KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN STROKE HEMORAGIK DI RUANG SANTO YOSEPH 5 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH :

EMI PARAMBAN (NS2414901006)
MELISA (NS2414901012)

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

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN STROKE HEMORAGIK DI RUANG SANTO YOSEPH 5 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH :

EMI PARAMBAN (NS2414901006)

MELISA (NS2414901012)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR

2024

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini nama :

1. Emi Paramban (NS2414901006)
2. Melisa (NS2414901012)

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, 19 November 2024

yang menyatakan,



Emi Paramban



Melisa

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :
Nama Mahasiswa/NIM : 1. Emi Paramban (NS2414901006)
2. Melisa (NS2414901012)

Disetujui oleh

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Rosdewi, S.Kp., MSN)	(Fransiska Anita, Ns., Sp.Kep.MB., PhDNS)
NIDN : 0906097002	NIDN : 0913098201

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar

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

iv

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama	: 1. Bethy Soela (NS2414901004)
	2. Stella Veronika Mangundap (NS2414901016)
Program Studi	: Profesi Ners
Judul KIA	: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Bronchitis di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	:Rosdewi, S.Kp., MSN	(.....)
Pembimbing 2	:Fransiska Anita, Ns., Sp.Kep.MB., PhDNS	(.....)
Penguji 1	:Wirmando, Ns., M.Kep	(.....)
Penguji 2	:Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep	(.....)

Ditetapkan di : **Makassar**

Tanggal : **17 Desember 2024**

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes

NIDN : 0928027101

v

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : 1. Emi Paramban (NS2414901006)
2. Melisa (NS2414901012)

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, Desember 2024

Yang Menyatakan,



Emi Paramban



Melisa

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi pada Program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.

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

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar
2. Fransiska Anita E.R.Sa’pang, NS., M.Kep., Sp.Kep.MB., PhDNS sebagai Wakil Ketua Bidang Akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar sekaligus sebagai pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar
5. Mery Sambo, Ns., M.Kep sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar
6. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep., selaku Ketua Unit Penjaminan Mutu Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar sekaligus

selaku penguji II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini

7. Rosdewi, S.Kp., MSN selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
8. Asrijal Bakri, Ns., M.Kep., selaku penguji I yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
9. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik dan memberikan pengarahan kepada penulis selama menempuh pendidikan.
10. Direktur Rumah Sakit Stella Maris yang telah memberikan izin untuk melaksanakan studi kasus di ruang perawatan Santo Yoseph 5
11. Teristimewa kedua orang tua dari Emi Paramban dan juga orang tua, suami dan anak dari Melisa yang telah mendukung penulis baik dalam doa, motivasi, serta dukungan material.
12. Untuk teman-teman mahasiswa Ners angkatan 2024 yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka selama menjalani penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis terbuka dalam menerima kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, November 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL ..... **ii**
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **iii**
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR ..... **iv**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **v**
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **vi**
KATA PENGANTAR ..... **vii**
DAFTAR ISI ..... **ix**
DAFTAR TABEL ..... **xi**
DAFTAR GAMBAR ..... **xii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xiii**
BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 4
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 5
E. Sitematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
A. Konsep Dasar 7
B. Konsep Dasar Keperawatan 29
BAB III PENGAMATAN KASUS
A. Pengkajian 42
B. Analisa Data 61
C. Diagnosis Keperawatan 63
D. Intervensi Keperawatan 64
E. Implementasi Keperawatan 68
F. Evaluasi Keperawatan 82
BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 94
B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* 99

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan 104

B. Saran 105

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Darah Lengkap 28 Oktober 2024 58
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium Kimia Darah Lengkap 28 Oktober 2024.... 59
Tabel 3.3 Analisa Data 61
Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan 63
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan 64
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan..... 68
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan 82
Tabel 4.1 PICOT EBN 100

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Peredaran Darah 9
Gambar 2.2 Sirkulus Willisi 8

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi
Lampiran 2 Riwayat Hidup

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian kedua dan penyebab disabilitas pertama di dunia. Stroke terjadi ketika pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otak dihalangi oleh bekuan darah pada pembuluh darah atau yang biasa disebut dengan *non hemoragic stroke* (NHS). Selain itu, stroke juga dapat terjadi karena adanya pecah pembuluh darah atau *hemoragic stroke* (HS). Ketika hal ini terjadi maka otak tidak dapat memperoleh darah yang kaya akan oksigen sehingga otak mengalami kematian (American Heart Assocation, 2024).

World Health Organization (WHO) (2024) menunjukkan bahwa setiap tahunnya terdapat sekitar 15 juta orang di seluruh dunia yang menderita stroke. Dari jumlah tersebut terdapat 5 juta orang yang meninggal dunia dan 5 juta lainnya mengalami cacat permanen, sehingga memberikan beban pada keluarga dan masyarakat. Selama 15 tahun terakhir, rata-rata stroke terjadi dan menyebabkan kematian lebih banyak pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara berpendapatan tinggi. Berdasarkan data dari Kemenkes RI (2024), stroke merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian, yakni sebesar 11,2% dari total kecacatan dan kematian. Prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Di provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan angka kejadian stroke sebanyak 10,6%.

Stroke hemoragik merupakan kebocoran atau pecahnya pembuluh darah pada otak sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel dalam otak. Stroke hemoragik menunjukkan gejala klinis dan status fungsional yang lebih berat dibandingkan dengan stroke iskemik. Stroke juga merupakan faktor penyebab utama gangguan fungsional pada penderita yang masih

bertahan hidup, seperti menimbulkan kecacatan sehingga memerlukan waktu yang panjang dan dapat menimbulkan banyak perubahan pada kehidupan penderita dan keluarganya. Stroke hemoragik menunjukkan gejala klinis dan status fungsional yang lebih berat dibandingkan dengan stroke iskemik (Salman et al., 2022).

Pasien dengan stroke hemoragik membutuhkan perawatan yang lebih lama dan lebih intensif baik dalam penatalaksanaan akut maupun rehabilitasi. Oleh karena itu, penanganan dini pada pasien stroke hemoragik sangat penting untuk mencegah perluasan perdarahan. Semakin cepat perdarahan meluas maka akan menyebabkan penurunan kesadaran secara tiba-tiba, disfungsi neurologis dan timbulnya komplikasi seperti edema serebri, pneumonia, infeksi saluran kemih, *Deep Venous Thrombosis* (DVT), bahkan sampai menyebabkan kematian (Setiawan, 2021).

Penanganan dan perawatan pada pasien stroke untuk tahap pemulihan terbagi atas 3 fase yaitu fase akut, fase subakut dan fase rehabilitasi. Fase akut terjadi 2 minggu pertama pasca serangan stroke. Pada fase ini pasien mendapatkan perawatan khusus di rumah sakit. Fase subakut terjadi 2 minggu sampai 6 bulan pasca stroke. Pada fase ini pasien diperbolehkan pulang. Fase rehabilitasi berlangsung diatas 6 bulan pasca stroke. Penyembuhan pada pasien stroke hemoragik membutuhkan waktu yang sangat lama dan memerlukan keterlibatan dari perawat maupun keluarga dalam memberikan dukungan, motivasi serta biaya pengobatan yang cukup besar (Yusnita et al., 2022).

Dampak penyakit stroke dapat diminimalisir jika serangan stroke dikenali dan mendapatkan pertolongan segera. Penanganan tepat dari tenaga medis diharapkan dapat mengurangi risiko kematian dan kecatatan permanen. Perawat berperan penting dalam pencegahan dan penanggulangan stroke, baik dari upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Upaya promotif yang dapat dilakukan seperti

mengadakan edukasi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan mengenai stroke, gejala, penyebab dan komplikasi yang dapat ditimbulkan serta penanganannya. Upaya preventif seperti upaya pencegahan stroke melalui diet rendah garam pada hipertensi, menganjurkan olahraga agar dapat melatih dan melenturkan otot-otot yang kaku. Upaya kuratif seperti pemberian asuhan keperawatan mulai dari terapi obat, tindakan mandiri maupun kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Upaya rehabilitatif seperti terapi fisik, terapi wicara maupun terapi okupasi yang diberikan pada klien pasca stroke (Chrisanto et al., 2022).

Salah satu peran perawat dalam upaya kuratif adalah memberikan asuhan keperawatan. Penerapan asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) yang merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan berdasarkan atas teori dan penelitian yang telah dilakukan. Salah satu EBN yang dapat diberikan pada pasien stroke hemoragik adalah pemberian posisi *head up* 30^{o}. *Head up* 30^{o} merupakan cara memposisikan kepala lebih tinggi sekitar 30^{o} dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk. Posisi tersebut dapat mempengaruhi alirah darah di otak karena pada posisi tersebut terjadi peninggian anggota tubuh sehingga menyebabkan cairan serebro spinal (CSS) menyebar dari kranial ke ruang *subarachnoid* dan memfasilitasi *venous return cerebral* sehingga dapat meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan tekanan intrakranial (Anggraini & Nurlaily, 2023).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Kusuma & Surakarta (2024) menunjukkan bahwa pemberian posisi *head up* 30^{o} pada pasien stroke hemoragik berpengaruh terhadap penurunan risiko peningkatan tekanan intrakranial. Dalam penelitian ini, setelah pasien diberi posisi *head up* 30^{o} tampak tidak ditemukan tanda-tanda peningkatan intrakranial seperti adanya penurunan tekanan darah dan perbaikan

saturasi oksigen. Penelitian lain yang dilakukan oleh Yusnita et al., (2022) mengungkapkan bahwa setelah pemberian *head up* 30^{o} pasien mengalami perbaikan saturasi dan juga status hemodinamik.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik mengangkat Karya Ilmiah Akhir (KIA) dalam bentuk "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Hemoragik Stroke di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum :

   Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di ruangan Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris

2. Tujuan Khusus :
   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di ruangan Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris
   b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di ruangan Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di ruangan Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik dan melaksanakan tindakan berdasarkan EBN (*evidence based nursing*) di ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris
   e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di ruangan Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Hasil dari karya ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi Rumah Sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

   Diharapkan dapat menjadi informasi tambahan bagi pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah stroke hemoragik.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Merupakan salah satu masukan untuk sumber informasi/ bacaan serta acuan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik.

4. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah ini, untuk memperoleh data yang diperlukan maka penulis menggunakan beberapa metode yaitu :

1. Tinjauan perpustakaan

   Dalam metode ini penulis menggunakan buku-buku, situs, jurnal, serta konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik yang ada hubungannya dengan karya ilmiah ini.

2. Pengamatan kasus
   a. Wawancara dengan pasien, perawat serta dengan berbagai pihak yang bersangkutan seperti keluarga pasien
   b. Observasi yaitu pengamatan langsung dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan
   c. Pemeriksaan fisik dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

d. Melakukan diskusi dengan teman-teman, dosen pembimbing ataupun dengan perawat yang ada di rumah sakit
e. Mendapatkan data dari hasil pendokumentasian yang ada di rumah sakit.

5. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah tentang stroke hemoragik ini disusun secara sistematik, dimulai dari penyusunan BAB I (pendahuluan) yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan yaitu tujuan umum dan tujuan khusus, metode penulisan disertai sistematika penulisan. Pada BAB II (tinjauan pustaka) terdiri dari konsep dasar medik yang meliputi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi dari stroke hemoragik. Kemudian konsep dasar keperawatan yang ditulis secara teori yakni pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan rencana pulang. Setelah itu pada akhir bab ini dibuat patoflowdiagram. Selanjutnya BAB III yaitu pengamatan kasus meliputi ilustrasi kasus, pengkajian data dari pasien, analisa data, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi. Untuk BAB IV (pembahasan kasus) meliputi analisa kasus yang dikaitkan antara teori, medis dan keperawatan. Dalam bab ini dikelompokkan berdasarkan proses keperawatan, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi. Dalam bab ini juga dijelaskan tentang penerapan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* sesuai dengan kasus yang dikelola. BAB V (simpulan dan saran) yang merupakan akhir dari semua bab yang berisi uraian tentang kesimpulan dari hal-hal yang telah dibahas dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dari penyusunan karya ilmiah ini dan daftar pustaka.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Definisi

Menurut *World Health Organization* (2024) stroke merupakan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinis meliputi defisit neurologi fokal dan sistemik yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih serta dapat menyebabkan kematian. Stroke hemoragik adalah jenis stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada suatu area otak. Kondisi ini dapat mengancam fungsi otak akibat hilangnya pasokan oksigen ke otak.

Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau perdarahan subarachnoid karena pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehinggga darah memenuhi jaringan otak. Perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala neurologi dengan cepat karena tekanan pada saraf di dalam tengkorak yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernafasan cepat, pupil mengecil, kaku kuduk dan hemiplegia (American Heart Assocation, 2024).

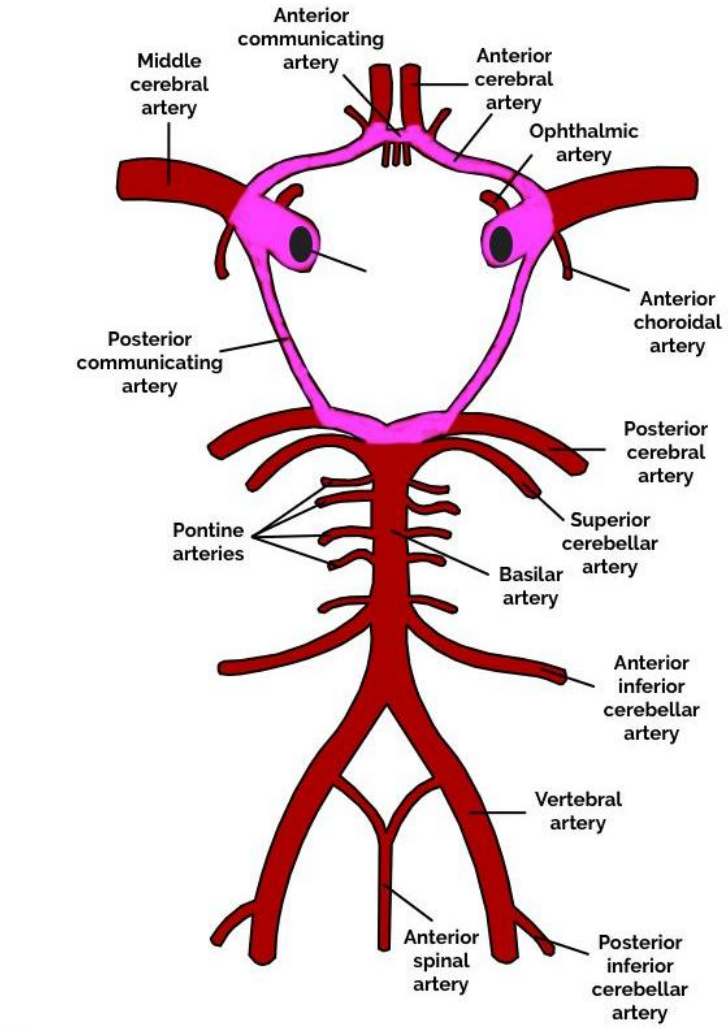
Stroke hemoragik merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di sekitar atau di dalam otak, sehingga suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat. Darah yang pecah bisa membanjiri jaringan otak yang ada disekitarnya sehingga fungsi otak akan terganggu (Kemenkes RI, 2024).

Berdasarkan tinjauan teori di atas, penulis menyimpulkan bahwa stroke hemoragik merupakan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi karena adanya perdarahan intra serebral atau perdarahan subarachnoid akibat pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehinggga darah memenuhi jaringan otak dan

menyebabkan suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat yang selanjutnya dapat mempengaruhi fungsi otak.

2. Anatomi fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2. 1 Peredaran darah (Handayani, 2021)

1) Arteri karotis

Arteri karotis internal terbagi menjadi dua yaitu arteri serebral anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri *ophathalmic* yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan rongga udara. Bila arteri

ini tersumbat maka mengakibatkan kebutaan monocular (Handayani, 2021).

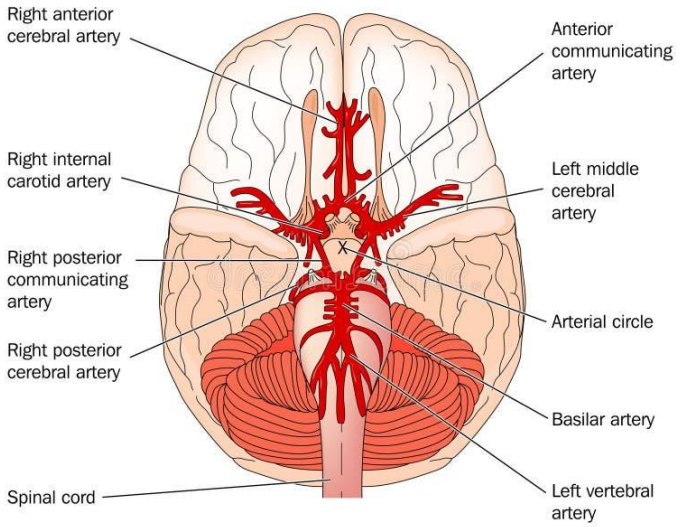
2) Arteri serebral

Arteri serebral media menyuplai darah untuk bagian lobus temporal, parietal dan frontal korteks serebri dan membentuk penyebaran pada permukaan lateral seperti kipas. Jika arteri ini tersumbat dapat menimbulkan afasia berat apabila yang terkena adalah hemisferium serebri dominan bahasa (Handayani, 2021).

3) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subklavia sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang dari sistem vertebrobasilaris memperdarahi medula oblongata, pons cerebellum, otak tengah dan sebagian diensefalon (Handayani, 2021).

b. Fisiologi sistem peredaran darah otak



Gambar 2. 2 Sirkulus Wilisi (Dafriani, 2019)

Dalam sirkulasi darah ke otak diantaranya diperoleh dari 2% BB tubuh, 20% *cardiac output* digunakan otak, 25% oksigen untuk otak, 65% glukosa untuk otak dimana 90% secara aerobic dan 10% secara anaerob. Darah dari jantung ke otak dialirkan oleh 4 arteri besar yaitu 2 arteri carotis internal (kiri dan kanan) dan 2 arteri carotis eksternal (kiri dan kanan) kemudian saling berhubungan menjadi arteri basilaris pada otak. Apabila terjadi sumbatan dalam pembuluh darah sampai mengakibatkan aliran darah otak terhenti selam 3-10 menit maka akan menyebabkan gangguan fungsional otak. Namun demikian masih ada suatu kompensasi otak kita terhadap kondisi tersebut. Adanya *sirkulus arteriosus willisi* yang berfungsi memberikan bantuan aliran darah kolateral dan efek *bayliss* (auto regulasi aliran darah ke otak) dalam rentang sistolik 50-200 mmHg dan diastolik 60-120 mmHg jumlah darah yang mengalir ke otak diatur konstan atau tetap.

Sirkulus *arteriousus willisi* terdapat pada dasar otak yang merupakan lingkaran arteri yang dibentuk dari cabang-cabang arteri carotis interna anterior dan arteri cerebral bagian tengah arteri penghubung anterior dan posterior. Arteri-arteri pada sirkulus *willisi* memberi rute alternatif pada aliran darah jika salah satu arteri utama tersumbat.

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

3. Etiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh arteri yang menyuplai darah ke otak pecah. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis dan berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerosis. Penyebab dari stroke hemoragik dibedakan menjadi 2 yaitu :

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Pada umumnya stroke lebih banyak terjadi pada lanjut usia (diatas 45 tahun) dibandingkan dengan anak-anak dan usia muda. Bertambahnya usia cenderung akan meningkatkan tekanan darah dan penurunan elastisitas pembuluh darah, sehingga menyebabkan pembuluh darah mengeras atau kaku dan menyebabkan aneurisma arterivenous yang membuat pembuluh darah mudah pecah (Salman et al., 2022).

2) Genetik

Riwayat genetik yang memiliki kelainan pembuluh darah dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke hemoragik, seperti Malformasi Arteri Venous (AVM). Pada kondisi ini tidak terdapat pembuluh darah kapiler sehingga darah mengalir dengan kecepatan yang tinggi dan menyebabkan tekanan pada pembuluh darah sehingga memicu pembuluh darah di otak pecah dan darah menyebar ke seluruh jaringan otak yang dapat mengganggu fungsi saraf (Gandi et al., 2024).

3) Jenis kelamin

Pada pria memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan wanita. Stroke sering terjadi pada pria di sebabkan oleh kurangnya hormon estrogen sehingga memicu kerusakan dan penurunan

elastisitas pembuluh darah yang membuat pembuluh darah mudah pecah (Salman et al., 2022).

b. Faktor presipitasi

1) Aneurisma

Aneurisma adalah tonjolan berbentuk balon yang terbentuk pada pembuluh darah otak dan sekilas tampak seperti buah beri. Aneurisma disebabkan oleh kelemahan pada dinding pembuluh darah otak sehingga tekanan pembuluh darah yang kuat dapat mendorong bagian yang lemah keluar dan menyebabkan ruptur serta perdarahan disekitar jaringan otak (Gandi et al., 2024).

2) Hipertensi

Hipertensi menyebabkan peningkatan tekanan atau aliran darah perifer sehingga menyebabkan peningkatan kinerja pembuluh darah, sistem hemodinamika dan terjadi penebalan pembuluh darah. Hipertensi yang menimbulkan plak atau ateroslerosis secara terus menerus akan memicu timbulnya stroke. Aapabila tekanan darah meningkat cukup tinggi dan berlangsung lebih lama maka akan menyebabkan aneurisma arteriovenous pada lapisan otot pembuluh darah serebral akibatnya diameter lumen pembuluh darah tersebut menjadi tetap. Hal ini berbahaya karena pembuluh darah serebral tidak dapat berdilatasi atau berkontraksi dengan leluasa (Rahayu, 2023).

3) Merokok

Perilaku merokok merupakan salah satu faktor risiko dari penyakit stroke dan kardiovaskular. Hal tersebut dapat terjadi karena kandungan bahan kimia, terutama gas monoksida dan nikotin serta zat kimia lain yang terdapat di dalam rokok yang dapat meningkatkan tekanan darah akibat pemekatan darah dan penyempitan pembuluh darah perifer

sehingga aliran darah menekan pembuluh darah hingga mencapai batas maksimumnya dan mengakibatkan pembuluh darah mengalami ruptur/pecah (Rahayu, 2023).

4) Alkohol

Alkohol dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan cardiac aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral yang mampu menyumbat pembuluh darah penyebab stroke. Pemakaian alkohol berat (>40 gram alkohol/24 jam) memicu terjadinya kerusakan pada sistem metabolisme karena dapat menambah agregasi trombosit, mengaktivasi kaskade koagulasi, peningkatan hematokrit dan vaskositas darah serta memicu terjadinya atrium fibrilasi hingga peningkatan frekuensi kontraksi jantung yang dapat menyebabkan volume dalam pembuluh darah meningkat dan terjadi pelepasan trombus yang mampu menyumbat pembuluh darah sehingga aliran darah menekan pembuluh darah hingga mencapai batas maksimumnya dan mengakibatkan pembuluh darah mengalami ruptur/pecah (Hartaty & Haris, 2020).

5) Pola hidup tidak sehat

Pola hidup tidak sehat dapat dinilai dari pola makan seperti jenis dan seberapa sering individu mengkonsumsi suatu makanan. Setelah dianalisa, paling banyak dijumpai ialah pola makan yang tidak sehat yaitu 60% orang sering mengkonsumsi daging, olahan santan, nasi putih, makanan yang mengandung minyak serta jarang mengkonsumsi buah dan sayur segar. Konsumsi kadar lemak dan kolesterol tinggi, nasi putih yang memiliki kandungan karbohidrat tinggi, dan daging merah dikaitkan dengan kejadian stroke. Konsumsi kadar lemak dan kolesterol tinggi dapat

mengganggu aliran darah ke otak yang disebabkan oleh kolesterol menumpuk pada pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan dan terjadi pecahnya pembuluh darah (Wijianto & Yuda, 2022).

4. Patofisiologi

Faktor resiko stroke seperti gaya hidup, diabetes melitus, riwayat penyakit jantung dan sebagainya dapat menyebabkan kerja norepinefrin pada pembuluh darah meningkat sehingga terjadihipertensi akut. Hipertensi yang terus menerus dapat mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah hingga menyebabkan rupturnya arteri serebral dan menimbulkan pendarahan yang menyebar dengan cepat serta menimbulkan perubahan setempat dan iritasi pada pembuluh darah otak. Perubahan yang terus berlanjut ini dapat menyebabkan pembuluh darah otak pecah sehingga terjadi stroke hemoragik dan menyebabkan terjadinya perdarahan intracerebri, subarachnoid serta intraventrikular (Rahayu, 2023).

a. Perdarahan intraserebral

Perdarahan intraserebral merupakan perdarahan yang terjadi di dalam atau sekitar parenkim otak yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema di sekitar otak. Peningkatan TIK yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak (Ibrahim et al., 2021).

b. Perdarahan subaraknoid

Perdarahan subaraknoid merupakan perdarahan di rongga subaraknoid akibat aneurisma atau AVM. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarakhnoid memicu terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, merenggangnya struktur peka nyeri, sehinga timbul nyeri kepala hebat. Sering

pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak dapat mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarakhnoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral yang seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan dan mencapai puncaknya pada hari ke 5-9 kemudian dapat menghilang pada minggu ke 2-5. Timbulnya vasospasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinal dengan pembuluh arteri di ruang subarachnoid. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia dan lain-lain) (Wulandari et al., 2021).

c. Perdarahan intraventrikuler

Perdarahan intraventrikuler merupakan rupturnya dinding ventrikel pada tepi ependymal dan vaskuler sub ependymal, serta perdarahan di sekitar ganglia basalis yang dapat menghambat aliran cairan serebrospinal sehingga ventrikel melebar. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang intraventrikular memicu terjadinya gangguan koordinasi gerakan (Andrian & Wahyuni, 2023).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke menurut (Setiawan, 2021) tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral, meliputi:

a. Hemiparise atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan

maka akan terjadi kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

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

dalam mengunyah dan menelan.

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

6. Tes Diagnostik

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

a. CT-Scan

Dapat digunakan untuk memperlihatkan area hiperintensitas dengan warna putih di area perdarahan. Hasil tersebut akan normal atau hipointens dengan warna gelap di daerah infark. CT-Scan membutuhkan waktu kurang lebih 24 jam untuk menunjukkan area infark. Dapat berguna juga untuk menilai pasien dengan infark serebral untuk tanda herniasi atau hidrosefalus.

b. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI kepala dibutuhkan untuk mengungkapkan area perdarahan dengan resolusi lebih tinggi dan lebih awal dari CT-Scan. Hasil MRI akan menunjukkan infark yang berkembang dalam waktu beberapa menit. Pelaksanaan MRI dapat ditunda

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

c. EKG (*Electrocardiogram*)

Pemeriksaan EKG dibutuhkan untuk menentukan apakah pasien mengalami fibrilasi atrium, yang merupakan faktor etiologi untuk stroke. EKG menggambarkan sebuah tanda penting terjadinya penyakit organ target akibat hipertensi. Perubahan EKG terkadang mencerminkan penyebab dari stroke (kardio emboli serebri pada pasien dengan atrial fibrilasi). Abnormalitas EKG terkadang terjadi sebagai konsekuensi langsung ataupun sebuah manifestasi dari gangguan cardiac yang telah ada sebelumnya.

d. Foto Thorax

Foto thorax bertujuan melihat adanya gambaran kardiomegali. Kondisi ini merupakan keadaan jantung yang mengalami pembesaran ventrikel kiri. Salah satu fungsinya sebagai penanda ada hipertensi. Pasien dengan kondisi tersebut dapat diketahui memiliki hipertensi kronis yang merupakan faktor risiko terjadinya stroke.

e. Pemeriksaan laboratorium

1) Fungsi lumbal, menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada trombosis embolis serebral dan peningkatan TIK. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya *subarachnoid hemorrhagic* serta perdarahan intrakranial.
2) Pemeriksaan darah rutin lengkap dan trombosit, pemeriksaan kimia darah (glukosa, elektrolit, ureum, dan keratin), masa protrombin, dan masa tromboplastin parsial untuk mengetahui, apakah terjadi peningkatan dari batas normal atau tidak.

7. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan medik dari stroke hemoragik dibagi menjadi dua, yaitu (Poana et al., 2020) :

a. Farmakologi

1) Osmosis diuretik (cairan hipertonis)

Cairan hipertonis biasa diberikan jika terjadi peninggian tekanan intrakranial akut. Manitol 20% per infus dengan dosis 1-1,5 g/kgBB pada dewasa atau 1-3 g/kgBB pada anak-anak diberikan dalam 30-60 menit.

2) Diuretik

Digunakan 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.

3) Antihipertensi

Pemberian anti hipertensi diberikan dalam 2 jalur. Anti hipertensi parenteral diberikan pada pasien stroke yang mengalami hipertensi *emergency*, pemberian pada stroke akut dimana tekanan darahnya >220 mmhg, >180 mmhg untuk stroke pendarahan yaitu obat nicardipin. Pemberian obat anti hipertensi oral biasanya menggunakan obat amlodipine.

4) 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. Kejang merupakan gejala neurologis

paling umum terjadi pada penderita stroke usia lanjut. Hal ini sering terjadi pada pasien dengan malformasi arteriovenosa, perdarahan pada batang otak, subarakhnoid atau riwayat kejang atau epilepsi.

5) Antifibronolitik

Asam traneksamat merupakan golongan anti fibronolitik yang digunakan untuk mencegah terjadinya perdarahan ulang pasca serangan stroke hemoragik. Perdarahan ulang ini berdampak buruk karena dapat mengakibatkan penurunan kesadaran bahkan kematian.

6) Antianafilaksis

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

7) Peningkatan penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK).

Peningkatan TIK biasanya disebabkan karena edema serebri oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.

8) 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 cm^3, hidrocephalus akut akibat perdarahan intra ventrikel atau cerebellum dilakukan VP- shunting, dan perdarahan lebar >60ml dengan tanda peningkatan intrakranial akut dan ancaman.

b. Non Farmakologi

1) Fase Akut

a) Mencegah terjadinya aspirasi dengan mengatur posisi saat makan dan tetap mempertahankan posisi selama 30 menit setelah makan, mengatur posisi kepala (*head turn*) pada saat makan atau minum, menganjurkan keluarga untuk memberi kesempatan kepada pasien untuk menelan dan memotong kecil makanan, mengajarkan oral motor exercise.

b) Pemberian posisi elevasi kepala 30° adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal. Posisi elevasi kepala 30º lebih efektif digunakan dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi jaringan (Logi Kiswanto, 2021). Posisi kepala 30° memperbaiki drainase vena, perfusi serebral, dan menurunkan tekanan intrakranial. Elevasi kepala 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 volume darah vena sentral menurun sehingga dapat menurunkan tekanan intrakranial. Perpindahan CCS dari kompartemen intrakranial ke rongga subaraknoid spinal mungkin dapat menurunkan tekanan intrakranial.

c) Mengubah posisi setiap 2 jam, ikuti jadwal yang ditetapkan untuk perubahan posisi. Perhatikan kesejajaran tubuh dan sokong ekstremitas pada posisi yang tepat dengan bantal.
d) Menganjurkan latihan ROM aktif untuk ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan dan 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, serta membantu mempertahankan fungsi kardiopulmonal. Latihan ROM pasif tidak memperkuat otot tetapi membantu mempertahankan fleksibilitas sendi.
e) Monitor fungsi pernapasan.
f) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
g) Mengevaluasi status cairan dan elektrolit.
h) Mengontrol kejang jika ada dan cegah resiko injuri.
i) Melakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
j) Memonitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflex.

2) Fase rehabilitasi
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

8. Komplikasi

Menurut Chrisanto et al., (2022) komplikasi yang dapat terjadi pada stroke hemoragik adalah sebagai berikut :

a. Fase akut

1) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark akan terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau *cardiac output*, serta keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik dan menghindari terjadinya hipoksia serebral.

2) Edema serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstitial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

3) Peningkatan tekanan intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologis seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral dan dapat

mengancam kehidupan.

4) Aspirasi

Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

5) Malnutrisi

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

b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut.

1) Pneumonia

Pasien stroke hemoragik tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna. Hal ini menyebabkan cairan terkumpul pada paru-paru hingga selanjutnya menimbulkan pneumonia.

2) Dekubitus

Kondisi stroke hemoragik dengan mobilitas yang terbatas, dapat menyebabkan komplikasi seperti ulkus dekubitus yang dapat menjadi berbahaya karena dapat menimbulkan infeksi pada kulit hingga ke tulang, dan menyebabkan nekrosis atau kematian jaringan yang memerlukan amputasi.

3) Kontraktur

Stroke hemoragik dapat merusak bagian otak yang mengontrol sinyal saraf ke otot. Jika ini terjadi, anda mungkin mengalami kekakuan atau peningkatan tonus otot yang tidak normal. Hal ini dapat menyebabkan otot menjadi kaku, kencang, dan nyeri sehingga tidak dapat bergerak dengan bebas.

4) Thrombosis vena dalam

Trombosis vena dalam adalah penggumpalan darah pada satu atau lebih pembuluh darah vena dalam yang merupakan komplikasi serius pada pasien stroke hemoragik dan dapat menyebabkan konsekuensi yang menghancurkan dari emboli paru.

5) Artrofi

Kondisi stroke hemoragik dapat merusak bagian otak yang mengontrol sinyal saraf ke otot sehingga membuat mobilitas terbatas dan menyebabkan terjadinya atrofi. Atrofi terjadi disebabkan otot-otot tidak pernah digunakan untuk bergerak dan beraktivitas.

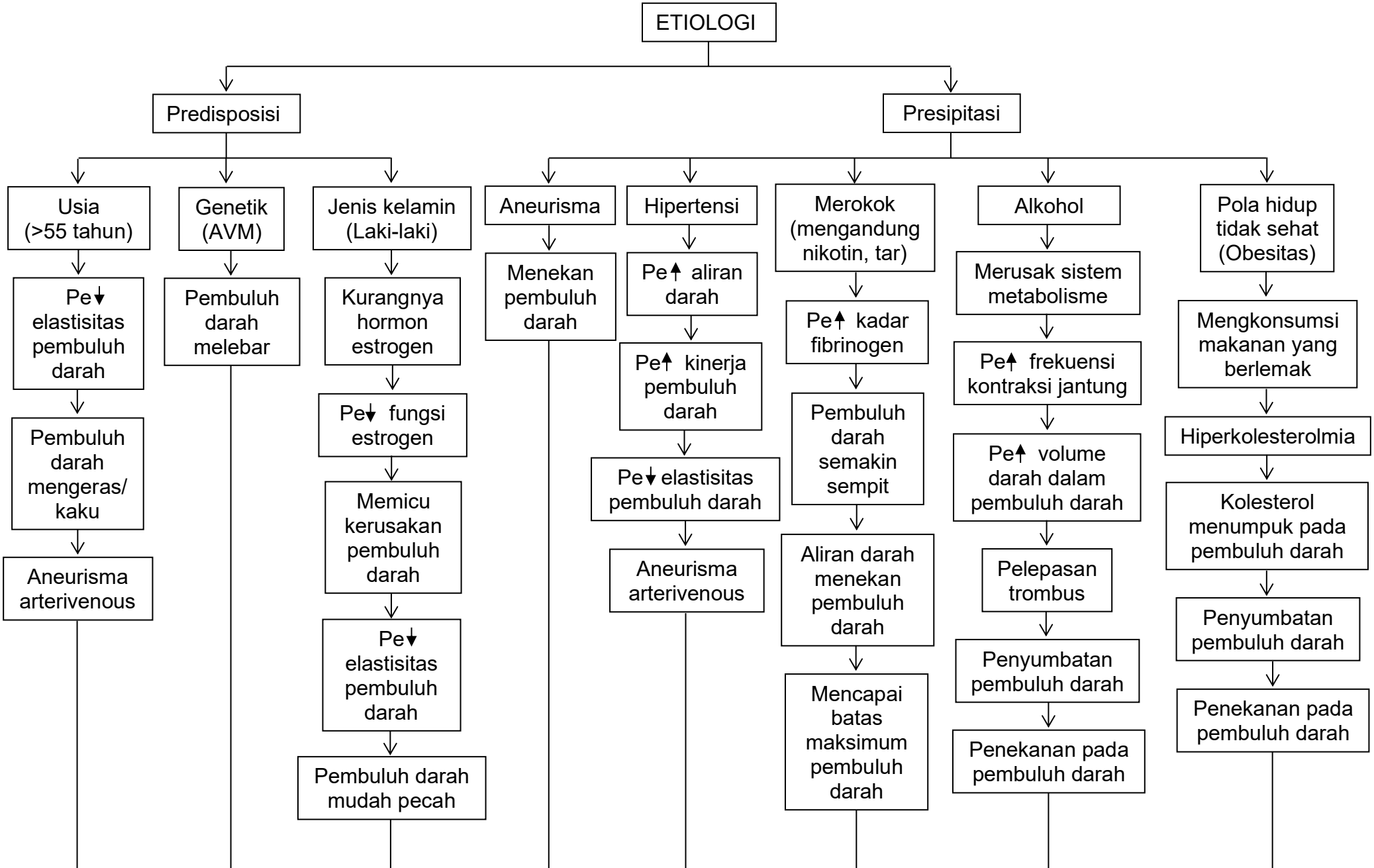
6) Inkontinensia urin

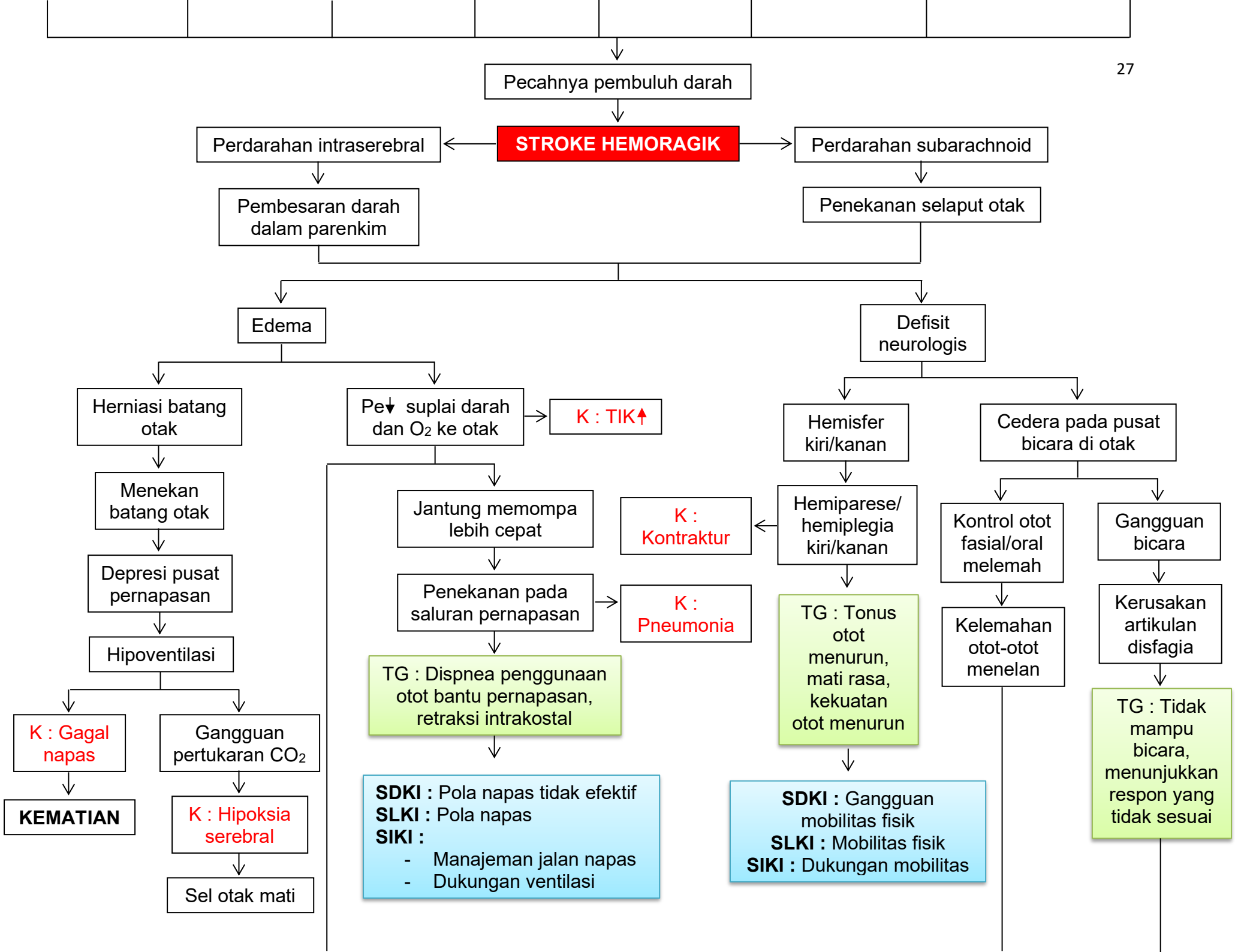
Inkontinensia urin fungsional pada pasien stroke biasanya disebabkan oleh adanya gangguan pada saraf yang mengontrol dalam berkemih.

7) Kejang

Terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.

9. Patoflowdiagram




Pecahnya pembuluh darah
STROKE HEMORAGIK
Perdarahan intraserebral
Perdarahan subarachnoid
Pembesaran darah dalam parenkim
Penekanan selaput otak
Edema
Defisit neurologis
Herniasi batang otak
Pe↓ suplai darah dan O2 ke otak
K : TIK↑
Menekan batang otak
Depresi pusat pernapasan
Hipoventilasi
K : Gagal napas
KEMATIAN
Gangguan pertukaran CO2
K : Hipoksia serebral
Sel otak mati
Jantung memompa lebih cepat
Penekanan pada saluran pernapasan
K : Pneumonia
TG : Dispnea penggunaan otot bantu pernapasan, retraksi intrakostal
SDKI : Pola napas tidak efektif
SLKI : Pola napas
SIKI :
- Manajeman jalan napas
- Dukungan ventilasi
Hemisfer kiri/kanan
Hemiparese/ hemiplegia kiri/kanan
K : Kontraktur
TG : Tonus otot menurun, mati rasa, kekuatan otot menurun
SDKI : Gangguan mobilitas fisik
SLKI : Mobilitas fisik
SIKI : Dukungan mobilitas
Cedera pada pusat bicara di otak
Kontrol otot fasial/oral melemah
Kelemahan otot-otot menelan
Gangguan bicara
Kerusakan artikulan disfagia
TG : Tidak mampu bicara, menunjukkan respon yang tidak sesuai

TG : nyeri kepala, pe↓ kesadaran, respon pupil lambat, pe↑ TD, bradikardi

SDKI : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
SIKI : Kapasitas adaptif intrakranial
SLKI :
- Manajemen pengingkatan TIK
- Pemantauan neurologis
- Dukungan kepatuhan pengobatan

Kesulitan menelan

K : Aspirasi

TG : kehilangan sensasi, disfagia, mual. muntah

SDKI : Gangguan menelan
SIKI : Status menelan
SLKI :
- Dukungan perawatan makan dan minum
- Pencegahan aspirasi

SDKI : Gangguan komunikasi verbal
SIKI : Komunikasi verbal
SLKI : Promosi komunikasi

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

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 pola eliminasi urin 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 yang akan sangat berat karena adanya perdarahan intra serebral dan subaraknoid, kelemahan atau kesemutan, penglihatan kabur atau penglihatan ganda dan kehilangan daya lihat.
   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 serta sulit untuk mengekspresikan diri

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

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

2. Diagnosis Keperawatan

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

a. Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular (D.0005)
b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (Stroke Hemoragik) (D.0066)
c. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)
d. Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular (D.0063)
e. Gangguan komunikasi verbal b.d afasia, penurunan sirkulasi serebral (D.0119)

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

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

a. SDKI :Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular (D.0005)

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

1) Dispnea menurun
2) Pengunaan otot bantu napas menurun
3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun
4) Frekuensi napas membaik

5) Kedalaman napas membaik

SIKI**:**

1) Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi :

a) Monitor pola napas

R/: Mengontrol pernapasan (penurunan kecepatan) dapat terjadi.

Terapeutik :

a) Posisikan semi fowler atau fowler

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

b) Berikan oksigen

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

Edukasi :

a) Ajarkan Teknik batuk efektif

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

Kolaborasi :

a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran dan mukolitik jika perlu

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

2) Dukungan ventilasi (I.01002)

Observasi :

a) Identifikasi kelelahan otot bantu napas

R/ Untuk mengetahui adanya kelelahan otot bantu napas

b) Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan

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

Terapeutik :

a) Pertahankan kepatenan jalan napas
   R/ Untuk menjaga keadekuatan ventilasi

Edukasi :

a) Ajarkan mengubah posisi secara mandiri
   R/ Untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi dini

Kolaborasi :

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

b. SDKI : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (Stroke Hemoragik) (D.0066)

SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial (L.06049) meningkat dengan kriteria hasil :

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

SIKI :

1) Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)

   Observasi :

   a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. edema serebral)

R/ Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakrnial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien

b) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar)

R/ Untuk memantau perkembangan pasien

Terapeutik :

a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

R/ Untuk memberikan kenyamanan pasien

b) Berikan posisi semi fowler

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

Kolaborasi :

a) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis

R/ Pemberian diuretik osmosis dapat membantu menurunkan tekanan darah

2) Pemantauan Neurologis (I.06197)

Observasi :

a) Monitor tingkat kesadaran

R/ Perubahan tingkat kesadaran dapat menjadi faktor pencetus

b) Monitor tanda -tanda vital

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

Terapeutik :

a) Pertahankan posisi kepala dan leher

R/ Untuk mencegah peningkatan TIK

Edukasi :

a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

R/ Agar keluarga mengerti dan dapat membantu proses perawatan

3) Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)

Observasi :

a) Identifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan

R/ mengetahui kepatuhan pasien dalam menjalankan program pengobatan

Terapeutik :

a) Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani

R/ Agar keluarga turut mendukung dan memotivasi klien untuk menjalankan program pengobatan

Edukasi :

a) Informasikan program yang harus dijalani

R/ Agar klien dan keluarga mengetahui program pengobatan apa saja yang harus dijalankan

b) Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan

R/ Menambah pengetahuan keluarga dan klien

c) Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan

R/ Agar keluarga tetap mendampingi dan merawat klien selama menjalani pengobatan

d) Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, *jika perlu*

R/ Agar pasien dan keluarga rutin memantau kesehatan pasien

c. SDKI : Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular (D.0054)

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam

diharapakan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil :

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

SIKI **:**

1) Dukungan mobilisasi (I.05173)

   Observasi :

   a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

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

   b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

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

   Terapeutik :

   a) Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)

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

   b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

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

   Edukasi :

   a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

      R/ Keluarga dapat memahami tujuan dan prosedur mobilisasi

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

SLKI:

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

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

SIKI :

1) Dukungan perawatan diri: makan/minum

Observasi :

a) Identifikasi diet yang dianjurkan.
   R/ Mengetahui diet yang dianjurkan untuk pasien

Terapeutik :

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

Edukasi :

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

Kolaborasi :

a) Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetik)
   R/ Mencegah adanya rasa mual ataupun muntah pada

saat makan

2) Pencegahan Aspirasi (I.14535)

Observasi :

a) Monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan

R/ Untuk mengetahui dan mencatat adanya resiko aspirasi pada pasien

Terapeutik :

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

R/ Memudahkan proses menelan dan menurunkan resiko terjadinya aspirasi

b) Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak

R/ Material makanan yang lunak akan memudahkan proses menelan

Edukasi :

a) Anjurkan makan secara perlahan

R/ Meminimalkan resiko tersedak hingga aspirasi pada pasien

b) Ajarkan strategi mencegah aspirasi

R/ Agar keluarga dapat mencegah & meminimalkan terjadinya aspirasi

e. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)

SLKI :

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal (L.13118) meningkat dengan kriteria hasil :

1) Kemampuan bicara meningkat
2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
3) Pelo menurun

4) Pemahaman komunikasi menurun
5) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat

SIKI :

1) Promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492)

   Observasi :

   a) Monitor kecepatan, volume, dan diksi bicara

      R/ Pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk mengucapkan kalimat dan tidak menyadari bahwa komunikasi yang di ucapkan tidak sesuai.

   b) Monitor proses kognitif yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)

      R/ Membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi.

   Terapeutik :

   a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Mata berkedip, isyarat tangan).

      R/ Memudahkan keluarga dan tim medis dalam memahami kondisi pasien.

   b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri tepat di samping pasien dan dengarkan dengan saksama dan bicara dengan perlahan)**.**

      R**/** Menghindari kesalahan persepsi sebenarnya diucapkan oleh pasien

   Edukasi :

   a) Anjurkan bicara perlahan

      R/ Agar kata-kata yang di ucapkan dapat dipahami oleh keluarga dan perawat

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning)*

Pendidikan kesehatan untuk pasien dengan kasus stroke sangat penting untuk mengembalikan atau memaksimalkan kualitas hidup klien. Beberapa hal yang perlu diajarkan pada pasien dan keluarga yaitu (Kusyani & Khayudin, 2022) :

a. Rutin kontrol tekanan darah
b. Anjurkan untuk mematuhi terapi pengobatan
c. Berhenti merokok dan konsumsi alkohol
d. Ajarkan keluarga pasien latihan ROM di rumah, perawatan diri, dan pencegahan dekubitus.
e. Ajarkan keluarga untuk memantau komplikasi yang harus segera mencari pertolongan.
f. Rujuk ke tempat rehabilitasi untuk mendapatkan terapi fisik jika memungkinkan
g. Ajarkan diet makanan yang tinggi kolesterol
h. Instruksikan untuk melakukan olahraga setiap hari sesuai keadaan (kemampuan)
i. Ajarkan keluarga untuk terus memotivasi klien dalam menjalani proses penyembuhan.
j. Mengajarkan cara mendeteksi gejala stroke yaitu dengan slogan F.A.S.T dan se-ge-ra Ke RS

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Tn. A umur 57 tahun masuk rumah sakit di ruang perawatan Santo Yoseph 5 RS Stella Maris Makassar pada tanggal 28 Oktober 2024 dengan diagnosis stroke hemoragik. Pasien mengeluh tiba-tiba mati rasa pada badan sebelah kiri, tidak dapat merasakan sentuhan disertai badan lemas sekitar jam 04.30 WITA saat akan melaksanakan sholat subuh di masjid. Pasien kemudian dibawa ke RS Stella Maris Makassar untuk mendapatkan pengobatan. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan sudah mulai bisa merasakan sentuhan pada tubuh sebelah kiri namun masih terasa lemah dan tidak dapat mengangkat tangannya, disertai pusing berputar dan mual. Keadaan umum lemah, tampak pasien lemas, tampak tidak dapat mengangkat tangan kiri, terpasang infus RL 20tpm pada tangan kanan. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2013 dan konsumsi amlodipine 10 mg namun tidak teratur. Pasien mengonsumsi makanan yang bersantan, makanan padang dan ikan asin atau ikan kering. Kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 15, TTV : tekanan darah 140/73 mmHg, nadi 61 x/menit, suhu 36.5^{o}C, pernapasan 20x/menit. Kekuatan otot kanan atas 5, kanan bawah 5, kiri atas 3, kiri bawah 3. Hasil pemeriksan CT scan kepala : perdarahan cerebri dextra dua, tempak lobus temporalis volume 5,6 cc dan putamen dextra volume 8,2 cc total volume perdarahan 13,8 cc, tidak tampak pergeseran garis tengah, dan proses atrofi cerebri. Terapi obat yang diberikan : clonidine/ 5 mg/ 24 jam/ oral, amlodipine/ 10mg/ 24 jam/ oral, candesartan/ 16 mg/ 24 jam/ oral, citicolin 500 mg/ 12 jam/ oral, mersibion/ 3 ml/ 24 jam/ IV, asam traneksamat/ 500 mg/ 8 jam, manitol 20%/ 100cc/ 12 jam/ IV, bisoprolol/ 2,5 mg/ 12 jam/ oral.

Berdasarkan data di atas maka penulis mengangkat dua diagnosis keperawatan, yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (perdarahan di otak) dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

A. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	1. Emi Paramban (NS2414901006) 2. Melisa (NS2414901012)

Unit : Santo Yosep 5 Autoanamnese : √

Kamar : 5006 Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 28 oktober 2024

Tanggal pengkajian : 29 oktober 2024

1. Identitas
   a. Pasien
      1) Nama Initial : Tn. A
      2) Umur : 57 tahun
      3) Jenis kelamin : Laki-laki
      4) Status perkawinan : Kawin
      5) Jumlah anak : 3 orang
      6) Agama/ suku : Islam/Bugis
      7) Warga negara : Indonesia
      8) Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
      9) Pendidikan : S1
      10) Pekerjaan : POLRI
      11) Alamat : Parappa Bontobangung, Bontoharu Kepulauan Selayar
   b. Penanggung jawab
      1) Nama : Ny.R
      2) Umur : 55 tahun
      3) Alamat : Parappa Bontobangung, Bontoharu Kepulauan Selayar
      4) Hubungan dengan pasien : Istri pasien
2. Data Medik
   a. Diagnosa medik
      1) Saat masuk : Stroke hemoragik
      2) Saat pengkajian : Stroke hemoragik

3. Keadaan Umum
   a. Keadaan Sakit

      Pasien tampak sakit ringan/**sedang**/ berat/ tidak tampak sakit

      Alasan : tampak keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, terpasang infus RL 500cc 20tpm pada tangan kanan, tampak pasien tidak dapat mengangkat tangan kiri, tampak kekuatan otot pada tangan dan kaki kiri menurun, tampak pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur.

      Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

      1) Skala koma Glasgow (kuantitatif):
         a) Respon motorik : 6
         b) Respon bicara : 5
         c) Respon membuka mata : 4 +

            Jumlah : 15

            Kesimpulan : Pasien dalam kondisi sadar penuh

   b. Tanda-tanda vital:
      1) Tekanan darah : 140/73 mmHg
      2) MAP : 95,3 mmmHg

         Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai
      3) Suhu : 36.5^{o}C
      4) Pernapasan : 20x/menit

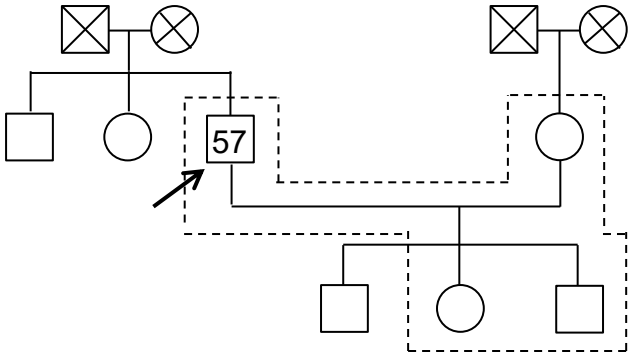
         Irama : Teratur

         Jenis : Dada
      5) Nadi : 61x/menit

         Irama : Teratur dan teraba kuat
   c. Pengukuran
      a) Lingkar lengan atas : 43,9 cm
      b) Tinggi badan : 172 cm
      c) Berat badan : 70kg
      d) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 23,7

Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram



Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Pasien

: Meninggal

: Tinggal serumah

Penjelasan :

Pasien mengatakan ia adalah seorang suami dan seorang ayah yang memiliki 3 orang anak. Pasien mengatakan anak pertamanya sudah berkeluarga sehingga pasien saat ini hanya tinggal bersama istri beserta anak kedua dan anak ketiganya. Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengannya. Pasien mengatakan kedua orang tua dan mertuanya meninggal karena faktor usia.

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah mengetahui penyakit yang dideritanya yaitu hipertensi dan mengonsumsi obat hipertensi namun tidak rutin dan hanya dikonsumsi pada saat makan makanan tinggi garam. Pasien

tidak rutin mengontrol tekanan darahnya. Pasien mengatakan suka mengonsumsi makanan bersantan dan salah satu makanan kesukaannya adalah masakan padang.

2) Riwayat penyakit saat ini :
   a) Keluhan utama : Lemah pada tubuh sebelah kiri
   b) Riwayat keluhan utama

      Keluarga pasien mengatakan sekitar jam 04.30 saat berencana akan melakukan sholat subuh di masjid, pasien tiba-tiba mati rasa pada badan sebelah kiri, pasien mengatakan tubuh sebelah kiri tidak dapat merasakan sentuhan disertai badan lemas. Pasien kemudian dibawa ke RS Stella Maris Makassar untuk mendapatkan pengobatan. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan sudah mulai bisa merasakan sentuhan pada tangan sebelah kirinya namun masih terasa lemah dan tidak dapat mengangkat tangan kirinya, disertai pusing berputar dan mual.
   c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

      Pasien mengatakan menderita penyakit hipertensi sejak tahun 2013. Pasien mengonsumsi obat amlodipine namun tidak rutin.
   d) Riwayat kesehatan keluarga

      Pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit seperti dirinya
   e) Pemeriksaan fisik :

      Kebersihan rambut : Rambut tampak bersih dan beruban

      Kulit kepala : Tampak kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

      Kebersihan kulit : Tampak kulit pasien bersih dan kering

Higiene rongga mulut : Tampak rongga hidung bersih
Kebersihan genetalia : Tampak bersih
Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari, jenis makanan yang dikonsumsi seperti nasi, sayur, ikan basah, ikan kering dan masakan bersantan. Keluarga pasien mengatakan pasien minum obat amlodipine 10 mg pada saat makan makanan yang mengandung tinggi garam seperti ikan asin.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan saat sakit tidak terdapat perubahan pada nafsu makannya. Pasien makan 3x sehari dengan porsi dan jenis makanan sesuai dengan yang disediakan oleh RS. Pasien minum air putih ±6 – 8 gelas dalam sehari.

Observasi :

Tampak pasien menghabiskan makanannya.

a) Keadaan rambut : Tampak bersih dan beruban
b) Hidrasi kulit : Hidrasi kulit kembali dalam 3 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tampak palpebra tidak edema dan tampak conjungtiva tidak anemis
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak septum di tengah
f) Rongga mulut : Tampak kotor
Gusi : Tampak tidak ada peradangan
g) Gigi : Tampak ada gigi tanggal

Gigi palsu : Tampak tidak ada penggunaan gigi palsu

h) Kemampuan mengunyah keras :
Tampak pasien tidak mampu mengunyah keras

i) Lidah : Tampak lidah kotor dan berwarna putih

j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran

l) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran

m) Abdomen :

(1) Inspeksi : Tampak perut tidak asites

(2) Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 10x/menit

(3) Palpasi : Tidak ada nyeri dan tidak teraba adanya benjolan

(4) Perkusi : Terdengar thympani

n) Kulit :

(1) Edema : Negatif

(2) Icterik : Negatif

(3) Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada tanda-tanda peradangan

(4) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi feses padat dan berwarna coklat. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengonsumsi obat pencahar, pasien mampu mengontrol pembuangan BAB.

2) Keadaan sejak sakit :

Sejak sakit pasien belum BAB. Pasien mengatakan menggunakan kateter untuk BAK.

3) Observasi :

Tampak terpasang kateter urin dengan jumlah urin 500 cc dan berwarna kekuningan.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Peristaltik usus : 10 x/menit
b) Palpasi kandung kemih : Teraba kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : Negatif
d) Mulut uretra : Tampak bersih
e) Anus :
   (1) Peradangan : Tidak dikaji
   (2) Hemoroid : Tidak dikaji
   (3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang anggota polri yang masih aktif sehingga aktivitasnya lebih banyak di luar rumah (di tempat kerja).

2) Keadaan sejak sakit :

Tampak pasien sulit menggerakkan kaki dan tangan sebelah kiri dan pasien hanya berbaring di tempat tidur, semua aktivitas pasien dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi :

Tampak semua aktivitas pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Aktivitas harian :

(1) Makan : 2
(2) Mandi : 2
(3) Pakaian : 2
(4) Kerapihan : 2
(5) Buang air besar : 2
(6) Buang air kecil : 1

0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan alat dan orang
4 : bantuan penuh

(7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

b) Postur tubuh : Tidak dikaji
c) Gaya jalan : Tidak dikaji
d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada
e) Fiksasi : Tidak tampak penggunaan fiksasi
f) Tracheostomi : Tidak tampak penggunaan tracheostomi

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 140/73 mmHg
Duduk : Tidak dapat dikaji
Berdiri : Tidak dapat dikaji
Kesimpulan : -

b) HR : 102 x/menit
c) Kulit :

Keringat dingin : Tampak tidak ada
Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH_2O
Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai
e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam < 3 detik
f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan
Retraksi intercostal : Tampak tidak ada

Sianosis : Tampak tidak ada

Stridor : Tampak tidak ada

(2) Palpasi :

Vocal premitus : Teraba getaran pada kedua lapang paru sama

Krepitasi : Tidak teraba adanya krepitasi

(3) Perkusi : Terdengar sonor

(4) Auskultasi

Suara napas : Vesikular

Suara ucapan : Terdengar jelas dan normal

Suara tambahan : Tidak terdengar suara tambahan

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba 2 jari pada ICS 5 linea midclavicularis sinitra

(3) Perkusi :

Batas atas jantung : Pada ICS 3 parasentralis dextra dan ICS 4 linea parasentralis sinistra

Batas bawah jantung : Pada ICS 3 linea parasentralis dextra dan ICS 5 linea axillaris anterior sinistra

Batas kanan jantung : Pada ICS 3 - ICS 5 linea parasentralis dextra

Batas kiri jantung : ICS 4 linea parasentralis sinistra - ICS 3 linea axillaris anterior sinistra

(4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Terdengar tunggal pada ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Terdengar tunggal pada ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Terdengar tunggal pada ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Terdengar tunggal pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop: Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit Aorta : Tidak terdengar

A.Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Negatif

(2) Rentang gerak : Tampak rentang gerak pasien mengalami keterbatasan pada lengan dan kaki kiri

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tampak pasien mengalami parese pada tubuh sebelah kiri terutama pada tangan dan kaki pasien

(3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	3
Kaki	5	3

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang 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) Refleks fisiologi

Bisep : + / +

Trisep : + / +

Patella : + / +

Achilles : + / +

(5) Refleks patologis

Babinski kiri : Negatif

Babinski kanan : Negatif

(6) Clubbing jari-jari : Negatif

(7) Varises tungkai : Tidak tampak adanya varises tungkai

i) Columna vertebralis :

(1) Inspeksi : Tampak sedikit lordosis

(2) Palpasi : Teraba tidak ada benjolan

(3) Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan sebelum sakit tidurnya teratur ± 7 jam dalam sehari. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur

pukul 21.00-05.00 WITA dan pasien merasa segar saat bangun pada pagi hari. Keluarga pasien mengatakan pasien sering tidur siang ± 1 jam dan keluarga juga mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur. Sebelum tidur pasien nonton TV dengan anaknya, dan senang jika tidur dengan suasana gelap.

2) Keadaan sejak sakit :

Sejak sakit pasien tampak sulit untuk tidur. Pasien mengatakan pada malam hari jam tidurnya tidak menentu dan pasien tidur tidak nyenyak, dalam sehari pasien bisa tidur ± 6 jam dan pasien tampak tidak tidur siang karena pasien gelisah

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah dan tampak sesekali menguap

a) Ekspresi wajah mengantuk : Positif
b) Banyak menguap : Negatif
c) Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan tidak mengalami gangguan pada pendengaran dan penglihatan serta tidak ada masalah pada penciuman dan pengecapannya. Keluarga mengatakan pasien mempunyai daya ingat yang baik dan keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata ataupun alat bantu dengar.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien mampu merespon dengan anggukan atau gelengan tapi sulit berbicara dan mengalami kelemahan di seluruh badan.

3) Observasi :

Tampak pasien mampu mengenali orang lain tanpa menggunakan alat bantu untuk melihat dan mendengar

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak jernih

(2) Pupil : Tampak isokor

(3) Lensa mata : Tampak jernih

(4) Tekanan Intra Okuler (TIO) : Tekanan intraokuler pada kedua bola mata sama

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak bersih dan simetris

(2) Kanalis : Tampak tidak ada serumen

(3) Membran timpani : Tampak utuh

(4) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Pasien mampu merasakan sentuhan pada kedua tangan dan kakinya

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien merasa bangga dengan dirinya. Pasien adalah pribadi yang cerewet, humoris dan bersemangat. Pasien mengatakan ia adalah seorang ayah yang memiliki 3 orang anak.

2) Keadaan sejak sakit :

Sejak sakit pasien tidak pernah melakukan aktivitasnya seperti biasa. Pasien mengatakan merasa sedih dan cemas dengan kondisinya sekarang dan berharap bisa cepat sembuh.

3) Observasi :

Tampak pasien mampu berinteraksi dengan baik

a) Kontak mata : Tampak ada kontak mata saat berinteraksi
b) Rentang perhatian : Rentang perhatian penuh
c) Suara dan cara bicara : Terdengar jelas dan agak pelan
d) Postur tubuh : Tidak dapat dikaji

4) Pemeriksaan fisik :
a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak tampak adanya kelainan bawaan
b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dapat dikaji
c) Kulit : Tampak kering

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama istri dan kedua anaknya yang sangat akrab dan menjalin hubungan yang baik dengan keluarga besarnya dan tetangga rumahnya. Keluarga mengatakan pasien didalam keluarganya selalu hidup dengan bahagia.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga dan tetangga disekitarnya masih terjalin dengan baik, keluarga mengatakan pasien tidak aktif lagi pada kegiatan kerohanian di masjid karena kondisinya. Keluarga pasien mengatakan bahwa mereka sangat berharap semoga pasien cepat sembuh dari penyakitnya dan berkumpul kembali bersama keluarga.

3) Observasi :

Tampak pasien dijaga oleh istri, anak, dan cucunya. Tampak pasien sering dikunjungi oleh keluarga maupun kerabatnya.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan memiliki 3 orang anak. Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada sistem reproduksi.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan selama sakit pasien tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

3) Observasi :

Tampak pasien berpakaian dan berpenampilan sesuai jenis kelaminnya.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien hidup dengan normal, tidak ada beban, santai dalam menjalani kehidupannya bersama anak–anaknya. Keluarga pasien mengatakan pasien kadang– kadang marah jika ada keluarga yang membuat kesalahan, keluarga pasien mengatakan jika ada masalah yang tidak bisa ia selesaikan maka pasien meminta bantuan kepada anak-anaknya.

2) Keadaan saat sakit:

Pasien mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan kondisinya. Pasien berharap semoga cepat sembuh dan berkumpul bersama dengan keluarga.

3) Observasi :

Tampak pasien sedikit sedih saat menceritakan perasaannya terkait kondisinya.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan menganut agama Islam dan rajin menunaikan sholat 5 waktu setiap hari.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa sholat karena kondisinya tidak memungkinkan untuk beribadah. Pasien mengatakan sering mendengarkan sholawat dari android dan keluarga juga mendoakan pasien agar cepat sembuh.

3) Observasi :

Tampak pasien sering mendengarkan sholawat dari android.

5. Uji saraf kranial

a. N I (Olfaktorius)

Pasien dapat menghirup dan menyebutkan aroma minyak kayu putih dengan mata tertutup.

b. N II (Opticus)

Pasien tidak mampu membaca tanda pengenal perawat dalam jarak ±30 cm dengan ukuran font 12.

c. N III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducen)

Pasien mampu mengikuti gerakan tangan perawat ke atas, bawah, kiri dan kanan.

d. N V (Trigeminus)

Sensorik : Pasien mampu menunjuk lokasi gerakan tissue pada wajah pasien sebelah kanan namun tidak mampu menunjukkan lokasi gerakan tissue pada wajah sebelah kiri.

Motorik : Pasien mampu menelan dan menggigit dengan baik

e. N VII (Fascialis)

Sensorik : Pasien tidak mampu mengangkat alis sebelah kirinya

Motorik : Pasien mampu merasakan rasa dari makanan yang disediakan

f. N VIII (Vestibuloacusticus)

Vestibularis : Tidak dapat dikaji

Akustikus : Pasien mampu mendengar dan menunjuk lokasi suara gesekan tangan perawat di kedua telinga pasien

g. N IX (Glossopharyngeus)

Tampak uvula berada di tengah

h. N X (Vagus)

Pasien mampu menelan dengan baik

i. N XI (Accesorius)

Pasien mampu mengangkat bahu kanan namun tidak mampu mengangkat bahu kiri

j. N XII (Hypoglossus)

Pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan dari dalam dengan menggunakan lidah

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

1) Darah lengkap

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium Darah Lengkap 28 Oktober 2024

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	7.79	4.79 – 11.34	10^3/uL
RBC	4.78	4.00 – 5.50	10^6/uL
HB	14.9	10.8 – 14.9	g/dL
HCT	41.3	34.0 – 45.1	%
MCV	86.4	71.8 – 92.0	fL
MCH	31.2	22.6 – 31.0	Pg
MCHC	36.1	30.8 – 35.2	g/dL
PLT	210	150 – 450	10^3/uL
RDW-CV	12.1	11.3 – 14.6	%
PDW	11.8	9.0 – 13.0	fL
MPV	10.2	7.2 – 11.1	fL

P-LCR	26.8	15.0 – 25.0	%
NEUT#	6.14	2.72 – 7.53	10^3/uL
LYMPH#	1.15	1.46 – 3.73	10^3/uL
MONO#	0.36	0.33 – 0.91	10^3/uL
EO#	0.11	0.04 – 0.43	10^3/uL
BASO#	0.00	0.02 – 0.09	10^3/uL
IG#	0.01		10^3/uL
NEUT%	79.2	42.5 – 71.0	%
LYMPH%	14.8	20.40 – 44.60	%
MONO%	54.6	3.60 – 9.90	%
EO%	1.4	0.7 – 5.4	%
BASO%	0.0	0.00 – 1.00	%
IG%	0.1	0 – 72	%

2) Kimia Darah

Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium Kimia Darah 28 Oktober 2024

Parameter	**Hasil**	**Nilai Rujukan**	**Satuan**
Kolesterol LDL	126	Optimal : < 100 Mendekati optimal : 100 – 129 Sedikit tinggi : 130 – 159 Tinggi : 160 – 189 Sangat tinggi : ≥190	mg/dL

b. Pemeriksaan CT scan kepala (28 Oktober 2024)

Hasil :

- Perdarahan cerebri dextra
- Dua tempak lobus temporalis volume 5,6 cc dan putamen dextra volume 8,2 cc, total volume perdarahan 13,8 cc tidak tampak pergeseran garis tengah
- Proses atrofi cerebri

7. Terapi Obat
    a. Amlodipine/ 10 mg/ 24 jam/ oral
    b. Citicolin/ 500mg/ 12 jam/ IV
    c. Mersibion/ 3 cc/ 24 jam/ IV
    d. Asam tranexamat/ 500 mg/ 8 jam/ IV
    e. Manitol 20%/ 100cc/ 12 jam/ IV
    f. Candesartan/ 16 mg/ 24 jam/ oral
    g. Clonidine/ 5 mg/ 24 jam/oral
    h. Bisoprolol/ 2,5 mg/ 12 jam/ oral

B. Analisa Data

Nama : Tn. A

Usia : 57 tahun

Dx Medis : Stroke hemoragik

Tabel 3. 3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 13 tahun yang lalu namun tidak rutin mengonsumsi obat b. Pasien mengatakan merasa sakit kepala/pusing seperti berputar Data Objektif : a. Tampak pasien lemah b. Observasi TTV: TD : 140/73 mmHg N : 61x/mnt P : 20x/mnt S : 36.2^{o}C SPO2 : 98% c. Hasil CT-Scan : pendarahan cerebri dextra, dua tempak lobus temporalis volume 5,6 cc dan putamen dextra volume pendarahan 13,8cc	Edema serebral (perdarahan di otak)	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
2	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan lemah	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas

	pada badan sebelah kiri b. Pasien mengatakan tidak bisa mengangkat tangan dan kaki kirinya Data Objektif : a. Tampak pasien berbaring di tempat tidur b. Tampak aktivitas pasien dibantu sepenuhnya oleh keluarga c. Kekuatan otot 5-5/3-3		fisik

C. Diagnosa Keperawatan

Nama : Tn. A

Usia : 57 tahun

Dx Medis : Stroke hemoragik

Tabel 3. 4 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (perdarahan di otak)
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

D. Rencana Keperawatan

Nama : Tn. A

Usia : 57 tahun

Dx Medis : Stroke hemoragik

Tabel 3. 5 Rencana Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral (perdarahan di otak) (D.0066)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral (L.02014) meningkat, dengan kriteria hasil : a. Sakit kepala cukup menurun (4) b. Tekanan darah sistolik cukup membaik (4) c. Tekanan darah diastolik cukup membaik (4)	Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.9325) **Observasi :** a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) b. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, bradikardi pola napas ireguler kesadaran menurun) c. Monitor MAP d. Monitor intake dan output cairan

			Terapeutik : a. Berikan posisi semi fowler (head up 30^{o}) b. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang c. Hindari pemberian cairan IV hipotonik **Kolaborasi :** a. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu b. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) **Observasi :** a. Identifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan **Terapeutik :** a. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani

			Edukasi : e) Informasikan program yang harus dijalani f) Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan g) Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan h) Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, *jika perlu*
2.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat, dengan kriteria hasil : a. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat (4)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) : **Observasi :** a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan **Terapeutik :** a. Fasilitasi melakukan pergerakan

			Edukasi : a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan melakukan mobilisasi sederhana

E. Implementasi Keperawatan

Nama : Tn. A

Usia : 57 tahun

Dx Medis : Stroke hemoragik

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Perawat
Selasa, 29 Oktober 2024	I	08.00	Memonitor TTV dan KU pasien Hasil : TD : 166/103 mmHg N : 70 x/menit S : 36,2^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98% Pasien mengatakan merasa sakit kepala, pasien mengatakan sulit menggerakkan tubuh sebelah kirinya, tampak keadaan umum pasien lemah, GCS 15, tampak pasien sulit menggerakkan ekstermitas sebelah kirinya	Emi
	I	08.05	Memonitor MAP Hasil : MAP : 124 mmHg	Emi
	I	08.10	Memberikan posisi head up 30^{o} Hasil : Tampak pasien diberi posisi head up 30^{o}	Emi

	I	10.00	Memberikan obat Hasil : Amlodipine/ 10 mg/ oral	Melisa
	II	10.05	Memonitor toleransi fisik melakukan pergerakan fisik Hasil : Tampak pasien hanya bisa menggerakkan tubuh sebelah kanan	Melisa
	I	10.10	Memantau pemberian cairan Hasil : Tampak terpasang infus cairan RL	Melisa
	II	10.15	Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan lainnya Hasil : Pasien mengatakan tidak ada nyeri namun mengeluh sakit kepala	Melisa
	II	10.20	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Tampak pasien dan keluarga mengerti mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi untuk menghindari atrofi otot	Melisa

	II	10.25	Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil : Tampak pasien diberi ROM pasif pada ektermitas	Melisa
	I	12.00	Memberikan obat : Hasil : Clonidine/ 5 mg/ oral	Emi
	I, II	13.00	Memonitor TTV dan KU pasien Hasil : TD : 180/112 mmHg N : 65 x/menit S : 36^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98% Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala, pasien mengatakan sulit menggerakkan tubuh sebelah kirinya, tampak keadaan umum pasien lemah, GCS 15, tampak pasien sulit menggerakkan ekstermitas sebelah kirinya	Emi
	I	13.05	Memonitor MAP Hasil : MAP : 134 mmHg	Emi
	I	13.10	Mengidentifikasi kepatuhan	Emi

			menjalankan program pengobatan Hasil : Pasien mengatakan sudah mengonsumsi obat yang diberikan yaitu : - Clonidine/ 5 mg/ oral - Candesartan/ 16 mg/ oral - Bisoprolol/ 2,5 mg/ oral - Amlodipine/ 10 mg/ oral Tampak obat sudah dikonsumsi	
	I	13.15	Menginformasikan program yang harus dijalani Hasil : Tampak pasien dan keluarga mengerti mengenai program yang harus dijalankan yaitu kepatuhan terhadap program pengobatan	Emi
	I	13.20	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil : Tampak kamar pasien dalam suasana tenang dan hanya dijaga oleh satu orang	Emi
	I, II	16.05	Memberikan obat Hasil :	

			- Citicolin/ 500mg/ IV - Asam traneksamat/ 500 mg/ IV	
	I, II	16.05	Memonitor TTV Hasil : TD : 149/94 mmHg N : 80 x/menit S : 36,2^{o}C P : 18 x/menit SpO_2 : 98%	
	I	18.00	Memberikan obat Hasil : - Manitol 20%/ 100cc/ IV - Bisoprolol/ 2,5 mg/ oral	
Rabu, 30 Oktober 2024	I	05.00	Memberikan obat Hasil : - Citicolin/ 500 mg/ oral	
	I, II	05.00	Memonitor TTV Hasil : TD : 142/84 mmHg N : 78 x/menit S : 36,2^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98%	
	I, II	06.00	Memberikan obat Hasil : - Candesartan/ 16mg/ oral	

			- Manitol 20%/ 100cc/ IV - Bisoprolol/ 2,5 mg/ oral	
	I	08.00	Memonitor TTV dan KU pasien Hasil : TD : 161/102 mmHg N : 65 x/menit S : 36,5^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 99% Pasien mengatakan masih merasa sedikit sakit kepala, pasien mengatakan sudah mulai mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya, tampak keadaan umum pasien lemah, GCS 15, tampak pasien sudah mulai menggerakkan tangan sebelah kirinya	Melisa
	I	08.05	Memonitor MAP Hasil : MAP : 121 mmHg	Melisa
	I	08.10	Memberikan posisi head up 30^{o} Hasil : Tampak pasien diberi posisi head up 30^{o}	Melisa
	I	10.00	Memberikan obat Hasil :	Emi

			Amlodipine/ 10 mg/ oral	
	II	10.05	Memonitor toleransi fisik melakukan pergerakan fisik Hasil : Pasien mengatakan sudah mulai mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya, tampak pasien mulai menggerakkan jari-jari tangan kirinya	Emi
	I	10.10	Memantau pemberian cairan Hasil : Tampak terpasang infus cairan RL	Emi
	II	10.15	Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan lainnya Hasil : Pasien mengatakan tidak ada nyeri namun mengeluh sakit kepala	Emi
	II	10.20	Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil : Tampak pasien diberi ROM aktif dan pasif pada ektermitas	Emi
	I	12.00	Memberikan obat : Hasil :	Melisa

			Clonidine/ 5 mg/ oral	
	I, II	13.00	Memonitor TTV dan KU pasien TD : 158/93 mmHg N : 60 x/menit S : 36,8^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98% Pasien mengatakan masih merasa sedikit sakit kepala, pasien mengatakan sudah mulai mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya, tampak keadaan umum pasien lemah, GCS 15, tampak pasien sudah mulai mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya	Melisa
	I	13.05	Memonitor MAP Hasil : MAP : 134 mmHg	Melisa
	I	13.10	Mengidentifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan Hasil : Pasien mengatakan sudah mengonsumsi obat yang diberikan yaitu : - Clonidine/ 5 mg/ oral - Candesartan/ 16 mg/ oral	Melisa

			- Bisoprolol/ 2,5 mg/ oral - Amlodipine/ 10 mg/ oral Tampak obat sudah dikonsumsi	
	I	13.15	Menginformasikan manfaat yang diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan Hasil : Tampak pasien dan keluarga mengerti mengenai manfaat yang diperoleh jika teratur menjalani pengobatan	Melisa
	I	16.05	Memberikan obat Hasil : - Citicolin/ 500mg/ IV - Asam traneksamat/ 500 mg/ IV	
	I, II	16.05	Memonitor TTV Hasil : TD : 149/94 mmHg N : 80 x/menit S : 36,2^{o}C P : 18 x/menit SpO_2 : 98%	
	I, II	18.00	Memberikan obat Hasil : - Manitol 20%/ 100cc/ IV - Bisoprolol/ 2,5 mg/ oral	

Kamis, 31 Oktober 2024	I	05.00	Memberikan obat Hasil : - Citicolin/ 500 mg/ oral	
	I, II	05.00	Memonitor TTV Hasil : TD : 137/88 mmHg N : 78 x/menit S : 36,5^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98%	
	I, II	06.00	Memberikan obat Hasil : - Candesartan/ 16mg/ oral - Manitol 20%/ 100cc/ IV - Bisoprolol/ 2,5 mg/ oral	
	I	08.00	Memonitor TTV dan KU pasien Hasil : TD : 167/91 mmHg N : 65 x/menit S : 36,5^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 99% Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala berkurang, pasien mengatakan sudah mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya, tampak keadaan umum pasien lemah, GCS 15,	Emi

			tampak pasien mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya	
	I	08.05	Memonitor MAP Hasil : MAP : 116 mmHg	Emi
	I	08.10	Memberikan posisi head up 30^{o} Hasil : Tampak pasien diberi posisi head up 30^{o}	Emi
	I	10.00	Memberikan obat Hasil : Amlodipine/ 10 mg/ oral	Melisa
	II	10.05	Memonitor toleransi fisik melakukan pergerakan fisik Hasil : Pasien mengatakan mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya, tampak pasien mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya	Melisa
	I	10.10	Memantau pemberian cairan Hasil : Tampak terpasang infus cairan RL	Melisa

	II	10.15	Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan lainnya Hasil : Pasien mengatakan tidak ada nyeri namun mengeluh sakit kepala	Melisa
	II	10.20	Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil : Tampak pasien diberi ROM aktif dan pasif pada ektermitas	Melisa
	I	12.00	Memberikan obat : Hasil : Clonidine/ 5 mg/ oral	Emi
	I, II	13.00	Memonitor TTV dan KU pasien Hasil : TD : 137/56 mmHg N : 86 x/menit S : 36,6^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98% Pasien mengatakan sakit kepala berkurang, pasien mengatakan mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya, tampak keadaan umum pasien lemah, GCS 15, tampak pasien mampu menggerakkan tangan kirinya	Emi

	I	13.05	Memonitor MAP Hasil : MAP : 104 mmHg	Emi
	I	13.10	Mengidentifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan Hasil : Pasien mengatakan sudah mengonsumsi obat yang diberikan yaitu : - Clonidine/ 5 mg/ oral - Candesartan/ 16 mg/ oral - Bisoprolol/ 2,5 mg/ oral - Amlodipine/ 10 mg/ oral Tampak obat sudah dikonsumsi	Emi
	I	13.15	Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani Hasil : Keluarga mengatakan bersedia mendukung program pengobatan yang dijalani pasien	Emi
	I	13.20	Menganjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan Hasil : Keluarga mengatakan bersedia	Emi

			mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan	
	I	13.25	Menganjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat Hasil : Pasien dan keluarga mengatakan bersedia melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat	Emi

F. Evaluasi Keperawatan

Nama : Tn. A

Usia : 57 tahun

Dx Medis : Stroke Hemoragik

Tabel 3. 7 Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	DK	Evaluasi	Perawat
Selasa, 29 Oktober 2024	I	DK I : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (perdarahan di otak) S : - Pasien mengatakan merasa sakit kepala O : - Tampak KU pasien lemah - TTV : TD : 180/112 mmHg N : 65 x/menit S : 36^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98% - MAP : 134 mmHg A : Masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi	Emi & Melisa

		P : Lanjutkan intervensi : - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK - Monitor MAP - Berikan posisi head up 30º - Dukungan kepatuhan program pengobatan - Kolaborasi pemberian obat	
	II	DK II : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular S : - Pasien mengatakan sulit menggerakkan tubuh sebelah kirinya O : - Tampak pasien sulit menggerakkan tubuh sebelah kirinya A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	Emi & Melisa

		- Fasilitasi melakukan pergerakan	
Rabu, 30 Oktober 2024	I	DK I : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (perdarahan di otak) S : - Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala O : - Tampak KU pasien lemah - TTV : TD : 158/93 mmHg N : 60 x/menit S : 36,8^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98% - MAP : 114 mmHg A : Masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK - Monitor MAP - Berikan posisi head up 30^{o} - Dukungan kepatuhan program	Emi & Melisa

		pengobatan - Kolaborasi pemberian obat	
	II	DK II : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular S : - Pasien mengatakan sudah mulai menggerakkan jari-jari tangan sebelah kirinya O : - Tampak pasien sudah mulai menggerakkan jari-jari tangan sebelah kirinya A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Fasilitasi melakukan pergerakan	Emi & Melisa
Kamis, 31 Oktober	I	DK I : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (perdarahan di otak)	Emi & Melisa

2024		S : - Pasien mengatakan sakit kepala berkurang O : - Tampak KU pasien lemah - TTV : TD : 137/56 mmHg N : 86 x/menit S : 36,6^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98% - MAP : 104 mmHg A : Masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK - Monitor MAP - Berikan posisi head up 30^{o} - Dukungan kepatuhan program pengobatan - Kolaborasi pemberian obat	
	II	DK II : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular	Emi & Melisa

		S : - Pasien mengatakan mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya O : - Tampak pasien mampu menggerakkan tangan sebelah kirinya A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Fasilitasi melakukan pergerakan	

DAFTAR OBAT

1. Amlodipine
   a. Nama obat : Amlodipine
   b. Klasifikasi/golongan obat : *Calcium-channel blockers* (CCBs)
   c. Dosis umum : 5 mg/ 24 jam
   d. Dosis untuk pasien : 5 mg/ 24 jam
   e. Cara pemberian obat : Oral
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Amlodipine bekerja dengan menghambat masuknya ion kalsium ke dalam otot pembuluh darah dan jantung, sehingga vasodilatasi dan menurunkan tekanan darah. Fungsi obat menurunkan tekanan darah pada hipertensi dan mengobati angina.
   g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

      Pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi
   h. Kontraindikasi

      Hipersesitif terhadap kandungan amlodipine, pasien dengan syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipertensi berat, gagal jantung dan gangguan hepar.
   i. Efek samping

      Mengantuk, pusing, lelah, sakit perut, mual, kulit wajah atau leher memerah.

2. Citicolin
   a. Nama obat : Citicolin
   b. Klasifikasi/golongan obat : Neurotonik
   c. Dosis umum : 250 mg/ 12 jam
   d. Dosis untuk pasien : 500 mg/ 12 jam
   e. Cara pemberian obat : IV
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak yaitu phosphatidylcholine. Fungsi obat ini adalah untuk mengatasi

gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedera kepala.

g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

Obat ini diberikan pada pasien karena pasien mengalami kerusakan fungsi otak.

h. Kontraindikasi

Hipersensitif pada kandungan obat, sedang hamil dan menyusui.

i. Efek samping

Mual dan muntah, kemerahan pada kulit, sakit kepala dan pusing, sakit pada perut (*epigastric distress*), kejang, dan perubahan tekanan darah sementara.

3. Mersibion

a. Nama obat : Mersibion
b. Klasifikasi/golongan obat : Vitamin
c. Dosis umum :
d. Dosis untuk pasien : 3 cc/ 24 jam
e. Cara pemberian obat : IV
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Untuk pengobatan kekurangan vitamin B1, B6 dan B12 serta penambah energi.

g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

Pasien diberi obat ini untuk pengobatan defisiensi vitamin B1, B6 dan B12 yang berkaitan dengan kesehatan saraf.

h. Kontraindikasi

Hipersesitif terhadap obat ini

i. Efek samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu seperti sindrom neuropati akibat penggunaan vitamin B6 serta reaksi alergi.

4. Asam tranexamat
   a. Nama obat : Asam tranexamat
   b. Klasifikasi/golongan obat : Anti fibrinolitik
   c. Dosis umum : 500 mg/ 8 jam
   d. Dosis untuk pasien : 500 mg/ 8 jam
   e. Cara pemberian obat : IV
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Asam tranexamat bekerja dengan menghambat enzim plasmin, enzim yang terlibat dalam penguraian fibrinyang merupakan komponen utama dari bekuan darah
   g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

      Untuk membantu menghentikan perdarahan intrakranial.
   h. Kontraindikasi

      Hipersensitif, memiliki gangguan penglihatan.
   i. Efek samping

      Merasa bingung, mengantuk, pusing dan penurunan kesadaran.

5. Manitol 20%
   a. Nama obat : Manitol 20%
   b. Klasifikasi/golongan obat : Diuretik osmotik
   c. Dosis umum : 0,25 – 1 g/kgBB/30 menit
   d. Dosis untuk pasien : 100 cc/ 12 jam
   e. Cara pemberian obat : IV
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Manitol bekerja dengan cara menarik kelebihan cairan di dalam tubuh termasuk pada otak dan mata sehingga bisa dikeluarkan melalui urin.
   g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

      Pasien mengalami perdarahan pada otak dan menunjukkan tanda-tanda peningkatan TIK sehingga diberikan manitol untuk membantu menangani masalah peningkatan TIK.

h. Kontraindikasi

Hipersensitif terhadap obat ini, anuria, edema paru berat, gagal ginjal, dehidrasi berat dan edema metabolik.

i. Efek samping

Perburukan dehidrasi, perburukan gagal ginjal dan abnormalitas elektrolit

6. Candesartan
   a. Nama obat : Candesartan
   b. Klasifikasi/golongan obat : *Angiotensin receptor blockers* (ARB)
   c. Dosis umum : 8 – 32 mg/ 24 jam
   d. Dosis untuk pasien : 16 mg/ 24 jam
   e. Cara pemberian obat : Oral
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Candesartan bekerja dengan cara menghambat reseptor angiotensin II sehingga pembuluh darah akan lemas dan melebar sehingga jantung akan lebih mudah dalam memompa darah den tekanan darah pun turun.
   g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

      Untuk mengatasi hipertensi
   h. Kontraindikasi

      Hipersensitif, pasien dengan gangguan hati yang berat dengan atau tanpa ketoasidosis, wanita hamil dan menyusui.
   i. Efek samping

      Sakit kepala, nyeri punggung, pusing, batuk, bersin, hidung tersumbat dan ruam kulit.

7. Clonidine
   a. Nama obat : Clonidine
   b. Klasifikasi/golongan obat : Antihipertensi
   c. Dosis umum : 50-100 mcg/8 jam
   d. Dosis untuk pasien : 5 mg/ 24 jam

e. Cara pemberian obat : Oral
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

   Obat ini dapat melewati peredaran darah otak dan masuk ke hipotalamus. Interaksi clonidine dengan hipotalamus otak akan menurunkan tekanan darah.
g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

   Untuk mengatasi hipertensi
h. Kontraindikasi

   Hipersensitif dan pada pasien dengan bradiaritmia berat.
i. Efek samping

   Mulut kering, sembelit, sakit kepala atau pusing, rasa kantuk, kelelahan atau lemas, gangguan tidur (insomnia), nyeri perut, mual atau muntah dan kehilangan nafsu makan.

8. Bisoprolol
   a. Nama obat : Bisoprolol
   b. Klasifikasi/golongan obat : Beta blocker kardioselektif
   c. Dosis umum : 5 – 10 mg/ 24 jam
   d. Dosis untuk pasien : 2,5 mg/ 12 jam
   e. Cara pemberian obat : Oral
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Bisoprolol bekerja dengan cara menghambat kerja sistem saraf simpatis pada jantung dengan menghambat reseptor beta-adrenergik jantung sehingga dapat menurunkan kecepatan denyut jantung dan kekuatan kontraksi otot, serta menurunkan tekanan darah.
   g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

      Untuk mengatasi hipertensi
   h. Kontraindikasi

      Hipersensitif, pasien dengan bronkospasme, DM, gagl ginjal atau hati, ibu hamil.

i. Efek samping

Kram abdomen, diare, sakit kepala atau pusing, mual, bradikardi, hipotensi, mati rasa, kesemutan, ekstermitas dingin, nyeri tenggorokan dan sesak napas atau mengi, kelelahan.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. A dengan stroke hemoragik di ruang perawatan Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 29 Oktober 2024 hingga 31 Oktober 2024 yang meliputi : Pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

   Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien, serta hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung maupun hasil pemeriksaan diagnostic yang mendukung yaitu hasil CT-scan kepala. Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn. A diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit pada tanggal 28 Oktober 2024 dengan keluhan tiba-tiba mati rasa pada badan sebelah kiri, tidak dapat merasakan sentuhan disertai badan lemas sekitar jam 04.30 WITA saat akan melaksanakan sholat subuh di masjid.

   Saat pengkajian dilakukan pada tanggal 29 Oktober 2024 didapatkan pasien dalam kesadaran compos mentis, tampak pasien mampu merasakan sentuhan pada tubuh sebelah kirinya namun tidak mampu mengangkat tangan kanannya. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2013 dan konsumsi amlodipine 10mg namun tidak teratur.

   Berdasarkan CT-Scan kepala yang menunjukkan adanya perdarahan cerebri dextra, dua tempak lobus temporalis volume 5,6 cc dan putamen dextra volume 8,2 cc, total volume perdarahan 13,8 cc, tidak tampak pergeseran garis tengah, dan proses atrofi cerebri, maka ini menunjukkan Tn. A mengalami stroke hemoragik.

Dimana hal ini juga didukung dari riwayat hipertensi yang dialami Tn. A. Hipertensi menyebabkan sistem hemodinamik yang buruk sehingga memicu penebalan pada pembuluh darah serta hipertrofi dari otot jantung. Bila tekanan darah meningkat cukup tinggi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun akan menyebabkan pembuluh darah tidak dapat berdilatasi atau berkontriksi dengan leluasa untuk mengatasi fluktuasi dari tekanan darah sistemik. Bila terjadi kenaikan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi pada dinding kapiler menjadi tinggi dan menyebabkan hipereremia, edema dan kemungkinan perdarahan di otak (Puspitasari, 2020).

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang memicu terjadi ruptur arteri serebral sehingga perdarahan dapat menyebar dengan cepat serta menimbulkan perubahan serta iritasi pada pembuluh darah otak. Perubahan yang terus berlanjut dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak (serebral) sehingga terjadi stroke hemoragik. Perdarahan otak sering menyebabkan peningkatan tekanan di dalam otak yang akibatnya terjadi defisit neurologis dan hilangnya kesadaran (Rahayu, 2023).

Selain itu salah satu dampak dari hipertensi yang lama dan tidak terkontrol juga dapat menimbulkan atropi cerebri (Puspitasari, 2020). Hal ini sejalan dengan yang ditemukan pada Tn. A. Pada kasus stroke hemoragik sering diikuti dengan penurunan kesadaran, namun pada Tn. A tidak ditemukan. Hal ini dapat dilihat dari gambaran hasil CT-scan dimana tidak terjadi pergeseran garis tengah otak, walaupun terdapat perdarahan cerebri dextra dua tempak lobus temporalis volume 5,6 cc dan putamen dextra volume 8,2 cc. Terjadinya penurunan kesadaran umumnya disebabkan oleh adanya iskemia otak akibat kurangnya suplai darah menuju ke otak dan juga akibat adanya penekanan oleh darah yang mengisi ruang otak (Manoppo & Anderson, 2024). Pada Tn. A tidak terdapat

adanya penurunan kesadaran. Hal ini mungkin terjadi karena perdarahan yang dialami masih ringan yaitu 13,8 cc.

Pada kasus Tn. A hemiparese yang terjadi pada ekstremitas kiri, hal ini sejalan dengan perdarahan yang dialami yaitu pada cerebri dextra. Berdasarkan fisiologis otak bahwa jalur saraf menyilang di dalam sumsum tulang belakang, sehingga memungkinkan belahan kanan otak besar mengendalikan sisi kiri tubuh, begitupun sebaliknya (Handayani, 2021).

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus Tn. A penulis mengangkat 2 diagnosis keperawatan, yaitu :

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (perdarahan di otak). Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan Pasien mengeluh sakit kepala/pusing seperti berputar, TD : 140/73mmHg, N : 61x/mnt, dilakukan pemeriksaan diagnostik CT-Scan dengan hasil : pendarahan cerebri dextra dua tempak lobus temporalis volume 5,6 cc dan putamen dextra volume pendarahan 13,8cc.
b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan pasien mengeluh lemah pada badan sebelah kiri, pasien mengeluh tidak bisa mengangkat tangan dan kaki kirinya, tampak pasien berbaring di tempat tidur dan tampak aktivitas pasien dibantu sepenuhnya oleh keluarga, uji kekuatan otot pada ekstermitas atas kanan 5, ekstermitas bawah kanan 5, ekstermitas atas kiri 3, ekstermitas bawah kiri 3.

Diagnosis pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah :

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Diagnosis ini tidak diangkat pasien tidak mengalami gangguan pada pernapasan pasien, tampak pasien

tidak sesak dengan RR : 20x/menit dan tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan.

b. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular. Diagnosis ini tidak diangkat karena pasien tidak memiliki gangguan pada fungsi menelannya. Pasien mampu berbicara dengan jelas dan mampu mengonsumsi makanan tanpa menggunakan alat bantu untuk makan.
c. Gangguan komunikasi verbal. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena tampak pasien tidak mengalami gangguan pada komunikasi verbal dan pasien dapat berkomunikasi dengan jelas.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosis perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien.

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (perdarahan di otak). Pada diagnosis ini penulis membuat intervensi, yaitu : memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK, memonitor MAP, memberikan posisi semi fowler (head up 30^{o}), serta kolaborasi pemberian obat. Selain itu pasien diberi intervensi mengenai dukungan kepatuhan program pengobatan seperti melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani pasien, menginformasikan program yang harus dijalani dan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan serta menganjurkan untuk konsultasi ke layanan kesehatan terdekat. Intervensi berdasarkan teori tidak memiliki kesenjangan dengan intervensi

yang diberikan kepada pasien karena intervensi ini diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan sengan gangguan neuromuskular. Pada diagnosis ini penulis membuat intervensi berdasarkan SIKI (2018), yaitu : mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya serta toleransi fisik melakukan pergerakan, memfasilitasi melakukan pergerakan serta menganjurkan melakukan mobilisasi sederhana.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penulis tidak menemukan hambatan karena penulis bekerjasama dengan keluarga pasien dan juga didukung oleh sarana prasarana yang ada di Rumah Sakit.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi selama 3 hari mulai dari tanggal 30 Oktober 2024 – 1 November 2024. Adapun evaluasi keperawatan pada Tn. A sebagai berikut :

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (perdarahan di otak)

Diagnosis keperawatan ini sebagian teratasi dikarenakan pasien masih mengeluh sakit kepala dan tekanan darah sudah menurun yaitu 137/56 mmHg, N : 86 x/menit.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan sengan gangguan neuromuskular

Diagnosis keperawatan ini sebagian teratasi dibuktikan dengan pasien sudah mampu mengangkat tangan kirinya dan sudah merasakan sentuhan pada tangan kirinya.

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul EBN :
   a. Penerapan teknik *head up* 30º untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke di IGD RSUD dr. Soedini Madiun provinsi Jawa Timur (Kusuma & Surakarta, 2024)
   b. Manajemen keperawatan pada pasien stroke hemoragik di ruang saraf : Suatu studi kasus (Yusnita et al., 2022)
   c. Asuhan keperawatan pada pasien stroke : Risiko perfusi serebral tidak efektif dengan intervensi *head up* 30 derajat (Anggraini & Nurlaily, 2023).
2. Diagnosa keperawatan (SDKI) : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (perdarahan di otak)
3. Luaran yang diharapkan (SLKI) : Sakit kepala menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Pemberian head up 30º
5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :
   a. Pengertian Tindakan :

      Head up 30º merupakan suatu bentuk tindakan keperawatan yang rutin dilakukan pada pasien dengan cedera kepala, stroke dengan hipertensi intrakranial. *Head up* 30º merupakan cara memposisikan kepala lebih tinggi sekitar 30º dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk.

   b. Tujuan/rasional EBN pada kasus :

      Pada kasus HS, gejala yang ditimbulkan yaitu peningkatan TIK yang ditandai dengan adanya perubahan status hemodinamik seperti peningkatan tekanan darah serta pusing. Tujuan pemberian posisi *head up* 30º ini adalah untuk mempengaruhi venous return menjadi maksimal sehingga aliran darah ke serebral menjadi lancar, meningkatkan metabolisme

jaringan serebral, memperlancarkan aliran oksigen menuju otak dan memaksimalkan kerja otak seperti semula sehingga dapat meningkatkan hemodinamik dan mengurangi tekanan intrakranial. Posisi *head up* 30^{o} dapat mempengaruhi alirah darah di otak karena pada posisi tersebut terjadi peninggian anggota tubuh sehingga menyebabkan cairan serebro spinal (CSS) menyebar dari kranial ke ruang *subarachnoid* dan memfasilitasi *venous return* serebral sehingga dapat meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK.

c. PICOT EBN

Tabel 4. 1 PICOT EBN

Judul Jurnal	Penerapan teknik *head up* 30^{o} untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke di IGD RSUD dr. Soedono Madiun provinsi Jawa Timur (Kusuma & Surakarta, 2024).	Manajemen keperawatan pada pasien stroke hemoragik di ruang saraf : Suatu studi kasus (Yusnita et al., 2022).	Asuhan keperawatan pada pasien stroke : Risiko perfusi serebral tidak efektif dengan intervensi *head up* 30 derajat (Anggraini & Nurlaily, 2023).
P : Problem	Sampel berjumlah 1 orang yang merupakan	Sampel berjumlah 1 orang yang merupakan	Sampel berjumlah 1 orang yang merupakan

	pasien dengan diagnosa stroke hemoragik yang mengalami peningkatan TIK di IGD RSUD dr. Soedono Madiun dengan keluhan sesak napas, TD : 160/98 mmHg, dan terdapat perdarahan di otak.	pasien dengan diagnosa stroke hemoragik yang mengalami peningkatan TIK di disalah satu RS dengan keluhan mengalami penurunan kesadaran, sesak nafas, nyeri kepala kelemahan anggota gerak kanan, disartria dan bicara pelo, TD : 185/75 mmHg.	pasien dengan diagnosa stroke hemoragik di RSUD Karanganyar dengan keluhan sulit berbicara, sakit kepala, TD : 240/100 mmHg, SpO_2 : 92%, kelemahan pada ekstermitas kanan dan hasil CT scan : CVA ICH dengan perdarahan 8,85 cc.
I : Intervention	Intervensi yang diberikan adalah *head up* 30^o dan pemberian oksigen.	Intervensi yang diberikan adalah *head up* 30^o.	Intervensi yang diberikan adalah *head up* 30^o.

C : Comprasion	Dalam penelitian ini dilakukan evaluasi terhadap saturasi oksigen dan status hemodinamik .	Dalam penelitian ini dilakukan evaluasi terhadap tanda-tanda peningkatan TIK seperti sakit kepala, mual dan muntah, peningkatan tekanan darah dan gelisah.	Dalam penelitian ini dilakukan evaluasi terhadap peningkatan TIK.
O : Outcome	Setelah pemberian *head up* 30^{o} dan terapi oksigen pemberian nasal kanul 3 liter/menit diperoleh hasil saturasi meningkat, keluhan sesak napas berkurang, TD: 150/92 mmHg, N: 102 x/menit,	Setelah pemberian *head up* 30^{o} diperoleh data tidak ditemukannya tanda-tanda peningkatan TIK, namun kondisi tekanan darah pasien masih cukup tinggi dengan sistol pada angka 160-170 dan diastol pada	Setelah pemberian *head up* 30^{o} diperoleh data GCS : 11. SpO_2 : 97%, TD: 175/90 mmHg, HR : 64 x/menit, RR : 20 x/menit, tidak ada tanda peningkatan intrakranial dan pola nafas teratur.

	P : 20 x/menit, SpO_2 : 98%.	angka 85-96, denyut jantung normal diangka 80-90 kali/menit, tidak ada bradikardi, pernapasan dan respon pupil normal, namun tidak ada peningkatan pada tingkat kesadaran pasien.	
T : Time	Intervensi dilakukan 1 kali dalam 6 jam di ruang IGD.	Intervensi dilakukan selama 5 hari perawatan.	Intervensi dilakukan 1 kali dalam 6 jam

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. A dengan stroke hemoragik di ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Pada pengkajian Tn. A usia 57 tahun dengan keluhan lemah pada tubuh sebelah kiri dan tidak dapat mengangkat tangannya, disertai pusing berputar dan mual. Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, tampak pasien lemas, tampak tidak dapat mengangkat tangan kiri. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak namun tidak rutin minum obat serta suka mengonsumsi makanan yang bersantan, makanan padang dan ikan asin atau ikan kering. Hasil pemeriksan CT scan kepala : perdarahan cerebri dextra dua, tampak lobus temporalis volume 5,6 cc dan putamen dextra volume 8,2 cc, total volume perdarahan 13,8 cc, tidak tampak pergeseran garis tengah, dan proses atrofi cerebri.
2. Diagnosis keperawatan yang didapatkan pada pasien adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (perdarahan di otak) dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
3. Pada rencana tindakan keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah dibuat
4. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik dilakukan berdasarkan *evidence bases nursing* (EBN) tentang *head up* 30º. Penerapan EBN ini dapat memperbaiki status hemodinamik dan mencegah terjadinya peningkatan TIK.
5. Pada tahap evaluasi, penulis menemukan bahwa hasil akhir dari kedua diagnosis tersebut pasien mengatakan sakit kepala berkurang dan mampu menggerakkan tangan kirinya, tampak

pasien mampu menggerakkan tangan sebalah kirinya, TD : 137/56 mmHg.

B. Saran

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Bagi pihak rumah sakit agar mempertahankan atau bahkan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien stroke hemoragik berdasarkan *evidence based nursing*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Bagi profesi keperawatan diharapkan dapat berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian stroke hemoragik dengan pemberian pendidikan kesehatan dan mendampingi dalam kepatuhan minum obat.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Bagi institusi pendidikan diharapkan mampu memanfaatkan referensi ini untuk memperoleh ilmu dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik.

DAFTAR PUSTAKA

AmericanHeartAssocation. (2024). *Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association*. American Heart Assocation. https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001209

Andrian, & Wahyuni, H. P. (2023). Perdarahan intrakranial. *Jurnal Riset RUmpun Ilmu Kedokteran (JURRIKE)*, *2*(1), 150–165. https://doi.org/10.1017/CBO9781107111011.039

Anggraini, F. D., & Nurlaily, A. P. (2023). *Asuhan keperawatan pada pasien stroke : Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan intervensi head up 30 derajat*. Universitas Kusuma Husada SUrakarta.

Chrisanto, E. Y., Ernita, C., Erlianti, F., Umsani, & Putri, E. L. (2022). Penyuluhan kesehatan tentang stroke. *JOURNAL OF Public Health Concerns*, *2*(3), 131–134. https://doi.org/10.56922/phc.v2i3.203

Dafriani, P. (2019). Anatomi & Fisiologi untuk mahasiswa kesehatan. In *Padang : CV. Berkah Prima* (1st ed., Vol. 53, Issue 9).

Gandi, F. S., Apriliyani, I., & Utami, T. (2024). Penatalaksanaan fisioterapi pada pasien stroke hemoragik di Roujin Home Jepang. *Jurnal ILKES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, *15*(1), 51–60. https://doi.org/10.35966/ilkes.v15i1.335

Handayani, S. (2021). *Anatomi dan fisiologi tubuh manusia* (1st ed.). Bandung : Media Sains Indonesia.

Hartaty, H., & Haris, A. (2020). Hubungan gaya hidup dengan kejadian stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, *12*(2), 976–982. https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.446

Ibrahim, R. C., Lalenoh, D. C., & Laihad, M. L. (2021). Penanganan pasien

perdarahan intraserebral di ruang rawat intensif. *E-CliniC*, *9*(1), 8–14. https://doi.org/10.35790/ecl.v9i1.31705

KemenkesRI. (2024). *Cegah stroke dengan aktivitas fisik*. Kemenkes RI. https://kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/cegah-stroke-dengan-aktivitas-fisik

Kusuma, U., & Surakarta, H. (2024). *Penerapan teknik head up 30 derajat untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke di IGD RSUD dr. Soedono Madiun provinsi Jawa Timur*. Universitas Kusuma Husada Surakarta.

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

Logi Kiswanto, N. C. (2021). Efektivitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke. *Journal of Telenursing*, *3*(2), 519–525. https://doi.org/10.31539/joting.v3i2.2559

Manoppo, A. J., & Anderson, E. (2024). Tanda vital dan tingkat kesadaran pasien stroke. *Nutrix Journal*, *8*(1), 118. https://doi.org/10.37771/nj.v8i1.1093

Mediarti, D., Hapipah, Prabowo, D. Y. B., Amir, H., Syokumawena, Supriani, A., Sulistini, R., Utama, Y. A., Simon, M. G., & Baiq Nurainun Apriani Idris. (2022). *Ilmu keperawatan medikal bedah dan gawat darurat*. Media Sains Indonesia.

Poana, N. L., Wiyono, W. I., & Mpila, D. A. (2020). Pola penggunaan obat pada pasien stroke hemoragik. *Journal Pharmacon*, *9*(1), 90–96. https://doi.org/10.35799/pha.9.2020.27469

PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan indonesia definisi dan*

indikator diagnostik (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia definisi dan tindakan keperawatan* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan indonesia definisi dan kriteria hasil keperawatan* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, *12*(2), 922–926. https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435

Rahayu, T. G. (2023). Analisis faktor risiko terjadinya stroke serta tipe stroke. *Faletehan Health Journal*, *10*(1), 48–53. https://doi.org/10.33746/fhj.v10i01.410

Salman, I. P. P., Haiga, Y., & Wahyuni, S. (2022). Perbedaan diagnosis stroke iskemik dan stroke hemoragik dengan hasil transcranial doppler di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Scientific Journal*, *1*(5), 393–402. https://doi.org/10.56260/sciena.v1i5.72

Setiawan, P. A. (2021). Diagnosis dan tatalaksana stroke hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, *03*(01), 1660–1665. https://www.jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/336

Wijianto, & Yuda, W. K. (2022). Relationship of lifestyle with stroke event. *Prosiding 16th Urecol: Seri MIPA Dan Kesehatan*, 1735–1741.

WorldHealthOrganization. (2024). *Stroke, cerebrovascular accident*. World Health Organization. https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html

Wulandari, D. A., Sampe, E., & Hunaifi, I. (2021). Perdarahan subarakhnoid. *Jurnal Kedokteran*, *10*(1), 338–346.

https://doi.org/10.1001/jama.1943.02840500036013

Yusnita, E. D., Darliana, D., & Amalia, R. (2022). Manajemen keperawatan pada pasien stroke hemoragik di ruang saraf : Suatu Studi kasus. *JIM Fkep*, *1*(2), 10–17. https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(20)30138-9/fulltext

Lampiran 1

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Emi Paramban (NS2414901006)
2. Melisa (NS2414901012)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing Teori : Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., PhDNS

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1	Kamis, 28 November 2024	BAB I - Jelaskan mengenai stroke hemoragik pada latar belakang - Tambahkan peran penting pada fase akut di bagian latar belakang BAB II - Anatomi fisiologi hanya membahas tentang sirkulasi willisi - Etiologi mengarah pada pecahnya pembuluh darah			
2	Selasa/ 10 Desember 2024	ACC BAB I – BAB II			

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Emi Paramban (NS2414901006)
2. Melisa (NS2414901012)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing Askep : Rosdewi, S.Kp., MSN

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1	Senin, 28 Oktober 2024	- Lapor kasus - ACC kasus : Stroke hemoragik - Lanjutkan intervensi - pengkajian			
2	Kamis, 14 November 2024	BAB III - Perbaikan pada diagnosa - Perbaikan pada SLKI BAB IV - Cari jurnal pendukung EBN			
3	Selasa, 19 November 2024	BAB III - Perbaikan kalimat pada pengkajian - Perbaikan kalimat pada implementasi BAB IV - Lanjutkan pembahasan ASKEP - Tambahkan sampel dan berapa lama intervensi dilakukan pada PICOT EBN			
4	Selasa, 3 Desember 2024	BAB III - Perbaiki kata yang salah BAB IV - Tambahkan			

		penjelasan pada pembahasan askep			
5	Selasa, 10 Desember 2024	Lanjut BAB V ACC BAB III - V			

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP



Identitas Pribadi

Nama	:	Emi Paramban
Tempat/Tanggal Lahir	:	Tongko, 13 Mei 1989
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Kristen Protestan
Alamat	:	Kampung Sauyas, Kel. Sauyas, Kec. Supiori Timur, Kab. Supiori

Identitas Orang Tua/Wali

Nama Ayah / Ibu	:	(Alm) Benyamin Sura' / Ludia
Agama	:	Kristen Protestan
Pekerjaan Ayah / Ibu	:	Petani / Petani
Alamat	:	Kel. Tongko Sarapung, Kec. Sangalla'. Kab. Tana Toraja

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 121 Tongko	:	1995 – 2001
SMPN 2 Sangalla'	:	2001 – 2004
SMAN 1 Sangalla'	:	2004 – 2007
Akademi Keperawatan Toraja (Diploma III)	:	2007 – 2010
STIK Stella Maris Makassar (S1 & Ners)	:	2022 – 2024

RIWAYAT HIDUP



Identitas Pribadi

Nama	:	Melisa
Tempat/Tanggal Lahir	:	Sukaharapan, 15 Mei 1994
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Kristen Protestan
Alamat	:	Sorendiweri

Identitas Orang Tua/Wali

Nama Ayah / Ibu	:	Samuel Sattu / Edar
Agama	:	Kristen Protestan
Pekerjaan Ayah / Ibu	:	Petani / IRT
Alamat	:	Dusun Kambara

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 119 Cendana Putih III	:	2000 – 2007
SMP Negeri 1 Mappedeceng	:	2007 – 2010
SMA Negeri 1 Mappedeceng	:	2010 – 2013
Poltekkes Jayapura (Diploma III)	:	2014 – 2017
STIK Stella Maris Makassar (S1 & Ners)	:	2022 – 2024