



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN  
HEMORAGIK STROKE (HS) DI RUANG ICU-ICCU  
RUMAH SAKIT PELAMONIA MAKASSAR**

**OLEH:**

**IRIANI DORKAS KREY (NS2114901067)**

**JESICHA PARE ALLO (NS2114901074)**

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

**2022**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN  
HEMORAGIK STROKE (HS) DI RUANG ICU-ICCU  
RUMAH SAKIT PELAMONIA MAKASSAR**

**OLEH:**

**IRIANI DORKAS KREY      (NS2114901067)  
JESICHA PARE ALLO      (NS2114901074)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2022**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Iriani Dorkas Krey (NS2114901067)
2. Jesicha Pare Allo (NS2114901074)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juli 2022

Yang menyatakan



Iriani Dorkas Krey



Jesicha Pare Allo

**HALAMAN PERSETUJUAN**  
**KARYA ILMIAH AKHIR**

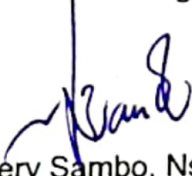
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada "Tn.H" dengan Hemoragik Stroke (HS) di Ruang Icu Rumah Sakit Pelamonia Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM: 1. Iriani Dorkas Krey (NS2114901067)  
2. Jesicha Pare Allo (NS2114901074)

**Disetujui oleh**

Pembimbing 1



(Mery Sambo, Ns., M.Kep)

NIDN: 0930058102

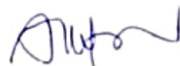
Pembimbing 2



Kristia Novia, Ns., M.Kep)

NIDN: 0915119204

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



Fransiska Anita E.R. Sa'pang., Ns., Sp.Kep.MB

NIDN: 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:




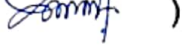
Nama : 1. Iriani Dorkas Krey (NS2114901067)  
2. Jesicha Pare Allo (NS2114901074)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Hemoragik Stroke (HS) Di Ruang ICU-ICCU Sakit Pelamonia Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

### DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Sambo, Ns., M.Kep (  )  
Pembimbing 2 : Kristia Novia, Ns., M.Kep (  )  
Penguji 1 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes (  )  
Penguji 2 : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep (  )

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 14 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

NIDN: 0928027101

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Iriani Dorkas Krey (NS2114901067)

Jesicha Pare Allo (NS2114901074)

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, 14 Juli 2022

Yang menyatakan



Iriani Dorkas Krey



Jesicha Pare Allo

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus yang Maha Esa atas Rahmat dan anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA “TN.H” DENGAN HEMORAGIK STROKE (HS) DI RUANG ICU-ICCU RUMAH SAKIT PELAMONIA MAKASSAR”**

Tujuan dari penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini sampai dengan selesai tentu saja tidak lepas dari bimbingan, dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak karena itu penulis hendak mengucapkan Terima Kasih Kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB. selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar
3. Mathilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Dana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris Makassar
6. Mery Sambo, Ns.,M.Kep. selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan dan Ners, juga sebagai Pembimbing I penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.

7. Kristia Novia, Ns.,M.Kep selaku Pembimbing II penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
8. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes sebagai Penguji I dan Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep sebagai Penguji II.
9. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Kepada para tenaga medis yang berada di ruangan ICU-CCU, Rumah Sakit Pelamonia Makassar.
11. Teristimewa orang tua tercinta dari Iriani Dorkas Krey (Bpk. Matheus Nikodemus Krey dan Ibu Mathreda Abidondifu) terima kasih untuk selalu memberikan motivasi, nasehat, cinta, perhatian dan kasih sayang serta ketulusan doa yang tentu takkan bisa penulis balas. Dan segenap keluarga besar terima kasih atas motivasi dan nasehat yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
12. Teristiwa untuk orang tua tercinta dari Jesicha Pare Allo (Bpk. Martinus Padang Allo dan Ibu Kristina Sulo Rombe) terima kasih untuk selalu memberikan motivasi, nasehat, cinta, perhatian dan kasih sayang serta ketulusan doa yang tentu takkan bisa penulis balas. Dan segenap keluarga besar terima kasih atas motivasi dan nasehat yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.

Makassar, 14 Juli 2022

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMBUNG</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	5
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	5
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Dasar Medis.....	8
1. Pengertian.....	8
2. Anatomi dan Fisiologi.....	8
3. Etiologi.....	13
4. Patofisiologi.....	16
5. Manifestasi Klinis.....	19
6. Pemeriksaan Penunjang.....	21

7. Penatalaksanaan Medik.....	23
8. Komplikasi .....	23
B. Konsep Dasar Keperawatan .....	25
1. Pengkajian .....	26
2. Pengkajian Fisik.....	27
3. Diagnosis Keperawatan .....	29
4. Perencanaan Keperawatan .....	29
5. Perencanaan Pulang (Discharge Planning) .....	34
6. Patoflowdiagram .....	37

### **BAB III PENGAMATAN KASUS**

A. Ilustrasi Kasus.....	35
B. Pengkajian .....	36
C. Analisa Data.....	46
D. Diagnosis Keperawatan .....	47
E. Intervensi Keperawatan.....	48
F. Implementasi Keperawatan.....	52
G. Evaluasi Keperawatan.....	60
H. Daftar Obat.....	66

### **BAB IV PEMBAHASAN KASUS**

A. Pembahasan Askep.....	71
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> .....	77

### **BAB V SIMPULAN DAN SARAN**

A. Simpulan .....	81
B. Saran.....	82

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Anatomi otak</i> .....	12
Gambar 2.2 <i>Sirkulasi willis</i> .....	13

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.2 Analisa Data .....	47
Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan .....	49
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan .....	50
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan .....	54
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan .....	62

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Lembar Konsul Karya Ilmiah Akhir

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Era globalisasi menuntut adanya perkembangan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Hal tersebut menyebabkan perubahan gaya hidup masyarakat yang semakin modern dan menyediakan segalanya dipenuhi dengan cara yang praktis. Kebiasaan seperti demikian membuat masyarakat semakin malas untuk beraktivitas dan menjalankan pola hidup yang tidak sehat. Ketidapatuhan dalam menerapkan pola hidup tidak sehat akan menimbulkan berbagai macam penyakit. Salah satunya adalah penyakit yang dapat menyerang pembuluh darah yaitu stroke (Cremona, 2017).

World Health Organization (WHO) mendefinisikan stroke adalah suatu keadaan gangguan fungsional otak vokal dan global yang dapat merambat dan dapat berlangsung selama 24 jam atau dapat menyebabkan kematian. Data World Stroke Organization mengemukakan bahwa setiap tahunnya ada sekitar 70% kasus baru dan 87% kasus stroke sampai pada kematian (Mince, 2021).

Beberapa negara di Benua Asia menjadikan penyakit stroke sebagai nomor 3 setelah jantung dan kanker. Di Indonesia kejadian penyakit stroke mengalami peningkatan. Berdasarkan data Rikerdas tahun 2013 ditemukan sebanyak 7% masyarakat yang mengalami penyakit stroke, kemudian mengalami peningkatan di tahun 2018 sebanyak 10,10%. Sulawesi Selatan merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki banyak penderita stroke. Menurut Hartati (2020) penderita stroke di Sulawesi Selatan sebanyak 10,3% dan mengalami peningkatan sebanyak 17,3% pada tahun 2020. Di Kota

Makassar tahun 2018 ditemukan penyakit stroke sebanyak 823 kasus lama dan 2.061 kasus baru (Creamona, 2017).

Stroke dibagi menjadi dua yaitu hemoragik stroke dan non hemoragik stroke. Non Hemoragik Stroke (NHS) adalah penyumbatan pembuluh darah ke otak. Hemoragik Stroke (HS) adalah pecahnya pembuluh darah sehingga aliran darah tidak normal (Hutagalung, 2020). Tanda gejala stroke yaitu kelemahan dan kelumpuhan, bibir tidak simetris, mual, muntah, nyeri hebat akibat pada kepala, dan penurunan kesadaran. Faktor risiko dapat membuat terjadi stroke yaitu gaya hidup, makanan siap saji, minuman beralkohol, merokok, dan kurang olahraga. Faktor penyebab yang memperparah stroke yaitu penyakit jantung, diabetes, adanya riwayat keturunan stroke, dan hipertensi. Penyakit hipertensi adalah salah satu faktor penyebab yang paling sering terjadinya penyakit stroke (Much, 2022).

Kepatuhan dalam penanganan dan perawatan pada penderita stroke merupakan salah satu penunjang untuk kesembuhan (Saputra, 2017). Menurut Supadi (2017) penanganan dan perawatan pada pasien stroke untuk tindakan pemulihan dapat dibedakan menjadi 3 yaitu fase akut, fase subakut, fase kronis.

Fase akut dapat dilakukan pada saat perawatan dirumah sakit. Fase akut dilakukan pada 2 minggu pertama pasca serangan stroke. Tujuan pada fase akut untuk mempertahankan integritas kulit, kekakuan sendi, mengatasi fungsi menelan, gangguan komunikasi, mengatasigangguan fungsi miski. Pemulihan fase akut meliputi manajemen afasia, disfagia, pencegahan jatuh, pencegahan pressure ulcel, pencegahan nyeri, dan deep vein thrombosis.

Fase sub akut pasien sudah diperbolehkan untuk pulang ke rumah, fase ini dilakukan dalam waktu 2 minggu sampai 6 bulan pada pasien stroke. Tujuan pada fase sub akut untuk

mengoptimalkan pemulihan neurologis dan reorganisasi saraf, melanjutkan terapi fase akut. Pada fase ini pasien stroke yang boleh pulang boleh melakukan latihan berdiri, berjalan, ketahanan, terapi kognitif, latihan mengeja dan berbicara.

Fase kronis berlangsung diatas 6 bulan pasca stroke. Tujuan dari program latihan pada fase ini untuk mengoptimalkan kemampuan fungsional pasien, mempertahankan kemampuan fungsional yang sudah dicapai, mencegah komplikasi. Latihan pada fase kronis locomotor training program yang terdiri dari latihan berdiri dan berjalan. Dalam proses perawatan untuk pemulihan pasien stroke membutuhkan dukungan keluarga agar dapat membantu mendorong atau memberikan motivasi untuk pasien stroke. Dampak dari dukungan keluarga baik untuk membentuk fisik dan mental.

Selain itu penanganan pada pasien stroke melibatkan peran perawat diantaranya pemantauan tekanan darah setiap satu jam, memberikan suction pada pasien yang mengalami penumpukan saliva, dan perubahan posisi miring setiap 2-4 jam sekali. Pemantauan tekanan darah, saturasi, dan oksigen dapat dilihat pada monitor yang terpasang. Penelitian yang dilakukan oleh Joyce (2016) mengemukakan bahwa pasien stroke yang atrofi otot dan kekakuan sendi biasanya mengalami kelemahan otot yang membuat tidak dapat bergerak dan mobialisasi, dalam hal ini perawat memiliki peran dalam pemantauan untuk mengganti posisi miring setiap 2 jam (Larasati, 2019). Penelitian yang dilakukan oleh Santosa (2015) mengemukakan bahwa pasien stroke dengan disfagia atau gangguan menelan dapat mengakibatkan terjadinya malnutrisi. Dalam hal ini untuk mencegah terjadinya aspirasi atau gangguan menelan agar tidak terjadinya malnutrisi pada pasien stroke maka perawat dapat memodifikasi diet dan latihan motorik oral (Pusparini, 2018).



Berdasarkan uraian di atas bahwa stroke merupakan masalah yang serius di Indonesia maupun dunia. Hal tersebut yang mendasari penyusun tertarik untuk memilih hemoragik stroke menjadi kasus kelolaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di tunjang dengan data penelitian yang cukup, dan studi literature yang luas.

## **B. Tujuan Penulisan**

Adapun tujuan penulisan karya tulis yaitu

### 1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Hemoragik Stroke (HS) di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Pelamonia Makassar

### 2. Tujuan Khusus

- a) Melaksanakan pengkajian pada pasien Hemoragic Stroke (HS).
- b) Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Hemorgic Stroke (HS).
- c) Menetapkan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Hemoragic Stroke (HS).
- d) Melaksanakan implementasi dan evaluasi pada pasien dengan Hemoragic Stroke (HS).

## **C. Manfaat Penulisan**

Dalam menulis karya tulis ilmiah diharapkan dapat bermanfaat bagi:

### 1. Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dan mendapat pengetahuan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat untuk memberikan pelayanan pada pasien Hemoragic Stroke (HS) dirumah sakit.

### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai salah satu sumber informasi untuk mahasiswa atau acuan bagi profesi keperawatan lainnya tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hemoragic Stroke (HS).

### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Hemoragic Stroke (HS).

## **D. Metode Penulisan**

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus.

### 1. Studi Kepustakaan

Mempelajari literatur-literatur yang berkaitan atau relevan dengan karya ilmiah akhir baik dari buku-buku maupun internet.

### 2. Studi Kasus

Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, menentukan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan:

#### a. Observasi

Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

#### b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

#### c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inpeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

d. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

e. Dokumentasi

Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan pasien termasuk hasil tes diagnostik.

## E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain:

1. Bab I Pendahuluan

Dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulis yang terbagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus bagi instansi pendidikan, profesi keperawatan dan institusi pendidikan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

2. Bab II Tinjauan Pustaka

Pada bab ini menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan karya ilmiah ini yaitu konsep dasar medik yang meliputi definisi, anatomi fisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik serta komplikasi yang dapat terjadi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan sesuai SLKI dan perencanaan pulang (*discharge planning*).

3. Bab III Pengamatan Kasus

Bab ini menguraikan tentang ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

4. Bab IV Pembahasan Kasus

Pada bab ini menguraikan tentang laporan hasil karya ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek keperawatan, serta pembahasan penerapan EBN pada tindakan keperawatan.

5. Bab V Simpulan dan Saran

Bab ini membahas tentang kesimpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Medis**

##### **1. Pengertian**

Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik. Stroke dapat juga diartikan sebagai kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah yang terhambat karena adanya sumbatan (ischemic stroke) atau perdarahan ke otak (hemorrhagic stroke) (Hutagalung, 2020).

Menurut Hartati (2020) hemoragik stroke adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di sekitar atau di dalam otak, sehingga suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat. Darah yang pecah bisa membanjiri jaringan otak yang ada disekitarnya, sehingga fungsi otak akan terganggu.

##### **2. Anatomi Fisiologi**

###### **a) Anatomi Fisiologi Otak**

Otak adalah suatu alat tubuh yang sangat penting karena otak yang mengatur semua kegiatan di dalam aktivitas tubuh. Berat otak orang dewasa kira-kira 1400 gram mencapai 2% dari keseluruhan berat tubuh, mengkonsumsi 25% oksigen dan menerima 1,5% curah jantung. Setengah padat dan berwarna kelabu kemerahan, otak dibungkus oleh tiga selaput otak dan dilindungi oleh tengkorak. Otak mengapung dalam suatu cairan yang bekerja sebagai penyerap guncangan akibat pukulan dari luar terhadap kepala. Otak dilindungi oleh beberapa bagian yaitu kulit kepala, rambut, tulang tengkorak dan kolumna vertebral dan meningeal (selaput otak) lapisan meningeal terdiri dari

durameter, lapisan araknoid dan durameter, cairan serebrospinalis (Nusatirin, 2018).

Menurut Nusatirin (2018) bagian-bagian dari otak terdiri dari:

1) Otak besar (cerebrum)

Berpasangan bagian atas dari otak kecil yang mengisi lebih dari setengah masa otak. Permukaannya berasal dari bagian yang menonjol dan lekukan cerebrum di bagi dalam 4 lobus yaitu:

- a) Lobus frontalis, menstimulasi pergerakan otot yang bertanggung jawab untuk proses berfikir, pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar motoric bicara, pusat penghirup, pusat pengonrolan gerakan volunteer di gyrus presentralis (area motoric primer).
- b) Lobus Parietalis merupakan area sensoris dari otak yang merupakan sensasi perabaan, tekanan, dan sedikit menerima perubahan temperature.
- c) Lobus Occipitalis mengandung area visual yang menerima sensasi dari mata, berfungsi sebagai menginterpretasikan dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus.
- d) Lobus temporalis, mengandung area auditori yang menerima sensasi dari telinga dan berperan dalam pembentukan dan perkembangan emosi. Area khusus otak besar (cerebrum) adalah :

(1) Somatic sensory, area yang menerima implus dari reseptor sensori tubuh yang terdiri dari area sensorik primer, dan visual primer, area auditori primer. Area olfaktori primer dan area pengecap primer.

(2) Primary motor, area yang mengirim implus ke otot skeletal area primar terdapat dalam girus presentral.

Disini neuron mengendalikan sisi anterior. Girus presentral. Neuron mengendalikan aktivitas motoric yang terlatih dan berulang seperti mengetik. Brocas area yang terlibat dalam kemampuan bicara.

## 2) Otak depan (Diacephalon)

Terletak diantara serebrum dan otak tengah yang tersembunyi di balik hemisfer serebral, terletak dibagian atas batang otak didepan mesencephalon yang terdiri dari:

- a) Thalamus, berfungsi untuk stasiun pemancar bagi implus yang sampai di otak dan medulla spinalis.
- b) Hipotalamus, berfungsi sebagai pusat pengaturan suhu.
- c) Subtalamus, nucleus motoric ekstrapiramidal penting mempunyai hubungan nucleus rubra, substansia nigra dan globus palidus dari ganglia basalis.
- d) Epitalamus adalah membentuk langit – langit tipis ventrikel telinga.

## 3) Otak tengah (Mesencephalon)

Merupakan bagian otak pendek dan terkoniksi yang menghubungkan pons dan serebelum dan serebrum dan berfungsi sebagai jalur penghantar dan pusat refleksi.

## 4) Otak belakang ( Hidrain: Pons Varolli, Serebelum, Medulla Oblongata) Otak tengah, pons dan medulla oblongata disebut sebagai batang otak. Batang otak (brain stem: mesencephalon, pons, dan medulla oblongata)

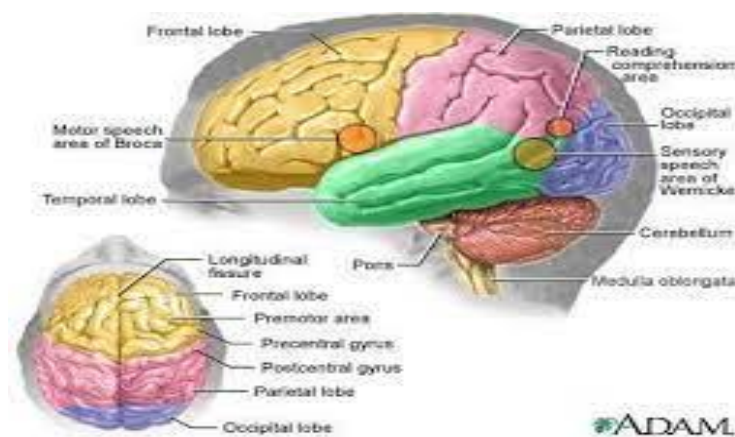
## 5) Pons menghubungkan medulla yang panjang dengan berbagai bagian otak melalui pedunculus serebral

## 6) Medulla oblongata

Medulla oblongata adalah sumsum lanjutan yang terletak langsung setelah otak dan menghubungkan dengan medulla spinalis.

## 7) Otak kecil (Cerebellum)

Bagian otak yang terletak dibagian belakang otak besar. Berfungsi sebagai pusat pengaturan koordiansi gerakan yang disadari dan keseimbangan tubuh serta posisi tubuh.



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Hutagalung, 2020)

## b) Anatomi Peredaran Darah di Otak

Darah mengangkut zat asam, makanan dan substansi lainnya yang diperlukan bagi fungsi jaringan hidup yang baik. Kebutuhan otak sangat mendesak, sehingga aliran darah yang konstan harus terus dipertahankan. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang, berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel (Hutagalung, 2020).

### 1) Peredaran Darah Arteri

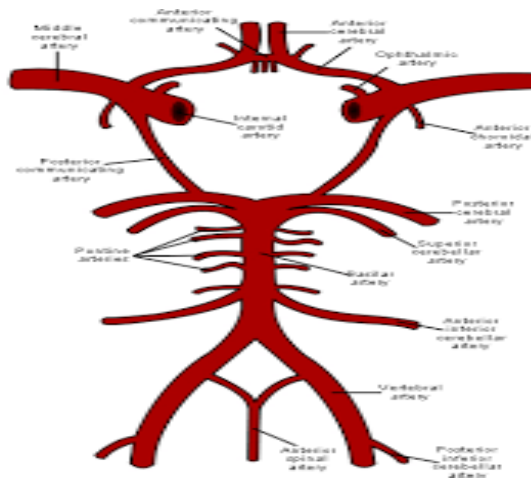
Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vertebralis dan arteri karotis interna, yang bercabang dan beranastomosis membentuk circulus willisi. Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis yang berakhir pada arteri serebri anterior dan arteri serebri medial. Di dekat akhir arteri karotis interna, dari pembuluh darah ini keluar arteri communicans posterior yang bersatu kearah kaudal dengan arteri serebri



posterior. Arteri serebri anterior saling berhubungan melalui arteri communicans anterior. Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteria subklavia sisi yang sama. Arteri subklavia kanan merupakan cabang dari arteria inominata, sedangkan arteri subklavia kiri merupakan cabang langsung dari aorta. Arteri vertebralis memasuki tengkorak melalui foramen magnum, setinggi perbatasan pons dan medula oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris (Hartati, 2020).

## 2) Peredaran Darah Vena

Aliran darah vena dari otak terutama ke dalam sinus-sinus duramater, suatu saluran pembuluh darah yang terdapat di dalam struktur duramater. Sinus-sinus duramater tidak mempunyai katup dan sebagian besar berbentuk triangular. Sebagian besar vena cortex superfisial mengalir ke dalam sinus longitudinalis superior yang berada di medial. Dua buah vena cortex yang utama adalah vena anastomotica magna yang mengalir ke dalam sinus longitudinalis superior dan vena anastomotica parva yang mengalir ke dalam sinus transversus. Vena-vena serebri profunda memperoleh aliran darah dari basal ganglia (Much, 2022).



Gambar 2.2 Anatomi Peredaran Darah (Hartati, 2020)

### 3. Etiologi

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan (hemoragik stroke) disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi dan 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 pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik (Junaidi, 2011). Menurut Arum (2015) Selain hal-hal yang disebutkan diatas, ada faktor-faktor lain yang menyebabkan stroke diantaranya:

#### a) Faktor resiko presipitasi

##### 1) Hipertensi (tekanan darah tinggi)

Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke. Hipertensi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun berkurang. Dengan pengurangan aliran darah ke otak, maka

otak kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama kelamaan jaringan otak akan mati.

## 2) Penyakit Jantung

Penyakit jantung seperti koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi factor terbesar terjadinya stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah tubuh. Jika pusat pengaturan mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

## 3) Diabetes Melitus

Pembuluh darah pada penderita diabetes melitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

## 4) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi dimana kadar kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak.

## 5) Obesitas

Obesitas merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL (Low-Density Lipoprotein) lebih tinggi dibanding kadar HDL (High-Density Lipoprotein). Untuk standar Indonesia, seseorang dikatakan obesitas jika indeks massa tubuhnya melebihi 25 kg/m. sebenarnya ada dua jenis obesitas atau

kegemukan yaitu obesitas abdominal dan obesitas perifer. Obesitas abdominal ditandai dengan lingkar pinggang lebih dari 102 cm bagi pria dan 88 cm bagi wanita

#### 6) Merokok

Menurut berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang-orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

#### b) Faktor resiko predisposisi

##### 1) Usia

Semakin bertambahnya usia, semakin besar resiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh, termasuk otak.

##### 2) Jenis Kelamin

Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait bahwa laki-laki cenderung merokok. Bahaya terbesar dari rokok adalah merusak lapisan pembuluh darah pada tubuh.

##### 3) Riwayat Keluarga

Jika salah satu anggota keluarga menderita stroke, maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Orang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki resiko lebih besar untuk terkena

stroke disbanding dengan orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya.

c) Faktor resiko medis

Faktor risiko medis yang memperparah stroke adalah:

- (1) Arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah)
- (2) Adanya riwayat stroke dalam keluarga (factor keturunan)
- (3) Migraine (sakit kepala sebelah)

d) Faktor resiko pelaku

Stroke sendiri bisa terjadi karena faktor risiko pelaku. Pelaku menerapkan gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat. Hal ini terlihat saat kebiasaan merokok, mengosumsi minuman bersoda dan beralkohol suka menyantap makanan siap saji (fast food/junkfood), kurangnya aktifitas gerak/olahraga, suasana hati yang tidak nyaman, seperti sering marah tanpa alasan yang jelas.

#### **4. Patofisiologi**

Faktor resiko stroke seperti gaya hidup, diabetes Melitus, riwayat penyakit jantung dan sebagainya dapat menyebabkan kerja norepinefrin dipembuluh darah meningkat sehingga tekanan darah meningkat atau hipertensi akut. Hipertensi yang terus menerus dapat mengakibatkan timbulnya 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 yang terus berlanjut ini dapat menyebabkan pembuluh darah otak (serebral) pecah sehingga terjadi stroke hemoragik (Djasang, 2018).

Mekanisme yang sering terjadi pada stroke perdarahan intraserebral adalah faktor dinamik yang berupa peningkatan tekanan darah. Hipertensi kronis menyebabkan pembuluh darah

arteriol yang berdiameter 100-400 mikrometer mengalami perubahan yang patologik. Perubahan tersebut berupa lipohyalinosis, fragmentasi, nekrosis, dan mikroaneurisma pada arteri di otak. Kenaikan tekanan darah secara mendadak ini dapat menginduksi pecahnya pembuluh darah. Jika pembuluh darah tersebut pecah, maka akan menyebabkan perdarahan (Much, 2022). Pecahnya pembuluh darah otak mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan oedema di sekitar otak. Peningkatan Transient Ischemic Attack (TIA) yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan Intracerebral sering dijumpai di daerah pituitary gland, thalamus, sub kortikal, lobus parietal, nucleus kaudatus, pons, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid.

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM (Arteriovenous Malformation). Aneurisma paling sering di dapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi willis sedangkan AVM (Arteriovenous Malformation) dapat dijumpai pada jaringan otak dipermukaan pia meter dan ventrikel otak, ataupun di dalam ventrikel otak dan ruang subarachnoid. Aneurisma merupakan lesi yang didapatkan karena berkaitan dengan tekanan hemodinamik pada dinding arteri percabangan dan perlekukan. Prekursor awal aneurisma adalah adanya kantong kecil melalui arteri media yang rusak. Kerusakan ini meluas akibat tekanan hidrostatis dari aliran darah pulsatif dan turbulensi darah, yang paling besar berada di bifurcatio arteri. Suatu aneurisma matur memiliki sedikit lapisan media, diganti dengan jaringan ikat, dan mempunyai lamina elastika yang terbatas atau tidak ada sehingga mudah terjadi ruptur. Saat

aneurisma ruptur, terjadi ekstrasvasasi darah dengan tekanan arteri masuk ke ruang subarachnoid dan dengan cepat menyebar melalui cairan serebrospinal mengelilingi otak dan medulla spinalis. Ekstrasvasasi darah menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) global dan mengiritasi meningeal (Akhir, 2021).

Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarachnoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vasospasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh darah arteri di ruang subarachnoid, ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparesis, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O<sub>2</sub> dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan didalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan O<sub>2</sub> jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi.

Perdarahan subarachnoid (PSA) yang mengacu pada perdarahan otak di bawah arachnoid, sering menyebabkan onset cepat defisit neurologis dan hilangnya kesadaran. Perdarahan subarachnoid ini akan direspon tubuh dengan cara mengkonstraksi pembuluh darah (vasokonstriksi atau vasospasme) yang dirangsang oleh zat-zat yang bersifat vasokonstriksi seperti serotonin, prostaglandin, dan produk pecahan darah lainnya. Keadaan ini akan memicu ion kalsium untuk masuk kedalam sel otot polos pembuluh darah. Akibatnya

konstraksi atau spasme akan semakin hebat dan lambat laun, yaitu sekitar hari kelima setelah perdarahan, kontraksi akan mencapai puncaknya sehingga terjadi penutupan lumen atau saluran pembuluh darah secara total dan darah tidak dapat mengalir lagi ke sel saraf yang bersangkutan. Akhirnya terjadi kematian pada sel saraf dan menyebabkan kehilangan kontrol mengakibatkan terjadinya hemiplegi dan hemiparesis. Hemiplegi dan hemiparesis dapat mengakibatkan kelemahan pada alat gerak dan menyebabkan keterbatasan dalam pergerakan fisik pada ekstremitas sehingga muncul masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (Nusatirin, 2018).

## **5. Manifestasi Klinik**

Menurut Nugraha (2018) manifestasi klinik Hemoragik Stroke (HS) 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 ekpresif 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 lobus temporal. 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 terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
- f) Gangguan penglihatan (diplopia) dimana pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau pariental yang

dapat menghambat serat saraf optik dan korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial II, IV dan VI.

- g) Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan gluteus menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.
- h) Inkontenesia baik bowel maupun bladder sering terjadi hal ini karena terganggunya saraf yang mensyarafi bladder dan bowel.
- i) Vertigo seperti mual, muntah, dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

## **6. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Pusparini (2018), pemeriksaan penunjang pada pasien yang mengalami stroke hemoragik adalah sebagai berikut:

### **a) Angiografi serebral**

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri, memperlihatkan secara tepat letak oklusi atau ruptur.

### **b) Computer Tomography (CT-scan)**

Untuk mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarakhnoid dan perdarahan intrakranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus trombosis disertai proses inflamasi. CT-scan secara sensitif mendeteksi perdarahan subarachnoid akut, tetapi semakin lama interval antara kejadian akut dengan CT-scan, semakin mungkin temuan CT-scan negative. Jika SAH

masih masih dicurigai pada CT-scan normal, pungsi lumbal harus dilakukan.

c) Fungsi lumbal

Pemeriksaan ini menunjukkan terlihatnya darah atau siderofag secara langsung pada cairan serebrospinal.

d) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV)

e) Ultrasonografi doppler (USG doppler)

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah atau timbulnya plak) dan arteriosklerosis (Munir, 2015). Pemeriksaan sinar x kepala dapat menunjukkan perubahan pada glandula pineal pada sisi yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis internal yang dapat dilihat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial pada dinding aneurisme pada perdarahan subaraknoid

f) Elektroensefalogram (EEG)

Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

g) Sinar tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dan massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral; kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.

## 7. Penatalaksanaan Medik

Menurut Maiti (2016) penatalaksanaan medik yang dapat di berikan oleh pasien stroke yaitu:

### a) Farmakologi (Pengobatan)

- 1) Terapi suportif dengan infus manitol bertujuan untuk mengurangi edema disekitar perdarahan.
- 2) Pemberian Vit K dan fresh frozen plasma jika perdarahannya karena komplikasi pemberian warfarin.
- 3) Pemberian protamin jika perdarahannya akibat pemberian heparin.
- 4) Pemberian asam traneksamat jika perdarahannya akibat komplikasi pemberian trombolitik

### b) Non Farmokologi

Penatalaksanaan medik non farmokologi yang dapat dilakukan yaitu pembedahan (Surgical Intervention) merupakan pembedahan carotid endarterectomy dan carotid stenting. Pembedahan ini hanya efektif bila lokasi perdarahan dekat dengan permukaan otak.

## 8. Komplikasi

Menurut Creamona (2017) komplikasi yang dapat terjadi pada klien hemoragik stroke adalah sebagai berikut:

### a) Fase akut

Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak, fungsi otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan

pembuluh darah, sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

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

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, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan. Aspirasi klien yang stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

b) Fase pemulihan atau lanjut

Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan, biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine. Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak. Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala clauster. Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

## **B. Konsep Dasar Keperawatan**

### 1) Pengkajian Fisik

Pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara bertahap B1-B6 agar dapat terarah dengan dihubungkan dengan keluhan pada pasien.

#### a) B1 (Breathing)

Pada pemeriksaan inspeksi di dapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada pasien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun sering di dapatkan pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran atau koma. Pasien dengan tingkat kesadaran penuh atau compos mentis, inspeksi pernapasan tidak ada kelainan, palpasi thoraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri, auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

#### b) B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

#### c) B3 (Brain)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian

#### d) B3 (Brain)

merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

e) B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

f) B5 (Bowel)

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

g) B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit yang mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu,

perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Nusatirin, 2018).

## 2) Pengkajian Pola Gordon

### a) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi, stroke, dan suka merokok. Keluarga pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi, obat yang di konsumsi pasien yaitu amlodipin.

Data objektif : Tampak pasien lemah, gelisah, meringis, sesak, menggunakan otot bantu pernapasan, terdengar bunyi napas tambahan, tampak warna kulit pucat, kulit teraba hangat, nadi teraba kuat/lemah, tanda-tanda vital abnormal.

### b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Data subjektif : Anoreksia, mual muntah, nafsu makan menurun, disfagia di tandai dengan pasien kesulitan dalam menelan.

Data objektif : Turgor kulit jelek, kulit kering/berisik, kehilangan lemak subkutan.

### c) Pola Eliminasi

Data subjektif : Penurunan frekuensi urine, oliguria

Data objektif : Diare atau konstipasi

### d) Pola Aktivitas dan Latihan

Data subjektif : Rasa lemah cepat lelah, Sesak (nafas pendek).

Data objektif : Suara tambahan ronchi dan vesikuler.

### e) Pola Tidur dan Istirahat



Data subjektif : Sulit tidur, terbangun secara tiba-tiba, biasa berkeringat

Data objektif : Sering menguap, gelisah, lemas, demam (37-39°C) hilang timbul.

f) Pola Persepsi Kognitif

Data subjektif : Sakit kepala, penglihatan kabur, mudah lupa

Data objektif : Gangguan status mental, penurunan lapang perhatian, gangguan proses berfikir, tingkat kesadaran menurun

g) Pola persepsi dan Konsep Diri

Data subjektif : Harga diri rendah, perasaan tidak berdaya

Data objektif : Sering marah-marah, cemas

h) Pola Peran dan Hubungan Sesama

Data subjektif : Pasien biasa mengamuk bila dilakukan tindakan atau saat keluarga mengunjungi.

Data objektif : Lemas

i) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data subjektif : Masalah seksual yang berhubungan dengan penyakitnya

Data objektif : Penurunan libido, infertilitas

j) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

Data subjektif : Faktor stress lama, masalah keuangan, perasaan tak berdaya/tak ada harapan.

Data objektif : Mengamuk saat ada yang berbicara .

k) Pola Nilai dan Kepercayaan

Data subjektif : Tekanan spiritual yang terjadi saat sakit

Data objektif : Tampak tidak dapat melakukan apa-apa (Hartati, 2020).

### 3) Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada kasus Hemoragik Stroke berdasarkan patoflowdiagram, diagnosis yang muncul yaitu:

- a) Resiko perfusi sereberal tidak efektif b/d embolisme (D.0017).
- b) Pola nafas tidak efektif b/d depresi pusat pernapasan, hambatan upaya nafas, gangguan neuromuskuler, dan gangguan neurologis (D.0005).
- c) Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d spasme jalan napas, disfungsi neuromuskuler, sekresi yang tertahan (D.0001).
- d) Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak (D.0054).
- e) Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler, kelemahan (D.0109) (PPNI, 2017).

### 4) Intervensi Keperawatan

Standar luaran keperawatan indonesia dan standar intervensi keperawatan Indonesia yaitu:

- a) Resiko perfusi sereberal tidak efektif b/d embolisme (D.0017)
  - 1) SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil (L.02014):
    - (1) Tingkat kesadaran cukup meningkat
    - (2) Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik
    - (3) Kesadaran membaik
    - (4) Tekanan darah sistolik cukup membaik
    - (5) Tekanan darah diastolik cukup membaik
    - (6) Refleks saraf membaik
  - 2) SIKI : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)

- a) Observasi
  - (1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
  - (2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis ketekanan darah meningkat, tekana nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
  - (3) Monitor status pernapasan
- b) Terapeutik
  - (1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
  - (2) Berikan posisi semi fowler
  - (3) Pertahankan suhu tubuh normal
- c) Kolaborasi
  - 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan konvulsan, *jika perlu*
  - 2) Kolaborasi pemberian deuretik osmosis, *jika perlu*
- b) Pola nafas tidak efektif b/d depresi pusat pernapasan, hambatan upaya nafas, gangguan neuromuskuler, dan gangguan neurologis (D.0005)
  - 1) SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil (L.01004):
    - a) Tekanan ekspirasi cukup meningkat
    - b) Dispnea menurun
    - c) Penggunaan otot bantu napas menurun
    - d) Frekuensi napas membaik
  - 2) SIKI : Stabilisasi Jalan Napas (I.01025)
    - a) Observasi
      - (1) Monitor suara napas setelah selang jalan napas terpasang (mis. sesak napas, menggorok)

- (2) Monitor komplikasi pemasangan selang jalan napas
- (3) Monitor saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>) dan CO<sub>2</sub>
- (4) Monitor kesimetrisan pergerakan dinding dada
- b) Terapeutik
  - (1) Posisikan kepala pasien sesuai dengan kebutuhan
  - (2) Berikan oksigen 100% selama 3-5 menit, sesuai kebutuhan
  - (3) Auskultasi dada setelah intubasi
- c) Edukasi
  - (1) Jelaskan tujuan dan prosedur stabilisasi jalan napas
- d) Kolaborasi
  - (1) Kolaborasi pemilihan ukuran dan tipe selang endotrakeal atau selang trakeostomi yang memiliki volume tinggi
- c) Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d spasme jalan napas, disfungsi neuromuskuler, sekresi yang tertahan (D.0001)
  - 1) SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil (L.01004):
    - a) Tekanan ekspirasi cukup meningkat
    - b) Dispnea menurun
    - c) Penggunaan otot bantu napas menurun
    - d) Frekuensi napas membaik
  - 2) SIKI : Manajemen Jalan Napas (I.01011)
    - a) Observasi
      - (1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

- (2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gugrling, mengi, wheezing, ronchi kering)
- (3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- b) Terapeutik
  - (1) Posisikan semi-fowler atau fowler
  - (2) Lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*
  - (3) Berikan oksigen, *jika perlu*
  - (4) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tiitt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
- c) Edukasi
  - (1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi
  - (2) Ajarkan teknik batuk efektif
- d) Kolaborasi
  - (1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, eksektoran, mukolitik, *jika perlu*
- e) Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak. (D.0054)
  - 1) SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042)
    - a) Pergerakan ekstermitas meningkat
    - b) Otot cukup meningkat
    - c) Rentang gerak (ROM) meningkat
    - d) Gerakan terbatas menurun
    - e) Kaku sendi menurun
  - 2) SIKI : Dukungan Mobilisasi
    - a) Observasi
      - (1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
      - (2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

- (3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi
- (4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- (1) Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- (2) Fasilitas melakukan pergerakan, *jika perlu*
- (3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- b) Edukasi
  - (1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
  - (2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
  - (3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
- f) Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler, kelemahan (D.0109)
  - 1) SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil (L.13121)
    - a) Kemampuan mandi cukup meningkat
    - b) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
    - c) Kemampuan makan meningkat
    - d) Minat melakukan perawatan diri meningkat
  - 2) SIKI : Dukungan Perawatan Diri (I.11348)
    - a) Observasi
      - (1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
      - (2) Monitor tingkat kemandirian
      - (3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
    - b) Terapeutik

- (1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)
- (2) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- (3) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- (4) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- (5) Jatwalkan rutinitas perawatan diri

c) Edukasi

- (1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (PPNI, 2017).

6. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

Persiapan pemulangan pasien dari rumah sakit kembali ke rumah sangat diperlukan oleh pasien. Berikut adalah hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk pemulangan pasien yaitu:

- a) Mengajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai cara menangani perawatan dirumah.
- b) Perawat harus memastikan bahwa pasien dan keluarga memahami tentang masalah yang mereka hadapi.
- c) Memberitahu pasien bagaimana mengenali kemungkinan masalah, dan apa yang dilakukan bila mereka melihat tandatanda masalah tersebut.
- d) Menjelaskan tanda dan gejala komplikasi.
- e) Memberikan informasi tentang obat-obatan yang diberikan, penggunaan peralatan medis dan lanjutan, diet, latihan dan hal-hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit yang dialami pasien.
- f) Memberi tahu pasien dan keluarga tentang medikasi yang perlu digunakan pasien. Pastikan bahwa mereka memahami kapan meminumnya atau memakainya dan seberapa banyak.

### **BAB III**

#### **PENGAMATAN KASUS**

Pada tanggal 2 juni 2022 Tn. H usia 80 tahun di bawa keluarga ke Rumah Sakit Pelamonia Makassar, dengan keluhan pasien lemas dan tidak bisa bicara di alami sejak 7 jam yang lalu sebelum masuk Rumah Sakit. Keluarga juga mengatakan sejak di rumah pasien mengalami batuk berlendir dan sesak  $\pm$  2 hari di rumah, pasien juga mempunyai riwayat penyakit Hipertensi 10 tahun dan stroke 3 tahun yang lalu. Keadaan umum pasien merasa lemas dengan GCS E3V3M3 (somnolen). Pada saat pengkajian didapatkan kelemahan pada ekstremitas kanan dengan uji kekuatan otot, tangan kanan 4, kaki kanan 4, dan tangan dan kaki kiri 5. Pasien terpasang infus RI 500cc, tpm, kateter, NGT, dan NRM 10 liter. Non Rebreathing Mask (NRM) memiliki katub satu arah pada port oksigen dan lubang ventilasi disisi kanan dan pada sisi kiri sungkup, katub ini berfungsi untuk mencegah terhirupnya kembali CO<sub>2</sub> sehingga O<sub>2</sub> yang masuk melalui inspirasi jumlahnya maksimal, aliran oksigen 8-12 liter/menit dengan FiO<sub>2</sub> mencapai 90%. Rebreathing Mask (RM) terdapat kantong udara atau reservoir bag, aliran oksigen 6-10 liter/menit dengan FiO<sub>2</sub> mencapai 80%. Pemberian NRM pada pasien dapat dilihat dari hasil observasi tekanan darah 166/107 mmHg, pernapasan 28x/menit, suhu tubuh 36,6°C, dan SPO<sub>2</sub> 90%. Hasil pemeriksaan CT-Scan didapatkan kesan Pendarahan intracerebri region frontotemporoparietal sinistra, brain atropy, retention cyst sinus maxillaris sinistra, sinusitis ethmoid dextra, deviasi septum nasi ke sinistra, dengan diagnosa Hemoragik Stroke (HS). Terapi obat yang diberikan pada pasien yaitu piracetam, manitol, mecobulamin, candersartan, ranitidin, trasamin.

Dari data-data diatas maka penulis mengangkat diagnosa keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolisme, bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekret yang tertahan, gangguan mobilitas b.d gangguan neuromuscular.



**FORMAT LAPORAN KASUS**  
**RUANG INTENSIVE CARE UNIT**

1. Pengkajian

Nama Mahasiswa : 1.Iriani Dorkas Krey

2.Jesicha Pare Allo

Tanggal : 2 Juni 2022

Nama Pasien/Usia : Tn. H/ 80 Tahun

Diagnose Medis : *Hemoragic Stroke (HS)*

1) Pengkajian Primer

Tabel 3.1

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan dada	Tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu nafas	Tidak ada
	Palpasi	a. Vocal premitus: kiri dan kanan sama b. Nyeri tekan: tidak ada nyeri tekan
	Perkusi	Tidak ada
	Suara nafas	Vesikuler Terdengar suara nafas tambahan ronchi
	Batuk	Tidak produktif
	Sputum	Tampak sputum pasien kental
	Alat bantu nafas	Ada Jenis :Non Rebreathing Mask (NRM) 10 liter  Spo2 : 90% Pernapasan : 28x/menit Nadi :107 x/menit Tampak pasien sesak
	Lain- lain	-

<i>Blood</i> (B2)	Suara jantung	S1 S2 S3 S4
	Irama jantung	Regular
	CRT	CRT kembali < 3 detik
	JVP	Normal, 5-2 cmH <sub>2</sub> O
	CPV	Tampak tidak ada
	Edema	Tampak tidak ada edema
	EKG	-
	Lain-lain	a. TTV: TD: 166/107 mmHg N : 107 x/menit P : 28x /menit
<i>Brain</i> (B3)	Tingkat kesadaran	a. Kualitatif: Somnolen) b. Kuantitatif (GCS) E : 3 V : 3 M :3 Kesimpulan: 9 (somnolen)
	Reaksi pupil a. Kanan b. Kiri	a. Isokor b. Ada, diameter 3 mm c. Ada, diameter 3 mm
	Refleks fisiologis	a. Reflex biceps : positif b. Reflex triceps : positif c. Reflex patella : positif d. Reflex achilles : positif e. Reflex brachialis: positif
	Refleks patologis	a. Reflex Babinski: negatif
	Meningeal sign	Tampak tidak ada
	Lain-lain	Hasil CT Scan :  - Pendarahan intracerebri region frontotemporoparietal sinistra - Brain atropi - Retention cyst sinus maxillaris sinistra - Sinusitis ethmoid dextra - Deviasi septum nasi ke sinistra
	<i>Bladder</i> (B4)	Urine
Kateter		a. Ada, hari ke 3
Kesulitan BAK		Pasien tampak tidak kesulitan saat BAK
Lain-lain		Tidak ada

<i>Bowel</i> (B5)	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir kering					
	Lidah	Tampak lidah kotor					
	Keadaan gigi	Tampak gigi sudah tidak ada					
	Nyeri telan	Tidak ada					
	Abdomen	Tampak tidak distensi					
	Peristaltic usus	Normal, nilai 18 x/menit					
	Mual	Tidak ada mual					
	Muntah	Tidak ada muntah					
	Hematemesis	Tidak mengalami hematemesis					
	Melena	Pasien tidak ada melena					
	Terpasang NGT	Tampak terpasang NGT					
	Terpasang colostomy bag	Tampak tidak terpasang colostomy bag					
	Diare	Pasien tidak mengalami diare					
	Konstipasi	Pasien tidak mengalami konstipasi					
	Asites	Pasien tidak mengalami asites					
Lain-lain	Tidak ada						
<i>Bone</i> (B6)	Turgor	Tugor kulit baik					
	Perdarahan kulit	Tampak tidak ada perdarahan pada kulit					
	Icterus	Tampak tidak icterus					
	Akral	Teraba akral hangat					
	Pergerakan sendi	Tampak pergerakan sendi terbatas					
	Fraktur	Tampak tida ada fraktur					
	Luka	Tampak tida ada luka					
	Lain-lain	Uji kekuatan otot kanan kiri  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	Tangan	4	5	Kaki	4
Tangan	4	5					
Kaki	4	5					

## 2) Diagnosis keperawatan

B-1: Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan

B-2 : Tidak ada

B-3 : Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d embolisme

B-4 : Tidak ada

B-5 : Tidak ada

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

## 3) Pengkajian Sekunder

### a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

#### 1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien jarang berolahraga dan sering merokok dalam sehari dan pasien dapat menghabiskan rokok 1-2 bungkus, pasien juga suka mengonsumsi ikan asin dan makanan yang asin atau pedas. Pasien juga suka mengonsumsi makanan siap saji, seperti gorengan-gorengan di pinggir jalan. Keluarga pasien juga mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit Hipertensi dari ibu, 10 tahun dan juga riwayat penyakit stroke 3 tahun yang lalu.

#### 2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama: Pasien merasakan kelemahan pada sisi sebelah kanan

b) Riwayat keluhan utama:

Keluarga pasien mengatakan pasien dibawa ke rumah sakit karena pasien merasa lemas dirasakan sudah 2 hari yang lalu dan tidak dapat bicara sehingga pasien harus dibawa ke rumah sakit dan pada saat pengkajian kaki dan tangan kanan sulit untuk di gerakan.

c) Riwayat penyakit yang diderita:

Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi ( tekanan darah tinggi ) sejak 10 tahun yang lalu. Keluarga mengatakan pasien mengkonsumsi obat amlodipin 10 mg. Keluarga juga mengatakan pasien pernah mengalami stroke 3 tahun yang lalu .

d) Riwayat kesehatan keluarga : Keluarga mengatakan ibu pasien mempunyai riwayat hipertensi

3) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut: Tampak rambut bersih sedikit beruban dan kering

b) Kulit kepala : Tampak kulit kepala pasien tidak ada ketombe maupun lesi

c) Kebersihan kulit : Tampak kulit pasien lembab

d) Hygiene rongga mulut : Tampak bibir pasien kering, tampak lidah kotor dan mulut pasien berbau

e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji

f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

B. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mempunyai pola makan yang teratur yaitu 3x sehari (pagi, siang, malam) dengan menu yang biasa dimasak oleh istrinya yakni nasi putih, sayur dan ikan atau tempe-tahu. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat suka makan ikan asin bahkan hampir setiap hari ia makan ikan asin.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien dianjurkan untuk dipasangkan NGT. Tampak pasien di pasangkan NGT sehingga saat makan harus di sonde dengan makanan yang sudah dihaluskan. Sehari pasien makan 3x dalam sehari yaitu bubur dan air putih diberikan 150 cc

- 3) Observasi: Tampak pasien terpasang NGT, tampak makanan dan minum air putih dihabiskan 150 cc
- 4) Pemeriksaan fisik
- a) Kebersihan rambut: Tampak rambut pasien bersih, sedikit beruban, kering, tidak berketombe dan tidak ada lesi
  - b) Hidrasi kulit: Tampak kulit terhidrasi normal
  - c) Conjungtiva: Tampak palpebra pasien tidak edema dan tampak conjungtiva tidak anemis
  - d) Sclera : Tampak sclera pasien tidak ikterik
  - e) Hidung: Tampak septum berada di tengah, tampak tidak ada secret atau lesi maupun pendarahan pada hidung, tampak pertumbuhan bulu hidung
  - f) Rongga mulut : tampak mukosa bibir pasien kering dan mulut pasien agak berbau
  - g) Gigi : Tampak gigi pasien sudah tidak ada
  - h) Kemampuan mengunyah keras: Pasien sudah tidak dapat mengunyah keras karena sudah tidak mempunyai gigi.
  - i) Lidah : Lidah tampak kotor
  - j) Pharing: Tampak tidak ada peradangan
  - k) Kelenjar getah bening : Tidak teraba
  - l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
  - m) Abdomen
    - Inspeksi : Tampak perut pasien datar, tidak tampak adanya bayangan vena
    - Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 22x/i
    - Palpasi : Tidak teraba adanya nyeri tekan lepas
    - Perkusi : Terdengar bunyi tympani
  - n) Kulit
    - Ikterik : Tampak tidak ikterik
    - Edema Tampak tidak edema
    - Tanda-tanda radang: tidak tampak adanya tanda peradangan

### C. Pola aktivitas dan latihan

#### 1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga Pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu berolahraga dengan mandiri, dan biasanya ada waktu luang pasien pergi jalan-jalan santai disekitar halaman rumahnya atau pergi menanam di kebun yang di dekat rumahnya.

#### 2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien sudah tidak dapat melakukan aktivitas apa-apa selain di tempat tidur. Sehingga pasien tidak dapat melakukan aktifitas seperti biasanya. Dan aktivitasnya pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

#### 3) Observasi:

Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya, tampak pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur.

##### a) Aktivitas harian

Makan : 2

Mandi : 2

Pakaian : 2

Kerapihan : 2

Buang air besar : 3

Buang air kecil : 3

Mobilisasi di tempat tidur : 3

b) Postur tubuh : Tidak dikaji (pasien dalam keadaan berbaring di tempat tidur)

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat: Tampak pasien hemiparese dextra

e) `Fiksasi :Tidak tampak adanya fiksasi

f) Tracheostomi :Tampak tidak terpasang tracheostom

##### Keterangan:

0 : Mandiri

1 : Bantuan dengan alat

2 : Bantuan orang

3 : Bantuan alat dan orang

4 : Bantuan penuh

## 4) Pemeriksaan Fisik

## a) Tekanan darah

    Berbaring : 166/107mmHG

    Duduk : -

    Berdiri : -

## b) HR : 107x/menit

## c) Kulit :

    Keringat dingin : Tidak teraba

    Keringat Basah : Tampak kulit pasien kering

d) JVP : 5-2 memadai cmH<sub>2</sub>O

    Kesimpulan : Perfusi jantung memadai

## e) Perfusi pembuluh Kapiler : CRT kembali dalam 3&lt; detik

## f) Thorax dan pernapasan

    Inspeksi

    Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan, pernapasan pasien 28x/menit dengan irama takipneu jenis dada.

    Retraksi intercostal : Tidak ada

    Sianosis : Tidak tampak sianosis

    Stridor : Tidak tampak stridor

    Palpasi

    Vocal premitus : Teraba kedua lapang paru sama getarannya

    Krepitasi : Tidak teraba

    Perkusi : Tidak ada

    Auskultasi

    Suara napas : Terdengar vesicular

    Suara ucapan : Terdengar normal



Suara tambahan: Terdengar suara napas tambahan ronchi

g) Lengan dan tungkai

Atropi otot : Positif

✓ Negatif

Rentang gerak

Kaku sendi : Terdapat spastik pada daerah tungkai

Paralisis : Pasien tampak mengalami paralisis

Uji kekuatan otot: Kanan kiri

Tangan

	4	5
Kaki	4	5

Keterangan :

1. Nilai 5: Kekuatan otot penuh
2. Nilai 4: Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain
3. Nilai 3: Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan
4. Nilai 2: Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh
5. Nilai 1: Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan
6. Nilai 0: Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleks Fisiologis :

- Biseps :Positif
- Triceps :Positif
- Patella :Positif
- Achilles :Positif

## Refleks Patologis : Babinski –Negatif

## 4) Pemeriksaan Penunjang

## a) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan keterangan
KIMIA			
SGOT	55*	0-37	U/L
SGPT	22	0-45	U/L
Kreatinin	0.66	0.6-1.2	Mg/dl
Glukosa Sewaktu	103	<200	Mg/dl
ELEKTROLIT			
Natrium	139	136-145	Mmol/L
Kalium	3.5	3.5-5.1	Mmol/L
Klorida	110*	98-106	Mmol/L

## b) Pemeriksaan CT-Scan Kepala

Kesan :

Pendarahan intracerebri regio frontotemporoparietal sinistra

Brain atrophy

Retention cyst sinus maxillaris sinistra

Sinusitis ethmoid dextra

Deviasi septum nasi ke sinistra

## 5) Terapi yang diberikan

Ranitidine 1 ml/IV/24 jam

Piracetam 1gr/IV/12 jam

Mecobulamin 500mlV/24jam

Transamin 1grIV/8Jam

Monitol125ccIV/8jam

Candersartan 16mg

## Analisa Data

Tabel 3.2

Data	Etiologi	Masalah				
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi 10 tahun dan Stroke 3 tahun yang lalu.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak tanda-tanda vital pasien            TD :166/107 mmHG            N : 107x/menit</li> <li>- GCS E3V3M3 (somnolen)</li> <li>- Uji kekuatan otot :            kanan kiri            Tangan <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> </li> <li>- Hasil CT Scan kepala :            pendarahan intracerebri regio frontotemporoparental sinistra.</li> </ul>	4	5	4	5	<p>Embolisme</p>	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p>
4	5					
4	5					
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir dan sesak sejak 2 hari yang lalu.</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan dahak</li> <li>- Tampak terdengar suara napas tambahan ronchi</li> </ul>	<p>Sekresi Yang Tertahan</p>	<p>Bersihan Jalan Nafas</p>				

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pernapasan : 28 x/menit</li> <li>- Spo2 : 90%</li> <li>- Tampak pasien sesak</li> </ul>		
<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kekakuan di ekstremitas kanan</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien terbaring lemas di atas tempat tidur</li> <li>- Tampak aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Tampak pasien tidak bisa beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain</li> </ul>	<p>Gangguan Neuromuskuler</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

### Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.3

No	Diagnosa Keperawatan
I	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolisme
II	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan
III	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler

## Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolisme	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat kesadaran cukup meningkat (4)</li> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah cukup meningkat (4)</li> <li>- Kesadaran cukup meningkat (4)</li> </ul>	Manajemen peningkatan tekanan intracranial Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor status pernapasan</li> </ul> Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>- Berikan posisi elevasi kepala 30°</li> </ul> Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi Pemberian sedasi dan anti kunculan, <i>jika perlu</i></li> </ul>
2.	Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d sekret yang tertahan di tandai dengan DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien</li> </ul>	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Produksi sputum cukup menurun (4)</li> </ul>	Manajemen jalan napas Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>- Monitor bunyi napas tambahan(mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> </ul>

	<p>batuk berlendir dan sesak sejak 2 hari yang lalu.</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan dahak</li> <li>- Tampak terdengar suara nafas tambahan ronchi</li> <li>- Tampak pasien menggunakan alat bantu nafas Non Rebrathing Mark ( NMR) 10liter</li> <li>- Pernapasan : 28x/menit</li> <li>- Spo2 : 90%</li> <li>- Tampak pasien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi napas cukup menurun (4)</li> <li>- Pola napas cukup membaik(4)</li> <li>- Batuk efektif cukup meningkat (4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor sputum</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>- Berikan oksigen, <i>jika perlu</i></li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu.</i></li> </ul>
--	---	---	---

	sesak		
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler di tandai dengan</p> <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kekakuan di ekstremitas kanan</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien terbaring lemas di atas tempat tidur</li> <li>- Tampak aktivitas di</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergerakan ekstremitas cukup meningkat (4)</li> <li>- Kekuatan otot cukup meningkat (3)</li> <li>- Gerakan terbatas cukup menurun (4)</li> <li>- Kelemahan fisik cukup menurun (4)</li> </ul>	<p>Dukungan mobilitas</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu( mis. pagar tempat tidur)</li> <li>- Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ul>

	<p>bantu oleh keluarga dan perawat</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tampak pasien tidak bisa beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain</li></ul>		
--	--	--	--



## Implementasi Keperawatan

Tabel 3.5

Tanggal	Diagnosa	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama perawat
02/06/2022 Dinas malam	I,II,III	21 :00	- Mengkaji dan memonitor TTV Hasil: TD:166/107mmHG N :107x/menit P : 28x/menit S : 36,7 °C	Iriani
	I	21:25	- Melakukan advis dokter Hasil :Piracetam 1gr/IV/24 jam Monitol 125 cc/IV/8 jam	
	I	21:45	- Memonitor status pernapasan Hasil: Tampak pernapasan pasien 28x/menit	
	II	22: 15	- Berikan posisi elevasi kepala 30° Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°	
	II	22:40	- Memonitori bunyi napas tambahan Hasil : Tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi	
	II	23:10	- Berikan oksigen ,jika perlu Hasil :Tampak terpasang NRM 10 liter	
	II	23:55	- Memberikan terapi nebulizer Hasil :Tampak di berikan obat ventolin untuk mengatasi sesak	

	II	12:00	<p>napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor Sputum</li> </ul> <p>Hasil : Tampak sputum pasien kental</p>	
	I,II,III	01: 15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji dan memonitor TTV</li> </ul> <p>Hasil: TD:166/107 mmHG N :107x/menit P : 28x/menit S : 36,7 °C</p>	
	I,II,III	02:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan advis dokter</li> </ul> <p>Hasil:Mecobulmin 500ml/IV/24 jam Ranitidin1ml/IV/24 jam</p>	
	III	03:50	<p>Manitol 125cc/IV/8 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ul> <p>Hasil : Tampak kelemahan pasien pada kaki kanan dan tangan kanan</p>	
	III	04:45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitori kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>	
	III	05:00	<p>Hasil : Tampak kondisi pasien nyaman dan tenang saat di lakukan mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu pasien mengubah posisi berbaring</li> </ul>	

	I,II,III	05: 30	<p>Hasil : Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi miring ke kiri yang di berikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji dan memonitor TTV</li> </ul>	
	II	05: 55	<p>Hasil: TD:166/107mmHG N :107x/menit P : 28x/menit S : 36,7 °C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitori bunyi napas tambahan</li> </ul>	
	II	06:30	<p>Hasil : Tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor status pernapasan</li> </ul>	
	I	06: 45	<p>Hasil: Tampak pernapasan pasien 28x/menit</p>	
	I,II,III	07:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan advis dokter</li> </ul> <p>Hasil : Candesartan 16mg Ranitidin 1 ml/IV/24 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji dan memonitor TTV</li> </ul> <p>Hasil: TD:166/107 mmHG N :107x/menit P : 28x/menit S : 36,7 °C</p>	

03/06/2022  Dinas pagi	I,II,III	07:15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji dan memonitor TTV Hasil: TD:150/100 mmHG N :105x/menit P : 27x/menit S : 36,7 °C</li> </ul>	Jesicha
	I	7:45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan advis dokter Hasil : Piracetam 1gr/IV/12 jam Monitol 125cc/IV/8 jam</li> </ul>	
	I	8:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor status pernapasan Hasil : Tampak pernapasan pasien 27x/menit</li> </ul>	
	I	9:50	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan posisi evelasi kepala 30° Hasil :Tampak posisi kepala pasien 30°</li> </ul>	
	I,II,III	10:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji dan memonitor TTV Hasil: TD:150/100 mmHG N :105x/menit P : 27x/menit S : 36,7 °C</li> </ul>	
	I,II,III	11:25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan advis dokter Hasil : Mecobulmin 500ml/IV/24 jam Ranitidin 1ml/IV/24 jam Piracetam 1gr/IV/12 jam Transamin 1gr/IV/8 jam Candersartan 16mg Manitol 125cc/IV/8 Jam</li> </ul>	
	III	11:35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ul>	

	II	12:00	<p>Hasil : Tampak kelemahan pasien pada kaki kanan dan tangan kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor pola napas</li> </ul>
	II	12:20	<p>Hasil: Pernapasan : 27x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitori bunyi napas tambahan</li> </ul> <p>Hasil : Tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi</p>
	II	12:45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan oksigen , <i>jika perlu</i></li> </ul> <p>Hasil :Tampak terpasang NRM 8liter</p>
	II	13:15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terapi nebulizer</li> </ul> <p>Hasil : Tampak di berikan obat ventolin untuk mengurangi sesak</p>
	III	13:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memfasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,pagar tempat tidur)</li> </ul> <p>Hasil :Tampak keluarga membantu pasien miring kiri dan pasien memegang pada pagar tempat tidur</p>
	III	13:45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ul> <p>Hasil : Tampak perawat menjelaskan tujuan mobilisasi kepada keluarga pasien</p>
	III	13:55	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu pasien mengubah posisi berbaring</li> </ul>

	II	14: 00	<p>Hasil : Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi miring ke kiri yang di berikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor Sputum</li> </ul> <p>Hasil : Tampak sputum pasien kental</p>	
--	----	--------	---	--

04/06/2022 Dinas pagi	I,II,III	07:15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji dan memonitor TTV</li> </ul> <p>Hasil: TD:140/90 mmHG N :102x/menit P : 26x/menit S : 36,7 °C</p>	Jesika dan iriani
	I	07:25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor status pernapasan</li> </ul> <p>Hasil : Tampak pernapasan pasien 26x/menit</p>	
	I	08:45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan posisi elevasi kepala 30°</li> </ul> <p>Hasil : Tampak posisi kepala pasien 30°</p>	
	I	09:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor pola napas</li> </ul> <p>Hasil: Pernapasan : 26x/menit</p>	
	II	10:05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitori bunyi napas tambahan</li> </ul> <p>Hasil : Tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi mulai berkurang</p>	
	II	10:25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan oksigen ,jika perlu</li> </ul> <p>Hasil :</p>	

			Tampak terpasang Nasal kanul 5liter	
	II	11:14		
	I,II,III	11:40	- Mengkaji dan memonitor TTV Hasil: TD:140/80 mmHG N :102x/menit P : 26x/menit S : 36,7 °C	
	I,II,III	12:25	- Melaksanakan advis dokter Hasil : Mecobulmin 500ml/IV/24 jam Ranitidin 1ml/IV/24 jam Piracetam 1gr/IV/12 jam Transamin 1gr/IV/8 jam Candersartan 16mg Manitol 125cc/IV/8 jam	
	III	12:30	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil : Tampak kelemahan pasien pada kaki kanan dan tangan kanan	
	III	13:20	- Memonitori kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Tampak kondisi pasien nyaman dan tenang saat di lakukan mobilisasi	
			- Memfasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) Hasil : Tampak keluarga membantu pasien miring kiri dengan	

	III	13:30	<p>bantuan pasien memegang pada pagar tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ul> <p>Hasil :</p> <p>Tampak perawat menjelaskan tujuan mobilisasi kepada keluarga pasien</p>	
	III	14:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu pasien mengubah posisi berbaring</li> </ul> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi miring ke kiri yang di berikan</p>	



## Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
02/06/2022	<p>Diagnosa 1:Resiko perfusi serebral tidak aktif</p> <p>S :</p> <p>O : -Pasien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital</li> <li>TD:166/107mmHG</li> <li>N :107x/menit</li> <li>P : 28x/menit</li> <li>S : 36,7 °C</li> </ul> <p>A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen peningkatan tekanan intracranial</p>	Jesika dan Iriani
	<p>Diagnosa 2 : Bersihan jalan Napas tidak efektif</p> <p>S:</p> <p>O: Tampak pasien sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pernapasan :28x/menit</li> <li>- Saturasi 90% dan terpasang NRM 10liter</li> </ul> <p>A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	

	Manajemen jalan napas	
--	-----------------------	--

	<p>Dix 3 : Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <p>O :-Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uji kekuatan otot : kanan kiri</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pergerakan terbatas</li> <li>- Tampak kelemahan pada tangan dan kaki kanan</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p style="padding-left: 40px;">Dukungan mobilisasi</p>	Tangan	4	5	Kaki	4	5	
Tangan	4	5						
Kaki	4	5						

03/06/2022	<p>Diagnosa 1:Resiko perfusi serebral tidak aktif</p> <p>S :</p> <p>O : - Pasien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">TD:150/100 mmHG</p> <p style="margin-left: 40px;">N :105x/menit</p> <p style="margin-left: 40px;">P : 27x/menit</p> <p style="margin-left: 40px;">S : 36,7 °C</p> <p>A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p style="margin-left: 40px;">Manajemen peningkatan tekanan intracranial</p>	Jesika dan Iriani
	<p>Diagnosa 2 : Bersihan jalan Napas tidak efektif</p> <p>S:</p> <p>O: Tampak pasien sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pernapasan :27x/menit</li> <li>- Saturasi 95% dan terpasang NRM 8 liter</li> </ul> <p>A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p style="margin-left: 40px;">Manajemen jalan napas</p>	

	<p>Diagnosa 3 : Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <p>O :- Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uji kekuatan otot : kanan kiri</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td>5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pergerakan terbatas</li> <li>- Tampak kelemahan pada tangan dan kaki kanan</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Dukungan mobilisasi</p>	Tangan	4	5	Kaki	4	5	Jesika dan Iriani
Tangan	4	5						
Kaki	4	5						

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
04/06/2022	<p>Dix 1:Resiko perfusi serebral tidak aktif</p> <p>S :</p> <p>O : -Pasien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital</li> <li>TD:140/90 mmHG</li> <li>N :102x/menit</li> <li>P : 26x/menit</li> <li>S : 36,7 °C</li> </ul> <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen peningkatan tekanan intracranial</p>	Jesika dan Iriani
	<p>Dix 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif</p> <p>S:</p> <p>O: Tampak pasien sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pernapasan :26x/menit</li> <li>- Saturasi 98% dan terpasang nasal kanul 5liter</li> </ul> <p>A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen jalan napas</p>	Jesika

	<p>Dix 3 : Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <p>O :- Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uji kekuatan otot : kanan kiri</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pergerakan mulai membaik setelah di mobilisasi miki</li> <li>- Tampak kelemahan pada tangan dan kaki kanan</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Dukungan mobilisasi</p>	Tangan	4	5	Kaki	4	5	<p>Jesika dan Iriani</p>
Tangan	4	5						
Kaki	4	5						

## DAFTAR OBAT

1. Nama Obat : Piracetam
2. Klasifikasi/ Golongan obat : Nootropik
3. Dosis umum : 1,2-4,8 gr/ hari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2x1
5. Cara pemberian obat : Intra Vena (IV)
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Obat ini mempengaruhi otak dan sistem saraf .Piracetam melindungi bagian otak yang bernama kortek serebri agar tidak kekurangan oksigen.Kortek serebri bertanggung jawab dalam proses berfikir, persepsi, daya ingat serta memiliki peran dalam fungsi motorik(gerakan). Mengendalikan kelainan kontraksi otot yang terjadi tanpa disadari.

7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:  
Pasien mengeluh pusing dan tegang pada tengkuk leher
8. Kontraindikasi:
  - a. Pasien yang sedang melakukan diet sodium
  - b. Gangguan ginjal
  - c. Gangguan hati
  - d. Mengemudi
9. Efek samping :
  - a. Merasa gugup atau cemas
  - b. Berat badan bertambah
  - c. Mudah mengantuk dan merasa lelah

## DAFTAR OBAT

1. Nama Obat : Candesartan
2. Klasifikasi/ Golongan obat : Angiotensin
3. Dosis umum : 1-2 tablet /3x sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :  
 Menurunkan tekanan darah, sehingga mencegah penyakit seperti stroke dan serangan jantung. Disebut sebagai penghambat reseptor angiotensin karena obat ini mampu menghambat penimpitan pembuluh darah akibat efek dari suatu zat dalam tubuh yang di sebut angiotensin II. Dengan melebarnya pembuluh darah, darah bisa mengalir lebih mudah sehingga tekanan darah pun menurun.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :  
 Karena pasien ada riwayat hipertensi. Tekanan darah tinggi :150/80 mmhg
8. Kontraindikasi:
  - a. Wanita hamil dan menyusui
  - b. Anak-anak <6 tahun
9. Efek samping obat
  - a. Batuk
  - b. Sakit tenggorokan
  - c. Pusing
  - d. Infeksi saluran pernapasan



## DAFTAR OBAT

1. Nama Obat : Manitol
2. Klasifikasi/ Golongan obat : Diuretik
3. Dosis umum : 500-2000cc / sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 100cc/6 jam
5. Cara pemberian obat : Intra Vena (IV)
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
 

Menurunkan tekanan tempurung kepala ketika meningkat akibat tumor otak, pendarahan di dalam tempurung kepala dll. Manitol adalah suatu hiperosmotik agent yang digunakan dengan segera meningkatkan volume plasma untuk meningkatkan aliran darah otak dan menghantarkan O<sub>2</sub>. Untuk menurunkan tekanan intra kranial.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
 

Dari hasil CT scan kepala didapatkan Pendarahan intracerebri regio frontotemporo-parietal sinistra.
8. Kontraindikasi :
  - a. Wanita hamil dan menyusui
  - b. Anuria (gangguan pada ginjal yang menyebabkan tubuh tidak mampu memproduksi urin).
  - c. Penderita gagal jantung kongestif
9. Efek samping
  - a. Gangguan keseimbangan cairan tubuh dan elektrolit
  - b. Gangguan pencernaan
  - c. Pusing
  - d. Demam
  - e. Mual, muntah
  - f. Hipotensi

## DAFTAR OBAT

1. Nama Obat : Ranitidin
2. Klasifikasi/ Golongan obat : Antagonis H<sub>2</sub>
3. Dosis umum : / sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1m/24 jam
5. Cara pemberian obat : IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :  
Fungsi dari ranitidin adalah obat untuk mengatasi dan mencegah rasa panas perut maag, dan produksi asam pada lambung yang berlebihan.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan  
Untuk mengatasi asam yang berlebihan di lambung
8. Kontraindikasi
  - a. Alergi terhadap ranitidin
  - b. Riwayat porfiria akut yaitu kelainan pembentukan heme( salah 1 bagian hemoglobin) yang tidak sempurna
  - c. Gangguan fungsi ginjal
9. Efek samping
  - a. Sakit kepala
  - b. Mual
  - c. Muntah
  - d. Sakit perut
  - e. Diare

## DAFTAR OBAT

1. Nama Obat : Transamin
2. Klasifikasi/ Golongan obat : Haemostatik
3. Dosis umum : 250-500mg / sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : /6 jam
5. Cara pemberian obat : Intra Vena (IV)
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Transamin adalah obat yang mengandung asam traneksamat sebagai zat aktifnya. Transamin digunakan untuk pengobatan jangka pendek pada gangguan pendarahan seperti hemofilia( darah sulit membeku) untuk mencegah dan mengurangi perdarahan dari pencabutan gigi, dan pendarahan bersiko tinggi seperti setelah operasi atau cedera. Transamin bekerja dengan cara membantu pembekuan darah normal untuk mencegah dan menghentikan perdarahan berkepanjangan

7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
8. Kontraindikasi :
  - a. Pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap transamin
  - b. Penyakit tromboemboli aktif ( Emboli paru, DVT)
  - c. Gangguan ginjal berat
9. Efek samping
  - a. Gangguan visual dan okuler ( Gangguan penglihatan warna)
  - b. Gangguan sistem saraf: sakit kepala, migran.
  - c. Gangguan darah dan sistem limfatik: anemia
  - d. Gangguan pencernaan: diare, mual, muntah ,sakit perut.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Pembahasan Askep**

Dalam BAB ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Tn.H dengan Hemoragic Stroke (HS) di ruang ICU Rumah Sakit Pelamonia Makassar.

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi pada pasien Hemoragic Stroke (HS).

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu hasil CT-Scan Kepala. Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn.H diketahui bahwa pasien masuk ke Rumah Sakit pada tanggal 01 Juni 2022 dengan penurunan kesadaran GCS :E3V3M3 (somnolen) dan TD:166/107 mmHg . Keluhan pasien lemas dan tidak bisa bicara di alami sejak 7 jam yang lalu sebelum masuk Rumah Sakit . Keluarga juga mengatakan sejak di rumah pasien mengalami batuk berlendir dan sesak ± 2 hari di rumah, pasien juga mempunyai riwayat penyakit Hipertensi dan stroke 3 tahun yang lalu. Keluarga mengatakan tubuh bagian kanan lemah dan sulit untuk di gerakan. setelah dilakukan pemeriksaan pasien diberi diagnosa suspek hemoragik stroke (HS) yang dimana hal ini didukung oleh pemeriksaan CT-Scan kepala di dapatkan hasil perdarahan intracerebri region frontotemporoparietal sinistra

Saat pengkajian dilakukan pada tanggal 02 Juni 2022 didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E3V3M6 (somnolen), Keluarga mengatakan pasien menderita penyakit hipertensi dan stroke semenjak 3 tahun lalu, dan pasien suka makan makanan asin, pedas dan gorengan. Hipertensi yang terus menerus dapat mengakibatkan timbulnya 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 yang terus berlanjut ini dapat menyebabkan pembuluh darah otak (serebral) pecah sehingga terjadi stroke hemoragik (Rahmayanti, 2019).

Menurut Kanggeraldo et al (2018) hemoragik stroke adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di sekitar atau di dalam otak, sehingga suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat. Darah yang pecah bisa membanjiri jaringan otak yang ada disekitarnya, sehingga fungsi otak akan terganggu. Hemoragik stroke merupakan jenis stroke yang penyebabnya adalah pecahnya pembuluh darah di otak atau bocornya pembuluh darah otak. Terjadi karena tekanan darah otak yang mendadak, meningkat dan menekan pembuluh darah, sehingga pembuluh darah tersumbat, tidak dapat menahan tekanan tersebut (Wati, 2019). Dapat disimpulkan bahwa hemoragik stroke adalah pecahnya pembuluh darah di otak sehingga mengakibatkan terjadinya perdarahan di dalam jaringan otak yang dapat mengganggu aliran darah ke otak dan menyebabkan kerusakan pada otak.

Menurut (Arum,2015) faktor-faktor lain yang menyebabkan hemoragic stroke diantaranya faktor resiko medis arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah) adanya riwayat stroke dalam keluarga (factor keturunan) migraine (sakit kepala sebelah).

Faktor Resiko Pelaku Stroke sendiri bisa terjadi karena faktor risiko pelaku. Pelaku menerapkan gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat. Hal ini terlihat saat kebiasaan merokok, mengkonsumsi minuman bersoda dan beralkohol suka menyantap makanan siap saji (fast food/junkfood), kurangnya aktifitas gerak/olahrag. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi hipertensi, penyakit jantung, diabetes militus, hiperkolesterlemia, obesitas, merokok.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Tn.H penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai SDKI (2017) yaitu :

- a) Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolisme . Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E3V3M3 somnolen, keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi dan stroke 3 tahun yang lalu.tekanan darah pasien TD:166/107 mmHg. Dilakukan pemeriksaan diagnostik hasil CT-scan kepala menunjukkan adanya perdarahan intracerebri region frontotemporoparietal sinistra,
- b) Bersihan jalan nafas b/d sekresi yang tertahan d.d produksi sputum,frekuensi napas, pola napas. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir dan sesak 2 hari yang lalu. Tampak pasien tidak dapat mengeluarkan dahak, tampak pasien sesak, tampak pasien menggunakan alat bantu napas Non Rebrating Mark (NRM) 10liter Pernapasan 28 x/menit, SPO<sub>2</sub> 90%.
- c) Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular d.d gerakan terbatas cukup menurun, kelemahan fisik cukup menurun. Penulis mengangkat diagnosa ini karena

didapatkan pasien tidak mampu mengerakkan tubuh bagian kanan, tampak pasien tidak bisa beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain. Tampak pasien di bantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitasnya, dan uji kekuatan otot pada ekstermitas atas kanan 4, ekstermitas bawah kanan 4, ekstermitas atas kiri 5 dan ekstermitas kiri bawah 5

Diagnosa pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah :

- a) Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler, kelemahan.. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian tidak terdapat hasil yang mendukung untuk dijadikan data penunjang dalam pengangkatan diagnosa ini.
- b) Pola nafas tidak efektif b/d depresi pusat pernapasan, hambatan upaya nafas, gangguan neuromuskuler, dan gangguan neurologis. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis hanya mengangkat diagnosa prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien.

### 3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun Rencana Asuhan Keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien.

- a) Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolisme serebri pasien tampak gelisah, pasien mengalami penurunan kesadaran. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 7 intervensi berdasarkan SIKI (2018) yaitu : Monitor peningkatan TD, monitor penurunan tingkat kesadaran, pertahankan posisi kepala 30<sup>0</sup>, atur interval pemantauan

sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan dan informasikan hasil pemantauan.

- b) Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d sekret yang tertahan ditandai dengan produksi sputum, frekuensi napas, pola napas

Pada diagnosa kedua ini penulis membuat 7 intervensi berdasarkan SIKI (2018) yaitu : Monitor pola napas,( frekuensi , kedalaman upaya napas) monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing ronchi kering) monitor sputum, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen, jika perlu, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

- c) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan gerakan terbatas menurun kelemahan menurun Pada diagnosa ketiga ini penulis membuat 8 intervensi berdasarkan SIKI (2018) yaitu : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat, penulis juga tidak menemukan hambatan karena penulis bekerja sama dengan keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit.

#### 5. Evaluasi Keperawatan



Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 02 Juni 2022-04 Juni 2022 pada pasien Tn.H merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24jam :

- a) Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme. keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi dan stroke 3 tahun yang lalu. Pasien mengalami penurunan kesadaran sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana pasien tidak mengalami penurunan kesadaran somnolen, TD: 140/100 mmHg, N: 105x/menit.
- b) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan ditandai dengan produksi sputum, frekuensi napas pola napas batuk efektif. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi dimana pasien tidak mengalami sesak nafas, frekuensi 26xmenit, Spo2 98% dan pasien tidak menggunakan NRM diganti dengan nasal kanul 5L/menit.
- c) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan gerakan terbatas menurun kelemahan fisik menurun Sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan secara perlahan dengan bantuan tubuh sisi kiri yang sehat. Tampak rentang gerak terbatas dan seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur.

## **B. Pembahasan penerapan EBN ( *Evidence-Based- Nursing* )**

### 1. Judul EBN Sesuai Kasus

“Efektivitas penerapan posisi elevasi kepala 30° terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien Hemoragik Stroke (HS) di RS Pelamonia Makassar”

### 2. Diagnosis Keperawatan

Resiko perfusi sereberal tidak efektif ditandai dengan embolisme.

### 3. Luaran Yang Diharapkan

Perfusi sereberal meningkat dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat, keadaan membaik, nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik.

### 4. Intervensi Prioritas Pada Kasus

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (TIK): Pemberian posisi elevasi kepala 30°.

### 5. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai Kasus

#### a) Pengertian tindakan

Elevasi kepala merupakan suatu keadaan kepala dengan posisi 15°, 30°, 45° dari posisi normal dengan mensejajarkan ekstermitas dengan badan (Sedán et al., 2020).

#### b) Tujuan/rasional pada kasus

Pada pasien stroke suplai oksigen ke otak berkurang karena adanya kerusakan pada otak sehingga perlu mendapatkan bantuan secepat mungkin. Posisi elevasi kepala 30° pada pasien stroke bertujuan untuk menurunkan TIK, memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memaksimalkan oksigenasi jaringan sereberal (Rahmania, 2019).

#### c) Analisa Kasus Menggunakan Metode PICOT

##### 1) P (Problem)

Dalam penulisan karya tulis akhir ini, ditemukan T.H dengan diagnosa medis suspek Hemoragik Stroke. Pada saat pengkajian tanggal 01 Juni 2022 terhadap Tn.H

dengan tanda dan gejala yang didapatkan yaitu pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kanan, pasien mengalami penurunan kesadaran. GCS E3V3M3 (somnolen), TD 166/107 mmHg, tampak pasien sesak, frekuensi pernapasan 28x/menit, Spo2 90% setelah diberi NRM 10L/menit menjadi 98% dan hasil CT Scan menunjukkan adanya perdarahan intracerebri regio frontotemporoparietal sinistra.

Tujuan: Untuk mengetahui efektivitas penerapan posisi elevasi kepala 30° terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien Hemoragik Stroke di RS Pelamonia Makassar

2) I (Intervention)

Penulis mengemukakan efektivitas penerapan posisi elevasi kepala 30° untuk mengurangi peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien Hemoragik Stroke (HS).

3) C (Comparison)

Tidak ada intervensi perbandingan yang digunakan.

4) O (Outcome)

Dari hasil intervensi teknik pemberian posisi elevasi kepala 30° pada pasien hemoragik stroke terhadap penurunan oksigenasi ke otak dengan masalah resiko perfusi sereberal tidak efektif. Dilakukan dengan harapan pada pasien hemoragik stroke dapat memperlancar sirkulasi darah ke otak sehingga efektif dalam meningkatkan nilai sirkulasi oksigen pada pasien. Hal ini dilakukan pada saat pasien masuk ke ruangan ICU pada saat siang posisi ini dilakukan hingga pasien semakin membaik dengan masalah resiko perfusi sereberal tidak efektif. Hasil yang di dapatkan pasien mengalami peningkatan saturasi 90% menjadi 98% pada pemberian posisi elevasi kepala 30°.

#### 5) T (Time)

Penatalaksanaan pemberian posisi elevasi kepala 30° dilakukan sejak pasien masuk ruangan ICU dan dilakukan hingga pasien membaik. Dari tanggal 02 Juni 2022 sampai dengan 04 Juni 2022.

#### d) Hasil Telaah Jurnal

Menurut Diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2017 Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif merupakan kondisi berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak, sehingga menyebabkan hipoksia, penurunan kesadaran dan tinggi atau rendahnya tekanan darah. Perfusi jaringan otak dapat diperbaiki menggunakan posisi kepala yang menghasilkan perbedaan setiap posisi.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Kiswanto (2021) dengan judul “Efektivitas Penerapan Elevasi Kepala Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak Pada Pasien Stroke” jumlah populasi dalam penelitian ini ada sebanyak 30 responden. intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu pemberian posisi elevasi kepala 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sands *et al.* (2020) menyatakan bahwa posisi elevasi kepala 0° dan 15° bisa digunakan dalam perbaikan SPO2 dalam tubuh tetapi posisi elevasi kepala 30° lebih efektif dalam mengurangi tekanan intrakranial dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi serebral. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Muatikanani dan Mustofa (2020) menyatakan bahwa posisi *head up* 15°, 30°, 45°, dan 90° dapat mempengaruhi peningkatan nilai saturasi oksigen,

namun lebih menganjurkan posisi 30° dalam praktik *evidence based practice nursing*. Dengan demikian rujukan tindakan keperawatan dalam menurunkan TIK dan meningkatkan oksigen di otak pada pasien stroke adalah menggunakan posisi elevasi kepala 30°. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian posisi elevasi kepala 30° lebih efektif dapat mengurangi tekanan intrakranial, meningkatkan saturasi oksigen dan memperbaiki perfusi sereberal pada pasien stroke. Dalam penelitian ini peneliti tidak mencantumkan waktu dari penelitian.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Supadi (2019) dengan judul “Pengaruh Elevasi Kepala pada Klien Stroke terhadap Tekanan Rata-Rata Arterial, Tekanan Darah dan Tekanan Intrakranial di Rumah Sakit Margono Soekarjo Purwakerto Tahun 2019” jumlah populasi dalam penelitian ini ada sebanyak 42 responden. Intervensi yang dilakukan padapenelitian ini yaitu mengatur posisi elevasi kepala 15-30° terhadap tekanan rata-rata arterial, tekana darah dan tekan intrakranial pada pasien stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lim dan Wong (2018) bahwa posisi elevasi kepala 30° lebih efektif untuk mengurangi TIK dan memonitor efek tekanan perfusi sereberal ke otak pada pasien stroke. Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus-November 2019 di ruangan IGD Asoka, Dahlia, Mawar RSMS Purwakerto.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai Asuhan Keperawatan pada Tn.H dengan Hemoragik Stroke (HS) di ruangan ICU RS Pelamonia Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

##### **1. Pengkajian**

Dari hasil yang didapatkan Tn.H dengan usia 80 tahun mempunyai riwayat penyakit stroke dan hipertensi sejak 3 tahun yang lalu. Saat pengkajian pada tanggal 01 Juni 2022 didapatkan kelemahan pada tubuh sebelah kanan sehingga sulit untuk digerakan, penurunan kesadaran GCS E3V3M3 (somnia), tekanan darah 166/107 mmHg, merasa lemas, dan sulit berbicara.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang ditemukan pada Tn.H dengan Hemoragik Stroke (HS) yaitu : Resiko perfusi sereberal tidak efektif berhubungan dengan embolisme, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

##### **3. Intervensi Keperawatan**

Dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi : Observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Intervensi utama yang dilakukan yaitu posisi elevasi kepala 30° untuk perbaikan perfusi jaringan serebral pasien Hemoragik Stroke (HS).

#### 4. Implementasi Keperawatan

Setelah dilakukan perawatan tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat semua implementasi dapat terlaksanakan dengan baik.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Dari hasil evaluasi ada 2 diagnosa keperawatan yaitu resiko perfusi sereberal tidak efektif dengan pemberian posisi elevasi kepala elevasi kepala 30° dan bersihan jalan napas tidak efektif dengan pemberian terapi nebulizer. Penerapan EBN pada pasien Tn.H dengan Hemoragik Stroke (HS) yaitu tentang efektivitas penerapan posisi elevasi kepala 30°.

### **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan :

#### 1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Diharapkan pihak rumah sakit selalu memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat mampu mengenali tanda dan gejala pada pasien stroke. Pihak rumah sakit juga diharapkan dapat menyusun SOP tentang pemberian posisi elevasi 30° pada pasien Hemoragik Stroke (HS) sebagai acuan bagi perawatan di ICU

#### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang komperhensif dalam mengatasi masalah keperawatan pemberian posisi elevasi 30° pada pasien Hemoragik Stroke (HS), baik dalam hal pencegahan maupun menggulangi masalah keperawatanyang telah terjadi.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk lebih meningkatkan pengetahuan terkait pengkajian Hemoragik Stroke (HS) serta meningkatkan keterampilan dalam melakukan intervensi yang tepat bagi pasien dengan Hemoragik Stroke (HS) sesuai dengan teori yang didapatkan dibangku perkuliahan demi membantu peningkatan mutu dalam merawat pasien serta mendapat pembaharuan pendidikan tinggi keperawatan.



**FORMAT BIMBINGAN KIA**  
**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN TAHUN AKADEMIK**  
**2021/2022**

Nama Mahasiswa : 1. Iriani Dorkas krey




2. Jesika Pare Allo

NIM : 1. NS2114901067






2. NS2114901074

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Tn."H" dengan Hemoragic Stroke (HS) diruang ICU RS Pelamonia Makassar

Pembimbing I : Mery Sambo, Ns.,M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Saran Perbaikan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	Senin. 20/06/2022	BAB III Pengkajian sampai intervensi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengkapi pengkajian</li> <li>- Tambahkan analisa data, uji kekuatan otot</li> <li>- Perbaiki hasil pengkajian sekunder pada pola persepsi kesehatan pola</li> </ul>		 

			<p>nutrisi dan metabolic</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki intervensi bagian SLKI dan SIKI.</li> <li>- Perbaiki penulisan dan spasi</li> <li>- Perbaiki diagnosa</li> </ul>			
2.	Senin 27/06/2022	BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengkapi pengkajian pada riwayat penyakit saat ini. Jelaskan secara jelas.</li> <li>- Lengkapi jumlah makanan dan minuman pada pola nutrisi (berapa cc/hari)</li> <li>- Perhatikan pengetikan dan penulisan spasi</li> </ul>			

3.	Rabu 29/06/2022		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengkapi analisa kasus</li> <li>Tambahkan pada analisa data uji kekuatan otot, dan suara nafas</li> <li>tambahan ronchi</li> <li>- Perbaiki penulisan pada tabel pengkajian</li> </ul>			
4.	Selasa 05/06/2022	BAB III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pembahasan Bab IV sampei evaluasi</li> <li>- Tambahkan Picot ,serta telaan jurnal</li> <li>- Perbaiki Pada kasus pembahasan, dari pengkajian</li> </ul>			

			<p>sampe evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Implementasi sesuai dengan Intervensi (SIKI)</li> <li>- Perbaiki bagian evaluasi sesuai dengan SLKI</li> </ul>			
5.	Kamis 07/07/2022	BAB III dan IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki mulai pengkajian Bab IV sampei evaluasi</li> <li>- Perbaiki Picot, bagian C(comparison) di hilangkan</li> <li>- Tambahkan sumber dari ke tiga diagnose</li> </ul>			

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki telaah jurnal</li> <li>- Perbaiki bagian Intervensi dan tambahkan data-data yang mendukung sesuai kasus</li> </ul>	f	JG	Jut
6.	Jumat 08/07/2022	BAB IV dan Bab V Pembahasan askep sampai hasil telaah jurnal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Bab IV dari pengkajian sampei telaah jurnal</li> <li>- Perbaiki penulisan dan spasi</li> <li>- Perbaiki Bab V bagian saran</li> </ul> <p>Lengkapi penulisan kembali</p>	f	JG	Jut
7.	Senin 11/07/2022	BAB IV dan V	- ACC		JG	Jut

**FORMAT BIMBINGAN KIA**  
**PROGRAM STUDI NERS TAHUN AKADEMIK**  
**2021/2022**

Nama Mahasiswa : 1. Iriani Dorkas Krey




2. Jesicha Pare Allo

NIM : 1. NS2114901067




2. NS2114901074

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis pada pasien Tn.H  
dengan diagnosa *hemoragic Stroke (HS)* di ruang ICU  
RS Pelamonia Makassar




Pembimbing II : Kristia Novi, Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi Konsul	Saran Perbaikan	Paraf pembimbing		Paraf Mahasiswa	
				I	II	I	II
1.	Senin 20/06/20 22	BAB I : Latar Belakang tujuan penulisan, Man faat penulisan	Perbaiki penulisan dan penyusunan pada Latar Belakang: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulai dari penjelasan umum</li> <li>▪ Defenisi Hemoragic stroke secara</li> </ul>				

			<p>umum,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Prevalensi Hemoragic stroke (Dunia, Asia, Indonesia, salah satunya di Sulawesi selatan )</li><li>▪ Pembahasan tentang meningkatnya penyakit stroke setiap tahun mencapai berap %</li><li>▪ Peran perawat Dalam menangani pasien Hemoragic stroke</li><li>▪ Cantumkan artikel tindakan keperawatan yang dinamis</li><li>▪ Perbaikan penulisan tujuan</li></ul>			
--	--	--	--	--	--	--






		<p>BAB II :          Konsep Dasar          Medik (dari          pengertian          sampai          komplikasi</p>	<p>penulisan dan          manfaat          penulisan</p> <p>Pada Konsep          Dasar Medik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perbaiki              penulisan pada              Pengertian              Hemoragic              stroke</li> <li>▪ Perbaiki              ukuran              gambar              pada              Anatomi              Fisiologi              Hemoragic              stroke</li> <li>▪ Perbaiki              penulisan              sumber dari              buku</li> <li>▪ Perbaiki              penulisan dan              spasi dan              penomoran</li> <li>▪ Pembahasan</li> </ul>			
--	--	--	--	---	--	--









			<p>tindakan penatalaksanaan medik, bagian Farmakologi dan Non farmakologi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tambahkan Konsep Dasar Keperawatan</li> </ul>			
2.	<p>Senin 27/06/20 22</p>	<p>BAB I : Latar Belakang tujuan penulisan, Manfaat penulisan</p>	<p>Perbaiki penulisan dan penyusunan pada Latar Belakang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perbaiki pembahasan mengenai Hemoragic stroke</li> <li>▪ Defenisi Hemoragic stroke secara umum</li> <li>▪ Prevalensi Hemoragic stroke di (Sulawesi)</li> <li>▪ Perbaiki Tujuan penulisan sampei manfaat penulisan</li> </ul>			

		<p><b>BAB II :</b>  <b>Konsep Dasar Medik (dari pengertian sampai komplikas</b></p>	<p><b>Pada Konsep Dasar Medik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perbaiki penulisan, gambar ukuran pada Anatomi Fisiologi Hemoragic stroke</li> <li>▪ Cantumkan referensi pada Konsep Dasar Keperawatan (daripengkajian sampai discharge planning)</li> <li>▪ Tambahkan Pathoflodiagram sesuaikan dengan etiologi dari teori bab II</li> </ul>	<i>Ju</i>		
3.	Rabu 29/06/20 22	<p><b>BAB I :</b>  <b>Latar Belakang sampei metode penulisan</b></p>	<p><b>Perbaiki penulisan pada Latar Belakang:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perbaiki latar belakang serta pembahasan secara umum Hemoragic stroke</li> <li>▪ Perbaiki Tujuan penulisan, sampei metode penulisan</li> </ul>	<i>Ju</i>		

		BAB II : Konsep Dasar Medik sampai Konsep Dasar Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perbaiki penulisan dan pembahasan hemoragic stroke</li> <li>▪ Perbaiki penulisan, gambar pada Anatomi Fisiologi Hemoragic stroke</li> <li>▪ Cantumkan referensi menggunakan medeley pada Konsep Dasar Keperawatan (dari pengkajian sampai discharge planning</li> </ul>	<i>g</i>		
4.	Selasa 05/06/20 22	BAB I : Latar Belakang sampai  BAB II : Konsep Dasar Medik sampai	Perbaiki penulisan pada latar belakang <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengecekan kembali secara umum latar belakang serta penulisan, spasi</li> </ul> Pada Konsep Dasar Medik <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perbaiki</li> </ul>	<i>g</i>		

		Konsep Dasar Keperawatan	<p>penulisan pada klasifikasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perbaikan pathoflodiagram (faktor predisposisi dan faktor prespitasi sampei kematian)</li> </ul>			
5.	Kamis 07/07/20 22	<p>BAB I : Latar Belakang sampei</p> <p>BAB II : Konsep Dasar Medik sampei Konsep Dasar Keperawatan</p>	<p>Perbaikan penulisan pada Latar Belakang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perbaikan secara umum Hemoragic stroke</li> <li>Perbaikan penulisan dan spasi</li> </ul> <p>Pada Konsep Dasar Medik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perbaikan penulisan pada konsep dasar medik sampei konsep dasar keperawatan</li> <li>Perbaiki pathoflodiagram (faktor predisposisi dan faktor prespitasi sampei kematian )</li> </ul>			

8.	Senin 11/07/20 22	<p>BAB I : Latar Belakang sampai</p> <p>BAB II : Konsep Dasar Medik sampai Konsep Dasar Keperawatan</p>	<p>Perbaikan penulisan pada Latar Belakang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perbaikan penulisan dan spasi secara umum Hemoragic stroke</li> </ul> <p>Pada Konsep Dasar Medik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perbaikan penulisan , spasi dan penomoran dari konsep dasar medik sampei konsep dasar keperawatan</li> <li>▪ Perbaikan pathoflodiagram, Tanda dan gejala dan perjalanan penyakit sampei kematian</li> </ul>			
9.	Selasa 12/07/20 22	<p>BAB I BAB II</p>	ACC			

## RIWAYAT HIDUP



### 1. Identitas Pribadi

Nama : Jesicha Pare Allo  
Tempat/Tanggal Lahir : Makassar, 28 Januari 1999  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Haji Kalla

### 2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Martinus Padang Allo/Kristina  
Agama : Kristen Pantekosta  
Pekerjaan : Wiraswasta/Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Jl. Timika Indah kab Timika provinsi  
Papua

### 3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Inpres Kwamki II Timika : Tahun 2005-2010  
SMP YPPK Bernardus : Tahun 2010-2013  
SMA YPPK Tiga Raja : Tahun 2013-2016  
STIK Stela Maris Makassar : Tahun

## RIWAYAT HIDUP



### 1. Identitas Pribadi

Nama : iriani dorkas krey  
Tempat/Tanggal Lahir : mandori, 04 desmber 1997  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Maipa No.19

### 2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : nikodemus martheus krey/matreda  
Agama : kristen protestan  
Pekerjaan : Petani/Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Kabupaten biak numfor papua

### 3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD YPK Hewel Mandor : Tahun 2003 - 2008  
SMP Negeri 2 Numfor Timur : Tahun 2008 - 2010  
SMA Santa Karya Langgur : Tahun 2010 – 2013  
STIK Stela Maris Makassar : Tahun