steroid (OAINS)
- c. Dosis umum: Dosis awal 10 mg, diikuti dengan 10-30 mg setiap 4- 6 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 30 mg
- e. Cara pemberian obat : Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Menghambat kerja dari enzim siklooksigenasi (COX) dimana enzim ini berfungsi dalam pembentukan prostaglandin dan menyebabkan rasa sakit serta peradangan
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Mengurangi rasa sakit
- h. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap ketorolac, riwayat perdarahan gastrontestinal dan serebrovaskular aktif.
- i. Efek samping obat: kantuk, sakit perut, pusing, kepala, mual dan muntah, perut kembung, diare dan konstipasi.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dari kasus nyata dari penerapan asuhan keperawatan kritis di ruang ICU pada Tn. S usia 69 tahun dengan kasus “Hemoragik Stroke” di ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Pelamonia Makassar yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 10 – 12 Mei 2025.

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan metode melalui pendekatan 5 proses keperawatan yang dilakukan dengan mengulang kembali kontak dengan pasien. Tahap-tahap proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian

a. Pengkajian primer

1) B1 (Breathing)

Pada pengkajian yang dilakukan pada Tn, S di dapatkan bahwa pasien mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 26x/menit, pasien tampak bernapas menggunakan otot dada, tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi tampak pasien batuk produktif, dan tampak terdengar suara gurgling. Dari hasil analisa data pada Tn. S sesak napas terjadi karena pada pasien stroke terjadi gangguan fungsi saraf dan terjadi proses radang pada sel otak sehingga memicu respon daya tahan tubuh. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Pratomo, (2023) bahwa sel darah putih akan mengeluarkan zat dan merangsang pengeluaran

lendir berlebih. 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.

2) B2 (Blood)

Pada pengkajian B2 didapatkan pasien mengalami darah tinggi dengan tekanan darah 190/80 mmHg, dengan frekuensi nadi 88x/menit. Dari hasil analisa data pada Tn. S peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi terjadi karena adanya perdarahan di otak sehingga menyebabkan pembengkakan serebral. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Shuichi et al., (2024) bahwa jika terjadi perdarahan maka darah akan mengumpal dan menekan jaringan serebral, sehingga aliran darah ke sel dan jaringan otak tidak terpenuhi. Ketidakadekuatan refusi ke sel dan jaringan membuat jantung bekerja keras dalam memompa darah melalui pembuluh darah, sehingga terjadi peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi.

3) B3 (Brain)

Pada pengkajian B3 yang dilakukan pada Tn. J di dapatkan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 9 yaitu somnolen. Untuk pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan CT-Scan dengan hasil pasien mengalami perdarahan intraventrikel. Penurunan kesadaran terjadi karena pasien mengalami perdarahan serebral yang

menyebabkan sirkulasi darah terganggu. Hal ini didukung oleh Ainy & Nurlaily, (2021)

4) B4 (Bladder)

Pada pengkajian pasien tidak ditemukan abnormalitas seperti adanya nyeri saat BAK.. Pasien tampak terpasang folley cateter dengan jumlah in sebanyak 500cc/8jam dan berwarna kuning. Pemasangan cateter rin dilakukan untuk memonitor output pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

5) B5 (Bowel)

Pada pengkajian ini tidak didapatkan abnormalitas seperti hematemesis, melena, atau masalah lainnya. Namun, karena pasien mengalami penurunan kesadaran maka dilakukan pemasangan NGT untuk pemenuhan nutrisi pasien.

6) B6 (Bone)

Pada saat pengkajian pasien didapatkan bahwa pasien memiliki masalah pada pergerakan pasien terbatas karena pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri akibat perdarahan intra serebri dextra dan ventrikel otak. Hal ini didukung dengan teori yang dikemukakan oleh Pratiwi & Rahmayani, (2021) jika perdarahan terjadi di otak sebelah kanan maka akan mempengaruhi tubuh bagian kiri sehingga tubuh mengalami tubuh bagian kiri sehingga tubuh mengalami hemiparese/hemiplegia. Jaringan saraf berjalan bersilangan dari otak ke saraf spinal. Otak mengatur sisi tubuh secara berlawanan, sehingga jika terjadi gangguan pada 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.

b. Pengkajian Sekunder :

Pengkajian 11 pola gordon dilakukan secara komprehensif. Pengkajian kesehatan yang dilakukan pada Tn. S hanya dikaji berdasarkan pola-pola yang bermasalah saja. Data pengkajian di dapatkan melalui wawancara yang dilakukan pada keluarga pasien. Adapun data yang diperoleh adalah sebagai berikut :

Pasien masuk Rumah Sakit Pelamonia Makassar pada tanggal 10 Mei 2025 dengan diagnosa medik hemoragik stroke. Data yang diperoleh dari keluarga bahwa Tn. S (69 tahun) memiliki riwayat tekanan darah tinggi kurang lebih 5 tahun, tetapi pasien jarang mengontrol kesehatannya di puskesmas. Pasien tidak pernah mengukur tekanan darahnya pada fasilitas kesehatan terdekat serta tidak mengonsumsi obat seara rutin. Keluarga pasien juga mengataka pasien suka mengonsumsi ikan asin, coto dan gorengan serta jarang berolahraga. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan 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 makanmakanan tinggi garam, serta kurang melakukan aktivitas fisik atau berolahraga serta tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan.

2. 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 nyeri kepala, dispnue, penurunan kesadaran (Somnolen) dengan GCS M4V2E3, 12 nervus tidak berfungsi dengan baik, gelisah, dan peningkatan TTV: TD:190/110 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 produktif dengan sputum kental dan berwarna putih 113 kekuningan, tampak frekuensi napas 26x/menit, spo2 88% dan terdengar suara gurgling.
- 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.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, penulis mengangkat diagnosa ini karena ditemukan data pada pasien yaitu pasien tidak sadarkan diri, semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat.

Berdasarkan teori ada beberapa diagnosa yang tidak diangkat yaitu :

- a. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular karena saat pengkajian pasien dalam keadaan penurunan kesadaran.

- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung karena saat pengkajian tidak ditemukan gangguan pada jantung.

3. 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.

2) Pemantauan tekanan intra kranial

Observasi: Monitor penurunan frekuensi jantung, monitor iregularitas irama napas, monitor penurunan tingkat kesadaran.

Terapeutik Pertahankan posisi kepala 30 derajat
Edukasi Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan,
Informasikan hasil pemantauan, 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 mobilisasi

Observasi: Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

Teraupetik: Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

2) 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.

d. Defisit perawatan diri Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

1) Dukungan perawatan diri

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

Terapeutik: Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi), siapkan keperluan pribadi (sikat gigi dan sabun mandi), dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.

Edukasi: Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

4. 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 intrakranial 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 iregularitas 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 toleransi fisik melakukan pergerakan, adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi), menyiapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi). Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi yang ditetapkan di hari pertama.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, implementasi hari pertama yang dilakukan oleh penulis adalah mengkaji tingkat kemandirian dan tingkat kesadaran pasien. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi hari pertama dan semua intervensi yang telah disusun.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil tindakan keperawatan yang dilakukan kepada Tn. "J" pada tanggal 30 April 2024 – 02 Mei 2024 adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk menilai tercapainya tujuan yang diharapkan. Proses evaluasi ini dilakukan selama 3x24 am dan didapatkan hasil sebagai berikut:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral Evaluasi: Sampai pada hari ketiga perawatan masalah kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian dimana pasien mengatakan sakit kepala berkurang, nyeri yang dirasakan seperti tertusuktusuk, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul dan dirasakan selama $\pm$ 15 menit. Tampak ekspresi wajah masih meringis, gelisah berkurang, sesak berkurang, tanda-tanda vital; TD : 142/90, N: 95x/menit, P : 22x/menit, S: 36,0° C, kesadaran pasien delirium dengan GCS M4V4E3.
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas Evaluasi: Sampai pada hari ketiga perawatan masalah bersihan jalan napas teratasi sebagian dimana Pasien mengatakan sesak berkurang saat menggunakan O2, frekuensi napas 22x/menit, SpO2 99%, terdengar bunyi napas tambahan ronchi, tampak terdengar suara gurgling berkurang, tampak pasien batuk dengan produksi sputum berwarna putih.
- c. Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuscular Evaluasi: Sampai pada hari ketiga perawatan masalah mobilitas fisik 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.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
Evaluasi: sampai pada hari ketiga perawatan masalah belum teratasi karena pasien belum mampu mandiri dalam pemenuhan aktivitasnya.

B. Pembahasan Penerapan EBN

P : Pasien hemoragik stroke yang mengalami peningkatan saturasi oksigen.

I : Terapi dada

C : Tidak ada intervensi pembanding yang dilakukan.

O : Peningkatan saturasi oksigen.

Pertanyaan penelitian : Apakah fisioterapi dada efektif untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien hemoragik stroke

Pembahasan Penerapan EBN (Evidence-Based-Nursing)

1. Judul EBN : Pemberian terapi dada pada pasien hemoragik stroke di RS TK II Pelamonia Makassar.

a. Diagnosis keperawatan

Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas

b. Luaran yang diharapkan

1) Dispnea menurun

2) Penggunaan otot bantu napas menurun

3) Frekuensi napas membaik

4) Kedalaman napas membaik

c. Intervensi prioritas pada EBN

Manajemen jalan napas

d. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

1) Pengertian tindakan

Fisioterapi dada merupakan suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri dari clapping (perkusi), vibrasi nafas dalam dan batuk yang efektif di gunakan untuk pencegahan atau pengobatan penyakit pernafasan restriktif, kelainan muskuler, penyakit paru obstruktif menahun dan pasien yang menggunakan ventilasi mekanik dalam jangka waktu panjang di karenakan parenkim paru mengalami

fibrasi. Fisioterapi dada di gunakan untuk pencegahan dan pengobatan penyakit paru seperti obstruktif menahun, kelaian muscular atau restriktif yang memiliki tujuan membuang sekresi bronchial meningkatkan efisiensi otot – otot pernafasan serta memperbaiki ventilasi (Yasin, Septimar, 2024).

2) Tujuan/rasional pada kasus

Pada pasien troke fisioterapi dada dengan menggunakan teknik clapping dan vibration efektif membantu pasien untuk mengeluarkan sputum dan membersihkan saluran napas sehingga memaksimalkan venttilasi dan pasien bisa bernapas secara baik dan mudah serta saturasi oksigen pasien bisa mengalami kenaikan.

2. Hasil Telah Artikel

No	NoInformasi Artikel	(Populasi)	Intervensi)	(Comparison)	(Outcome)	(Time)
1	Judul : Pengaruh Fisioterapi Dada Menggunakan Teknik Clapping Dan Vibrasi Terhadap Saturasi Oksigen Pasien Kritis Di Icu Tahun : 2024 Penulis : Budi ariyadi Rizky Meliando. Muhammad Faizal Publikasi : Perawat Profesional, Jurnal Vol.6	Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh pasien kritis yang menjalani taknik fisioterapi dada dan total sampel dalam penelitian ini berjumlah yaitu 19 orang	Penelitian ini menggunakan kuantitatif dengan desaineksperimental semua, desain one group pretest-post test design, dan tidak ada desain kelompok pembanding (kontrol) yang digunakan dalam pekerjaan ini.	Penelitian ini Tidak menggunakan intervensi pembanding	Hasil penelitian ini menunjukan bahwa terjadi peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen dari 91,57% menjadi 99,32% dengan Sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh fisioterapi dada menggunakan teknik clapping dan vibrasi terhadap saturasi oksigen pasien kritis.	penelitian ini dilakukan pada 1 Februari tahun 2024
2	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Intervensi Fisioterapi Dada Menggunakan Teknik Clapping Dan	Populasi pada penelitian pasien dengan hemoragik stroke dengan intervensi fisioterapi dada	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi dan wawancara pada pasien dan	Penelitian ini menggunakan intervensi pebanding	Hasil penelitian ini menunjukan bahwa terjadi peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen dari 91,57% menjadi 99,32% dengan nilai p-value (0,000). Sehingga dapat disimpulkan	penelitian ini dilakukan pada 7 Juli 2024

	Vibrasi Terhadap saturasi Oksigen Di Ruang Icu Rs An-Nisa Tangerang Tahun : 2024 Penulis : Muhamad Qurtusi Yasin Zahrah Maulidia Septimar Elidia Dewi Publikasi :Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia Vol.3	untuk meningkatkan saturasi oksigen	perawat dalam memberikan fisioterapi tersebut		terdapat pengaruh fisioterapi dada menggunakan teknik clapping dan vibrasi terhadap saturasi oksigen pasien kritis di ICU. Selanjutnya penelitian ada penelitian yang membuktikan bahwa tindakan fisioterapi dada seperti perkusi, vibrasi dan drainase postural memberikan pengaruh terhadap bersihan jalan nafas pasien dilihat dari frekuensi pernafasan yang dilakukan selama 3 hari yang terdapat perbedaan pada kelompok kontrol dan intervensi setelah diberi perlakuan dengan nilai $p=0,001$ ($p<0,05$) dan perbedaan rerata 6,633. Dan terdapat perbedaan proporsi kemampuan mengeluarkan dahak pada kelompok	
--	---	--	--	--	--	--

					intervensi dan kontrol dengan nilai $p=0,035$ ($p<0,05$). Berdasarkan nilai OR, kemampuan memproduksi sputum 7 kali lebih produktif pada kelompok intervensi dibandingkan pada kelompok kontrol. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tindakan fisioterapi dada seperti tepuk tangan dan vibrasi dapat membantu membersihkan jalan napas akibat sputum yang berlebihan.	
3.	Pemberian Fisioterapi Dada Dengan Teknik Clapping Dan Vibrasi Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Pada Pasien Yang Terpasang Ventilator Mekanik	populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan terpasang ventilator mekanik di ruang ICU Rumah Sakit Bethesda.	metode study kasus dengan menggunakan pendekatan pre dan post test design	Penelitian ini menggunakan intervensi pebanding	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien dikatakan kekurangan oksigen yaitu dinilai dari gambaran pasien mempunyai nilai SpO2 dibawah 94%, sedangkan nilai SpO2 yang lebih tinggi dari setelah dilakukan tindakan	penelitian ini dilakukan pada tahun 2023

	Di Ruang Icu Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta Tahun : 2023 Penulis : Bagus Wahyuda Dwi Nugroho Heri Saputro Publikasi :STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta				fisioterapi dada menggunakan menggunakan teknik clapping dan vibrasi, Hasil dari intervensi yaitu pada hari pertama mendapatkan nilai saturasi stabil sebelum maupun sesudah dilakukan tindakan fisioterapii yaitu 100%, sedangkan pada hasil intervensi hari ke dua didapatkan hasil yang signifikan dari sebelum tindakan fisioterapi dada didapatkan hasil 97%, setelah dilakukan tindakan fisioterapi dada nilai saturasi oksigen pada pasien meningkat menjadi 99%, hasil tersebut menunjukan selisih 2% lebih baik setelah dilakukan intervensi fisioterapi dada dengan teknik clapping dan vibrasi	
--	---	--	--	--	--	--

3. Kesimpulan/Hasil EBN

Berdasarkan hasil dari penelitian Budi ariyadi Rizky Meliando Muhammad Faizal pada tahun 2024 Pengaruh Fisioterapi Dada Menggunakan Teknik Clapping Dan Vibrasi Terhadap Saturasi Oksigen Pasien Kritis menunjukkan bahwa terjadi peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen dari 91,57% menjadi 99,32% dengan Sehingga dapat \\\ disimpulkan terdapat pengaruh fisioterapi dada menggunakan teknik clapping dan vibrasi terhadap saturasi oksigen pasien kritis. Berdasarkan hasil penelitian Yasin et al. (2024) pada tahun 2024 hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen dari 91,57% menjadi 99,32% dengan nilai p-value (0,000). Sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh fisioterapi dada menggunakan teknik clapping dan vibrasi terhadap saturasi oksigen pasien kritis di ICU. Selanjutnya penelitian ada penelitian yang membuktikan bahwa tindakan fisioterapi dada seperti perkusi, vibrasi dan drainase postural memberikan pengaruh terhadap bersihan jalan nafas pasien dilihat dari frekuensi pernafasan yang dilakukan selama 3 hari yang terdapat perbedaan pada kelompok kontrol dan intervensi setelah diberi perlakuan dengan nilai $p=0,001$ ($p<0,05$) dan perbedaan rerata 6,633. Dan terdapat perbedaan proporsi kemampuan mengeluarkan dahak pada kelompok intervensi. dan kontrol dengan nilai $p=0,035$ ($p<0,05$) Berdasarkan nilai OR, kemampuan memproduksi sputum 7 kali lebih produktif pada kelompok intervensi dibandingkan pada kelompok kontrol. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tindakan fisioterapi dada seperti tepuk tangan dan vibrasi dapat membantu membersihkan jalan napas akibat sputum yang berlebihan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

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

1. Pengkajian: dari hasil yang didapatkan dari Tn.S faktor terjadinya HS yaitu memiliki riwayat penyakit hipertensi dan seorang perokok aktif, jenis kelamin laki-laki, serta faktor usia lanjut yaitu 69 tahun. Saat melakukan pengkajian didapatkan pasien mengalami kelemahan tubuh sisi sebelah kanan serta mengalami penurunan kesadaran kesadaran Somnolen dan GCS (E3,V1,M5), tampak pasien sesak, tampak suara napas tambahan ronchi, tampak pasien tidak bisa bicara, hasil pemeriksaan diagnostic ct-scan kepala hasil intracerebral hemoragic.
2. Diagnosis keperawatan : yang ditemukan pada Tn.S dengan HS yaitu: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan edema serebral, Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan hipersekresi jalan napas, Gangguan mobilitas fisik berhubungan Gangguan neuromuscular, Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan Kompleksitas program perawatan/pengobatan.
3. Intervensi keperawatan : dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya manajemen peningkatan TIK, manajemen jalan napas, Dukungan Mobilisasi, Dukungan perawatan Diri serta Pendidikan kesehatan yang meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.
4. Implementasi keperawatan : setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan : dari hasil evaluasi ada 2 keperawatan yang teratasi sebagian yaitu Penurunan kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian, diagnosa bersihan jalan napas teratasi sebagian, Manajemen kesehatan tidak efektif teratasi sebagian serta ada 1 keperawatan yang teratasi sebagian, yaitu Gangguan mobilitas fisik belum teratasi karena perawatan pasien stroke hemoragik membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.
6. Penerapan EBN pada pasien Tn.S dengan stroke hemoragik yaitu tentang pemberian fisioterapi dada dimana tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan saturasi oksigen dan membantu menahan saluran pernapasan agar tetap terbuka, sehingga memungkinkan udara masuk ke tenggorokan untuk membantu mengeluarkan lendir.

B. Saran

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

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

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

2. Bagi Pasien

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

3. Bagi penulis

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

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberikan wawasan lebih luas dan acuan bagi peserta didik dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan di bidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik di bidang pendidikan maupun praktik keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, M. A., Asarafat, R., & Irwan, M. (2022). FAKTOR RISIKO STROKE PADA USIA MUDA: LITERATUR REVIEW Risk Factors for Stroke at Young Age: Literature Review. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 8(1), 7–14.
- Ainy, R. E. N., & Nurlaily, A. P. (2021). ORIGINAL ARTICLE ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE HEMORAGIK DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN FISILOGIS : OKSIGENASI. 2(1), 21–25.
- Herwanto, V. (2023). Stroke Hemoragik : Penertian, Penyebab, Gejala, dan Pencegahan. *PT. Siloam Internatinal Hospital*.
<https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/stroke->
- Kanda, R. L., & Tanggo, W. D. (2022). Program studi sarjana keperawatan dan ners sekolah tinggi kesehatan stella maris makassar 2022. *Jurnal Stella Maris Makassar 2022*, 10–80.
- Lestari, Y. R. (2017). *Sekolah tinggi ilmu kesehatan stella maris program s1 keperawatan dan ners makassar 2017*.
- Muthmainnah, P. R., Syahril, K., Rahmawati, Nulanda, M., & Dewi, A. S. (2022). Hubungan Hipertensi dengan Kejadian Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik KYayan. *Jurnal Mahasiswa Kedokteran*, 2(5), 359–367.
- Muttaqin, A. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*.
https://inlislite.banjarbarukota.go.id/opac/detail-opac?id=3950&utm_source=perplexity
- Ngole, M. I., & Nencyani, M. L. (2022). Program studi sarjana keperawatan dan ners sekolah tinggi kesehatan stella maris makassar 2022. *Jurnal Stella Maris Makassar 2022*, 10–80.
- Nugrahaeni, K. (2022). *Discharge Planning Pada Pasien Stroke*.

https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/871/discharge-planning-pada-pasien-stroke

Parry-Jones, A., Krishnamurthi, R., Ziai, W. C., Martins, A. S. S. W. S. O., & Craig S. Anderson. (2025). Organisasi Stroke Dunia (WSO): Lembar fakta perdarahan intraserebral global 2025. *Stroke Jurnal International*. <https://doi.org/10.1177/17474930241307876>. Epub 6 Januari 2025.

Pokhrel, S. (2024). No TitleEΛENH. In *Ayan* (Vol. 15, Issue 1).

Pratiwi, M. D., & Rahmayani, F. (2021). Hemiparesis Alterans: Laporan Kasus. *JIMKI: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia*, 9(1), 143–148. <https://doi.org/10.53366/jimki.v9i1.329>

Pratomo, I. P. (2023). Banyak Dahak akibat Pernapasan “Ikutan Lumpuh” pada Penderita Stroke. *Rumah Sakit Universitas Indonesia*. <https://rs.ui.ac.id/umum/berita-artikel/artikel-populer/banyak-dahak-akibat-pernapasan-ikutan-lumpuh-pada-penderita-stroke>

Retnaningsih, D., Pandin, M. G. R., Nursalam, N., & Ramadhani, D. (2023). *Discharge Planning Stroke A Nursing Science Philosophy: Systematic Review*. 09(May), 67.

Rika Widianita, D. (2023). No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title. In *AT-TAWASSUTH: Jurnal Ekonomi Islam: Vol. VIII* (Issue I).

RISKESDAS 2023. (2025). *Cegah Stroke Dengan Aktivitas Fisik*. <https://kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/cegah-stroke-dengan-aktivitas-fisik>

Shuichi Suzuki, R. E., Kelley, B. K., Dandapani, Yolanda Reyes-Iglesias, W., Dietrich, D., & Duncan, R. C. (2024). *Acute leukocyte and temperature response in hypertensive intracerebral hemorrhage*. 6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1161/01.STR.26.6.1020>

Susanti, M., Triyana, R. Y., & Nurwiyeni. (2022). Edukasi Hipertensi Dan Pencegahan Komplikasi Hipertensi Pada Pasien Puskesmas Dadok

Tunggul Hitam. *Jurnal Abdimas Saintika*, 3(2), 153–157.

<https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>

Utami, R. T., Ismail, I. U., Dinata, A. S., Delfira, A., Rinarto, N. D., Safitri, M., Afrianti, N., Sari, D. M., Hazmi, A. Al, Fitriani, I., Alti, R. P., & Novia, R. (2023). *ANFISMAN: Anatomi & Fisiologi Manusia* (S. S. & E. Efitra (ed.)). PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

<https://books.google.co.id/books?hl=id&id=fbLQEAAAQBAJ&q=>

Yasin, M. Q., Septimar, Z. M., & Dewi, E. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Strokehemoragik Post Craniotomy Dengan Intervensi Fisioterapi Dada Menggunakan Teknik Clapping Dan Vibrasi Terhadap Saturasi Oksigen Di Ruang Icu Rs An-Nisa Tangerang*. 237–243.

Yetmiliana, M. (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), 549–560.

<https://doi.org/10.54543/kesans.v2i8.171>

Riwayat hidup



1. Identitas pribadi

Nama : Alexia Koryesin
Tempat /Tanggal lahir : Meyano Bab, 19 Februari 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln Daeng Tompo No 35A

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Blasus Koryesin /Hendrika Batcori
Agama : Katolik
Pekerjaan : Petani/IRT
Alamat : Jln Trans Yandena.Kec Kormomolin

3. Pendidikan yang telah di tempuh

SD Naskat 1 Santo Michael : (2009-2014)
SMP Negeri 1 Kormomolin : (2014-2017)
SMA Negeri 10 Kepulauan Tanimbar : (2017-2020)
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan) : (2020-2024)
STIK Stella Maris Makassar (Profesi Ners) : (2024-2025)

Riwayat hidup



1. Identitas pribadi

Nama : Anchela A. Monica
Tempat /Tanggal lahir : Makassar, 07 Juli 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan IV Lr. 9B/49

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Micha Tangke / Yulita Tiku Tandiayu
Agama : Katolik
Pekerjaan : Buruh harian / pegawai swasta
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan IV Lr. 9B/49

3. Pendidikan yang telah di tempuh

SD Frater Bakti Luhur Makassar	2008-2014
SMP Negeri 12 Makassar	2014-2017
SMA Frater Kumala	2017-2020
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan)	2020-2024
STIK Stella Maris Makassar (Ners)	2024-2025

LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : Alexia Koryesin NS2414901027
 Anchela A. Monica NS2414901028

Pembimbing : Wirmando, Ns.,M.Kep

Judul : Asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik di ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar

NO	Hari/tanggal	Materi bimbingan	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa	
				I	II
1.	14 Mei 2025	Pengkajian			
2.	21 Mei 2025	Pengkajian implementasi dan EBN			
3.	28 Mei 2025	Bab 3 & bab 4			
4.	5 Juni 2025	Perbaiki analisa data dan EBN			
5.	9 Juni 2025	Pebaiki analisa data,evaluasi dan EBN			
6.	10 Juni 2025	ACC			

LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : Alexia Koryesin NS2414901027
Anchela A. Monica NS2414901028

Pembimbing : Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN

Judul : Asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik di ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar

No	Hari/tanggal	Materi bimbingan	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa	
				I	II
1.	26 Mei 2025	Bab 1 dan bab 2			
2.	5 Juni 2025	Perbaiki bab 1 dan bab 2			
3.	9 Juni 2025	Perbaiki bab 1 dan KDK teori			
4.	11 Juni 2025	ACC			