



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
HEMORAGIK STROKE DI RUANG INSTALASI
GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT
BHAYANGKARA MAKASSAR**

OLEH:

ANJELI PARUMPA (NS2214901011)

ANTJELITA MILENIA KABO (NS2214901012)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2023**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
HEMORAGIK STROKE DI RUANG INSTALASI
GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT
BHAYANGKARA MAKASSAR**

OLEH:

ANJELI PARUMPA (NS2214901011)

ANTJELITA MILENIA KABO (NS2214901012)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2023**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : 1. Anjeli Parumpa (NS2214901011)

2. Antjelita Milenia Kabo (NS2214901012)

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

Makassar, 06 Juni 2023

Yang menyatakan,



Anjeli Parumpa



Antjelita Milenia Kabo

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Hemoragik Stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Anjeli Parumpa (NS2214901011)

2. Antjelita Milenia Kabo (NS2214901012)

Disetujui Oleh:

Pembimbing I



(Wirmando, Ns., M.Kep)
NIDN : 0929089201

Pembimbing II



(Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes)
NIDN : 0925027603

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama
STIK Stella Maris Makassar



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Anjeli Parumpa (NS2214901011)
2. Antjelita Milenia Kabo (NS2214901012)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Hemoragik
Stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit
"Bhayangkara"

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Wirmando, Ns., M.Kep ()
Pembimbing 2 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes ()
Penguji 1 : Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep MB ()
Penguji 2 : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep ()
Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 06 Juni 2023

Menyetujui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar


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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Anjeli Parumpa (NS2214901011)
Antjelita Milenia Kabo (NS2214901012)

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, 06 Juni 2023

Yang menyatakan,



Anjeli Parumpa



Antjelita Milenia Kabo

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”. Adapun penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir untuk memperoleh gelar Profesi Ners pada Program Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan, dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita,Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan sekaligus sebagai penguji I yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno,Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi sekaligus sebagai selaku pembimbing II yang telah membagi waktu, tenaga dan pikiran serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.

5. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku Ketua program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
6. Wirmando, Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah membagi waktu, tenaga, dan pikiran serta dukungan dalam proses bimbingan mulai dari tahap awal penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
8. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Tn.R dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
10. Kedua orang tua dari Anjeli Parumpa serta sanak saudara penulis yang telah banyak memberikan dukungan, motivasi, serta doa dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
11. Kedua orang tua dari Antjelita Milenia Kabo serta sanak saudara penulis yang telah banyak memberikan dukungan, motivasi, serta doa dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan untuk itu penulis mengharap kritikan dan saran untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Akhir kata, kami berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya ilmiah akhir ini membawahkan mamfaat bagi pengembangan ilmu selanjutnya, terutama bagi pembaca serta masyarakat pada umumnya.

Makassar, 06 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulis	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	5
D. Metode Penulisan	5
1. Studi Kepustakaan.....	5
2. Studi Kasus	5
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Medik.....	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi dan Fisiologi Otak	8
3. Etiologi.....	11
4. Klasifikasi	15
5. Patofisiologi	15
6. Pathway.....	17
7. Manifestasi Klinis	20

8. Pemeriksaan Penujang	22
9. Penatalaksanaan Medik	23
10. Komplikasi	24
B. Konsep Dasar Keperawatan	24
1. Pengkajian	24
2. Diangnosa Keperawatan	32
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	33
4. Dischrage planing	41
BAB III PENGAMATAN KASUS	43
A. Pengkajian	44
B. Analisa Data	55
C. Diagnosa Keperawatan	57
D. Intervensi Keperawatan	58
E. Implementasi Keperawatan	60
F. Evaluasi Keperawatan	63
G. Daftar Obat	65
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	70
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	70
B. Pembahasan Penerapa EBN	76
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	83
A. Kesimpulan	83
B. Saran	84

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Fisiologi Otak.....	7
Gambar 2. 2 Sirkulus Wilisi	10
Gambar 2. 3 Patoflowdiagram.....	17

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Analisa Data.....	55
Tabel 3. 2 Diagnosa Keperawatan	55
Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan.....	58
Tabel 3. 4 Implementasi Keperawatan	60
Tabel 3. 5 Evaluasi Keperawatan.....	63
Tabel 4. 1 PICOT EBN.....	78

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan serta perkembangan suatu Negara telah memberikan dampak yang signifikan pada masyarakatnya, tidak terkecuali Indonesia. Dampak tersebut nyatanya kini telah mengubah pola struktur masyarakat dari agraris menjadi industri, dari gaya hidup desa ke gaya hidup masyarakat perkotaan. Pola makan pun berubah dari yang alami menjadi cepat saji. Bermula dari kelebihan kolesterol, kelelahan karena kurang istirahat, tingkat stress yang tinggi dan hipertensi maka timbul berbagai penyakit tidak menular (PTM) seperti jantung dan stroke yang merupakan salah satu penyakit beresiko tinggi akibat gaya hidup yang tidak sehat dan tidak teratur.

Penyakit stroke merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah di dunia. Pada stroke hemoragik, perdarahan yang terjadi akan masuk ke sekitar otak sehingga terbentuknya pembengkakan dan tekanan yang merusak sel serta jaringan yang kemudian akan menyebabkan penurunan kesadaran dapat menyebabkan kerusakan otak yang berkepanjangan, kecacatan jangka panjang, atau bahkan kematian (Ibrahim, 2021). Penderita stroke hemoragik dapat mengalami kehilangan penglihatan, bicara, kelumpuhan dan kebingungan (Ayu & Putri, 2023).

Menurut *American Heart Assosiation* pada tahun 2017 angka kejadian stroke pada laki-laki usia 20-39 tahun sebanyak 0,2% dan perempuan sebanyak 0,7%. Berdasarkan data WHO menyatakan setiap tahunnya terdapat sekitar 800,000 kasus stroke baru dan sekitar 130,000 orang meninggal akibat stroke di Amerika Serikat. Prevalensi stroke hemoragik pada usia lanjut semakin meningkat dan bertambah setiap tahunnya dapat dilihat dari usia seseorang 80 tahun ke atas dengan angka kejadian stroke pada laki-laki sebanyak 15,8% dan pada perempuan sebanyak 14%. (Sahrani, 2023). Stroke hemoragik menjadi

penyebab kematian dari 5,7 juta jiwa diseluruh dunia dan diperkirakan meningkat menjadi 6,5 juta penderita, dan di Indonesia sendiri angka kejadian tiap tahunnya terserang stroke dengan insiden 12,1 % (Kasuba & Ramli, 2019).

Berdasarkan data RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar) 2018 prevalensi stroke tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (10,6%). Sementara itu di Sumatera Utara prevalensi kejadian stroke sebesar (9,3%), prevalensi stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus stroke tertinggi adalah di usia 75 tahun keatas (50,2%) dan lebih banyak pria (11,1%) dibandingkan dengan wanita (10,9).

Meningkatnya angka kejadian stroke serta komplikasi yang dapat di timbulkannya membutuhkan perhatian yang serius dari semua lapisan masyarakat secara menyeluruh dan komprehensif meliputi ruang lingkup pelayanan kesehatan yang terdiri dari upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Seseorang yang menderita stroke penanganannya yang tepat dan segera akan menurunkan resiko kecatatan serta meningkatkan kualitas hidup perenderita stroke. Selain itu juga dapat menurunkan biaya pengobatan dan perawatan sebab membutuhkan waktu yang cukup lama untuk proses pemulihan (Amila, 2019).

Penanganan pada pasien stroke Hemoragik dapat berupa tindakan farmakologis melalui pemberian obat-obatan dapat juga secara non farmakologi. Penanganan atau penatalaksanaan keperawatan dapat dilakukan dengan memberikan posisi *head up* untuk mempertahankan atau menjaga sirkulasi oksigen dalam darah ke otak tetap adekuat pada penderita stroke hemoragik. Posisi *head up* juga dapat digunakan untuk mensupport tindakan keperawatan yang diberikan. Pemberian elevasi kepala 30° dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik (Trisila, 2022). Pada tindakan keperawatan gawat darurat pada pasien stroke hemoragik, perawat dapat memonitor atau memeriksa pasien dengan melakukan observasi tanda-tanda vital, memantau peralatan yang digunakan serta penanganan yang cepat dan tepat yaitu, *Emergent triage*, *Urgent triage*, dan *Nonurgent triage*. Pada pasien stroke

hemoragik biasanya terdapat penurunan kesadaran, peningkatan tekanan intra kranial (PTIK), sesak napas, serta nadi cepat. Untuk menangani masalah yang terjadi pada pasien stroke hemoragik perawat harus melakukan tindakan sesuai dengan pengkajian kegawatdaruratan seperti *Primary Survey* adalah penilaian sistematis yang digunakan untuk mengidentifikasi dan mengenali keadaan atau kondisi yang mengancam kehidupan klien secepat mungkin. *Primary Survey* menggunakan pengkajian berupa *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, Foley catheter, Gastric tube, serta Heart monitor*. Sedangkan pada pengkajian *Secondary Survey* menggunakan pengkajian sistem SAMPLE (*Symptoms, Alergi, Medikasi, Past medical history, Last oral intake, Events*) dan dilakukan pengkajian secara *head to toe*, jika tidak dilakukan tindakan yang cepat akan berdampak pada kondisi pasien yang akan semakin memburuk sehingga dapat terjadi henti napas atau bahkan sampai kematian (Rachmawati, 2022).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk membuat karya ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makaassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan stroke hemoragik di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara.

- c. Menyusun rencana intervensi pada pasien dengan stroke hemoragik di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN).
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Membantu Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hemoragik stroke untuk meningkatkan mutu pelayanan yang cepat dan tanggap di unit Instalasi gawat Darurat agar tidak terjadi komplikasi.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menjadi landasan pengaplikasian ilmu dan pengetahuan yang didapatkan selama pendidikan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat secara cepat dan tanggap pada pasien dengan hemoragik stroke sesuai dengan *evidence based nursing*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi salah satu sumber informasi/bacaan serta acuan dibagian akademik tentang pengetahuan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan *hemoragik stroke*.

D. Metode Penulisan

Pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data atau informasi dalam penulisan karya ilmiah tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *hemoragik stroke* melalui:

1. Studi Kepustakaan

Penulis mengumpulkan data dari beberapa referensi seperti buku

2. Internet

Penulis mengumpulkan data melalui website dan jurnal online

3. Studi Kasus

Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan gawat darurat yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisis data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

a. Wawancara

Dengan mengadakan/melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga dan perawat IGD yang bertugas.

b. Observasi

Pengamatan langsung mengenai kondisi pasien dengan mengikuti tindakan yang diberikan kepada pasien dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat.

c. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien melalui inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan, BAB II: Tinjauan teoritis yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, klasifikasi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi. Kemudian, konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang. BAB III: Pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dan pasien, analisa data, diagnosis keperawatan,

pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV: Pembahasan kasus berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat. BAB V sebagai akhir dari karya ilmiah akhir yaitu penutup yang berisi tentang uraian simpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dan penyusunan karya ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Definisi

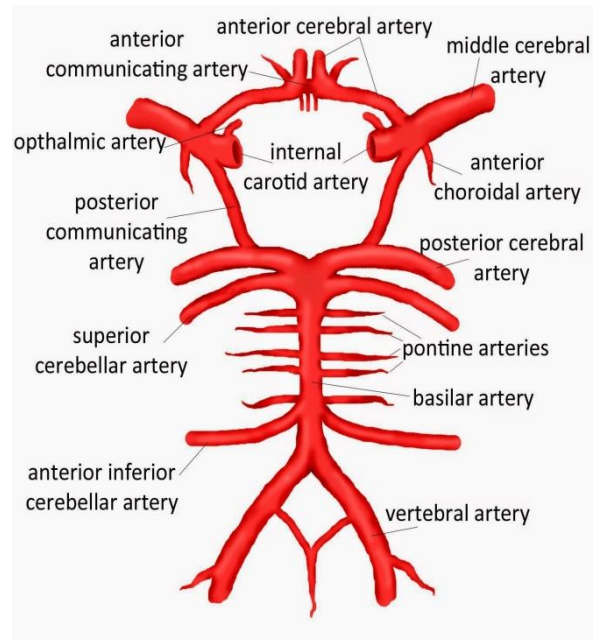
Stroke merupakan suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Chornellya, 2023). Stroke Hemoragik adalah stroke yang dikarenakan bocor atau pecahnya pembuluh darah di otak. Ada beberapa kondisi penyebab pembuluh darah di otak pecah dan mengalami perdarahan antara lain Hipertensi, Aneurisma, Pengenceran darah (Haryono & Utami, 2019)

Stroke Hemoragik adalah pecahnya pembuluh darah di otak sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya (Harsono, 2017). Stroke Hemoragik merupakan disfungsi neurologis fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan pada substansi otak yang terjadi secara spontan bukan oleh trauma kapitis, melainkan disebabkan pecahnya pembuluh darah arteri dan pembuluh darah kapiler (Nugraha, 2018).

Berdasarkan tinjauan teori diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa stroke hemoragik merupakan suatu jenis stroke yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah di otak sehingga darah tidak dapat mengalir yang dapat menyebabkan otak akan mengalami kerusakan karena aliran darah atau suplai darah ke otak menjadi terhambat yang terjadi akibat penyumbatan.

2. Anatomi Fisiologis

a. Sisten Peredaran Darah Otak



Gambar 2.2 Peredaran Darah (Dafriani, 2019)

Darah mengangkut zat asam, makanan dan substansi lainnya yang diperlukan bagi fungsi jaringan hidup yang baik. Kebutuhan otak sangat mendesak dan vital, sehingga aliran darah yang konstan harus terus diperhatikan. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh darah yang bercabang-cabang, berhubungan erat satu sama lain sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel.

Pada hemisfer otak disuplai oleh 3 pasang arteri besar yaitu : arteri serebri anterior, media dan posterior yang bercabang dan beranastomosis membentuk sirkulus wilisi. Arteri serebri anterior dan media bertanggung jawab terhadap sirkulasi di bagian depan dan merupakan cabang dari arteri karotis interna. Arteri serebri

posterior merupakan cabang dari arteri basilaris dan membentuk sirkulasi pada bagian belakang otak, yang juga mensuplai thalamus, batang otak dan otak kecil. Arteri serebri anterior mencabangkan arteri komunikans anterior sehingga membagi dua segmen arteri serebri anterior menjadi segmen proksimal dan distal. Cabang-cabang kortikal dari arteri serebri anterior akan mensuplai darah untuk daerah lobus frontalis, permukaan medial korteks serebri sampai prekuneus, korpus kalosum, permukaan lateral dari girus frontalissuperior dan medius. Cabang-cabang sentralnya mengurus hipotalamus, area preoptika dan supraoptika, kaput nucleus kaudatus, bagian anterior dari kapsula interna dan putamen. Arteri serebri media mencabangkan 4 segmen: segmen horizontal yang memanjang hingga limen insuladan menyuplai arteri lentikulostriata lateral, segmen insula, segmen operkulum, dan segmen korteks bagian distal pada hemisfer lateral. Pada sirkulasi posterior, arteri vertebralis bersatumenbentuk arteri basilaris. Arteri serebri inferior posterior merupakan cabang dari arteri vertebralis bagian distal sedangkan arteri serebri inferior anterior merupakan cabang dari arteri basilaris bagian proksimal. Arteri serebri superior merupakan cabang distal dari arteri basilaris sebelum arteri basilaris bercabang dua menjadi arteri serebri posterior. Adanya gangguan suplai darah yang melalui pembuluh darah tersebut akan menimbulkan defisit neurologis yang sesuai dengan fungsi-fungsi dari bagian otak yang terkena (Dafriani, 2019).

b. Aliran darah Otak

Aliran darah ke otak berasal dari dua pembuluh darah besar yaitu arteri akrotis interna dan arteri vertebralis yang terletak di dalam spatium subarachnoi. Darah vena mengalir ke sinus dura matris melalui vena encephali dan vena cerebelli kemudian kembali ke jantung melalui vena jugularis.

a) Arteri karotis interna

Arteri karotis interna berasal dari *arteri carotis communis* pada batas superior cartilago thyroidea. Percabangan *arteri karotis interna* sering disebut sirkulasi anterior otak. *Arteri karotis interna* membawahi 80% darah untuk mensuplai otak bagian depan, atas, lateral dan area *supra tentorial* yang berisi otak besar.

Arteri karotis eksterna memperlirahahi wajah, tiroid, lidah dan faring. arteri karotis interna sedikit berdilatasi tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotikus, dimana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespon terhadap perubahan tekanan darah arteri, yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis interna terbagi menjadi dua yaitu serebri interior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular.

Arteri serebri media menyuplai darah untuk bagian lobus temporalis, parietalis dan frontaliskorteks serebri dan membentuk penyebaran bercabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjalin suplai darah yang kuat untuk sel. Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri yaitu arteri vertebralis dan arteri karotis. Kedua arteri ini merupakan sistem arteri terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh anastomosis yang membentuk sirkulasi arterious willisi.

b) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis berasal dari arteri subclavia yang membawahkan darah untuk mensuplai bagian otak (maningen) dan area infra tentorial yang berisi cerebellum, batang otak, bagian belakang dan bawah hemisfer otak. Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteri subclavia sisi yang sama. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris yang terus berjalan setinggi otak tengah, dan disini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang dari sistem vetebrobasilaris memperdarahi medula oblongata, pons, serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon.

3. Etiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah, darah akan keluar mengisi ruang tengkorak kepala sehingga terjadi peningkatan tekanan di dalam otak yang akibatnya terjadi penurunan kesadaran secara tiba-tiba. Keadaan seperti ini disebabkan karena tekanan darah yang mengalami peningkatan cukup tinggi (Arum, 2018)

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke hemoragik disebabkan oleh arteri yang menyuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya karena tekanan darah yang mendadak tinggi atau oleh stress psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya seperti mengedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah yang pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut *aneurisma*. Pendarahan otak dapat terjadi di dalam otak yang disebut hemoragik otak sehingga otak tercemar oleh kumpulan darah (hematom) (Arum, 2018).

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak bocor atau pecah. Haryono & Utami (2019) mengatakan perdarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi yang memengaruhi pembuluh darah, antara lain :

- a. Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol (hipertensi)
- b. Overtreatment dengan antikoagulan (pengencer darah)
- c. Melemahnya dinding pembuluh darah
- d. Penyebab yang kurang umum adalah pecahnya jalinan abnormal pembuluh darah berdinding tipis (malaformasi arteriovenosa).

Menurut Haryono & Utami (2019), ada beberapa faktor risiko stroke hemoragik antara lain :

a. Faktor Predisposisi

1) Usia

Salah satu faktor terjadinya stroke hemoragik adalah pada orang-orang yang sudah lanjut usia, semakin banyak beresiko stroke di karenakan dalam hal ini terkait dengan penuaan yang terjadi secara alamiah. Pada orang yang lanjut usia, terjadi penurunan fungsi-fungsi organ tubuh dan pembuluh darah menjadi lebih kaku yang dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah yang mengakibatkan ruptur pembuluh darah dan terjadinya pembuluh darah menjadi pecah.

2) Jenis Kelamin

Tingkat kejadian stroke pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan dikarenakan kurangnya hormon estrogen pada laki-laki sehingga memicu kerusakan pada pembuluh darah, sedangkan pada perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan dalam mempertahankan sistem kekebalan tubuh sampai menopause. Namun setelah perempuan mengalami proses menopause, akan menyebabkan penurunan pada hormon estrogen yang mempengaruhi penurunan

elastisitas pembuluh darah dan rupturnya pembuluh darah sehingga menyebabkan perdarahan di otak

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi menyebabkan peningkatan tekanan darah perifer sehingga menyebabkan sistem hemodinamik dan terjadilah penebalan pada pembuluh darah serta hipertrofi dari otot jantung. Hipertensi juga mengakibatkan gangguan kemampuan auto regulasi pembuluh darah otak dikarenakan pembuluh darah ke otak akan lebih kecil dibandingkan seseorang yang memiliki tekanan darah normal. Apabila tekanan darah meningkat dan berlangsung lama maka menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral akibatnya diameter lumen pembuluh darah tersebut menjadi tetap, hal ini menyebabkan pembuluh darah serebral tidak dapat berdilatasi atau berkontraksi dengan leluasa untuk mengatasi fluktuasi dari tekanan darah sistemik.

2) Aneurisma

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

3) Malaformasi Arteriovena (*Arteriovenous malformations/AVM*)

AVM atau Malaformasi arteriovena merupakan sekelompok pembuluh darah abnormal yang menghubungkan arteri dan vena. Adanya pembuluh darah abnormal ini kemungkinan darah mengalir dari arteri ke vena tanpa melewati pembuluh darah

kapiler, artinya pada kondisi ini, darah mengalir bukan melalui jalur yang normal. Arteri bertanggung jawab untuk membawa darah kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh, sedangkan vena membawa darah kembali ke jantung dan paru. Antara keduanya terdapat kapiler yang memungkinkan darah mengalir dari arteri ke vena dan sebaliknya melalui kapiler ini oksigen dan nutrisi lain dapat mengalir ke seluruh tubuh. Pada AVM ini terdapat jalur pintas antara pembuluh darah arteri dan vena yang seharusnya tidak ada, hal ini akan menyebabkan masalah karena pembuluh darah yang banyak dari arteri dan menyebabkan pembuluh darah melemah serta mengalami pelebaran (aneurisma) yang dapat mengalami perdarahan (Chornellya, 2023).

4) Diabetes melitus

Pada penyakit diabetes mellitus akan mengalami penyakit vaskuler, yang terjadi peningkatan glukosa dalam darah sehingga aliran pembuluh darah menjadi kaku kemudian terjadi penekanan pada pembuluh darah dan dapat mengalami pecahnya pada pembuluh darah di otak.

5) Obesitas

Obesitas merupakan salah satu faktor terjadinya stroke, dikarenakan peningkatan kolesterol dan trigliserida dalam tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah sehingga terjadi aneurisma dan mengalami pecahnya pembuluh darah di otak

6) Gaya Hidup

a) Merokok

Rokok mengandung zat adiktif yang bisa menyebabkan kerja otak serta system saraf simpatis terganggu sehingga mengakibatkan oksigen dan tekanan darah ikut meningkat, denyut serta irama jantung terganggu. Rokok dapat

meningkatkan pelepasan proteinase dari makrofag pulmonary, yang menyebabkan mudah pecahnya aneurisma otak dan meningkatkan stress hemodinamik pada sirkulasi Willis (Chornellya, 2023).

b) Alkohol

Alkohol dapat mempercepat terjadinya stroke, pada alkohol dapat menyebabkan peningkatan pada tekanan darah atau hipertensi. Konsumsi alkohol yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya ICH. (Haryono & Utami, 2019).

4. Klasifikasi

a. Perdarahan Intracerebral

Perdarahan intracerebral (PSI) atau biasa dikenal dengan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) merupakan salah satu stroke hemoragik yang terjadi karena pecah atau sobeknya pembuluh darah menuju jaringan otak sehingga menyebabkan perdarahan. Perdarahan yang terjadi menyebabkan sel otak mati dan bagian otak yang terpengaruh berhenti bekerja dengan benar karena mengalami disfungsi akibat kekurangan oksigen yang ada di dalam darah. Hal ini terjadi karena tekanan darah yang tinggi atau pasien mengalami hipertensi, yang merupakan penyebab paling umum dari perdarahan intracerebral ini (Powers et al., 2019).

Perdarahan intracerebral dapat didefinisikan sebagai penyakit yang mendadak dengan gejala neurologis yang disebabkan oleh perdarahan secara spontan di area parenkim otak tanpa trauma dan berhubungan dengan hipertensi, Cerebral Amyloid Angiopathy (CAA), Arteriovenous Malformation, Kavernosa Hemangioma, tumor otak, trombotik vena serebral, aneurisma intrakranial, dan koagulopati. Intracerebral Hemorrhage yang terkait dengan CAA sebagian besar terjadi di daerah korteks serebral atau serebelum karena CAA ini melibatkan pembuluh darah di sekitar korteks. Pada

AVM perdarahan dapat terjadi karena dari aliran tinggi dengan koneksi yang tidak wajar antara arteri dan vena (Lee, 2018).

b. Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan Subaraknoid (PSA) atau biasa dikenal dengan *Subarachnoid Hemorrhage* (SAH) merupakan tipe lain dari stroke hemoragik. Perdarahan subarachnoid disebabkan karena terjadinya pembuluh darah yang pecah di dekat permukaan otak dan darah mengalir ke ruang antara otak dengantengkorak atau disebut ruang subaraknoid. Perdarahan yang terjadi menyebabkan darah tertimbun dan mengalir terus ke dalam ruangan subaraknoid yang memberikan efek tekanan pada jaringan otak dan menyebabkan pembuluh darah menjadi kejang atau dalam kondisi spasme. Spasme merupakan kondisi terjadinya kontraksi secara tiba-tiba atau tidak disengaja yang terjadi pada otot dan menyebabkan rasa nyeri, kram, atau bahkan tidak bisa berjalan (Powers, 2019).

Pada perdarahan subaraknoid ini terjadi pecahnya pembuluh darah secara tiba-tiba. Perdarahan tersebut menyebabkan cedera geger otak umum. Hal ini menyebabkan pasien mengalami kehilangan setengah kesadaran. Dengan perdarahan yang cukup besar pada serebral global atau menyeluruh dapat menyebabkan kerusakan otak yang parah sehingga dapat memicu pasien koma yang berkepanjangan. Jenis stroke perdarahan subaraknoid ini bisa juga disebabkan karena berbagai hal lain, tetapi biasanya disebabkan oleh aneurisma yang pecah (Wulandari, 2021).

c. Perdarahan Intraventrikel

Perdarahan Intraventrikel (*Intraventricular Hemorrhage* / IVH) merupakan perdarahan spontan yang terjadi dalam sistem ventrikel dengan perdarahan intraserebral. Perdarahan intraventrikular diartikan sebagai perdarahan intraserebral non

traumatik yang terbatas pada sistem ventrikel atau yang timbul di dalam atau pada sistem ventrikel. Pada orang dewasa Ivh disebabkan oleh adanya perdarahan akibat hipertensi dari struktur periventrikel (Sholichin, 2021).

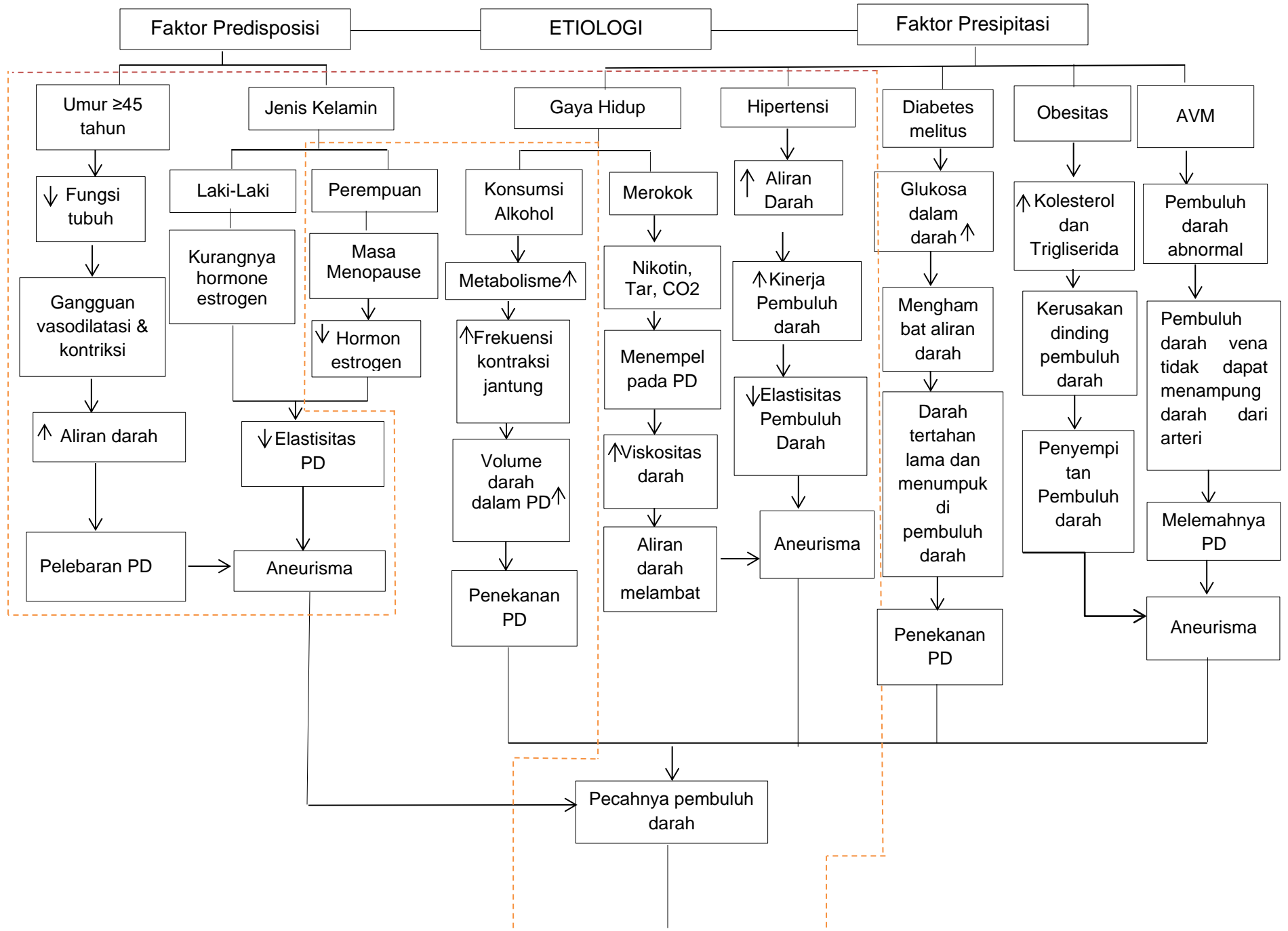
5. Patofisiologi

Stroke hemoragik terjadi disebabkan oleh pecahnya arteri, yang terjadi baik di intraserebral maupun di subaraknoid. Perdarahan intraserebral merupakan penyebab tersering, dimana dalam kondisi dinding pembuluh darah kecil yang rusak akibat tekanan darah yang tinggi atau hipertensi kronik. Hipertensi yang terus menerus dapat mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga darah mengalir ke jaringan sekitarnya dan menyebabkan terjadinya hematoma. Hematoma sendiri merupakan kondisi dimana terjadinya kumpulan darah di luar pembuluh darah. Herniasi serebri yang terbentuk akibat cedera pada dinding pembuluh darah, akibatnya hematoma yang terbentuk akan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) atau disebut peningkatan tekanan otak normal. Tekanan intrakranial sendiri dapat merusak sistem saraf pusat dengan menekan struktur otak yang penting dan dengan membatasi aliran darah melalui pembuluh darah yang menuju ke otak, sehingga otak kekurangan oksigen dan nutrisi yang sangat dibutuhkan menyebabkan otak mengalami kelumpuhan secara perlahan. Peningkatan *Transient ischemic attack* (TIA) yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian secara mendadak karena herniasi serebri (Haryono & Utami, 2019).

Perdarahan subaraknoid disebabkan oleh pecahnya aneurisma atau AVM (*Arteriovenous Malformasi*) atau pecahnya pembuluh darah (arteri) yang perdarahannya masuk ke rongga subaraknoid, sehingga menyebabkan cairan serebrospinal (CSS) terisi

oleh darah. Aneurisma merupakan lesi yang berkaitan dengan tekanan hemodinamik pada dinding arteri percabangan dan perlekukan. Pada awal aneurisma adalah adanya kantong kecil melalui arteri media yang rusak. Kerusakan ini meluas akibat dari tekanan hidrostatis dari aliran darah pulsatif dan turbulensi darah, yang paling besar berada di bifurcation arteri. Suatu aneurisma matur memiliki lapisan media, diganti dengan jaringan ikat, dan mempunyai lamina elastika yang terbatas atau tidak ada sehingga mudah terjadi ruptur. Pada saat aneurisma ruptur, terjadi ekstrasvasi darah dengan tekanan arteri masuk ke ruang subarachnoid dengan cepat menyebar melalui cairan serebrospinal mengelilingi otak dan medulla spinalis. Perdarahan intraserebral massif memiliki volume yang cukup besar, apabila perfusi turun menjadi angka nol dan alirandarah serebral berhenti maka akan mengakibatkan kematian. Perdarahan yang terjadi mengakibatkan jaringan otak yang berdekatan bergeser dan tertekan. Reaksi inflamasi di sekitar jaringan otak muncul dengan cepat dan memuncak dalam beberapa hari. Edema serebral maksimal berkembang dalam waktu sekitar 72 jam dan membutuhkan waktu sekitar 2 minggu untuk mereda. Reaksi inflamasi di sekitar jaringan otak muncul dengan cepat dan memuncak dalam beberapa hari. Perdarahan otak dapat sembuh melalui reabsorpsi makrofag membersihkan darah dari area tersebut (Adika & Ismail, 2019).

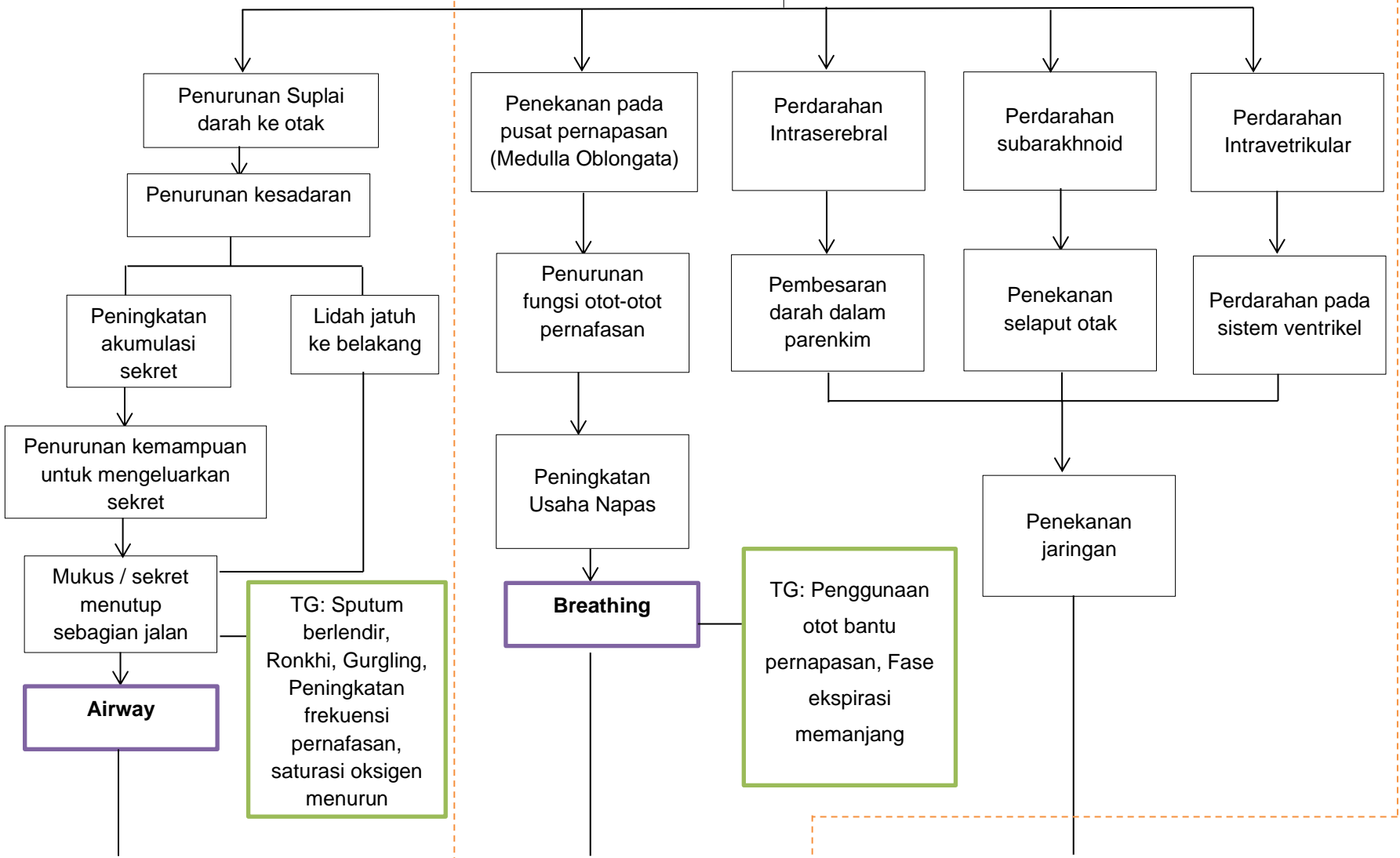
6. Pathway



- Komplikasi**
- Pneumonia
 - Gagal napas
 - PTIK
 - Kejang
 - Edema Cerebri
 - Penurunan Kesadaran
 - Dekubitus
 - Malnutrisi

- Pemeriksaan Diagnostik**
- CT SCAN
 - Pemeriksaan Laboratorium
 - MRI (Magnetic Resonance Imaging)
 - EKG
 - Foto thoraks

HEMORAGIK STROKE



SDKI : Bersihan jalan napas tidak efektif
 SLKI : Bersihan jalan napas
 SIKI : Manajemen jalan napas

SDKI : Pola napas tidak efektif
 SLKI : Pola napas
 SIKI : Dukungan ventilasi

Edema serebral

Defisit Neurologis

Lobus frontal

Kelemahan otot

Disability

TG: Tonus Otot menurun, hemiparese, hemiplegia

↑ TIK

Herniasi batang otak

Henti jantung dan gangguan pernapasan

KEMATIAN

TG: sakit kepala, TD meningkat, penurunan kesadaran

Suplai darah dan oksigen ke otak berkurang

Hipoksia jaringan

Infark serebri

TG: Penurunan kesadaran, TD meningkat, HR meningkat

Circulation

SDKI: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
 SLKI : perfusi serebral
 SIKI : Pemantauan tekanan intrakranial

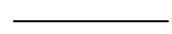
Gangguan perfusi serebral

Circulation

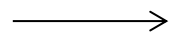
SDKI : Resiko perfusi serebral tidak efektif
 SLKI : Perfusi serebral
 SIKI : Pemantauan tekanan intrakranial

SDKI : Gangguan mobilitas fisik
 SLKI : Mobilitas fisik
 SIKI : Dukungan mobilitas fisik

Keterangan :



: Penghubung



: Menyebabkan



: Kondisi Pasien

3. Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2018), manifestasi klinik stroke hemoragik tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolaretal. Pada stroke akut gejala klinis meliputi :

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

- c. Penurunan kesadaran (Konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)

Terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

- d. Afasia (kesulitan dalam berbicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi tiga bagian yaitu *afasia motorik, sensorik dan afasia global*. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada *Area Broca*, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan lewat bicara. Afasia sensorik terjadi karena

kerusakan pada *Area Wernicke*, yang terletak pada lobustemporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada *afasia global* pasien dapat merespon pembicaraan dengan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

e. Disatria (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. Disatria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadikelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

f. Gangguan penglihatan (diplopia)

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau pariental yang dapat menghambat serat saraf optik dan korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial 2, 4 dan 6.

g. Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial 9. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan gluteus menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.

h. Inkontenesia

Inkontenesia baik bowel maupun bladder sering terjadi hal ini karena terganggunya saraf yang mensyarafi bladder dan bowel.

i. Vertigo

Mual, muntah, dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intra kranial, edema serebri.

4. Tes Diagnostik

Menurut Tarwoto (2018) pemeriksaan diagnostik pada pasien stroke hemoragik terbagi dua yaitu:

a. Radiologi

- 1) *Computerized Tomografi Scanning (CT Scan)*: mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikel otak.
- 2) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*: Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena
- 3) *Electro Encephalografi (EEG)*: Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 4) *Angiografi serebral*: Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau rupture.
- 5) *Sinar x tengkorak*: Mengetahui adanya kalsifikasi karotis interna pada thrombosis cerebral.
- 6) *Pungsi Lumbal*: Menunjukkan adanya tekanan normal, jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragik subaracnoid atau perdarahan intracranial. Kontraindikasi pada peningkatan tekanan intrakranial.
- 7) *Electro kardiogram*: Mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab stroke.

b. Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap seperti hb, leukosit, Trombosit, Eristrosit, LED
- 2) Pemeriksaan gula darah sewaktu
- 3) Kolesterol, lipid
- 4) Asam urat
- 5) Elektrolit
- 6) Masa pembekuan dan masa perdarahan

5. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

1) Terapi Osmoterapi

Osmoterapi merupakan terapi osmolar yang diberikan pada pasien hemoragik dengan tujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial. Terapi ini menggunakan larutan hipertonik dengan berat molekul rendah yang meningkatkan osmolaritas serum, sehingga menciptakan osmotik. Terapi osmotik bermanfaat untuk menurunkan pembengkakan otak, dan juga menipiskan peradangan. Terapi osmotik seperti manitol dan larutan garam hipertonik adalah pengobatan untuk mengurangi pembengkakan otak dan menurunkan tekanan intrakranial (TIK), yang diduga dapat menyebabkan penyusutan otak setelah pergeseran air keluar dari substansi otak. Berbagai zat yang digunakan sebagai terapi osmotik, antara lain urea, gliserol, sorbitol, manitol, dan salin hipertonik (Handayani & Dominica, 2019).

2) Terapi Antifibrinolitik

Antifibrinolitik adalah golongan obat yang digunakan untuk meningkatkan hemostasis, terutama ketika fibrinolisis berkontribusi terhadap perdarahan. Antifibrinolitik

mengurangi perdarahan bedah dan kebutuhan transfusi sekitar sepertiga, terlepas dari tempat operasi. Obat antifibrinolitik (asam traneksamat, asam aminocaproic, aprotinin, dan asam aminomethylbenzoic) mereduksi perdarahan dengan menghambat pemecahan gumpalan fibrin. Pemberian antifibrinolitik pada pasien stroke hemoragik dapat mengurangi perdarahan yang signifikan secara statistik (Arviyani, 2020).

3) Terapi Antihipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah penyebab utama untuk terjadinya stroke hemoragik, oleh karena itu diperlukan obat antihipertensi yang bertujuan untuk mengontrol dan menurunkan tekanan darah. Obat terapi antihipertensi seperti Nifedipin, Amlodipin, Felodipin, Isradipin, Nikardipin, Nimodipin, verapamil dan diltiazem (Ibrahim, 2021).

b. 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 dengan tujuan mengeluarkan darah dan berusaha menghentikan sumber perdarahan yang aktif. Tindakan pembedahan juga diperlukan untuk menurunkan tekanan di dalam kepala (tekanan intrakranial). Tindakan pembedahan dilakukan pada pasien dengan kondisi yang kian memburuk dengan perdarahan cerebellum berdiameter $> 3 \text{ cm}^3$, hidrocephalus akut akibat perdarahan intraventrikel atau cerebellum dilakukan VP- shunting, dan perdarahan lebar $> 60 \text{ ml}$ dengan tanda peningkatan intrakranial akut dan ancaman (Ibrahim, 2021).

c. Keperawatan

1) Elevasi kepala 30°

Posisi *head up* posisi datar dengan kepala lebih tinggi 30° dengan posisi tubuh dalam keadaan sejajar atau dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai kenyamanan pasien. Elevasi kepala 30° dapat memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral atau meningkatkan oksigen ke otak dan meningkatkan aliran darah ke otak.

2) Mika-Miki dapat mengurangi tekanan lama dan gesekan pada kulit dan mencegah terbentuknya luka tekan

6. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi menurut Haryono & Utami (2019) antara lain:

a. Pneumonia

Pasien hemoragik stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

b. Gagal napas

Dalam keadaan tidak sadar, harus tetap dipertahankan jalan napas, karena salah satu gejala dari stroke yaitu penurunan kesadaran yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas karena lidah mungkin rileks dan menyumbat orofaring sehingga terjadi gagal napas.

c. Peningkatan TIK

Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK) bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri

kepala, dan gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral. Aspirasi pasien stroke hemoragik dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap aspirasi karena tidak ada refleks batuk dan menelan.

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

e. Edema cerebri

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

f. Penurunan kesadaran

g. Dekubitus

Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak di rawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.

h. Atrofi dan kekakuan sendi (kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

i. Malnutrisi, karena intake tidak adekuat.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Muttaqin, (2017) pengkajian pada pasien dengan stroke hemoragik antara lain :

a. Identitas pasien

Identitas pasien berisikan tentang nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosis medis.

b. Keadaan umum

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik mengalami penurunan kesadaran, suara bicara kadang mengalami gangguan, yaitu sukar di mengerti, kadang tidak bisa bicara, dan tanda-tanda vital, tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

c. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering terjadi menjadi alasan pasien untuk meminta bantuan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

d. Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak pada saat pasien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dalam hal perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi, sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive, dan koma.

e. Pengkajian Primer

1) Airway

Pengkajian airway Yang pertama dikaji adalah penilaian kepatenan atau kelancaran jalan nafas. Pada pengkajian jalan nafas perlu untuk memperhatikan dengan jelas jalan nafas paten (longgar) atau mengalami obstruksi total atau partial sambil mempertahankan tulang servical. Pengkajian jalan nafas dilakukan dengan cara membuka mulut korban dan melihat muntahan, sekret, darah dan benda asing seperti gigi yang patah, mendengar suara gurling yang disebabkan oleh cairan di jalan nafas, snoring (pangkal lidah jatuh kebelakang) (Hariyono, 2019).

Menurut Hidayati (2018) pada pengkajian airway pasien didapatkan mengalami obstruksi jalan nafas yang disebabkan oleh adanya sekret atau muntah.

2) Breathing

Pengkajian breathing (pernapasan) dilakukan setelah penilaian jalan nafas. Pada pengkajian pernapasan dilakukan dengan cara: Inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Inspeksi dada pasien dengan melihat kesimetrisan pengembangan dada, frekuensi, ritme dan tipe pernapasan, serta memperhatikan ada jejas/kerusakan kulit atau tidak. Palpasi dada pasien untuk menilai ada nyeri tekan, dan penurunan ekspansi paru. Auskultasi bunyi nafas pada pasien (normal atau vesikuler menurun), kemudian nilai suara nafas tambahan seperti: stridor, ronchi, wheezing, Menghi. Perkusi pada pasien dilakukan di daerah thorak dengan hasil yang biasadi dapatkan sonor, hipersonor atau timpani bila ada udara di thorak, pekak bila ada cairan (Sholichin, 2021).

Menurut Hidayati (2018) pada pengkajian breathing pasien didapatkan perubahan pola napas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi). Napas berbunyi stridor, ronchi, menghi positif (kemungkinan karena aspirasi), pasien sesak dengan pernapasan diatas 20 x/menit.

3) Circulation

Pengkajian sirkulasi menitikberatkan pada penilaian tentang kemampuan jantung dan pembuluh darah dalam memompa darah keseluruh tubuh. Pengkajian sirkulasi meliputi: Tekanan darah, jumlah nadi, keadaan akral, dingin atau hangat, sianosis, dan bendungan vena jugularis (Sholichin, 2021).

Menurut Hidayati (2018) pada pengkajian sirkulasikondisi pasien dengan keadaan yang berat biasanya akan mengalami perubahan tekanan darah normal (hipertensi), perubahan frekuensi jantung (badikardi, takikardi yang diselingi dengan bradikardi disritmia).

4) Disability

Pada pengkajian disability dilakukan penilaian status umum dan neurologis pada pasien dengan menilai tingkat kesadaran, serta ukuran dan reaksi pupil. Penilaian lain yang perlu diperhatikan seperti adanya kelemahan, penglihatan kabur, dan kebingungan (Sholichin, 2021).

Menurut Hidayati (2018) pada pengkajian sirkulasi pasien biasanya akan mengalami adanya kelemahan atau letargi, lelah, kaku, hilang keseimbangan, perubahan kesadaran yang bisa sampai koma.

5) Exposure

Setelah mengkaji secara menyeluruh dan sistematis, mulai dari airway, breathing, circulation dan disability

selanjutnyamengkaji secara menyeluruh untuk melihat ada organ lain yang mengalami gangguan (luka atau jejas) sehingga dapat cepat memberikan penanganan (M. Amanda, 2019).

6) Foley Chateter

Pengkajian *foley chateter* menunjukkan apakah pasien perlu dipasangkan kateter atau tidak sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Dalam pengkajian ini juga perlu diketahui mengenai balance cairan, produksi urine dan warna dari urine apakah pekat atau jernih. Biasanya pada pasien hemoragik storke akan dipasangkan kateter urine karena pasien tidak mampu untuk melakukan *toileting*, dan untuk melihat jumlah urine yang dikeluarkan oleh pasien.

7) Gastric Tube

Pengkajian *gastric tube* menunjukkan apakah pasien perludipasangkan NGT atau sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Apabila terdapat pemasangan NGT untuk mengeluarkan cairan lambung maka perlu diperlukan jumlah dan warna dari cairan lambung maka perludiperhatikan jumlah dan warna dari cairan lambung tersebut. Pada pengkajian didapatkan kondisi pasien dengan hemoragik stroke pemasangan NGT bertujuan dalam pemberian makanan dan minuman serta obat yang tidak mampu diberikan langsung melalui oral dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran.

8) Heart Monitor

Pengkajian *heart monitor* dilakukan dengan menggunakan EKG terutama pada pasien yang bermasalah dengan kondisi jantungnya. Gambaran listrik jantung pada masing masing orang berbeda terutama pada penderita jantung itu sendiri.

f. Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan pasien, seperti pemakain obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral.

g. Riwayat penyakit keluarga

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

h. Pola aktivitas sehari-hari

1) Pola nutrisi

Biasanya pasien mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan makan dan minum, pasien biasanya mengeluhkan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi pada lidah, pipi dang tenggorokan, disfagia, ada riwayat diabetes mellitus, peningkatan lemak dalam darah, dengan di tandai kesulitan menelan dan obesitas.

2) Pola aktifitas dan istirahat

Biasanya pasien mengeluhkan merasa kesulitan dalam melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralitik (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat, ditandai dengan gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), kelemahan umum, gangguan penglihatan dan gangguan tingkat kesadaran

i. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum dan tingkat kesadaran

Biasanya tingkat kesadaran menurun.

2) Pemeriksaan integumen

a) Kulit : Biasanya pada pasien yang kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit jelek.

b) Kuku : Biasanya pada pasien stroke hemoragik ini capillary refill timenya < 3 detik bila ditangani secara cepat dan baik

3) Pemeriksaan kepala

a) Kepala : Pada umumnya bentuk kepala pada pasien stroke normocephalik

b) Rambut : Pada umumnya tidak ada kelainan pada rambut pasien

c) Muka : Biasanya pada wajah pasien stroke terlihat miring kesalah satu sisi.

4) Pemeriksaan dada

Pada inspeksi biasanya didapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Pada auskultasi biasanya terdengar bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada pasien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk menurun yang sering didapatkan pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada pasien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pada pengkajian inspeksi biasanya pernafasan tidak ada kelainan. Palpasi thoraks didapatkan fremitus kiri dan kanan, dan pada auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

5) Pemeriksaan abdomen

Biasanya pada pasien stroke didapatkan distensi pada abdomen, dapatkan penurunan peristaltik usus, dan kadang-kadang perut pasien terasa kembung

6) Pemeriksaan genetalia

Biasanya pasien stroke dapat mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril, inkontenesia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

7) Pemeriksaan ekstremitas

Biasanya pada pasien stroke ditemukan hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh bahkan biasanya juga didapatkan hemiplegia pada salah satu sisi tubuh.

8) Pemeriksaan neurologi

Pemeriksaan nervus cranialis

a) Saraf I (*Olfactorius*).

Biasanya pada sebagian pasien stroke ada kelainan pada fungsi penciuman.

b) Saraf II (*Optikus*).

Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial biasanya sering terlihat pada pasien hemiplegia kiri.

c) Saraf III (*Okulomotoris*), IV (*Troklearis*), dan VI (*Abdusen*)

Pemeriksaan ini diperiksa secara bersamaan, karena saraf ini bekerjasama dalam mengatur otot-otot ekstraokular. Jika akibat stroke menyebabkan paralisis,

pada satu sisi okularis biasanya didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.

d) Saraf V (*Trigeminus*).

Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi pterigoideus internus dan eksternus.

e) Saraf VII (*Fasialis*).

Pada keadaan stroke biasanya persepsi pengecapan dalam batas normal, namun wajah asimetris, dan otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat.

f) Saraf VIII (*Vestibulokoklearis/Akustikus*).

Biasanya tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

g) Saraf IX (*Glosofaringeus*) dan X (*Vagus*).

Secara anatomi dan fisiologi berhubungan erat karena glosofaringeus mempunyai bagian sensori yang mengantarkan rangsangan pengecapan, mempersyarafi sinus karotikus dan korpus karotikus, dan mengatur sensasi faring. Bagian dari faring dipersyarafi oleh saraf vagus. Biasanya pada pasien stroke mengalami penurunan kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut.

h) Saraf XI (Aksesoris).

Biasanya tidak ada atrofi otot sternokleisomastoideus dan trapezius.

i) Saraf XII (hipoglosus).

Biasanya lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi serta indra pengecapan normal.

j) Pemeriksaan Motorik

Biasanya didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparise atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain. Juga biasanya mengalami gangguan keseimbangan dan koordinasi karena hemiplegia dan hemiparise. Pada penilaian dengan menggunakan kekuatan otot, tingkat kekuatan otot pada sisi yang sakit adalah 0.

k) Pemeriksaan Reflex

Pada pemeriksaan refleks patologis. Biasanya pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang sering muncul pada pasien dengan stroke hemoragik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) antara lain :

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema cerebral (D.0066)
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi (D.0017)
- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas (D.0001)
- d. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya (D.0005)
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D. 0054)

3. Intervensi

Kriteria hasil pasien storke hemoragik menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) beserta intervensi pada pasien stroke hemoragik menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) sebagai berikut :

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema cerebral (D.0066)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran cukup meningkat - Tekanan darah cukup membaik - Bradikardi cukup membaik - Reflex neurologis cukup membaik 	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I. 06194) <p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda atau gejala peninngkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, bradikardi, pola napas irregular, kesadaran menurun) - Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi semi <i>fowler</i> atau <i>fowler</i> - Hindari teknik manuver valsava 	<p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi - Untuk mengetahui normal atau tidaknya hemostasis tubuh <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru - Mengurangi terjadinya peningkatan TIK yang dapat memperburuk perfusi jaringan serebral - Memberikan rasa aman dan nyaman pada klien <p><u>Kolaborasi</u></p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang <p><u>Kolaborasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis 	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian diuretik osmosis dapat mengurangi tekanan dalam otak (tekanan intrakranial, tekanan dalam bola mata serta pembengkakan otak atau edema cerebral)
2	Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi (D.0017)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam diharapkan keadekuatan aliran darah serebral klien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Perfusi Serebral (L. 02014)</p> <ul style="list-style-type: none"> - tingkat kesadaran meningkat - gelisah menurun - sakit kepala menurun - tekanan darah sistolik membaik - tekanan darah diastolic membaik 	<p>Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)</p> <p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi peningkatan tekanan intrakranial - Monitor peningkatan TD - Monitor penurunan tingkat kesadaran <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan posisi kepala dan leher netral. - Berikan periode istirahat antara tindakan perawatan dan batasi lamanya prosedur <p><u>Edukasi</u></p> <p>Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>	<p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan. - Suatu keadaan normal bila sirkulasi serebral terpelihara dengan baik atau fluktuasi ditandai dengan tekanan darah sistemik. Dengan peningkatan tekanan darah (diatolik) maka dibarengi dengan peningkatan tekanan darah intrakranial. Adanya peningkatan tensi, bradikardia, disritmia, dispnea

		<ul style="list-style-type: none"> - kesadaran membaik 		<p>merupakan tanda terjadinya peningkatan TIK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan kesadaran menunjukkan peningkatan TIK dan berguna menentukan lokasi dan perkembangan penyakit <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan kepala pada satu sisi dapat menimbulkan penekanan pada vena jugularis dan menghambat aliran darah otak (menghambat drainase pada vena serebral). - Tindakan terus-menerus dapat meningkatkan TIK oleh efek rangsangan kumulatif <p><u>Edukasi</u></p> <p>Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan klien dan mengurangi kecemasan.</p>
3	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam maka bersihan jalan	Manajemen jalan napas (l. 01011) <u>Observasi</u>	<p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui kondisi pernapasan pasien dan status oksigen

	<p>jalan napas (D.0001)</p>	<p>napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea membaik - Frekuensi napas membaik - Pola napas membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (Mis. <i>Gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronkhi kering) <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi fowler atau fowler - Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik - Berikan oksigen, jika perlu <p><u>Edukasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan asupan cairan 200 ml/hari, jika tidak kontraindikasi <p><u>Kolaborasi</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengidentifikasi suara napas tambahan <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu mempertahankan kestabilan pola napas - Untuk mengeluarkan sekret yang menghalangi jalan napas - Meningkatkan suplai oksigen dan mencegah terjadinya sianosis <p><u>Edukasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk merangsang fungsi pernapasan atau ekspansi paru <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>Pemberian bronkodilator untuk membantu melonggarkan jalan napas, pemberian ekspektoran dan mukolitik untuk menurunkan kekentalan dan merangsang pengeluaran sekret</p>
--	-----------------------------	--	---	---

			Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran, mukolitik, jika perlu	
4	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D. 0005)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam maka pola napas membaik dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea menurun. - Penggunaan otot bantu napas menurun, - Frekuensi pernapasan membaik. - Kedalaman napas membaik. 	Dukungan ventilasi (I. 01002) <u>Observasi</u> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen) <u>Terapeutik</u> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi semi <i>fowler</i> atau <i>fowler</i> - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan 	<u>Observasi</u> <ul style="list-style-type: none"> - meminimalkan kelelahan - mengetahui adanya perubahan nilai SPO2 dan status hemodinamik. <u>Terapeutik</u> <ul style="list-style-type: none"> - meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru - meningkatkan suplai oksigen dan mencegah terjadinya sianosis
5	Gangguan mobilitas fisik berhubungan	Setelah dilakukan pengkajian selamax 24 jam diharapkan	Dukungan mobilisasi (I. 05173) <u>Observasi</u>	<u>Observasi</u> <ul style="list-style-type: none"> - Deteksi dini apakah ada pencetus nyeri atau keluhan

	<p>dengan gangguan neuromuskuler (D. 0054)</p>	<p>tingkat mobilitas klien meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - pergerakan esktremitas meningkat - kekuatan otot meningkat - rentang Gerak (ROM) meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobiltas dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan melakukan mobilisasi dini <p><u>Edukasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur ROM Pasif kepada pasien - Anjurkan mengubah posisi tiap 2 jam 	<p>lainnya yang memperhambat mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji seberapa mampu pasien mobilisasi - Mendeteksi dan mengidentifikasi kelainan fisiologis secara dini dan memantau tindakan yang diberikan untuk mendapatkan informasi keseimbangan homeostatik tubuh. <p><u>Terapeutik</u></p> <p>Membantu pasien dalam mobilisai dengan mudah</p> <p>Membantu pasien dalam melakukan pergerakan yang aman</p> <p>Keluarga merupakan support system dan motivasi bagi pasien dalam meningkatkan asuhan keperawatan</p> <p><u>Edukasi</u></p>
--	--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none">- Ajarkan ROM pasif	<ul style="list-style-type: none">- Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan klien dan mengurangi kecemasan- Mengidentifikasi adanya luka dekubitus- Mempertahankan mobilitas sendi, mengembalikan control motorik, mencegah terjadinya kontraktur pada ekstremitas yang mengalami hemiparase dan meningkatkan sirkulasi.
--	--	--	---	---

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

Menurut Arum (2018) ada beberapa hal penting yang harus disampaikan saat pasien akan pulang, antara lain:

a. Bantu pasien untuk berpindah tempat

Jika pasien masih mengalami gejala sisa seperti kelemahan anggota gerak, pasien belum mampu bergerak sendiri sehingga resiko jatuh sangat tinggi.

b. Ajak pasien untuk bergerak

Ajak pasien untuk menggerakkan sendi-sendi di tubuhnya setiap hari, termasuk area yang lemah. Hal ini dapat mencegah kekakuan pada bagian tubuh tersebut. Ini adalah aktivitas tambahan untuk melatih otot dan saraf di area yang lemah, selain dengan mengunjungi tempat rehabilitasi medis.

c. Bantu pasien untuk makan

Pasien stroke sering kali mengalami gangguan menelan atau disfagia. Beberapa pasien pulang juga masih menggunakan NGT/Selang makan. Jadi, bantu untuk memposisikan pasien duduk dengan lebih tegak ketika sedang makan. Letakkan makanan pada sisi yang sehat. Hal ini untuk mencegah terjadinya tersedak, yang bisa membahayakan nyawa.

d. Ajak bicara

Pasien stroke sering kali mengalami gangguan bicara /Afasia. Agar pasien dapat kembali berkomunikasi dengan lancar, sering-seringlah mengajaknya mengobrol. Motivasi pasien untuk berusaha berbicara dan mengucapkan kata-kata, gunakan alat bantu untuk berbicara, misal dengan menulis di kertas.

e. Latih kesehatan otaknya

Bantu pasien untuk melatih otaknya dengan memberi informasi hari, waktu, dan mengingat nama orang-orang yang berada di sekitarnya.

f. Ciptakan lingkungan yang aman

Sesuaikan lingkungan dengan derajat keparahan stroke pasien. Ciptakan lingkungan yang aman namun tetap nyaman bagi pasien, misalnya:

- 1) Mengatur tempat tidur agar posisinya tidak terlalu tinggi dan meletakkan benda-benda yang dibutuhkan dalam jangkauan pasien
- 2) Pastikan juga lantai yang tidak licin, agar pasien tidak mudah terpeleset atau terjatuh.
- 3) Bantu mengingatkan jadwal minum obat
- 4) Ingatkan jadwal kunjungan ke klinik rehabilitasi medis.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Seorang laki-laki berusia 57 tahun diantar keluarganya ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Bhayangkara Makassar pada tanggal 11 Mei 2023 dengan diagnosis *Hemoragik Stroke* (HS). Pasien masuk dengan penurunan kesadaran, Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien mengeluh tengang pada leher, disertai nyeri kepala hebat, sesak napas, gelisah, lemas, disertai muntah \pm 2 kali, dan penurunan nafsu makan. Lalu \pm 7 jam lalu pasien mulai mengalami penurunan.

Dari hasil pengkajian didapatkan, pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 8 M:4,E:2,V:2 (sopor), tampak keadaan umum lemah, tampak sesak (dispnea), tampak penggunaan otot bantu napas, Kulit teraba dingin, tampak pucat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, mata cekung (+), kaku kuduk (+), test Babinsky patologis (+), pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 157/54 mmHg, N: 57 x /menit, P: 14 x/memit, S: 36,9°C, pemeriksaan penunjang CT-Scan Kesan: Hematoma intracerebral dextra, intraventrikel dan subarachnoid.

Saat masuk Rumah Sakit, pasien diberikan posisi semi fowler, pemberian O₂ NRM 10 L/menit, pemasangan infus dengan ukuran abocath 20, cairan yang terpasang RL 500 cc 15 tpm, terapi yang diberikan suntikan Tanexamet 500 mg /8 jam/ IV, Citicolin 500 mg /24 jam / IV, Ranitidine 50 mg / 8 jam/ IV, Ketorolac 30 mg / 8 jam / IV, Nimorob 60 m / 6 jam /IV, Monitol 125 cc / 8 jam / IV. Dari data diperoleh dua diagnosis keperawatan yakni penurunan kapasitas intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke hemoragik) dan pola napas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan neuromuskular.

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Pasien

Nama Pasien (Initial) : Tn. R
 Umur : 56 Tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Tanggal/Jam MRS : 11 Mei 2023/ Jam 19:05
 Tanggal/Jam Pengkajian : 11 Mei 2023/ Jam 19:06
 Diagnosa Medis : Hemoragik Stroke

2. Pengkajian

a. Kesadaran umum: Pasien tampak lemah, tampak tidak sadar, tampak sesak napas, dan masuk ke IGD menggunakan brankar.

b. Triase:

Prioritas 1 Prioritas 2 Prioritas 3 Prioritas 4 Prioritas 5

Alasan (kondisi pada saat masuk):

Pasien mengalami penurunan kesadaran GCS 8 dan defisit neurologis akut (hemiparesis).

c. Penanganan yang telah dilakukan di *pre-hospital*

Tidak ada Neck collar Bidai Oksigen Infus RJP
 lainnya

d. Keluhan utama: Penurunan kesadaran

Riwayat keluhan utama:

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien mengeluh tegang pada leher, disertai nyeri kepala hebat, sesak napas, gelisah, lemas, disertai muntah ± 2 kali, dan penurunan nafsu makan. Lalu ± 7 jam yang lalu pasien mulai mengalami penurunan kesadaran sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke IGD RS Bhayangkara.

e. Riwayat penyakit dahulu: keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu, diabetes ± 3 tahun yang

lalu dan tuberculosis 2 tahun yang lalu, tetapi pasien tidak pernah mengkonsumsi obat-obat hipertensi dan diabetes. Pasien hanya mengkonsumsi obat tuberculosis yaitu Rifampicin tuntas.

f. Survey primer

1) *Airway dan control cervical*

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Paten | Suara Napas: |
| <input type="checkbox"/> Tidak paten | <input checked="" type="checkbox"/> Normal |
| <input type="checkbox"/> Benda asing | <input type="checkbox"/> Stridor |
| <input type="checkbox"/> Sputum | <input type="checkbox"/> Snoring |
| <input type="checkbox"/> Cairan/ darah | <input type="checkbox"/> Gurgling |
| <input type="checkbox"/> Lidah jatuh | <input type="checkbox"/> Tidak ada suara napas |
| <input type="checkbox"/> Lainnya | <input type="checkbox"/> Lainnya |

Fraktur servikal

- Ya
 Tidak

Data lainnya:

2) *Breathing*

Frekuensi : 14 x/menit

Saturasi oksigen : 80 %

- Napas Spontan
 Apnea
 Orthopnea
 Sesak

Tanda distress pernapasan:

- Retraksi dada/interkosta

Suara tambahan

- Wheezing

Penggunaan otot bantu napas

Cuping hidung

Rhonci

Rales

Lainnya

Irama pernapasan

Teratur

Tidak teratur

Dalam

Dangkal

Perkusi

Sonor

Pekak

Redup

Lokasi

Pengembangan dada

Simetris

Tidak simetris

Krepitasi

ya

Tidak

Suara napas

Vesikuler

Broncho-vesikuler

Bronkhial

Distensi vena jugularis

Ya

Tidak

Vocal Fremitus:

Tidak dapat dikaji

Jejas

Ya

Tidak

Lokasi:

Luka/Fraktur

Ya, sebutkan

Tidak

Data lainnya: keluarga pasien mengatakan pasien sesak sejak \pm 7 jam yang lalu, keluhan sesak dialami memberat sejak \pm 2 jam yang lalu, terutama saat pasien setelah meminum kopi dan merokok.

3) *Circulation*

Tekanan darah : 157/54 mmHg

Suhu : 36,9°c

Nadi : 57x/menit

Frekuensi : 14x/menit

Tidak teraba

Kuat

Lemah

Teratur

Tidak teratur

Kulit dan ekstremitas

Hangat

Dingin

Sianosis

Pucat

CRT>2 detik

Edema

Lainnya :

Mata cekung

Ya

Tidak

Diaphoresis

Ya

Tidak

Turgor kulit

Elastis

Menurun

Buruk

Perdarahan

Ya, jumlah: cc

Warna

Melalui

Tidak

Bibir

Lembab

Kering

Nyeri dada

Tidak

Ya (Jelaskan PQRST)

Data lainnya:

4) *Disability*

Tingkat kesadaran GCS

Kualitatif : Sopor

Kuantitatif : M: 4

V: 2

E: 2

Σ : 8

Refleks

Positif

Negatif

Test Babinsky

Positif

Negatif

Pupil

Isokor

Anisokor

Midriasis

Kaku kuduk

Ya

Tidak

Uji Kekuatan Otot

Kesimpulan: hemiparese sinistra

5) *Exposure* (dikaji khusus pasien trauma), lakukan *log roll*:

Tidak ditemukan masalah

Luka

Jejas

Jelaskan:

Data lainnya:

6) *Foley chateter*

- Terpasang, Output: 200 cc/jam
 Warna: Kuning pekat
 Lainnya:
- Tidak Terpasang

7) *Gastric tube*

- Terpasang, Output: cc/jam
 Warna:
 Lainnya:
- Tidak terpasang

8) *Heart Monitor*

- Terpasang, Gambaran: Sinus Bradikardi (Frekuensi: 57 x/menit)
 Lainnya :
- Tidak terpasang

g. Survey sekunder (dilakukan jika survey primer telah stabil):

Riwayat Kesehatan SAMPLE

- 1) Symptomp: Tegang pada leher, nyeri kepala hebat, sesak napas, gelisah, disertai muntah ± 2 kali, lemas dan nafsu makan menurun.
- 2) Alergi: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan atau obat-obatan.
- 3) Medikasi: Keluarga pasien mengatakan tidak ada obat yang dikonsumsi oleh pasien sebelumnya, kecuali 2 tahun lalu mengonsumsi rifampicin selama 6 bulan
- 4) Past medical history: Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi ± 5 tahun yang lalu, diabetes ± 3 tahun yang lalu dan tuberculosis sejak 2 tahun yang lalu.

- 5) Last oral intake: Keluarga mengatakan pasien terakhir kali minum kopi 2 gelas \pm 7 jam yang lalu.
- 6) Events: Keluarga pasien mengatakan awalnya pasien mengalami tegang pada leher, nyeri kepala hebat, sesak napas, gelisah, disertai muntah \pm 2 kali, lemas dan nafsu makan menurun, setelah minum kopi dan merokok.

Tanda-tanda vital:

TD : 140/61mmHg

FP : 17 x/menit

Nadi : 54 x/menit

Suhu : 36,8 $^{\circ}$ c

Saturasi: 94%

Pengkajian psikososial: Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Merasa bersalah |
| <input type="checkbox"/> Cemas | <input type="checkbox"/> Merasa putus asa |
| <input type="checkbox"/> Panik | <input type="checkbox"/> Perilaku agresif |
| <input type="checkbox"/> Marah | <input type="checkbox"/> Mencederai diri |
| <input type="checkbox"/> sulit berkonsentrasi | <input type="checkbox"/> Mencederai orang lain |
| <input type="checkbox"/> Tengang | <input type="checkbox"/> Keinginan bunuh diri |
| <input type="checkbox"/> Takut | <input type="checkbox"/> Lainnya |
| <input type="checkbox"/> Merasa sedih | |

Pengkajian *head to toe* :

1. Kebersihan rambut: Tampak bersih, tidak ada ketombe, tampak ada uban
2. Kulit kepala: Tampak kulit kepala bersih dan lembab

3. Hygiene rongga mulut: Tampak tidak ada sariawan, tampak ada karang gigi, dan tampak pasien tidak memakai gigi palsu
4. Kornea: Tampak jernih
5. Pupil: Tampak isokor pada kedua mata
6. Lensa mata: Tampak jernih
7. TIO: Teraba tekanan yang sama pada kedua mata
8. Palpebra/kongjungtiva: Tidak tampak edema/ tidak tampak anemias
9. Sclera: Tampak tidak ikterik
10. Pina: Tampak simetris
11. Kanalis: Tampak ada serumen
12. Membrane timpani: Tampak utuh
13. Hidrasi kulit: Kembali ≤ 3 detik
14. Hidung: Tampak septum berada di tengah, tampak tidak ada secret atau lesi maupun perdarahan pada hidung.
15. Lidah: Tampak bersih
16. Pharing: Tampak tidak ada perdarahan
17. Kelenjar getah bening: Tidak teraba adanya kelenjar getah bening
18. Kelenjar parotis: Tampak tidak ada pembesaran
19. Kulit:
 - a. Edema : Negatif
 - b. Ikterik : Negatif
 - c. Tanda-tanda radang: Tidak tampak adanya peradangan
20. Abdomen:
 - a. Inspeksi : Tampak datar, tidak ada bayangan vena
 - b. Auskultasi : Peristaltik usus 15x/menit
 - c. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan lepas
 - d. Perkusi : Terdengar bunyi tympani
21. Perkusi ginjal : Tidak dapat dikaji
22. Palpasi kandung kemih: Teraba kosong

23. Jantung

- a. Inspeksi : Tidak tampak ictus cordis
- b. Palpasi : Ictus cordis teraba pada ICS V linea midclavicularis sinistra
- c. Perkusi:
 - Batas atas jantung : ICS II
 - Batas bawah jantung : ICS V
 - Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra
 - Batas kiri jantung : Linea axilaris anterior sinistra
- d. Auskultasi:
 - Bunyi jantung II A : Tunggal ICS linea sternalis dextra
 - Bunyi jantung II P : Tunggal ICS II sternalis sinistra
 - Bunyi jantung IT : Tunggal ICS IV linea sternalis sinistra
 - Bunyi jantung IM : Tunggal ICS V linea midclavicularis sinistra
 - Bunyi jantung III irama gallop: Tidak terdengar
 - Murmur: Tidak terdengar

24. Lengan dan tungkai

- a. Inspeksi : Tampak tidak terdapat edema
- b. Atrofi : Negatif
- c. Rentang gerak
 - 1) Kaku sendi : Tidak dapat dikaji
 - 2) Nyeri sendi : Tidak dapat dikaji
 - 3) Fraktur : Tampak tidak ada fraktur
 - 4) Parese : Sisi tubuh sebelah kiri
 - 5) Paralisis : Tidak dapat digaji

25. Uji saraf kranial tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

h. Pemeriksaan penunjang

1. Elektrokardiogram (Tanggal, 11 Mei 2023, Pukul: 19:30 WITA)

Kesan: Sinus bradikardi

2. Foto rontgen (Tanggal, 11 Mei 2023, Pukul: 20:40)

Kesan: TB dextra lama aktif dengan emfisema paru

3. CT-Scan (Tanggal, 11 Mei 2023, Pukul: 20:40)

Kesan: Hematoma intracerebral dextra, intraventrikel dan subarachnoid

4. Laboratorium

Darah Rutin (Tanggal, 11 Mei 2023, Pukul 19:50)

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	12.90	$10^3/\text{ul}$	4.0 - 10.0
RBC	4.11	$10^6/\text{ul}$	4.0 – 5.50
HGB	12.4	g/dl	11.0 – 16.0
HCT	37.6	%	37.0 – 54.0
MCV	91.5	Fl	80.0 – 100.0
MCH	30.2	Pg	27.0 – 34.0
MCHC	33.0	g/dl	30.0 – 36.0
PLT	227	$10^3/\text{ul}$	150.0 – 400.0
RDW-SD	47.2	Fl	35.0 – 56.0
RDW-CV	13.2		11.0 – 16.0

i. Farmakologi (nama obat/dosis/waktu/jalur pemberian)

1. Tranexamet 500 mg /8 jam/ IV
2. Citicolin 500 mg / 24 jam / IV
3. Ranitidine 50 mg / 8 jam/ IV
4. Ketorolac 30 mg / 8 jam / IV
5. Monitol 125 cc / 8 jam / IV

Terapi lainnya (jika ada)

1. Cairan RL 15 tetes / menit
2. Oksigen NRM 10 liter 56

IDENTIFIKASI MASALAH

Nama/ Umur : Tn. R / 58 tahun

Ruang/ Kamar : IGD

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien mengeluh tegang pada leher, disertai nyeri kepala hebat, sesak napas, gelisah, lemas, disertai muntah ± 2 kali, dan penurunan nafsu makan - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak ± 7 jam yang lalu - Keluarga pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu, diabetes ± 3 tahun yang lalu dan tuberculosis 2 tahun yang lalu. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemah - Tampak penurunan kesadaran - Kulit teraba dingin - Tampak pucat - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Mata cekung (+) - Bibir kering (+) - Kaku kuduk (+) - Kesadaran Sopor - GCS: 8 (M:4, E:2, V:2) - Test Babinsky patologis (+) - TD: 157/54 mmHg - FN: 57 x /menit - Uji kekuatan otot 	Edema serebral (stroke hemoragik)	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D 0066)

	<p>Hemiparese sinistra</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan CT Scan kepala: Hematoma intracerebral dextra, intraventrikel dan subarachnoid 		
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien sesak sejak \pm 7 jam yang lalu - Keluarga mengatakan sesak memberat sejak \pm 2 jam yang lalu. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak (dispnea) - Tampak penggunaan otot bantu pernapasan - Tampak pernapasan tidak teratur dan dalam - SpO2 80 % - Frekuensi pernapasan: 14 x/menit 	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif (D 0005)

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn. R / 58 tahun

Ruang/ Kamar : IGD

No	Diagnosa Keperawatan
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke hemoragik) dibuktikan dengan tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi melebar, bradikardi, tingkat kesadaran menurun, refleks neurologis terganggu (D.0066).
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan dipsnea, penggunaan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang (D 0005)

C. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn. R / 58 tahun

Ruang/ Kamar : IGD

No	Prioritas Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke hemoragik) dibuktikan dengan tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi melebar, bradikardi, tingkat kesadaran menurun, refleks neurologis terganggu (D.0066).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 jam maka diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran cukup meningkat - Tekanan darah cukup membaik - Bradikardi cukup membaik - Refleks neurologis cukup membaik 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, kesadaran menurun) - Mengidentifikasi penyebab TIK (mis, lesi gangguan metabolisme, edema serebral) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi semi fowler atau fowler - Hindari manuver valsava - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Kolaborasi pemberian obat termasuk diuretik osmotik
2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan dipsnea, penggunaan otot bantu	Setelah dilakukan intervensi selama 6 jam maka diharapkan pola napas	<p>Dukungan ventilasi (I.01002)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. Frekuensi dan kedalaman napas,

	napas, fase ekspirasi memanjang (D 0005)	membaik dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea cukup menurun - Penggunaan otot bantu napas cukup menurun - Pemanjangan fase ekspirasi cukup menurun - Frekuensi napas cukup membaik - Kedalaman napas cukup membaik 	penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi semi fowler atau fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan
--	--	---	--

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/ umur: Tn. R / 58 tahun

Ruang/ Kamar : IGD

Tanggal	Diagnosis keperawatan	Waktu	Implementasi	Nama perawat
11 Mei 2023	I & II	19.06	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Pasien dalam posisi elevasi kepala 30°	Anjeli parumpa
	II	19.10	Memberikan oksingen sesuai kebutuhan Hasil: Terpasang O2 <i>Non Rebreathing Mask</i> (NRM) 10 liter/menit	Antjelita milenia kabo
	I & II	19.50	Kolaborasi pemberian obat termasuk diuretilk osmotik Hasil: - Monitol 125 cc / 8 jam / IV - Tanexamet 500 mg/8 jam/ IV - Citicolin 500 mg /24 jam / IV - Ranitidine 50 mg/ 8 jam/ IV - Ketorolac 30 mg / 8 jam / IV	Anjeli parumpa
	I	20.05	Hindari manuver valsava Hasil: tampak keluarga paham dengan penjelasan perawat untuk menghindari manuver valsava	Anjeli Parumpa
	I	20.10	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	Antjelita Milenia Kabo

			Hasil: tampak perawat membatasi kunjungan, tampak ruangan tidak bising, tampak ruangan terpasang AC	
	I	20.12	Mengidentifikasi penyebab TIK (mis, lesi gangguan metabolisme, edema serebral) Hasil: Tanda-tanda vital, TD: 140/61 mmHg FP: 17 x/menit, N :54 x/menit	Anjeli Parumpa
	I	20.14	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, kesadaran menurun) Hasil: - Tampak KU masih lemah - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran: kesadaran sopor, GCS 8 (M:4, E:2, V:2). - Kaku kuduk (+) - Test Babinsky patologis (+) - Tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri	Antjelita Milenia Kabo
	II	20.45	Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. Frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen) Hasil: - Tampak pasien masih sesak - Frekuensi pernapasan 17x/menit - SpO2 94%	Anjeli Parumpa

	II	20.47	Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas Hasil: Tampak pasien menggunakan otot bantu napas	Anjelita Milenia Kabo
--	----	-------	---	-----------------------------

E. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/ umur: Tn. R / 58 tahun

Unit: IGD

Tanggal	Diagnosis	Jam	Evaluasi Keperawatan	Nama perawat
11/05/2023	I	21.10	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak KU masih lemah - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran: kesadaran sopor, GCS 8 (M:4, E:2, V:2). - Kaku kuduk (+) - Test Babinsky patologis (+) - Observasi TD 140/61 mmHg, N: 54 x/menit - Tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri <p>A : Kapasitas adaptif intrakranial belum meningkat</p> <p>P : lanjutkan intervensi di ruangan ICU</p>	Anjeli Parumpa
	II	21.11	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak KU masih lemah - Pasien tampak dalam posisi semi fowler - Tampak terpasang O2 NRM dengan pemberian 10 liter/menit - Tampak pasien menggunakan otot bantu napas - Frekuensi pernapasan 17 x/menit - Tampak Spo2 94 % 	Antjelita Milenia Kabo

			A : Pola napas belum membaik P : lanjutkan intervensi di ruangan ICU	
--	--	--	---	--

DAFTAR OBAT

a. Asam Tranexamat

1. Klasifikasi/golongan obat: Anti-fibrinolitik
2. Dosis umum : 0,5-1 gram
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg /8 jam/ IV
4. Cara pemberian obat : diberikan melalui intravena
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat : asam tranexamat adalah obat golongan Anti-fibrinolitik yang digunakan untuk membantu menghentikan perdarahan pada sejumlah kondisi, misalnya mimisan, cedera, perdarahan akibat menstruasi berlebihan, dan perdarahan pada penderita angio-edema turunan.
6. Kontra indikasi : kontra indikasi asam traneksamat yaitu berdasarkan riwayat penyakit sebelumnya, seperti hipersensitivitas, tromboemboli, trombosis dan perdarahan.
7. Efek samping obat : obat asam traneksamat menimbulkan efek samping sakit kepala, nyeri otot, atau nyeri sendi, mual dan muntah, lemas dan pusing.

b. Citicoline

1. Klasifikasi/golongan obat : Golongan obat neuroprotektan
2. Dosis umum : Dosis 500-1000 mg IV/IM / 24 jam
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg /24 jam / IV
4. Cara pemberian obat : Citicoline diberikan melalui injeksi intravena pada bolus selang infus.
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat: mekanisme kerja dari citicolin yaitu memperbaiki membrane sel saraf melalui peningkatan sintesis phosphatidylcholine, kemudian memperbaiki neuron kolinergik, yang rusak melalui potensial dari produksi asetilkolin, lalu mengurangi penumpukan asam lemak bebas pada kerusakan sphingomyelin

setelah suatu keadaan ischemia. Citicoline digunakan untuk mengobati penyakit alzheimer dan jenis demensia lainnya, luka dikepala, stroke, penyakit parkinson serta glaucoma. Selain itu fungsi obat citicolin adalah untuk meningkatkan metabolisme glukosa di otak serta meningkatkan jumlah oksigen ke otak.

6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk meningkatkan jumlah oksigen ke otak.
7. Kontra indikasi : tidak boleh diberikan pada orang dengan hypertonia system saraf parasimpatis.
8. Efek samping obat: sakit kepala, diare, nyeri dada, konstipasi, mual, dan muntah.

c. Ranitidine

1. Klasifikasi atau golongan obat : golongan antasida, antirefluks, antituleserasi.
2. Dosis umum : pada orang dewasa 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/kg BB/jam melalui infus. Lalu diberikan secara oral 150mg, sebanyak 2x/hari.
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 50 mg / 8 jam/ IV
4. Cara pemberian obat : ranitidine dapat diberikan lewat oral, injeksi, intramuscular dan intravena.
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat : ranitidine bekerja dengan cara mengurangi produksi asam lambung, sehingga asam yang dilepaskan kedalam sistem pencernaan akan berkurang yang membuat sekresi asam lambung menurun. Ranitidine merupakan antagonis kompetitif reversible respons histamin pada sel parietal mukosa lambung yang berfungsi untuk mengsekresi asam lambung.

6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : ranitidine diberikan untuk mengurangi indikasi peningkatan asam lambung pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran.
 7. Kontra indikasi : hindari penggunaan ranitidine pada pasien dengan kondisi medis seperti : alergi terhadap ranitidine, riwayat porfiria akut yang yaitu kelainan pembentukan heme (salah satu bagian hemoglobin) yang tidak sempurna.
 8. Efek samping obat : efek samping yang mungkin terjadi seperti sakit kepala, diare, mual, nyeri perut, dan rasa tidak nyaman pada perut.
- d. Ketorolac
1. Klasifikasi atau golongan obat : golongan antiinflamasi nonsteroid (OAINS).
 2. Dosis umum : 10-30 mg setiap 4-6 jam, jika diperlukan pemberian ketorolac bisa dilakukan setiap 2 jam. Dosis maksimal 90 mg/hari dan dosis tablet adalah 10-20 mg setiap 4-6 jam. Dosis maksimal 40 mg/hari.
 3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 30 mg / 8 jam / IV.
 4. Cara pemberian obat : dapat melalui intravena.
 5. Mekanisme kerja dan fungsi obat : ketorolac bekerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri.
 6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk meredakan rasa nyeri yang dialami pasien.
 7. Kontraindikasi : alergi terhadap obat ketorolac, memiliki riwayat luka atau tukak lambung dan perdarahan disaluran pencernaan, penderita gagal ginjal dan penderita gagal jantung.
 8. Efek samping obat : nyeri perut, mual dan muntah, tekanan darah meningkat, diare, sakit kepala, rasa terbakar atau nyeri pada lokasi injeksi.

e. Monitol

1. Klasifikasi atau golongan obat : golongan diuretik osmotik.
2. Dosis umum: dewasa 1,5-2 gram/kgBB diberikan melalui infus ke pembuluh darah vena (intravena/IV) selama 30-60 menit.
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 125 cc / 8 jam / IV.
4. Cara pemberian obat cara pemberian obata melalui intravena (IV). Pemberian melalui infus dapat membantu mempercepat penyerapan obat.
5. Cara pemberian obat: monitol adalah cairan infus yang digunakan untuk mengurangi tekanan dalam otak (tekanan intrakranial) tekanan dalam bola mata (tekanan intraokular) dan pembengkakan otot (cerebral edema). Mekanisme kerja monitol untuk menurunkan tekanan intrakranial adalah dengan cara meningkatkan osmolalitas plasma sehingga aliran cairan dari jaringan menuju ke dalam plasma meningkat, terjadi penurunan viskositas darah. Penurunan viskositas darah mengakibatkan penurunan tahanan dalam pembuluh darah otak hal ini menyebabkan aliran darah ke otak meningkat, diikuti dengan vaonkontriksi dari pembuluh darah otak dan terjadi penurunan tekanan intrakranial.
6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengurangi tekanan intrakranial.
7. Kontra indikasi: tidak boleh digunakan untuk pasien dengan hipersensivitas terhadap obat ini, kondisi anuria, edema paru berat, gagal ginjal, dehidrasi berat.
8. Efek samping obat: efek samping yang mungkin dapat timbul seperti demam, pusing, mual, muntah dan sakit kepala.

f. Terapi cairan (RL 500 cc)

Ringer laktat adalah cairan yang isotonis dengan darah dan dimaksudkan untuk cairan pengganti. Ringer laktat merupakan cairan

kristaloid digunakan antaranya luka bakar, syok, dan cairan preload pada operasi. Ringer laktat merupakan cairan komposisi elektrolit, satu liter cairan ringer laktat memiliki kandungan 130 mEq ion natrium setara dengan 130 mmol/L, 3 mEq ion kalsium setara dengan 1,5 mmol/L. Anion laktat yang terdapat dalam ringer laktat akan dimetabolisme di hati dan diubah menjadi bikarbonat untuk mengoreksi keadaan asidosis, sehingga ringer laktat baik untuk mengoreksi asidosis. Laktat dalam ringer laktat sebagian besar dimetabolisme melalui proses glukoneogenesis. Setiap satu mol laktat akan menghasilkan satu mol bikarbonat.

g. Terapi oksigen

Non Rebreathing Mask (NRM) alat untuk mengalirkan oksigen kecepatan rendah pada pasien yang bisa bernapas spontan. *Non Rebreathing Mask* mengalirkan oksigen konsentrasi oksigen sampai 80-100% dengan kecepatan aliran 10-12 liter/menit. Terapi oksigen menggunakan NRM dapat menurunkan tekanan sebagian CO_2 darah sehingga dapat digunakan untuk menurunkan tekanan intrakranial. Sungkup muka *non breathing* memberikan konsentrasi oksigen sampai 99% dengan aliran yang sama pada kantong rebreathing.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan ASKEP

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan antara konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan pada pasien Tn. R umur 56 tahun dengan hemoragik stroke di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Bhayangkara Makassar selama 3 jam pada tanggal 11 Mei 2023. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yakni pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dan berbagi sumber yaitu keluarga, pemeriksaan penunjang dan hasil pengamatan langsung ke pasien. Berdasarkan pengkajian, didapatkan data Tn. R 56 tahun, masuk di Instalasi Gawat Darurat dengan diagnosis medik Hemoragik Stroke. Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien mengeluh tegang pada leher, disertai nyeri kepala hebat, sesak napas, gelisah, lemas, disertai muntah \pm 2 kali, dan penurunan nafsu makan. Lalu \pm 7 jam yang lalu pasien mulai mengalami penurunan kesadaran. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki kebiasaan merokok sejak masih SMA sampai sekarang dan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak \pm 5 tahun yang lalu, diabetes melitus \pm 3 tahun yang lalu dan tuberculosi 2 tahun yang lalu, tetapi pasien tidak pernah mengonsumsi obat-obat hipertensi dan diabetes dan pasien hanya mengonsumsi obat tuberculosi yaitu ripamficim. Pada saat

pengkajian penulis juga menemukan tanda dan gejala pada pasien yakni tampak keadaan umum lemah, tampak penurunan kesadaran GCS M4 V2 E2 8 (Sopor), tampak sesak (dispnea), kelemahan pada tubuh sisi kiri, tampak penggunaan otot bantu napas, Kulit teraba dingin, tampak pucat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, mata cekung (+), kaku kuduk (+), test Babinsky patologis (+), pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 157/54 mmHg, N: 57 x /menit, P: 14 x/menit, S: 36,9°C, pemeriksaan penunjang CT-Scan Kesan: Hematoma intracerebral dextra, intraventrikel dan subarachnoid.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut ditemukan faktor resiko penyakit hemoragik stroke adalah umur, jenis kelamin dan adanya kebiasaan merokok sejak SMA, Keluarga juga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak \pm 5 tahun yang lalu dan diabetes melitus \pm 3 tahun yang lalu tetapi pasien tidak pernah mengkonsumsi obat-obat hipertensi. Menurut Haryono & Utami (2019) umur merupakan salah satu faktor terjadinya stroke hemoragik adalah pada orang-orang yang sudah lanjut usia, semakin banyak beresiko stroke di karenakan dalam hal ini terkait dengan penuaan yang terjadi secara alamiah. Pada orang yang lanjut usia, terjadi penurunan fungsi-fungsi organ tubuh dan pembuluh darah menjadi lebih kaku yang dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah yang mengakibatkan ruptur pembuluh darah dan terjadinya pembuluh darah menjadi pecah.

Berdasarkan jenis kelamin, tingkat kejadian stroke pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan dikarenakan kurangnya hormon estrogen pada laki-laki sehingga memicu kerusakan pada pembuluh darah, sedangkan pada perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan dalam mempertahankan sistem kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau perlindungan pada proses aterosklerosis. Namun setelah perempuan mengalami proses

menopause, akan menyebabkan penurunan pada hormon estrogen yang mempengaruhi elastisitas pembuluh darah.

Merokok dapat menyebabkan lapisan arteri rusak, dinding arteri menebal dan terjadi penumpukan lapisan lemak serta plak yang menghambat aliran darah di arteri (arterosklerosis) dan kemudian berakibat pada stroke. Perokok juga lebih rentan mengalami stroke dibandingkan yang bukan perokok. Nikotin dalam rokok membuat jantung bekerja keras karena frekuensi denyut jantung dan tekanan darah meningkat.

Hipertensi merupakan faktor risiko utama stroke, hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degeneratif. Pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak. Perubahan terus berlanjut dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak (serebral) sehingga terjadinya hemoragik stroke. Perdarahan otak sering menyebabkan peningkatan tekanan didalam otak yang akibatnya terjadi defisit neurologis dan hilangnya kesadaran. Hipertensi yang tidak diobati dan secara terus menerus dapat menyebabkan pembuluh darah arteri mengalami patologik. Perubahan tersebut berupa lipohyalinosis, fragmentasi, nekrosis dan mikroaneurisma pada arteri di otak. Kenaikan tekanan darah secara mendadak ini dapat menginduksi pecahnya pembuluh darah. Pembuluh darah pada penderita diabetes melitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur, karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

2. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat 2 diagnosis keperawatan yaitu:

- a. Diagnosis pertama, penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke hemoragik). Penulis mengangkat diagnosis ini karena keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien mengeluh tengang pada leher, disertai nyeri kepala hebat, sesak napas, gelisah, lemas, disertai muntah ± 2 kali, dan penurunan nafsu makan. Lalu ± 7 jam pasien mulai mengalami penurunan kesadaran. Tampak keadaan umum lemah, tampak penurunan kesadaran GCS 8 (Sopor), tampak sesak (dispnea), tampak penggunaan otot bantu napas, Kulit teraba dingin, tampak pucat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, mata cekung (+), kaku kuduk (+), test Babinsky patologis (+), pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 157/54 mmHg, N: 57 x /menit, P: 14 x/menit, S: 36,9°C, hasil CT-Scan ditemukan Hematoma intracerebral dextra, intraventrikel dan subarachnoid. Alasan dijadikan prioritas Karena pasien mengalami penurunan kesadaran dan tampak hasil CT-Scan ditemukan kesan: Hematoma intracerebral dextra, intraventrikel dan subarachnoid.
- b. Diagnosis kedua, Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Penulis mengangkat diagnosis ini karena keluarga pasien mengatakan pasien sesak sejak ± 7 jam yang lalu dan sesak memberat sejak ± 2 jam yang lalu, tampak pasien sesak (dispnea), tampak penggunaan otot bantu pernapasan, tampak pernapasan tidak teratur dan dalam, SpO₂ 80 %, dan frekuensi pernapasan 14 x/menit.

Adapun diagnosis keperawatan teoritis yang tidak diangkat pada kasus ini yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077). Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien mengalami penurunan kesadaran dan penulis tidak bisa mendapatkan data-data seperti PQRST, yang mendukung untuk mengangkat diagnosa ini.
- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119) alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis tidak mendapatkan data pada pasien dan tampak pasien mengalami penurunan kesadaran.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hal yang diharapkan, intervensi dan rasional tindakan. Intervensi keperawatan yang penulis angkat pada kasus nyata, hal ini disesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan memfokuskan pada tindakan mandiri, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke hemoragik). Intervensi yang disusun oleh penulis adalah mengidentifikasi penyebab TIK (mis, lesi gangguan metabolisme, edema serebral), memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, kesadaran menurun), meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, memberikan posisi semi fowler, memonitor penurunan tingkat kesadaran, memonitor pelebaran tekanan nadi, mempertahankan posisi kepala dan leher netral, kolaborasi pemberian obat.

b. Diagnosis kedua, Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas, memonitor status respirasi dan oksigenasi (mis. Frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen), memberikan posisi semi fowler atau fowler, memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan ini dilakukan selama 1x3 jam dengan kerja sama dari perawat IGD dan sesama mahasiswa. Diagnosis pertama yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke hemoragik) dan diagnosis kedua yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Selama 1x3 jam penulis telah melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat. Adapun tindakan lain yang tidak terdapat pada intervensi yang telah disusun adalah pemasangan kateter urine dan pemasangan infus dengan menggunakan abocath 20. Pemasangan kateter urine perlu dilakukan pada pasien ini karena pasien mendapatkan obat diuresis atau obat monitol sehingga kateter urine perlu dipasang untuk evaluasi haluaran urine. Selain itu pemasangan infus juga perlu dilakukan untuk mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, dan kalori yang tidak dapat dipertahankan melalui oral, mengoreksi dan mencegah gangguan cairan dan elektrolit, memperbaiki keseimbangan asam basa, memberikan transfusi darah, pemberian obat intravena, dan membantu pemberian nutrisi parenteral (Hidayat, 2017).

5. Evaluasi keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang telah mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dilakukan penulis selama 1x3 jam (11 Mei 2023) adalah sebagai berikut:

- a. Diagnosis pertama yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke hemoragik). Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis sebelum pasien dipindahkan ke ruang perawatan ICU, penulis menyimpulkan bahwa masalah penurunan adaptif intrakranial belum teratasi dibuktikan dengan tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 8 (sopor) TD: 150/54 mmHg, N: 58 x/menit. Diagnosis yang diangkat belum teratasi karena waktu untuk penanganan yang kurang dan harus cepat sehingga penanganan selanjutnya di ruang ICU.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis sebelum pasien dipindahkan ke ICU, penulis menyimpulkan bahwa masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian yang di buktikan dengan sesak sedikit berkurang, pasien diberikan posisi seml fowler, terpasang O2 dengan NRM 10 liter, frekuensi pernapasan 17 x/menit dan SpO2 pasien 94%.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence based Nursing*

P : Pasien hemoragik stroke yang mengalami gangguan hemodinamik

I : Elevasi kepala 30⁰

C : Tidak ada intervensi pembanding yang dilakukan

O : Peningkatan status hemodinamik

Pertanyaan: Apakah elevasi kepala 30⁰ efektif untuk meningkatkan status hemodinamika pada pasien hemoragik stroke?

1. Judul EBN : Pemberian posisi elevasi kepala 30⁰ pada pasien hemoragik stroke di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
 - a. Diagnosis keperawatan
Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke hemoragik).
 - b. Luaran yang diharapkan
 - 1) Tingkat kesadaran cukup meningkat
 - 2) Tekanan darah cukup membaik
 - 3) Bradikardi cukup membaik
 - 4) Respon neurologis cukup membaik
 - c. Intervensi prioritas mengacu pada EBN
Terapeutik : Elevasi kepala 30⁰
 - d. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
 - 1) Pengertian tindakan
Posisi *head up* posisi datar dengan kepala lebih tinggi 30⁰ dengan posisi tubuh dalam keadaan sejajar atau dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai kenyamanan pasien (Kusuma, 2019).
 - 2) Tujuan/Rasional EBN dan pada kasus Askep
Untuk memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral atau meningkatkan oksigen ke otak dan meningkatkan aliran darah ke otak.

2. Hasil Telaah Artikel

No	Informasi Artikel	P (Populasi)	I (Intervensi)	C (Comparison)	O (Outcome)	T (Time)
1	<p>Judul: pengelolaan pasien strpke hemoragik dengan pemberian oksigen dan posisi <i>head up</i> 30° terhadap perubahan hemodinamik tubuh di ruang IGD RSUD Tugurejo semarang</p> <p>Tahun: 2019</p> <p>Penulis: Raninda Arga Sari</p> <p>Publikasi: poltekkes kemenkes semarang</p>	<p>Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan di IGD RSUD Tugurejo semarang dengan jumlah responden sebanyak 2 pasien yang mengalami hemoragik stroke</p>	<p>Peneliti menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan deskriptif dan <i>pre-post test</i> pada pasien Hemoragik Stroke dengan mengukur tekanan darah, MAP, heart rate, respiratori rate, saturasi oksingen, suhu dan GCS. Kedua pasien diberikan posisi head</p>	<p>Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding</p>	<p>Pada responden pertama pemenuhan oksigenasi otak sebelum dan sesudah dilakukan oksigen dan posisi head up 30° selama 1x1 jam pada Ny.D yaitu terjadi penurunan tekana darah (dari 201/123 mmHg menjadi 155/90 mmHg), MAP : (dari 149 mmHg menjadi 118 mmHg), HR : (dari 96 x/menit menjadi 86 x/menit), RR : (dari 18 x/menit menjadi 20 x/menit), SpO2 (dari 97% menjadi 99%). Pada responden kedua, pemenuhan kebutuhan oksigenasi otak sebelum dan sesudah dilakukan oksigen dan posisi head up 30° selama 1x1 jam pada Ny.N yaitu terjadi</p>	<p>Penelitian ini dilakukan pada tahun 2019</p>

			UP 30 selama 1x1 jam.		penurunan tekanan darah (dari 190/100 mmHg menjadi 150/80 mmHg), MAP : (dari 130 mmHg menjadi 110 mmHg), HR : (dari 78 x/menit menjadi 96 x/menit), RR : (dari 18 x/menit menjadi 20 x/menit), S : (dari 36,1°C menjadi 36,2°C) dan SpO2 (dari 87 % menjadi 98 %). Sedangkan pada indikator/kriteria hasil GCS pada kedua pasien tidak mengalami perubahan.	
2	Judul: Posisi <i>Head UP</i> 30° Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Hemoragik dan Non Hemoragik Stroke. Tahun: 2018	Penelitian ini dilakukan di ICU RSUD dr. Soedirman Mangun Sumarso dengan jumlah responden 30	Peneliti melakukan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain <i>quasi experiment one group pre test-post test</i> pada pasien hemoragik	Peneliti tidak menggunakan tindakan perbandingan karena peneliti hanya melakukan pre dan post test	Berdasarkan hasil penelitian, tindakan posisi <i>head up</i> 30° pada pasien hemoragik stroke terdapat pengaruh pada peningkatan saturasi oksigen bagi pasien yang dibuktikan dengan adanya perubahan saturasi oksigen setelah intervensi (sebelum pemberian posisi	Penelitian ini dilakukan pada tanggal 2 Desember 2018

	<p>Penulis: Martina Ekacahyaningtyas, Dwi setyarini, Wahyu Rima dan Noerma shovie</p> <p>Publikasi : Nursing Jurnal Vol.3</p>		<p>stroke dengan pemberian posisi <i>head up</i> 30° yaitu posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal selama 30 menit</p>		<p>97.07% dan setelah pemberian posisi 98.33%).</p>	
3	<p>Judul: Pengaruh Pemberian Posisi <i>Head UP</i> 30° Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Di IGD RSUD Dr.T.C.Hillers Maumere Kabupaten Sikka.</p> <p>Tahun: 2022</p>	<p>Penelitian ini dilakukan di IGD RSUD dr. T.C.Hillers Maumere dengan 15 responden</p>	<p>Peneliti melakukan penelitian dengan menggunakan desain <i>quasi experiment one group pre test-post test</i>. Peneliti memberikan intervensi dengan</p>	<p>Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembandingan</p>	<p>Pada 15 responden sebelum diberikan posisi <i>head up</i> 30 ° semua responden mengalami penurunan saturasi oksigen dan setelah diberikan posisi <i>head up</i> 30 ° selama 30 menit semua mengalami peningkatan saturasi oksigen yaitu 15 orang (100%). Dibuktikan dengan hasil uji statistik Wilcoxon didapatkan hasil</p>	<p>Penelitian ini dilakukan pada bulan September 2022</p>

	<p>Penulis: Epiphania trisila, fransiska aloysia Mukin, dan Melkias Dikson.</p> <p>Publikasi: Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan</p>		<p>memberikan posisi <i>head up</i> 30° selama 30 menit</p>		<p>p value=0,000 (<0,05) yang berarti bahwa ada pengaruh yang signifikan terhadap SpO2 sebelum dan setelah diberikan posisi <i>head up</i> 30° di RSUD dr. T.C Hiller Maumere.</p>	
--	---	--	---	--	---	--

3. Kesimpulan/Hasil EBN

Berdasarkan hasil dari penelitian Raninda Arga Sari pada tahun 2019 terdapat ada pengaruh pada responden pertama pemenuhan oksigenasi otak sebelum dan sesudah dilakukan oksigen dan posisi head up 30° selama 1x1 jam pada Ny.D yaitu terjadi penurunan tekanan darah (dari 201/123 mmHg menjadi 155/90 mmHg), MAP : (dari 149 mmHg menjadi 118 mmHg), HR : (dari 96 x/menit menjadi 86 x/menit), RR : (dari 18 x/m enit menjadi 20 x/menit), SpO2 (dari 97% menjadi 99%). Pada responden kedua, pemenuhan kebutuhan oksigenasi otak sebelum dan sesudah dilakukan oksigen dan posisi head up 30° selama 1x1 jam pada Ny.N yaitu terjadi penurunan tekanan darah (dari 190/100 mmHg menjadi 150/80 mmHg), MAP: (dari 130 mmHg menjadi 110 mmHg), HR : (dari 78 x/menit menjadi 96 x/menit), RR : (dari 18 x/menit menjadi 20 x/menit), S : (dari 36,1°c menjadi 36,2°c) dan SpO2 (dari 87 % menjadi 98 %). Sedangkan pada indikator/kriteria hasil GCS pada kedua pasien tidak mengalami perubahan. Berdasarkan hasil penelitian Martina Ekacahyaningtyas, Dwi setyarini, Wahyu Rima dan Noerma shovie pada tahun 2018, tindakan posisi *head up 30°* pada pasien hemoragik stroke terdapat pengaruh pada peningkatan saturasi oksigen bagi pasien yang dibuktikan dengan adanya perubahan saturasi oksigen setelah intervensi (sebelum pemberian posisi 97.07% dan setelah pemberian posisi 98.33%). Berdasarkan penelitian Epiphania trisila, Fransiska Aloysia Mukin, dan Melkias Dikson pada tahun 2022 pada 15 responden sebelum diberikan posisi *head up 30°* semua responden mengalami penurunan saturasi oksigen dan setelah diberikan posisi *head up 30°* selama 30 menit semua mengalami peningkatan saturasi oksigen yaitu 15 orang (100%). Dibuktikan dengan hasil uji statistik Wilcoxon didapatkan hasil p value=0,000 (<0,05) yang berarti bahwa ada pengaruh yang signifikan terhadap SpO2 sebelum

dan setelah diberikan posisi *head up* 30° di RSUD dr. T.C Hiller Maumere.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah melakukan pembahasan kasus yang dibandingkan dengan teori dengan membedakan perawatan langsung pada pasien di lahan praktik melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada Tn. R dengan hemoragik stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, maka penulis dapat mengambil simpulan serta memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pasien dengan Tn. R berumur 56 tahun masuk rumah sakit pada tanggal 11 Mei 2023 dengan diagnosa medik hemoragik stroke dengan keluhan utama penurunan kesadaran. Pada saat pengkajian penulis juga menemukan tanda dan gejala pada pasien yakni tampak keadaan umum lemah, tampak penurunan kesadaran GCS M4 V2 E2 8 (Sopor), tampak sesak (dispnea), kelemahan pada tubuh sisi kiri, tampak penggunaan otot bantu napas, Kulit teraba dingin, tampak pucat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, mata cekung (+), kaku kuduk (+), test Babinsky patologis (+), pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 157/54 mmHg, N: 57 x/menit, P: 14 x/menit, S: 36,9°C, pemeriksaan penunjang CT-Scan Kesan: Hematoma intracerebral dextra, intraventrikel dan subarachnoid. Oleh sebab itu, pada kasus Tn. R ditemukan faktor resiko terjadinya penyakit stroke hemoragik yakni adanya kebiasaan merokok sejak SMA, riwayat penyakit hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu, tetapi pasien tidak pernah mengonsumsi obat-obat hipertensi.

2. Diagnosis keperawatan

Setelah melakukan pengkajian penulis menganalisis data sehingga menemukan 2 masalah keperawatan :

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke hemoragik) dibuktikan dengan tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi melebar, bradikardi, tingkat kesadaran menurun, refleks neurologis terganggu (D.0066).
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan dipsnea, penggunaan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang (D.0005)

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan meliputi mengidentifikasi penyebab TIK (mis, lesi gangguan metabolisme, edema serebral), memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, kesadaran menurun), memberikan posisi semi fowler atau fowler, menghindari manuver valsava, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berkolaborasi pemberian diuretik osmosis, memonitor status respirasi dan oksigenasi (mis. Frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen), memberikan posisi semi fowler atau fowler, dan memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan seluruhnya dilaksanakan dengan melibatkan atau bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh yaitu Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi dan Pola napas tidak efektif teratasi sebagian

B. Saran

1. Bagi instalasi Rumah Sakit

Meningkatkan mutu pelayanan seperti tenaga kesehatan yang profesional dan pengalaman serta fasilitas yang memadai khususnya untuk menangani pasien hemoragik stroke di Instalasi gawat Darurat agar pasien mendapatkan penanganan dengan cepat dan tepat sehingga tidak terjadi komplikasi pada pasien, serta pasien dan keluarga merasa puas dengan pelayanan yang ada di rumah sakit.

2. Bagi profesi keperawatan

Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan mengenai tindakan keperawatan gawat darurat bagi pasien hemoragik stroke dengan cepat dan tanggap sesuai dengan *evidence based nursing* agar tidak terjadi komplikasi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi meningkatkan mutu pendidikan dalam bentuk memperbanyak penyediaan buku serta sumber tentang sistem kardiovaskuler terutama dalam penanganan gawat darurat bagi pasien hemoragis stroke baik dalam teori maupun dalam praktik langsung dilapangan guna menghasilkan lulusan yang profesional.

DAFTAR PUSTAKA













- Amila, Janno Sinaga, E. S. (2019). Pencegahan Stroke Berulang Melalui Pemberdayaan Keluarga Dan Modifikasi Gaya Hidup. *Jurnal Abdimas*, 22(2), 143–150.
- Arum, S. P. (2018). *Stroke Kenali Cegah & Obati*. Notebook. <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i1.31705>
- Ayundari, S. P. (2021). Diagnosis dan tatalaksana stroke hemoragik. *Jurnal Medika Hutama*, 03(01), 402–406. <https://doi.org/http://jurnalmedikahutama.com>
- Ayu, A., & Putri, N. (2023). Gambaran epidemiologi stroke di jawa timur tahun 2019-2021. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 1030–1037.
- Brunner, & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. EGC.
- Chornellya, S., Utami, I. T., & Fitri, N. (2023). Pengaruh Range Of Motion (ROM) Spherical Grip Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(4), 576–583.
- Dafriani, P. (2019). *Buku ajar anatomi dan fisiologi*. Padang: CV Berkah Prima.
- Ekacahyaningtyas, M., Setyarini, D., Agustin, W. R., & Rizqiea, N. S. (2017). Posisi head up 30 derajat sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 55–59. <https://doi.org/https://akper-adihusada.ac.id/repository/jurnal/ahnj322017/322017.10.pdf>
- Handayani, D., & Dominica, D. (2019). Gambaran Drug Related Problems (DRP's) pada Penatalaksanaan Pasien Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik di RSUD Dr M Yunus Bengkulu. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 5(1), <https://doi.org/10.20473/jfiki.v5i12018.36-44>
- Harsono. (2017). *Buku Ajar Neurologi Klinis*. EGC.
- Haryono, R., & Utami, M. P. S. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Pustaka Baru Press.
- Ibrahim, R., Lalenoh, D. C., & Laihad, M. L. (2021). Penanganan Pasien Perdarahan Intracerebral di Ruang Rawat Intensif. *E-CliniC*, 9(1), 8– 14. <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i1.31705>













- Kasuba, Y., & Ramli, R. R. (2019). Gambaran Kadar Elektrolit Darah pada Penderita Stroke Hemoragik dengan Kesadaran Menurun yang di Rawat di Bagian Neurologi RSUD Anutapura Palu Tahun 2017. *Jurnal Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, 1(1), 30–33.
- Kemkes R1. (2019). Profil kesehatan indonesia 2019. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. <https://doi.org/https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-indonesia-2019.pdf>
- Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke melalui Pemberian Posisi Head Up. *Ners Muda*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5750>
- Muttaqin, A. (2015). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. EGC.
- Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12, 922–926. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.435>
- Rachmawati, A. S., Solihatin, Y., Badrudin, U., & Yunita, A. A. (2022). Penerapan Posisi Head Up 30° Terhadap Nilai Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke: Literature Review”. *Journal of Nursing Practice and Science*, 1 (1)(1), 41–49. <http://www.journal.umtas.ac.id/index.php/jnps/article/view/3043/1416>
- RISKESDAS. (2018). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sahrani, A. S., Sukmaningtyas, W., & Khasanah, S. (2023). Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik dengan Stroke Non Hemoragik di Wilayah Puskesmas Sumbang Banyumas. *Journal of Management Nursing*, 2(2), 211–215. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i2.97>
- Sandra, N. P. N. A. (2021). Asuhan Keperawatan Risiko Perfusion Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021. Poltekkes Kemenkes Denpasar.
- Setiani, S., Radne Rimba, I., & Dwinta, E. (2021). Analisis Perbandingan Biaya Perawatan (Cost of illness Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik Pasien Rawat Inap di RSUD Pannembahan Senopati. *Pharmaceutical Journal of Indonesia*, 7(1), 29–36. <https://doi.org/10.21776/ub.pji.2021.007.01.5>

- Sholichin. (2021). *Keperawatan Gawat Darurat*. Samarinda: Universitas Mulawarman.
- Tarwoto. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Sagung Seto.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator*. Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria (SLKI)*. Persatuan Perawat Indonesia.
- Trisila, E., Mukin, F. A., & Dikson, M. (2022). Pengaruh Pemberian Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Di Igd Rsud Dr. T.C. Hillers Maumere Kabupaten Sikka. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 8(16), 664–674. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7117769>
- Umam, D. N. (2018). Neuroimaging Pada Subarachnoid Hemoragik. *Jurnal Neuroanestesi Indonesia*, 1, 1–32.
- Wells at al. (2017). *Intensive care Management of stroke patients*. *Curr Treat Options Cardiovasc.* 19(6), 41. <https://doi.org/10.1161/01.str.7.6.573>
- Wulandari, D. A., Sampe, E., & Hunaifi, I. (2021). Perdarahan Subarakhnoid (PSA). *Jurnal Kedokteran*, 10(1), 338–346.

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING I

Nama mahasiswa : Anjeli Parumpa (NS2214901011)
 Antjelita Milenia Kabo (NS2214901012)
Nama pembimbing : Wirmando,Ns.,M.Kep.
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan stroke
 hemoragi Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit
 Bhayangkara Makassar

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Jumat, 12/05/2023	Lapor kasus			
Senin, 15/05/2023	Konsultasi hasil pengkajian a. Melengkapi data pengkajian b. Melengkapi data yang di analisa data			
Rabu, 17/05/2023	Konsultasi revisi pengkajian a. Memperhatikan penggunaan kata dibagian pengkajian dan analisa data b. Memperbaiki diagnosis dan sesuaikan ndengan aturan penulisan SDKI c. Memperhatikan intervensi keperawatan yang diterapkan pada pasien			
Senin, 22/05/2023	konsultasi revisi pengkajian a. Memperhatikan			










	implementasi dan evaluasi			
Jumat, 26/05/2023	ACC BAB III lanjut BAB IV a. Pada bab IV tambahkan penjelasan mengenai faktor pengaruh pada pasien b. Memperhatikan jurnal yang digunakan pada EBN			
Senin, 29/05/2023	Konsultasi BAB IV dan BAB V a. Menambahkan alasan untuk memili diagnosis pertama b. Menambahkan PICO pasien			
Rabu, 31/05/2023	Konsultasi BAB IV dan v a. Rapikan penyusunan daftar pustaka b. Perbaiki kesimpulan PICOT			
Jumat, 02/06/2023	ACC BAB IV dan BAB V Lanjut PPT			




LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING II

Nama mahasiswa : Anjeli Parumpa (NS2214901011)
 Antjelita Milenia Kabo (NS2214901012)

Nama pembimbing : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes.

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien dengan Stroke Hemoragik Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Jumat, 19/05/2023	Konsultasi BAB I dan BAB II a. Menambahkan penjelasan gawat darurat pada pasien HS pada latar belakang b. Menambahkan dampak dari meningkatnya HS c. Memperbaiki format penulisan dan sitasi			
Rabu, 24/05/2023	Konsultasi revisi BAB I dan BAB II a. Sinkronkan latar belakang dengan EBN b. Menambahkan penatalaksanaan pada latar belakang c. Menambahkan sistem peredaran darah pada anatomi fisiologi			
Jumat, 26/05/2023	Konsultasi revisi BAB 1 dan BAB II a. Memperhatikan penatalaksanaan dan discharge planning b. Memperhatikan setiap			

	bahasa asing ketik miring			
Selasa, 30/05/2023	ACC BAB I dan BAB II			

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Anjeli Parumpa
Tempat/Tanggal lahir : Malaysia, 28 Januari 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Rambutan No.16

2. Identitas orang Tua

Ayah/Ibu : Ludy Boy Razo/Tiara Bara' Allo
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Petani/ IRT
Alamat : Bokin Pitung Penanian Kab. Toraja Utara

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 1 Rantebua : Tahun 2006-2012
SMPN 1 Rantebua : Tahun 2012-2015
SMKN 1 Toraja Utara : Tahun 2015-2018
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2018-2023

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Antjelita Milenia Kabo
Tempat/Tanggal lahir : Maros, 16 Januari 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. G. Hills 1 Blok C/15 Perumahan Golden Hills Tamalanrea

2. Identitas orang Tua

Ayah/Ibu : Antonius Kabo / Naomi paramban
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Wiraswasta/ IRT
Alamat : Jl. Kemiri No.5 Maros

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

Tk. Ekklesia : Tahun 2005
SD Negeri 6 Bontokamase : Tahun 2006-2010
SD Inpres Tamalanrea 3 : Tahun 2010-2012
SMP Kristen Elim Makassar : Tahun 2013-2015
SMA Negeri 3 Toraja Utara : Tahun 2016-2018
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2018-2023