



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE HEMORAGIK DI RUANG ICU/ICCU
RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY
JUSUF PUTERA MAKASSAR**

OLEH :

INTANIA RISTIA PATABANG (NS2414901070)

IRIYANTI ANTON (NS2414901071)

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

2025



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE HEMORAGIK DI RUANG ICU/ICCU
RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY
JUSUF PUTERA MAKASSAR**

OLEH :

INTANIA RISTIA PATABANG (NS2414901070)

IRIYANTI ANTON (NS2414901071)

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

2025

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Intania Ristia Patabang (NS2414901070)
2. Iriyanti Anton (NS2414901071)

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

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

Makassar, 18 Juni 2025

yang menyatakan,



Intania Ristia Patabang



Iriyanti Anton

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar" telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Intania Ristia Patabang (NS2414901070)
: 2. Iriyanti Anton (NS2414901071)

Di setujui oleh:

Pembimbing I



Francisco Irwandy, Ns., M.Kep

NIDN: 0910099002

Pembimbing II



Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep

NIDN: 0921109102

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar



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

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Intania Ristia Patabang (NS2414901070)
2. Iriyanti Anton (NS2414901071)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke
Hemoragik di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit
Akademis Jaury Jusuf Puter Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing I	: Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep	()
Pembimbing II	: Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep	()
Penguji I	: Fransiska Anita E.R.S., Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB., PhD	()
Penguji II	: Kristia Novia, Ns., M.Kep	()
Ditetapkan di	: Makassar	
Tanggal	: 20 Juni 2025	

Mengetahui,

Ketua Stella Maris Makassar

()
(Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes)
NIDN:0928027101



PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama:

- | | |
|----------------------------|----------------|
| 1. Intania Ristia Patabang | (NS2414901070) |
| 2. Iriyanti Anton | (NS2414901071) |

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 20 Juni 2025

Yang menyatakan



Intania Ristia Patabang



Iriyanti Anton

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya ilmiah akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar”.

Karya ilmiah ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar

Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil 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 perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes, sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang memberikan izin kepada penulis untuk menempuh Pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E.R.S, Ns., M.Kep.Sp.MB., Ph.D, selaku Wakil Ketua Bidang Akademik & Kerja Sama STIK Stella Maris Makassar sekaligus sebagai penguji 1 yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kep, selaku Wakil Ketua Administrasi, keuangan, Sarana dan Prasarana, atas dedikasinya selama di STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kep, selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi, atas dedikasinya selama di STIK Stella Maris Makassar.

5. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D, selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan & Ners, atas dedikasinya selama di STIK Stella Maris Makassar.
6. Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing I dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
7. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing II dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
8. Kristia Novia, Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
9. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti Pendidikan.
10. Teristimewa kepada orang tua dari Intania Ristia Patabang (Bapak Tapa Patabang dan Ibu Damaris Bangun) beserta sanak saudara, keluarga, dan orang terkasih yang selalu mendoakan, memberi dukungan, semangat, nasehat, cinta dan kasih sayang serta bantuan mereka berupa moril dan material sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah akhir
11. Teristimewa kepada orang tua dari Iriyanti Anton (Bapak Anton dan Ibu Adriana Roson) beserta sanak saudara, keluarga dan orang terkasih yang selalu mendoakan, memberi dukungan, semangat, nasehat, cinta dan kasih sayang serta bantuan mereka berupapmoril dan material sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah akhir
12. Seluruh teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, oleh karena itu penulis meminta kritik dan saran yang bertujuan untuk membangun demi menyempurnakan karya ilmiah akhir ini.

Akhir kata penulis berharap semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat Penulisan	5
D. Metode Penelitian	5
E. Sistem Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Medik.....	8
B. Konsep Dasar Keperawatan	25
BAB III PENGAMATAN KASUS.....	39
A. Ilustrasi Kasus	39
B. Pengkajian	40
C. Analisis Data.....	58
D. Diagnosis Keperawatan.....	61
E. Intervensi Keperawatan	62
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	86
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	86
B. Pembahasan Penerapan EBN (<i>Evidence Based Nursing</i>).....	93
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	103
A. Simpulan.....	103
B. Saran	104
DAFTAR PUSTAKA	105

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sirkulasi Willis.....	9
----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer	40
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium	56
Tabel 3.3 Analisa Data	58
Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan	61
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	62
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan	67
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan	77
Tabel 3.8 PICOT EBN	93

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Lembar Konsultasi Karya Ilmiah	121
Lampiran 2: Daftar Riwayat Hidup.....	123

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu penyebab utama kecacatan jangka panjang dan kematian di dunia, terutama di negara berkembang termasuk Indonesia (Kemenkes RI, 2023). Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi secara mendadak akibat gangguan aliran darah ke otak, baik karena sumbatan (iskemik) maupun pecahnya pembuluh darah (hemoragik). Stroke hemoragik sendiri terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak, ventrikel, atau ruang subaraknoid (Rymer, 2021).

Hipertensi merupakan faktor risiko utama yang signifikan terhadap kejadian stroke hemoragik. Hipertensi yang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko stroke hemoragik hingga 3,66 kali lipat dibandingkan dengan seseorang tanpa hipertensi (Ade & Satria, 2020). Tekanan darah tinggi yang berlangsung lama menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah otak, meningkatkan permeabilitas dan menimbulkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah menjadi rapuh dan rentan pecah. Kondisi ini menyebabkan perdarahan di otak yang merupakan ciri khas stroke hemoragik (Perbasya, 2021). Pasien dengan riwayat hipertensi selama bertahun-tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami stroke hemoragik, dengan kemungkinan 4,76 kali lebih besar dibandingkan pasien tanpa hipertensi. Selain itu, hipertensi yang tidak terkontrol juga berkontribusi pada peningkatan morbiditas dan mortalitas akibat stroke. Oleh karena itu, pengendalian tekanan darah sangat penting untuk mencegah kejadian stroke, terutama pada pasien dengan riwayat hipertensi lama yang tidak mendapatkan pengobatan yang adekuat (Aisyah et al., 2024).

World Health Organization (2025) melaporkan bahwa setiap tahun, 10 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke. Dari jumlah tersebut, 5 juta orang meninggal dunia dan 5 juta lainnya mengalami cacat permanen. Stroke jarang terjadi pada orang di bawah 40 tahun; jika terjadi, penyebab utamanya adalah tekanan darah tinggi. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 diperkirakan sekitar 5.295 orang dari total 638.176 responden di Indonesia (usia ≥ 15 tahun) pernah mengalami stroke berdasarkan diagnosis dokter. Di Sulawesi Selatan, diperkirakan sekitar 170 orang dari 21.459 responden (usia ≥ 15 tahun) yang mengalami stroke berdasarkan diagnosis dokter, angka ini sedikit di bawah rata-rata nasional

Stroke hemoragik merupakan kondisi medis yang mengancam nyawa karena dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius. Seperti peningkatan tekanan intrakranial akibat hematoma, edema serebri, serta obstruksi aliran cairan serebrospinal (Wasswa et al., 2022). Oleh karena itu, penatalaksanaan medis, terutama tindakan pembedahan pada fase akut atau masa “golden time” sangat penting untuk mencegah komplikasi neurologis. Salah satu tindakan pembedahan yang dilakukan adalah pemasangan *External Ventricular Drainage* (EVD). EVD berperan penting dalam mengalirkan cairan serebrospinal yang berlebih dari ventrikel otak ke luar tubuh, sehingga membantu menurunkan tekanan intrakranial, mengurangi edema otak, serta mencegah terjadinya herniasi serebri. Selain itu, EVD juga memungkinkan pemantauan tekanan intrakranial secara langsung dan berkelanjutan, yang sangat bermanfaat dalam pengambilan keputusan klinis selama perawatan intensif (Flint et al., 2020). Dalam kondisi akut ini, peran perawat juga sangat penting, tidak hanya dalam pengkajian awal dan stabilisasi kondisi pasien, tetapi juga dalam pemantauan fungsi neurologis, pemeliharaan jalan napas, kontrol tekanan darah, pencegahan komplikasi, serta edukasi kepada pasien dan keluarganya. Perawat dituntut untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan klinis

yang baik agar dapat memberikan intervensi keperawatan yang tepat dan sesuai dengan kondisi pasien (Tanlaka et al., 2023).

Pemberian posisi elevasi kepala 30° merupakan salah satu intervensi yang efektif dalam menurunkan tekanan intrakranial (ICP) serta menjaga kestabilan hemodinamik pada pasien dengan stroke hemoragik terutama pada kondisi post EVD (sumber,thn). Penelitian Pertami et al. (2021) menunjukkan bahwa posisi kepala 30° secara signifikan menurunkan nilai tekanan darah rata-rata (MAP) dan meningkatkan tingkat kesadaran pasien cedera kepala, sebagai indikator tidak langsung dari penurunan tekanan intrakranial. Studi lain oleh Kwon et al. (2024) menemukan bahwa elevasi kepala 30° dapat mengoptimalkan tekanan perfusi serebral tanpa mengorbankan oksigenasi otak, serta membantu menstabilkan tekanan intrakranial secara *real time* pada pasien dengan perdarahan intraserebral akut.

American Association of Neuroscience Nurses (2020) menyatakan bahwa pemberian posisi elevasi kepala 30° juga direkomendasikan pada pasien stroke hemoragik dengan pemasangan External Ventricular Drainage (EVD) untuk menurunkan tekanan intrakranial, meningkatkan drainase cairan serebrospinal, serta mencegah komplikasi neurologis seperti herniasi serebri. Posisi ini juga membantu meningkatkan aliran vena serebral. Dengan demikian posisi elevasi kepala 30° adalah tindakan keperawatan yang sederhana namun sangat penting dalam stabilisasi kondisi neurologis dan hemodinamik pasien di ruang intensif.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengambil kasus stroke sebagai bahan studi kasus dalam memberikan asuhan keperawatan pada salah satu pasien di ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar dengan diagnosa “Stroke Hemoragik”. Penulis berharap dengan memberikan asuhan keperawatan dapat mengurangi peningkatan TIK serta kecacatan yang akan terjadi pada pasien

kelolaan dan mencegah komplikasi lebih lanjut yang berkaitan dengan penyakit pasien.

B. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penulisan karya ilmiah ini antara lain:

1. Tujuan umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan Stroke Hemoragik.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien dengan Stroke Hemoragik.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN)
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

C. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penulisan dari karya ilmiah ini adalah:

1. Bagi Instansi RS

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

2. Bagi Pasien

Dapat memberikan edukasi guna menghindari komplikasi yang terjadi akibat penyakit atau dampak yang ditimbulkan terkait dengan Stroke Hemoragik yang diderita pasien.

3. Bagi Penulis

Dapat menambah ilmu pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan yang baik terkait dengan penyakit stroke hemoragik dan menjadi bahan pembelajaran kedepannya sebagai perawat profesional.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik.

D. Metode Penulisan

Pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data/informasi melalui:

1. Studi Kepustakaan

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

2. Studi Kasus

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

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

- b. Observasi pengamatan langsung kondisi pasien dengan mengikuti tindakan yang diberikan kepada pasien dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
- c. Pemeriksaan fisik dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.
- d. Melalui diskusi mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing karya ilmiah, pembimbing klinik di ruang perawatan serta teman-teman mahasiswa.
- e. Dokumentasi mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan pasien termasuk hasil tes diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

Untuk memperoleh gambaran yang jelas dalam penyusunan karya tulis ini, penulis membagi dalam lima bab, yaitu:

Bab I: Pendahuluan yang memuat tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II: Tinjauan teoritis meliputi:

Konsep dasar medis yang terdiri dari: Pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, gambaran klinik, penatalaksanaan, komplikasi. Konsep dasar keperawatan yang terdiri dari: Pengkajian data, luaran, tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi.

BAB III: Tinjauan kasus membahas asuhan keperawatan pada klien Ny. H yang dirawat di ruang ICU dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

BAB IV: Pembahasan, menguraikan tentang kesenjangan antara teori dan praktik keperawatan yang telah dilaksanakan pada kasus yang telah ditentukan.

BAB V: Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan: Merupakan intisari dari seluruh karya tulis ini.

Saran: Merupakan masukan yang bermanfaat bagi semua pihak yang berhubungan langsung pemberian aushan keperawatan pada pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

World Health Organization (2020) menjelaskan bahwa Stroke Hemoragik merupakan jenis stroke yang terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, menyebabkan perdarahan di dalam atau di sekitar jaringan otak. Kondisi ini mengakibatkan kerusakan otak karena darah yang keluar menekan jaringan otak dan mengganggu aliran darah normal. Stroke hemoragik merupakan tipe stroke yang lebih jarang namun cenderung lebih berat dan berisiko tinggi menyebabkan kematian atau kecacatan (WHO, 2020).

World Stroke Organization (2021) menyatakan bahwa Stroke Hemoragik didefinisikan sebagai kerusakan otak yang diakibatkan oleh ektravasasi darah secara tiba-tiba ke dalam parenkim otak (pendarahan intraserebral). Stroke Hemoragik terjadi ketika pembuluh darah yang lemah pecah dan menyebabkan perdarahan disekitar otak sehingga darah yang menumpuk mengakibatkan tekanan pada jaringan otak di sekitarnya (WSO, 2021).

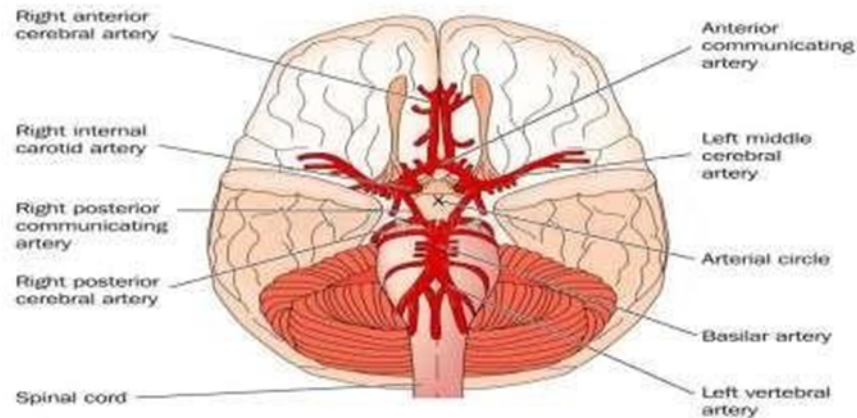
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023) menyatakan Stroke Hemoragik adalah kondisi stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak, baik di dalam parenkim otak (perdarahan intraserebral) maupun di ruang subaraknoid (antara araknoid dan piamater) (Kemenkes RI, 2023).

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa Stroke Hemoragik adalah jenis stroke yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak, sehingga menyebabkan perdarahan mendadak ke dalam atau sekitar jaringan otak (parenkim otak). Perdarahan ini menekan jaringan otak dan sekitarnya, mengganggu aliran darah

normal, dan dapat menyebabkan kerusakan otak serius, bahkan berisiko tinggi mengakibatkan kematian atau kecacatan.

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 *Circle of Willis* (Anatomy, 2024)

1) Otak Besar (Cerebrum)

Terletak dalam rongga cranium (tengkorak), terdiri atas semua bagian Sistem Saraf Pusat (SSP) diatas korda spinalis. Secara anatomis terdiri dari serebrum (otak besar), serebellum (otak kecil), brainstem (batang otak) dan limbik sistem serebrum (otak besar) (Untari et al., 2023).

Serebrum adalah bagian terbesar dari otak yang terdiri dari dua hemisfer. Hemisfer kanan berfungsi untuk mengontrol bagian tubuh sebelah kiri dan hemisfer kiri berfungsi untuk mengontrol bagian tubuh sebelah kanan. Masing-masing hemisfer terdiri dari empat lobus. Bagian lobus yang menonjol disebut gyrus dan bagian lekukan yang menyerupai parit disebut sulkus keempat lobus tersebut masing-masing adalah lobus frontal, lobus parietal, lobus oksipital dan lobus temporal.

- a) Lobus parietal merupakan lobus yang berada di bagian tengah serebrum. Lobus parietal bagian depan dibatasi

oleh sulkus sentralis dan bagian belakang oleh garis yang ditarik dari sulkus parieto-oksipital ke ujung posterior sulkus lateralis. Daerah ini berfungsi untuk menerima implus dari serabut saraf sensorik thalamus yang berkaitan dengan segala bentuk sensasi dan mengenali segala jenis rangsangan somatick.

- b) Lobus frontal merupakan bagian lobus yang ada di bagian paling depan dari serebrum. Lobus ini mencakup semua korteks anterior sulkus sentral. Pada daerah ini terdapat motorik untuk mengontrol Gerakan otot-otot, gerakan bola mata, area broca sebagai pusat bicara dan area prefrontal yang mengontrol aktivitas intelektual.
- c) Lobus temporal dibagian bawah dan dipisahkan dari lobus oksipital oleh garis yang ditarik secara ventrikel ke bawah dari ujung atas sulkus lateral. Lobus temporal berperan penting dalam kemampuan pendengaran, pemaknaan informasi dan bahasa dalam bentuk suara.
- d) Lobus oksipital berada di belakang lobus pariental dan lobus temporal. Lobus ini berhubungan dengan rangsangan visual yang memungkinkan manusia mampu melakukan interpretasi terhadap objek yang ditangkap oleh retina mata.

2) Otak Kecil (Cerebellum)

Cerebellum atau otak kecil adalah komponen terbesar kedua otak dan dibawah belakang kepala, berada di belakang batang otak dan dibawah belakang kepala, berada dibelakang batang otak dan dibawah lobus oksipital, dekat dengan ujung leher bagian atas. Cerebellum dalah pusat tubuh dalam mengontrol kualitas gerakan. Sereblum juga mengontrol banyak fungsi otomatis otak, diantaranya mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan, koordinasi otot

dan gerakan tubuh. Selain itu, sereblum berfungsi menyimpan dan melaksanakan serangkaian gerakan otomatis yang dipelajari seperti gerakan mengendarai mobil, gerakan tangan saat menulis.

3) Brainstem (batang otak)

Batang otak berada di dalam tulang tengkorak atau rongga kepala bagian dasar dan memanjang sampai medulla spinalis. Batang otak bertugas untuk mengontrol tekanan darah, denyut jantung, pernafasan, kesadaran serta pola makan dan tidur. Bila terdapat masalah pada batang otak maka gejala yang sering timbul berupa muntah, kelemahan otot wajah baik satu maupun dua sisi, kesulitan menelan, diplopia, dan sakit kepala ketika bangun. Batang otak terdiri dari tiga bagian yaitu:

- a) Mesensefalon (midbrain) adalah bagian teratas dari batang otak yang menghubungkan saraf kranial III dan IV diasosiasikan dengan otak Tengah berfungsi dalam hal mengontrol respon penglihatan, gerakan mata, pembesaran pupil mata, mengatur gerakan tubuh dan pendengaran.
- b) Pons merupakan bagian dari batang otak yang berada diantara midbrain dan medulla oblongata. Pons terletak di fossa kranial posterior.
- c) Medulla oblongata adalah bagian paling bawah belakang dari batang otak yang akan berlanjut menjadi medulla spinalis. Medulla oblongata terletak juga di fossa kranial posterior.

4) Sistem Limbik

Sistem limbik terletak dibagian tengah otak dan berperan dalam mengatur ekspresi perilaku instingtif, emosi, serta

merupakan bagian otak yang paling sensitif terhadap rangsangan.

b. Fisiologi Peredaran Darah di Otak

Otak mendapatkan aliran darah melalui dua sistem yaitu arteri karotis (anterior) dan arteri vertebralis (posterior). Arteri vertebralis menyalurkan darah ke bagian belakang otak dan bawah dari otak hingga tempurung kepala (medulla oblongata, pons atau batang otak, lobus oksipital, serebelum, dan lobus temporalis inferior) sedangkan arteri karotis menyalurkan darah ke bagian depan dan atas dari otak (lobus frontalis, parietal, temporal, ganglia basal dan kapsula interna). Arteri karotis bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid, sedangkan arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia. Apabila aliran darah serebral mengalami gangguan akan digantikan dengan pembuluh darah kolateral yang dikenal dengan sirkulus wilisi. Sirkulus wilisi merupakan anastomosis arteri yang berada di otak untuk melindungi pasokan darah ke otak apabila terjadi sumbatan di salah satu cabang, ada tiga sirkulasi yang membentuk sirkulus wilisi di otak yaitu sirkulasi anterior, sirkulasi posterior dan arteri komunikans. Sirkulasi mengelilingi batang kelenjar hipofisis dan memberikan komunikasi antara suplai darah dari otak depan dan belakang. Selain itu, sirkulus wilisi mengalirkan darah dari arteri serebri anterior melalui komunikans anterior untuk memperdarahi hemisfer serebri atau dari arteri posterior melalui komunikans posterior mengirigasi sirkulasi karotis (Untari et al., 2023).

3. Etiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh arteri yang menyuplai darah ke otak pecah. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri

yang lecet bekas plak aterosklerotik (Rum et al., 2020). Adapun penyebab lain stroke hemoragik antara lain:

a. Hipertensi

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

a. Aneurisma

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

c. Merokok

Perilaku merokok merupakan salah satu faktor risiko dari penyakit stroke dan kardiovaskular. Hal tersebut dapat terjadi karena peningkatan tekanan darah didukung oleh peningkatan kekentalan 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 mengakibatkan penyempitan 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 (Y. Utomo, 2022).

d. Alkohol

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

e. Obesitas

Pola hidup tidak sehat dapat dinilai dari pola makan. Pola makan ialah jenis dan seberapa sering individu mengonsumsi suatu makanan. Setelah dianalisa, paling banyak dijumpai ialah pola makan yang tidak sehat yaitu 60% orang sering mengonsumsi daging, olahan santan, nasi putih, makanan yang mengandung minyak serta jarang mengonsumsi buah dan sayur segar. Konsumsi kadar lemak dan kolesterol tinggi, nasi putih yang memiliki kandungan karbohidrat tinggi, dan daging merah dikaitkan dengan kejadian stroke. Konsumsi kadar lemak dan kolesterol tinggi dapat mengganggu aliran darah ke otak yang disebabkan oleh kolesterol menumpuk pada pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan dan terjadi pecahnya pembuluh darah sehingga terjadi stroke hemoragik (Hartaty & Haris, 2020).

4. Patofisiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak sehingga darah menutupi atau menggenangi ruang jaringan di otak. Perdarahan yang menyebabkan stroke hemoragik ada 3 jenis, yaitu

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

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

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

kesadaran/perilaku, perasaan, dan/atau gerakan (kaku dan/atau kelojotan) yang timbul mendadak, tidak terkontrol, timbul dalam durasi singkat dan dapat berulang. Kejang disebabkan adanya aktivitas elektrik di otak yang berlebihan karena kelainan di struktur otak atau sistem metabolik tubuh. Kejang dapat merupakan sebuah penanda awal perubahan atau kerusakan di otak

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 sehinggamenyebabkan 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 kan mengakibatkan oleh tekanan yang menekan permukaan tubuh secara terus menerus sehingga merusak jaringan yang ada di bawahnya (Safitri et al., 2020).

5. Manifestasi Klinis

Menurut Utomo (2022) gejala yang sering timbul pada stroke hemoragik, antara lain:

- a. Kejang, tanpa riwayat kejang sebelumnya
- b. Mual dan muntah
- c. Gangguan penglihatan
- d. Kelumpuhan pada wajah atau sebagian anggota tubuh (hemiparise)
- e. Kesulitan bicara
- f. Bicara cadel atau pelo
- g. Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan saraf kranial IX
- h. Penurunan kesadaran

- i. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala terjadi karena meningkatnya tekanan intrakranial, edema serebri.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Setiawan (2021) pemeriksaan diagnostik pada pasien Stroke Hemoragik, antara lain:

- a. CT-Scan dapat digunakan untuk memperlihatkan area hiperintensitas dengan warna putih di area perdarahan dan juga untuk menilai pasien dengan infark serebal untuk tanda herniasi atau hidrocefalus.
- b. MRI (Magnetic Resonance Imaging) kepala dibutuhkan untuk mengungkapkan area perdarahan dengan resolusi lebih tinggi dan lebih awal dari CT-Scan.
- c. TCD (Transcranial Doppler) bertujuan untuk melihat adanya penyumbatan dan pecahnya dinding pembuluh darah sebagai risiko stroke. Selain itu akan menentukan apakah pasien cenderung mengalami intrakranial stenosis pada penderita stroke
- d. EKG (Electrocardiogram) dibutuhkan untuk menentukan apakah pasien mengalami fibrilasi atrium, yang merupakan faktor etiologi untuk stroke.
- e. Foto thorax bertujuan melihat adanya gambaran kardiomegali. Kondisi ini merupakan keadaan jantung yang mengalami pembesaran ventrikel kiri. Salah satu fungsinya sebagai penanda ada hipertensi.
- f. TEE (Transesophageal Echocardiography) adalah tes yang lebih sensitif untuk trombus di atrium kiri. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa lengkung aorta untuk ateroma sumber potensial emboli.
- g. Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Fungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis embolis serebral dan TIK. Tekanan

meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya *subarachnoid hemorrhagic* dan perdarahan intrakranial.

- 2) Pemeriksaan darah rutin lengkap dan trombosit. Pemeriksaan kimia darah (glukosa, elektrolit, ureum, dan keratin), masa protrombin dan masa tromboplastin parsial: untuk dapat mengetahui kadar gula darah apakah terjadi peningkatan dari batas normal atau tidak. Jika ada indikasi lakukan tes-tes berikut ini: kadar alkohol, fungsi hati, gas darah arteri, dan skrining toksikologi.

7. Penatalaksanaan Medik

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

a. Farmakologi

1) Osmosis diuretik (cairan hipertonis)

Cairan hipertonis biasa diberikan jika terjadi peninggian tekanan intrakranial akut tanpa kerusakan sawar darah otak. Manitol merupakan diuretika osmotika utama yang digunakan untuk mengurangi edema serebri. Manitol menurunkan tekanan intrakranial dengan cara memindahkan cairan dari intraselular ke ruang intravaskular. Pemindahan cairan tersebut karena menaikkan gradient osmotik antara otak dan darah. Efek cepat manitol didapat dari perubahan keenceran darah yang akan menaikkan aliran darah otak serta oksigenasi otak yang menyebabkan vasokonstriksi yang berujung pada penurunan tekanan intrakranial. Manitol 20% per infus dengan dosis 1-1,5 g/kgBB pada dewasa atau 1-3g/kgBB pada anak-anak diberikan dalam 30-60 menit. Asetazolamid atau furosemide yang akan menekan produksi CSS. Asetazolamid merupakan inhibitor karbonik anhidrase yang diketahui dapat mengurangi pembentukan cairan serebrospinal di dalam ventrikel sampai

50%. Hasil lebih baik dengan asetazolamid 125-500 mg/hari dikombinasikan dengan furosemide 0,5-1mg/kgBB/hari atau 20-40 mg intra vena setiap 4-6 jam.

2) Antihipertensi

a) ACE inhibitor

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

b) Alpha-2 receptor agonist

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

c) Antagonis kalsium (calcium channel blocker)

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

d) Angiotensin II receptor blocker (ARB)

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

e) Penghambat beta (beta-blocker)

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

3) Antikonvulsan

Obat dengan golongan antikonvulsan adalah obat yang digunakan untuk menjaga impuls saraf ke tingkat normal dan terkontrol untuk mencegah kejang. Obat fenitoin yang paling banyak digunakan untuk hampir semua jenis epilepsi atau kejang, kecuali bangkitan lena. Kejang merupakan gejala neurologis paling umum terjadi pada penderita stroke usia lanjut. Hal ini sering terjadi pada pasien dengan malformasi arteriovenosa, stroke batang otak, perdarahan subaraknoid atau riwayat kejang atau epilepsy (Poana et al., 2020).

4) Antifibronolitik

Asam traneksamat merupakan golongan anti fibronolitik yang digunakan untuk mencegah terjadinya perdarahan ulang post serangan stroke perdarahan. Perdarahan ulang ini berdampak buruk karena dapat mengakibatkan penurunan kesadaran bahkan kematian (Poana et al., 2020).

5) Antianafilaksis

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

6) Peningkatan penatalaksanaan peningkatan (TIK).

Peningkatan intra kranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting

dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah (Pratama & Baskoro, 2024).

7) Pembedahan

Tindakan pembedahan atau operasi pada penderita stroke perlu dilakukan bila memang terindikasi untuk dilakukan pembedahan. Pada stroke hemoragik jumlah perdarahan yang cukup banyak merupakan indikasi untuk dilakukan tindakan pembedahan bertujuan mengeluarkan darah dan berusaha menghentikan sumber perdarahan yang aktif. Tindakan pembedahan juga diperlukan untuk menurunkan tekanan di dalam kepala (tekanan intrakranial). Tindakan pembedahan dilakukan pada pasien dengan kondisi yang kian memburuk dengan perdarahan cerebellum berdiameter $> 3 \text{ cm}^3$, hidrocephalus akut akibat perdarahan intra ventrikel atau cerebellum dilakukan VP-shunting, dan perdarahan lebar $> 60 \text{ ml}$ dengan tanda peningkatan intrakranial akut dan ancaman. Ada 3 tindakan pembedahan pada penderita Stroke Hemoragik yaitu (Nursyamsiah & Pratiwi, 2024):

a) Pemasangan *External Ventricular Drainage* (EVD)

Pemasangan EVD adalah proses bedah yang dilakukan untuk mengurangi tekanan intrakranial dengan cara mengalirkan cairan serebrospinal (CSF) yang berlebih dari ventrikel otak. Prosedur ini melibatkan pembuatan lubang kecil pada tengkorak melalui titik yang telah ditentukan, kemudian kateter tipis dan fleksibel dimasukkan ke dalam ventrikel lateral otak. Kateter tersebut terhubung ke sistem drainase eksternal yang berfungsi mengeluarkan cairan berlebih dan memantau tekanan intrakranial secara langsung.

b) Kraniotomi

Kraniotomi merupakan proses pembedahan otak yang dilakukan dengan cara membuka atau membuat lubang di tengkorak untuk melihat dan mengobati berbagai masalah yang terjadi di dalamnya. Tindakan kraniotomi umumnya dilakukan pada pasien yang mengalami kerusakan atau gangguan pada otak. Prosedur ini bertujuan untuk mengatasi berbagai kondisi dalam jaringan otak, misalnya perdarahan, infeksi, dan tumor otak.

c) Klipping neurosurgical.

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

d) Pembedahan vascular

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

b. Non Farmakologi

1) Fase Akut

- a) B1 (Breath) Pemberian oksigen jika saturasi $< 95\%$. Selain itu tindakan untuk mencegah terjadinya aspirasi dengan mengatur posisi saat makan dan tetap mempertahankan posisi selama 30 menit setelah makan, mengatur posisi kepala (head up) pada saat makan/minum, menganjurkan keluarga untuk memberi kesempatan kepada pasien untuk menelan dan memotong kecil makanan, mengajarkan oral motor exercise, monitor fungsi pernapasan: analisa gas darah (Ningtiyas et al., 2025).
- b) B2 (Blood) Pemberian posisi head up 30° adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan menjajarkan ekstremitas dengan badan. Posisi head up 30° lebih efektif digunakan dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi jaringan (Kiswanto & Chayati, 2021). Posisi head up 30° memperbaiki drainase vena, perfusi serebral, dan menurunkan tekanan intrakranial. Head up 30° dapat menurunkan tekanan intrakranial melalui beberapa cara, yaitu menurunkan tekanan darah, perubahan komplians dada, perubahan ventilasi, meningkatkan aliran vena melalui vena jugularis yang tak berkatup, sehingga menurunkan volume darah vena sentral yang menurunkan tekanan intrakranial. Perpindahan CCS dari kompartemen intrakranial ke rongga subaraknoid spinal dapat menurunkan tekanan intrakranial mengontrol kejang jika ada dan cegah resiko injuri, monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG, memonitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi

sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks (Ningtiyas et al., 2025).

- c) B3 (Brain): Memonitor tanda-tanda vital, mempertahankan posisi head up 30° untuk memperbaiki peningkatan intrakranial.
- d) B4 (Bladder): Melakukan pemasangan kateter untuk membantu mengeluarkan urine serta mengosongkan kandung kemih pada pasien yang mengeluhkan kesulitan buang air kecil (retensi urine).
- e) B5 (Bowel): Melakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- f) B6 (Bone): Mengubah posisi setiap 2 jam, ikuti jadwal yang ditetapkan untuk perubahan sisi ke sisi dan supinasi prone. Perhatikan kesejajaran tubuh dan sokong ekstremitas pada posisi yang tepat dengan bantal, mengevaluasi status cairan dan elektrolit. Menganjurkan latihan ROM aktif untuk ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan, lakukan ROM pasif untuk ekstremitas yang mengalami kelemahan. Sokong sendi selama melakukan latihan ROM pasif. Latihan ROM aktif mempertahankan atau memperbaiki kekuatan otot dan indurasi, dan membantu mempertahankan fungsi kardiopulmonal. Latihan ROM pasif tidak memperkuat otot tetapi membantu mempertahankan fleksibilitas sendi.

2) Fase rehabilitasi

Menurut penatalaksanaan non farmakologi stroke hemoragik pada fase rehabilitasi yaitu:

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- b) Pertahankan integritas kulit.
- c) Pertahankan komunikasi yang efektif.

- d) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM).
- e) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- f) Persiapan pulang.

8. Komplikasi

Menurut Tuankotta et al. (2024) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien stroke hemoragik, antara lain:

1) Peningkatan TIK

Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK) bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, dan gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral.

2) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.

3) Edema Cerebri

Edema cerebri merupakan respon fisiologi terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

4) Aspirasi

Aspirasi pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena kurangnya reflek batuk dan menelan.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Tarwoto, 2023).

1. Pengkajian

Pengkajian primer (B1-B6) pengkajian keperawatan primer menurut (Nursyamsiah & Pratiwi, 2024) meliputi:

a. Breath (B1)

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

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

b. Blood (B2)

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

c. Brain (B3)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder/aksesori). Pengkajian B3 meliputi :

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

- i) Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi serta indra pengecap normal.

d. Bladder (B4)

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

e. Bowel (B5)

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

f. Bone (B6)

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

2. Pengkajian Sekunder (pola gordon)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

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

- b. Pola nutrisi dan metabolik
 - 1) Data subjektif: nafsu makan menurun, mual dan muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.
 - 2) Data objektif: kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.
- c. Pola eliminasi
 - 1) Data subjektif: perubahan pada berkemih seperti inkontinensia urin, anuria, distensi abdomen dan bising usus negatif.
 - 2) Data objektif: distensi kandung kemih, distensi abdomen, dan bising usus negatif.
- d. Pola aktivitas dan latihan
 - 1) Data subjektif: merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.
 - 2) Data objektif: gangguan tonus otot (hemiplegia) terjadi kelemahan umum, gangguan kesadaran, dan gangguan penglihatan.
- e. Pola tidur dan istirahat
 - 1) Data subjektif: sulit untuk beristirahat (kejang otot atau nyeri).
 - 2) Data objektif: gelisah, tegang pada otot, dan tingkah laku tidak stabil.
- f. Pola persepsi kognitif
 - 1) Data subjektif: pusing sebelum serangan atau selama serangan, sakit kepala, akan sangat berat karena adanya perdarahan intra serebral, subaraknoid, kelemahan atau kesemutan, penglihatan kabur atau penglihatan ganda dan kehilangan daya lihat sebagian yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain.

- 2) Data objektif: status mental dan tingkat kesadaran menurun, pada wajah terjadi paralisis atau parese dan biasanya terjadi, pada tahap awal hemoragik.
- g. Pola persepsi dan konsep diri
 - 1) Data subjektif: perasaan tidak berdaya, dan perasaan putus asa.
 - 2) Data objektif: emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.
- h. Pola peran dan hubungan dengan sesama
 - 1) Data subjektif: masalah bicara, ketidakmampuan untuk bicara dengan orang lain.
 - 2) Data objektif: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa.
- i. Pola reproduksi dan seksualitas
 - 1) Data subjektif: tidak ada gairah seksual.
 - 2) Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.
- j. Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress
 - 1) Data subjektif: perasaan tidak berdaya dan putus asa.
 - 2) Data objektif: emosi yang berlebih dan ketidaksiapan untuk marah dan sulit untuk mengekspresikan diri.
- k. Pola sistem nilai dan kepercayaan
 - Gangguan persepsi, kesulitan untuk mengekspresikan diri .

3. Diagnosis keperawatan

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

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

- f. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)

4. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

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

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

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

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Fungsi kognitif cukup meningkat
- 3) Sakit kepala cukup menurun
- 4) Gelisah cukup menurun
- 5) Tekanan darah cukup membaik
- 6) Tekanan nadi cukup membaik
- 7) Respon pupil cukup membaik
- 8) Refleks neurologis cukup membaik
- 9) Tekanan intrakranial cukup membaik

SIKI: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK
R/ Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi
- 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar)
R/ Untuk memantau perkembangan pasien

3) Monitor intake dan output cairan

R/ Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syock hipovolemik

Terapeutik

1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

R/ Untuk memberikan kenyamanan pasien

2) Berikan posisi semi fowler

R/ Dapat menurunkan tekanan arteri dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral

Edukasi

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

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis

R/ Pemberian diuretik osmosis dapat membantu menurunkan tekanan darah

b. Resiko perfusi 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 adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik.

3) Monitor intake dan output cairan

R/ Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik

Terapeutik

1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

R/ Untuk memberikan kenyamanan pasien

2) Berikan posisi semi fowler

R/ Dapat menurunkan tekanan arteri dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral

Edukasi

Dalam intervensi manajemen peningkatan 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.

Terapeutik

1) Pertahankan posisi kepala dan leher

R/ Untuk mencegah peningkatan TIK

Edukasi

1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

R/ Agar keluarga mengerti dan dapat membantu proses perawatan

Kolaborasi

Dalam intervensi pemantauan neurologis tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

c. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan 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/ 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

- d. Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular

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

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

SIKI: Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
R/ Mengontrol pernapasan (penurunan kecepatan) dapat terjadi
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)
R/ Untuk mengetahui adanya bunyi napas tambahan pada pasien
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
R/ Untuk mengetahui jumlah dan warna sputum serta dapat digunakan untuk pemeriksaan laboratorium untuk melihat adanya bakteri.

Terapeutik

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

Edukasi

- 1) Ajarkan teknik batuk efektif
R/ untuk mengeluarkan dahak yang sudah terkumpul ke saluran pernapasan yang besar
Kolaborasi
- 2) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran dan 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 (I. 06052) membaik dengan kriteria hasil:

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

SIKI: Dukungan perawatan diri: makan/ minum

Observasi

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

Terapeutik

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

Edukasi

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

Kolaborasi

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

- f. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, kelamahan anggota gerak (D.0054)

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

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Otot cukuo 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 kondisi umum selama melakukan mobilisasi
R/ Mengatahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- 1) Fasilitasi 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 pergerakan, jika perlu
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
R/ Meningkatkan status mobilisasi 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

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien atas nama Ny. H berumur 47 tahun dengan berat badan 85 kg, masuk Rumah Sakit Akademis Makassar pada Kamis, 8 Mei 2025 dengan Stroke Hemoragik. Pasien masuk dengan nyeri kepala berat, merasa sulit menggerakkan bagian tubuh sebelah kiri, mengeluh sesak, dan mengalami penurunan kesadaran, disertai bicara yang tidak jelas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Mei 2025 tampak luka sayatan post pemasangan EVD di regio frontal, tampak kesadaran pasien apatis dan GCS pasien E3M6V3, tampak pasien meringis dan gelisah. Tanda-tanda vital pasien: TD:189/108 mmHg, N: 122 x/m, P: 22x/m, S: 37.7°C dan hasil pemeriksaan CT-Scan kepala didapatkan pendarahan luas cerebri kanan dengan perluasan ke sistem ventrikel.

Terapi obat yang diberikan adalah citicoline 500 mg/12 jam/IV, mecobalamin 500 mg/24 jam/IV, omeprazole 40 mg/12 jam/ IV, ketorolac 30 mg/8 jam/IV, KSR 600mg/12 jam/NGT, ceftriaxon 1 gr/12 jam/IV, manitol 20% 100 cc/6 jam/IV, nicardipin dosis 0.9 mcg/sp/IV. Dari data yang diperoleh penulis menetapkan tiga diagnosis keperawatan yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral, gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular, dan risiko infeksi d/d efek prosedur invasif.

B. Pengkajian

Identitas Pasien

Nama Pasien (Initial) : Ny. H

Umur : 47 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Tanggal/Jam MRS : Kamis, 08 Mei 2025

Tanggal/Jam Pengkajian : Sabtu, 10 Mei 2025

Diagnosa Medis : Stroke Hemoragik

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

Breath (B1)	Pergerakan dada	- Simetris (tampak simetris kiri dan kanan) - Tidak simetris
	Pemakaian otot bantu napas	- Ada - Tidak ada
	Palpasi	- Vocal Fremitus: Teraba sama kiri dan kanan - Nyeri tekan - Krepitasi
	Perkusi	- Redup - Sonor - Pekak
	Suara napas	- Vesikuler - Wheezing - Ronchi - Rales - Friction rub - Lokasi:
	Batuk	- Produktif - Non produktif

	Sputum	- Coklat - Kental - Berdarah - Encer - Warna lain:
	Alat bantu napas	- Tidak ada - Ada Jenis: Oksigen NRM 10 liter
	Lain-lain	- Respirasi: 22x/menit - SPO2: 96%
Blood (B2)	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 - Tunggal ✓ ✓ ✓ ✓ - Gallop - Murmur
	Irama jantung	- Irreguler - Reguler
	CRT	- < 3 detik - ≥ 3 detik
	JVP	- Normal (5-2 CmH₂O) - Meningkat
	CVP	- Ada - Tidak ada - Normal
	Edema	- Ada - Tidak ada (tampak tidak ada edema) - Lokasi:
	EKG	Sinus Aritmia
	Lain-lain	- Tanda-tanda vital - TD: 189/108 mmHg - N: 122 x/m - P: 22 x/m

Brain (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif: Apatis - Kuantitatif (GCS) E: 3 M: 6 V: 3
	Reaksi pupil: - Kanan - Kiri	- Ada, diameter 2 mm - Tidak ada - Ada, diameter 2 mm - Tidak ada
	Refleks fisiologis	- Ada - Kanan: Bisep (+), trisep (+), lutut (+), Achilles (+) - Kiri: Bisep (-), trisep (-), lutut (-), Achilles (-) - Tidak ada
	Refleks patologis	- Ada, kaki kiri - Tidak ada
	Meningeal sign Kaku kuduk Brudzinski I Brudzinski II Brudzinski III Brudzinski IV	- Tidak ada: - Ada: - Tampak ada tahanan dan dagu tidak dapat mencapai dada - Positif: Ada flexi lutut kanan - Kiri: Negatif - Positif: Ada flexi lutut kanan - Kiri: Negatif - Positif: Ada flexi lutut kanan - Kiri: Negatif - Positif: Ada flexi lutut kanan - Kiri: Negatif

	Lain-lain	- TTV: TD: 189/108 mmHg N: 122 x/m P: 22 x/m S: 37.7°C - Hasil CT-Scan Pendarahan luas cerebri kanan dengan perluasan ke sistem ventrikel.
Bladder (B4)	Urin	- Jumlah: 1.000 cc - Warna: kuning
	Kateter	- Ada - Jenis: folley kateter / 16 Fr - Tidak ada
	Kesulitan BAK	- Ya - Tidak
	Lain-lain	Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	- Lembab - Kering (tampak mukosa bibir pasien kering)
	Lidah	- Kotor (tampak lidah pasien kotor dan berwarna putih) - Bersih
	Keadaan gigi	- Lengkap - Gigi palsu
	Nyeri telan	- Ya - Tidak ada
	Abdomen	- Distensi - Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai: 16x/menit

	Mual	- Ya - Tidak
	Muntah	- Ya - Tidak - Jumlah: - Frekuensi
	Hematemesis	- Ya - Tidak - Jumlah - Frekuensi
	Melena	- Ya - Tidak - Jumlah - Frekuensi
	Terpasang NGT	- Ya (Tampak pada pasien terpasang NGT ukuran 16 Fr) - Tidak
	Terpasang colostomy bag	- Ya - Tidak (Tampak pada pasien tidak terpasang colostomy bag)
	Diare	- Ya - Tidak (Tampak pasien tidak diare) - Jumlah - Frekuensi
	Konstipasi	- Ya - Tidak - Sejak
	Asites	- Ya - Tidak
	Lain-lain	- Tidak ada

Bone (B6)	Turgor	- Baik - Jelek						
	Perdarahan kulit	- Ada - Tidak ada - Jenis						
	Icterus	- Ya - Tidak ada						
	Akral	- Hangat - Kering - Merah - Dingin - Pucat - Basah						
	Pergerakan sendi	- Bebas - Terbatas Uji Kekuatan otot: tampak kelemahan pada satu sisi tubuh pasien - Skala: <table><tr><td>Kanan</td><td>Kiri</td></tr><tr><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2</td><td>0</td></tr></table>	Kanan	Kiri	2	0	2	0
Kanan	Kiri							
2	0							
2	0							
	Fraktur	- Ada - Tidak ada - Jenis - Lokasi						
	Luka	- Ada - Tidak ada - Jenis: Tampak luka sayatan - Lokasi: Regio frontal						
	Lain-lain	Tidak ada						

2. Diagnosa Keperawatan: (Berdasarkan Data Yang Diperoleh Saa Pengkajian Primer)

B-1: Tidak ada masalah keperawatan

B-2: Tidak ada masalah keperawatan

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

B-4: Tidak ada masalah keperawatan

B-5: Tidak ada masalah keperawatan

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

Risiko infeksi d/d efek prosedur invasif.

3. Tindakan Keperawatan Utama Yang Dilakukan: (Berdasarkan Diagnosa)

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

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

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

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

- Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)

Risiko infeksi d/d efek prosedur invasif

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- Batasi jumlah pengunjung
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

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

a. Pengkajian Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan yang paling penting adalah kesehatan karena jika sehat segala aktivitas bisa dilakukan. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang berolahraga. Pasien juga sudah tahu bahwa pasien memiliki tekanan darah tinggi tetapi tidak pernah memeriksakan diri di puskesmas dan tidak pernah mengonsumsi obat tekanan darah tinggi.

Observasi: Tampak keluarga pasien tidak memahami pentingnya minum obat secara rutin, tampak keluarga pasien mengabaikan penyakit hipertensi yang dialami oleh pasien, tampak ekspresi wajah keluarga bingung.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama: Nyeri kepala

Riwayat keluhan utama: Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sakit kepala 1 hari sebelum dibawa ke Rumah Sakit dan dipagi harinya pasien mengeluh sakit kepala berat akibat tekanan darah yang tinggi, nyeri dirasakan pasien seperti tertusuk-tusuk dengan skala

nyeri 7, nyeri dirasakan terus-menerus. Keluarga pasien mengatakan pasien juga merasa sulit menggerakkan bagian tubuh sebelah kiri, mengeluh sesak, dan mengalami penurunan kesadaran 1 jam sebelum masuk rumah sakit, disertai bicara yang tidak jelas sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke Rumah Sakit. Saat pengkajian didapatkan kesadaran kualitatif apatis dan GCS pasien E3M6V3.

Observasi: Tampak pasien meringis dan gelisah.

- b) Riwayat penyakit yang pernah dialami: Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak ± 10 tahun.
- c) Riwayat kesehatan keluarga: Keluarga pasien mengatakan ibu dan ayah pasien juga memiliki riwayat hipertensi.
- d) Pemeriksaan fisik:
 - i. Kebersihan rambut : Tampak bersih
 - ii. Kulit kepala : Tampak bersih tidak ada lesi
 - iii. Kebersihan kulit : Tampak bersih, dan tidak terdapat lesi di area kulit
 - iv. Higiene rongga mulut : Tampak mulut berbau, lidah tampak kotor, mukosa bibir kering
 - v. Kebersihan genetalia : Tampak bersih, tidak ada peradangan
 - vi. Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan tiga kali sehari dengan jenis makanan yaitu nasi, sayur, ikan/daging dan pasien menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali pasien makan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mematuhi diet yang dianjurkan dokter walaupun pasien tahu dia memiliki tekanan darah tinggi. Keluarga pasien mengatakan jenis makanan yang sangat disukai pasien adalah ikan asin, makan coto, gorengan. Pasien juga minum 6-8 gelas air putih setiap hari.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit makan dan minum pasien melalui NGT.

3) Observasi:

4) Pasien makan melalui NGT dengan frekuensi makan 3 kali sehari dengan jenis makanan bubur saring 250 cc.

Pemeriksaan fisik:

- | | |
|---------------------------|--|
| (1)Kebersihan rambut | : Tampak bersih |
| (2)Hidrasi kulit | : Tampak kembali dalam 3 detik |
| (3)Palpebrae/conjungtiva: | Tampak palpebra tidak edema,
dan conjungtiva tampak
anemis |
| (4)Sclera | : Tampak tidak ikterik |
| (5)Hidung | : Tampak hidung bersih, tidak ada
polip atau peradangan |
| (6)Rongga mulut | : Tampak hidung bersih, tidak ada
polip atau peradangan |
| (7)Gusi | : Tampak tidak terdapat
peradangan di area gusi |
| (8)Gigi | : Tampak lengkap |

(9)Kemampuan mengunyah

Keras : Tampak tidak mampu
mengunyah keras

(10)Lidah : Tampak kotor

(11) Pharing : Tampak peradangan

(12) Kelenjar getah bening: Tampak tidak ada
pembesaran kelenjar getah
bening

(13) Kelenjar parotis : Tampak tidak teraba adanya
pembesaran pada kelenjar
karotis

14) Abdomen

a) Inspeksi : Tampak perut membuncit, tidak
ada lesi atau peradangan

b) Auskultasi : Peristaltik usus 14x/menit

c) Perkusi : Terdengar bunyi pekak

15) Kulit

a) Edema : Negatif

b) Icteric : Negatif

c) Tanda radang : Tidak ada

16) Lesi : Tidak ada

a. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien seorang ibu rumah tangga. Keluarga pasien mengatakan kegiatan sehari-hari pasien hanya di rumah.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak melakukan aktivitas rumah tangga karena mengalami nyeri kepala berat, kelemahan pada tubuh sisi kiri dan mengalami penurunan

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

3) Observasi

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

i. Aktivitas Harian

- (1) Makan : 4
- (2) Mandi : 4
- (3) Pakaian : 4
- (4) Kerapihan : 4
- (5) Buang air besar : 4
- (6) Buang air kecil : 4
- (7) Mobilisasi di tempat tidur : 4

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

- ii. Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien

terbaring ditempat tidur.

- iii. Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien

terbaring lemah ditempat tidur.

- iv. Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

- v. Fiksasi : Tidak ada

- vi. Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 189/108 mmHg

Duduk : -

Berdiri : -

- b) HR : 122 x/m

- c) Kulit

- Keringat dingin : Ada
- Basah : Ada
- d) JVP : 5 - 2 cmH₂O
- e) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku: CRT < 3 detik
- f) Thorax dan pernapasan
- (1) Inspeksi
- Bentuk Thorax : Tampak simetris kiri dan kanan
- Retraksi interkostial : Tidak ada
- Sianosis : Tidak ada
- Stridor : Tidak ada
- (2) Palpasi : Tidak dikaji
- (3) Vocal Premitus : Tidak dikaji karena pasien terbaring lemah ditempat tidur
- (4) Krepitasi : Tidak ada
- (5) Perkusi:
- ☒ Sonor
- ☐ Redup
- ☐ Pekak
- (6) Auskultasi
- Suara napas : Vesikuler
- Suara ucapan : Getaran kiri dan kanan sama
- Suara tambahan : Tidak ada suara napas tambahan
- g) Jantung
- (1) Inspeksi
- Ictus cordis : Tidak tampak
- (2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba ICS V mid
clavicularis sinistra

(3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS III linea sternalis
sinistra
Batas bawah jantung : ICS V linea
medioclavicularis sinistra
Batas kanan jantung : ICS II linea sternalis
dextra
Batas kiri jantung : ICS VI linea axilaris
anterior sinistra

(4) Auskultasi

Bunyi Jantung II A : Tunggal, ICS II linea
sternalis dextra
Bunyi Jantung II P : Tunggal, ICS II dan ICS
III linea sternalis sinistra
Bunyi Jantung I T : Tunggal, ICS IV linea
sternalis sinistra
Bunyi Jantung II P : Tunggal, ICS V 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

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Negatif
(2) 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

(3) Uji Kekuatan Otot

Kanan	Kiri
2	0
2	0

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

(4) Reflek Fisiologis:

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

(5) Reflek Patologis :

Babinski:

Kiri : ☒ Positif ☐ Negatif
 Kanan : ☐ Positif ☒ Negatif

(6) Clubing jari-jari : Tidak ada

(7) Varises Tungkai : Tidak ada

i) Columna Vertebralis : Tidak ada Kelainan

5. Uji Saraf Kranial

b. Nervus I Olfactorius:

Pasien mampu mencium bau-bauan yaitu minyak kayu putih dengan mata tertutup.

c. Nervus II Optikus:

Pasien tidak mampu membaca tulisan yang ditunjukkan oleh perawat dengan font 12 pada jarak 30-40 cm.

d. Nervus III Okulomotorius, IV Trochlearis, VI Abdusen

Tampak pupil mengecil bila diberi cahaya dan pupil isokor

e. Nervus V Trigeminus

Fungsi sensorik: Pasien mampu merasakan goresan kapas pada permukaan kulit wajah sisi kanan, tetapi tidak pada permukaan kulit wajah sisi kiri.

Fungsi motorik: Tonus musculus massester pasien teraba lemah saat diperintahkan untuk gerak menggigit.

f. Nervus VII Facialis

Sensorik : Tidak dikaji, pasien tidak mampu menjulurkan lidah.

Motorik : Pasien tidak mampu mengangkat alis, mengerutkan

dahi, mencucurkan bibir, tersenyum, meringis

(memperlihatkan gigi-gigi depan), bersiul,

menggembungkan pipi.

g. Nervus VIII Vestibulo Acusticus

Pasien tidak dapat menunjukkan area suara saat diberi rangsangan suara dengan gesekan rambut disamping telinga dengan mata tertutup.

h. Nervus IX Glosafaringeus

Tampak letak ovula pasien ditengah.

i. Nervus X Vagus

Pasien tidak mampu menelan.

j. Nervus XI Asesorius

Pasien tidak mampu mengangkat bahu dan menggerakkan Pkepala.

k. Nervus XII Hipoglosus

Pasien tidak mampu mengeluarkan lidah dan mendorong pipi kiri dan kanan dari arah dalam menggunakan lidah.

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

a. CT-Scan

Kesan: Pendarahan luas cerebri kanan dengan perluasan ke sistem ventrikel

b. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Hasil/ Jam: 08/05.2025 17.43

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
- Hemoglobin	14.1	10.9 – 14.9	g/dl
- Hematokrit	43	34.0 – 45.1	%
- Eritrosit	4.77	4.11 – 5.55	juta/uL
Indek Eritrosit			
- MCV	89	71.8 – 92.0	fL
- MCH	29.6	22.6 – 31.0	Pg
- MCHC	33.1	30.8 – 35.2	g/dL
- Trombosit	300.000	216000 – 451000	/uL
- Lekosit	12.100	4500 – 13500	/uL
Hitung Jenis Lekosit			
- Neutrofil	80.4	42.5 – 71.0	%

- Limfosit	14.0	20.4 – 44.6	%
- Monosit	3.5	3.6 – 9.9	%
- Eosinofil	1.9	0.7 – 5.4	%
- Dasofil	0.2	0 – 1	%
NLR	5.74	0.78 – 3.53	
Laju Endap Darah	23	<20	Mm/jam

Tanggal Hasil/ Jam: 09/05.2025 10.46

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMOSTASIS			
Masa Pendarahan	2`30"	1 ~ 3	Menit
Masa Pembekuan	8`30"	5 ~ 15	Menit

7. Diagnosa Sekunder

Tidak ada

8. Terapi Obat

- Citicolin 500 mg/ 12 jam/ intravena (tunda bila TDS 110 mmHg)
- Mecobalamin 500 mcg/ 24 jam/ intravena
- Omeprazole 40 mg/ 12 jam/ intravena
- Ketorolac 30 mg/ 8 jam/ intravena
- KSR 600 mg/ 12 jam/ NGT
- Ceftriaxone 1 gram/ 12 jam/ intravena
- Manitol 20% 100 cc/ 6 jam/ intravena
- Nicardipin dosis 0.9 mcg/ sp/ intravena
- Paracetamol 100 cc/8 jam/ intravena

ANALISA DATA

Nama/ Umur: Ny. H/ 47 tahun

Ruang/ Kamar: ICU/ bed 07

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sakit kepala berat sejak 1 hari sebelum dibawa ke rumah sakit. - Keluarga pasien mengatakan mengatakan sakit kepala yang di rasakan pasien seperti tertusuk-tusuk dan nyeri di rasakan terus-menerus - Keluarga pasien juga mengatakan pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi sudah 10 tahun Data Objektif: - Keadaan umum tampak lemah - Tampak pasien gelisah - Tampak kesadaran pasien ✓ Kulitatif: Apatis	Edema Serebral	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

	✓ Kuantitatif M3V5V4 - TTV TD: 189/108 mmHg N: 122 x/m P: 22 x/m S: 37.7°C - Pemeriksaan diagnostik: CT SCAN: Kesan: Pendarahan luas cerebri kanan dengan perluasan ke sistem ventrikel		
2.	Data subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sisi kiri - Keluarga mengatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga Data objektif: - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien di bantu oleh perawat dan keluarga - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Tampak pergerakan pasien terbatas	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik

	- Tampak semua aktivitas harian pasien dibantu oleh perawat dan keluarga.		
3.	Data Subjektif: - Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi Data objektif: - Tampak luka sayatan ± 5 cm pada regio frontal pasien - Tampak terpasang drain EVD - Kulit teraba hangat - Terpasang infus NaCl 0.9% 20 tpm - TTV TD: 189/108 mmHg N: 122 x/m P: 22 x/m S: 37.7°C	Efek prosedur invasif	Risiko infeksi

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/ Umur: Ny. H/ 47 tahun

Ruang/ Kamar: ICU bed 07

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral.
2.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular.
3.	Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif.

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/ Umur: Ny. H/ 47 tahun

Ruang/ Kamar: ICU bed 07

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial (L.06049) meningkat dengan kriteria hasil: - Tingkat kesadaran cukup meningkat - Sakit kepala cukup menurun - Tekanan darah cukup membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (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) Terapeutik: - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

		- Tekanan nadi cukup membaik - Pola napas cukup membaik - Refleks neurologis cukup membaik - Tekanan intrakranial cukup membaik	- Berikan posisi semi fowler - Hindari manuver valsava Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis mannitol - Kolaborasi pemberian neuroprotector citicoline - Kolaborasi pemberian calcium channel blocker nocardipine - Kolaborasi pemberian vitamin mecobalamin - Kolaborasi pemberian proton pump inhibitor (PPI) omeprazole - Kolaborasi pemberian antiinflamasi nonsteroid (OAINS) ketorolac - Kolaborasi pemberian antipiretik paracetamol - Kolaborasi perawatan post EVD Pemantauan Tekanan Intra Kranial (I.06198) Observasi: - Monitor penurunan frekuensi jantung
--	--	--	---

			- Monitor ireguleritas irama napas - Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik: - Pertahankan posisi kepala 30 derajat Edukasi: - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil: - Pergerakan ekstermitas cukup meningkat - Kekuatan otot cukup meningkat - Kaku sendi cukup menurun	Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Observasi: - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan

		- Gerakan terbatas cukup menurun - Kelemahan fisik cukup menurun	- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Dukungan perawatan Diri (I. 11348) Observasi: - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan mekan Terapeutik: - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) - Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) - Jadwalkan rutinitas perawatan diri
--	--	---	---

			Edukasi: - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
3.	Risiko infeksi d/d efek prosedur invasive	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil: - Demam menurun - Nyeri menurun - Kemerahan menurun - Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi: - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Lakukan perawatan NGT Edukasi - Anjurkan membatasi pengunjung Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antibiotik ceftriaxone

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur: Ny. H / 47 tahun

Ruang/ Kamar: ICU bed 07

Hari/ Tanggal	Dx	Waktu	Implementasi	Perawat
Sabtu, 10 Mei 2025	II	07.30	Melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, oral hygiene) Hasil: Pasien tampak bersih dan rapi	Intania
	I	07.50	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Tampak ruangan tenang dan sejuk	Intania
	III	07.58	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan yang lebih lanjut ke pasien Hasil: Tampak tangan perawat bersih	Intania
	I	08.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat antihipertensi Hasil: Tampak terpasang nicardipine 50 cc/ sp/ iv	Intania
	I	08.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD: 182/100 mmHg, N: 109 x/m, P: 21 x/m, S: 37.7°C, SPO₂: 98% - Tampak pasien gelisah	Intania

			- Tampak kesadaran pasien M6V4E4	
	I	08.20	Memonitor MAP Hasil: MAP 117 mmHg	Intania
	I	10.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat diuretik osmotik Hasil: Tampak terpasang manitol 20% 100 cc/6 jam/IV	Intania
	I	10.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD: 172/102 mmHg, N: 110 x/m, P: 24 x/m, S: 38.0°C, SPO₂: 98% - Pasien mengeluh sakit kepala - Tampak kesadaran pasien M6V4E4	Iroyanti
	I	10.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat analgesik Hasil: Tampak terpasang paracetamol 1 gram/100 cc/8 jam/IV	Iriyanti
	I	10.30	Melakukan kolaborasi pemberian cairan Hasil: Terpasang KAEN 3B 500 cc	Iriyanti
	I	11.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat antihipertensi Hasil: Tampak terpasang nicardipine 50 cc/ sp/ iv	Iriyanti
	I	11.30	Mempertahankan posisi kepala 30 derajat Hasil: Tampak posisi kepala pasien 30 derajat	Iriyanti

	I	12.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD: 171/98 mmHg, N: 121 x/m, P: 21 x/m, S: 37.8°C, SPO₂: 100% - Tampak pasien gelisah Tampak kesadaran pasien M6V4E4	Iriyanti
	III	12.00	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan yang lebih lanjut ke pasien Hasil: Tampak tangan perawat bersih	Intania
	II	12.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil: Tampak pasien diberi bubur saring 250 ml/NGT	Intania
Minggu, 11 Mei 2025	I	14.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD: 182/121 mmHg, N: 122 x/m, P: 22 x/m, S: 38.1°C, SPO₂: 99% - Tampak gelisah berkurang Tampak kesadaran pasien M6V4E4	Iriyanti
	I	15.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat antihipertensi Hasil: Tampak terpasang nicardipine 50 cc/ sp/ iv	Iriyanti
	I	16.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital	Intania

			TD: 180/105 mmHg, N: 101 x/m, P: 22 x/m, S: 36.7°C, SPO ₂ : 98% - Tampak gelisah berkurang - Tampak kesadaran pasien M6V4E4							
	I	16.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat diuretik osmotic dan analgesik Hasil: - Tampak terpasang manitol 20% 100 cc/6 jam/IV - Tampak pasien diberi ketorolac 30 mg/8 jam/lv	Intania						
	I	16.00	Melakukan kolaborasi pemberian cairan Hasil: Terpasang NaCl 0.9% 500 cc	Intania						
	III	16.10	Membatasi jumlah pnegunjung pasien Hasil: Tampak jumlah pengunjung pasien berkurang	Intania						
	III	16.30	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan yang lebih lanjut ke pasien Hasil: Tampak tangan perawat bersih	Intania						
	II	16.30	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: - Tampak pasien belum mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri - Kekuatan otot <table><tr><td>Kanan</td><td>Kiri</td></tr><tr><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2</td><td>0</td></tr></table>	Kanan	Kiri	2	0	2	0	Intania
Kanan	Kiri									
2	0									
2	0									

	II	16.45	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Hasil: Tampak pengaman tempat tidur dipasang	Intania
	II	16.50	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam membantu meningkatkan pergerakan Hasil: Tampak keluarga pasien membantu perawat mengatur posisi pasien	Intania
	I	17.30	Mempertahankan posisi kepala 30 derajat Hasil: Tampak posisi kepala pasien 30 derajat	Intania
	I	18.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD: 173/101 mmHg, N: 110 x/m, P: 24 x/m, S: 37.8°C, SPO₂: 100% - Tampak gelisah berkurang - Tampak kesadaran pasien M6V4E4	Intania
	I	18.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat analgesic dan nootropik Hasil: - Tampak terpasang paracetamol 1 gram/100 cc/8 jam/IV - Tampak pasien diberi citicoline 500 mg/12 jam/IV	Intania
	III	18.00	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan yang lebih lanjut ke pasien	Iriyanti

			Hasil: Tampak tangan perawat bersih	
	II	18.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil: Tampak pasien diberi bubur saring 250 ml/NGT	Iriyanti
	I	18.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat antihipertensi Hasil: Tampak terpasang nicardipine 30 cc/ sp/ IV	Intania
	I	20.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberi mecobalamin 500 mcg/24 jam/IV - Omeprazole 40 mg/12 jam/IV	Iriyanti
	I	20.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD: 168/95 mmHg, N: 108 x/m, P: 24 x/m, S: 37.6°C, SPO₂: 100% - Tampak gelisah berkurang Tampak kesadaran pasien M6V4E4	Iriyanti
	I	20.10	Memonitor MAP Hasil: MAP 119	
	I	20.40	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Tampak ruangan tenang dan sejuk	Intania

Senin, 12 Mei 2025	I	14.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD: 174/102 mmHg, N: 122 x/m, P: 24 x/m, S: 38.1°C, SPO₂: 99% - Tampak pasien gelisah Tampak kesadaran pasien M6V5E4	Intania
	I	14.30	Melakukan kolaborasi pemberian obat antihipertensi Hasil: Tampak terpasang nicardipine 50 cc/ sp/ iv	Intania
	I	16.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD: 175/110 mmHg, N: 125 x/m, P: 18 x/m, S: 37.9°C, SPO₂: 98% - Tampak pasien gelisah Tampak kesadaran pasien M6V5E4	Iriyanti
	I	16.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat diuretik osmotik Hasil: Tampak terpasang manitol 20% 100 cc/6 jam/IV	Iriyanti
	I	16.00	Melakukan kolaborasi pemberian cairan Hasil: Terpasang NaCl 0.9% 500 cc	Iriyanti
	I	16.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat analgesik Hasil: Tampak pasien diberi ketorolac 30 mg/8 jam/iv	Iriyanti

	III	16.10	Membatasi jumlah pengunjung pasien Hasil: Tampak jumlah pengunjung pasien berkurang	Iriyanti
	III	16.30	Memonitor tingkat kemampuan menelan Hasil: Tampak pasien hati-hati saat menelan air minum yang diberikan	Iriyanti
	III	17.00	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan yang lebih lanjut ke pasien Hasil: Tampak tangan perawat bersih	Intania
	II	17.00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: 	

			- Tampak kesadaran pasien M6V5E4	
	III	18.00	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan yang lebih lanjut ke pasien Hasil: Tampak tangan perawat bersih	Intania
	II	18.00	Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan makan/minum Hasil: Tampak pasien diberi bubur saring 250 ml/NGT	Intania
	I	18.10	Melakukan kolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak terpasang paracetamol 1 gram/100 cc/8 jam/IV - Tampak pasien diberi citicoline 500 mg/12 jam/IV - Tampak terpasang nicardipine 30 cc/ sp/ IV	Iriyanti
	I	20.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat Hasil: - Tampak pasien diberi mecobalamin 500 mcg/24 jam/IV - Omeprazole 40 mg/12 jam/IV	Iriyanti
	I	20.00	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: - Tanda-tanda vital TD: 170/90 mmHg, N: 107 x/m, P: 18 x/m, S: 37.5°C, SPO₂: 100% - Tampak gelisah berkurang	Iriyanti

			- Tampak kesadaran pasien M6V5E4	
	I	20.10	Memonitor MAP Hasil: MAP 117	Intania
	II	20.30	Mengganti pakaian pasien setelah eliminasi Hasil: Pasien tampak bersih dan nyaman	Intania, Iriyanti
	II	20.45	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Tampak ruangan tenang dan sejuk	Intania

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur: Ny. H/ 47 tahun

Ruangan/ Kamar: ICU/ bed 07

Hari/ tanggal	Evaluasi (SOAP)	Perawat
Sabtu, 10 Mei 2025	Dx I Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral S: Pasien mengatakan sakit kepala, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul dan dirasakan $\pm$ 15 menit O: - Tampak ekspresi wajah meringis - Tampak pasien gelisah - Kesadaran pasien composmentis (M6V4E4) - Tanda-tanda vital TD: 171/98 mmHg, N: 121 x/m, P: 21 x/m, S: 37.8°C, SPO₂: 100% A: Masalah kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen peningkatan tekanan intrakranial - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30 derajat - Monitor tingkat kesadaran - Kolaborasi pemberian sedasi/anticonsulvan Dx II Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular S: Keluarga mengatakan semua kebutuhan dibantu oleh keluarga dan perawat	

O:

- Tampak pasien lemah dan hanya terbaring di tempat tidur
- Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu keluarga dan perawat
- Tampak pasien tidak dapat menggerakkan tubuh sisi kiri akibat kelemahan
- Tampak kekuatan otot

Kanan	Kiri
2	0
2	0

A: Masalah mobillitas fisik belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

Dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri

- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan dan minum
- Sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, dan privasi)
- Jadwalkan perawatan diri

Dx III Risiko Infeksi d/d efek prosedur invasif

S: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi

O: Tampak luka sayatan post kraniotomi di kepala pasien

A: Masalah risiko infeksi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

Pencegahan Infeksi

- Berikan perawatan kulit pada area enema
- Cucui tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
- Anjurkan membatasi jumlah pengunjung

Minggu, 11 Mei 2025	Dx I Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral S: Pasien mengatakan sakit kepala, nyeri yang dirasakan seperti sudah berkurang, skala nyeri 3, nyeri hilang timbul dan dirasakan $\pm$ 15 menit O: - Tampak ekspresi wajah meringis - Tampak gelisah berkurang - Kesadaran pasien composmentis (M6V4E4) - Tanda-tanda vital TD: 168/95 mmHg, N: 108 x/m, P: 24 x/m, S: 37.6°C, SPO₂: 100% A: Masalah kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi Manajemen peningkatan tekanan intrakranial - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30 derajat - Monitor tingkat kesadaran - Kolaborasi pemberian sedasi/anticonsulvan Dx II Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular S: Keluarga mengatakan semua kebutuhan dibantu oleh keluarga dan perawat O: - Tampak pasien lemah dan hanya terbaring di tempat tidur - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu keluarga dan perawat	
------------------------------------	--	--

	- Tampak pasien tidak dapat menggerakkan tubuh sisi kiri akibat kelemahan - Tampak kekuatan otot<table><tr><th>Kanan</th><th>Kiri</th></tr><tr><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2</td><td>0</td></tr></table> A: Masalah mobillitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan dan minum - Sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, dan privasi) Dx III Risiko Infeksi d/d efek prosedur invasif S: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi O: Tampak luka sayatan post kraniotomi di kepala pasien A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutlkan intervensi Pencegahan Infeksi - Berikan perawatan kulit pada area enema - Cucui tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Anjurkan membatasi jumlah pengunjung	Kanan	Kiri	2	0	2	0	
Kanan	Kiri							
2	0							
2	0							
Senin, 12 Mei 2025	Dx I Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral S: Pasien mengatakan sakit kepala, berkurang O: - Tampak gelisah berkurang							

	- Kesadaran pasien composmentis (M6V5E4) - Tanda-tanda vital TD: 170/90 mmHg, N: 107 x/m, P: 18 x/m, S: 37.5°C, SPO₂: 100% A: Masalah kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi Manajemen peningkatan tekanan intrakranial - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan kepala 30 derajat - Monitor tingkat kesadaran - Kolaborasi pemberian sedasi/anticonsulvan Dx II Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular S: Keluarga mengatakan semua kebutuhan dibantu oleh keluarga dan perawat O: - Tampak pasien lemah dan hanya terbaring di tempat tidur - Tampak pemenuhan kebutuhan pasien dibantu keluarga dan perawat - Tampak pasien tidak dapat menggerakkan tubuh sisi kiri akibat kelemahan - Tampak kekuatan otot <table><tr><td>Kanan</td><td>Kiri</td></tr><tr><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2</td><td>0</td></tr></table> A: Masalah mobillitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Kanan	Kiri	2	0	2	0	
Kanan	Kiri							
2	0							
2	0							

	Dukungan mobilisasi dan dukungan perawatan diri - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan dan minum - Sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, dan privasi) - Jadwalkan perawatan diri Dx III Risiko Infeksi d/d efek prosedur invasif S: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi O: Tampak luka sayatan post kraniotomi di kepala pasien A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Pencegahan Infeksi - Berikan perawatan kulit pada area enema - Cucui tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Anjurkan membatasi jumlah pengunjung	
--	--	--

DAFTAR OBAT

1. Obat Citicolin
 - a. Nama obat: Citicolin
 - b. Klasifikasi / golongan obat: Vitamin saraf/ Obat resep atau keras
 - c. Dosis umum:
 - 1) Obat minum (tablet dan kaplet) Dosis 500 mg, 1–2 kali sehari. Dosis 1000 mg, 1 kali sehari.
 - 2) Suntik atau infus Dosis 500–1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari, disuntikkan selama 3–5 menit atau diberikan dengan kecepatan infus 40–60 tetes per menit.
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 250 mg/12 jam
 - e. Cara pemberian obat: IV
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak. Citicolin juga digunakan sebagai terapi tambahan dalam mengobati penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer, gangguan bipolar, mata malas, dan gangguan otak lainnya.
 - g. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan: karena hasil ct-scan terdapat perdarahan intracerebri dextra, atrofi cerebri, pendarahan intraventrikel dan GCS E3V2M4 (Somnolen).
 - h. Kontra indikasi: Hindari penggunaan citicoline pada pasien dengan kondisi medis, seperti: Alergi terhadap citicoline. Ketegangan otot tinggi dan menurunnya kemampuan otot (hipotonia) pada sistem saraf parasimpatis.
 - i. Efek samping obat: Insomnia, sakit kepala, kegelisahan, konstipasi, diare, sakit perut, penglihatan kabur, nyeri dada, denyut jantung lambat atau cepat, hipotensi, mual dan muntah.
- ii. Obat Mecobalamin
 - a. Nama obat: mecobalamin
 - b. Klasifikasi/ golongan obat: vitamin neurotropik

- c. Dosis umum: 500-1500 mg/ hari, baik secara oral maupun injeksi, tergantung pada tingkat defisiensi atau kondisi neurologis pasien.
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mcg/ 12 jam
 - e. Cara pemberian obat: IV
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Mecobalamin diberikan pada pasien stroke untuk membantu proses pemulihan sistem saraf pusat dan perifer, terutama jika ditemukan adanya kerusakan atau gangguan sensorik dan motorik akibat stroke
 - h. Kontra indikasi: tidak boleh diberikan kepada pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap vitamin B12 atau kobalt.
 - i. Efek samping obat: alergi, mual, diare, dan ruam kulit.
- iii. Obat Ceftriaxone
- a. Nama obat: Ceftriaxone
 - b. Klasifikasi / golongan obat: antibiotik/obat resep
 - c. Dosis umum:
 - 1) Dewasa: 2.000 mg per 12 jam dengan suntikan IV selama 7–14 hari.
 - 2) Anak-anak: 100 mg/kgBB per hari, dalam 1 dosis atau 2 dosis, dengan suntikan IV atau IM, selama 7–14/hari.
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 gr/24 jam
 - e. Cara pemberian obat: IV
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Selain itu, ceftriaxone juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada saat operasi.
 - g. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan: untuk menghindari dan mencegah infeksi pada pasien.
 - h. Kontra indikasi: pada individu dengan riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan sefalosporin lainnya. Penggunaan

harus hati-hati pada pasien dengan riwayat alergi penicillin karena bisa terjadi reaksi silang.

- i. Efek samping obat: Bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan, sakit kepala, pusing, mual atau muntah, diare, gatal pada vagina atau keputihan, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringat berlebihan.

iv. Manitol

- a. Nama obat: manitol
- b. Klasifikasi/ golongan obat: diuretik.
- c. Dosis umum:
 - 1) Dewasa: 500-600 cc/hari.
 - 2) Anak: 1-2 gr/kg berat badan.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 5x100cc
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: menurunkan tekanan dalam tempurung kepala ketika meningkat dan ketika terjadi pendarahan di dalam tempurung kepala. Manitol adalah suatu hiperosmotik agent yang digunakan untuk meningkatkan aliran darah otak dan menghantarkan O₂ untuk menurunkan tekanan intrakranial.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: pada hasil CT-Scan pasien didapatkan perdarahan.
- h. Kontra indikasi: wanita hamil dan menyusui, anuria, penderita gagal jantung kongesif.
- i. Efek samping obat: gangguan keseimbangan cairan tubuh dan elektrolit, gangguan pencernaan, pusing, demam, mual, hipotensi.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

1. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dari kasus nyata dari penerapan asuhan keperawatan kritis di ruang ICU pada Ny. H usia 47 tahun dengan kasus “Hemoragik Stroke” di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 10 Mei-12 Mei 2025.

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

1. Pengkajian

a. Pengkajian primer

1) B1 (Breathing)

Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny. H didapatkan bahwa frekuensi napas pasien 22 x/ menit namun, pasien menggunakan NRM 10 liter. Dari hasil analisa data pada Ny. H NRM digunakan karena kondisi pasien *POH (I) EVD CC spontan intracerebral hemorrhagic regio thalamus*. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Kim et al., 2024) bahwa terapi oksigen konsentrasi tinggi mempercepat reabsorpsi pneumocephalus post kraniotomi melalui peningkatan gradien difusi nitrogen, meskipun pasien tidak mengalami gangguan pernapasan.

2) B2 (Blood)

Pada pengkajian B2 didapatkan pasien mengalami tekanan darah tinggi dengan tekanan darah 189/108 mmHg, dengan

frekuensi nadi 122 x/menit. Dari hasil analisa data pada Ny. H peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi terjadi karena adanya perdarahan di otak sehingga menyebabkan pembengkakan serebral. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Lv et al., 2024) bahwa jika terjadi perdarahan maka darah akan menggumpal dan menekan jaringan serebral, sehingga aliran darah ke sel dan jaringan otak tidak terpenuhi. Ketidakmampuan perfusi ke sel dan jaringan membuat jantung bekerja keras dalam memompa darah melalui pembuluh darah, sehingga terjadi peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi.

3) B3 (Brain)

Pada pengkajian B3 yang dilakukan pada Ny. H didapatkan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 12 yaitu apatis. Untuk pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan CT-Scan dengan hasil pasien mengalami pendarahan luas cerebri kanan dengan perluasan ke sistem ventrikel. Penurunan kesadaran terjadi karena pasien mengalami perdarahan serebral yang menyebabkan sirkulasi darah terganggu. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Ainy & Nurlaily, 2021) bahwa perdarahan otak menyebabkan seseorang mengalami penurunan kesadaran akibat sirkulasi yang tidak adekuat. Perdarahan otak dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) akibat akumulasi darah dalam jaringan otak. Kondisi ini mengganggu sirkulasi darah ke otak dan menyebabkan hipoksia jaringan otak, yang berujung pada penurunan kesadaran pasien.

4) B4 (Bladder)

Pada pengkajian pasien tidak ditemukan abnormalitas seperti adanya nyeri saat BAK. Pada pasien tampak terpasang *folley cateter* dengan jumlah urin sebanyak 1.000 cc/ 8 jam dan berwarna kuning. Pemasangan cateter urin dilakukan untuk

memonitor output pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

5) B5 (Bowel)

Pada pengkajian ini tidak didapatkan abnormalitas seperti hematemesis, melena, atau masalah lainnya. Pemasangan NGT bukan hanya karena ketidaksadaran, tetapi juga untuk mencegah aspirasi, mendukung nutrisi, dan kelancaran terapi, terutama pada pasien dengan gangguan neurologis.

6) B6 (Bone)

Pada saat pengkajian pasien didapatkan bahwa pasien memiliki masalah pada pergerakan sendi sebelah kiri, pergerakan pasien terbatas karena pasien mengalami kelamahan pada tubuh sebelah kiri akibat perdarahan luas cerebri kanan dengan perluasan ke sistem ventrikel. Hal ini didukung dengan teori yang dikemukakan oleh (Yikilmaz, 2023) bahwa tractus corticospinal (corticospinal tract) adalah jalur utama motorik dari korteks serebral ke medulla spinalis, yang bertanggung jawab atas gerakan volunteer. Sekitar 85-90% serabut dari jalur ini menyilang (decussate) di bagian bawah medulla oblongata yang disebut decussatio pyramidalis. Karena penyilangan ini lesi di otak kanan menyebabkan serabut motorik telah menyilang ke sisi kiri medulla sehingga tubuh bagian kiri yang terdampak (kontralateral). Sebaliknya, jika lesi terjadi di bawah *decussation* maka dampaknya berada di sisi yang sama dengan lesi (ipsilateral).

Pada saat pengkajian juga tampak luka sayatan post kraniotomi regio frontal. Hal ini didukung dengan teori yang dikemukakan oleh (Hinson et al., 2022) bahwa penatalaksanaan awal perdarahan intraventrikular (intraventricular hemorrhage/IVH) membutuhkan intervensi lanjutan seperti pemasangan *external ventricular drain* (EVD)

telah menjadi praktik yang umum, dengan tujuan untuk mengurangi tekanan intrakranial dan mengalirkan darah yang mengisi ventrikel otak.

b. Pengkajian sekunder

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

Pasien masuk Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar pada tanggal 8 Mei 2025 dengan diagnose medik Hemoragik Stroke. Data yang diperoleh dari keluarga bahwa Ny. H (47 tahun) memiliki riwayat tekanan darah tinggi ± 10 tahun, tetapi pasien tidak pernah mengontrol kesehatannya di fasilitas kesehatan. Pasien tidak pernah mengukur tekanan darahnya pada fasilitas kesehatan terdekat serta tidak pernah mengonsumsi obat. Keluarga pasien juga mengatakan pasien suka mengonsumsi ikan asin, coto dan gorengan serta jarang berolahraga. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Dewi, 2022) bahwa faktor penyebab stroke hemoragik salah satunya adalah hipertensi. Hipertensi terjadi karena tidak mengonsumsi obat penurunan tekanan darah secara rutin, makan-makanan yang berlemak dan makan-makanan tinggi garam, serta kurang melakukan aktivitas fisik atau berolahraga serta tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan. Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sakit kepala sebelum dibawa

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut sesuai dengan data yang didapatkan dari hasil pengkajian, penulis menetapkan 3 diagnosa keperawatan pada Ny. H, yaitu:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Penulis mengambil diagnosa ini karena

ditemukan data bahwa pasien mengalami nyeri kepala, penurunan kesadaran (apatis) dengan GCS M6V3E3, 12 nervus yang tidak berfungsi dengan baik, gelisah, dan peningkatan tanda-tanda vital yaitu TD: 189/108 mmHg dan N: 122 x/menit.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat diagnosa ini karena ditemukan data bahwa pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, pasien terbaring lemah ditempat tidur dan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga.
- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Penulis mengangkat diagnose ini karena ditemukan data bahwa tampak luka post kraniotomi di regio frontal pada pasien karena tindakan pemasangan *external ventricular drain* (EVD).

3. Intervensi Keperawatan

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

1) Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

Observas:

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

Terapeutik:

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

Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian sedasi dan antikoagulan, jika perlu.

Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu.

2) Pemantauan tekanan intrakranial

Observasi:

Monitor penurunan frekuensi jantung, monitor ireguleritas irama napas, monitor penurunan tingkat kesadaran.

Terapeutik:

Pertahankan posisi kepala 30 derajat

Edukasi:

Jelaskan tujuan dari prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

b. Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuskular

1) Dukungan mobilisasi

Observasi:

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

Terapeutik:

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

Edukasi:

Jelaskan tujuan dari prosedur mobilisasi.

2) Dukungan perawatan diri

Observasi

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

Terapeutik:

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

Edukasi

Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

c. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

1) Pencegahan infeksi

Observasi

Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.

Terapeutik

Batasi jumlah pengunjung

Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implelementasi keperawatan dilakukan pada Ny. H penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 10-12 Mei 2025 pada pasien Ny. H merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x8 jam:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Sampai pada hari ketiga perawatan belum teratasi, karena tekanan darah pasien belum stabil dan pasien masih mengalami kekakuan di tubuh sebelah kiri.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Sampai hari ketiga perawatan belum teratasi, karena pasien masih terbaring lemah di tempat tidur, pemenuhan

kebutuhan pasien dibantu keluarga dan perawat, tampak pasien juga tidak dapat menggerakkan tubuh sisi kiri akibat kelemahan.

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Sampai hari ketiga perawatan belum teratasi ditandai dengan pemasangan EVD (External Ventricular Drainage) yang masih terpasang.

2. Analisis Jurnal EBN Menggunakan Analisis PICOT

Jurnal I	Jurnal II	Jurnal IIIhage
Judul: Effect of 30° Head-Up Position on Intracranial Pressure Change in Patients General Hospital of Dr. R. Soedarsono Pasuruan	Judul: <i>Performance and Quality Measures for Spontaneous Intracerebral Hemorrhage</i>	Judul: <i>Care of the Patient Undergoing Intracranial Pressure Monitoring/External Ventricular Drainage or Lumbar Drainage</i>
P (population) 30 pasien dewasa dengan cedera kepala dirawat di bangsal bedah RS R. Soedarsono Pasuruan	P (population) Pada pasien ICH spontan di berbagai tahap perawatan (prehospital, hospital, posthospital)	P (population) Pasien dewasa dengan peningkatan tekanan intrakranial (ICP) yang menggunakan <i>External Ventricular Drainage (EVD)</i>
I (Intervention) Penulis menggunakan intervensi pemberian posisi head up 30°	I (Intervention) Dalam penelitian ini peneliti memberikan intervensi elevasi kepala 30° untuk	I (Intervention) Dalam penelitian ini intervensi yang diberikan adalah elevasi kepala 30°

untuk memperbaiki hemodinamik.	mengevaluasi dampaknya terhadap tekanan intrakranial (ICP) dan oksigenasi otak pada pasien stroke hemoragik.	dengan kondisi kepala tetap dalam posisi netral (tidak menunduk atau menengadahkan, tidak miring ke samping)
C (Comparision) Dalam penelitian ini terdapat 15 orang kelompok kontrol yang diberikan posisi 15 derajat.	C (Comparison) Dalam penelitian ini tidak terdapat kelompok kontrol	C (Comparison) Posisi kepala datar (supine atau 0°)
O (Outcome) Dari hasil penelitian ini didapatkan elevasi 30° menghasilkan perubahan signifikan pada kesadaran dan MAP, menunjukkan efek positif pada perubahan tekanan intrakranial.	O (Outcome) Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa pemberian elevasi kepala 30° efektif dalam menurunkan tekanan intrakranial (ICP) tanpa menurunkan perfusi serebral (CPP) dan mengganggu oksigenasi serebral.	O (Outcome) Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa pemberian elevasi kepala 30° efektif dalam menurunkan tekanan intrakranial (ICP), peningkatan drainase vena serebral, dan pencegahan komplikasi (seperti herniasi otak, overdrainase)
T (Time)	T (Time) Monitoring difokuskan pada	T (Time) Selama pemantauan neurointensif atau

Durasi penelitian dilakukan setelah intervensi tunggal.	tahap akut dan jangka menengah (30-90 hari), mencakup fase akut (ICU) dan pemulihan (rehabilitasi).	perawatan ICU pada pasien dengan EVD/ICP
---	---	--

C. Pembahasan Penerapan EBN (Evidence-Based-Nursing)

1. Judul EBN

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

2. Diagnosa

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral.

3. Luaran yang diharapkan

Penurunan kapasitas intrakranial dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran cukup meningkat, nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik dan suplai oksigen tercukupi.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Pemantauan neurologis dan manajemen peningkatan tekanan intrakranial.

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN.

a. Pengertian Tindakan

Posisi elevasi kepala 30° merupakan cara memposisikan kepala seseorang lebih tinggi sekitar 30° dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk

b. Tujuan/rasional EBN pada kasus askep

Tujuan dilakukannya elevasi kepala 30° adalah untuk mempengaruhi aliran darah menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme jaringan serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga otak dapat bekerja sesuai fungsinya.

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

1) P (Problem)

Dalam penulisan karya tulis akhir ini, ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik. Pada saat

pengkajian tanggal 10 Mei 2025 terhadap Ny. H dengan tanda dan gejala yang didapatkan yaitu tampak luka sayatan post kraniotomi di regio frontal, tampak kesadaran pasien apatis dan GCS pasien E3M6V3, tampak pasien meringis dan gelisah. Tanda-tanda vital pasien TD: 189/108 mmHg, N: 122x/m, S: 37,7°C dan hasil pemeriksaan CT-Scan kepala didapatkan pendarahan luas cerebri kanan dengan perluasan ke sistem ventrikel.

2) I (Intervention)

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

3) C (Comparison)

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh (AHA/ASA, 2024) didapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pemberian elevasi kepala 30 derajat pada pasien ICH untuk meningkatkan peredaran darah, menurunkan tekanan intrakranial dan kenyamanan pasien.

Adapun penelitian yang dilakukan oleh (Pertami et al., 2021) didapatkan hasil pengaruh yang signifikan posisi Head Up 30° pada perubahan tekanan intrakranial, hal ini dikarenakan dengan pemberian elevasi posisi kepala 30° dapat menghambat aliran darah serebral ke otak pada pasien dengan Stroke Hemoragik. dijelaskan pula dalam posisi telentang disertai elevasi kepala 30° menunjukkan aliran balik darah dari bagian inferior menuju ke atrium kanan cukup baik karena resistensi pembuluh darah dan tekanan atrium kanan tidak terlalu tinggi, sehingga volume darah yang masuk (venous return) ke atrium kanan cukup baik dan tekanan pengisian ventrikel kanan (preload) meningkat, yang dapat mengarah ke peningkatan stroke volume dan cardiac output. Pasien diposisikan Head Up 30° akan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

Berdasarkan penelitian (Ramos et al., 2024) didapatkan terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pemberian elevasi kepala 30° dan pemberian oksigen pada pasien post kraniotomi

didapatkan peningkatan hemodinamik, yaitu terjadi penurunan tekanan darah, nadi, frekuensi napas, dan terjadi peningkatan saturasi oksigen.

Pada penelitian yang dilakukan oleh penulis di ruang Intensive care unit (ICU) RS Pelamonia Makassar dengan memberikan terapi nonfarmakologis yaitu elevasi kepala 30° menunjukkan bahwa terjadi peningkatan saturasi oksigen setelah diberikan terapi elevasi kepala. Jika dibandingkan cara yang dilakukan oleh penulis dengan memberikan terapi elevasi kepala 30° maupun cara yang dilakukan oleh peneliti pada EBN yaitu dengan memberikan terapi elevasi kepala 30° sama-sama efektif yaitu menunjukkan hasil terjadi peningkatan saturasi oksigen setelah dilakukan elevasi kepala.

4) O (Outcome)

Dari hasil intervensi elevasi kepala 30° pada pasien Ny. H didapatkan terjadi peningkatan saturasi oksigen setelah dilakukan intervensi selama 30 menit. Saturasi oksigen sebelum dilakukan intervensi yaitu 98% menjadi 100%.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (AHA/ASA, 2024) didapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pemberian elevasi kepala 30 derajat pada pasien ICH untuk meningkatkan peredaran darah, menurunkan tekanan intrakranial dan kenyamanan pasien. Adapun penelitian lain yang dilakukan oleh (Pertami et al., 2021) didapatkan hasil pengaruh yang signifikan posisi *Head Up* 30° pada perubahan tekanan intrakranial, hal ini dikarenakan dengan pemberian elevasi posisi kepala 30° dapat menghambat aliran darah serebral ke otak pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

Selain itu, menurut penelitian (Ramos et al., 2024) elevasi kepala 30° pada pasien Stroke Hemoragik post kraniotomi bertujuan untuk mengurangi tekanan intrakranial tanpa secara signifikan menurunkan perfusi serebral. Posisi ini membantu drainase vena serebral, mencegah edema otak progresif, dan mendukung stabilisasi hemodinamik otak.

Pada penelitian yang penulis jadikan sebagai Evidence Based Nursing didapatkan pemberian elevasi kepala 30° pada pasien stroke berpengaruh terhadap saturasi oksigen. Tindakan ini dapat mempertahankan kestabilan fungsi dari kerja organ agar tetap lancar khususnya sistem pernafasan dan

sistem regulasi dini yang bisa bekerja secara optimal serta memberikan kenyamanan bagi pasien stroke yang ditandai dengan penurunan tekanan darah dan peningkatan kesadaran.

5) T (Time)

Pelaksanaan elevasi kepala 30° ini dilakukan setiap shift. Dari tanggal 8 – 10 Mei 2025.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Stroke hemoragik merupakan pecahya pembuluh darah di otak yang disebabkan tekanan darah otak yang mendadak meningkat dan menekan pembuluh darah sehingga terjadi iskemik pada jaringan sekitarnya yang dapat menimbulkan tanda dan gejala sesuai dengan daerah yang terganggu.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan, didapatkan bahwa tanda dan gejala yang dirasakan oleh Ny. H adalah nyeri kepala dan kelemahan pada tubuh sebelah kiri. Data yang diperoleh melalui observasi didapatkan: keadaan umum tampak lemah, terjadi penurunan kesadaran dengan kesadaran kualitatif apatis dan GCS pasien E3M6V3, TD: 189/108 mmHg, N: 122x/m, S: 37,7°C dan hasil pemeriksaan CT-Scan kepala didapatkan pendarahan luas cerebri kanan dengan perluasan ke sistem ventrikel.

2. Sesuai dengan tanda dan gejala yang muncul dari Ny. H penulis merumuskan 3 diagnosa keperawatan. Diagnosa yang pertama adalah penurunan kapasitas intrakranial berhubungan dengan edema serebral, yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan yang ketiga risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur insisi.
3. Pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu manajemen peningkatan TIK, dukungan mobilisasi dan perawatan diri, serta pencegahan infeksi.
4. Tahap evaluasi dilakukan dengan menilai keberhasilan tindakan yang telah dilakukan sebelumnya bila sudah mencapai kriteria hasil dari setiap masalah keperawatan yang telah ditentukan.

5. Penerapan EBN “Elevasi kepala 30° yang dilakukan pada pasien memberikan hasil yang cukup baik dibuktikan dengan menurunnya tekanan darah dan peningkatan saturasi oksigen. Dari asuhan keperawatan yang diberikan dapat disimpulkan bahwa elevasi kepala 30° dapat mengatasi masalah peningkatan tekanan intrakranial pada pasien Stroke Hemoragik di ruang ICU RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.

B. Saran

Mengacu pada manfaat penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, sebagai pertimbangan yang dapat meningkatkan keefektifan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan maka penulis menyampaikan beberapa saran yang diajukan kepada:

1. Perawat

Diharapkan kepada tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik dapat memberikan intervensi bukan hanya tentang pengobatan farmakologi tetapi dapat memaksimalkan dengan intervensi nonfarmakologi tetapi dapat memaksimalkan dengan intervensi nonfarmakologi seperti pemberian elevasi kepala 30° untuk menangani peningkatan TIK.

2. Rumah Sakit

Diharapkan pihak rumah sakit bisa memberikan lebih banyak intervensi yang dapat memaksimalkan pengobatan sesuai dengan EBN serta pihak rumah sakit juga dapat menyediakan peralatan untuk mobilisasi penderita stroke.

3. Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memperbanyak persediaan buku-buku terbaru di perpustakaan mengenai stroke hemoragik sehingga mahasiswa/i dapat membaca dan mengetahui lebih luas mengenai pemberian asuhan keperawatan yang efektif khususnya pada pasien dengan stroke hemoragik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade, Y., & Satria, A. (2020). Hipertensi sebagai faktor pencetus terjadinya stroke. *Jurnal Kesehatan*, 5.
- AHA/ASA. (2024). 2024 AHA/ASA performance and quality measures for spontaneous intracerebral hemorrhage: A report from the American Heart Association/American Stroke Association.
<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.00000000000000464>
- Ainy, R. E. N., & Nurlaily, A. P. (2021). Asuhan keperawatan pasien stroke hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan fisiologis: Oksigenasi. *Journal of Advanced Nursing and Health Science*, 2(1), 21–25.
<https://jurnal.ukh.ac.id/index.php/KN/article/view/723>
- Aisyah, P., Putri, P. H., Pangestu, K. W. I., Salsabila, S., Rahma, B. A., & Putri, S. F. N. (2024). Stroke hemoragik dengan riwayat hipertensi tidak terkontrol: Sebuah laporan kasus. *Medical Profession Journal of Lampung*, 14(3), 512–517.
- American Association of Neuroscience Nurses. (2020). Care of the patient undergoing intracranial pressure monitoring, external ventricular drain.
https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols/AANN%20Guideline%20caring%20for%20ICP%20Monitor%20External%20Vent%20Drain%20or%20Lumbar%20Drainage.pdf
- Anatomy, T. M. (2024). Circle of Willis. TeachMeAnatomy.
<https://teachmeanatomy.info/encyclopaedia/c/circle-of-willis>
- Dewi, N. W. Y. (2022). Manajemen pengendalian tekanan darah pada penderita hipertensi pada masa pandemi COVID-19.
<https://repository.itekesbali.ac.id/medias/journal>
- Flint, A. C., Hemphill, J. C., & Manley, G. T. (2020). [Judul artikel tidak tersedia]. *Stroke and Vascular Neurology*, 4(3), 160–167.
<https://doi.org/10.1136/svn-2020-000249>

- Hartaty, H., & Haris, A. (2020). Hubungan gaya hidup dengan kejadian stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.446>
- Hinson, H., Hanley, D., & Ziai, W. (2022). Management of intraventricular hemorrhage. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 10(2), 73–82. <https://doi.org/10.1007/s11910-010-0086-6>
- I, M. Y. A. M., Ilsa, H., Gunawan, S. E., & Setyawati, P. A. (2023). Clipping pada aneurisma intrakranial. *Jurnal Bedah Terapan*, 23(3). <https://doi.org/10.29303/jbt.v23i3.5174>
- Juwita, D. A., Almasdy, D., & Hardini, T. (2021). Evaluation of antihypertensive drug use on ischemic stroke patients at National Stroke Hospital Bukittinggi. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 7(2), 99–107. <https://doi.org/10.15416/ijcp.2018.7.2.99>
- Kemenkes RI. (2023). Kenali stroke dan penyebabnya. <https://ayosehat.kemkes.go.id/kenali-stroke-dan-penyebabnya>
- Kim, B. J. H., Ji, M. Y., Chen, J. C. C., Correia, J. A., Law, A. J. J., & Kow, C. Y. (2024). Use of oxygen therapy for pneumocephalus. *Neurosurgical Review*, 47(1), 30. <https://doi.org/10.1007/s10143-023-02261-4>
- Kiswanto, L., & Chayati, N. (2021). Efektivitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke. <https://doi.org/10.31539/joting.v3i2.2559>
- Kwon, D., Risky, L., Kamal, A., Doyle, B. R., Louthen, B., Marshall, J. L., Ruxmohan, S. D., Salter, A., & Olson, D. M. (2024). Effect of head positioning on intracranial pressure and cerebral perfusion in acute intracerebral hemorrhage. *Neurocritical Care*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39550335>
- Lv, X., Liu, X., Hu, Z., Deng, L., Zuoqiao, L., Cheng, J., Pu, M., & Li, Q. (2024). Early blood pressure lowering therapy is associated with good functional outcome in patients with intracerebral hemorrhage. *BMC Neurology*, 24(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12883-024-03561-y>

- Ningtiyas, G. R. A., Krisnamurti, M. H., & Kustanti, C. Y. (2025). Pemberian oksigenasi dan posisi head up 30° terhadap perbaikan hemodinamik pada pasien cedera kepala di ruang IMC ICCU. <https://jurnal.stikesbethesda.ac.id/index.php/p/article/view/687>
- Ns. Asri Kusyuni, M. K., & Ns. Bayu Akbar Khayudin, M.Kep. (2022). Asuhan keperawatan stroke untuk mahasiswa dan perawat profesional. Guepedia. <https://books.google.co.id/books?id=cO9ZEAAAQBAJ>
- Nursyamsiah, L., & Pratiwi, S. H. (2024). Mobilisasi pada pasien pasca stroke hemoragik post craniotomy: Sebuah case report. *Jurnal Nursing Care*, 1(1). <https://jnc.stikesmaharani.ac.id/index.php/JNC/article/view/339>
- Perbasya, S. T. D. (2021). Hubungan hipertensi terhadap stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 2(2), 109–113.
- Pertami, S. B., Sulastyawati, & Anami, P. (2021). Effect of 30 degrees head-up position on intracranial pressure change in patients with head injury in surgical ward of General Hospital Dr. R. Soedarsono Pasuruan. ResearchGate. <https://www.researchgate.net/publication/330467741>
- Poana, N. L., Wiyono, W. I., & Mpila, D. A. (2020). Pola penggunaan obat pada pasien stroke hemoragik di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado periode Januari–Desember 2018. *Pharmacon*, 9(1), 90–99. <https://doi.org/10.35799/pha.9.2020.27469>
- PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2019). Standar intervensi keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Pratama, J. R., & Baskoro, R. (2024). Penatalaksanaan konservatif pasien cedera kepala traumatik dengan perdarahan intrakranial di rumah sakit dengan fasilitas terbatas. *Jurnal Komplikasi Anestesi*, 11(3), 295–299. <https://doi.org/10.22146/jka.v11i3.14997>
- Ramos, W., Sampaio Silva, G., Cabral, N. C., Czosnyka, M., Robba, C., & Taccone, F. S. (2024). The effects of head elevation on intracranial pressure, cerebral perfusion pressure, and cerebral oxygenation

among patients with acute brain injury. *Neurocritical Care*.
<https://doi.org/10.1007/s12028-024-02020-3>

Rum, M., Muchtar, F., & Arif, S. K. (2020). Penatalaksanaan syok sepsis pada pasien community acquired pneumonia pasca stroke iskemik dengan disfungsi multiorgan. *Jurnal Medis*, 37.
<https://macc.perdatin.org/index.php/my-journal/article/view/169>

Rymer, M. (2021). Hemorrhagic stroke: Intracerebral hemorrhage. *Missouri Medicine*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6188453/>

Safitri, B., Arwani, & Jauhar, M. (2020). Pencegahan dekubitus pada klien stroke di wilayah kerja Puskesmas Srandol Kota Semarang.
<https://doi.org/10.33312/ijar.446>

Setiawan, P. A. (2021). Diagnosis dan tatalaksana stroke hemoragik. *Jurnal Medikah Utama*, 10(2), 336.

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. *Kolaborasi: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(2), 175–197.
<https://doi.org/10.56359/kolaborasi.v2i2.55>

Tanlaka, E. F., McIntyre, A., Connelly, D., Guitar, N., Nguyen, A., & Snobelen, N. (2023). The role and contributions of nurses in stroke rehabilitation units. *Western Journal of Nursing Research*.
<https://doi.org/10.1177/01939459231178495>

Tarwoto, W. (2023). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Guepedia.
https://books.google.co.id/books/about/Kebutuhan_Dasar_Manusia_dan_Proses_Keper.html?id=wKnYEAAQBAJ

Tuankotta, F. P., Huwae, L. B. S., Latuconsina, V. Z., Que, B. J., Silalahi, P. Y., & Hutagalung, I. A. M., Makkaraeng, M. Y., & Souhoka, K. J. R. (2024). Perbandingan profil leukosit pada pasien stroke hemoragik akut dan stroke iskemik akut di RSUD Dr. M. Haulusy Ambon <https://doi.org/10.30598/molmed.2024.v17.i1.63>

Untari, S., Susanti Mulya, M., Kodiyah, N., & Himawati, L. (2023). *Buku ajar anatomi dan fisiologi* (M. Nasrudin, Ed.; 1st ed.). Guepedia.
<https://books.google.co.id/books?id=OK-mEAAQBAJ&pg=PA30>

- Utomo, T. (2022). Karakteristik faktor risiko stroke hemoragik dan stroke non hemoragik di RSUD Kota Bekasi. *Ilmiah Indonesia*, 7(9). <http://repository.uki.ac.id/9114/>
- Wasswa, E., Ssekitoleko, R., Kwizera, A., & Nakibuuka, J. (2022). *International Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00450-4>
- WHO. (2025). Stroke cerebrovascular accident. WHO Eastern Mediterranean Region. <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>
- World Health Organization. (2020). Stroke: Noncommunicable diseases flip chart. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/ncd/ncd-flip-charts/7.-stroke-24-04-19.pdf>
- World Stroke Organization. (2021). Type of stroke: Haemorrhagic stroke. <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/types-of-stroke>
- Yikilmaz, A. (2023). Neuroanatomy, corticospinal tract. In StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545314/>

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Penulis



Nama: : Intania Ristia Patabang
Tempat/Tanggal lahir : Rantepao, 25 September 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Multi Indah Losari

II. Identitas Orang Tua

A. Ayah

Nama : Tapa Patabang
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Purn. TNI-AD
Alamat : Toraja Utara

B. Ibu

Nama : Damaris Bangun
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : IRT
Alamat : Toraja Utara

III. Pendidikan Yang Ditempuh

TK Kartika XX-44 Rantepao	Tamat 2008
SD Negeri2 Rantepao	Tamat 2014
SMP Negeri 1 Rantepao	Tamat 2017
SMA Negeri 1 Toraja Utara	Tamat 2020
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan)	Tamat 2024

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Penulis

I.



Nama : Iriyanti Aton
Tempat/Tanggal lahir : Makassar/03 maret 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen
Alamat : Jl. Biringroamang Baru

II.

Identitas Orang Tua

A. Ayah

Nama : Anton
Agama : Kristen
Pekerjaan : TNI-AD
Alamat

B. Ibu

Nama : Adriana Roson
Agama : Kristen
Pekerjaan : -
Alamat : Jl. Biringromang Baru

III.

Pendidikan Yang Ditempuh

SDN Inpres Kampus Unhas	Tamat 2013
SMPN Kristen Elim Makassar	Tamat 2016
SMAN Kristen Elim Makassar	Tamat 2019
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan)	Tamat 2023