



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN
HEMORAGIK STROKE (HS) DI *INTENSIVE CARE UNIT*
RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY JUSUF PUTERA
MAKASSAR**

OLEH:

**KADEK SINTIA SUPUTRI GIRI (NS2514901037)
KRISTIANI RITA (NS2514901039)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2026**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN
HEMORAGIK STROKE (HS) DI INTENSIVE CARE UNIT
RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY JUSUF PUTERA
MAKASSAR**

OLEH:

**KADEK SINTIA SUPUTRI GIRI (NS2514901037)
KRISTIANI RITA (NS2514901039)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2026**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini,

1. Kadek Sintia Suputri Giri (NS2514901037)
2. Kristiani Rita (NS2514901039)

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

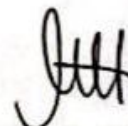
Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 26 Maret 2026

Yang menyatakan



Kadek Sintia Suputri Giri



Kristiani Rita

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar", telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

- Nama/NIM : 1. Kadek Sintia Suputri Giri (NS2514901037)
2. Kristiani Rita (NS2514901039)

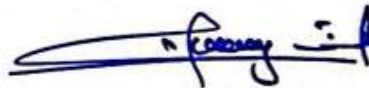
Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep)
NIDN: 0927038903

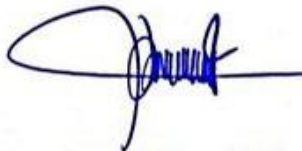
Pembimbing 2



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

Menyetujui,

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



Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D
NIDN: 0913068201

HALAMAN PENGESAHAN

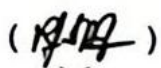
Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Kadek Sintia Suputri Giri (NS2514901037)
2. Kristiani Rita (NS2514901039)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan
Hemoragik Stroke di Ruang *Intensive Care Unit*
Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep
Pembimbing 2 : Mery Solon, Ns., M.Kes
Penguji 1 : Rosmina Situngkir, Ns.,M.,Kes
Penguji 2 : Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.kes

()
()
()
()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 26 Maret 2026

Mengetahui,

Kepala BTK Stella Maris Makassar



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

NIDN: 0913098201

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : 1. Kadek Sintia Suputri Giri (NS2514901037)
2. Kristiani Rita (NS2514901039)

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

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 26 Maret 2026

Yang menyatakan



Kadek Sintia Suputri Giri



Kristiani Rita

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Hemoragik Stroke* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar”. Dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, material maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sebagaimana mestinya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung, dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini, terutama kepada:

1. Fransiska Anita E. R. Sa’pang, Ns., M.Kep., Sp.KMB., Ph.D selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama.
3. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana sekaligus sebagai dosen pembimbing 2 dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni, dan Inovasi sekaligus sebagai dosen pembimbing 1 dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
5. Wirmando, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris.

6. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris.
7. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat STIK Stella Maris.
8. Rosmina Situngkir, Ns.,M.,Kes selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
9. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.kes selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
10. Bapak dan Ibu Dosen beserta Staf Pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing dan memberi pengarahan selama perjalanan pendidikan penulis.
11. Ny. T selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
12. Pimpinan, perawat, serta seluruh staf di Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar yang telah memberikan izin, kesempatan, serta bantuan kepada penulis selama proses pengambilan kasus dan pelaksanaan asuhan keperawatan kritis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
13. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Sintia (Bapak Made dan Ibu Darsi) dan Kristiani (Bapak Sattu dan Ibu Dika) serta keluarga, teman-teman, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, motivasi yang tiada henti sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna memperbaiki penulisan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 26 Maret 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Manfaat Penulisan	5
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medik.....	9
1. Pengertian	9
2. Anatomi dan Fisiologi Otak	10
3. Etiologi	17
4. Klasifikasi.....	20
5. Patofisiologi	22
6. Manifestasi Klinis	28
7. Pemeriksaan Diagnostik	29
8. Penatalaksanaan Medik.....	31
9. Komplikasi	35
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	36
1. Pengkajian	36
2. Diagnosa Keperawatan.....	41
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	41
4. Perencanaan Pulang.....	56
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	58
B. Pengkajian	59
C. Analisa Data.....	77
D. Diagnosis Keperawatan	81
E. Perencanaan Keperawatan.....	82
F. Implementasi Keperawatan.....	85
G. Evaluasi Keperawatan	118
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	128

1. Pengkajian	128
2. Diagnosa Keperawatan	132
3. Intervensi Keperawatan.....	136
4. Implementasi Keperawatan	137
5. Evaluasi Keperawatan	138
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	139
1. Judul EBN	139
2. Diagnosa Keperawatan	140
3. Luaran yang Diharapkan	140
4. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN	140
5. Pembahasan Tindakan Keperawatan EBN	140

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan	146
B. Saran	147

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian Otak Manusia	10
Gambar 2.2 Otak Besar	11
Gambar 2.3 Silkus Willis	14

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer	59
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium Dara Rutin.....	75
Tabel 3.3 Laboratorium Kimia Darah.....	76
Tabel 3.4 Analisa Data	77
Tabel 3.5 Diagnosis Keperawatan.....	81
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan.....	82
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan	85
Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan.....	118
Tabel 4.1 Picot EBN.....	141

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

Lampiran 2 Biografi Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan utama di tingkat global karena menjadi penyebab terbesar kecacatan pada orang dewasa serta menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian setelah penyakit jantung. Stroke merupakan gangguan fungsi neurologis akibat gangguan vaskular serebral yang terjadi secara mendadak dan berkembang cepat. Terjadinya stroke sangat berkaitan dengan berbagai karakteristik serta faktor risiko yang dimiliki individu (Geneva & Usman, 2023).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2025), stroke masih menjadi masalah kesehatan global dengan angka kejadian dan kematian yang tinggi. Secara global terdapat sekitar 11,9 juta kasus baru stroke per tahun, dengan 3,44 juta kasus (28,8%) merupakan stroke hemoragik. Stroke menyebabkan sekitar 7,25 juta kematian setiap tahun dan sekitar 3,31 juta kematian (45,6%) di antaranya disebabkan oleh stroke hemoragik. Selain itu, sekitar 93,8 juta orang hidup dengan dampak pasca-stroke dan risiko stroke sepanjang hidup diperkirakan dialami oleh 1 dari 4 orang dewasa. Faktor risiko utama yang berkontribusi terhadap tingginya angka kejadian stroke meliputi hipertensi (faktor dominan), merokok, diabetes melitus, dislipidemia, dan kurang aktivitas fisik. Di Indonesia, berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Kemenkes RI (2024), stroke merupakan penyebab utama kecacatan (11,2%) dan penyebab kematian kedua (18,5%) secara nasional, dan menurut data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan prevalensi stroke sebesar 8,3 per 1.000 penduduk. Sementara itu, berdasarkan data rekapitulasi BPJS Kesehatan Indonesia dalam penelitian Nurasyah et al. (2023), periode Januari 2021–Desember 2022, tercatat sebanyak 226.047 pasien stroke hemoragik, dengan persentase yang meningkat dari 43% pada tahun

2021 menjadi 57% pada tahun 2022. Temuan ini menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan kejadian stroke hemoragik secara nasional. Selain itu, hipertensi merupakan diagnosis sekunder yang paling sering ditemukan pada pasien dan sekitar 48,5% kematian akibat stroke berasal dari kasus hemoragik. Data tersebut menunjukkan bahwa stroke, khususnya stroke hemoragik memiliki angka kejadian, kematian, dan kecacatan yang tinggi, baik secara global maupun nasional, sehingga diperlukan upaya pencegahan dan pengendalian faktor risiko terutama hipertensi. Berdasarkan Riset Kesehatan dasar (Riskesdas) dalam penelitian Ilyas & Ukke (2022), prevalensi stroke di Indonesia masih tergolong tinggi, prevalensi stroke nasional sebesar 12,1‰ dengan prevalensi tertinggi di Provinsi Sulawesi Selatan yaitu 17,9‰. Di Kota Makassar sendiri, angka kejadian stroke dilaporkan mencapai sekitar 96 kasus per 1.000 penduduk dan menjadi salah satu dari sepuluh penyebab utama kematian di kota tersebut.

Menurut Familah et al. (2024), berdasarkan mekanismenya stroke dibedakan menjadi dua jenis utama, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik, jenis ini merupakan tipe yang paling sering ditemukan dan berhubungan erat dengan faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia. Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menimbulkan perdarahan intrakranial, baik *intracerebral* maupun *subarakhnoid*. Kondisi ini dapat meningkatkan tekanan intrakranial dan memperberat kerusakan neurologis. Meskipun angka kejadiannya lebih rendah dibandingkan stroke iskemik, stroke hemoragik memiliki risiko kematian dan kecacatan yang lebih tinggi, terutama pada pasien dengan hipertensi kronis yang tidak terkontrol (M. F. Rizki et al., 2025). Hal ini sesuai dengan penelitian Suarjaya et al. (2022), yang menyatakan bahwa pada stroke hemoragik, perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak akan meningkatkan volume intrakranial, sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK yang tidak segera ditangani dapat menurunkan

perfusi serebral, mengurangi suplai oksigen ke jaringan otak, serta memperburuk kerusakan neurologis. Oleh karena itu, penatalaksanaan yang tepat untuk mengontrol TIK menjadi aspek penting dalam perawatan pasien stroke hemoragik.

Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan hemodinamik termasuk saturasi oksigen. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan dan penanganan yang tepat karena kondisi hemodinamik sangat mempengaruhi fungsi pengantaran oksigen dalam tubuh yang pada akhirnya akan mempengaruhi fungsi jantung (Azizah & Arofiati, 2023). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sabma et al (2026), pasien stroke hemoragik sering mengalami penurunan tingkat kesadaran, gangguan fungsi motorik, gangguan komunikasi, serta berbagai komplikasi neurologis lainnya. Selain itu, perdarahan di otak dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial yang berpotensi memperburuk kondisi pasien dan meningkatkan risiko kematian apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat. Oleh karena itu, pasien dengan kondisi tersebut umumnya memerlukan perawatan intensif di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) untuk mendapatkan pemantauan ketat terhadap fungsi neurologis, pernapasan, dan kondisi hemodinamik.

Perawatan di ICU bertujuan untuk memantau tanda vital secara kontinu, menjaga jalan napas, serta menangani komplikasi seperti edema serebri, gangguan pernapasan, dan ketidakstabilan hemodinamik sehingga dapat mencegah perburukan kondisi dan meningkatkan peluang pemulihan pasien (Pramadyanti et al., 2025). Sejalan dengan hal tersebut, perawatan pasien stroke hemoragik (HS) di ruang ICU dilakukan secara intensif untuk mempertahankan fungsi vital dan mencegah komplikasi. Perawatan meliputi pemantauan neurologis seperti tingkat kesadaran menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS), respon pupil, serta tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial. Selain itu, dilakukan pemeliharaan jalan napas dengan

pemberian oksigen atau ventilator bila diperlukan, menurunkan tekanan intrakranial, pemantauan tanda vital seperti tekanan darah, nadi, dan pernapasan dilakukan secara ketat, serta pemberian terapi farmakologis seperti mannitol, antihipertensi, dan antikonvulsan diberikan sesuai indikasi medis.

Menurut penelitian Kaswanto & Chayati (2023), salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perfusi serebral adalah dengan mengatur posisi tubuh pasien, khususnya melalui elevasi kepala. Pemberian posisi head up 30° pada pasien stroke mempunyai manfaat yang besar yaitu dapat memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral. Teknik elevasi kepala 30° dilakukan dengan menempatkan kepala pasien pada sudut sekitar 30 derajat terhadap permukaan tempat tidur, sementara tubuh tetap sejajar dan kedua tungkai dalam posisi lurus tanpa fleksi.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa penerapan elevasi kepala pada sudut 30° efektif dalam mempertahankan stabilitas hemodinamik serta mengurangi tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial pada pasien. Hasil serupa juga di peroleh dari penelitian Nurfikasari et al. (2025), dalam *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* menunjukkan bahwa elevasi kepala 30° memberikan efek fisiologis signifikan terhadap kondisi hemodinamik dan neurologis pasien. Posisi ini meningkatkan aliran balik vena serebral sehingga menurunkan tekanan vena jugularis dan tekanan intrakranial (TIK), serta berkontribusi pada penurunan *Mean Arterial Pressure* (MAP). Selain itu, elevasi kepala 30° membantu meningkatkan oksigenasi melalui perbaikan ekspansi paru, pengurangan tekanan diafragma, dan peningkatan ventilasi alveolar, sehingga pertukaran gas menjadi lebih optimal dan status neurologis pasien membaik.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis memilih kasus stroke sebagai fokus studi dalam pemberian asuhan keperawatan pada salah

satu pasien yang dirawat di ruang perawatan ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar dengan diagnosis medis stroke hemoragik. Pemilihan kasus ini didasarkan pada kondisi pasien yang telah mengalami peningkatan tekanan intrakranial (TIK), yang berisiko menimbulkan gangguan perfusi serebral, perburukan status neurologis, serta komplikasi serius lainnya. Melalui pemberian asuhan keperawatan yang tepat, komprehensif, dan berkesinambungan, penulis berharap dapat berkontribusi dalam mengontrol peningkatan TIK, mencegah perburukan kondisi neurologis, meminimalkan derajat kecacatan, serta mencegah terjadinya komplikasi lanjutan yang berkaitan dengan kondisi pasien.

B. Tujuan Penulis

Adapun tujuan penulisan karya ilmiah ini antara lain adalah merumuskan:

1. Tujuan Umum

Penulis dapat mengembangkan wawasan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan kritis secara komprehensif kepada pasien stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Memperoleh peningkatan keterampilan dalam melakukan kajian keperawatan kritis terhadap kasus stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar
- b. Memperoleh peningkatan keterampilan dalam merumuskan diagnosa keperawatan kritis terhadap kasus stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Putera Makassar
- c. Memperoleh peningkatan keterampilan dalam membuat perencanaan keperawatan kritis terhadap kasus stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Putera Makassar

- d. Memperoleh peningkatan keterampilan dalam melaksanakan tindakan keperawatan kritis berbasis penelitian sesuai dengan prinsip *Evidence Based Nursing* (EBN) yang telah direncanakan sebelumnya pada kasus stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.
- e. Memperoleh peningkatan keterampilan dalam melakukan evaluasi kritis terhadap tindakan yang telah dilakukan pada kasus stroke hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Putera Makassar.

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan dari karya ilmiah ini adalah :

1. Bagi instansi Rumah Sakit
Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan merawat pasien stroke dalam memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan dengan menggunakan pengetahuan posisi *head up* 30 derajat sebagai salah satu pilihan perawat dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik, sehingga perawat dapat menerapkan standar asuhan keperawatan dengan optimal dan menunjang mutu pelayanan rumah sakit.
2. Bagi Pasien
Dapat di jadikan sebagai pedoman dalam cara merawat, mencegah serta melakukan penanganan penyakit stroke hemoragik dan dapat bermanfaat bagi klien, dapat membangun tekad, dapat lebih memotivasi diri untuk kembali sehat dan menyikapi kondisi sakit dengan optimal.
3. Bagi Penulis
Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang selama ini didapatkan selama pendidikan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik.

4. Bagi Instansi Pendidikan

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

D. Metode Penulisan

Pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data/informasi melalui:

1. Studi Kepustakaan

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

2. Studi Kasus

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

- a. Wawancara dengan mengandalkan atau melakukan tanyak jawab kepada keluarga pasien dan perawat di ruangan berkaitan dengan penyakit.
- b. Observasi pengamatan langsung kondisi pasien dengan mengikuti tindakan yang diberikan kepada pasien dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
- c. Pemeriksaan fisik dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

- d. Melalui diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing karya ilmiah, pembimbing klinik di ruang perawatan serta teman-teman mahasiswa.
- e. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan pasien termasuk hasil tes diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

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

1. BAB I Pendahuluan

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

2. BAB II Tinjauan Pustaka

Dalam BAB ini terdiri dari : konsep dasar medik yaitu pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, dan komplikasi, kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang.

3. BAB III Pengamatan Kasus

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

4. BAB IV Pembahasan Kasus

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

5. BAB V Simpulan dan Saran

Dalam BAB ini terdiri dari : kesimpulan dan saran bagi pihak – pihak yang terkait dari penyusunan karya ilmiah ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Hemoragik stroke adalah kondisi serius akibat pecahnya pembuluh darah di otak, yang menimbulkan perdarahan dan tekanan pada jaringan otak. Hal ini dapat menyebabkan gangguan fungsi saraf secara mendadak, seperti kelemahan tubuh, gangguan bicara, kehilangan kesadaran, atau kelumpuhan. Hipertensi yang tidak terkontrol merupakan faktor risiko utama, dan stroke hemoragik memiliki risiko kematian dan cacat permanen yang lebih tinggi dibanding jenis stroke lainnya (M. F. Rizki et al., 2025). Stroke hemoragik merupakan kondisi yang terjadi ketika pembuluh darah di otak mengalami ruptur sehingga menimbulkan perdarahan. Perdarahan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan dan penekanan pada jaringan otak di sekitarnya, yang kemudian dapat mengakibatkan gangguan fungsi neurologis (Sitepu, 2024).

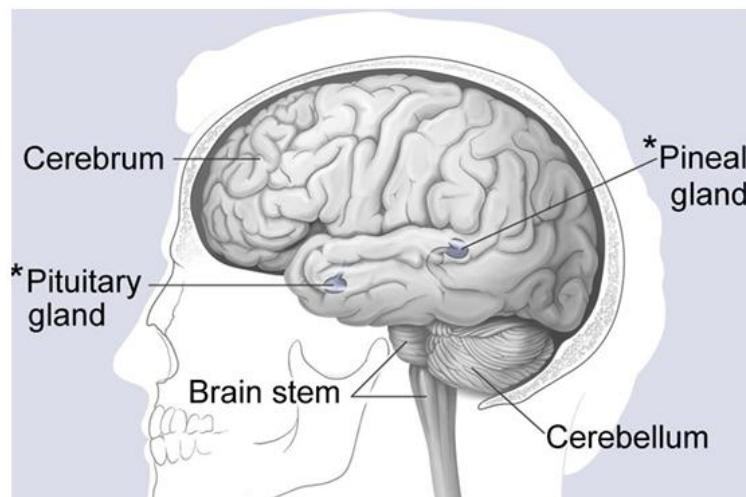
Menurut Sibagariang (2023), stroke hemoragik adalah kondisi neurologis akut yang terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, menyebabkan perdarahan ke jaringan otak. Perdarahan ini menimbulkan hematoma yang menekan jaringan otak sekitarnya, sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke area tersebut terganggu. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jacob (2024), stroke hemoragik adalah salah satu bentuk stroke yang terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah sehingga terjadi perdarahan ke dalam jaringan otak. Perdarahan tersebut dapat terjadi di dalam jaringan otak (*intracerebral*) atau sekitar permukaan otak (*subarachnoid*), dan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial yang mengganggu fungsi normal otak. Perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala neurologi dengan cepat karena tekanan pada saraf di dalam

tengkorak yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernafasan cepat, pupil mengecil, kaku kuduk dan hemiplegia.

Berdasarkan tinjauan teori yang telah diuraikan, penulis dapat menyimpulkan bahwa stroke hemoragik adalah kondisi neurologis akut yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak, menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak atau di sekitarnya, yang meningkatkan tekanan intrakranial dan menekan jaringan otak sehingga mengganggu fungsi neurologis. Kondisi ini ditandai dengan gejala seperti penurunan kesadaran, gangguan bicara, kelemahan atau kelumpuhan pada sisi tubuh tertentu, serta tanda-tanda vital yang tidak stabil, dan memiliki risiko kematian serta kecacatan permanen yang lebih tinggi dibandingkan jenis stroke lainnya.

2. Anatomi dan Fisiologi Otak

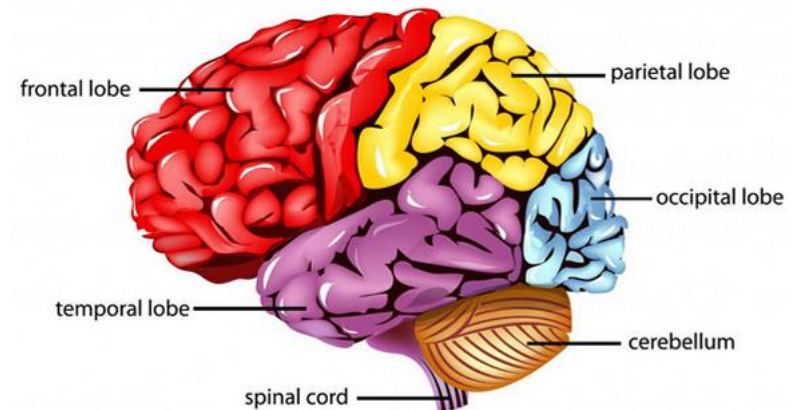
a. Anatomi



Gambar 2.1 Bagian Otak Manusia (Supena et al., 2022)

Otak manusia memiliki 3 bagian utama, yaitu otak besar (*cerebrum*), batang otak (*brainstem*), dan otak kecil (*cerebellum*). Masing-masing bagian ini juga berisi beberapa bagian dengan fungsi sebagai berikut (Supena et al., 2022).

1) Otak Besar (*Cerebrum*)



Gambar 2.2 Otak Besar (Supena et al., 2022).

Cerebrum merupakan bagian terbesar dari otak dan memiliki lipatan. *Cerebrum* menerima informasi dari semua indera dan melakukan berbagai fungsi seperti memori, pemikiran atau perasaan, dan merupakan pusat kendali otot dan kepribadian. *Cerebrum* memiliki 2 belahan (*hemisfer cerebri*), yaitu otak kiri dan otak kanan. Umumnya, otak kiri akan mengontrol tubuh bagian kanan dan tubuh bagian kiri akan dikendalikan oleh otak kanan.

Memiliki 4 lobus, yang masing-masing memiliki fungsi spesifik sebagai berikut.

a) Lobus frontal

Lobus frontal adalah bagian utama dari struktur otak yang terletak di belakang dahi. Lobus ini adalah untuk mengontrol bicara, gerakan, emosi, memori, perilaku, kepribadian, dan fungsi intelektual (misalnya, berpikir, menalar, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, dan perencanaan).

b) Lobus pariental

Lobus pariental adalah bagian otak yang terletak di tengah atau atas kepala. Lobus ini adalah untuk

mengontrol sensasi seperti sentuhan, tekanan, suhu dan rasa sakit, serta untuk mengontrol orientasi spasial (belajar tentang ukuran, bentuk, dan orientasi).

c) Lobus temporal

Lobus temporal adalah bagian dari struktur otak dan terletak di sisi kiri dan kanan otak. Lobus ini adalah untuk mengontrol pendengaran, emosi, memori, dan sensasi yang dihasilkan oleh ucapan atau bahasa.

d) Lobus oksipital

Lobus oksipital adalah bagian dari struktur otak dan terletak di belakang. Lobus adalah untuk mengontrol penglihatan, memungkinkannya menerima, memproses, dan menerjemahkan informasi sensorik.

2) Batang Otak (*Brainstem*)

Batang otak adalah kumpulan jaringan saraf di dasar otak yang berfungsi sebagai stasiun transmisi yang menghubungkan otak dan sumsum tulang belakang, mengirim dan menerima informasi antara berbagai bagian tubuh dan otak. Batang otak memiliki saraf kranial yang mengontrol pendengaran, menelan, gerakan mata, dan gerakan otot wajah, leher, bahu, dan lidah. Saraf kranial untuk penglihatan dan penciuman berasal dari otak. Batang otak terdiri dari 3 struktur utama yaitu otak tengah (*midbrain*), *medulla oblongata*, dan *pons*, yang dijelaskan sebagai berikut :

a) Otak tengah (*midbrain*)

Otak tengah pusat pergerakan okular, merupakan penghubung penting antara otak besar dan otak kecil. Fungsi otak tengah secara keseluruhan adalah fungsi penglihatan, pendengaran, gerakan mata, dan gerakan tubuh.

b) *Medulla oblongata*

Medulla oblongata adalah tempat saraf yang mengarah ke tulang belakang yang kemudian diteruskan ke seluruh tubuh. Fungsi bagian ini adalah untuk mengontrol fungsi pernafasan, detak jantung, tekanan darah dan menelan. *Medulla oblongata* terlibat dalam proses yang mengontrol fungsi otomatis organ tubuh.

c) *Pons*

Pons adalah bagian batang otak yang terletak di bawah *medulla oblongata*. Bagian ini digunakan untuk mengatur semua informasi dan mengirimkannya ke seluruh otak, bertanggung jawab untuk mengoordinasikan gerakan wajah dan mata, menangkap sensasi wajah, pendengaran, dan keseimbangan.

3) Otak Kecil (*cerebellum*)

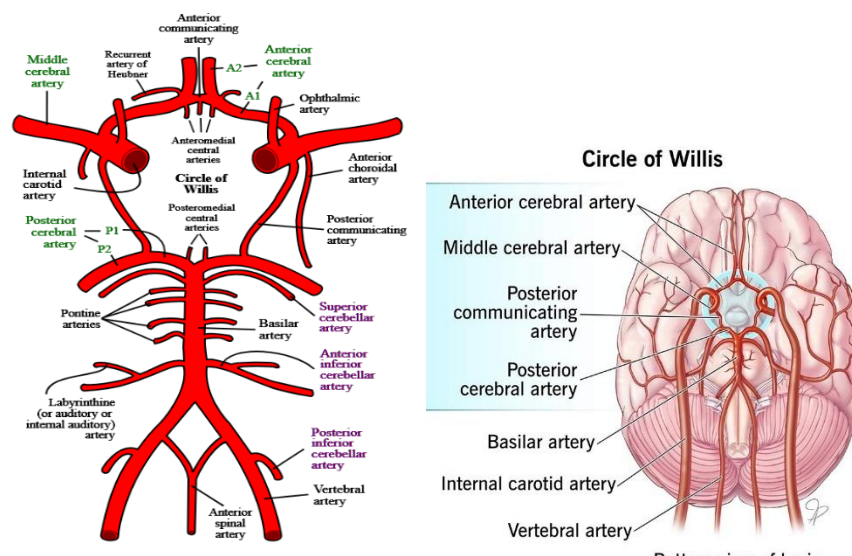
Otak kecil terletak di dasar otak, di bawah lobus oksipital. Fungsi otak kecil adalah untuk menjaga keseimbangan gerak tubuh, koordinasi otot, serta melakukan gerakan cepat dan gerakan halus. Sistem kerja otak kecil bersifat refleks dan tidak dapat dikendalikan.

b. Fisiologi sistem peredaran darah di otak

Sistem peredaran darah otak bertanggung jawab untuk menyediakan darah yang kaya oksigen dan nutrisi ke otak. Otak adalah organ yang sangat aktif dan membutuhkan banyak energi untuk berfungsi dengan baik. Aliran darah yang cukup sangat penting untuk menjaga kesehatan dan fungsi otak (Ria et al., 2023).

Sekitar 18% dari jumlah total sirkulasi darah dalam tubuh manusia dibutuhkan oleh otak, sekitar 2% dari berat badan. Darah merupakan transportasi dari oksigen, nutrisi, dan substansi-substansi lainnya yang dibutuhkan oleh otak dalam

menjalankan fungsinya dan darah juga berfugsi untuk membuang sisa-sisa metabolit. Tidak adanya aliran darah ke otak dalam waktu 15 detik akan mengakibatkan kehilangan kesadaran dan kerusakan yang ireversibel pada jaringan otak dalam waktu 5 menit. Darah disuplai ke otak melalui dua set pembuluh darah utama, yaitu arteri karotis kanan dan kiri serta arteri vertebralis kanan dan kiri (Kurniawan, 2023).



Gambar 2.3 Sirkulus Willis (Kurniawan, 2023)

Komponen utama sistem peredaran darah otak:

1) Arteri Karotid Interna

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

2) Arteri Vertebralis

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

3) Lingkaran Willis

Sirkulus Willis merupakan suatu rangkaian pembuluh darah yang membentuk lingkaran (heksagon) di dasar otak dan berfungsi sebagai penghubung antara pembuluh darah utama yang menyuplai otak. Struktur ini dibentuk oleh

sepasang arteri karotis interna dan arteri basilaris. Setiap individu dapat memiliki variasi anatomi pada sirkulus Willis, namun terlepas dari variasi tersebut, penyumbatan pada salah satu pembuluh darah mayor dapat menimbulkan gambaran klinis yang khas. Otak disuplai oleh dua sistem pembuluh darah besar, yaitu arteri karotis interna yang merupakan cabang dari arteri karotis komunis, serta arteri vertebralis yang berasal dari arteri subklavia. Sistem arteri vertebralis berperan dalam menyuplai darah ke batang otak, serebelum, lobus oksipital, serta sebagian talamus. Sementara itu, sistem arteri karotis interna menyuplai darah ke bagian otak depan. Kedua arteri karotis interna dihubungkan oleh arteri serebri anterior yang disatukan oleh arteri komunikans anterior. Selain itu, arteri karotis interna juga terhubung dengan arteri serebri posterior dari sistem vertebrobasilar melalui dua arteri komunikans posterior, yang merupakan bagian dari sirkulus Willis.

4) Arteri Serebral

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

5) Vena Serebral

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

Menurut Lestari et al. (2025), fisiologi sistem peredaran darah otak yaitu:

1) Perdarahan Intracerebral (PSI)

Pendarahan intraserebral hasil dari pecahnya pembuluh intraserebral mengarah ke pengembangan dari hematoma dalam substansi otak. Pendarahan intraserebral adalah jenis pendarahan yang sangat sering dikaitkan tekanan darah

tinggi yang tidak terkontrol. Sekitar 30% pendarahan intraserebral akan terus membesar selama 24 jam pertama, paling sering dalam waktu 4 jam, dan lokasi dan volume gumpalan adalah indikator yang paling penting. Sebagian besar kematian dini stroke hemoragik disebabkan oleh peningkatan mendadak tekanan intrakranial yang dapat menyebabkan herniasi dan kematian.

2) Perdarahan Subarachnoid (PSA)

Perdarahan subarachnoid merupakan tanda-tanda disfungsi neurologis yang cepat berkembang dengan tanda sakit kepala karena perdarahan ruang subarachnoid (ruang antara membran arachnoid dan pia mater dari otak atau sumsum tulang belakang). Dampak dari (PSA) adalah terjadinya cedera permanen pada sistem saraf pusat. Jenis perdarahan sangat sering dikaitkan dengan tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol dan efek samping terapi antitrombotik atau trombolitik.

3) Pendarahan Intraventrikel (PIV)

Perdarahan intraventrikel (PIV) adalah perdarahan yang terjadi di dalam sistem ventrikel otak, yaitu rongga di dalam otak yang berisi cairan serebrospinal (CSF). Kondisi ini terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah sehingga darah masuk dan mengisi ventrikel. Perdarahan intraventrikel dapat disebabkan oleh stroke hemoragik, trauma kepala, pecahnya aneurisma, malformasi pembuluh darah, atau gangguan pembekuan darah. Darah yang masuk ke dalam ventrikel dapat menghambat aliran cairan serebrospinal sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial dan berisiko menimbulkan hidrosefalus.

3. Etiologi

Menurut Utama & Nainggolan (2022), penyebab stroke hemoragik antara lain:

a. Faktor Predisposisi

1) Usia

Secara umum, stroke lebih banyak terjadi pada individu berusia lanjut, terutama di atas 55 tahun, dibandingkan pada anak-anak maupun usia muda. Peningkatan usia berpengaruh terhadap tekanan darah, yang cenderung meningkat seiring bertambahnya umur. Risiko stroke juga semakin besar karena fungsi dan struktur organ tubuh mengalami penurunan, sehingga elastisitas pembuluh darah berkurang dan tidak lagi bekerja secara optimal.

2) Genetik

Riwayat genetik yang berkaitan dengan kelainan pembuluh darah dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya stroke hemoragik. Salah satu kelainan tersebut adalah *Malformasi Arteriovenosa* (AVM), yaitu kondisi ketika pembuluh darah terbentuk secara tidak normal. Pada AVM, tidak terdapat kapiler yang seharusnya menghubungkan arteri dan vena, sehingga darah mengalir langsung dengan kecepatan tinggi. Aliran darah yang berlebihan dan tidak terkontrol ini menimbulkan tekanan besar pada dinding pembuluh darah. Seiring waktu, tekanan tersebut dapat menyebabkan pembuluh darah melemah dan pecah. Jika hal ini terjadi di otak, maka akan timbul perdarahan yang dapat mengganggu fungsi sistem saraf.

3) Jenis Kelamin

Berdasarkan data kejadian, stroke lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan, dengan angka insidensi sekitar 19% lebih tinggi. Perbedaan ini berkaitan dengan peran hormon estrogen pada perempuan yang memiliki efek protektif terhadap pembuluh darah melalui mekanisme vasodilatasi. Setelah

memasuki masa menopause, kadar estrogen menurun sehingga risiko stroke pada perempuan menjadi sebanding dengan laki-laki. Pada laki-laki, kadar estrogen yang rendah serta faktor gaya hidup tidak sehat dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah, meningkatkan tekanan intravaskular, dan berisiko menimbulkan ruptur pembuluh darah yang dapat memicu stroke hemoragik.

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi dapat merusak struktur dan fungsi otak karena menyebabkan gangguan pada pembuluh darah. Tekanan darah yang tinggi membuat aliran darah ke otak tidak stabil dan meningkatkan risiko terjadinya stroke, termasuk stroke berulang. Selain itu, hipertensi menyebabkan dinding pembuluh darah menebal dan jantung bekerja lebih keras. Risiko semakin tinggi jika disertai kebiasaan merokok serta konsumsi makanan tinggi lemak dan garam yang dapat memicu aterosklerosis. Jika tekanan darah tidak terkontrol, pembuluh darah di otak dapat pecah dan menyebabkan stroke hemoragik (Saifullah et al., 2024). Hipertensi kronis menyebabkan tekanan tinggi yang terus-menerus pada dinding pembuluh darah otak. Tekanan ini menimbulkan kerusakan pada lapisan endotel pembuluh darah sehingga dinding pembuluh menjadi lemah. Lama-kelamaan dapat terbentuk mikroaneurisma (*Charcot-Bouchard aneurysm*) yang mudah pecah. Ketika pembuluh darah tersebut pecah, darah keluar ke jaringan otak dan menimbulkan stroke hemoragik. Selain itu hipertensi juga menyebabkan perubahan struktur pembuluh darah seperti kerusakan pada dinding pembuluh darah kecil (arteriol) di otak dan penebalan dinding arteri kecil yang meningkatkan risiko ruptur pembuluh darah otak (Saputri et al., 2023).

2) Alkohol

Konsumsi alkohol dapat memicu penggumpalan sel darah merah, sehingga berpotensi menimbulkan sumbatan pada pembuluh darah. Kondisi ini mengurangi aliran darah ke otak dan menyebabkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, alkohol juga dapat meningkatkan tekanan intravaskular, yang berisiko memicu pecahnya pembuluh darah (Wijianto & Yuda, 2023).

3) Merokok

Perilaku merokok merupakan salah satu faktor risiko dari penyakit stroke dan kardiovaskular. Hal tersebut dapat terjadi karena peningkatan tekanan darah ditunjang oleh pemekatan darah dan penyempitan pembuluh darah perifer akibat dari kandungan bahan kimia, terutama gas monoksida dan nikotin serta zat kimia lain yang terdapat di dalam rokok. Hal ini dapat menyempit pembuluh darah serta menyebabkan pembentukan plak. Orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibandingkan orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, sehingga terjadi tekanan darah tinggi yang lama kelamaan akan menyebabkan pembuluh darah pecah (Sibagariang, 2023).

4) Pola hidup tidak sehat

Pola hidup tidak sehat dapat dilihat dari kebiasaan makan seseorang, yaitu jenis dan frekuensi konsumsi makanan. Analisis menunjukkan bahwa sekitar 60% individu memiliki pola makan tidak sehat, ditandai dengan sering mengonsumsi daging, santan, nasi putih, dan makanan tinggi minyak, serta jarang mengonsumsi buah dan sayur segar. Asupan lemak dan kolesterol yang tinggi, konsumsi nasi putih yang kaya karbohidrat, serta daging merah berhubungan dengan risiko terjadinya stroke. Kandungan lemak dan kolesterol yang tinggi dapat mengganggu

aliran darah ke otak akibat penumpukan plak pada pembuluh darah, yang menyebabkan penyempitan dan berpotensi pecahnya pembuluh darah, sehingga memicu stroke hemoragik (Kianie & Cenggono, 2025).

4. Klasifikasi

Stroke dapat diklasifikasikan menjadi stroke sumbatan (iskemik) dan stroke perdarahan (hemoragik).

a. Stroke iskemik

Stroke iskemik disebut juga dengan stroke tanpa perdarahan, tersumbatnya merupakan kondisi pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik terjadi akibat terganggunya sel neuron dan glia karena kekurangan darah akibat sumbatan arteri yang menuju otak atau perfusi otak yang inadeguat. Stroke iskemik dicirikan sebagai sekumpulan gejala defisit neurologis akibat gangguan fungsi otak akut baik fokal maupun global yang mendadak yang disebabkan berkurangnya atau hilangnya aliran darah pada parenkim otak, retina, atau medula spinalis akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah arteri maupun vena yang dibuktikan dengan pemeriksaan imaging dan patologi (Dewi & Fitraneti, 2024).

Mekanisme penyebab terjadinya stroke iskemik adalah sebagai berikut:

1) Trombosis serebral

Obstruksi oleh trombus terjadi akibat aliran darah ke otak terhambat akibat adanya gumpalan di dalam pembuluh darah otak. Plak aterosklerosis adalah penyebab utama trombosis yang merupakan penyebab paling umum dari stroke.

2) Emboli serebral

Obstruksi akibat emboli tidak terjadi pada pembuluh darah otak, melainkan terjadi gumpalan darah yang terbentuk di organ lain, biasanya jantung dan arteri besar di dada bagian atas dan leher. Kondisi jantung dan kelainan darah seperti denyut jantung yang tidak teratur atau atrium fibrilasi dapat menyebabkan penumpukan darah di jantung dan meningkatkan risiko pembentukan gumpalan darah di ventrikel. Sebagian bekuan darah tersebut lepas dan berjalan memasuki pembuluh darah otak hingga mencapai pembuluh darah otak kecil dan menyebabkan obstruksi pada aliran darah.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik merupakan kondisi ketika pembuluh darah di otak pecah, sehingga darah mengalir ke dalam jaringan parenkim otak, ke ruang yang berisi cairan serebrospinal di sekitar otak, atau keduanya (Sugiyanto et al., 2025).

1) Perdarahan Intraserebral (PIS)

Terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak, sehingga darah masuk ke jaringan otak. Penyebab utamanya adalah hipertensi kronis yang merusak dinding pembuluh darah dan memicu mikroaneurisma.

2) Perdarahan Subaraknoid (PSA)

Perdarahan terjadi di antara lapisan tipis yang melapisi otak. disebabkan oleh ruptur aneurisma, terutama aneurisma sakular bawaan.

3) Perdarahan Intraventrikel (PIV)

Perdarahan intraventrikel (PIV) adalah perdarahan yang terjadi di dalam sistem ventrikel otak, yaitu rongga di dalam otak yang berisi cairan serebrospinal (CSF). Kondisi ini terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah sehingga darah masuk dan mengisi ventrikel

5. Patofisiologi

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak, sehingga darah mengalir atau menumpuk di jaringan otak. Perdarahan yang memicu stroke hemoragik terbagi menjadi tiga jenis. Pertama, perdarahan intraserebral (PIS), yaitu ketika pembuluh darah di dalam otak pecah dan darah menyebar ke jaringan otak di sekitarnya, merusak sel-sel otak, sementara sel di area yang kekurangan aliran darah mengalami kerusakan. Kedua, perdarahan subarachnoid (PSA), biasanya dipicu oleh aneurisma atau kelainan pembuluh darah di dasar otak. Aktivitas fisik yang meningkatkan tekanan darah dapat menyebabkan pembuluh darah yang menipis akibat aneurisma membesar dan akhirnya pecah. Ketiga, perdarahan intraventrikel (PIV) terjadi ketika pembuluh darah di permukaan ventrikel otak pecah, sehingga darah memenuhi rongga ventrikel (Nurkholifah et al., 2024).

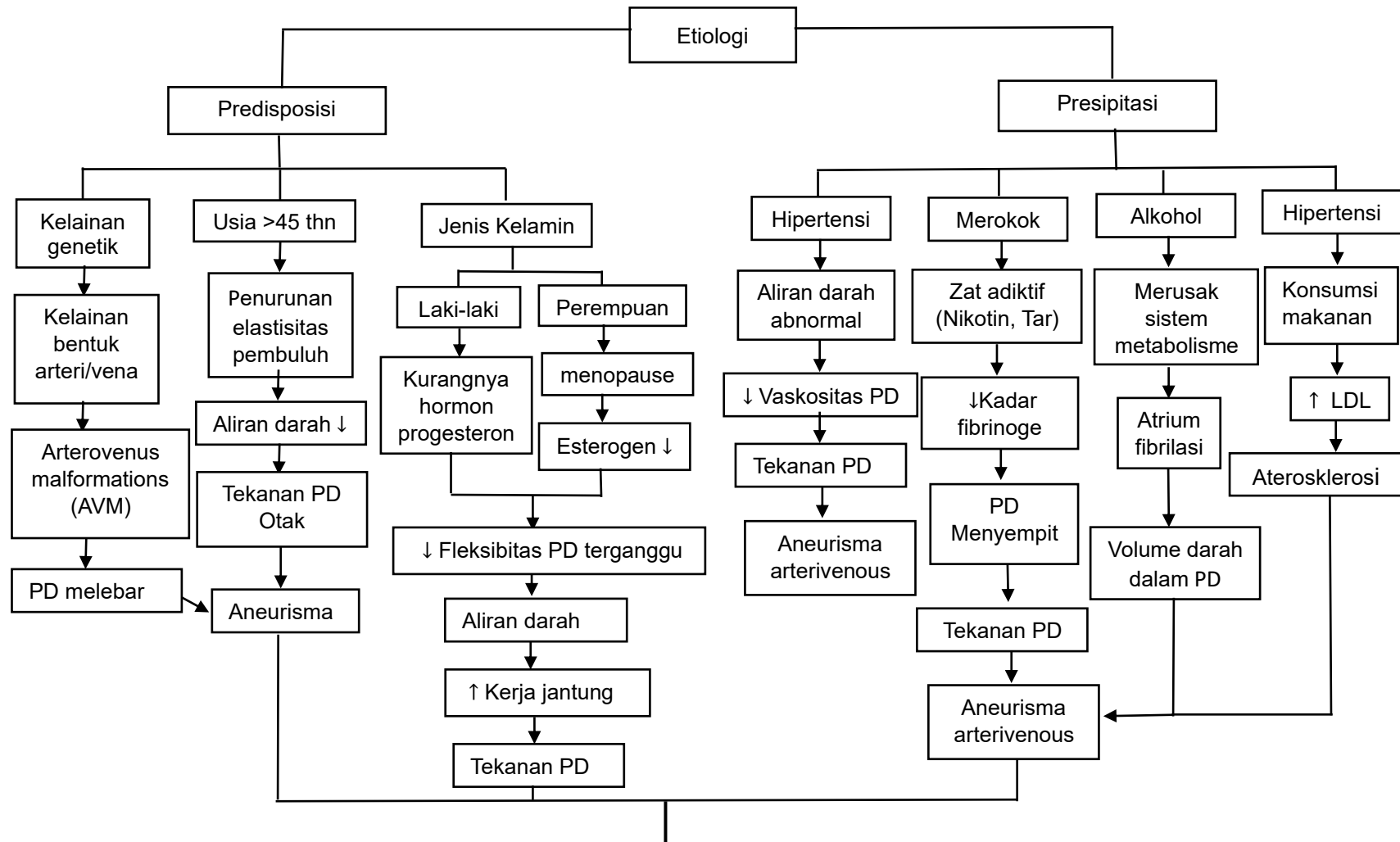
Pecahnya pembuluh darah di otak menyebabkan darah masuk ke jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan sekitarnya dan menimbulkan edema serebri. Jika edema ini berlangsung lama dan terus meningkat, dapat terjadi herniasi, yaitu pergeseran jaringan dan cairan otak dari posisinya yang menekan area sekitarnya, sehingga tekanan intrakranial meningkat dan menimbulkan sakit kepala. Kenaikan tekanan intrakranial yang mendadak juga dapat menurunkan kesadaran karena menimbulkan gangguan neurologis, serta mengurangi aliran darah dan oksigen ke otak. Kondisi ini berisiko menyebabkan depresi pusat pernapasan dan hipoventilasi, yang dapat berujung pada gagal napas bahkan kematian (Kusyani & Khayudin, 2022).

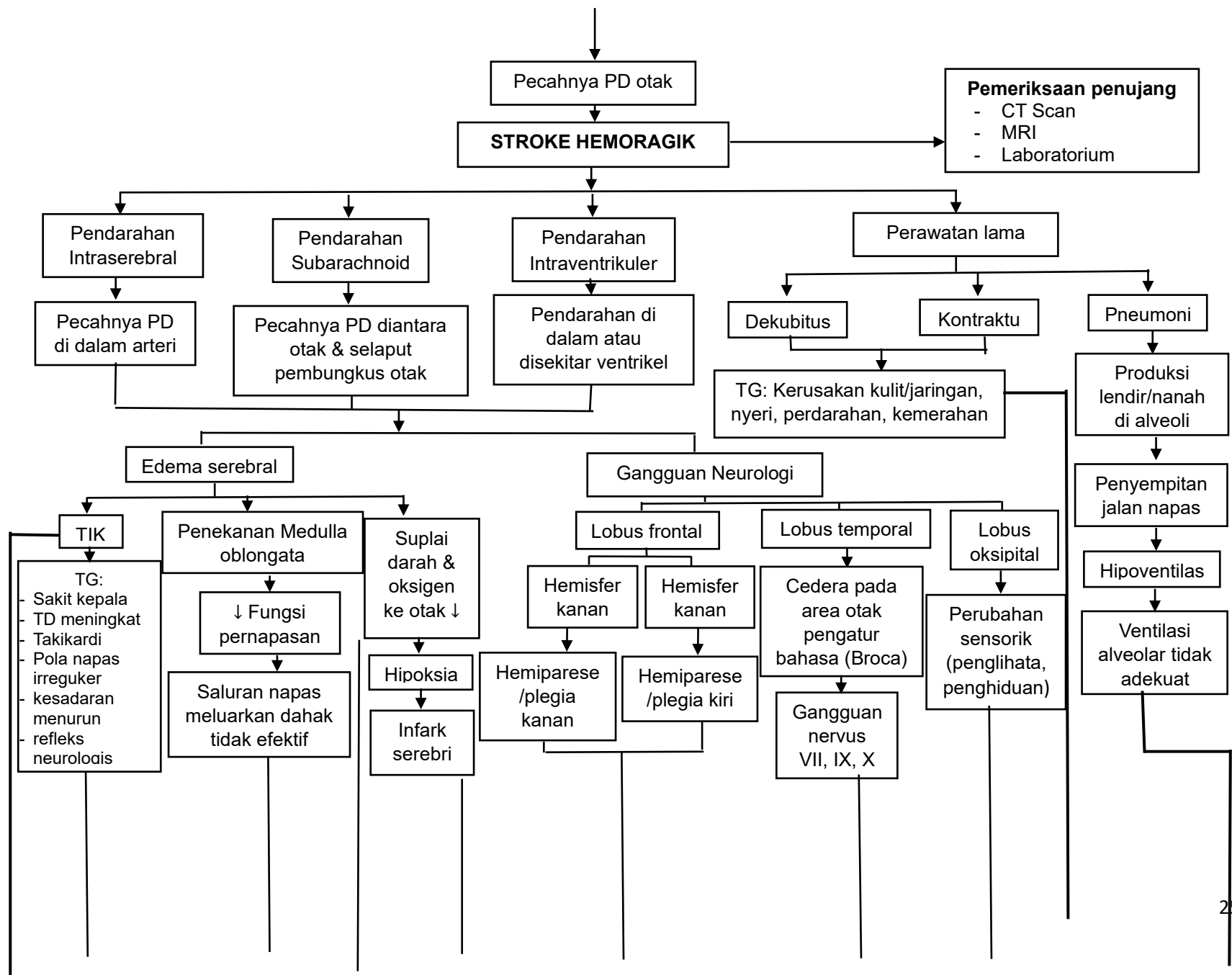
Kejang dapat muncul akibat adanya kerusakan pada otak, misalnya karena lesi yang terjadi saat stroke atau terbentuknya jaringan parut setelah proses penyembuhan, yang memengaruhi aliran listrik di otak. Selain itu, kejang pada otot juga bisa dipicu oleh berbagai

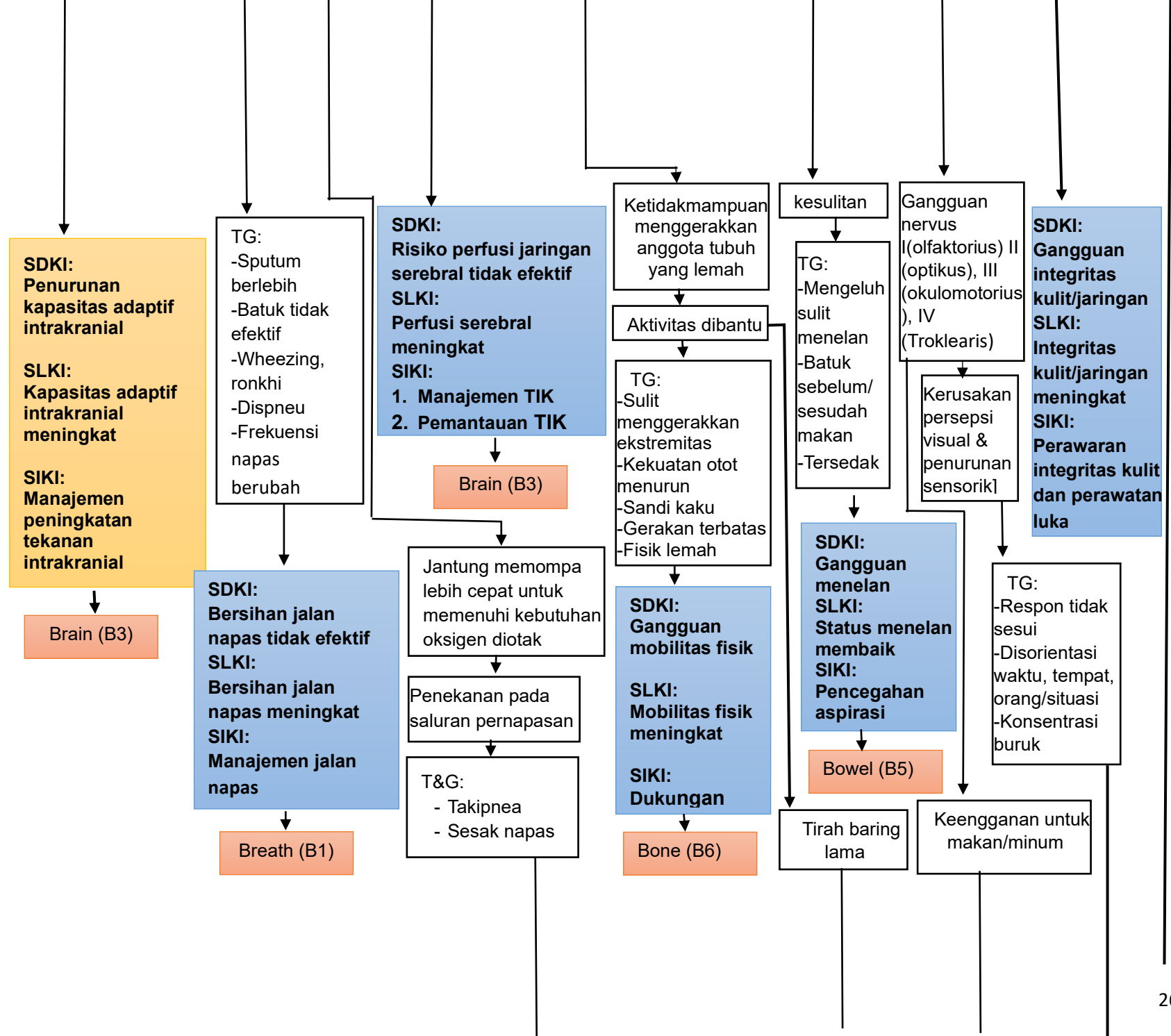
faktor lain, seperti epilepsi, ketidakseimbangan elektrolit dalam darah, atau gangguan pada saraf perifer. Kejang merupakan gejala gangguan sistem saraf pusat yang ditandai oleh perubahan mendadak pada kesadaran, perilaku, emosi, atau gerakan tubuh (baik kaku maupun kejang-kejang), berlangsung singkat, dan dapat berulang. Penyebabnya adalah aktivitas listrik di otak yang berlebihan akibat kelainan pada struktur otak atau gangguan metabolisme tubuh. Kejang sering kali menjadi indikasi awal adanya perubahan atau kerusakan pada otak (Putri et al., 2022).

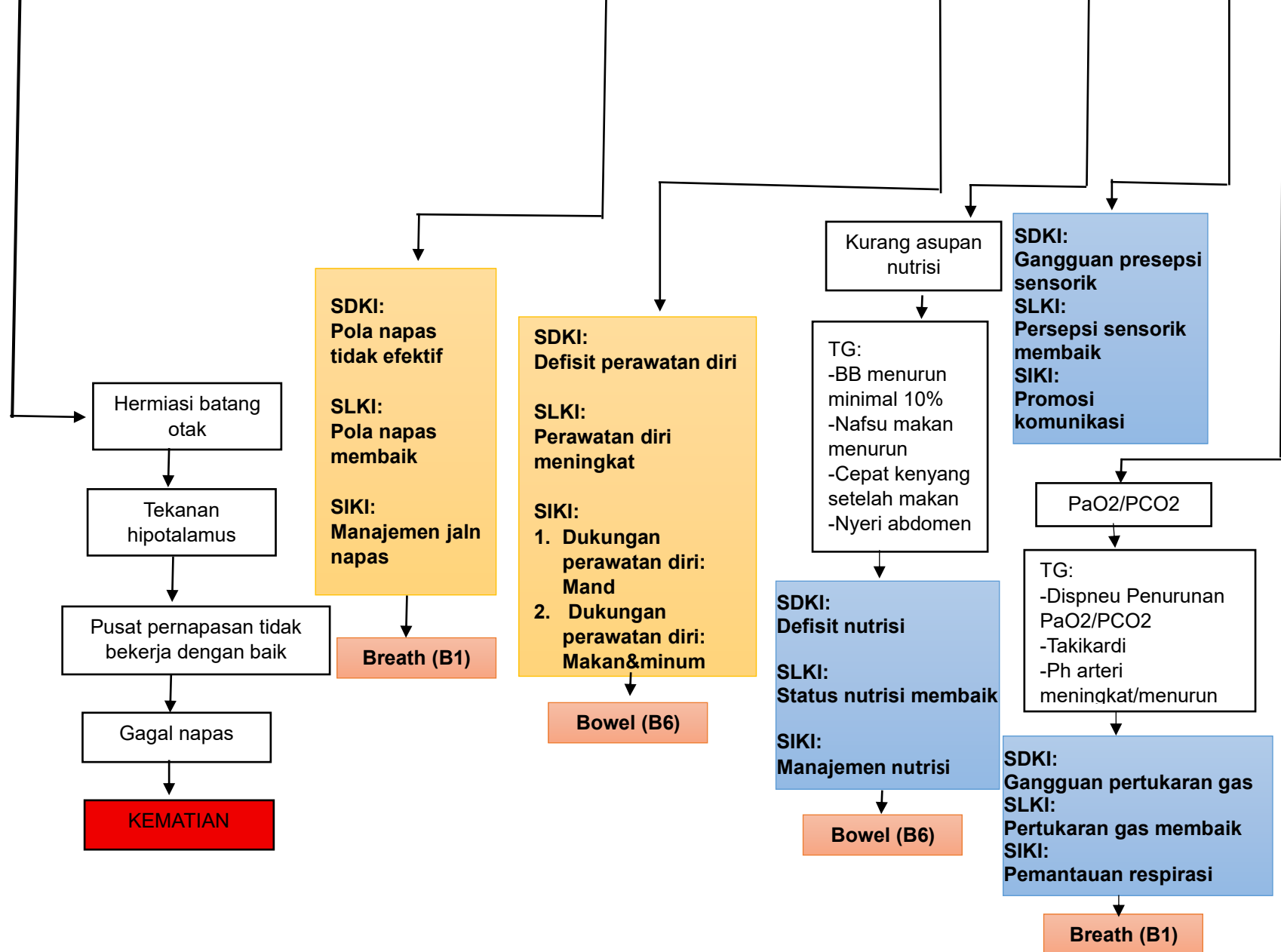
Efek dari stroke tergantung ukuran dan lokasi lesi di otak baik hemisfer kiri dan kanan. Beberapa kecacatan yang diakibatkan oleh stroke di antaranya pengambilan keputusan yang buruk, impulsif, rentang perhatian pendek dan lambat dalam mempelajari hal-hal baru, kelemahan pada wajah, berbicara tidak jelas dimana terjadi cedera pada pusat bicara pada otak sehingga menyebabkan gangguan bicara sehingga terjadi kerusakan disfagia yang mengakibatkan kontrol otot facial menjadi lemah sehingga menjadi sulit menelan dan nafsu makan menurun. Hal ini akan membutuhkan keluarga untuk melakukan aktivitas sehingga menyebabkan tirah baring terlalu lama. Tirah baring terlalu lama akan mengakibatkan dekubitus dimana luka dekubitus adalah luka yang diakibatkan oleh tekanan yang menekan permukaan tubuh secara terus menerus sehingga merusak jaringan yang ada dibawahnya (M. F. Rizki et al., 2025).

PATHWAY HEMORAGIC STROKE (HS)









6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke hemoragik dapat bervariasi tergantung pada lokasi dan luasnya perdarahan, namun umumnya lebih parah dan muncul lebih tiba-tiba dibandingkan stroke iskemik. Berikut adalah beberapa gejala umum stroke hemoragik menurut Setiawan (2023) :

a. Sakit kepala hebat yang muncul secara mendadak

Gejala ini termasuk salah satu tanda paling sering pada stroke hemoragik. Rasa sakit kepala biasanya muncul di satu sisi dan dapat disertai mual, muntah, serta vertigo.

b. Penurunan tingkat kesadaran

Pada kasus stroke hemoragik yang berat, pasien dapat mengalami penurunan kesadaran hingga koma. Kondisi ini disebabkan oleh perdarahan yang meluas di otak, sehingga mengganggu fungsi otak yang penting.

c. Kelemahan atau kehilangan sensasi pada salah satu sisi tubuh

Penderita stroke hemoragik dapat mengalami kelemahan atau mati rasa pada satu sisi tubuh, serupa dengan gejala pada stroke iskemik. Kondisi ini bisa terjadi pada wajah, lengan, atau kaki, dan sering disertai kesulitan menggerakkan bagian tubuh yang terdampak.

d. Kesulitan berbicara atau memahami ucapan

Stroke hemoragik dapat menyerang area otak yang mengatur kemampuan bicara dan pemahaman bahasa. Akibatnya, penderita mungkin mengalami kesulitan berbicara dengan jelas, suara cadel, atau kesulitan menangkap makna ucapan orang lain.

e. Gangguan pada penglihatan

Stroke hemoragik dapat menyerang area otak yang bertanggung jawab atas fungsi penglihatan. Akibatnya, penderita bisa mengalami penglihatan kabur, pandangan ganda, atau kehilangan penglihatan pada satu atau kedua mata.

f. Leher terasa kaku

Penderita stroke hemoragik dapat mengalami kekakuan pada leher, sehingga sulit menundukkan kepala ke depan. Kondisi ini terjadi akibat iritasi pada selaput otak yang disebabkan oleh perdarahan.

g. Kejang

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

h. Mual dan muntah

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

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Salman et al. (2022) pemeriksaan diagnostik pada pasien hemoragik stroke yaitu :

a. *Computer Tomography Scanning* (CT scan)

Pemeriksaan ini mampu menunjukkan adanya darah (hematoma) dan lokasinya di dalam otak dengan sangat cepat, sehingga membedakan stroke hemoragik dari stroke iskemik dalam fase akut.

b. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

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

c. *Transcranial Doppler* (TCD) dan doppler karotis

Pemeriksaan ini untuk melihat adanya penyumbatan dan pecahnya dinding pembuluh darah sebagai risiko stroke. Selain itu akan menentukan apakah pasien cenderung mengalami intrakranial stenosis (misalnya, stenosis arteri serebral tengah).

d. *Electrocardiograph* (ECG)

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

e. *Electroencephalogram* (EEG)

Merekam aktivitas listrik otak dengan mendeteksi aktivitas kejang atau gangguan gelombang otak yang dapat terjadi akibat iritasi darah di otak serta menilai fungsi aktivitas otak pada pasien dengan penurunan kesadaran atau status neurologis yang tidak jelas.

f. *Angiogram*

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

g. Pemeriksaan laboratorium

1) Fungsi lumbal

Menunjukkan tekanan normal umumnya berkaitan dengan adanya trombosis atau emboli serebral serta peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Sebaliknya, apabila tekanan meningkat dan cairan serebrospinal bercampur darah, kondisi tersebut mengarah pada kemungkinan perdarahan subaraknoid maupun perdarahan intrakranial.

2) Pemeriksaan darah rutin lengkap dan trombosit.

Pemeriksaan kimia darah meliputi evaluasi kadar glukosa, elektrolit, ureum, dan kreatinin, serta pemeriksaan masa protrombin (PT) dan masa tromboplastin parsial (PTT). Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai apakah dalam rentang normal atau mengalami peningkatan.

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Sherina et al. (2022), penatalaksanaan pada pasien stroke terbagi menjadi 2 jenis yaitu :

a. Farmakologi

1) Osmosis diuretik (cairan hipertonis)

Pada kondisi peningkatan tekanan intrakranial akut, khususnya tanpa kerusakan penghalang darah-otak, sering digunakan terapi osmotik dengan cairan hipertonis. Manitol adalah diuretik osmotik utama yang dipakai untuk mengurangi edema serebri, karena mampu menarik cairan dari ruang intraseluler ke ruang intravaskular melalui peningkatan gradien osmotik, sehingga tekanan intrakranial turun. Selain itu, peningkatan keenceran darah oleh manitol meningkatkan aliran dan oksigenasi darah ke otak, menyebabkan vasokonstriksi serebral dan penurunan tekanan intrakranial lebih cepat. Dosis manitol umumnya 20 % diberikan 1–1,5 g/kgBB pada dewasa atau 1–3 g/kgBB pada anak, diberikan intravena dalam 30–60 menit (Suryadiarsa et al., 2025).

2) Antihipertensi

Menurut Yuliana et al. (2023), ada beberapa obat antihipertensi diantaranya yaitu :

a) ACE inhibitor

Adalah obat penurun tekanan darah yang bekerja dengan menghambat pembentukan hormon angiotensin II. Hormon ini biasanya menyebabkan pembuluh darah menyempit. Jika produksinya dihambat, pembuluh darah menjadi lebih lebar, sehingga aliran darah lebih lancar dan tekanan darah menurun. Contoh obatnya seperti benazepril, captopril, dan enalapril.

b) Alpha-2 receptor agonist

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

c) Antagonis kalsium (calcium channel blocker)

Adalah obat yang bekerja dengan menghambat masuknya kalsium ke sel otot jantung dan pembuluh darah. Hal ini membuat denyut jantung lebih lambat dan pembuluh darah melebar, sehingga tekanan darah menurun. Contohnya felodipine, amlodipine, dan nifedipine.

d) Angiotensin II Receptor Blocker (ARB)

Obat yang bekerja dengan menghambat kerja hormon angiotensin II pada reseptornya. Akibatnya, pembuluh darah menjadi lebih lebar dan tekanan darah menurun. Contohnya candesartan.

e) Penghambat beta (beta-blocker)

Obat yang bekerja dengan menghalangi efek hormon adrenalin pada jantung. Hal ini membuat denyut jantung lebih lambat dan kekuatan pompa jantung berkurang, sehingga tekanan darah menurun. Contohnya bisoprolol dan propranolol.

3) Antikonvulsan

Obat golongan antikonvulsan merupakan terapi yang berfungsi menstabilkan dan mengendalikan aktivitas impuls saraf agar tetap dalam batas normal sehingga dapat mencegah terjadinya kejang. Salah satu obat yang paling sering digunakan adalah fenitoin, yang efektif untuk hampir seluruh tipe epilepsi atau bangkitan kejang, kecuali bangkitan lena (absence seizure). Kejang sendiri termasuk manifestasi neurologis yang paling sering ditemukan pada pasien stroke usia lanjut. Kondisi ini

umumnya muncul pada penderita dengan kelainan seperti malformasi arteriovenosa, stroke pada batang otak, perdarahan subaraknoid, maupun pada pasien yang memiliki riwayat kejang atau epilepsi sebelumnya (Fitri & Wahyudi, 2023).

4) Antifibronolitik

Asam traneksamat termasuk dalam golongan obat antifibrinolitik yang berfungsi menghambat proses pemecahan bekuan darah. Obat ini digunakan untuk mencegah terjadinya perdarahan ulang setelah stroke hemoragik. Perdarahan ulang tersebut berisiko memperburuk kondisi pasien, karena dapat menyebabkan penurunan tingkat kesadaran hingga berujung pada kematian (Purwoko et al., 2022).

5) Antianafilaksis

Deksametason merupakan obat yang digunakan untuk menghambat atau mengurangi pembentukan edema (pembengkakan) otak akibat cedera kepala, terutama pada kasus perdarahan serebral seperti perdarahan subdural, epidural, intraserebral, maupun perdarahan pada batang otak (Sherina et al., 2022).

6) Peningkatan penatalaksanaan peningkatan (TIK)

Peningkatan tekanan intrakranial umumnya terjadi akibat edema serebri. Oleh sebab itu, penanganan untuk mengurangi edema sangat penting dilakukan, misalnya melalui pemberian manitol serta pengontrolan atau pengendalian tekanan darah guna mencegah perburukan kondisi (Chynyia & Pinzon, 2023).

7) Pembedahan

Tindakan pembedahan pada pasien stroke dilakukan apabila terdapat indikasi medis yang jelas. Pada stroke hemoragik, volume perdarahan yang besar menjadi salah satu pertimbangan utama untuk dilakukan operasi. Prosedur pembedahan bertujuan untuk mengevakuasi hematoma

(mengeluarkan darah yang terkumpul) serta menghentikan sumber perdarahan yang masih aktif. Selain itu, operasi juga dilakukan untuk menurunkan tekanan intrakranial yang meningkat akibat penumpukan darah atau edema serebral. Tindakan bedah umumnya dipertimbangkan pada pasien dengan kondisi klinis yang semakin memburuk, terutama pada kasus perdarahan serebelum dengan diameter lebih dari 3 cm, adanya hidrosefalus akut akibat perdarahan intraventrikular atau serebelar yang memerlukan pemasangan ventriculoperitoneal (VP) shunt, serta perdarahan luas lebih dari 60 mL yang disertai tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial akut dan ancaman herniasi (Nurkholifah et al., 2024).

b. Non-Farmakologi

1) Pemberian posisi elevasi kepala 30°

Merupakan tindakan memposisikan kepala pasien sekitar 30° dari posisi horizontal dengan menjaga kesejajaran kepala, leher, dan ekstremitas dengan tubuh. Posisi ini terbukti efektif dalam membantu meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi jaringan. Elevasi kepala 30° berperan dalam memperbaiki drainase vena serebral, meningkatkan perfusi otak, serta menurunkan tekanan intrakranial. Penurunan tekanan intrakranial terjadi melalui beberapa mekanisme, antara lain penurunan tekanan darah sistemik, perubahan komplians dada dan pola ventilasi, serta peningkatan aliran balik vena melalui vena jugularis yang tidak memiliki katup. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya volume darah vena sentral sehingga tekanan intrakranial ikut menurun. Selain itu, perpindahan cairan serebrospinal (CSS) dari kompartemen intrakranial ke ruang subaraknoid spinal juga

berkontribusi dalam membantu menurunkan tekanan intrakranial (Hartati et al., 2025).

2) Latihan ROM aktif

Latihan ROM aktif diberikan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan dengan tujuan menjaga atau meningkatkan kekuatan serta daya tahan otot, sekaligus mendukung fungsi kardipulmonal. Saat melakukan ROM pasif, sendi perlu disangga dengan baik untuk mencegah cedera. Meskipun latihan ROM pasif tidak berfungsi untuk meningkatkan kekuatan otot, latihan ini tetap bermanfaat dalam mempertahankan kelenturan dan rentang gerak sendi (Sinaga & Mangara, 2024).

9. Komplikasi

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

a. Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Hipoksia serebral terjadi akibat aliran darah ke otak yang terganggu pada area yang mengalami infark atau perdarahan. Kekurangan oksigen ini memengaruhi fungsi otak, tergantung pada lokasi dan derajat kerusakan. Aliran darah otak sangat dipengaruhi oleh tekanan darah, fungsi jantung, dan integritas pembuluh darah. Oleh karena itu, pada pasien stroke, aliran darah yang adekuat penting untuk menjaga perfusi jaringan dan mencegah hipoksia serebral.

b. Edema serebri

Edema jaringan otak adalah respon fisiologis terhadap trauma jaringan. Saat terjadi hipoksia atau iskemia, tubuh meningkatkan aliran darah di area yang terdampak dengan melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan tekanan, sehingga cairan dari pembuluh berpindah ke ruang ekstraseluler, menyebabkan pembengkakan jaringan otak.

c. Peningkatan tekanan intrakranial (TIK)

Peningkatan massa otak akibat perdarahan atau edema dapat menaikkan tekanan intrakranial, yang ditandai dengan gangguan neurologis seperti masalah motorik, sensorik, sakit kepala, dan penurunan kesadaran. Tekanan intrakranial yang sangat tinggi berisiko menyebabkan herniasi serebral, yang dapat mengancam nyawa.

d. Aspirasi

Pasien stroke yang mengalami gangguan kesadaran atau koma berisiko tinggi mengalami aspirasi karena refleks batuk dan menelan terganggu.

e. Malnutrisi

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Proses keperawatan merupakan pendekatan sistematis yang digunakan oleh perawat dalam memberikan asuhan kepada pasien. Proses ini terdiri dari lima tahap utama, yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan serta memastikan kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal (Nugraha et al., 2025)

a. Identitas Klien

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

b. Keluhan utama

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

c. Riwayat penyakit sekarang

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

d. Riwayat penyakit dahulu

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

e. Riwayat penyakit keluarga

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

1) Pengkajian primer

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

a) B1 (*Breathing*)

Pada inspeksi di dapatkan peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan

peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran.

b) B2 (*Blood/sirkulasi*)

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

c) B3 (*Brain/persarafan otak*)

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

d) B4 (*Bladder/perkemihan*)

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

e) B5 (*Bowel/pencernaan*)

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

f) B6 (*Bone/tulang dan integument*)

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

2) Pengkajian sekunder

a) Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

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

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

b) Pola nutrisi metabolik

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

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

c) Pola eliminasi

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

DO: melihat apakah pasien terpasang kateter, pampers, serta melihat warna urine dan konsistensi feses.

d) Pola aktivitas dan latihan

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

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

e) Pola tidur dan istirahat

Ds: Susah untuk beristirahat dan beristirahat

Do: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

f) Pola persepsi kognitif

Ds: Sinkope/ pusing, sakit kepala, kelemahan/ kesemutan, mati/ lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain.

Do: Status mental/ tingkat tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau parese (ipsilateral), afasia (gangguan atau gangguan dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Ds: Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

Do: Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

h) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Ds: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan)

Do: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi

i) Pola reproduksi dan seksualitas

Ds: Tidak adanya gairah seksual

Do: Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual

j) Pola mekanisme stres dan koping

Ds: Perasaan tidak berdaya

Do: Emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada pasien hemoragik stroke berdasarkan SDKI (2018) yaitu:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral (D.0066)
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0066)
- c. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001)
- d. Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular (D.0005)
- e. Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular (D.0063)
- f. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)
- g. Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler, kelemahan (D.0109)
- h. Gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas (D.0129)
- i. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)
- j. Gangguan persepsi sensori b.d usia lanjut (D.0085)
- k. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003)

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

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

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

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

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Fungsi kognitif cukup meningkat

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

SIKI: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)

Observasi

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

Terapeutik

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

Edukasi

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

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis

R/ Pemberian diuretik osmosis dapat membantu menurunkan tekanan darah

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

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

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

SIKI : Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)

Observasi

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

Terapeutik

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

Edukasi

- 1) Dalam intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial tidak ditemukan tercantum adanya tindakan edukasi.

Kolaborasi

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

SIKI: Pemantauan neurologis (I.06197)

Observasi

- 1) Monitor tingkat kesadaran
R/ Perubahan tingkat kesadaran dapat menjadi faktor pencetus
- 2) Monitor tanda -tanda vital
R/ Pemantauan TTV seperti adanya Hipertensi/ hipotensi, mengidentifikasi perbaikan/ kerusakan perfusi jaringan serebral

Terapeutik

- 1) Pertahankan posisi kepala dan leher
R/ Untuk mencegah peningkatan TIK

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
R/ Agar keluarga mengerti dan dapat membantu proses perawatan

Kolaborasi

- 1) Dalam intervensi pemantauan neurologis tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan
SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka pola napas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Dispnea menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun
- 4) Frekuensi napas membaik
- 5) Kedalaman napas membaik

SIKI: Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

- 1) Monitor pola napas
R/: Mengontrol pernapasan (penurunan kecepatan) dapat terjadi

Terapeutik

- 1) Posisikan semi fowler atau fowler
R/: Menurunkan konsumsi oksigen/ kebutuhan dan meningkatkan inflamasi paru maksimal
- 2) Berikan oksigen
R/ Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardia dan juga mengurangi ketidaknyamanan sehubungan dengan iskemia jantung.

Edukasi

- 1) Ajarkan Teknik batuk efektif
R/ untuk mengeluarkan dahak yang sudah terkumpul ke saluran pernapasan yang besar.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran dan mukolitik jika perlu
R/ Mengendurkan otot-otot saluran pernapasan agar aliran udara menjadi lebih lancar

SIKI: Dukungan Ventilasi (I.01002)

Observasi

- 1) Identifikasi kelelahan otot bantu napas
R/ Untuk mengetahui adanya kelelahan otot bantu napas

- 2) Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan
R/ Untuk mengetahui perubahan posisi terhadap pola napas pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan

Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas
R/ Untuk menjaga keadekuatan ventilasi

Edukasi

- 1) Ajarkan mengubah posisi secara mandiri
R/ Untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi diri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu
R/ Mengoptimalkan proses penyembuhan

d. Pola nafas tidak efektif b/d gangguan neuromuskular

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

- 1) Tekanan ekspirasi cukup meningkat
- 2) Dispnea menurun
- 3) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 4) Frekuensi napas membaik

SIKI : Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
R/: Mengontrol pernapasan (penurunan kecepatan) dapat terjadi
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gugrling, mengi, wheezing, ronchi kering)
R/ Untuk mengetahui adanya bunyi napas tambahan pada pasien.

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

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

Terapeutik

1) Posisikan semi-fowler atau fowler

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

2) Berikan oksigen, jika perlu

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

Edukasi

1) Ajarkan teknik batuk efektif

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

Kolaborasi

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

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

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

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

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

SIKI: Dukungan perawatan diri: makan/minum

Observasi

- 1) Identifikasi diet yang dianjurkan
R/ Mengetahui diet yang dianjurkan untuk pasien

Terapeutik

- 1) Sediakan sedotan untuk minum
R/ Melatih otot dan menguatkan otot facial dan otot menelan pada pasien
- 2) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian pasien
R/ Memudahkan pasien untuk makan/minum

Edukasi

- 1) Jelaskan posisi makan pada pasien
R/ Agar keluarga dan pasien mengetahui posisi yang benar saat makan dan dapat mencegah terjadinya aspirasi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesik, antiemetik)
R/ Mencegah adanya rasa mual ataupun muntah pada saat makan

SIKI: Pencegahan aspirasi (I.14535)

Observasi

- 1) Monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan
R/ Untuk mengetahui dan mencatat adanya resiko aspirasi pada pasien

Terapeutik

- 1) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
R/ Memudahkan proses menelan dan menurunkan resiko terjadinya aspirasi
- 2) Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak

R/ Material makanan yang lunak akan memudahkan proses menelan

Edukasi

- 1) Anjurkan makan secara perlahan

R/ Meminimalkan resiko tersedak hingga aspirasi pada pasien

- 2) Ajarkan strategi mencegah aspirasi

R/ Agar keluarga dapat mencegah & meminimalkan terjadinya aspirasi

Kolaborasi

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

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

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

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

SIKI : Dukungan mobilisasi (I.05173)

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

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

- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

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

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

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

- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

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

Terapeutik

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

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

- 2) Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu

R/ Meningkatkan status mobilitas fisik pasien

- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

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

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

R/ Keluarga dapat memahami tujuan dan prosedur mobilisasi

- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

R/ Untuk mengurangi risiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan

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

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

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

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

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

SIKI : Dukungan perawatan diri (I.11348)

Observasi

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

Terapeutik

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

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

R/ Untuk dapat memfasilitasi kemandirian dari klien, bantu klien jika klien tidak dapat melakukan perawatan diri

Edukasi

- 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (PPNI, 2018).

R/ Untuk dapat menganjurkan klien melakukan perawatan diri sesuai kemampuan.

h. Gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas (D.0129)

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil (L.14125)

- 1) Kerusakan jaringan cukup menurun
- 2) Kerusakan lapisan kulit cukup menurun
- 3) Nyeri sedang
- 4) Kemerahan cukup menurun

SIKI : Perawatan integritas kulit (I.11353)

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

R/ Mengetahui penyebab utama kerusakan kulit membantu menentukan intervensi yang tepat dan mencegah perburukan kondisi secara spesifik

Terapeutik

- 1) Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring

R/ Mengurangi tekanan terus-menerus pada area penonjolan tulang sehingga mencegah terjadinya dekubitus dan meningkatkan sirkulasi darah

- 2) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare

R/ Menjaga kebersihan kulit dan mencegah iritasi serta infeksi akibat paparan feces yang bersifat asam dan merusak kulit

- 3) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering

R/ Membantu menjaga kelembaban kulit dengan mengurangi kehilangan cairan dari permukaan kulit (transepidermal water loss).

Edukasi

- 1) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)

R/ Menjaga hidrasi kulit dan mempertahankan integritas lapisan pelindung kulit

i. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik (L.03030)

- 1) Berat badan sedang
- 2) Indeks massa tubuh (IMT) sedang
- 3) Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman sedang
- 4) Penyiapan dari penyimpanan minuman yang aman sedang

SIKI : Manajemen nutrisi (I.03119)

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi

R/ Mengetahui kondisi nutrisi awal pasien sebagai dasar perencanaan intervensi yang tepat

- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

R/ Mencegah reaksi alergi atau gangguan pencernaan yang dapat memperburuk kondisi pasien

- 3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi

R/ Menentukan asupan yang sesuai dengan kebutuhan tubuh untuk proses penyembuhan

4) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

R/ Memastikan pasien tetap mendapatkan nutrisi adekuat jika tidak mampu makan secara oral

Terapeutik

1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

R/ Meningkatkan kenyamanan mulut dan nafsu makan pasien

2) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

R/ Serat membantu melancarkan pencernaan dan mencegah sembelit

3) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

R/ Mendukung kebutuhan energi dan mempercepat proses penyembuhan jaringan

Kolaborasi

1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

R/ Memastikan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi secara tepat dan sesuai kondisi klinis

j. Gangguan persepsi sensori b.d usia lanjut (D.0085)

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan persepsi sensori membaik (L.09083)

1) Respon sesuai stimulus sedang

SIKI : Minimalisasi rangsangan (I.08241)

Observasi

1) Periksa status sensori dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan)

R/ Untuk mengidentifikasi perubahan fungsi persepsi sensori serta faktor yang memperburuk (nyeri, kelelahan), sehingga intervensi dapat disesuaikan dengan kondisi pasien

Terapeutik

- 1) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori
R/ Mengetahui batas toleransi pasien terhadap rangsangan, membantu perawat dalam menentukan tingkat stimulus yang

k. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003)

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pertukaran gas meningkat (L.01003)

- 1) Tingkat kesadaran cukup meningkat
- 2) Dispnea cukup menurun
- 3) Bunyi napas tambahan sedang
- 4) Takikardia cukup membaik
- 5) Pola napas sedang

SIKI : Pemantauan respirasi (I.01014)

Observasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
R/ Menilai status ventilasi pasien dan mendeteksi dini adanya gangguan pernapasan
- 2) Monitor pola napas
R/ Mengidentifikasi pola napas abnormal yang dapat menunjukkan gangguan neurologis

Terapeutik

- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
R/ Menyesuaikan frekuensi pemantauan agar perubahan kondisi dapat segera terdeteksi
- 2) Dokumentasi hasil pemantauan
R/ Menyediakan data yang akurat untuk evaluasi perkembangan pasien dan dasar pengambilan keputusan klinis

Edukasi

1) Informasikan hasil pemantauan

R/ Memberikan informasi yang jelas kepada pasien/keluarga untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kepercayaan terhadap perawatan

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

Persiapan pemulangan pasien dari rumah sakit kembali ke rumah sangat diperlukan oleh pasien. Berikut adalah hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk pemulangan pasien menurut (Olivia et al., 2024) yaitu:

a. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai pencegahan dan kepatuhan dalam pengobatan kepada pasien dan keluarga

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

nabati (tempe tahu), kurangi konsumsi gula (permen, minuman kaleng, es krim, kue-kue) gantikan dengan buah segar atau jus buah tanpa gula, kurangi konsumsi garam tinggi (keju, garam dapur), kurangi konsumsi lemak (kurangi daging merah, buang lemak pada daging sebelum dimasak, kurangi telur dan jeroan)

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

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan initial Ny, T/ Umur 79 Tahun, jenis kelamin perempuan, masuk rumah sakit Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar pada 06 Januari 2026 dengan Diagnosa Medis *Hemoragic Stroke*. Pasien masuk dengan penurunan kesadaran disertai kelemahan otot. Keluarga pasien mengatakan pasien awalnya buang air besar (BAB) dengan posisi jongkok selama ± 15 menit, saat berdiri tiba-tiba kaki kiri pasien terasa lemah sehingga pasien meminta bantuan keluarga untuk membantunya berdiri. Setelah dibantu, pasien duduk dikursi dan pada saat itu pasien mulai tidak merespon ketika diajak berbicara. Keluarga merasa khawatir karena ± 30 menit pasien tetap tidak merespon, akhirnya keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke IGD Rumah Sakit sekitar pukul 21.40 WITA. Keluarga pasien mengatakan dalam perjalanan menuju rumah sakit pasien mengalami penurunan kesadaran disertai muntah sebanyak 2x, dan pasien terlihat sesak napas, kemudian tidak sadarkan diri. Pada saat di RS, dilakukan penanganan awal di IGD pasien kemudian dipindahkan ke ICU. Saat pengkajian didapatkan keadaan umum pasien tampak lemah dengan tingkat kesadaran soporo koma dan nilai GCS (M2, V1, E1), kelemahan pada esktremitas kiri. Tampak terpasang infus RL 20 tts/menit, Tampak terpasang NGT ukuran 16, Tampak terpasang kateter ukuran 16, Tampak terpasang O2 Nasal 5 ltr/menit, TTV didapatkan, TD : 198/114 mmHg, N: 118x/menit, S: 37,0°C, P: 30x/menit, SpO2: 98%. Hasil CT-Scan Kepala: Pendarahan intracerebtal nucleus lentiformis, capsulai interna dan thalamus kanan yang menyebabkan midline shift ke kiri kontralateral, Pendarahan intraventrikel yang menyebabkan *hydrocephalus obstruktif* dan *transependymal edema*.

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

B. Pengkajian

Nama pasien (Initial) : Ny. T
 Umur : 79 Tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Tanggal/Jam MRS : 06 Januari 2026
 Tanggal/Jam : 07 Januari 2026
 Pengkajian
 Diagnosa Medis : Hemoragic Stroke (HS)

1. Pengkajian Primer

(Meliputi B-1/*Breath*, B-2/*Bleed*, B-3/*Brain*, B- 4/*Bladder*, B-5/*Bowel* dan B-6/*Bone*)

Breath (B1)	Pergerakan dada	- Tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan - Tampak tidak ada kelainan bentuk dinding dada - Tampak sesak
	Pemakaian otot bantu napas	- Tidak ada
	Palpasi	- Vocal Fremitus : pasie koma - Nyeri Tekan : Tidak ada - Krepitasi : Tidak ada
	Suara napas	- Terdengar: bronkovesikuler - Suara napas tambahan : tidak ada
	Batuk	- Tidak ada
	Sputum	- Tampak tidak ada sputum
	Alat bantu napas	- Ada

		- Jenis :Nasal kanul 5 liter
	Lain-lain	- Spo2 : 98% - Frekuensi napas : 30x/menit - Nadi :118 x/menit - Tampak pasien sesak
Blood (B2)	Suara jantung	- S1: Tunggal, ICS 4 sinistra (katup Trikuspidalis) dan ICS 5 Mid clavicularis (Katup Mitral) - S2: Tunggal, ICS 2 (linea sternalis dextra) dan ICS 2 dan ICS III (linea) - S3: Tunggal - S4: Tunggal
	Irama jantung	- Reguler
	CRT	- ≤ 3 detik
	JVP	- Normal (5-2 CmH2O)
	Edema	- Tampak tidak ada edema
	EKG	- Sinus rhythm
	Lain-lain	Tanda-tanda Vital : - TD : 198/114 mmHg - N : 118 x/menit - P : 30 x/menit - S : 37.0 °C - SPO2 : 98 % - MAP : 142 mmHg (fungsi ginjal tidak memadai) - GDS : 152 mg/dl - GDP : 147 mg/dl
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : Sopor Koma - Kuantitatif (GCS) - M : 2, V : 1, E : 1
	Reaksi Pupil Kanan Kiri	- Ada, - Tampak reflex pupil melambat - Tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya
	Refleks fisiologis	- Dextra : Biseps(-), trisep(-), lutut (-), achiles(-) - Sinistra : Bisep (-), trisep(-), lutut (-), achiles(-)
	Refleks patologis	- Reflex Babinski: negatif

	Meningeal sign	- Tidak dapat dikaji karena pasien koma
	Lain-lain	- Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Hasil ct-scan kepala: • Pendarahan intracerebral nucleus lentiformis, capsula interna dan thalamus kanan yang menyebabkan midline shift ke kiri kontralateral. • Pendarahan intraventrikel yang menyebabkan hydrocephalus obstruktif dan transependymal edema
Bladder (B4)	Urin	- Jumlah : 300cc - Warna : kuning jernih
	Kateter	- Ada, hari ke : 2 - Jenis : folley kateter / 16 Fr
	Kesulitan BAK	- Tidak ada
	Lain-lain	- Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	- Kering (tampak mukosa bibir pasien kering)
	Lidah	- Tampak kotor
	Keadaan gigi	- Tampak gigi pasien tidak lengkap
	Nyeri tekan	- Tidak ada
	Abdomen	- Tampak tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai : 14 x/menit
	Mual	- Tampak tidak ada
	Muntah	- Tampak tidak ada
	Hematemesis	- Tidak mengalami hematemesis
	Melena	- Pasien tidak ada melena
	NGT	- Tampak terpasang selang NGT ukuran 16
	Colostomy bag	- Tampak tidak terpasang colostomy bag
	Diare	- Tampak pasien tidak mengalami diare

	Konstipasi	- Pasien tidak mengalami konstipasi						
	Asites	- Pasien tidak mengalami asites						
	Lain-lain	- Tidak ada						
Bone (B6)	Turgo	- Turgo kulit baik						
	Pendarahan kulit	- Tampak tidak ada perdarahan pada kulit						
	Icterus	- Tampak tidak icterus						
	Akral	- Akral teraba hangat						
	Pergerakan sendi	- Tampak pergerakan sendi sisi kiri pasien lemah - Tampak pergerakan sendi terbatas - Uji kekuatan otot Kanan Kiri <table><tr><td>Tangan</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>Kaki</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	Tangan	1	1	Kaki	1	1
	Tangan	1	1					
	Kaki	1	1					
	Fraktur	- Tidak ada						
	Luka	- Tampak tidak ada						
Lain-lain	- Tidak ada							

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

- B1 : Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis
- B2 : Tidak ada masalah keperawatan
- B3 : Penurunan kapasitas adaptif intracranial b/d edema serebral
- B4 : Tidak ada masalah keperawatan
- B5 : Tidak ada masalah keperawatan
- B6 : Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler

3. Tindakan Keperawatan Utama Yang Dilakukan (berdasarkan diagnosis)

Diagnosa I: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral d/d tekanan darah meningkat, nadi meningkat, tingkat kesadaran menurun.

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

maka diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil:

- a) Tingkat kesadaran cukup meningkat
- b) Tekanan darah cukup membaik
- c) Tekanan nadi cukup membaik
- d) Pola napas cukup membaik
- e) Refleks neurologis cukup membaik

SIKI : Manajemen peningkatan tekanan intracranial

- a) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi)
- b) Monitor MAP (Mean arterial pressure)
- c) Monitor status pernapasan
- d) Monitor intake dan output cairan
- e) Berikan posisi semi fowler
- f) Pertahankan suhu tetap normal
- g) Kolaborasi pemberian obat

Diagnosa II : Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis d/d dispnea, penggunaan otot bantu napas, pola napas takipnea.

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:

- a) Dispnea cukup menurun
- b) Penggunaan otot bantu napas sedang
- c) Frekuensi napas cukup membaik
- d) Tekanan inspirasi cukup membaik

SIKI : Manajemen Jalan Napas

- a) Monitor jalan napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki)
- c) Posisikan semi fowler atau fowler
- d) Berikan oksigen

- e) Kolaborasi pemberian obat

Diagnosa III : Defisit perawatan diri b/d Gangguan neuromuskular d/d tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoilet/berhias secara mandiri.

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:

- a) Kemampuan mandi meningkat
- b) Kemampuan makan meningkat
- c) Mempertahankan kebersihan tubuh meningkat
- d) Mempertahankan kebersihan mulut meningkat

SIKI : Dukungan perawatan Diri

- a) Monitor kebersihan tubuh
- b) Monitor integritas kulit
- c) Fasilitasi menggosok
- d) Fasilitasi mandi

SIKI :Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum

- a) Monitor kemampuan menelan
- b) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
- c) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian
(diberikan makan/minum melalui NGT)

4. Pengkajian Sekunder (Meliputi Pengkajian Riwayat Keperawatan dan *Head To Toe*)

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien menyatakan bahwa kesehatan merupakan hal yang penting. Keluarga mengatakan bahwa apabila terdapat anggota keluarga yang mengalami sakit ringan hingga sedang, maka akan mengonsumsi obat sesuai kebutuhan yang dibeli di apotek terdekat. Namun, apabila kondisi sakit yang dialami semakin berat, keluarga akan segera membawa pasien ke rumah sakit terdekat. Keluarga pasien menyampaikan bahwa pasien jarang melakukan kontrol kesehatan. Keluarga mengetahui bahwa pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan diabetes melitus sejak 3 tahun yang lalu, namun pasien jarang melakukan kontrol kesehatan dengan alasan tidak ingin pergi ke rumah sakit serta tidak rutin mengonsumsi obat antihipertensi dan obat diabetes. Selain itu, keluarga pasien menyatakan bahwa pasien memiliki pola makan yang kurang sehat, yaitu sering mengonsumsi daging, makanan asin seperti telur asin dan sawi asin, serta setiap pagi mengonsumsi kopi manis dan biskuit. Keluarga juga mengatakan bahwa pasien lebih banyak menghabiskan waktu di rumah dan jarang melakukan aktivitas fisik atau olahraga.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluhan utama : Penurunan kesadaran

Riwayat keluhan utama:

Keluarga pasien mengatakan pasien awalnya buang air besar (BAB) dengan posisi jongkok selama ± 15 menit, saat berdiri tiba-tiba kaki kiri pasien terasa lemah sehingga pasien meminta bantuan keluarga untuk membantunya berdiri.

Setelah dibantu, pasien duduk dikursi dan pada saat itu pasien mulai tidak merespon ketika diajak berbicara. Keluarga merasa khawatir karena ± 30 menit pasien tetap tidak merespon, akhirnya keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke IGD Rumah Sakit sekitar pukul 21.40 WITA. Keluarga pasien mengatakan dalam perjalanan menuju rumah sakit pasien mengalami penurunan kesadaran disertai muntah sebanyak 2x dan pasien terlihat sesak napas, kemudian tidak sadarkan diri. Pada saat di RS, dilakukan penanganan awal di IGD pasien kemudian dipindahkan ke ICU. Saat pengkajian didapatkan keadaan umum pasien tampak lemah dengan tingkat kesadaran soporo koma dan nilai GCS (M2, V1, E1), kelemahan pada ekstremitas kiri. Tampak terpasang infus RL 20 tts/menit, Tampak terpasang NGT ukuran 16, Tampak terpasang kateter ukuran 18, Tampak terpasang O2 Nasal 5 ltr/menit, TTV didapatkan, TD : 198/114 mmHg, N : 11 8x/menit, S:37,0°C, P: 30x/menit, SpO2: 98%. Hasil CT-Scan Kepala: Pendarahan intracerebral nucleus lentiformis, capsula interna dan thalamus kanan yang menyebabkan midline shift ke kiri kontralateral, Pendarahan intraventrikel yang menyebabkan hydrocephalus obstruktif dan transependymal edema.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi dan diabetes melitus sejak 3 tahun yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan saudara pasien yang ke 2 juga mempunyai riwayat hipertensi, dan suami pasien memiliki riwayat penyakit paru-paru.

5) Pemeriksaan fisik

- a. Kebersihan rambut : Tampak bersih, lepek dan beruban
- b. Kebersihan kulit kepala : Tampak kulit kepala bersih, tidak ada lesi
- c. Kebersihan kulit : Tampak kulit sedikit kering
- d. Hygiene rongga mulut : Tampak kotor dan berbau
- e. Kebersihan genetalia : Alat kelamin luar tampak bersih
- f. Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari dengan menu seperti nasi, sayur sawi, ikan, telur, ayam, pasien juga sering memakan makanan yang asin dan suka mengkonsumsi daging. Pasien minum air putih 4-5 gelas sehari dan pasien juga biasanya mengkonsumsi kopi dan biskuit.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien makan melalui NGT dengan menu sonde bubur saring 200 cc 3 kali sehari, dan air putih ± 25 cc 3 kali sehari.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang NGT no 16, hari ke 1.

4) Pemeriksaan fisik

- a. Kebersihan rambut : Tampak bersih, beruban, kering dan tidak ada lesi
- b. Hidrasi kulit : Tampak kembali dalam 3 detik
- c. Palpebra/conjungtiva : Tampak palpebra tidak edema, dan conjungtiva tampak anemis
- d. Sclera : Tampak tidak ikterik
- e. Hidung : Tampak hidung bersih, tampak ada selang NGT
- f. Rongga mulut : Tampak mukosa bibir pasien kering dan mulut pasien agak berbau
- g. Gusi : Tampak tidak terdapat peradangan di area gusi

- h. Gigi : Tampak tidak lengkap
- i. Kemampuan mengunyah : Tidak dikaji karena pasien penurunan kesadaran
- j. Lidah : Tampak kotor
- k. Pharing :Tampak tidak ada peradangan
- l. Kelenjar getah bening :Tampak tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
- m. Kelenjar parotis :Tampak tidak teraba adanya pembesaran pada kelenjar parotis
- n. Abdomen
 - Inspeksi :Tampak perut pasien datar, tidak ada lesi atau peradangan
 - Palpasi :Peristaltik usus 14x/menit
 - Perkusi :Terdengar bunyi pekak
- o. Kulit
 - Edema : Negatif
 - Ikterik : Negatif
 - Tanda radang : Tidak ada
 - Lesi : Tidak ada
- c. Pola Eliminasi
 - 1) Keadaan Sebelum Sakit
 - Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning coklat dan BAK ± 6 kali sehari dengan warna urine kuning.
 - 2) Keadaan Sejak Sakit
 - Pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi cair, berwarna kuning, BAK melalui kateter sekitar 300cc.
 - 3) Observasi
 - Tampak pasien terpasang foley kateter ukuran 16, hari ke 2. Produksi urine ada dengan jumlah 300cc/ dan berwarna kuning pekat, dan BAB berwarna kuning dan berbau.

4) Pemeriksaan fisik

- a) Peristaltik usus : 14x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : Kosong (pasien terpasang kateter urin)
- c) Nyeri ketuk ginjal : Negatif
- d) Mulut uretra : Tampak kotor, tidak ada tanda radang
- e) Anus :
 - Peradangan : Tampak tidak terdapat tanda-tanda peradangan
 - Hemoroid : Tampak tidak terdapat hemoroid
 - Fistula : Tampak tidak terdapat fistula

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien merupakan ibu rumah tangga. Keluarga mengatakan, pasien jarang berolahraga dirumah dan ketika dirumah pasien lebih suka menonton tv.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan anggota tubuh bagian kanan setelah dari kamar mandi, dan saat di rumah sakit pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur. Semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

a) Aktivitas harian :

- Makan : 3
- Mandi : 3
- Pakaian : 4
- Kerapihan : 4
- Buang air besar : 4
- Buang air kecil : 4

0 : Mandiri
 1 : Bantuan dengan alat
 2 : Bantuan orang
 3 : Bantuan alat dan orang
 4 : Bantuan penuh

- Mobilisasi ditempat tidur : 4

- b) Postur tubuh :Tidak dikaji karena pasien terbaring di tempat tidur
- c) Gaya jalan :Tidak dikaji karena pasien terbaring di tempat tidur
- d) Anggota gerak yang cacat :Tidak ada
- e) Fiksasi :Tidak ada
- f) Tracheostomi :Tidak ada

3) Pemeriksaan fisik

- a) Tekanan darah Berbaring : 198/114 mmHg
- b) Duduk : - mmHg
- c) Berdiri : - mmHg
- d) HR : 118x/menit
- e) Kulit Keringat dingin : tidak ada
- f) JVP : 5-2 cmH₂O
- g) Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai
- h) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku : CRT <2 detik

4) Thorax dan pernapasan

- a) Inspeksi
 - Bentuk Thorax : Tampak simetris kiri dan kanan
 - Retraksi intercostal : Tidak ada
 - Sianosis : Tidak ada
 - tridor : Tidak ada
- b) Palpasi : Ictus cordis teraba kuat
- c) Vocal Premitus : Tidak dikaji karena pasien penurunan kesadaran
- d) Krepitasi : Tidak ada
- e) Perkusi : Pekak
- f) Auskultasi Suara napas : Bronkovesikuler
- g) Suara ucapan : Tidak dikaji karena pasien penurunan kesadaran

h) Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

i) Jantung

- Inspeksi Ictus cordis : Tidak tampak
- Palpasi Ictus cordis : 118x/menit
- Perkusi

Batas atas jantung : ICS 3 Linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 2 Linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 6 Linea axillaris anterior sinistra

- Auskultasi

Bunyi jantung II A :Tunggal, ICS 2 Linea Sternalis dextra

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

Bunyi jantung I T :Tunggal, ICS 4 Linea sternalis sinistra
Bunyi jantung I M :Tunggal, ICS 5 Linea mid clavicularis sinistra

Bunyi jantung III

Irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit aorta : Tidak ada

Aorta renalis : Tidak ada

Aorta femoralis : Tidak ada

j) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : Negatif
- Rentang gerak

Kaku sendi : Tampak kaku sendi ekstremitas sisi kiri

Nyeri sendi : Tidak ada nyeri

Fraktur : Tidak terdapat fraktur

Parese : Kelemahan sisi kiri

Paralisis : Tidak ada

Uji Kekuatan Otot

kanan	kiri
1	1
1	1

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan Penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Reflek Fisiologis

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

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

- Reflek Patologis

Babinski

Kiri : Negatif

Kanan : Negatif

- Clubing jari-jari : Tidak ada

- Varises tungkai : Tidak ada

- Columna Vertebralis : Tidak ada kelainan

5) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah

e. Pola Tidur dan Aktivitas

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien biasanya tidur pada malam

hari di jam 22.00 wita, waktu tidur 7-8 jam dan terkadang tidur siang 1-2 jam. Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur. Sebelum tidur pasien nonton TV dengan keluarga dan pasien senang jika tidur dengan suasana gelap.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien hanya terbaring ditempat tidur karena mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring ditempat tidur dan mengalami penurunan kesadaran.

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kaca mata dan alat pendengar, mampu mengenali orang sekitar, lingkungan dan mampu mengenal waktu

2) keadaan Sejak Sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat penglihatan dan pendengaran.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien merasa bangga dengan dirinya. Pasien adalah pribadi yang cerewet dan bersemangat dalam menyalani kehidupannya setiap hari.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien mampu menerima keadannya saat ini.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan Sebelum Sakit

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

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa selama sakit, keluarga, saudara dan kerabat akan selalu mendukung, menjenguk dan mendoakan kesehatannya.

3) Observasi

Tampak pasien didampingi anak-anaknya, dijenguk oleh keluarga, saudara dan kerabat lainnya.

i. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan jika pasien mengalami masalah ia langsung menceritakannya kepada keluarga dan akan didiskusikan bersama keluarga untuk mengatasinya

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit keluarga mengambil keputusan yang terbaik untuk mendukung kesehatannya agar kembali pulih.

j. Pola Reproduksi dan Seksual

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah monopause ± 10 tahun.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien menggunakan kateter urin untuk berkemih karena mengalami penurunan kesadaran

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien menganut agama Budha dan sebelum sakit pasien selalu meluangkan waktu untuk ibadah di vihara

2) Keadaan Sejak Sakit

Tampak keluarga pasien membaca doa untuk pasien.

5. Uji Saraf Kranial

a. Nervus II (Optikus)

Tampak pupil isokor dan ada reaksi pupil (kiri dan kanan diameter ± 3 mm) namun lambat.

6. Pemeriksaan Penunjang (Meliputi Pemeriksaan Lab, CT Scan, Foto Thorax, Elektrokardiogram)

a. Pemeriksaan Laboratorium Darah Rutin

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
- Hemoglobin	12.9	10.9 - 14.9	g/dL
- Hematokrit	38	34.0 - 45.1	%
- Eritrosit	4.46	4.11 – 5.55	Juta/uL
- MCV	85	71.8 – 92.0	fL
- MCH	29.0	22.6 – 31.0	Pg
- MCHC	33.9	30.8 – 35.2	g/dL
- Trombosit	268,000	216,000 – 451,000	/uL
- Lekosit	3,800*	4,500 – 13,500	/uL
Hitung Jenis Lekosit			
- Neutrofil	65.1	42.5 – 71.0	%
- Limfosit	25.9	20.4 – 44.6	%

- Monosit	5.7	3.6 – 9.9	%
- Eosinofil	1.9	0.7 – 5.4	%
- Basofil	1.4*	0 – 1	%
-NLR	2.52	0.78 – 3.53	
Laju Endap Darah	26*	< 20	Mm/jam

b. Laboratorium Kimia Darah

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
KIMIA KLINIK			
Fungsi Hati			
- ALT (SGPT)	12	< 31	u/L
Fungsi Ginjal			
- Ureum	25	17 – 43	mg/dL
- Kreatinin	0.4*	0.5 – 1.0	mg/dL
Elektrolit			
- Natrium (Na)	141	135 – 145	mmol/L
- Kalium (K)	4.1	3.5 – 5.5	mmol/L
- Klorida	106	98 - 108	mmol/L

c. CT Scan

Kesan pemeriksaan

- Pendarahan intracranial nucleus lentiformis, capsula interna dna thalamus kanan yang menyebabkan midline shift ke sisi kontralateral
- Pendarahan intraventrikel yang menyebabkan hydrocephalus obstruktif dan transependymal edema
- Brain edema hemisfer cerebri bilateral
- Deviasi septi nasi ke kanan
- Rhinitis kronik

- d. EKG
Kesan: sinus rhythm
- e. Lainnya:
- GDS: 151 mg/dL
 - GDP: 149 mg/dL
- f. Terapi (nama obat/dosis/waktu/jalur pemberian)
- 1) citicoline 500 mg/lv/12jam
 - 2) ranitidine 50 mg/lv/12jam
 - 3) manitol 20% 100 cc/lv/8jam
 - 4) mecobalamin 500mg/lv/24jam

C. Analisa Data

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif : - Keluarga pasien mengatakan kaki kiri pasien tiba-tiba lemas saat ingin berdiri - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak merespon saat diajak berbicara - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran disertai muntah 2x saat perjalanan ke RS dan tidak sadarkan diri. Data Objektif : - Keadaan umum tampak	Edema Serebral	Penurunan Kapasitas Adaptif Intracranial

	lemah - Tampak kesadaran pasien Kualitatif: soporo koma Kuantitatif M2V1E1 = 4 - TTV TD : 198/114 mmHg N : 118x/menit P : 30x/menit SPO2 : 98% - Pemeriksaan diagnostik: CT SCAN: Kesan : • Pendarahan intracranial nucleus lentiformis, capsula interna dna thalamus kanan yang menyebabkan midline shift ke sisi kontralateral • Pendarahan intraventrikel yang menyebabkan hydrocephalus obstruktif dan transependymal edema • Brain edema hemisfer cerebri bilateral • Deviasi septi nasi ke kanan • Rhinitis kronik		
2.	Data Subjektif :	Gangguan	Pola Napas

	- Keluarga pasien mengatakan pasien terlihat sesak napas saat perjalanan ke RS. Data Objektif : - Tampak pasien menggunakan otot bantu napas : nasal kanul 5 liter - Tampak frekuensi napas meningkat : 30x/menit - SPO2 : 98% - Tampak pasien posisi semi fowler	Neurologis	Tidak Efektif
3.	Data Subjektif : Data Objektif : - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien di bantu oleh perawat dan alat seperti: Makan: 3 Mandi: 3 Pakaian: 4 Kerapian: 4 BAB : 4 BAK : 4 Mobilisasi di tempat tidur: 4 - Tampak pasien tirah terbaring total karena penurunan kesadaran degan GCS: M2V1E1 = 4 - Tampak tidak ada respon	Gangguan Neuromuscular	Defisit perawatan diri

	motorik spontan - Uji Kekuatan Otot : Kanan dan kiri nilainya sama 1 baik kaki dan tangan		
--	---	--	--

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. T/ 79 Tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ bed 8

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral d/d tekanan darah meningkat, nadi meningkat, tingkat kesadaran menurun.
2.	Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis d/d dispnea, penggunaan otot bantu napas, pola napas takipnea.
3.	Defisit perawatan diri b/d Gangguan neuromuskular d/d tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke-toilet/berhias secara mandiri.

E. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. T/ 79 Tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ bed 8

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil: - Tingkat kesadaran cukup meningkat - Tekanan darah cukup membaik - Tekanan nadi cukup membaik - Pola napas cukup membaik - Refleks neurologis cukup membaik	Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325) Observasi : - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi) - Monitor MAP (Mean arterial pressure) - Monitor intake dan output cairan (Rumus balance CM-(CK+IWL) Terapeutik : - Beri posisi semi fowler (30 derajat) Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian sedasi dan antikoagulan, jika perlu

2.	Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: - Dispnea cukup menurun - Penggunaan otot bantu napas sedang - Frekuensi napas cukup membaik - Tekanan inspirasi cukup membaik	Manajemen jalan napas Observasi - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) - Monitor sputum Terapeutik - Posisikan semi fowler atau fowler - Berikan oksigen, jika perlu Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
3.	Defisit perawatan diri b/d Gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: - Pergerakan ekstremitas sedang - Kekuatan otot cukup	Dukungan Perawatan Diri: Mandi (I.11352) Observasi - Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) - Monitor integritas kulit Terapeutik

		meningkat - Kaku sendi cukup menurun - Gerakan terbatas cukup menurun	- Fasilitasi menggosok gigi - Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan Edukasi : - Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351) Observasi : - Monitor kemampuan menelan Terapeutik : - Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum - Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (diberikan makan/minum melalui NGT)
--	--	---	--

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. T/ 79 Tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ bed 8

Hari/Tanggal	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Rabu, 07/01/2026	I	07.10	- Memonitor tanda/ gejala peningkatan TIK : Hasil : TD : 194/110 mmHg S :36,8 °c N: 110x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS (E:1, V:1, M: 2) Kulitatif : Sopor Coma Kuantitatif : 4	Kristiani
	I	07.20	- Memonitor MAP (<i>Mean arterial pressure</i>) Hasil : MAP 138 mmHg Kesimpulan : perfusi ginjal tidak memadai	Kristiani
	I	07.35	- Identifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil : Tampak hasil CT-scan menunjukkan adanya pendarahan	Sintia

	II	07.45	- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil: Frekuensi napas 28x/m	Sintia
	II	08.10	- Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : Tidak ada terdengar bunyi suara napas tambahan	Kristiani
	I	08.30	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Ranitidin 50 ml/IV/	Kristiani
	III	08.40	- Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) Hasil : Tampak rambut kusut, kulit kepala kotor, ada ketombe, mulut kotor dan berbau	Sintia
	III	09.00	- Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan Hasil : Pasien dimandikan oleh perawat menggunakan	Sintia

			sabun dan air bersih	
	III	09.25	- Fasilitasi menggosok gigi Hasil Gigi dan gusi pasien di bersihkan dengan menggunakan kasa	Sintia
	I	10.00	- Memonitor tanda/ gejala peningkatan TIK : Hasil : TD : 190/106 mmHg S : 36,0 °c N: 108x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS (E:1, V:1, M: 2) Kulitatif : Sopor Coma Kuantitatif : 4	Kristiani
	I	10.20	- Monitor MAP (<i>Mean arterial pressure</i>) Hasil : MAP 134 mmHg Kesimpulan : perfusi ginjal tidak memadai	Kristiani
	I,II	10.35	- Posisikan semi fowler atau fowler Hasil :	Kristiani

			Pasien dalam posisi semi fowler dengan posisi 30 derajat	
	II	10.50	- Berikan oksigen Hasil: Terpasang nasal kanul 5 Liter, saturasi oksigen 98%	Sintia
	III	10.50	- Monitor kemampuan menelan Hasil : Pasien tidak mampu menelan karen mengalami penurunan kesadaran	Sintia
	III	11.00	- Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum Hasil : Pasien dalam posisi semi-fowler	Kristiani
	III	11.20	- Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (diberikan makan/minum melalui NGT) Hasil : Pasien terpasang selang NGT ukuran 16. Pasien di berikan bubur saring	Kristiani

			200cc dan air minum 25cc	
	I	12. 00	- Kolaborasi pemberian obat: Hasil: Citicolin 500mg/IV	Sintia
	I	12.20	- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi) Hasil: TD : 186/102 mmHg S :36,6 °c N: 104x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS (E:1, V:1, M: 2) Kulitatif : Sopor Coma Kuantitatif : 4	Sintia
	I	12.30	- Monitor MAP (<i>Mean arterial pressure</i>) Hasil : MAP 130 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai	Sintia
	II	12. 40	- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	Kristiani

			Hasil: Frekuensi napas 26x/m	
	II	13.00	- Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil: Tidak ada bunyi suara napas tambah	Sintia
	II	13.20	- Monitor sputum Hasil: Tampak tidak ada sputum	Sintia
	I	13.50	- Monitor intake dan output cairan (Rumus balance CM-(CK+IWL) Hasil : Intake RI : 150cc NS 0,9 % : 250cc sonde : 200cc air minum : 25cc Total intake : 625cc Output IWL (15 x BB) /24 jam x 8 jam 15x50kg/24 jam x 8 jam : 250 Urin : 900cc	Kristiani

			Total output : 1.150cc B. 8 jam (intake – output) = 625 - 1.150 = - 525 cc	
	I,II	14.20	- Berikan oksigen Hasil: Terpasang nasal kanul 5 liter dengan saturasi 97 %	Perawat
	I	14.20	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Monitol 20% 100cc/IV	Perawat
	I	15.00	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi) Hasil: TD : 182/98 mmHg S : 37,0 °C N: 102x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS (E:1, V:1, M: 2) Kulitatif : Sopor Coma Kuantitatif : 4	Perawat
	I	15.30	- Monitor MAP (<i>Mean arterial pressure</i>) Hasil :	Perawat

			MAP 126 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai	
	I	16.00	- Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) Hasil : Hasil CT scan menunjukkan adanya pendarahan pada otak	Perawat
	II	16.10	- Monitor sputum Hasil: Tampak tidak ada sputum	Perawat
	III		- Monitor kemampuan menelan Hasil: Pasien tidak mampu menelan karena mengalami penurunan kesadaran	Perawat
	III	16.30	- Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum Hasil : Pasien diberikan posisi dengan kepala 30 derajat	Perawat

	III	16.45	- Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (diberikan makan/minum melalui NGT) Hasil : Pasien terpasang selang NGT ukuran 16. Pasien di berikan bubur saring 200cc dan air minum 30cc	Perawat
	II	17.10	- Monitor pola napas Hasil: P: 28x/menit Tampak pernapasan cepat	Perawat
	II	17.20	- Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil: Tidak ada terdengar bunyi suara napas tambahan	Perawat
	I,II	17.40	- Posisikan <i>semi fowler</i> atau <i>fowler</i> Hasil : Pasien dalam posisi kepala 30 derajat	Perawat
	I		- Identifikasi penyebab	Perawat

			peningkatan TIK Hasil : Adanya pendarahan pada otak	
	I	17.50	- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi) Hasil: TD : 180/96 mmHg S :36,6 °c N: 98x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS	Perawat
	I	18.20	- Monitor MAP (<i>Mean arterial pressure</i>) Hasil : MAP 124 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai	Perawat
	I	18.40	- Kolaborasi pemberian obat: Hasil: Ranitidine 50ml/IV Monitol 20% 100cc/IV	Perawat
	I	20.00	- Kolaborasi pemberian obat:	Perawat

			Hasil: Citicoline 500mg/IV Mecobalamin 500mg/IV	
	II	20.20	- Monitor pola napas Hasil: P: 29x/menit Tampak pernapasan cepat	Perawat
	I	20.00	- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi) Hasil: TD : 176/96 mmHg S : 36,8 °c N : 102x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS4	Perawat
	III	05.10	- Berikan bantuan saat makan/minum (diberikan makan/minum melalui NGT) Hasil : Pasien di berikan bubur saring 200cc dan air minum 50cc	Perawat
	I	06.10	- Monitor intake dan output cairan (Rumus balance	Perawat

			CM-(CK+IWL) Hasil : Intake RI : 300cc NS 0,9 % : 600cc sonde : 200cc air minum : 50cc Total intake : 1.150cc Output IWL(15xBB)/24jamx12jam $15 \times 50 \text{ kg} / 24 \text{ jam} \times 12 \text{ jam}$ $= 375$ Urin : 1.200cc Total output : 1.575cc B. 12 jam (intake – output) $= 1.150 - 1.575$ $= - 425 \text{ cc}$	
		06.10	- Kolaborasi pemberian obat: Hasil: Monitol 100cc/IV	Perawat
		06.30	- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi) Hasil: TD : 174/94 mmHg S : 36,0 °c N : 98x/m	Perawat

			Tampak kesadaran menurun dengan GCS:4	
Kamis, 08/09/2026	I	07.30	- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK : Hasil : TD : 170/90 mmHg S :36,9 °c N: 86x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS4	Sintia
	I	07.40	- Memonitor MAP Hasil : MAP 116 mmHg Kesimpulan : perfusi ginjal tidak memadai	Sintia
	II	08.00	- Monitor pola napas Hasil: Frekuensi napas 28x/m	Kristiani
	II	08.10	- Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : Tidak terdengar bunyi suara napas tambahan	Kristiani
	I	08.30	- Kolaborasi pemberian obat Hasil:	Sintia

			Ranitidin 50 ml/IV	
	III	08.50	- Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) Hasil : Tampak rambut sedikit lepek, ada ketombe mulut sedikit kotor dan berbau	Sintia
	III	09.10	- Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan Hasil : Perawat memandikan pasien menggunakan sabun dan air bersih	Kristiani
	III	09.30	- Fasilitasi menggosok gigi Hasil : Perawat membersihkan Gigi dan gusi pasien dengan menggunakan kasa	Kristiani
	I	10.00	- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil TD : 168/90 mmHg S : 36,9 °C N: 88x/m	Sintia

			Tampak kesadaran menurun dengan GCS4	
	I	10.20	- Monitor MAP Hasil : MAP 116 mmHg Kesimpulan : perfusi ginjal tidak memadai	Sintia
	II	10.35	- Monitor pola napas Hasil: Frekuensi napas 27x/m	kristiani
	I,II	10.50	- Posisikan semi fowler atau fowler Hasil : Pasien diberikan posisi semi fowler/posisi kepala 30°	Kristiani
	II	10.50	- Berikan oksigen Hasil: Terpasang nasal kanul 5 Liter, saturasi oksigen 98%	Kristiani
	III	11.10	- Monitor kemampuan menelan Hasil : Pasien tidak mampu menelan karena mengalami penurunan kesadaran	Sintia

	III	11.30	- Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum Hasil : Pasien diberikan posisi semi-fowler	Sintia
	III	12. 45	- Berikan bantuan saat makan/minum (diberikan makan/minum melalui NGT) Hasil : Pasein di berikan bubur saring 200cc dan air minum 50cc	Kristiani
	I	13.00	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Citicolin 500mg/IV	Sintia
	I	13.10	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD : 165/92 mmHg S :36,4 °c N: 82x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS 4	Kristiani
	I	13.30	- Monitor MAP Hasil : MAP 116 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal	Kristiani

			tidak memadai	
	II	13.40	- Monitor pola napas Hasil: Frekuensi napas 29x/m	Sintia
	II	14.50	- Monitor bunyi napas tambahan Hasil: Tidak ada terdengar bunyi suara tambah napas tambahan	Sintia
	II	14.20	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Monitol 100cc/IV	Perawat
	II	15.30	- Posisikan semi fowler atau fowler Hasil : Pasien dalam posisi kepala 30 derajat	Perawat
	I	15.45	- Berikan oksigen Hasil: Terpasang nasal kanul 5 liter dengan saturasi 98 %	Perawat
	I	16.00	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Monitol 20% 100cc/IV	Perawat

	I	16.20	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi) Hasil: TD : 162/98 mmHg S :36,4 °c N:86x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS 4	Perawat
	I	16. 30	- Monitor MAP Hasil : MAP 119 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai	Perawat
	I	16.50	- Monitor pola napas Hasil: Frekuensi napas 26x/m	Perawat
	III	17.10	- Monitor kemampuan menelan Hasil: Pasien tidak mampu menelan karena mengalami penurunan kesadaran	Perawat
	III	17.30	- Atur posisi yang nyaman	Perawat

			untuk makan/minum Hasil : Pasien diberikan posisi semi- fowler	
	III	17.35	- Berikan bantuan saat makan/minum (diberikan makan/minum melalui NGT) Hasil : Pasien di berikan bubur saring 200cc dan air minum 50cc melalui selang NGT ukuran 16.	Perawat
	I	18.10	- Monitor intake dan output cairan (Rumus balance CM-(CK+IWL) Hasil : Intake RI : 300cc NS 0,9 % : 500cc sonde : 400cc air minum : 100cc Total intake = 1.300cc Output IWL (15 x BB) /24 jam x 12j 15x50kg/24 jam x 12 jam = 375 Urin : 1.400cc	Perawat

			Total output = 1.775cc B. 12 jam (intake – output) = 1.3000 - 1.775 = - 475 cc	
	I	18.30	- Identifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil : Terdapat pendarahan pada otak	Perawat
	I	18.40	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD : 160/90 mmHg S : 37,2 °c N: 92x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS4	Perawat
	I	19.00	- Monitor MAP Hasil : MAP 113 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai	Perawat
	I	20.30	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Ranitidine 50ml/IV Monitol 20% 100cc/IV	Perawat

	I	20.40	- Monitor tanda / gejala peningkatan TIK Hasil: TD : 158/94 mmHg S :36,6 °c N: 86x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS4	Perawat
	I	21.00	- Monitor MAP Hasil : MAP 115 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai	Perawat
	II	21.30	- Monitor sputum Hasil: Tampak tidak ada sputum	Perawat
	I	23.30	- Kolaborasi pemberian obat: Hasil: Citicoline 500mg/IV Mecobalamin 500mg/IV	Perawat
	II	00.30	- Monitor pola napas Hasil: P: 27x/menit Tampak pernapasan cepat	Perawat
	III	05.00	- Berikan bantuan saat makan/minum (diberikan	Perawat

			makan/minum melalui NGT) Hasil : Pasien di berikan bubur saring 200cc dan air minum 50cc	
	III	05.20	- Monitor intake dan output cairan (Rumus balance CM-(CK+IWL) Hasil : Intake RI : 350cc NS 0,9 % : 800cc sonde : 200cc air minum : 50cc Total intake : 1.400cc Output IWL(15xBB)/24jamx12jam 15x50kg/24 jam x 12 jam = 375 Urin : 1.500cc Total output : 1.875cc B. 12 jam (intake – output) = 1.400 – 1.875 = - 475 cc	Perawat
	I	05.40	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Monitol 100cc/iv	Perawat

	I	06.10	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD : 154/90 mmHg S : 36,8 °c N : 89x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS4	Perawat
	I	06.20	- Monitor MAP Hasil: 115 mmHg	Perawat
Jumat, 09/01/2026	I	07.30	- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK : Hasil : TD : 152/92 mmHg S :36,3 °c N: 89x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS4	Perawat
	I	07.40	- Memonitor MAP Hasil : MAP 112 mmHg Kesimpulan : perfusi ginjal tidak memadai	Perawat
	II	08.00	- Monitor pola napas Hasil: Frekuensi napas 29x/m	Perawat

	II	08.10	- Monitor bunyi napas tambahan Hasil : Tidak terdengar bunyi suara napas tambahan	Perawat
	I	08.30	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Ranitidin 50 ml/IV	Perawat
	III	08.50	- Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) Hasil : Tampak rambut sedikit lepek, mulut sedikit kotor dan berbau	Perawat
	III	09.10	- Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan Hasil : Perawat memandikan pasien menggunakan sabun dan air bersih	Perawat
	III	09.30	- Fasilitasi menggosok gigi Hasil : Perawat membersihkan Gigi dan gusi pasien menggunakan kasa	Perawat

			- Posisikan semi fowler atau fowler Hasil : Pasien diberikan posisi semi fowler/posisi kepala 30°	Perawat
	III	10.50	- Monitor kemampuan menelan Hasil : Pasien tidak mampu menelan karena mengalami penurunan kesadaran	Perawat
	III	10.50	- Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum Hasil : Pasien diberikan posisi semi-fowler	Perawat
	III	11.10	- Berikan bantuansaat makan/minum (diberikan makan/minum melalui NGT) Hasil : Pasein di berikan bubur saring 200cc dan air minum 50cc	Perawat
	I	11.30	- Kolaborasi pemberian obat	Perawat

			Hasil: Citicolin 500mg/IV	
	I	14.20	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD : 150/90 mmHg S : 36,6 °c N: 89x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS 4	Perawat
	I	14.30	- Monitor MAP Hasil : MAP 110 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai	Sintia
	II	13. 40	- Monitor pola napas Hasil: Frekuensi napas 26x/m	Sintia
	II	14.50	- Monitor bunyi napas tambahan Hasil: Tidak ada terdengar bunyi suara tambah napas tambahan	Kristiani
	I	15.10	- Kolaborasi pemberian obat Hasil:	Kristiani

	I	15.30	Monitol 100cc/IV - Posisikan semi fowler atau fowler Hasil : Pasien dalam posisi kepala 30 derajat	Sintia
	II	15.45	- Berikan oksigen Hasil: Terpasang nasal kanul 5 liter dengan saturasi 98 %	Sintia
	I	16.00	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Monitol 20% 100cc	Kristiani
	I	16.20	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi) Hasil: TD : 148/89 mmHg S :36,4 °c N:97x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS 4	Kristiani
	I	16.30	- Monitor MAP Hasil : MAP 108 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal	Sintia

	II	16.50	tidak memadai - Monitor pola napas Hasil: Frekuensi napas 29x/m	Sintia
	III	17.10	- Monitor kemampuan menelan Hasil: Pasien tidak mampu menelan karena mengalami penurunan kesadaran	Kristiani
	III	17.30	- Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum Hasil : Pasien diberikan posisi semi- fowler	Kristiani
	III	17.35	- Berikan bantuan saat makan/minum (diberikan makan/minum melalui NGT) Hasil : Pasein di berikan bubur saring 200cc dan air minum 50cc melalui selang NGT ukuran 16.	Sintia
	I	18.10	- Monitor intake dan output cairan (Rumus balance	Sintia

			CM-(CK+IWL) Hasil : Intake RI : 350cc NS 0,9 % : 400cc sonde : 400cc air minum : 100cc Total intake = 1.250cc Output IWL (15 x BB) /24 jam x 12j 15x50kg/24 jam x 12 jam = 375 Urin : 1.400cc Total output = 1.775cc B. 12 jam (intake – output) = 1.3000 - 1.775 = - 525 cc	
	I	18.30	- Identifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil : Terdapat pendarahan pada otak	Sintia
	I	18.40	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD : 146/86 mmHg S :36,9 °c N: 89x/m	Kristiani

			Tampak kesadaran menurun dengan GCS4	
	I	19.00	- Monitor MAP Hasil : MAP 106 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai	Kristiani
	II	19.20	- Monitor pola napas Hasil: Frekuensi napas 26x/m	Sintia
	II	19.40	- Monitor bunyi napas tambahan Hasil: Tidak terdengar bunyi suara tambah napas tambahan	Sintia
	II	19.50	- Posisikan semi fowler atau fowler Hasil : Pasien dalam posisi kepala 30 derajat	Sintia
	II	20.10	- Berikan oksigen Hasil: Terpasang nasal kanul 5 liter dengan saturasi 99%	Kristiani

	I	20.30	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Ranitidine 50ml/IV Monitol 20% 100cc/IV	Kristiani
	I	20.40	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Hasil: TD : 148/84 mmHg S : 36,5 °c N: 99x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS 4	Sintia
	I	21.00	- Monitor MAP Hasil : MAP 105 mmHg Kesimpulan: perfusi ginjal tidak memadai	Sintia
	II	21.30	- Monitor sputum Hasil: Tampak tidak ada sputum	Kristiani
	I	23.30	- Kolaborasi pemberian obat: Hasil: Citicoline 500mg/IV Mecobalamin 500mg/	Perawat
	III	04.40	- Monitor kemampuan	Perawat

			menelan Hasil: Pasien tidak mampu menelan karena mengalami penurunan kesadaran	
	III	05.00	- Berikan bantuan saat makan/minum (diberikan makan/minum melalui NGT) Hasil : Pasien di berikan bubur saring 200cc dan air minum 50cc	Perawat
	I	05.20	- Monitor intake dan output cairan (Rumus balance CM-(CK+IWL) Hasil : Intake RI : 300cc NS 0,9 % : 550cc sonde : 200cc air minum : 50cc Total intake : 1.150cc Output IWL(15xBB)/24jamx12jam 15x50kg/24 jam x 12 jam = 375 Urin : 1.100cc	Perawat

			Total output : 1.475cc B. 12 jam (intake – output) = 1.150 – 1.475 = - 325 cc	
	I	05.40	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: Monitol 100cc/IV	Perawat
	I	06.10	- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD : 140/88 mmHg S : 36,5 °c N : 93x/m Tampak kesadaran menurun dengan GCS4	Perawat

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. T/ 79 Tahun

Ruang/ Kamar : ICU/ bed 8

Hari/ Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
Rabu, 07/01/2026	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral S : - O: - Tampak pasien mengalami penurunan Kesadaran dengan GCS Kualitatif : soporo coma Kuantitatif :4 (M2,V1E1) - Tanda-tanda vital TD : 174/94 mmhg N : 98x/m P : 29x/m S : 36,0 °C Intake-output pasien = - 425 cc A : Masalah kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis S : - O : - Tampak pasien merasa sesak	Sintia & Kristiani

	- Tampak pasien menggunakan alat bantu napas : nasal kanul 5 liter - Frekuensi napas 29x/menit - Saturasi oksigen : 97% - Tampak pasien dengan posisi 30 derajat A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Defisit perawatan diri b/d Gangguan neuromuskular S : - O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien terabaring total - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu perawat, alat dan keluarga A : Masalah defisit perawatan diri belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi	
Kamis, 08/01/2026	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral S : - O : - Tampak pasien mengalami penurunan Kesadaran dengan GCS Kualitatif : soporo coma Kuantitatif :5 (M3,V1E1) - Tanda-tanda vital	Sintia & Kristiani

	TD : 164/90 mmhg N : 89x/m P : 27x/m S : 36,8 °c - MAP : 115 mmHg (perfusi ginjal tidak memadai) Intake-output pasien = -475cc A : Masalah kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis S : - O : - Tampak pasien merasa sesak - Tampak pasien menggunakan alat bantu napas : nasal kanul 5 liter - Frekuensi napas 27x/menit Saturasi oksigen : 98% - Tampak pasien dengan posisi 30 derajat A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Defisit perawatan diri b/d Gangguan neuromuskular S : - O :	
--	--	--

	- Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien terbaring total - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu perawat, alat dan keluarga A : Masalah defisit perawatan diri belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi	
Jumat 09/01/2026	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral S : - O : - Tampak pasien mengalami penurunan Kesadaran dengan GCS Kualitatif : soporo coma Kuantitatif :4 (M2V1E1) - Tanda-tanda vital TD : 142/94 mmHg N : 93x/m P : 26x/m S : 36,5 °c Intake-output pasien = -425cc A : Masalah kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis	Sintia & Kristiani

	S : - O : - Tampak pasien sesak napas - Tampak pasien menggunakan alat bantu napas : Nasal kanul 5 liter - Frekuensi napas 26x/menit - Saturasi oksigen : 99% - Tampak pasien dengan posisi 30 derajat A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Defisit perawatan diri b/d Gangguan neuromuskular S : - O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien tirah baring total - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu total perawat dan keluarga - Tampak kebersihan tubuh meningkat - Tampak pemenuhan makan dan minum terpenuhi melalui selang NGT A : Masalah defisit perawatan diri belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi	
--	--	--

DAFTAR OBAT

1. Citicoline

- a. Nama obat : Citicoline
- b. Klasifikasi golongan obat : Neuroprotektor / suplemen metabolik otak (sering dikategorikan sebagai vitamin saraf) – obat keras.
- c. Dosis umum:
 - 1) Oral (tablet/kapsul)
 - 500 mg, 1–2 kali sehari
 - 1000 mg, 1 kali sehari
 - 2) Injeksi / infus

Dosis 500–1000 mg per hari IV atau IM, dibeikan secara injeksi selama 3–5 menit atau infus dengan kecepatan $\pm 40 - 60$ tetes/menit.
- d. Dosis pada pasien : 500 mg setiap 12 jam
- e. Cara pemberian : Intravena (IV).
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Citicoline (CDP-choline) merupakan prekursor penting dalam sintesis fosfatidilkolin, yaitu komponen utama membran sel saraf. Citicoline bekerja dengan meningkatkan ketersediaan kolin dan sitidin yang diperlukan untuk pembentukan kembali fosfolipid membran neuron. Selain itu, citicoline membantu meningkatkan metabolisme otak dengan meningkatkan sintesis asetilkolin, suatu neurotransmitter yang berperan penting dalam fungsi kognitif, memori, dan transmisi impuls saraf. Obat ini juga dapat meningkatkan aliran darah serebral, memperbaiki metabolisme energi di jaringan otak, serta mengurangi pembentukan radikal bebas yang dapat memperburuk kerusakan neuron. Dengan mekanisme tersebut, citicoline berfungsi sebagai neuroprotektor, yaitu melindungi sel saraf dari kerusakan lebih lanjut dan membantu proses pemulihan fungsi neurologis. Oleh karena itu, citicoline sering digunakan sebagai terapi tambahan pada pasien

dengan stroke, cedera otak traumatik, penyakit parkinson, penyakit alzheimer, gangguan kognitif, dan berbagai gangguan neurologis lainnya.

g. Alasan pemberian pada pasien :

Diberikan karena hasil CT-scan menunjukkan perdarahan cerebri dextra, sehingga citicoline digunakan untuk membantu melindungi jaringan otak, memperbaiki metabolisme neuron, serta mendukung proses pemulihan fungsi neurologis pasien.

h. Kontraindikasi :

Hipersensitivitas atau alergi terhadap citicoline, kondisi hipertonus pada sistem saraf parasimpatis

i. Efek samping:

Insomnia, sakit kepala, gelisah, mual dan muntah, diare atau konstipasi, nyeri perut, penglihatan kabur, perubahan denyut jantung (bradikardia atau takikardia), hipotensi

2. Ranitidine

a. Nama obat : Ranitidine

b. Klasifikasi / golongan obat : Antagonis reseptor histamin H₂ (H₂ receptor antagonist)

c. Dosis umum :

1) Dewasa : 50 mg IV setiap 6–8 jam (maksimal 400 mg/hari)

2) Anak : 2 mg/kgBB per dosis

d. Dosis pada pasien : 50 mg setiap 12 jam

e. Cara pemberian : Intravena (IV)

f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Ranitidine bekerja dengan cara menghambat reseptor histamin tipe H₂ pada sel parietal lambung. Histamin yang dilepaskan oleh sel enterochromaffin-like (ECL) di mukosa lambung biasanya akan berikatan dengan reseptor H₂ dan merangsang sel parietal untuk menghasilkan asam lambung (asam klorida/HCl). Dengan

memblokir reseptor H₂ tersebut, ranitidine menghambat stimulasi sekresi asam lambung baik yang dipicu oleh histamin, makanan, gastrin, maupun rangsangan saraf vagus. Akibatnya produksi asam lambung menurun secara signifikan sehingga dapat mengurangi iritasi pada mukosa lambung. Selain menurunkan sekresi asam lambung, ranitidine juga dapat membantu meningkatkan proses penyembuhan mukosa lambung yang mengalami peradangan atau luka. Oleh karena itu obat ini sering digunakan untuk mengatasi gastritis, tukak lambung, refluks gastroesofageal (GERD), serta pencegahan tukak lambung akibat stres atau penggunaan obat tertentu.

g. Alasan pemberian pada pasien:

Untuk mengurangi produksi asam lambung yang berlebihan dan mencegah iritasi atau perdarahan lambung yang dapat terjadi pada pasien dengan kondisi kritis atau pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit.

h. Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap ranitidine, gangguan fungsi ginjal berat, hati-hati pada ibu hamil dan menyusui

i. Efek samping : sakit kepala, pusing, mual dan muntah, diare atau konstipasi, ruam atau gatal pada kulit

3. Mannitol

a) Nama obat : Mannitol

b) Klasifikasi / golongan obat: Diuretik osmotik

c) Dosis umum :

1) Dewasa : 0,25–1 g/kgBB per dosis IV

2) Anak : 1–2 g/kgBB IV

d) Dosis pada pasien : 100 cc setiap 8 jam

e) Cara pemberian : Intravena (IV)

f) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Mannitol merupakan diuretik osmotik yang bekerja dengan meningkatkan tekanan osmotik dalam plasma darah dan filtrat ginjal. Peningkatan tekanan osmotik plasma menyebabkan cairan dari jaringan tubuh, termasuk jaringan otak, tertarik masuk ke dalam pembuluh darah. Proses ini membantu mengurangi edema serebri (pembengkakan otak) serta menurunkan tekanan intrakranial (TIK). Selain itu, mannitol juga meningkatkan aliran darah serebral sehingga membantu meningkatkan suplai oksigen ke jaringan otak. Di ginjal, mannitol disaring oleh glomerulus dan meningkatkan tekanan osmotik di tubulus ginjal sehingga menghambat reabsorpsi air dan elektrolit. Hal ini menyebabkan peningkatan produksi urin (diuresis) yang membantu mengeluarkan cairan berlebih dari tubuh. Dengan mekanisme tersebut, mannitol sering digunakan pada kondisi edema otak, peningkatan tekanan intrakranial, cedera kepala, stroke, serta beberapa kasus gagal ginjal akut untuk merangsang diuresis.

g) Alasan pemberian pada pasien :

Karena hasil CT-scan menunjukkan adanya perdarahan di otak, sehingga mannitol diberikan untuk menurunkan tekanan intrakranial dan mengurangi pembengkakan jaringan otak.

h) Kontraindikasi : anuria (tidak dapat menghasilkan urin), gagal jantung kongestif berat, dehidrasi berat, perdarahan intrakranial aktif yang bukan akibat pembedahan

i) Efek samping : gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, dehidrasi, hipotensi, sakit kepala, mual dan muntah, demam

4. Mecobalamin

a. Nama obat : Mecobalamin

b. Klasifikasi/golongan obat : Vitamin B12 aktif/suplemen neurotropik (obat keras)

- c. Dosis umum : Dewasa: 500 mcg (mikrogram) tiga kali sehari
- d. Dosis pada pasien : 500 mcg setiap 24 jam
- e. Cara pemberian : Intravena (IV)
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Mecobalamin merupakan bentuk aktif dari vitamin B12 (*methylcobalamin*) yang memiliki peran penting dalam berbagai proses metabolisme tubuh, khususnya dalam sistem saraf dan pembentukan sel darah. Pada tingkat sel, mecobalamin berfungsi sebagai koenzim dalam sintesis DNA dan RNA, yang penting dalam proses pembelahan dan regenerasi sel. Dalam sistem saraf, mecobalamin berperan dalam sintesis mielin, yaitu lapisan pelindung yang menyelimuti serabut saraf dan berfungsi mempercepat penghantaran impuls saraf. Selain itu, mecobalamin juga berperan dalam metabolisme asam amino dan pembentukan metionin dari homosistein. Proses ini penting untuk menjaga kesehatan jaringan saraf dan mencegah kerusakan neuron. Karena perannya dalam regenerasi saraf, mecobalamin sering digunakan dalam terapi neuropati perifer, gangguan saraf, anemia megaloblastik akibat defisiensi vitamin B12, serta gangguan neurologis lainnya
- g. Alasan pemberian pada pasien: Untuk membantu memperbaiki fungsi saraf, mendukung regenerasi jaringan saraf, serta mencegah atau mengatasi defisiensi vitamin B12 yang dapat memperburuk gangguan neurologis
- h. Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap vitamin B12 atau cobalt
- i. Efek samping : mual, muntah, diare, nyeri perut, ruam kulit, gatal-gatal

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini, penulis membahas perbedaan antara teori keperawatan yang dipelajari secara akademik dengan praktik nyata dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kritis pada pasien di ruang ICU. Kasus yang dianalisis adalah Ny. T, seorang pasien berusia 79 tahun dengan diagnosis medis stroke hemoragik yang menjalani perawatan di Intensive Care Unit Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Makassar selama tiga hari, yaitu pada tanggal 7–9 Januari 2026.

Pembahasan dilakukan dengan menggunakan pendekatan lima tahap proses keperawatan yang diterapkan melalui pengkajian ulang serta interaksi langsung dengan pasien. Tahapan proses keperawatan yang dimaksud meliputi:

1. Pengkajian

a. Pengkajian primer

1) B1 (*Breathing*)

Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny.T diperoleh data bahwa pasien mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 30x/menit, pasien tampak menggunakan terapi oksigen melalui nasal kanul dengan aliran 5 liter dengan nilai saturasi oksigen (SpO_2) 98%. Pada pasien stroke hemoragik, perdarahan intrakranial menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial dan gangguan perfusi serebral. Penurunan aliran darah ini berdampak pada ketidakseimbangan hemodinamik, yang selanjutnya memengaruhi distribusi oksigen dalam tubuh. Gangguan hemodinamik tersebut dapat menghambat fungsi jantung dan menurunkan saturasi oksigen, sehingga memicu

gangguan pernapasan berupa sesak napas (Vitya & Afni, 2023).

2) B2 (*Blood*)

Pada pengkajian ini di dapatkan pasien mengalami tekanan darah tinggi dimana tekanan darah 170/98 mmHg, frekuensi nadi 108 x/menit. Dari hasil analisa data pada Ny. T peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi terjadi karena adanya pendarahan diotak sehingga menyebabkan pembengkakan serebral. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Soewarno & Annisa, 2022) bahwa hipertensi merupakan faktor risiko utama stroke hemoragik karena tekanan darah tinggi yang berlangsung lama dapat melemahkan dinding pembuluh darah otak hingga mudah pecah dan menyebabkan perdarahan intrakranial. Perdarahan tersebut menimbulkan hematoma dan edema serebri yang meningkatkan tekanan intrakranial, sehingga memicu respon kompensasi berupa peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi untuk mempertahankan perfusi otak.

3) B3 (*Brain*)

Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny.T didapatkan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 4 yaitu soporo koma, reaksi pupil melambat. Untuk pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan CT-Scan dengan hasil pasien mengalami perdarahan intracerebral nucleus lentiformis, capsulai interna dan thalamus kanan yang menyebabkan midline shift ke kiri kontralateral. Penurunan kesadaran terjadi karena pasien mengalami pendarahan serebral yang menyebabkan sirkulasi darah terganggu. Kondisi ini sejalan dengan penelitian yang dikemukakan oleh Pramadyanti et al., (2025), bahwa

peningkatan tekanan intrakranial akibat perdarahan dan edema serebral berperan penting dalam menurunkan skor Glasgow Coma Scale (GCS). Semakin berat perdarahan yang terjadi, semakin besar gangguan neurologis yang ditimbulkan, termasuk penurunan kesadaran hingga koma, sehingga pemeriksaan CT-Scan menjadi pemeriksaan utama untuk menilai lokasi dan luas perdarahan intracerebral.

4) B4 (*Bladder*)

Pada pengkajian pasien tidak ditemukan abnormalitas seperti adanya nyeri saat BAK. Pasien tampak terpasang folley cateter ukuran 16 Fr dengan jumlah urin sebanyak 300cc dan berwarna kuning jernih. Pemasangan cateter urin dilakukan untuk memonitor output pasien yang mengalami penurunan kesadaran (Malzina and Maryana, 2023).

5) B5 (*Bowel*)

Dari hasil pengkajian ini, di temukan mukosa bibir pasien kering dan didapati gigi pasien sudah tidak lengkap. Dengan kondisi pasien yang mengalami penurunan tingkat kesadaran, maka dilakukan pemasangan selang nosagasteik (NGT) dengan ukuran 16 sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan nutrisi secara adekuat (Harison et al., 2022).

6) B6 (*Bone*)

Pada saat dilakukan pengkajian, ditemukan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran dengan tira baring total serta adanya gangguan pada pergerakan sendi sisi kiri tubuh, sehingga aktivitas harian pasien di bantu oleh perawat, alat dan keluarag. Keterbatasan gerak berkaitan dengan adanya pendarahan intracranial nucleus lentiformis, capsula interna dan thalamus kanan yang menyebabkan

midline shift ke sisi kontralateral. Hal ini sejalan dengan penjelasan M. Fttah Rizki et al., (2025), yang menyatakan bahwa stroke hemoragik terjadi akibat ruptur pembuluh darah di jaringan parenkim otak yang menyebabkan darah keluar dan menimbulkan tekanan pada jaringan otak di sekitarnya. Hipertensi merupakan faktor risiko utama, karena peningkatan tekanan darah yang berlangsung lama dapat melemahkan struktur dinding pembuluh darah sehingga rentan mengalami pecah. Perdarahan intracerebral umumnya melibatkan area ganglia basalis, thalamus, dan kapsula interna yang berperan penting dalam pengendalian fungsi motorik. Perdarahan tersebut menimbulkan efek massa berupa edema serebri dan peningkatan tekanan intrakranial yang berdampak pada terjadinya gangguan neurologis, seperti penurunan tingkat kesadaran, kelemahan atau kelumpuhan anggota gerak pada sisi tubuh kontralateral, serta keterbatasan pergerakan sendi. Pemeriksaan CT-Scan menjadi modalitas utama dalam menegakkan diagnosis serta menentukan lokasi dan luas perdarahan. Penatalaksanaan stroke hemoragik difokuskan pada pengendalian tekanan darah, penurunan tekanan intrakranial, dan pencegahan kerusakan neurologis lebih lanjut.

b. Pengkajian sekunder

Pengkajian 11 pola gordon dilakukan secara komprehensif. Pengkajian kesehatan yang dilakukan pada Ny.T dikaji berdasarkan pola-pola yang ada. Data pengkajian didapatkan dari wawancara yang dilakukan pada keluarga pasien, adapun data yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Pasien masuk Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar pada tanggal 06 Januari 2026 dengan diagnosa

medik Hemoragik Stroke. Data yang diperoleh dari keluarga bahwa Ny. "T" (79 tahun) memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan diabetes melitus sejak 3 tahun, tetapi pasien jarang mengontrol kesehatannya di layanan kesehatan. Pasien jarang memeriksakan kesehatannya dan tidak rutin mengonsumsi obat yang diberikan. Keluarga pasien juga mengatakan pasien memiliki pola makan yang kurang sehat, yaitu sering mengonsumsi daging, makanan asin seperti telur asin dan sawi asin, serta setiap pagi mengonsumsi kopi manis dan biskuit. Keluarga juga mengatakan bahwa pasien lebih banyak menghabiskan waktu di rumah dan jarang melakukan aktivitas fisik atau olahraga. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Lasdiana (2025), bahwa hipertensi dan diabetes melitus merupakan faktor risiko utama kejadian stroke di Indonesia. Risiko tersebut semakin meningkat pada individu dengan gaya hidup tidak sehat, seperti pola makan tinggi garam dan gula serta kurang aktivitas fisik. Selain itu, ketidakpatuhan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk tidak rutin kontrol dan tidak teratur mengonsumsi obat, berperan besar dalam memperburuk kondisi penyakit dan meningkatkan risiko terjadinya stroke.

Keluarga pasien mengatakan pasien sedang buang air besar (BAB) dengan posisi jongkok selama ± 15 menit, saat berdiri tiba-tiba kaki kiri pasien terasa lemah sehingga pasien meminta bantuan keluarga untuk membantunya berdiri, setelah beberapa menit pasien mulai mengalami penurunan kesadaran dan kurang merespon saat diajak berbicara.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Ny. T penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai SDKI PPNI (2018), yaitu:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Penulis mengambil diagnosa ini karena di temukan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran (sopor koma) dengan GCS M2V1E2 tekanan darah meningkat, nadi meningkat, tingkat kesadaran menurun, 12 nervus tidak berfungsi dengan baik, peningkatan TTV : TD : 170/110 mmHg, N: 108x/menit dan hasil ST-Scan pendarahan intracranial nucleus lentiformis, capsula interna dan thalamus kanan yang menyebabkan midline shift ke sisi kontralateral, pendarahan intraventrikel yang menyebabkan hydrocephalus obstruktif dan transependymal edema.
 - b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis. Penulis mengambil diagnosa ini karena ditemukan data pasien yang mengalami sesak napas, penggunaan otot bantu napas yaitu nasal kanul 5 liter, pola napas takipnea dengan frekuensi napas 30x/menit, Spo2 98%.
 - c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat diagnosa ini karena ditemukan data bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran dengan tirah baring total, tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ ke toilet/ berhias secara mandiri.
- Berdasarkan teori ada beberapa diagnosa yang tidak diangkat yaitu:
- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi karena kondisi pasien sudah mengalami perdarahan di otak akibat stroke hemoragik, yang secara langsung memengaruhi perfusi serebral. Diagnosis ini digunakan ketika masalah tersebut belum terjadi dan masih berupa kemungkinan. Pada kasus ini, gangguan perfusi serebral sudah terjadi akibat adanya perdarahan intracerebral yang menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial dan gangguan fungsi jaringan otak.

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan karena pada pasien tidak ditemukan adanya sekret atau sputum yang dapat menghambat jalan napas. Hasil pengkajian menunjukkan tidak ada batuk produktif, tidak ada bunyi napas tambahan seperti ronki atau gurgling, serta tidak terdapat tanda adanya penumpukan sekret pada saluran napas.
- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular karena pasien berada dalam kondisi penurunan kesadaran atau koma, sehingga kemampuan menelan tidak dapat dinilai secara langsung. Pasien dengan penurunan kesadaran tidak diberikan asupan makanan atau minuman melalui mulut (NPO) untuk mencegah aspirasi.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular karena pasien berada dalam kondisi penurunan kesadaran, sehingga pasien tidak mampu melakukan aktivitas atau gerakan secara sadar. Keterbatasan gerak pada pasien bukan disebabkan oleh gangguan sistem neuromuskular yang dapat dinilai secara fungsional, melainkan akibat penurunan tingkat kesadaran karena perdarahan otak. Selain itu, pengkajian kemampuan mobilitas seperti kekuatan otot, keseimbangan, atau kemampuan bergerak tidak dapat dilakukan secara optimal pada pasien yang tidak sadar.
- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas tidak diangkat karena pada pasien dengan kondisi koma (GCS 4), masalah ini belum tentu bersifat aktual apabila belum ditemukan tanda-tanda kerusakan kulit seperti kemerahan atau luka tekan. Selain itu, pada kondisi akut seperti stroke hemoragik, prioritas utama adalah mempertahankan fungsi vital seperti jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi, sehingga masalah kulit belum menjadi fokus utama

penanganan.

- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan tidak diangkat karena pada pasien koma, pemenuhan nutrisi umumnya sudah dialihkan melalui bantuan seperti NGT (nasogastric tube), sehingga masalah utama bukan pada ketidakmampuan menelan secara langsung. Selain itu, belum terdapat data objektif yang menunjukkan adanya defisit nutrisi, seperti penurunan berat badan atau gangguan laboratorium. Oleh karena itu, diagnosa ini belum memenuhi kriteria untuk ditegakkan sebagai masalah aktual.
- g. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan lanjut usia tidak diangkat karena pada pasien dengan GCS 4, terjadi penurunan kesadaran yang berat hingga koma, sehingga kemampuan untuk menilai adanya gangguan persepsi sensori menjadi tidak relevan. Selain itu, penyebab utama kondisi pasien adalah gangguan neurologis akibat stroke hemoragik, bukan karena faktor usia. Oleh karena itu, diagnosa yang lebih tepat berfokus pada gangguan fungsi neurologis daripada persepsi sensori.
- h. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi tidak diangkat karena tidak ditemukan data pendukung yang menunjukkan adanya gangguan pertukaran gas, seperti penurunan saturasi oksigen, hasil analisa gas darah yang abnormal, atau tanda distress pernapasan. Selain itu, disebutkan bahwa tidak terdapat sputum, sehingga belum ada indikasi gangguan ventilasi yang signifikan. Pada kondisi ini, masalah yang lebih mungkin muncul adalah risiko aspirasi atau bersihan jalan napas tidak efektif, bukan langsung gangguan pertukaran gas.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melalui tahap pengkajian, penentuan masalah, dan penegakan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi permasalahan yang dialami pasien. Perencanaan asuhan keperawatan tersebut mencakup intervensi mandiri perawat, tindakan observasi, pemberian pendidikan kesehatan, serta tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosis keperawatan, perawat memfokuskan intervensi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

- 1) Manajemen peningkatan tekanan intracranial

Observasi :

Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi), monitor MAP (Mean arterial pressure), monitor intake dan output cairan (rumus balance CM-(CK+IWL)

Terapeutik :

Beri posisi semi fowler (30 derajat)

Kolaborasi :

Kolaborasi pemberian sedasi dan antikoagulan, jika perlu

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis

- 1) Manajemen jalan napas

Observasi :

Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor

sputum

Terapeutik :

Posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen, jika perlu

Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular

1) Dukungan Perawatan Diri: Mandi (I.11352)

Observasi :

Monitor kebersihan tubuh, monitor integritas kulit

Terapeutik :

Fasilitasi menggosok gigi, fasilitasi mandi

Edukasi :

Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien

2) Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351)

Observasi :

Monitor kemampuan menelan

Terapeutik :

Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum, berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (diberikan makan/minum melalui NGT).

4. Implementasi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dan disusun oleh penulis dilaksanakan selama 3 hari dengan bantuan perawat di ruang ICU. Pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan.

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Implementasi yang dilakukan

penulis pada hari pertama adalah memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi), memonitor MAP (*Mean arterial pressure*), memonitor penurunan frekuensi jantung, memonitor iregularitas irama napas, mempertahankan posisi kepala 30 derajat, dan melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai intruksi dokter seperti obat antihipertensi, citicolin dan manitol, menghitung intake dan output cairan per 12 jam. Implementasi hari selanjutnya dilakukan sesuai dengan implementasi yang ditetapkan di hari pertama

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis. Implementasi yang dilakukan penulis pada hari pertama adalah monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Implementasi yang dilakukan penulis pada hari pertama adalah monitor kebersihan tubuh, monitor integritas kulit, fasilitasi mandi, atur posisi yang nyaman untuk makan/minum, berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (diberikan makan/minum melalui NGT).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai ketercapaian tujuan asuhan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan berdasarkan hasil tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny. "T" pada tanggal 7–9 Januari 2026. Proses evaluasi dilaksanakan selama 3 x 24 jam dan diperoleh hasil sebagai berikut:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan

dengan edema serebral

Evaluasi: Sampai pada hari ketiga perawatan masalah kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian dimana tanda-tanda vita; TD : 142/94 mmHg, N : 93x/menit, S : 36, 5°C, kesaran soporo coma dengan GCS M2V1E1.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis

Evaluasi: sampai hari ketiga perawatan masalah pola napas teratasi sebagian dimana saturasi oksigen 99% dengan alat bantu nasal kanul 5 liter, frekuensi napas 26x/menit.

- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Evaluasi: sampai pada hari ketiga perawatan masalah perawatan diri teratasi sebagian dimana kebersihan tubuh meningkat, pemenuhan makan dan minum terpenuhi melalui selang NGT.

B. Pembahasan penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN

Efektivitas pemberian elevasi kepala 30° terhadap perbaikan perfusi jaringan otak pada pasien Hemoragik Stroke di Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar.

P : Masalah pada pasien dengan stroke hemoragik yang mengalami penurunan kapasitas adaptif intrakranial akibat peningkatan tekanan intrakranial yang ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran, sesak napas, serta peningkatan tekanan darah.

I : Pemberian posisi *head up* 30°

C : -

O : Penurunan tekanan intrakranial, peningkatan kesadaran, tekanan darah membaik dan peningkatan

saturasi oksigen

T : Tindakan dilakukan pada tanggal 7 - 9 januari 2026

2. Diagnosa keperawatan

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

3. Luaran yang diharapkan

Kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil:

- a. Tingkat kesadaran cukup meningkat
- b. Tekanan darah cukup membaik
- c. Tekanan intrakranial cukup menurun
- d. Tekanan nadi cukup membaik
- e. Pola napas cukup membaik
- f. Refleks neurologis cukup membaik

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Terapeutik : Pemberian tindakan posisi elevasi head up 30°

5. Pembahasan tindakan keperawatan EBN

a. Pengertian tindakan

Elevasi kepala 30° adalah posisi di mana kepala pasien terangkat sekitar tiga puluh derajat dari posisi telentang untuk mengoptimalkan drainase vena otak, menurunkan tekanan intrakranial, dan mendukung perfusi jaringan otak pada pasien stroke hemoragik (Kaswanto & Chayati, 2023).

b. Tujuan

Tujuan dilakukan elevasi kepala 30° adalah untuk mengurangi peningkatan tekanan intrakranial yang ditandai dengan kondisi tanda-tanda vital yang stabil, tingkat kesadaran cukup meningkat, tekanan intrakranial cukup menurun, pola napas cukup membaik, refleks neurologis cukup membaik.

c. PICOT EBN (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Time*)

Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III
Judul: Penerapan <i>head up</i> 30 derajat terhadap pasien stroke dengan masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang Jawa Timur, (Syahputra & Hastuti, 2024).	Judul: Analisis penerapan posisi <i>head up</i> 30 derajat pada pasien dengan diagnosa medis <i>intracerebral hemorrhage post craniectomy</i> di rsup. Prof. Dr. R .d kandou manado, (Lumenta et al., 2025).	Judul : Intervensi keperawatan posisi kepala tegak 30° untuk mengurangi tekanan intrakranial pada pasien ICH di ruang Nusa Indah Rumah Sakit Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya, (Hartati et al., 2025).
P (Population) Pada 2 pasien yang menjalani rawat inap di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dengan diagnosis medis <i>Cerebrovascular Accident</i> (CVA) dengan masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial.	P (Population) Pada 1 pasien yang berada di ruang rawat inap Irina A Bawah RSUP. Prof. Dr. R.D Kandou Manado dengan diagnosa <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH) <i>post craniectomy</i> .	P (Population) Pelaksanaan pengumpulan data ini pada 2 pasien di rumah sakit dengan diagnosa medis stroke hemoragik.
I (Intervention) Intervensi yang diberikan adalah	I (Intervention) Intervensi keperawatan yang	I (Intervention) Intervensi keperawatan yang

posisi <i>head up</i> 30° yang dilakukan pada pasien ke 2, dilaksanakan selama 30 menit dalam satu sesi dan dilakukan dua kali dalam sehari, disertai dengan pemantauan kondisi pasien. Posisi kepala pada sudut 30° dicapai dengan menempatkan pasien stroke dalam posisi telentang, kemudian kepala ditinggikan menggunakan bantal atau pengaturan elevasi tempat tidur hingga mencapai sudut sekitar 30°. Kondisi ini dapat membantu menurunkan tekanan intrakranial dan memperbaiki perfusi serebral, sehingga pasokan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel darah merah ke jaringan otak dapat	diberikan adalah penerapan posisi <i>head up</i> 30°, yaitu memposisikan kepala pasien lebih tinggi sekitar 30° dari tempat tidur dengan tubuh tetap lurus. Tindakan ini bertujuan menjaga keselarasan tubuh, meningkatkan aliran balik vena serebral, serta membantu menurunkan tekanan intrakranial. Sebelum dan sesudah tindakan dilakukan pengukuran <i>Mean Arterial Pressure</i> (MAP) dan <i>Glasgow Coma Scale</i> (GCS) untuk menilai kondisi hemodinamik dan tingkat kesadaran pasien. Posisi <i>head up</i> 30° diterapkan selama satu shift setiap hari selama tiga hari, dengan pemantauan MAP dan GCS setiap dua jam untuk menilai perubahan kondisi pasien.	diberikan adalah pengaturan posisi kepala tegak 30° dapat memengaruhi tekanan arteri rata-rata (MAP) dengan cara mengurangi tekanan vena jugularis dan menurunkan tekanan intrakranial (ICP). Selain itu, posisi ini juga meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik (ICH) dengan membantu aliran darah ke otak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral. dilakukan selama 3 hari, masing-masing 30 menit, 2 kali sehari pada pagi dan siang hari.
---	---	---

terpenuhi dengan lebih baik.		
C (Comparison) Penelitian ini tidak menggunakan pembandingan	C (Comparison) Penelitian ini tidak menggunakan pembandingan	C (Comparison) Penelitian ini tidak menggunakan pembandingan
O (Outcome) Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa penerapan posisi <i>head up</i> 30 derajat pada pasien stroke efektif dalam menurunkan tekanan intrakranial serta memperbaiki tekanan darah, frekuensi napas dan penurunan intensitas nyeri pada pasien.	O (Outcome) Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa penerapan posisi <i>head up</i> 30 derajat selama 3 hari menunjukkan adanya kecenderungan penurunan <i>mean arterial pressure</i> (MAP) ke arah rentang normal sebagai indikator perbaikan tekanan intrakranial. Intervensi ini membantu mendukung stabilitas hemodinamik serebral dan meningkatkan perfusi serta oksigenasi otak.	O (Outcome) Peneliti menunjukkan bahwa penerapan posisi kepala dengan elevasi 30 derajat efektif dan aman pada pasien stroke hemoragik dalam menurunkan tekanan intrakranial, ditunjukkan oleh penurunan tekanan arteri rata-rata (MAP) dan peningkatan saturasi oksigen pasien."
T (Time) Penelitian dilakukan pada september 2025.	T (Time) Peneliti dilakukan pada tahun 2025	T (Time) Peneliti dilakukan pada september 2025

Kesimpulan Hasil EBN

Berdasarkan sintesis dari tiga jurnal yang telah dianalisis, dapat disimpulkan bahwa penerapan posisi *head up* 30° memberikan manfaat terhadap kondisi pasien stroke hemoragik yang mengalami peningkatan tekanan intrakranial. Ketiga penelitian menunjukkan bahwa setelah diberikan intervensi elevasi kepala 30°, terjadi perbaikan kondisi klinis pasien yang ditandai dengan penurunan tekanan darah, peningkatan saturasi oksigen, serta perbaikan tanda-tanda vital. Perubahan tersebut menunjukkan bahwa posisi *head up* 30° dapat membantu menjaga stabilitas hemodinamik serta mendukung penurunan tekanan intrakranial pada pasien stroke hemoragik.

Hasil kajian literatur terbaru menurut Astuti & Rosyid (2025), menunjukkan bahwa elevasi kepala pada sudut 30° memiliki peran penting dalam penatalaksanaan pasien dengan gangguan perfusi serebral dan peningkatan tekanan intrakranial. Posisi ini efektif dalam membantu menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke dengan cara memperlancar sirkulasi darah serebral serta meningkatkan proses oksigenasi jaringan tubuh secara keseluruhan. Menurut Ginanjar (2024), elevasi kepala 30° juga memberikan pengaruh signifikan terhadap perubahan tekanan intrakranial pada pasien dengan gangguan neurologis, karena posisi tersebut memungkinkan drainase vena dari rongga kranium menuju atrium jantung berlangsung lebih optimal sehingga membantu menurunkan tekanan di dalam tengkorak.

Selain itu, penelitian menunjukkan bahwa tindakan keperawatan berupa elevasi kepala 30° yang dilakukan secara kolaboratif dengan instruksi dokter dapat membuat pasien merasa lebih nyaman dan mampu beristirahat dengan lebih baik, yang secara tidak langsung membantu menstabilkan tekanan intrakranial. Secara keseluruhan, pemberian elevasi kepala 30° merupakan intervensi yang efektif untuk meningkatkan perfusi serebral, menurunkan tekanan intrakranial, dan memperbaiki kondisi fisiologis pasien pada banyak kasus neuro-intensif (Nanda et al., 2024).

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa penerapan posisi *head up* 30° merupakan intervensi keperawatan non-farmakologis yang sederhana, aman, dan efektif pada pasien stroke hemoragik dalam membantu menurunkan tekanan intrakranial, serta mendukung stabilitas kondisi dinamik pasien. Oleh karena itu, intervensi ini dapat direkomendasikan sebagai bagian dari tindakan keperawatan pada pasien stroke hemoragik dengan masalah peningkatan tekanan intrakranial.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. T dengan hemoragik stroke (HS) di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. T usia 79 tahun, faktor yang mendukung terjadinya stroke hemoragik meliputi hipertensi yang tidak terkontrol akibat ketidakpatuhan dalam mengonsumsi obat, riwayat diabetes melitus, serta pola makan yang tidak sesuai anjuran. Hipertensi kronis dapat melemahkan dinding pembuluh darah otak sehingga berisiko mengalami ruptur. Diabetes melitus turut mempercepat kerusakan pembuluh darah, sedangkan usia lanjut meningkatkan risiko perdarahan akibat menurunnya elastisitas pembuluh darah.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnos keperawatan yang ditemukan pada Ny.T dengan HS adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang telah penulis disusun diantaranya manajemen peningkatan tekanan intracranial, manajen jalan napas, dukungan perawatan diri mandi dan makan/minum yang meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

4. Implementasi keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari yang dibantu oleh sesama mahasiswa dan perawat, maka implementasi terlaksana dengan baik sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun.

5. Evaluasi keperawatan

Dari hasil evaluasi, ketiga diagnosis keperawatan belum teratasi sehingga intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan dan mahasiswa.

6. Penerapan EBN

Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) pada Ny. T melalui elevasi kepala 30° efektif membantu menurunkan tekanan intrakranial dengan memperlancar aliran balik vena serebral. Posisi ini juga meningkatkan oksigenasi, memperbaiki perfusi otak, serta membantu menstabilkan hemodinamik seperti penurunan tekanan darah. Secara klinis, kondisi pasien tampak lebih stabil dengan perbaikan status neurologis dan saturasi oksigen.

B. Saran

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

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

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

2. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga mampu melakukan perawatan, pencegahan, serta penanganan yang tepat pada kondisi stroke hemoragik. Selain itu, pasien diharapkan dapat membangun tekad yang kuat, meningkatkan motivasi diri untuk mencapai kesembuhan, serta menyikapi kondisi penyakit dengan sikap yang optimis dan positif.

3. Bagi Penulis

Diharapkan tenaga kesehatan mampu mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah diperoleh selama pendidikan, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik, termasuk penerapan intervensi elevasi kepala 30° secara tepat dan sesuai prinsip *Evidence Based Nursing*.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat menambah wawasan dan menjadi referensi bagi peserta didik dalam mengembangkan standar asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik. Selain itu, karya ini diharapkan dapat mendorong pemanfaatan sumber informasi keperawatan yang terkini dan relevan, baik dalam bidang pendidikan maupun praktik keperawatan.

Daftar Pustaka

- Astuti, K. I., & Rosyid, F. N. (2025). Keefektifan tindakan keperawatan (elevasi kepala) yang bisa dilakukan untuk menurunkan tekanan intra kranial pada pasien stroke infark: literature review. *Jurnal Ners*, 9(3), 4237–4248. <https://doi.org/10.31004/jn.v9i3.46290>
- Azizah, A. N., & Arofiati, F. (2023). Pengaruh pemberian elevasi kepala 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien dengan stroke non hemoragik. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 14(1). <https://doi.org/10.33859/dksm.v14i1.889>
- Chynya, V. M., & Pinzon, R. T. (2023). Drug utilization evaluation anti edema otak pada pasien strok hemoragik di rumah sakit Bethesda Yogyakarta. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*, 10(1), 37–29. <https://doi.org/10.15416/ijcp.2021.10.1.37>
- Dewi, L., & Fitraneti, E. (2024). Stroke iskemik. *Juornal Scientific*, 3(6), 379–388. <https://journal.scientic.id/index.php/sciena/issue/view/22>
- Familah, A., Arifin, A. F., Muchsin, A. H., Rachman, M. E., & Dahliah. (2024). Karakteristik penderita stroke iskemik dan stroke hemoragik. *Jurnal Mahasiswa Kedokteran*, 04(06). <https://doi.org/https://doi.org/10.33096/fmj.v4i6.468>
- Fitri, S. S., & Wahyudi, S. (2023). Epilepsi paska stroke. *Jurnal Kedokteran Unram*, 12(3), 1–5. <https://doi.org/https://doi.org/10.29303/jk.v12i3.4494> Article
- Fitriyanti, & Irawan, W. K. (2023). Stroke hemoragik pada pasien dengan riwayat stroke Iskemik. *Medical Profession Journal of Lampung*, 13(7), 1248–1252. <https://doi.org/https://doi.org/10.53089/medula.v13i7.893>
- Geneva, R., & Usman, S. (2023). Gambaran karakteristik individu dengan kejadian stroke pada pasien poliklinik penyakit saraf. *Jurnal Kedokteran STM (Sains Dan Teknologi Medik)*, VI(li), 159–167. <https://jurnal.fk.uisu.ac.id/index.php/stm/article/view/466>
- Ginanjari, R. (2024). Penerapan posisi head up 30o terhadap terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik di igd RsdK.R.M.T Wangsonegoro kota Semarang. *Jurnal Penelitian Inovatif (JUPIN)*, 4(3), 1577–1582. <https://doi.org/https://doi.org/10.54082/jupin.617>
- Harison, N., Khusniah, U., & Rusiandy, R. (2022). Pengaruh pemberian nutrisi enteral metode intermittent feeding terhadap volume residu lambung pada pasien kritis di ruang Icu RSUD DR. Sobirin Lubaklingga. *Mitra Raflesia (Journal of Health Science)*, 14(1), 167–175. <https://doi.org/https://doi.org/10.51712/mitraraflesia.v14i1.233>

- Hartati, S., Datak, G., Missesa, & Sylvia, E. I. (2025). Nursing intervention of head up 30 ° position to reduce intracranial pressure in ICH patients in the Nusa Indah room of Dr . Doris Sylvanus Hospital Palangka Raya. *Journal of Midwifery and Nursing Journal*, 7(3), 327–331. <https://iocscience.org/ejournal/index.php/JMN/article/view/6486>
- Ilyas, H., & Ukke, A. T. (2022). Gambaran kejadian depresi pada pasien pascastroke di ruang poli saraf Rumah Sakit Pelamonia Makassar. *JurnalMitrasedhat*, 9(1), 232–241. <https://doi.org/https://doi.org/10.51171/jms.v9i1.291>
- Jacob, L. D. (2024). Interpretasi digital subtraction angiography pada stroke hemoragik. *Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 4(2), 324–332. <https://doi.org/10.59141/comserva.v4i2.1354>
- Kaswanto, L., & Chayati, N. (2023). Efektivitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(519–529) 6. <https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JOTING/article/download/2559/1675/>
- Kemendes RI. (2024). *Cegah stroke dengan aktivitas fisik*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://kemkes.go.id/eng/cegah-stroke-dengan-aktivitas-fisik>
- Kianie, & Cenggonono, M. (2025). Pengaruh faktor risiko dan gaya hidup terhadap risiko stroke. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 9(1), 6218–6227. <https://jptam.org/index.php/jptam/article/view/25459/17403>
- Kurniawan, A. (2023). *Anatomi sirkulus willisi*. <https://toaz.info/doc-view-3>
- Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan keperawatan stroke*. <https://books.google.co.id/books>
- Lasdiana, E. (2025). Literature review: faktor risiko yang dapat diubah yang berhubungan dengan kejadian stroke di Indonesia. *Jurnal Bidkemas, Jurnal Kesehatan*, 16(2), 127–139. <https://ejurnal.respati-tasikmalaya.ac.id/index.php/bidkes/article/view/563/455>
- Lestari, D. I., Witjaksono, D., Pringga, G. A., Rahmad, Anggraini, V. P., Narasati, S., & Milla Wildania Hakim. (2025). *Tatalaksana rehabilitasi medik spastisitas paska stroke*.
- Lumenta, T., Mulyadi, & Bidjuni, H. (2025). Analisis penerapan posisi head up 30 derajat pada pasien dengan diagnosa medis intracerebral memorrhage post craniectomy di RSUP. Prof. Dr. R .D Kandou Manado. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Mapalus*, 03(02), 128–133. <https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/caring/article/download/5865/151734/169807>

- Malzina and Maryana, S. .(2023). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam pelaksanaan protap pemasangan kateter urin. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5 (November), 1647–1654. <https://doi.org/https://doi.org/10.37287/jppp.v5i4.1876>
- Nanda, G. M., Susanti, M. R., Ayuningjati, K. G., Wardani, E. C., & Faozi, E. (2024). Efektivitas posisi elevasi kepala 30 derajat dalam meningkatkan perfusi serebral pada pasien cedera kepala ringan. *Journal of Language and Health*, 5(1), 7–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.37287/jlh.v6i1.6117>
- Nugraha, A., Oktavia, N., Marseliana, R., Alia, S., & Marsya, S. (2025). Penerapan teknologi dalam meningkatkan kualitas proses keperawatan di Rumah sakit. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(2), 5862–5874. <https://doi.org/https://doi.org/10.31004/jkt.v6i2.44222>
- Nurasyah, K., Hamzah, Z., & Hastuti, M. S. (2023). Gambaran karakteristik penderita stroke hemoragik dengan jaminan BPJS kesehatan di indonesia periode Januari 2021-Desember 2022. *Rosiding Seminar Nasional Penelitian.LPPM Universitas Muhammadiyah Jakarta*, 1(274 5–6080). <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/semnaslit/issue/view/828>
- Nurfikasari, D., Chayati, N., & Agriyanto, D. H. (2025). Pengaruh posisi head up 30° terhadap perubahan mean arterial pressure (map) pasien cedera kepala berat post craniotomy di ruang icu. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 7(April), 935–942. <https://doi.org/https://doi.org/10.37287/jppp.v7i2.6445>
- Nurkholifah, A., Haryo, R., & Gunawan, H. (2024). Karakteristik pasien stroke hemoragik yang menjalani operasi di Rsud Waled Cirebon. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(3), 5325–5331. <https://doi.org/https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i3.35584>
- Olivia, N., Ariyanti, I., Syafrinanda, V., Siymamora, E. R., & Suka, S. U. B. G. (2024). Pengaruh pemberian discharge planning terhadap kualitas hidup pasien stroke non hemoragik. *Journal of Nursing Sciences*, 13(1), 6–11. <https://jurnal.ikta.ac.id/keperawatan/article/download/2646/613>
- Pramadyanti, K. D., Cahya, P., & Utama, B. (2025). Hubungan volume pendarahan intracerebral pada hasil CT-Scan kepala dengan tingkat kesadaran pada pasien stroke saat pertama kali datang ke IGD Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Klungkung pada bulan Oktober 2023 sampai Februari 2024. *Jurnal Intisari Sains Medis*, 16(3), 1210–1214. <https://doi.org/10.15562/ism.v16i3.2265>

- Purwoko, Thamrin, M. H., & Rachmad, Y. (2022). Perbandingan efek asam traneksamat, etamsylate dan kombinasi dengan profil waktu perdarahan pada operasi sedang. *Jurnal Anestesi Perioperatif*, 10(123), 10–16. <https://doi.org/https://doi.org/10.15851/jap.v10n1.2461>
- Putri, D. F. A., Penyami, Y., Hartono, M., & Anonim, T. (2022). Asuhan keperawatan hipertermi pada anak dengan kejang demam. *Jurnal Lintas Keperawatan*, 3(2), 2807–9280. <https://doi.org/https://doi.org/10.31983/jlk.v3i2.9263>
- Ria, S. H., Tovania, W., Hermawan, A. A., Gracia, A., & Thendean, S. (2023). *Mekanisme dan fungsi vaskularisasi cerebral*. 2(1). <https://pdfcoffee.com/vaskularisasi-cerebral>
- Rizki, M. F., Hidayati, N., & Prasetyo, E. (2025). Hemorrhagic stroke. *Jurnal Kesehatan Republik Indonesia*, 2(2), 62–72. <https://doi.org/https://jurnal.intekom.id/index.php/jkri/index>
- Rizki, M. Fattah, Hidayati, N., & Prasetyo, E. (2025). Hemorrhagic stroke. *Journal of the American Medical Association*, 2(15), 62–72. <https://doi.org/10.1001/jama.292.15.1916>
- Sabma, I. O., Yusra, A., & Hardoni, Y. (2026). Asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik di Rumah Sakit Otak DR. M. Hatta 2024. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Medika*, 1(1), 6–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.70920/jkkmedika.v1i1.210>
- Saifullah, Y. Y., Rachman, M. E., Ramlian, Limoa, L. T., & Hamado, N. (2024). Hubungan hipertensi dengan kejadian stroke iskemik dan stroke hemoragik. *Jurnal Mahasiswa Kedokteran*, 04(10), 2808–9146. <https://doi.org/https://fmj.fk.umi.ac.id/index.php/fmj> Literature
- Salman, I. P. P., Haiga, Y., & Wahyuni, S. (2022). Perbedaan diagnosis stroke iskemik dan stroke hemoragik dengan hasil transcranial doppler. *Scientific Journal*, 1(5), 393–402. <https://doi.org/http://journal.scientic.id/index.php/sciena/issue/view/5>
- Saputri, L. O., Harahap, H. S., Rivarti, A. W., & Nurhidayati. (2023). Pencegahan stroke pada hipertensi berdasarkan mekanisme patogenesis. *Jurnal Kedokteran Unram*, 12(2), 171–179. <https://doi.org/https://doi.org/10.29303/jk.v12i2.4393>
- Sasongko, D. P., & Khasanah, S. (2023). Penerapan range of motion (ROM) pada asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pasien stroke hemoragik. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(November), 1507–1514. <https://doi.org/https://doi.org/10.37287/jppp.v5i4.1738>

- Setiawan, P. A. (2023). Diagnosis dan tatalaksana stroke hemoragik. *Jurnal Medikal Utama*, 03(01), 1660–1665.
<https://jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/download/336/234/>
- Sherina, N., Ramdan, D., & Hidayat, N. (2022). Pendampingan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan (stroke hemoragik) di ruang Flamboyan RSUD Banjar. *Jurnal Ilmiah Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(2), 175–197.
<https://journal.inspira.or.id/index.php/kolaborasi/article/download/55/39>
- Sibagariang, D. B. (2023). Gambaran faktor risiko pasien stroke hemoragik di RSUP Haji Adam Medan periode januari 2021 s . d desember 2021. *SCRIPTA SCORE Scientific Medical Journa*, 5(1), 9–16.
<https://doi.org/https://doi.org/10.32734/scripta.v5i1.10587>
- Sinaga, V. D., & Mangara, A. (2024). Implementasi range of motion (ROM) pasif untuk meningkatkan mobilitas fisik pada pasien dengan stroke hemoragik di rumah sakit Vita Insani Pematangsiantar. *Journal of Comprehensive Science*, 3(9), 4398–4404.
<https://doi.org/https://doi.org/10.59188/jcs.v3i9.1088>
- Sitepu, R. (2024). Peningkatan kesadaran dan penanganan dini stroke hemoragik : edukasi dan pelatihan bagi tenaga kesehatan di unit gawat darurat di rumah sakit. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(1), 170–173.
<https://doi.org/https://ejournal.medistra.ac.id/index.php/JPK/issue/view/65>
- Soewarno, S. A., & Annisa, Y. (2022). Pengaruh hipertensi terhadap terjadinya stroke hemoragik berdasarkan hasil CT-Scan kepala di instalasi radiologi Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 15(1), 39–46.
<https://doi.org/https://doi.org/10.30595/medisains.v15i1.1626>
- Suarjaya, I. P. P., Sutawan, I. B. K. J., & Sugiharso, M. A. (2022). Penatalaksanaan anestesi tindakan bedah endoskopi evakuasi perdarahan intraserebral karena stroke hemoragik. *Jurnal Neuroanastesi Indonesia*, 11(2), 113–120.
<https://doi.org/https://inasnacc.org/ojs2/index.php/jni/article/view/483/pdf>
- Sugiyanto, A. N. N., Evana, N. A., & Fawaiz, A. A. (2025). Molecular biomarkers for prognosis, diagnosis , and therapy in hemorrhagic stroke. *Jurnal Biologi Tropis*, 25(4), 5067–5074.
<https://doi.org/https://doi.org/10.29303/jbt.v25i4.10277>

- Supena, A., Rachmawati, N., Nurasiah, I., Simbolon, M. E., & Kusmawati, A. P. (2022). *Neuropedagogik*. <https://doi.org/https://lib.fkip.unpak.ac.id/index.php>
- Suryadiarsa, putu D. P., Sabudi, P. A. W., & Gelgel, J. P. P. (2025). Perbandingan larutan garam hipertonik dan manitol dalam menurunkan tekanan intrakranial dan memperbaiki hasil klinis pada neurotrauma. *Intisari Sains Medis Journal*, 16(2), 804–808. <https://doi.org/https://doi.org/10.15562/ism.v16i2.2450>
- Syahputra, R., & Hastuti, A. P. (2024). Penerapan head up 30 derajat terhadap pasien stroke dengan masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial di RSUD Dr . Saiful Anwar Kota Malang Jawa. *Medical Nursing Journal*, 1 nomor 2, 1–16. <https://ejournal.malayansaintifika.id/index.php/mnja/article/view/13>
- Utama, Y. A., & Nainggolan, S. S. (2022). Faktor resiko yang mempengaruhi kejadian stroke: sebuah tinjauan sistematis. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1), 549–553. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950>
- Vitya, D. D., & Afni, A. C. N. (2023). Penerapan posisi head up 30° dalam pemenuhan kebutuhan oksigenisasi pada pasien stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan (JIKK)*, 1–10. <https://repository.stikstellamarismks.ac.id>
- WHO. (2025). *Stroke*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke>
- Wijianto, W., & Yuda, W. K. (2023). *Hubungan gaya hidup dengan kejadian stroke di Rsud Dr Moewardi*. 1735–1741. <https://jptam.org/index.php/jptam/article/view/25459/17403>
- Yuliana, I., Pratama, K. J., & Septiarini, A. D. (2023). Kesesuaian penggunaan obat antihipertensi pada pasien bpjs rawat inap dengan formularium rumah sakit di Rsud Dr. Moewardi Surakarta *Jurnal Farmasi Dan Kesehatan*, 12(2), 209–219. <https://doi.org/https://doi.org/10.48191/medfarm.v12i2.215>

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH

Nama	:	1. Kadek Sintia Suputri Giri (NS2514901037) 2. Kristiani Rita (NS2514901039)
Program Studi	:	Profesi Ners
Judul KIA	:	Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan <i>Hemoragik Stroke</i> di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar
Pembimbing I	:	Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep

No	Hari/tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Pembimbing	Penulis	
				I	II
1	Rabu, 21 Januari 2026	BAB III Konsul kasus (pengkajian, diagnosa, intervensi) Mencari evidence based nursing (EBN) sesuai diagnosa dan intervensi yang diambil			
2	Februari 2026	BAB III, IV Perbaikan pengkajian, diagnosa dan implementasi, EBN			
3	Rabu, 11 Maret 2026	BAB IV Konsul implementasi, perbaikan EBN,			
4	Jumat, 13 Maret 2026	BAB 1 - V ACC			

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH

Nama	:	3. Kadek Sintia Suputri Giri (NS2514901037) 4. Kristiani Rita (NS2514901039)
Program Studi	:	Profesi Ners
Judul KIA	:	Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan <i>Hemoragik Stroke</i> di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar
Pembimbing II	:	Mery Solon, Ns., M.Kes

No	Hari/tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Pembimbing	Penulis	
				I	II
1	Rabu, 11 Maret 2026	BAB I, - Sesuaikan margins dengan panduan - Menambahkan kalimat tentang klasifikasi stroke di latar belakang - Menambahkan prevalensi penyakit stroke di sulawesi selatan - Menambahkan mengapa pasien stroke di rawat di ICU			
		BAB 2 - Tambahkan gambar sirkulasi Willis dan jelaskan secara luas - Tambahkan penjelasan mengapa hipertensi bisa menyebabkan HS - Tambahkan di pathway kriteria SLKI			
2	Senin, 16 Maret 2026	ACC BAB I, II			

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Diri

Nama	:	Kadek Sintia Suputri Giri
Tempat/Tanggal Lahir	:	Sorowako, 8 Maret 2002
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Hindu
Alamat	:	Jl. Krakatau F.209, Kecamatan Nuha, Kabupaten Luwu Timur, Sulawesi Selatan

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	:	I Made Artawan Giri / Ni Nyoman Darsi
Agama	:	Hindu
Pekerjaan	:	Karyawan swasta / IRT
Alamat	:	Jl. Krakatau F.209, Kecamatan Nuha, Kabupaten Luwu Timur, Sulawesi Selatan

3. Identitas Yang Telah Ditempuh

SD YPS Singkole	:	2008-2014
SMP YPS Sorowako	:	2014-2017
SMA YPS Sorowako	:	2017-2020
S1 STIK Stella Maris Makassar	:	2021-2025
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	:	2025-2026

RIWAYAT HIDUP



2. Identitas Diri

Nama	:	Kristiani Rita
Tempat/Tanggal Lahir	:	Kanan, 27 Maret 2003
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Kristen
Alamat	:	Jl. AP. Pettarani VIII Ir. 1 No.9, Kecamatan Panakukang, Kota Makassar, Sulawesi Selatan

4. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	:	Sattu/Dika
Agama	:	Hindu
Pekerjaan	:	Petani/IRT
Alamat	:	Jl. Kanan, Kecamatan Simbuang, Kabupaten Tana Toraja, Sulawesi Selatan

5. Identitas Yang Telah Ditempuh

SD Negeri 344 Pongbembe	:	2009-2015
SMP Teologi Kristen Makassar	:	2015-2018
SMA Tut Wuri Handayani Makassar	:	2018-2021
S1 STIK Stella Maris Makassar	:	2021-2025
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	:	2025-2026