



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
HEMORAGIC STROKE DI RUANG ICU RUMAH
SAKIT PELAMONIA MAKASSAR**

OLEH:

**ISMA THEODORA SIORE (NS2114901069)
ISMIYARSI HERLAMBAANG SISE (NS2114901070)**

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



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
HEMORAGIC STROKE DI RUANG ICU RUMAH
SAKIT PELAMONIA MAKASSAR**

OLEH:

**ISMA THEODORA SIORE (NS2114901069)
ISMIYARSI HERLAMBAANG SISE (NS2114901070)**

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

Nama Mahasiswa (NIM):

1. Isma Theodora Siore (NS2114901069)
2. Ismiyarsi Herlambang Sise (NS2114901070)

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

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

Makassar, 11 Juli 2022

Yang menyatakan,



Isma Theodora Siore



Ismiyarsi Herlambang Sise

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Hemoragic Stroke di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa (NIM) : 1. Isma Theodora Siore (NS2114901069)
2. Ismiyarsi Herlambang Sise (NS2114901070)

Disetujui oleh

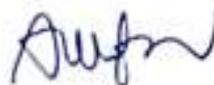
Pembimbing 1


(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. Isma Theodora Siore (NS2114901069)
2. Ismiyarsi Herlambang Sise (NS2114901070)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Hemoragic
Stroke di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit
Pelamonia Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

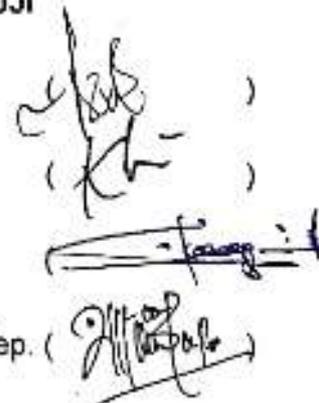
DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Sambo, Ns.,M.Kep.

Pembimbing 2 : Kristia Novia, Ns.,M.Kep.

Penguji 1 : Mery Solon, Ns.,M.Kes.

Penguji 2 : Jenita Laurensia Saranga', Ns.,M.Kep. (



Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 11 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianti Abdu, S.Si, S.Kep.,Ns, M.Kes
NIDN: 0928027101



PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa (NIM) :

1. Isma Theodora Siore (NS2114901069)
2. Ismiyarsi Herlambang Sise (NS2114901070)

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, 11 Juli 2022

Yang menyatakan



Isma Theodora Siore



Ismiyarsi Herlambang Sise

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan pada Paisein dengan *Hemoragic Stroke* di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar”.

Dalam menyelesaikan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis mendapat banyak bantuan, bimbingan, doa serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan selama kurang lebih satu tahun di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama.
3. Mery Sambo, Ns., M.Kep. Selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners, sekaligus dosen pembimbing I.
4. Kristia Novia, Ns., M.Kep. Selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan banyak waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Mery Solon, Ns., M.Kes. Selaku penguji I dan Jenita Laurensia Saranga', Ns.M.Kep selaku penguji II yang telah banyak membantu dan memberikan masukan kepada penulis dalam perbaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik, membimbing dan mengarahkan penulis selama menempuh pendidikan.
7. Kepada pihak Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar yang telah

mengizinkan penulis untuk melaksanakan praktik klinik keperawatan dan seluruh staf keperawatan yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

8. Teristimewa kepada kedua orang tua dari Isma Theodora Siore (Bapak Jatar Siore dan Ibu Yertan Lagamu) dan orang tua dari Ismiyarsi Herlambang Sise (Bapak Herlambang H Sise dan Ibu Any Suhadi), sanak saudara, keluarga, dan orang terkasih yang selalu mendoakan, memberi dukungan, semangat, nasehat, cinta dan kasih sayang serta bantuan mereka berupa moril dan material sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Seluruh teman-teman STIK Stella Maris Makassar Angkatan 2021-2022 yang banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini, sukses buat kita semua.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat beberapa kesalahan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna membantu penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata, semoga Karya Ilmiah Akhir ini bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi untuk melakukan analisis kasus selanjutnya.

Makassar, 11 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	4
1. Bagi Instansi RS.....	4
2. Bagi Institusi Akademik.....	5
3. Bagi Profesi Keperawatan.....	5
D. Metode Penulisan.....	5
1. Studi Kepustakaan.....	5
2. Studi Kasus.....	5
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis.....	7
1. Pengertian.....	7
2. Anatomi Fisiologi.....	8
3. Etiologi dan Faktor Risiko.....	12
4. Patofisiologi.....	16
5. Manifestasi Klinis.....	19
6. Klasifikasi.....	21

7. Pemeriksaan Penunjang	22
8. Penatalaksanaan Medis.....	24
9. Komplikasi	27
10. Patoflow Diagram.....	29
B. Konsep Dasar Keperawatan	32
1. Pengkajian Kritis (B1 – B6).....	32
2. Pengkajian Sekunder (Pola Gordon)	36
3. Diagnosis Keperawatan	38
4. Rencana Keperawatan	38
5. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	43
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Pengkajian Primer.....	45
B. Diagnosa Keperawatan	48
C. Analisa Data	58
D. Rencana Keperawatan.....	61
E. Implementasi Keperawatan.....	65
F. Evaluasi Keperawatan.....	84
G. Daftar Obat.....	95
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep	102
1. Pengkajian	102
2. Diagnosa Keperawatan.....	104
3. Perencanaan Keperawatan	105
4. Implementasi Keperawatan	106
5. Evaluasi	107
B. Pembahasan Penerapan EBN	108
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	112
1. Pengkajian Keperawatan	112
2. Diagnosa Keperawatan.....	112
3. Intervensi Keperawatan	112

4. Implementasi Keperawatan	113
5. Evaluasi Keperawatan	113
B. Saran.....	113
1. Instansi Rumah Sakit.....	113
2. Institusi Pendidikan	113
3. Profesi Kesehatan.....	114

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak dan Sirkulus Willisi	8
--	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembaran Konsultasi Pembimbing Karya Ilmiah Akhir

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Pengkajian Keperawatan Intensive Care Unit	45
Table 3.2	Pemeriksaan Penunjang	56
Tabel 3.3	Analisa Data	58
Tabel 3.4	Rencana Keperawatan	61
Tabel 3.5	Implementasi Keperawatan	65
Tabel 3.6	Evaluasi Keperawatan	84

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Adanya urbanisasi, modernisasi, dan globalisasi telah menyebabkan terjadinya peningkatan Penyakit Tidak Menular (PTM). Penyakit ini merupakan penyakit kronis yang tidak ditularkan dari orang ke orang lain dan menjadi salah satu penyebab kematian hampir 70% di dunia (Kemenkes RI, 2017). Penyakit tidak menular (PTM) meliputi penyakit asma, penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), kanker, diabetes mellitus, hipertiroid, hipertensi, jantung koroner, gagal jantung, gagal ginjal kronis, batu ginjal, penyakit sendi/ rematik dan stroke.

Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan utama bagi masyarakat karena penyakit stroke dapat mengakibatkan kerusakan pada otak yang muncul mendadak, progresif, dan cepat akibat gangguan peredaran darah otak non traumatik (Riskesdas, 2018). Menurut WHO (2019) stroke adalah kematian dari beberapa sel otak dalam menyuplai oksigen yang menyebabkan hilangnya kemampuan darah mengalir ke otak karena terhalang atau ruptur arteri ke otak. Stroke terbagi atas dua yakni Hemoragik Stroke (HS) dan Non Hemoragik Stroke (NHS). Pada hemoragik stroke (HS) pembuluh darah pecah sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke dalam otak dan merusaknya (Insani 2017). Faktor risiko stroke dapat dikategorikan menjadi: faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, diet dan aktivitas, sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia jenis kelamin, dan ras atau etnik (Boehme, et al., 2017).

Berdasarkan laporan dari *Bulletin of the World Health Organization* (WHO, 2019) penyakit stroke termasuk dalam penyakit pembunuh

terbesar kedua di dunia, hal ini dibuktikan sebanyak 15,2 juta laporan kematian yang dikarenakan oleh penyakit stroke. *American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA)* dalam *Heart Disease and Stroke Statistics (2017)* menyebutkan bahwa di negara Amerika rata-rata setiap 40 detik seseorang mengalami penyakit stroke dan setiap 4 menit seseorang meninggal akibat penyakit stroke (Roger, 2017). Secara nasional prevalensi penyakit stroke di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan diagnosa dokter pada penduduk umur > 15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Provinsi Kalimantan Timur sebanyak 14,7% yang merupakan provinsi dengan prevalensi tertinggi masyarakat dengan penderita stroke di Indonesia. Sementara itu, Papua dan Maluku utara memiliki prevalensi penyakit stroke terendah dibandingkan provinsi lainnya yaitu sebanyak 4,1% dan sebanyak 4,6%. Adapun prevalensi pada provinsi Sumatera Selatan (10,6%), Sulawesi Utara (14%) dan di Sulawesi Selatan meningkat dari 7,1% menjadi 10,2%. Prevalensi penyakit stroke juga meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus penyakit stroke tertinggi pada usia diatas 75 tahun yakni sebanyak 50,2% dan lebih banyak dialami oleh pria dibandingkan dengan wanita (Riskesdas, 2018) .

Serangan penyakit stroke yang mendadak dapat menyebabkan kecacatan fisik dan mental serta kematian, baik pada usia produktif maupun lanjut usia (Dewi et al., 2016). Menurut Rahmayanti (2019) semakin lambat pertolongan medis yang diperoleh pasien, maka akan semakin banyak kerusakan sel saraf yang terjadi, sehingga semakin banyak waktu yang terbuang dan semakin banyak sel saraf yang tidak bisa diselamatkan dan semakin buruk kecacatan yang didapat. Konsekuensi paling umum dari stroke adalah hemiplegi atau hemiparesis, bahkan 80% penyakit stroke menderita hemiparesis atau hemiplegi yang berarti satu sisi tubuh lemah atau bahkan lumpuh (Apriliyani, 2017).

Ada beberapa tindakan yang dapat dilakukan pada pasien stroke dengan kategori *Hemoragik Stroke* (HS) diantaranya pemantauan tekanan darah, pemantauan frekuensi pernapasan, saturasi oksigen, pemberian obat antihipertensi/antikogulan, *Range of Motion* (ROM) dan elevasi kepala. Elevasi kepala yaitu menaikkan kepala dari tempat tidur sekitar 30° . Manfaat pemberian elevasi kepala untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, posisi kepala yang lebih tinggi dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral. Elevasi kepala sangat direkomendasikan dalam tindakan keperawatan dalam penanganan pasien stroke (Hermawati, 2017).

Perawat berperan penting dalam pencegahan dan penanggulangan stroke, baik dari upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Untuk promotif, perawat dapat membantu dengan mengadakan promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan tentang penyakit stroke, dari pengertian, gejala, penyebab, komplikasi yang ditimbulkan bila tidak ditangani, serta tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku dari pasien/masyarakat. Untuk preventif, perawat dapat memberikan penjelasan bagaimana upaya pencegahan penyakit stroke, misalnya diet rendah garam pada hipertensi, menganjurkan untuk olahraga agar dapat melatih dan melenturkan otot-otot yang kaku. Untuk kuratif, perawat dapat memberikan terapi maupun obat-obatan sebagai tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan maupun dokter.

Untuk upaya rehabilitatif pada pasien stroke, terutama pada pasien pasca stroke. Hal ini untuk mencegah stroke berulang, yang dapat memperburuk kondisi pasien pasca stroke dan meminimalkan kecacatan. Pasca stroke biasanya pasien memerlukan rehabilitasi seperti terapi fisik, terapi wicara, terapi okupasi. Rehabilitasi psikologi juga diperlukan, seperti terapi wisata, dan motivasi. Karena pasien pasca stroke biasanya, merasa kondisi tubuh yang cacat membuat

penderita stroke merasa tidak berguna dan merasa membebani keluarga.

Berdasarkan data tersebut maka penulis mengambil kesimpulan untuk melakukan asuhan keperawatan pada salah satu pasien di ruang ICU/ICCU, Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar dengan diagnosa "*Hemoragic Stroke*".

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya ilmiah akhir ini adalah:

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan prosedur asuhan keperawatan di ruang ICU/ICCU Rumah sakit TK II Pelamonia Makassar pada pasien dengan *Hemoragic Stroke*.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien *Hemoragic Stroke* (HS).
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Hemoragic Stroke* (HS).
- c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan *Hemoragic Stroke* (HS).
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan *Hemoragic Stroke* (HS).
- e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan *Hemoragic Stroke* (HS).

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat bermanfaat bagi:

1) Bagi Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam

memberikan pelayanan pada pasien dengan *Hemoragic Stroke* (HS).

2) Bagi Institusi/akademik

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

3) Bagi Profesi keperawatan

Menjadi tambahan ilmu bagi perawat untuk tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke dimana tindakan yang dapat dilakukan yaitu pemberian elevasi kepala 30⁰. Tindakan ini bermanfaat untuk memperbaiki perfusi jaringan serebral otak

D. Metode Penulisan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah *Hemoragik Stroke* di ruang ICU/ICCU di Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu:

1. Studi kepustakaan

Penulis banyak menggunakan buku referensi sebagai landasan untuk konsep dasar teori baik konsep maupun keperawatan.

2. Wawancara dengan pasien dan keluarga

Melalui pendekatan proses keperawatan yang dimulai dengan: mengkaji dan menganalisa data pasien, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan. Untuk mencapai tahap tersebut diatas, maka dalam pengumpulan data penulis menggunakan beberapa cara antara lain: observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, catatan dari petugas kesehatan lainnya dan dari pemeriksaan diagnostik.

a. Metode diskusi

Proses melakukan diskusi dengan perawat ruangan pembimbing lahan serta rekan-rekan mahasiswa.

b. Metode internet

Penulis juga menggunakan bahan-bahan tentang Hemoragik Stroke yang berasal dari internet.

E. Sistematika Penulisan

Karya ilmiah akhir ini, terdiri dari 5 BAB yaitu BAB I yang mengenai Pendahuluan, latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan serta sistematika penulisan. BAB II yang mengenai Tinjauan Teoritis, konsep dasar medis yang berisi pengertian, klasifikasi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, komplikasi, serta penatalaksanaan medis dan konsep dasar keperawatan yang berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan serta perencanaan pulang dan patoflowdiagram. Sedangkan BAB III mengenai tentang Pengamatan Kasus, pengkajian pasien, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi. BAB IV Pembahasan Kasus, bab ini mengenai kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan dilapangan. BAB V Simpulan dan Saran, diakhiri dengan daftar pustaka.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

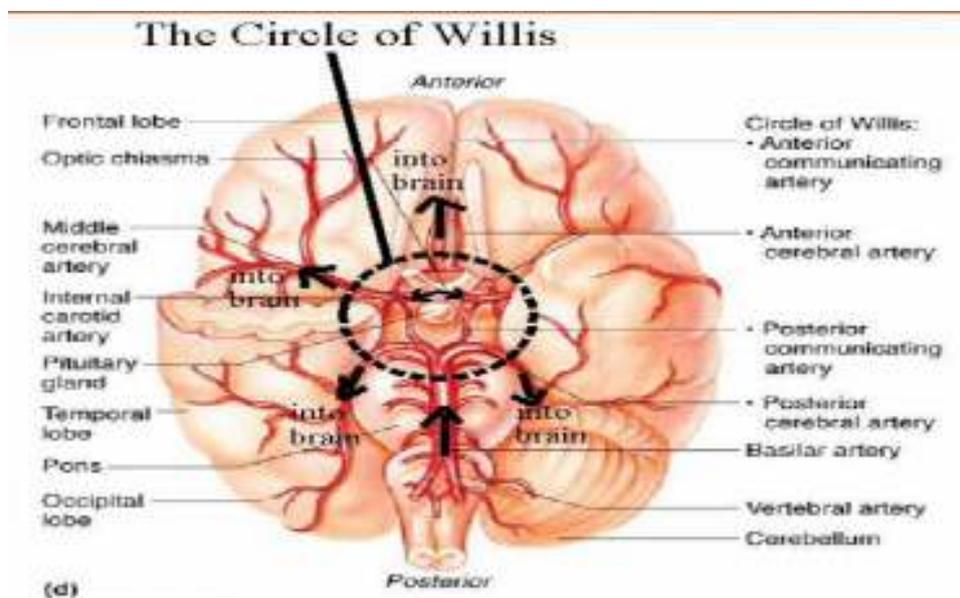
1. Pengertian

Menurut Amanda (2018) *hemoragic stroke* adalah pecahnya pembuluh darah di otak sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya. *Hemoragic stroke* adalah kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran darah atau suplai darah ke otak terhambat oleh pendarahan (Arum, 2015). *Hemoragic stroke* adalah jenis stroke yang disebabkan 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).

Rahmayanti (2019) mengemukakan *hemoragic stroke* yaitu perdarahan intrakranial berdasarkan tempat perdarahannya yakni dirongga subaraknoid atau didalam parenkim otak (intracerebral). Ada juga perdarahan yang terjadi bersamaan pada kedua tempat seperti perdarahan subaraknoid yang bocor kedalam otak atau sebaliknya. Perdarahan subaraknoid yang mengacu pada otak dibawah arachnoid menyebabkan defisit neurologis dan hilangnya kesadaran.

Berdasarkan tinjauan teori diatas penulis menyimpulkan bahwa *hemoragic stroke* merupakan pecahnya pembuluh darah di otak yang disebabkan tekanan darah otak yang mendadak meningkat dan menekan pembuluh darah. Sehingga dapat menimbulkan tanda dan gejala sesuai dengan daerah yang terganggu. Tanda seseorang mengalami stroke yakni kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah, penurunan kesadaran, gangguan saraf sensorik, afasia, disatria, dan disfagia.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Otak dan Sirkulus Willisi (Baehr, 2017)

a. Sistem Saraf Pusat

1) Otak

Otak adalah struktur pusat pengaturan yang memiliki volume sekitar 1.350 cc dan terdiri atas 100 juta sel saraf neuron. Otak mengatur dan mengkoordinir sebagian besar, gerakan, perilaku dan fungsi tubuh homeostatis seperti detak jantung, tekanan darah, keseimbangan cairan tubuh dan suhu tubuh. Otak manusia bertanggung jawab terhadap pengaturan seluruh badan dan pemikiran manusia. Oleh karena itu terdapat kaitan erat antara otak dan pemikiran.

Secara garis besar otak dibedakan menjadi 3 bagian utama yaitu:

a) Serebrum (otak besar)

Serebrum merupakan bagian otak yang paling besar dan paling menonjol, disini terletak pusat-pusat

saraf yang mengatur semua kegiatan sensorik dan motorik, juga mengatur proses penalaran, ingatan dan intelegasi. Hemisfer serebri kanan mengatur bagian tubuh sebelah kiri dan hemisfer kiri mengatur bagian tubuh kanan. Konsep fungsional ini disebut pengadilan kontrolateral.

(1) Lobus frontalis

Lobus frontalis merupakan lobus terbesar, terletak pada fosa anterior. Area ini dapat menerima informasi dari seluruh otak dan menggabungkan informasi-informasi tersebut menjadi pikiran, rencana dan perilaku. Daerah broca terletak di lobus frontalis dan mengontrol ekspresi bicara. Lobus frontalis bertanggung jawab terhadap fungsi kognitif tertinggi, seperti pemecahan masalah, spontanitas, memori, bahasa, motivasi penilaian kontrol impuls, dan perilaku sosial.

(2) Lobus parietalis

Lobus parientalis berperan sebagai sensasi sentuhan, bau rasa, disertai kesadaran ruang. Lobus ini merupakan komponen kunci untuk koordinasi mata dan tangan/pergerakan kaki. Selain itu, di lobusini terdapat daerah bicara yang bertanggung jawab untuk pengertian (pemahaman) bahasa. Lobus ini terdapat di depan sulkus sertalis dan dibelakangi olehkaraco occipitals.

(3) Lobus temporalis

Lobus temporal berperan sebagai tempat emosi, dan juga bertanggung jawab terhadap rasa, bau

persepsi, memori, musik, agresif dan perilaku seksual. Selain itu lobus ini mempunyai daerah bicara.

(4) Lobus oksipitalis

Lobus oksipitalis ini berfungsi untuk penglihatan. Di lobus oksipitalis kiri berfungsi untuk melihat angkadan huruf, sedangkan kanan untuk melihat gambar dan bentuk.

b) Brainstem (batang otak)

Batang otak pada dasarnya terdiri dari tiga bagian, yaitu:

(1) Diensefalon, bagian batang otak paling atas terdapat diantara serebrum dengan mesensefalon.

(2) Mesensefalon (otak tengah) merupakan penghubung antara pons dan serebelum dengan serebrum.

(3) Pons (jembatan)

Medulla oblongata merupakan pusat refleks yang penting untuk mengontrol fungsi otomatis, seperti detak jantung, sirkulasi darah pernafasan dan pendengaran (Irfan, 2014).

c) Serebellum (otak kecil)

Serebellum terletak di bagian belakang kepala, dekat dengan ujung leher bagian atas. Serebellum mengontrol banyak fungsi otomatis otak, di antaranya adalah mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh. Susunan saraf terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak dan melewati lubang yang terdapat pada tulang tengkorak, berhubungan erat dengan otot

panca indra telinga, hidung, lidah dan kulit.

d) Otak Tengah (Mesencephalon)

Otak tengah terdiri atas, yaitu:

(1) Hipotalamus

Bagian dari otak yang memiliki peran penting dalam mengendalikan fungsi tubuh dan termasuk pelepasan hormon dan kelenjar pituitari. Berfungsi untuk mengatur proses metabolisme tubuh yang vital, yang mempengaruhi suhu, tekanan darah, merasa lapar, haus dan tidur.

(2) Thalamus

Bagian dari sistem limbik, dan menghubungkan daerah dari korteks serebral yang bertanggung jawab untuk control gerak dan persepsi sensorik dengan bagian lain dari otak yang terlibat dalam fungsi yang sama. Berfungsi mengambil informasi dari sejumlah daerah otak yang berbeda dan mengirim ke korteks serebral.

b. Fisiologi Peredaran Darah di Otak

Darah mengangkut zat asam, makanan dan substansi lainnya yang diperlukan bagi fungsi jaringan hidup yang baik. Kebutuhan otak sangat mendesak dan vital, sehingga aliran darah yang konstan harus sering dipertahankan. Suplai darah arteri ke otak merupakan salah satu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang, berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel (Lemone et al., 2016).

1) Peredaran Darah Arteri

Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri yaitu arteri vertebralis dan arteri akrotis interna yang

bercabang dan beranastomosis membentuk *circulus wilisi*. Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri komunis yang berakhir pada arteri serebri anterior dan arteri serebri medial. Didekat akhir arteri karotis interna, dari pembuluh darah ini keluar arteri *communicans posterior* yang bersatu kearah kuadal dengan arteri serebri posterior. Arteri serebri anterior saling berhubungan melalui arteri *communicans anterior*. Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteria sukklavia kiri merupakan cabang langsung dari aorta. Arteri vertebralis memasuki tengkorak melalui foragmen magnum setinggi perbatasan pons dan medulla oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris.

2) Peredaran Darah Vena

Aliran darah vena dari otak terutama kedalam sinus-sinus duramater, suatu saluran pembuluh darah yang terdapat didalam struktur duramater. Sinus-sinus duramater tidak mempunyai katub dan sebagian besar berbentuk triangular. Sebagian besar vena *cortex supervisal* mengalir kedalam sinus longitudinalis superior yang berada di medial, dua buah vena cortex yang utama adalah vena *anastomotica magna* yang mengalir kedalam sinus longitudinalis superior dan vena *anastomotica parva* yang mengalir kedalam sinus transversus. Vena-vena serebri profunda memperoleh aliran darah dari basal ganglia.

3. Etiologi dan Faktor Risiko

Menurut Black & Hawks (2017) penyebab *hemoragic stroke* antara lain:

a. Faktor Predisposisi

1) Usia

Pada umumnya stroke lebih banyak terjadi pada orang-orang berusia lanjut (diatas 55 tahun) dibandingkan dengan anak-anak dan usia muda. Bertambahnya usia cenderung akan meningkatkan tekanan darah. Risiko akan semakin meningkat seiring bertambahnya usia karena kondisi tubuh yang sudah tidak sepenuhnya normal lagi serta pola hidup yang berubah. Selain itu, hampir semua orang diatas usia 40 tahun mengalami aterosklerosis.

b. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi sering menyebabkan terjadinya gangguan fungsi dan struktur otak seseorang dengan mekanisme gangguan vaskular. Stroke karena hipertensi biasanya disebabkan oleh perubahan patologis pada pembuluh darah cerebral dalam jaringan otak. Selain itu, hipertensi juga mengakibatkan gangguan kemampuan auto regulasi pembuluh darah otak dimana aliran darah keotak akan lebih kecil dibandingkan seseorang yang memiliki tekanan darah normal. Pada beberapa penelitian menunjukkan bahwa adanya pengendalian terhadap kualitas tekanan darah akan menurunkan risiko stroke berulang. Pengendalian risiko stroke pada hipertensi dapat dilakukan dengan cara mengkonsumsi obat anti hipertensi secara patuh dan menghindari hal-hal yang memicu adanya peningkatan tekanan darah. Hipertensi menyebabkan peningkatan tekanan darah perifer sehingga menyebabkan sistem hemodinamik yang dapat terjadilah penebalan pembuluh darah serta hipertrofi dari otot jantung, hal ini dapat diperburuk dengan kebiasaan merokok dan mengkonsumsi

makanan tinggi lemak serta garam yang dapat menimbulkan plak aterosklerosis. Hipertensi yang menimbulkan plak aterosklerosis secara terus menerus akan memicu timbulnya stroke apabila tekanan darah meningkat cukup tinggi dan berlangsung lama sehingga menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral akibatnya diameter lumen pembuluh darah tersebut menjadi tetap, hal ini berbahaya, pembuluh darah serebral tidak dapat berdilatasi atau berkontraksi dengan leluasa untuk mengatasi fluktuasi dari tekanan darah sistemik (Yonata & Pratama 2016).

2) Merokok

Rokok mengandung zat adiktif yang bisa menyebabkan kerja otak serta sistem saraf simpatis terganggu sehingga oksigen dan tekanan darah ikut meningkat, denyut serta irama jantung terganggu. Zat adiktif pada rokok mengaktifkan keping darah sehingga darah menggumpal (adhesi trombosit) pada dinding pembuluh darah, kondisi ini dapat memicu timbulnya stroke (Ridwan, 2017).

3) Alkohol

Alkoholik dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral yang mampu menyumbat pembuluh darah penyebab stroke. Pemakaian alkohol berat (> 40gr alkohol/ 24 jam) memicu terjadinya stroke iskemik karena dapat menambah agregasi trombosit, mengaktifasi kaskade koagulasi, peningkatan hematokrit, dan faskositas darah serta memicu terjadinya atrium fibrilasi yang dapat menyebabkan pelepasan trombus yang mampu menyumbat pembuluh darah penyebab stroke (Hartaty & Haris 2020).

c. Dari kedua Faktor diatas Dapat Mengakibatkan:

1) Trombosis Serebral

Trombus mulai terbentuk karena rusaknya lapisan endothelial dari pembuluh darah, dan yang menjadi penyebab utama adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah (aterosklerosis). Plak yang terbentuk pada pembuluh darah terus membesar dan menyebabkan terjadinya stenosis (penyempitan) lumen arteri. Stenosis ini akan menghambat aliran darah akibatnya darah akan berputar-putar dibagian permukaan yang terdapat plak dan menyebabkan penggumpalan sehingga rongga pembuluh darah tersumbat.

2) Embolisme Serebral

Embolus terbentuk diluar otak, terlepas dan mengalir ke sirkulasi serebral sampai emboli tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri. Tingginya kejadian Atrial Fibrilasi berkontribusi terhadap kejadian stroke emboli.

3) Iskemia Serebral

Perdarahan pada jaringan otak paling banyak disebabkan oleh ruptur aterosklerosis, hipertensi, serta ruptur aneurisme.

4) Faktor penyebab lain

Ada beberapa kondisi yang bisa menyebabkan terjadinya iskemik ataupun *hemoragic stroke*. Infeksi bisa menyebabkan spasme arteri serebral sehingga pembuluh darah yang menyempit tersebut menurunkan aliran darah ke otak. Kondisi lain seperti hiperkoagulasi juga dapat menyebabkan stroke thrombosis dan stroke iskemik karena terjadinya penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah akibatnya pasokan darah ke otak berkurang (Black & Hawks 2017).

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 *hemoragic stroke* (Rahmayanti, 2019).

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 (Munir, 2015).

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 Iskemic Attack* (TIA) yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan Intraserebral 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 (Perdana, 2017).

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 di permukaan pia meter dan ventrikel otak, ataupun di dalam ventrikel otak dan ruang subarachnoid (Perdana, 2017). 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 atrei.

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 ekstrasvasi darah dengan tekanan arteri masuk ke ruang subarachnoid dan dengan cepat menyebar melalui cairan serebrospinal mengelilingi otak dan medulla spinalis. Ekstrasvasi darah menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) global dan mengiritasi meningeal (Munir, 2015). Peningkatan (TIK) yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarachnoid dapat mengakibatkan vasopasme pembuluh darah serebral.

Vasopasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vasopasme 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 (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O_2 dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan O_2 jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi (Wati, 2019).

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 ke dalam sel otot polos pembuluh darah. Akibatnya kontraksi 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 (Black & Hawks, 2017).

5. Manifestasi Klinis

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

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

- b. Gangguan sensibilitas

Pada satu atau lebih anggota badan gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

- c. Penurunan kesadaran

Konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma. Terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

- d. Afasia (kesulitan dalam berbicara)

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

pasien tidak dapat mengungkapkan lewat bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada Area Wernicke, yang terletak pada 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. Klasifikasi

Menurut Indrawati (2016) klasifikasi *hemoragic stroke* dibedakan atas dua kelompok yaitu sebagai berikut:

a. Perdarahan Intraserebral

Perdarahan Intra Serebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak. Pada stroke jenis ini pembuluh darah pada otak pecah dan darah membasahi jaringan otak. Darah ini sangat mengiritasi jaringan otak sehingga menyebabkan spasme atau menyempitnya arteri di sekitar tempat perdarahan. Sel-sel otak yang berada jauh dari tempat perdarahan juga akan mengalami kerusakan karena aliran darah terganggu. Selain itu, jika volume darah yang keluar lebih dari 50 ml maka dapat terjadi proses desak ruang yakni rongga kepala yang luasnya tetap, “diperebutkan” oleh darah “pendatang baru” dan jaringan otak sebagai “penghuni lama”. Biasanya pada proses desak ruang ini, jaringan otak yang relatif lunak mengalami kerusakan akibat penekanan oleh jendela darah.

b. Perdarahan Subarakhnoid

Perdarahan subarakhnoid adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri/perdarahan subarachnoid primer. Perdarahan yang terjadi di pembuluh darah yang terdapat pada pembungkus selaput pembungkus otak. Selanjutnya, darah mengalir keluar mengisi rongga antara tulang tengkorak dan

otak. Sama seperti perdarahan intraserebral, darah yang keluar dapat menyebabkan spasme arteri sekitar tempat perdarahan, mengiritasi jaringan sekitar, serta menyebabkan proses desak ruang.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wati (2019) pemeriksaan penunjang pada pasien yang mengalami *hemoragic stroke* 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. Scan tomografi komputer (*Computer Tomography scan-CT scan*)

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 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 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 (Electroencephalogram-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, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.

h. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan gula darah: gula darah bisa meningkat karena keadaan hiperglikemia.
- 2) Faktor risiko *hemoragik stroke* yang dapat dimodifikasi, sebagian besar pasien memiliki hipertensi (82,30 %), kadar gula darah meningkat (63,54 %), LDL meningkat (65,63 %), trigliserida meningkat (64,58 %), dan kolesterol total meningkat (69,79 %), pasien dengan kadar HDL normal lebih banyak (48,96 %).

8. Penatalaksanaan Medis

Menurut penelitian Titania (2019) penatalaksanaan pada pasien *hemoragik stroke* adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan Umum

1) Pada Fase Akut

- a) Letakkan kepala pasien pada posisi 30° , kepala dan

dada pada satu bidang, ubah posisi tidur setiap 2 jam, mobilisasi dimulai berhatap bila hemodinamik sudah stabil.

- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil AGD, jika perlu dilakukan intubasi.
- c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian cari penyebabnya seperti jika kandung kemih penuh lakukan pengosongan dengan memasang kateter intermiten.
- d) Memberikan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan NGT.
- e) Pantau kadar gula darah > 150 ml/dl harus dikoreksi sampai batas GDS < 150 ml/dl dengan insulin drips intravena continue selama 2-3 hari pertama.
- f) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan kecuali bila tekanan sistol > 220 mmHg, diastol > 120 mmHg, *Mean Arteri Blood Pressure* (MAP > 130 mmHg, atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif hingga gagal ginjal.
- g) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20 % dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitrosid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE dan antagonis kalsium

- h) Jika hipotensi, yaitu tekanan sistol < 90 mmHg, diastol < 70 mmHg di berikan Nacl 0,9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi teratasi. Jika belum teratasi, dapat diberikan dopamine 2,2 unit/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.
- i) Jika kejang, diberikan diasepam 5-20 ml/IV pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100 ml/hari, dilanjutkan pemberian antikonvulsan/oral (Fenitoin, Karbamazepin)
- j) Jika tekanan intrakranial meningkat berikan manitol bolus intrsvena 0,25-1 gr/Kg BB/ 30 menit dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25 gr/kg BB/ 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.

2) Fase Rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi adekuat.
- b) Program manajemen bladder dan bowel.
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang geraksendi range of motion / ROM.
- d) Pertahankan integritas kulit.
- e) Pertahankan komunikasi efektif.
- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- g) Persiapan pasien pulang.

b. Penatalaksanaan medis

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien *hemoragik stroke* yaitu:

1) Obat anti hipertensi

Pada penderita stroke baru, biasanya tekanan darah tidak diturunkan terlalu rendah untuk menjaga suplai darah keotak.

2) Anti platelet

Untuk mencegah pembekuan darah, digunakan obat anti platelet, seperti aspirin.

3) Anti koagulan

Untuk mencegah pembekuan darah, pasien dapat diberikan obat-obatan tikoagulan seperti heparin yang bekerja dengan cara mengubah komposisi faktor pembekuan dalam darah. Obat tikoagulan biasanya diberikan pada penderita stroke dengan gangguan irama jantung.

9. Komplikasi

Menurut Rahmayanti (2019) komplikasi yang dapat terjadi pada klien *hemoragic stroke* adalah sebagai berikut:

a. Fase akut

1) 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.

2) Edema serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran

darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

3) Peningkatan tekanan intrakranial (TIK)

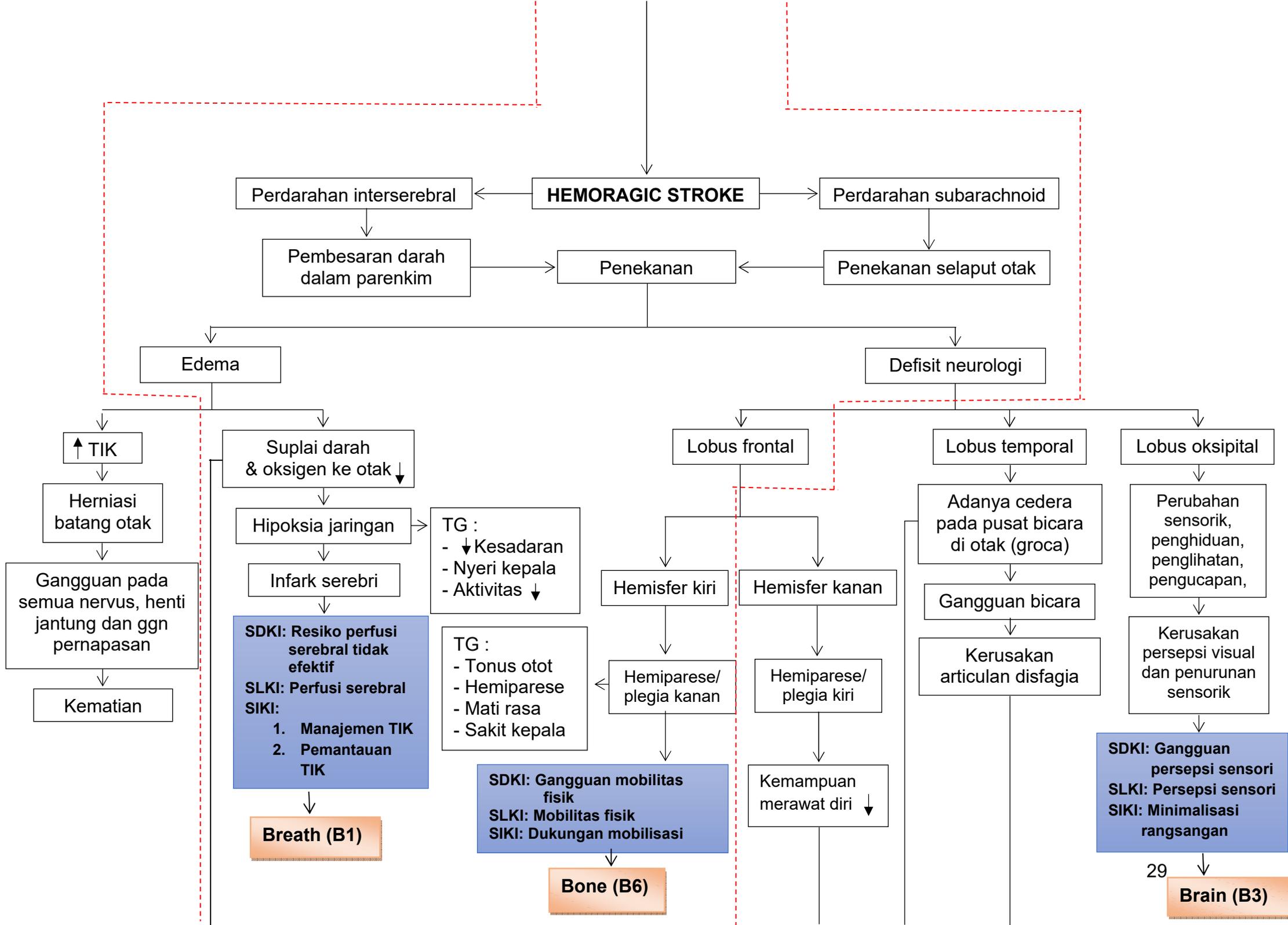
Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologis seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi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

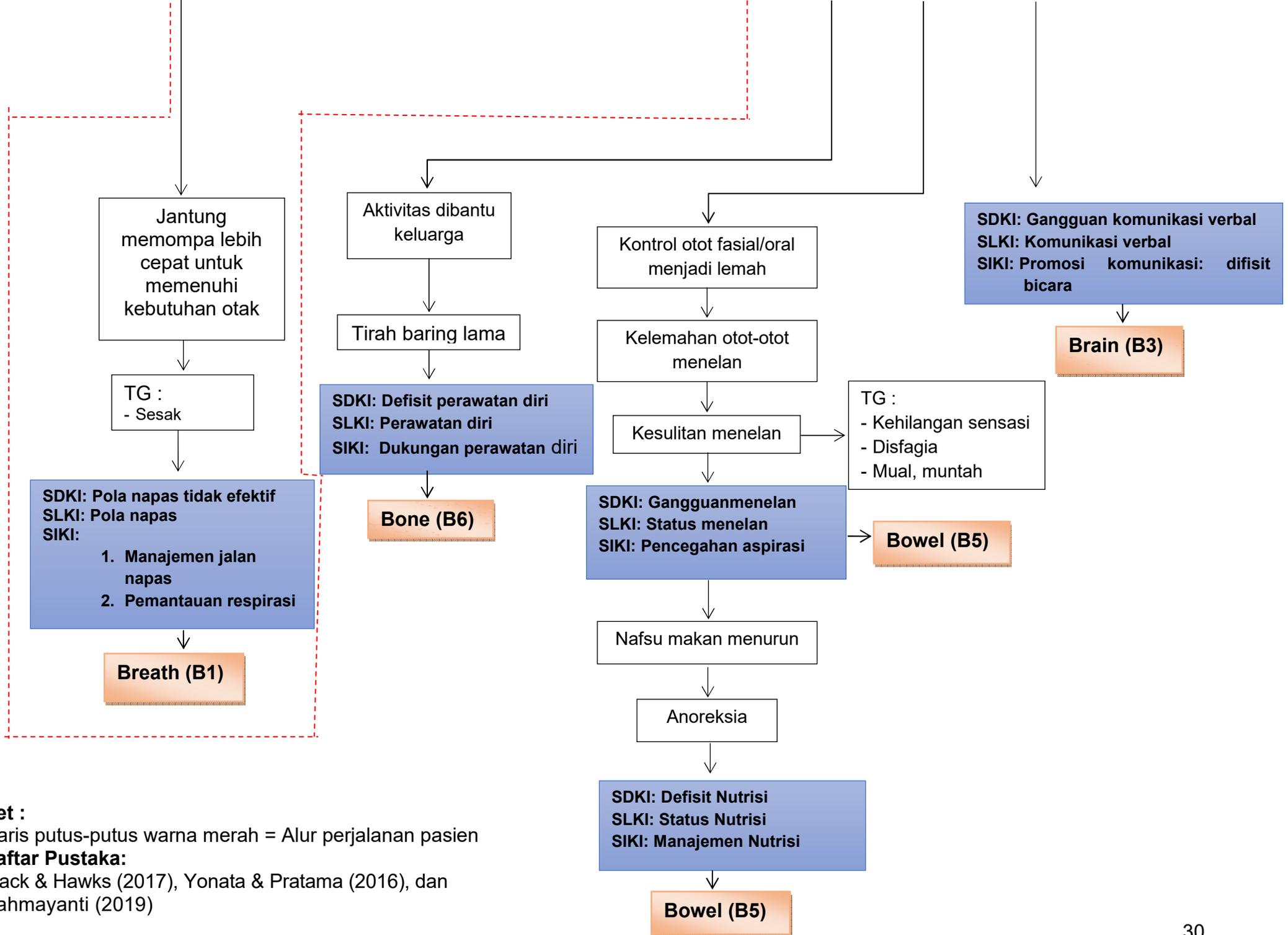
4) Aspirasi

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

b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

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





B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Kritis (B1-B6)

a. Breath (B1)

1) Inspeksi

- a) Bentuk dada dan ekspansi dada: pengkajian bentuk dada dilakukan untuk melihat apakah ada kelainan pada dada yang dapat menghambat proses pernapasan. Pada observasi ekspansi dada perlu dinilai retraksi dari otot - otot intercostal, substernal, pernapasan abdomen, dan respirasi paradox.
- b) Ekspansi dada: dinilai penuh/tidak penuh, dan kesimetrisannya ketidaksimetrisan mungkin menunjukkan adanya atelectasis, lesi pada paru, obstruksi pada bronkus, fraktur tulang iga, pnemotoraks, atau penempatan endotrakeal dan tube trakeostomi yang kurang tepat.
- c) Pola napas: dinilai kecepatan, irama, dan kualitas
- d) Sumbatan jalan napas: lihat apakah terdapat sumbatan jalan napas oleh benda, makanan, lender, darah, lidah yang jatuh kebelakang, atau apapun itu yang menghalangi laruran pernapasan. Jika terdapat sputum, nilai warnanya, jumlah dan konsistensinya.
- e) Kaji saturasi oksigen
- f) Penggunaan otot bantu pernapasan

2) Palpasi

Nilai vocal fremitus dengan cara meletakkan kedua tangan pada berbagai daerah dinding torax lalu klien diminta untuk mengucapkan secara berulang kata “tujuh puluh tujuh”.

3) Perkusi

Lakukan perkusi untuk menilai ada tidaknya penumpukancairan ataupun pembesaran organ

4) Auskultasi

Dilakukan untuk menilai suara napas serta suara tambahan seperti rales, ronchi, wheezing serta friction rub.

b. Blood (B2)

1) Inspeksi

- a) Lihat apakah terdapat distensi vena jugularis
- b) Edema: kaji lokasi serta derajatnya
- c) Kulit: apakah lembab atau kering serta lihat apakah tampak pucat atau tidak
- d) Lihat gambaran EKG untuk menilai keadaan jantung

2) Palpasi

- a) Kaji irama jantung: frekuensi, serta keteraturannya (irregular atau regule).
- b) Nadi perifer: ada/tidak serta kualitasnya dan kecepatannya harus diperiksa.
- c) Palpasi denyut apeks serta arteri carotis untuk menilai curah jantung serta fungsi ventrikel kiri.
- d) Perifer (teraba dingin/normal): untuk menilai curah jantung.

3) Perkusi

Perkusi dilakukan untuk menilai apakah terdapat pembesaran pada jantung, pericardium dan aneurisma aorta.

4) Auskultasi

- a) Bunyi jantung: kaji apakah terdapat bunyi jantung tambahan s3 dan s4.
- b) Kaji irama jantung: frekuensi, serta keteraturannya

(irregular atau reguler).

- 5) Kaji tekanan darah : hipertensi/hipotensi
- 6) Kaji CRT untuk menilai adanya dehidrasi, syok, hipotermiserta peripheral vascular disease.

c. Brain (B3)

1) Pengkajian tingkat kesadaran

Kaji tingkat keterjagaan klien dan respon terhadap lingkungan untuk menilai fungsi sistem persarafan pasien. Tingkat kesadaran kuantitatif: GCS 15.

- a) Respon motorik 6
- b) Respon verbal 5
- c) Respon membuka mata 4

2) Pengkajian fungsi status serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal dan hemisfer.

3) Ekspresi status mental

Observasi penampilan, tingkah lakuk, nilai gaya bicara, ekspresi wajah dan aktivitas motoric klien.

4) Fungsi intelektual

Kaji apakah terdapat penurunan ingatan atau memori baik jangka pendek maupun jangka panjang serta kemampuan berhitung dan kalkulasi.

5) Kemampuan Bahasa: dapat ditemukan disatria maupun disfagia.

6) Kaji pupil serta refleks patologis/fisiologis.

7) Kaji tanda rangsangan meningeal, serta ada tidaknya nyeri kepala.

8) Kaji istirahat dan tidur pasien, serta keadaan saat bangun tidur apakah merasa segar/tidak.

- d. Bladder (B4)
 - 1) Kaji frekuensi BAK pasien, warna, bau serta produksi urin untuk menilai perfusi ginjal.
 - 2) Kaji apakah ada kesulitan saat BAK serta perkusi untuk mengetahui adanya distensi kandung kemih.
 - 3) Kaji dan pantau penggunaan kateter.
- e. Bowel (B5)
 - 1) Rongga mulut: Kaji ada tidaknya lesi pada mulut.
 - 2) Bising usus: kaji ada tidaknya bising usus serta kualitas bising usus harus dikaji sebelum melakukan palpasi abdomen.
 - 3) Distensi abdomen: dapat disebabkan oleh penumpukan cairan. Asites dapat diketahui dengan memeriksa adanya gelombang air pada abdomen.
 - 4) Kaji asupan makan dan minum sebelum klien masuk rumah sakit meliputi porsi makanan yang dihabiskan, susunan, keluhan mual dan muntah, kehilangan nafsu makan, bersendawa, nyeri ulu hati atau rasa terbakar pada ulu hati.
 - 5) Kaji penurunan turgor kulit, kulit kering atau berkeriput, muntah dan perubahan berat badan.
 - 6) Kaji penggunaan alat bantu seperti NGT atau colostomy bag.
 - 7) Kaji ada tidaknya hematemesis, melena, diare, jumlah serta frekuensinya.
- f. Bone (B6)
 - 1) Kaji adanya lesi dan decubitus
 - 2) Kaji apakah terdapat fraktur, dislokasi atau nyeri tulang
 - 3) Kaji kekuatan otot, kram otot, tonus otot. Gejala yang harus diperhatikan adalah adanya kelemahan, letih, serta sulit bergerak/berjalan.

- 4) Kaji warna kulit, turgor kulit serta kelembapan (Muttaqin, 2018).

2. Pengkajian Sekunder (Pola Gordon)

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

- 1) Data Subjektif: Adanya penyakit hipertensi, penyakit jantung pada keluarga, stroke, kecanduan alkohol dan merokok.
- 2) Data Objektif: Hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

- 1) Data Subjektif: Nafsu makan menurun, mual dan muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipih dan tenggorokan, disfagia adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.
- 2) Data Objektif: Kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

c. Pola Eliminasi

- 1) Data Subjektif: Perubahan pada berkemih seperti inkontinensia urine, anuria.
- 2) Data Objektif: Distensi kandung kemih, distensi abdomendan bising usus negative (ileus paralitik).

d. Pola Aktivitas dan Latihan

- 1) Data Subjektif: Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.
- 2) Data Objektif: Gangguan tonus otot (hemiplegia), terjadi kelamahan umum, gangguan kesadaran dan gangguan penglihatan.

- e. Pola Tidur dan Istirahat
 - 1) Data Subjektif: Sulit untuk beristirahat (kejang otot atau nyeri)
 - 2) Data Objektif: Gelisah, tegang pada otot dan tingkah laku.
- f. Pola Persepsi Sensorik dan Kognitif
 - 1) Data Subjektif: Pusing sebelum serangan (selama TIA) sakit kepala akan sangat berat karena adanya perdarahan intraserebral, subaraknoid, kelemahan, kesemutan biasanya terjadi selama serangan TIA yang ditemukan dalam berbagai derajat *stroke* jenis lain.
 - 2) Data Objektif: Status mental dan tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik.
- g. Pola Persepsi dan Konsep Diri
 - 1) Data Subjektif: Perasaan putus asa
 - 2) Data Objektif: Emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.
- h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama
 - 1) Data Subjektif: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain.
 - 2) Data Objektif: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motoric (kesulitan untuk mengungkapkan kata).
- i. Pola Reproduksi dan Seksualitas
 - 1) Data Subjektif: Tidak ada gairah seksual
 - 2) Data Objektif: Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.
- j. Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress
 - 1) Data Subjektif: Perasaan tidak berdaya dan putus asa.
 - 2) Data Objektif: Emosi yang lebih dan kesiapan untuk marah, gembira, sedih, kesulitan untuk mengekspresikan

diri.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri (Muttaqin, 2018).

3. Diagnosis Keperawatan

Menurut Turwoto (2013) dimodifikasi SDKI (2018) ada beberapa diagnosa *hemoragik stroke* diantaranya:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan aneurismaserebri (D.0017).
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis (D.0005).
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (D.0054).
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119).
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109).

4. Rencana Keperawatan

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan aneurisma serebri

SLKI: Tingkat kesadaran cukup meningkat, tekanan intracranial cukup menurun, sakit kepala cukup menurun, gelisah cukup menurun, nilai tekanan darah cukup membaik (L.02014).

SIKI:

- a) Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325)

Observasi:

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral).

R/ deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan.

- 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, bradikardi)

R/ autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan.

Terapeutik:

- 3) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

R/ untuk memberikan kenyamanan pasien

- 4) Berikan posisi semi fowler

R/ dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral

Kolaborasi:

- 5) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikoagulan, jika perlu.

- 6) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

- b) Pemantauan tekanan intrakranial (I.06198)

Observasi:

- 1) Monitor tingkat penurunan kesadaran

R/ perubahan tingkat kesadaran dapat menjadi faktor pencetus, serta mengidentifikasi perubahan TIK dan kerusakan otak.

Terapeutik:

- 2) Pertahankan posisi kepala dan leher

R/ menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan sirkulasi perfusi serebral.

Edukasi:

- 3) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan

neurologis.

SLKI: Dyspnea cukup menurun, penggunaan otot bantu nafas cukup menurun, dan frekuensi napas cukup membaik (L.01004).

SIKI:

a) Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi:

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

R/ Mengetahui adanya dyspnea, takipnea, apnea (gangguan pernafasan).

2) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

R/ Mengetahui apakah adanya sputum agar tidak terjadinya sumbatan jalan nafas.

Terapeutik:

3) Posisikan semi-fowler atau fowler

R/ Mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan.

4) Berikan oksigen

R/ Mencegah pasien agar tidak kekurangan kadar oksigen dalam tubuh serta mencegah terjadinya Hipoksia.

Edukasi:

5) Ajarkan teknik batuk efektif

R/ agar memudahkan saat batuk terjadi

Kolaborasi:

6) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektron, mukolitik.

b) Pemantauan respirasi (I.01014)

Observasi:

7) Monitor saturasi oksigen

R/ Mengetahui kadar oksigen dalam tubuh agar tidak mengalami hipoksia.

Terapeutik:

- 8) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

R/ Mencegah pasien agar tidak mengalami gangguan pernafasan dan memberikan bantuan yang tepat saat dibutuhkan.

- 9) Dokumentasi hasil pemantauan

Edukasi:

- 10) Jelaskan prosedur pemantauan
- 11) Informasikan hasil pemantauan

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.

SLKI: Pergerakan ekstermitas cukup meningkat, kekuatan otot cukup meningkat, rentang gerak cukup meningkat, kelemahan fisik cukup menurun (L.05042).

SIKI:

- a) Dukungan mobilisasi (I.05173)

Observasi:

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
R/ Mengetahui adanya nyeri atau keluhan lainnya saat melakukan pergerakan.
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
R/ Mengetahui kemampuan pergerakan atau batasan bergerak dalam melakukan aktivitas harian atau kemampuan otot.
- 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
R/ keadaan umum yang baik mempermudah dalam melakukan latihan seperti tekanan darah, frekuensi napas, suhu tubuh, nadi dalam batas normal (TTV).

Terapeutik:

- 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
R/ Membantu dalam memberikan bantuan berupa alat bantu untuk menunjang aktivitas dan memberikan rasa aman dan nyaman.
- 5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
R/ Keluarga merupakan yang utama dalam meningkatkan keinginan pasien untuk sembuh dan rajin melakukan latihan.

Edukasi:

- 6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
R/ Meningkatkan kekuatan otot dan tubuh yang lemah tidak menjadi lebih terganggu.

e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

SLKI: Kemampuan berbicara cukup meningkat, disfasia cukup menurun (L.13118).

SIKI:

a) Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492).

Observasi:

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara
R/ Mengidentifikasi adanya disartria sesuai komponen motorik dari bicara (seperti lidah, gerakan bibir, kontrol nafas) yang dapat mempengaruhi artikulasi dan mungkin juga tidak disertai afasia motorik.

Terapeutik:

- 2) Gunakan metode komunikasi alternative (menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar

dan huruf, isyarat tangan dan komputer).

R/ Mempermudah komunikasi pasien dengan keluarga atau perawat.

Edukasi:

3) Anjurkan berbicara secara perlahan

R/ Membantu dalam mengucapkan setiap kata yang akan diucapkan agar dapat dipahami dan meningkatkan kemampuan komunikasi.

Kolaborasi:

4) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

R/ Pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensori, motorik dan kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kekurangan atau kebutuhan terapi.

f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

SLKI: Kemampuan mandi cukup meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri cukup meningkat, mengenakan pakaian cukup meningkat, kemampuan ke toilet (BAK/BAB) cukup meningkat (L.11103).

SIKI:

a) Dukungan Perawatan Diri (I.11348)

Observasi:

1) Monitor tingkat kemandirian

R/ Kemampuan pasien untuk melakukan tindakan secaramandiri tanpa bantuan orang lain

2) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.

R/ Mempersiapkan kebutuhan perawatan diri yang akandigunakan.

Terapeutik:

3) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.

R/ Mempermudah dalam perawatan diri.

Edukasi:

- 4) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

R/ Meningkatkan kemampuan aktivitas mandiri, harga diri dan peran pasien sehari-hari (Turwoto, 2013) di modifikasikan (SIKI, 2018).

5. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

Adapun perawatan di rumah bagi penderita stroke secara garis besar adalah:

- a. Menganjurkan kepada pasien/keluarga tentang diit :
- b. Jangan menghentikan atau mengubah atau menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter.
- c. Minta bantuan petugas kesehatan atau fisioterapi untuk memulihkan kondisi tubuh yang lemah atau lumpuh.
- d. Perbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur dirumah (ROM) aktif/positif.
- e. Motivasi pasien agar tetap bersemangat dalam melakukan latihan fisik.
- f. Periksa tekanan darah secara teratur.
- g. Motivasi keluarga untuk tetap mempertahankan kebersihan mulut dengan cara membersihkan mulut pasien minimal 2x sehari untuk memiimalkan terjadinya pneumonia pada pasien *stroke* (Lemone et al., 2016).

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Tn. R umur 52 tahun masuk Rumah Sakit Pelamonia pada tanggal 31 Mei 2022 dengan keluhan utama kelemahan tubuh sebelah kanan. diagnosa medik Hemoragik Stroke hari ke 2. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu, namun tidak rutin minum obat dan jarang memeriksakan kesehatannya. Pada saat pengkajian 1 Juni 2022, keadaan umum pasien tampak sakit berat, tampak pasien terbaring di atas tempat tidur, tampak pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS=M5V1E4), tampak pasien sesak. Hasil observasi TD: 189/120 mmHg, N: 90x/menit, SpO₂: 95% P: 26x/menit, S: 36,8°C. Dilakukan pemeriksaan diagnostik hasil CT Scan menunjukkan adanya perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri. Hasil pemeriksaan kimia darah yaitu: ureum 23 mg/dL, kreatinin 1.0 mg/dL. Hasil pemeriksaan elektrolit yaitu: kalium 3,9 mmol/L, natrium 142 mmol/L, chlorida 105 mmol/L. Pasien mendapatkan terapi Citicoline 250 mg/IV, Ceftriaxone 2 gr/IV, Furosemide 20 mg/IV, Allopurinol 100 mg/oral, Curcuma oral/25 mg, Pumpisel vial 2 gr/IV, Piracetam 3 gr/IV.

Dari hasil analisa data, diperoleh tiga diagnosa keperawatan, yaitu Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d Aneurisma serebri, Pola napas tidak efektif b/d Gangguan neurologis, Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular.

**FORMAT LAPORAN KASUS
RUANG INTENSIVE CARE UNIT**

Nama Mahasiswa : Isma Theodora Siore dan Ismiyarsi Herlambang Sise
Tanggal : 1 Juni 2022
Nama Pasien/ Usia: Tn. R / 52 tahun
Diagnosa Medis : Hemoragic Stroke

1. Pengkajian Primer

Breath (B1)	Pergerakan dada	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu nafas	<ul style="list-style-type: none"> • Ada: otot dada
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> • Vocal premitus: kiri dan kanan sama • Nyeri tekan : tidak ada • Krepitasi : tidak ada
	Perkusi	<ul style="list-style-type: none"> • Sonor, dikedua lapang paru
	Suara nafas	<ul style="list-style-type: none"> • Vesikuler
	Batuk	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak batuk
	Sputum	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Alat bantu napas	<ul style="list-style-type: none"> • Ada Jenis: NRM 10 liter/menit
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - respirasi: 26 x/menit - Saturasi: 95% - setelah dipasang NRM 99%. - Terpasang monitor
Blood (B2)	Suara jantung	<ul style="list-style-type: none"> • S1 S2 S3 S4 • Tunggal
	Irama jantung	<ul style="list-style-type: none"> • Reguler
	CRT	< 3 detik
	JVP	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 5-2 CmH₂O
	CPV	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada

	Edema	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Ekg	Sinus ritme
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - TD: 189/120 mmhg - N : 90 x/menit
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitatif: Delirium • Kuantitatif (GCS) E: 4 V: 1 M:5
	Reaksi pupil <ul style="list-style-type: none"> • Kanan • Kiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Isokor
	Refleks fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> • Kanan (-) • kiri (+)
	Refleks patologis	<ul style="list-style-type: none"> • kanan (+) • kiri (-)
	Meningeal sign	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada
	Lain-lain	CT-SCAN Kesan: perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri
Bladder (B4)	Urin	<ul style="list-style-type: none"> • jumlah: 500 cc / 8 jam • warna: kuning kejernihan
	Kateter	<ul style="list-style-type: none"> • ada, hari ke: 1 • jenis: folley Cateter
	Kesulitan BAK	<ul style="list-style-type: none"> • tidak
	Lain-Lain	
Bowel (B5)	Mukosa bibir	<ul style="list-style-type: none"> • kering
	Lidah	<ul style="list-style-type: none"> • kotor
	Keadaan gigi	<ul style="list-style-type: none"> • tampak gigi ompong pada bagian depan
	Nyeri telan	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada

	Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada distensi 									
	Peristaltik usus	<ul style="list-style-type: none"> • normal 20xmenit 									
	Mual	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada 									
	Muntah	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada 									
	Hematemesis	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada 									
	Melena	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada 									
	Terpasang NGT	<ul style="list-style-type: none"> • ya, dikarenakan adanya kesulitan menelan makanan dan untuk dekompresi lambung 									
	Terpasang colostomy bag	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada 									
	Diare	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada 									
	Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada 									
	Asites	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada 									
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - Ureum: 23 mg/dl - Kreatinin: 1,0 mg/dl 									
Bone (B6)	Turgor	<ul style="list-style-type: none"> • Baik 									
	Perdarahan kulit	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada 									
	Icterus	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada 									
	Akral	<ul style="list-style-type: none"> • Dingin • Pucat 									
	Pergerakan sendi	<ul style="list-style-type: none"> • Terbatas <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">kanan</th> <th style="padding: 5px;">kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">0</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">0</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">5</td> </tr> </tbody> </table>		kanan	kiri	Tangan	0	5	Kaki	0	5
		kanan	kiri								
	Tangan	0	5								
	Kaki	0	5								
Fraktur	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada 										
Luka	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada 										
Lain-lain	Hemiplegia dextra										

Diagnosa Keperawatan

B1: Pola nafas tidak efektif

B2: Risiko perfusi cerebral tidak efektif

B3: -

B4: -

B5: -

B6: Gangguan mobilitas fisik

2. Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting dan merupakan anugerah dari Tuhan yang harus dijaga agar bisa melakukan berbagai macam aktivitas sehari-hari. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengkonsumsi vitamin dan jarang berolahraga. Pasien menderita hipertensi sejak 3 tahun yang lalu dan mengonsumsi obat amlodipin tetapi tidak rutin minum obat. Setiap harinya pasien masih sering minum kopi pada pagi dan sore hari, pasien juga suka makan daging dan gorengan.

b. Riwayat penyakit saat ini:

1) Keluhan utama: hemipalegia dextra

2) Riwayat keluhan utama:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sadarkan diri dan dibawa ke rumah sakit pelamonia atas rujukan dari Rumah Sakit Soppeng. Ketika sampai di ICU Pelamonia didapatkan GCS E4V1M5 (Delirium). Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami stroke pertama sejak 1 tahun lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak patuh minum obat dan selalu makan daging dan gorengan sehingga penyakit pasien makin memburuk dan dibawa ke rumah sakit.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga mengatakan pasien menderita hipertensi sejak 3 tahun yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan tidak ada yang menderita hipertensi, dan stroke yang sama dengan pasien.

5) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut : tampak rambut bersih dan

- beruban
- b) Kulit kepala : tampak bersih, tidak ada lesi, tidak berbau, dan tekstur kepala keras.
 - c) Kebersihan kulit : tampak kulit bersih
 - d) Higiene rongga mulut : tampak mulut kotor dan mukosa bibir kering
 - e) Kebersihan genetalia : tampak bersih
 - f) Kebersihan anus : tampak bersih

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 x sehari seperti makan nasi, sayur, ikan/daging. Keluarga mengatakan pasien juga suka makan makanan yang berjenis goreng-gorengan.

b. Keadaan sejak sakit:

Pasien makan melalui selang NGT, frekuensi makan 3 x sehari seperti makan bubur saring dan susu dengan jumlah makan dan minum \pm 250 cc.

c. Observasi:

Tampak pasien terpasang NGT, tampak pasien tidak mampu membersihkan rongga mulut, sulit mengunyah dan menelan.

Cairan lambung: tidak ada

Pemeriksaan fisik:

- 1) Keadaan rambut : tampak rambut bersih dan beruban
- 2) Hidrasi kulit : hidrasi kulit kembali < 3 detik
- 3) Palpebra/conjungtiva: tampak palpebra tidak edema/
conjungtiva tampak tidak anemis
- 4) Sclera : tampak tidak ikterik
- 5) Hidung : tampak hidung bersih, tidak ada lesi dan polip
- 6) Rongga mulut : tampak kotor, tidak ada radang

mukosa, tidak ada sariawan.

- 7) Gusi : tampak tidak ada peradangan
- 8) Gigi : tampak gigi bersih, ada karang karang gigi, ada sisa akar gigi dan ada gigi yang tanggal.
- gigi palsu : tampak tidak ada gigi palsu

9) Kemampuan mengunyah keras : pasien tidak mampu mengunyah keras

10) Lidah : tampak bersih

11) Pharing : tampak tidak ada peradangan

12) Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran

13) Kelenjar parotis : tidak teraba pembesaran

14) Abdomen :

- a) Inspeksi : tampak perut buncit, tidak ada benjolan
- b) Auskultasi : peristaltik usus 20x/ menit
- c) Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
- d) Perkusi : pekak

15) Kulit :

- a) Edema : Positif Negatif
- b) Icteric : Positif Negatif
- c) Tanda-tanda radang : tidak ada tanda-tanda peradangan

16) Lesi : tidak ada lesi

3. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien mengatakan ia adalah seorang kepala rumah tangga. Aktivitas yang biasa ia lakukan yaitu pergi ke sawah. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga dan jika ada waktu senggang pasien hanya akan menonton tv dan berkumpul dengan tetangga. Pasien melakukan aktivitasnya dengan mandiri.

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dikarenakan pasien mengalami kelamahan pada anggota tubuh bagian kanan.

c. Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah, tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan dan dibantu oleh keluarga serta perawat dalam melakukan aktivitas.

1) Aktivitas harian:

- a) Makan : 3
- b) Mandi : 2
- c) Pakaian : 2
- d) Kerapihan : 2
- e) Buang air besar : 3
- f) Buang air kecil : 2
- g) Mobilisasi di tempat tidur : 2

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

- 2) Postur tubuh : tidak dikaji
- 3) Gaya jalan : tidak dikaji
- 4) Anggota gerak yang cacat : tidak ada
- 5) Fiksasi: : tampak tidak ada anggota gerak yang cacat
- 6) Tracheostomi: tidak ada

d. Pemeriksaan fisik

1) Tekanan darah

Berbaring : 189/120 mmHg

Duduk : - mmHg

Berdiri : - mmHg

Kesimpulan : Hipertensi : Positif Negatif

2) HR: 90x/menit

3) Kulit

Keringat dingin : ada

Basah : tidak ada

4) JVP: 5-2 cmH₂O

Kesimpulan: pemompaan ventrikel memadai

5) Perfusi pembuluh kapiler kuku: kembali dalam waktu < 3 detik

6) Thorax dan pernapasan

a) Inspeksi:

Bentuk thorax : tampak simetris

Retraksi interkostal : tidak ada

Sianosis : tidak ada

Stridor : tidak ada

b) Palpasi:

c) Vocal premitus: getaran pada kedua lapang paru kanan dan kiri sama.

Krepitasi: tidak ada

d) Perkusi:



Sonor

Redup

Pekak

Lokasi:

e) Auskultasi:

Suara napas: vesikuler

Suara ucapan: getaran pada kiri dan kanan sama

Suara tambahan: tidak ada

7) Jantung

a) Inspeksi:

Ictus cordis: tidak tampak

b) Palpasi:

Ictus cordis: 155x/menit

c) Perkusi:

Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung: ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Batas kanan jantung: ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung: ICS 6 linea axiaris anterior sinistra

d) Auskultasi:

Bunyi jantung II A: tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P: tunggal, ICS 2 dan 3 linea sternalis
dextra

Bunyi jantung I T: tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M: tunggal, ICS 5 linea medioclavicularis
sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : tidak ada

Murmur : tidak terdengar

Bruit : Aorta : tidak terdengar

A.Renalis : tidak terdengar

A. Femoralis : tidak terdengar

8) Lengan dan tungkai

a) Atrofi otot : Positif Negatif

b) Rentang gerak :

Kaku sendi : tidak ada

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : kelemahan pada sisi kanan

Paralisis : kelemahan pada sisi kanan

(1) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	0	5
Kaki	0	5

Keterangan:

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu
melawan tekanan

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

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(2) Refleks fisiologi: biceps(+), Triceps(+), Patella(+), Achilles(+)

(3) Refleks patologi:

Babinski, Kiri : Positif Negatif
 Kanan : Positif Negatif

(4) Clubing jari-jari : tidak ada

(5) Varises tungkai : tidak ada

9) Columna vetebralis:

- a) Inspeksi: tidak ada kelainan
- b) Palpasi: tidak ada nyeri tekan
- c) Kaku kuduk: tidak ada

4. Uji Saraf Kranial

a. Nervus I olfactorius:

Pasien mampu mencium bau-bauan seperti minyak kayu putih

b. Nervus II Optikus:

Tidak dikaji karena pasien tidak dapat berbicara

c. Nervus III okulomotorius, IV trochlearis, VI abduksen:

Tampak pasien dapat memutar bola mata ke segala arah, tampak pupil mengecil bila diberi rangsangan cahaya, pupil isokor.

d. Nervus V Trigeminus:

Sensorik: Pasien dapat merasakan goresan tisu pada dahi dan pipi

Motorik: Kemampuan mengunyah keras tidak ada

e. Nervus VII Facialis:

Sensorik: Pasien mampu merasakan rasa manis yang diberikan.

Motorik: Pasien mampu mengangkat alis, tersenyum, mengerutkan dahi (pasien mampu melakukan sesuai arahan namun tampak tidak simetris area wajah sebelah kanan pasien lemah).

f. Nervus VIII Acusticus:

Pasien dapat menunjuk arah suara yang diberikan.

g. Nervus IX Glosfaringeus:

Uvula pasien tampak ditengah dan tidak ada peradangan

h. Nervus X Vagus:

Pasien tidak mampu menelan dengan baik

i. Nervus XI Asesoris:

Pasien mampu mengangkat bahu kiri namun bahu kanan tidak bisa

j. Nervus XII Hipoglosus:

Pasien tidak mampu menjulurkan lidah dan tidak dapat mendorong pipi kiri dan kanan dari arah dalam.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Ct-scan:

Kesan: Perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri

b. Pemeriksaan laboratorium

Kimia darah dan Elektrolit	Hasil	nilai rujukan
Ureum	23mg/dL	10-50mg/dL
Kreatinin	1.0mg/dL	L:<1.1 P:<0,9 mg/dL
Kalium	3,9 mmol/L	3,5-5,0 mmol/L
Natrium	142mmol/L	136-146 mmol/L
Chlorida	105mmol/L	98-106 mmol/L

Table 3.2 Pemeriksaan Penunjang

6. Terapi

1. Citicoline 250 mg/IV/12 jam

2. Ceftriaxone 2 gr/IV/24 jam

c. Furosemide 20 mg/IV/12 jam

- d. Allopurinol 100 mg/oral/1x1
- e. Curcuma oral/3x1
- f. Pumpisel vial 2 gr/IV/8 jam
- g. Piracetam 3 gr/IV/8 jam

ANALISA DATA

NO	Data	Etiologi	Masalah
----	------	----------	---------

1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 3 tahun yang lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami stroke pertama pada tahun lalu dibulan November - Keluarga mengatakan pasien suka memakan daging dan goreng-gorengan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kesadaran pasien Delirium - GCS E4M5V1 - Ct-scan: Kesan: Perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri - TTV: TD: 189/120 mmhg N: 90 x/menit P: 26 x/menit S: 36,8°C 	Aneurisma Serebri	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
2.	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - P: 26x/menit - Saturasi: 95% setelah 	Gangguan Neurologis	Pola Napas Tidak Efektif

	<p>dipasang NRM menjadi SpO₂ 99%.</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak terpasang NRM 10 liter/menit 		
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan aktivitasnya sekarang dibantu oleh keluarganya - keluarga mengatakan pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya karena tubuh bagian kanan mengalami kelemahan (tidak dapat bergerak) <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak pasien tidak mampu mengerakkan tubuh bagian kanan - tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitasnya. - aktivitas harian: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Makan : 3 ▪ Mandi : 2 ▪ Pakaian : 2 ▪ Kerapihan : 2 ▪ BAB : 3 ▪ BAK : 2 ▪ Mobilisasi di tempat tidur : 2 - Uji kekuatan otot <ul style="list-style-type: none"> Kanan Kiri <p>Tangan</p> 	<p>Gangguan Neuromuscular</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>

	Kaki	0	5		
--	------	---	---	--	--

Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif d/d aneurisma serebri
2. Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis
3. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular

RENCANA KEPERAWATAN

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif d/d aneurisma serebri (D.0017) dibuktikan dengan:</p> <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS E4M5V0 (Delirium) - Ct-scan: <p>Kesan: Perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 189/120mmhg N: 90 x/menit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran cukup meningkat (apatis) - Tekanan intra kranial cukup menurun (SpO₂ 100 %, tidak sakit kepala, tidak mual dan muntah) - Gelisah cukup menurun (tidak gelisah) - Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik (TD 130/100 mmHg) 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi) <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian sedasi dan antikoagulan, jika perlu - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

			<p>Pemantauan tekanan intra kranial (I.06198)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor penurunan tingkat kesadaran <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan posisi kepala 30⁰
2.	<p>Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis (D.0005) dibuktikan dengan:</p> <p>DS: -</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - P : 26x/menit - Saturasi: 95% 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dyspnea cukup menurun (tidak mengalami sesak) - Penggunaan otot bantu nafas cukup menurun (tidak menggunakan otot bantu napas dada) - Frekuensi nafas cukup membaik (pernapasan 20 x/menit) 	<p>Manajemen Jalan napas (I.01011)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan Oksigen <p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan respirasi

			<p>sesuai kondisi pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3	<p>Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular (D.0054) dibuktikan dengan:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan aktivitasnya sekarang dibantu oleh keluarganya - keluarga mengatakan pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya karena tubuh bagian 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstermitas cukup meningkat (pergerakan ekstermitas dapat digerakan) - Kekuatan otot cukup meningkat (uji kekuatan otot 1) - Rentang gerak cukup meningkat (tidak ada batasan gerak) - Kelemahan fisik cukup menurun (<p>Dukungan mobilisasi (I. 05173)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan

	<p>kanan mengalami kelemahan (tidak dapat bergerak)</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak pasien tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kanan - tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitasnya. - aktivitas harian: <ul style="list-style-type: none"> - Makan 3 - Mandi 2 - Pakaian 2 - Kerapihan 2 - BAB 3 - BAK 2 	<p>menggerakkan anggota tubuh yang lemah dibantu oleh anggota tubuh yang tidak lemah)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerakan terbatas cukup menurun (mampu mengontrol pergerakan) 	<ul style="list-style-type: none"> - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini
--	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisasi di tempat tidur: 2 - Uji kekuatan otot <ul style="list-style-type: none"> Kanan kiri Tangan 0 5 Kaki 0 5 		
--	--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari / tanggal	Waktu	DP	Implementasi	Perawat
2 juni 2022	07:30	III	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak KU lemah	ISMI
	08:00	III	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan	ISMI
	08:30	III	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) H: Tampak pengaman tempat tidur dipasang	ISMI
	09:00	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK H: TD: 180/118mmhg N: 92x/menit	ISMI
	09:30	I	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. H: Tampak ruangan sejuk dan tenang	ISMI
	10:00	I	Memonitor penurunan tingkat kesadaran H: GCS E4M5V1 (Delirium)	ISMI
	10:20	I	Mempertahankan posisi kepala 30°	ISMI

			H: tampak posisi kepala pasien 30°	
10:30	II	Memonitor pola napas H: - P: 26x/menit, - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dada	ISMI	
11:00	II	Pemberian oksigen H: NRM 10L/menit	ISMI	
11:30	I	Pemberian obat H: injeksi: - Citicoline 250 mg/IV - Furosemide 20 mg/IV - Ceftriaxone 2 gr/IV - Curcuma 25 mg/oral	ISMI	
12:00	II	Memonitor saturasi oksigen H: SpO ₂ : 99%	ISMI	
12:30	III	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H: Keluarga mengatakan tubuh bagian kanan pasien tidak dapat digerakan	ISMI	
13:00	III	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak keluarga membantu dalam peningkatan pergerakan	ISMI	
13:30	III	Menganjurkan melakukan mobilisasi	ISMI	

		dini H: Tampak keluarga pasien mengiyakan anjuran dari perawat	
13:40	II	Memonitor saturasi oksigen H: SpO ₂ 99%	ISMI
14:20	I	Memonitor penurunan tingkat kesadaran H: GCS E4M5V1: Delirium	ISMA
14:40	I	Mempertahankan posisi kepala 30 ⁰ H: Tampak posisi kepala pasien 30 ⁰	ISMA
15:00	I	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK H : TD: 170/110 mmhg N: 100x/menit	ISMA
15:20	I	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. H: Tampak ruangan sejuk dan tenang	ISMA
15:40	I	Pemberian obat H: injeksi: - Pumpisel 2 gr/IV, - Piracetam 3 gr/IV - Allopurinol oral/100mg - Curcuma oral/25mg	ISMA ISMA
16:30	III	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H: Keluarga mengatakan tubuh bagian kanan pasien tidak dapat digerakan	ISMA

18:00	III	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak KU lemah	ISMA
18:30	III	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan	ISMA
18:40	II	Memonitor pola napas H: - P: 28x/menit, - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dada	ISMA
19:00	III	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) H: Tampak pengaman tempat tidur dipasang	ISMA
19:20	III	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak keluarga membantu dalam peningkatan pergerakan	ISMA
19:30	I	Memonitor penurunan tingkat kesadaran H: GCS E4M5V1: Delirium	ISMA

20:00	I	Mempertahankan posisi kepala 30° H: tampak posisi kepala pasien 30°	ISMA
20:10	I	Memonitor tanda dan gejala tik H: TD: 169/110 mmhg N: 100x/menit	ISMA
20:20	I	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang H: Tampak ruangan tenang dan sejuk	ISMA
21:10	II	Memonitor pola napas H: - P: 27x/menit, - Tampak pasien menggunakan otot bantu napas dada	ISMI
22:00	II	Memonitor saturasi oksigen H: SpO ₂ 99%	ISMI
22:10	I	Pemberian obat: H: Injeksi: - Pumpisel/IV/2gr - curcuma/oral/25mg	ISMI
22:30	III	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H: Keluarga mengatakan tubuh bagian kanan pasien tidak dapat digerakan	ISMI
22:40	III	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak KU lemah	ISMI

	23:00	III	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan	ISMI
	06:00	III	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) H: Tampak pengaman tempat tidur dipasang	ISMI
	06:10	II	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak keluarga membantu dalam peningkatan pergerakan	ISMI
3 juni 2022	07:30	II	Memonitor saturasi oksigen H: SpO ₂ 99%	ISMA
	07:35	II	Memonitor penurunan tingkat kesadaran H: GCS E4M5V1: Delirium	ISMA
	08:00	I	Mempertahankan posisi kepala 30° H: Tampak posisi kepala pasien 30°	ISMA
	08:10	I	Memonitor tanda/gejala TIK H : TD: 150/109 mmhg N: 99x/menit	ISMA
	08:20	I	Pemberian obat: H: Injeksi:	ISMA

			<ul style="list-style-type: none"> - Citicoline 250 mg/IV - Furosemide 20 mg/IV - Ceftriaxone 2 gr/IV - Curcuma oral 25 mg 	
	11:00	I	<p>Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>H: Tampak ruangan tenang dan sejuk</p>	ISMA
	11:30	III	<p>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>H: Keluarga mengatakan tubuh bagian kanan pasien tidak dapat digerakan</p>	ISMA
	11:35	III	<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>H: Tampak KU lemah</p>	ISMA
	11:40	III	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>H: Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan</p>	ISMA
	12:00	III	<p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</p> <p>H:tampak pengaman tempat tidur dipasang</p>	ISMA
	12:10	III	<p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	ISMA

			H: Tampak keluarga membantu dalam peningkatan pergerakan	
12:20	I	Memonitor pola napas H: - P: 30x/menit, - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dada	ISMA	
12:30	III	Memonitor saturasi oksigen H: SpO ₂ 97%	ISMA	
13:00	I	Memonitor penurunan tingkat kesadaran H: GCS E4M5V1: Delirium	ISMA	
14:30	I	Mempertahankan posisi kepala 30 ⁰ H: Tampak posisi kepala pasien 30 ⁰	ISMI	
14:35	I	Memonitor tanda dan gejala TIK H: TD: 150/109 mmhg N: 98x/menit	ISMI	
15:00	III	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H: Keluarga mengatakan tubuh bagian kanan pasien tidak dapat digerakan	ISMI	
15:05	III	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak KU lemah	ISMI	
15:10	III	Mengidentifikasi toleransi fisik	ISMI	

			melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan	
	16:00	III	Memonitor pola napas H: - P: 26x/menit, - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dada	ISMI
	18:00	I	Pemberian obat H: Injeksi: - Pumpisel 2 gr/IV - Piracetam 3 gr/IV - Allopurin oral/100 mg - Curcuma oral/25mg	ISMI
	18:30	III	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) H: Tampak pengaman tempat tidur dipasang	ISMI
	18:40	III	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak keluarga membantu dalam peningkatan pergerakan	ISMI
	19:00	I	Memonitor penurunan tingkat kesadaran H: GCS E4M5V1: Delirium	ISMI

21:10	I	Mempertahankan posisi kepala 30° H: tampak posisi kepala pasien 30°	ISMI
21:20	I	Memonit tanda/gejala TIK H : TD: 155/109 mmhg N: 109x/menit	ISMA
21:30	I	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang H: tampak ruangan tenang dan sejuk	ISMA
21:50	I	Memonitor pola napas H: - P: 25x/menit, - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dada	ISMA
22:00	II	Memonitor saturasi oksigen H: SpO ₂ 99%	ISMA
06:00	I	Pemberian obat H: Injeksi: - Pumpisel/IV/2 gr - Curcuma/oral/25 mg	ISMA
06:05	III	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H: Keluarga mengatakan tubuh bagian kanan pasien tidak dapat digerakan	ISMA
06:10	III	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak KU lemah	ISMA

	06:11	III	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan	ISMA ISMA
	06:15	III	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) H: Tampak pengaman tempat tidur dipasang	ISMA
	06:20	II	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak keluarga membantu dalam peningkatan pergerakan	ISMA
4 juni 2022	07:30	I	Memonitor penurunan tingkat kesadaran H: GCS E4M6V1: Delirium	ISMI
	07:40	I	Memonitor tanda/gejala TIK H : TD: 160/115mmhg N: 95x/menit	ISMI
	08:00	I	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang H: Tampak ruangan tenang dan sejuk	ISMI
	08:10	III	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak KU lemah	ISMI

08:20	III	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan	ISMI
09:00	III	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) H: Tampak pengaman tempat tidur dipasang	ISMI
09:20	I	Mempertahankan posisi kepala 30 ⁰ H: Tampak posisi kepala pasien 30 ⁰	ISMI
09:40	II	Memonitor pola napas H: - P: 20x/menit, - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dada	ISMI
11:00	I	Pemberian obat : H: Injeksi: - Citicoline 250 mg/IV - Furosemide 20mg/IV - Ceftriaxone 2gr/IV - Curcuma/oral/25mg	ISMI
11:10	II	Memonitor saturasi oksigen H: SpO ₂ 100%	ISMI
12:00	III	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	ISMI

			H: keluarga mengatakan tubuh bagian kanan pasien tidak dapat digerakan	
	12:10	III	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak keluarga membantu dalam peningkatan pergerakan	ISMI
	13:00	II	Memonitor saturasi oksigen H: SpO ₂ 99%	ISMI
	13:30	I	Memonitor penurunan tingkat kesadaran H: GCS E4M6V1: Delirium	ISMI
	13:40	I	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang H: Tampak ruangan tenang dan sejuk	ISMI
	14:30	I	Mempertahankan posisi kepala 30 ⁰ H: Tampak posisi kepala pasien 30 ⁰	ISMA
	14:35	II	Memonitor tanda/gejala TIK H : TD: 150/109 mmhg N: 98x/menit	ISMA
	14:40	II	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan	ISMA

14:50	II	<p>Memonitor pola napas</p> <p>H: - P: 20x/menit,</p> <p>- Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas: dada</p>	ISMA
15:00	III	<p>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>H: Keluarga mengatakan tubuh bagian kanan pasien tidak dapat digerakan</p>	ISMA
15:10	III	<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>H: Tampak KU lemah</p>	ISMA
18:00	I	<p>Pemberian obat</p> <p>H: Injeksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curcuma/oral/25 mg - Pumpisel/IV/2 gr - Allopurinol/oral/100 mg - Piracetam/IV/3 gr 	ISMA
18:30	III	<p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</p> <p>H: Tampak pengaman tempat tidur dipasang</p>	ISMA
18:40	III	<p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>H: Tampak keluarga membantu dalam peningkatan pergerakan</p>	ISMA

19:00	I	Memonitor penurunan tingkat kesadaran H: GCS E4M6V1: Delirium	ISMA
19:30	I	Mempertahankan posisi kepala 30 ⁰ H: Tampak posisi kepala pasien 30 ⁰	ISMA
21:20	I	Memonitor tanda/gejala TIK H: TD: 161/100 mmhg N: 96x/menit	ISMI
21:25	I	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang H: tampak ruangan tenang dan sejuk	ISMI
21:30	I	Memonitor pola napas H: - P: 20x/menit, - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas: dada	ISMI
21:35	I	Memonitor saturasi oksigen H: SpO ₂ 100%	ISMI
21:40	I	Pemberian obat H: Injeksi: - Pumpisel/IV/2 gr - Curcuma/oral/25 mg	ISMI
21:45	III	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H: Keluarga mengatakan tubuh bagian	ISMI

			kanan pasien tidak dapat digerakan	
	21:50	III	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi H: Tampak KU lemah	ISMI
	06:00	III	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H: Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kanan	ISMI
	06:10	III	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) H: Tampak pengaman tempat tidur dipasang	ISMI
	06:12	III	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H: Tampak keluarga membantu dalam peningkatan pergerakan	ISMI

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari / tanggal	Evaluasi (SOAP)	Perawat
2 juni 2022	<p>07:00-14:00</p> <p>1. Risiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 180/118 mmHg - N: 92x/menit - P: 26x/menit - S: 36,7° C - GCS E4M5V1 <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Meminimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Kolaborasi pemberian sedasi dan koavulsan - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis - Monitor tingkat kesadaran - Pertahankan posisi kepala 30° <p>2. Pola napas tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pernapasan 26x/menit - SpO₂ 95% dan dipasang NRM 10L/menit - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dengan otot dada 	ISMI

	<p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor saturasi oksigen - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantauan - Informasikan hasil pemantauan <p>3. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak tubuh kanan pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tubuh kanan tidak dapat digerakkan - Tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan dengan bantuan tubuh sisi kiri yang sehat - Tampak rentang gerak terbatas dan seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi dini <p>14:00-21:00</p> <p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>ISMA</p>
--	---	-------------

	<p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien gelisah</p> <ul style="list-style-type: none">- TD: 170/110mmHg- N: 100x/menit- P: 28x/menit- S: 36,7 °C- GCS E4M5V1 <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK- Meminimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang- Kolaborasi pemberian sedasi dan koavulsan- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis- Monitor tingkat kesadaran- Pertahankan posisi kepala 30⁰ <p>2. Pola napas tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien sesak</p> <ul style="list-style-type: none">- Pernapasan 28x/menit- SpO₂ 95% dan dipasangkan NRM 10L/menit- Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dengan otot dada <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p>	
--	---	--

	<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor saturasi oksigen - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantauan - Informasikan hasil pemantauan <p>3. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S : -</p> <p>O : - Tampak tubuh kanan pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tubuh kanan tidak dapat digerakkan - Tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan dengan bantuan tubuh sisi kiri yang sehat - Tampak rentang gerak terbatas dan seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi dini <p>21:00-07:00</p> <p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S: -</p>	<p>ISMI</p>
--	--	-------------

	<p>O: - Tampak pasien gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 169/110mmHg - N: 100x/menit - P: 27x/menit - S: 36,7 °C - GCS E4M5V1 <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Meminimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Kolaborasi pemberian sedasi dan koavulsan - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis - Monitor tingkat kesadaran - Pertahankan posisi kepala 30⁰ <p>2. Pola napas tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pernapasan 27x/menit - SpO₂ 99% dan dipasangkan NRM 10L/menit - Tampak pasien menggunakan otot bantu-nafas dengan otot dada <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p>	
--	--	--

	<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor saturasi oksigen - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantauan - Informasikan hasil pemantauan <p>3. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak tubuh kanan pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tubuh kanan tidak dapat digerakkan - Tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan dengan bantuan tubuh sisi kiri yang sehat - Tampak rentang gerak terbatas dan seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi dini 	
<p>3 juni 2022</p>	<p>07:00-14:00</p> <p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien gelisah</p>	<p>ISMA</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - TD: 150/109mmHg - N: 99x/menit - P: 30x/menit - S: 36,7 °C - GCS E4M5V1 <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Kolaborasi pemberian sedasi dan koavulsan - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis - Monitor tingkat kesadaran - Pertahankan posisi kepala 30⁰ <p>2. Pola napas tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pernapasan 30x/menit - SpO₂ 99% dan dipasangkan nasal kanul 5liter/menit - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dengan otot dada <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor saturasi oksigen 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantauan - Informasikan hasil pemantauan <p>3. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak tubuh kanan pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tubuh kanan tidak dapat digerakkan - Tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan dengan bantuan tubuh sisi kiri yang sehat - Tampak rentang gerak terbatas dan seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi dini <p>14:00-21:00</p> <p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S :-</p> <p>O : - Tampak pasien gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 150/109mmHg 	<p>ISMI</p>
--	---	-------------

	<ul style="list-style-type: none"> - N: 98x/menit - P: 26x/menit - S: 36,7 °C - GCS E4M6V1 <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Meminimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Kolaborasi pemberian sedasi dan koavulsan - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis - Monitor tingkat kesadaran - Pertahankan posisi kepala 30⁰ <p>2. Pola napas tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pernapasan 26x/menit - SpO₂ 97% dan dipasangkan Nasal kanul 5L/menit - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dengan otot dada <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor saturasi oksigen - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantauan - Informasikan hasil pemantauan <p>3 Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak tubuh kanan pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tubuh kanan tidak dapat digerakkan - Tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan dengan bantuan tubuh sisi kiri yang sehat - Tampak rentang gerak terbatas dari seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi dini <p>21:00-07:00</p> <p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 155/109mmHg 	<p>ISMA</p>
--	--	-------------

	<ul style="list-style-type: none"> - N: 109x/menit - P: 25x/menit - S: 36,7 °C - GCS E4M6V1 <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Meminimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Kolaborasi pemberian sedasi dan koavulsan - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis - Monitor tingkat kesadaran - Pertahankan posisi kepala 30⁰ <p>2. Pola napas tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pernapasan 25x/menit - SpO₂ 99% dipasangkan nasal kanul 5L/menit - Tampak pasien menggunakan otot bantu nafas dengan otot dada <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor saturasi oksigen - Atur interval pemantauan respirasi 	
--	--	--

	<p>sesuai kondisi pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi hasil pemantauan - Informasikan hasil pemantauan <p>3. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak tubuh kanan pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tubuh kanan tidak dapat digerakkan - Tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan dengan bantuan tubuh sisi kiri yang sehat - Tampak rentang gerak terbatas dan seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi dini 	
4 juni 2022	<p>07:00-14:00</p> <p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 160/115mmHg N: 95x/menit - P: 21x/menit - S: 36,7 °C - GCS E4M6V1 	ISMI

	<p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Meminimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Kolaborasi pemberian sedasi dan koavulsan - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis - Monitor tingkat kesadaran - Pertahankan posisi kepala 30⁰ <p>2. Pola napas tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - sesak nafas menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pernapasan 20x/menit - SpO₂ 100% dan dipasangkan Nasal kanul 3L/menit <p>A: Masalah pola napas tidak efektif teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor saturasi oksigen - Dokumentasi hasil pemantauan <p>3. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak tubuh kanan pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tubuh kanan tidak dapat digerakkan - Tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan dengan 	
--	---	--

	<p>bantuan tubuh sisi kiri yang sehat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak rentang gerak terbatas dan seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi dini <p>14:00-21:00</p> <p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S : -</p> <p>O : - Tampak pasien gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 150/109mmHg - N: 98x/menit - P: 21x/menit - S: 36,7 °C - GCS E4M6V1 <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Meminimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Kolaborasi pemberian sedasi dan koavulsan 	ISMA
--	---	------

	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis - Monitor tingkat kesadaran - Pertahankan posisi kepala 30⁰ <p>2. Pola napas tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - sesak nafas menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pernapasan 20x/menit - Saturasi 99% dan dipasangkan Nasal kanul 3L/menit <p>A: Masalah pola napas tidak efektif teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor saturasi oksigen - Dokumentasi hasil pemantauan <p>3. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak tubuh kanan pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tubuh kanan tidak dapat digerakkan - Tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan dengan bantuan tubuh sisi kiri yang sehat - Tampak rentang gerak terbatas dan seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama 	
--	---	--

	<p>melakukan mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi dini <p>21:00-07:00</p> <p>1. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak pasien gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 161/100mmHg - N: 96x/menit - P:20x/menit - S: 36,7 °C - GCS E4M6V1 <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Meminimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Kolaborasi pemberian sedasi dan koavulsan - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis - Monitor tingkat kesadaran - Pertahankan posisi kepala 30⁰ <p>2. Pola napas tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: - sesak nafas menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pernapasan 20x/menit 	<p>ISMI</p>
--	---	-------------

	<ul style="list-style-type: none"> - SpO₂ 100% dan dipasangkan Nasal kanul 3L/menit <p>A: Masalah pola napas tidak efektif teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor saturasi oksigen - Dokumentasi hasil pemantauan <p>3. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S: -</p> <p>O: - Tampak tubuh kanan pasien lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tubuh kanan tidak dapat digerakkan - Tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan dengan bantuan tubuh sisi kiri yang sehat - Tampak rentang gerak terbatas dan seluruh aktivitas pasien hanya dilakukan ditempat tidur <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi dini 	
--	---	--

DAFTAR OBAT

1. Obat citicolin
 - a. Nama obat: Citicoline
 - b. Klasifikasi / golongan obat: Vitamin saraf/ Obat resep atau keras
 - c. Dosis umum:
 - 1) Obat minum (tablet dan kaplet) Dosis 500 mg, 1–2 kali sehari.
Dosis 1000 mg, 1 kali sehari.
 - 2) Suntik atau infus Dosis 500–1000 mg suntikan IV/IM 1 kali per hari, disuntikkan selama 3–5 menit atau diberikan dengan kecepatan infus 40–60 tetes per menit.
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 250 mg/12 jam
 - e. Cara pemberian obat: IV
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama *phosphatidylcholine*. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak. Citicolin juga digunakan sebagai terapi tambahan dalam mengobati penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer, gangguan bipolar, mata malas, dan gangguan otak lainnya
 - g. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan: karena hasil ct-scan terdapat perdarahan region temporoparietal kiri dan GCS E4V1M5 (Delirium).
 - h. Kontra indikasi: Hindari penggunaan citicoline pada pasien dengan kondisi medis, seperti: Alergi terhadap citicoline. Ketegangan otot tinggi dan menurunnya kemampuan otot (hipotonia) pada sistem saraf parasimpatis.
 - i. Efek samping obat: Insomnia, sakit kepala, kegelisahan, konstipasi, diare, sakit perut, penglihatan kabur, nyeri dada, denyut jantung lambat atau cepat, hipotensi, mual dan muntah.

2. Obat piracetam

- a. Nama obat: Piracetam
- b. Klasifikasi/golongan obat: Nootropik dan neurotonik/neurotropik/obat resep
- c. Dosis umum: Dewasa: 1,2–4,8 gram. Dosis dibagi dalam 2–4 jadwal konsumsi.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3gr/8jam
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Piracetam bekerja pada otak dan sistem saraf. Obat ini diduga bekerja dengan cara melancarkan aliran darah dan oksigen ke otak, khususnya ke bagian otak bernama korteks. Bagian ini bertugas untuk mengatur aksi dan pikiran manusia, pergerakan, penalaran, dan persepsi. Piracetam bermanfaat untuk mengobati berbagai kondisi otak, seperti gangguan gerak mioklonus kortikal, vertigo, atau gangguan kognitif, seperti demensia atau penyakit Alzheimer.
- g. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan: pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS= M5V1E4), hasil CT Scan menunjukkan adanya perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri, pasien mengalami kelemahan anggota tubuh bagian kanan.
- h. Kontra indikasi: jangan diberikan pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap piracetam atau derivat pyrrolidone, pasien dengan gangguan fungsi ginjal berat, gagal ginjal tahap akhir, pasien dengan riwayat perdarahan otak, dan pasien yang menderita Huntington's Chorea. Peringatan pemberian piracetam adalah terkait efek agregasi platelet.
- i. Efek samping obat: Mual atau muntah, berat badan meningkat, rasa gugup atau cemas, depresi, pusing atau sakit kepala, kantuk, gangguan tidur (insomnia), diare, depresi.

3. Obat Furosemide

- a. Nama obat: Furosemide
- b. Klasifikasi / golongan obat: Obat resep/ Diuretik
- c. Dosis umum:

Dewasa: Dosis awal adalah 40 mg per hari. Jika kondisi menunjukkan perbaikan, dosis dapat dikurangi menjadi 20 mg per hari atau 40 mg setiap 2 hari sekali. Pada kasus edema berat, dosis bisa diberikan hingga 80 mg per hari.

Anak-anak: 1–3 mg/kgBB per hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 20 mg/12 jam
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Furosemide bekerja dengan cara menghalangi penyerapan natrium di dalam sel-sel tubulus ginjal. Dengan begitu, jumlah urine yang dihasilkan serta dikeluarkan oleh tubuh akan meningkat. Manfaatnya untuk Mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh. ini juga bisa digunakan untuk mengatasi tekanan darah tinggi atau hipertensi.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Hasil observasi TD: 189/120 mmHg, N:90x/menit pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun lalu.
- h. Kontra indikasi: gagal ginjal dengan anuria, prekoma dan koma hepatic, defisiensi elektrolit, hipovolemia, hipersensitivitas.
- i. Efek samping obat: pusing, sakit kepala, mual dan muntah, diare, penglihatan buram, sembelit.

4. Obat allopurinol

- a. Nama obat: Allopurinol
- b. Klasifikasi / golongan obat: obat keras/ terapi gout
- c. Dosis umum:
 - a. Untuk Orang Dewasa:

Berikan Allopurinol sebanyak 100 mg per hari. Dosis dapat ditingkatkan tergantung respons. Yaitu, 100-200 mg per hari untuk kondisi ringan dan 300-600 mg/hari untuk kondisi sedang-parah.

- b. Untuk Anak (< 15 Tahun)
Berikan obat Allopurinol sebanyak 100-300 mg per hari.
Respons terapi harus dipantau selama 48 jam dan penyesuaian dosis jika diperlukan
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 100 mg/1x1
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Allopurinol bekerja dengan cara menghentikan reaksi biokimia yang membentuk asam urat. Setelah diberikan, allopurinol dimetabolisme menjadi metabolit aktif (alloxanthine) di dalam hati, kemudian ia bertindak menghambat enzim xanthine oxidase suatu enzim yang mengonversi hypoxanthine menjadi xanthine dan xanthine berubah menjadi uric acid. Setelah itu allopurinol akan memanfaatkan ulang hypoxanthine dan xanthine untuk sintesa nucleotide dan nucleid acid melalui proses yang melibatkan enzim hypoxanthine-guanine phosphoribosyltransferase dimana proses ini akan menghasilkan peningkatan konsentrasi nucleotide yang menyebabkan penghambatan sintesa purin. Akhirnya menurunkan konsentrasi serum uric acid sehingga menurunkan risiko gejala gout atau penyakit asam urat.
- g. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan: untuk mencegah terjadinya asam urat
- h. Kontra indikasi: Hindari penggunaan pada pasien dengan riwayat hipersensitif terhadap Allopurinol
- i. Efek samping obat: ruam, reaksi hipersensitivitas, mual, muntah, asimtomatik peningkatan uji fungsi hati, demam, gatal-gatal dan kemerahan pada kulit, nyeri sendi serta, pusing dan sakit kepala

5. Obat Curcuma

- a. Nama obat: Curcuma
- b. Klasifikasi / golongan obat: suplemen/obat bebas
- c. Dosis umum: Dosis pemberian: 1 kaplet, diminum 1 kali sehari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3x1
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: mengatasi masalah pencernaan (diare, disentri, dan wasir), mengandung antioksidan, membantu mengurangi peradangan, menurunkan demam, berpotensi sebagai antibakteri dan anti kanker, berpotensi mencegah penggumpalan darah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk menghindari masalah pencernaan pada pasien.
- h. Kontra indikasi: Hindari pemberian pada pasien yang memiliki hipersensitif (reaksi berlebih atau sangat sensitif) terhadap salah satu komponen dalam Curcuma.
- i. Efek samping obat: mual, diare dan perdarahan pada orang-orang dengan kondisi kesehatan tertentu (batu ginjal atau penyakit autoimun)

6. Obat Pumpisel

- a. Nama obat: Pumpisel
- b. Klasifikasi / golongan obat: obat keras
- c. Dosis umum: 1 vial (40 mg) IV/hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2 gr/8 jam
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Pumpisel digunakan untuk mengatasi tukak duodenum, tukak lambung, kasus inflamasi esofagus (refluks esofagitis) sedang dan berat. Pumpisel mengandung zat aktif Pantoprazole Sodium Sesquihydrat

- g. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan: karena untuk menghindari terjadinya peningkatan asam lambung yang dapat menyebabkan tukak pada lambung.
- h. Kontra indikasi: Tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat Pumpisel, wanita hamil dan anak
- i. Efek samping obat: Gangguan saluran cerna, nyeri perut, diare, konstipasi (sembelit), kembung, mual, muntah, mulut kering.

7. Obat Ceftriaxone

- a. Nama obat: Ceftriaxone
- b. Klasifikasi / golongan obat: antibiotik/obat resep
- c. Dosis umum:
 - 1) Dewasa: 2.000 mg per 12 jam dengan suntikan IV selama 7–14 hari.
 - 2) Anak-anak: 100 mg/kgBB per hari, dalam 1 dosis atau 2 dosis, dengan suntikan IV atau IM, selama 7–14/hari.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 gr/24 jam
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Selain itu, ceftriaxone juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada saat operasi.
- g. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan: untuk menghindari dan mencegah infeksi pada pasien
- h. Kontra indikasi: pada individu dengan riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan sefalosporin lainnya. Penggunaan harus hati-hati pada pasien dengan riwayat alergi penicillin karena bisa terjadi reaksi silang.
- i. Efek samping obat: Bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan, sakit kepala, pusing, mual atau muntah, diare, gatal pada

vagina atau keputihan, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringat berlebihan.

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 Pasien dengan *hemoragik stroke* di Ruang ICU Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar. Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi pada pasien *hemoragik stroke* (HS).

1. Pengkajian

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. R diketahui bahwa pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 31 Mei 2022 dengan penurunan kesadaran GCS E4V1M5 (Delirium) dan TD: 189/120 mmHg, tampak pasien gelisah dan keluarga mengatakan tubuh bagian kanan pasien lemah dan sulit untuk digerakkan, setelah dilakukan pemeriksaan pasien diberi diagnosa suspek *hemoragik stroke* (HS) yang didukung oleh pemeriksaan CT-Scan kepala di dapatkan hasil perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri. Pemeriksaan kimia darah yaitu: ureum 23 mg/dL, kreatinin 1.0 mg/dL. Hasil pemeriksaan elektrolit yaitu: kalium 3,9 mmol/L, natrium 142 mmol/L, klorida 105 mmol/L.

Saat pengkajian dilakukan pada tanggal 01 Juni 2022 didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan

GCS E4V1M5 (Delirium), Keluarga mengatakan pasien menderita penyakit hipertensi semenjak 3 tahun lalu dan suka memakan makan seperti daging 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 dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak (serebral) sehingga terjadinya hemoragic stroke, Perdarahan otak sering menyebabkan peningkatan tekanan di dalam otak yang akibatnya terjadi defisit neurologis dan hilangnya kesadaran (Rahmayanti, 2019).

Menurut Yonata dan Pratama (2016), faktor prespitasi yang dapat menyebabkan *hemoragik stroke* yaitu hipertensi, sama halnya dengan kasus yang ditemukan pada Tn. R penyebab terjadinya stroke yang dialaminya yaitu hipertensi. Dimana telah di jelaskan bahwa hipertensi yang tidak diobati dan secara terus menerus dapat menyebabkan pembuluh darah arteriol mengalami perubahan 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 mengakibatkan perdarahan (Munir, 2015).

Menurut Turwoto (2013), terdapat 5 diagnosa yang dapat muncul pada pasien *hemoragik stroke* yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan defisit perawatan diri. Sedangkan pada pasien Tn. R hanya ditegakkan 3 diagnosa sesuai dengan hasil pengkajian. Pada pasien Tn. R

diagnosa yang tidak muncul yaitu gangguan komunikasi verbal dan defisit perawatan diri. Hal ini dapat terjadi karena pada pengkajian pasien tidak menunjukkan data-data yang menunjang untuk diangkatnya kedua diagnosis tersebut, yaitu pada diagnosis gangguan komunikasi verbal tidak menunjukkan adanya gangguan yang signifikan dalam berkomunikasi. Sedangkan pada diagnosis defisit perawatan diri tidak diangkat karena hanya mengangkat diagnosa prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Tn. R penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai SDKI (2018), yaitu:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan aneurisma serebri. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS = M5V1E4) somnolen, pasien tampak gelisah, tekanan darah pasien TD: 189/120 mmHg, Dilakukan pemeriksaan diagnostik hasil CT Scan menunjukkan adanya perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri.
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis ditandai dengan dispnea dan penggunaan otot bantu nafas. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan, pasien tampak sesak, frekuensi napas 26x/menit, SpO₂ 95% setelah dipasang NRM 10 liter/menit menjadi SpO₂ 99%.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun dan fisik lemah. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tampak pasien tidak mampu

mengerakkan tubuh bagian kanan, tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitasnya, dan uji kekuatan otot pada ekstermitas atas kanan 0, ekstermitas bawah kanan 0, ekstermitas atas kiri 5 dan ekstermitas kiri bawah 5.

Diagnosa pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah:

- a. Gangguan komunikasi verbal dengan penurunan sirkulasi serebral. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian tidak terdapat hasil yang mendukung untuk dijadikan data penunjang dalam pengangkatan diagnosa ini.
- b. Defisit perawatan diri dengan kelemahan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis hanya mengangkat diagnosa prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien.

3. Perencanaan Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun Rencana Asuhan Keperawatan berdasarkan SIKI (2018) 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 ditandai dengan aneurisma serebri pasien tampak gelisah, pasien mengalami penurunan kesadaran. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 7 intervensi berdasarkan SIKI (2018), yaitu: manajemen peningkatan tekanan intrakranial yaitu: observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor

tanda/gejala TIK. Terapeutik: minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Kolaborasi: Kolaborasi pemberian sedasi dan antiloavulsan, kolaborasi pemberian diuretic osmosis. Pemantauan tekanan intrakranial yaitu: observasi: Monitor penurunan tingkat kesadaran, Teraupetik: pertahankan posisi kepala 30°.

- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis ditandai dengan dispnea dan penggunaan otot bantu nafas. Pada diagnosa kedua ini penulis membuat 9 intervensi berdasarkan SIKI (2018) yaitu: manajemen jalan napas: observasi: monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas), monitor sputum (Jumlah, warna, aroma), terapeutik: posisikan semifowler atau fowler, berikan oksigen. Pemantauan respirasi yaitu: observasi: monitor saturasi oksigen, Terapeutik: atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasi hasil pemantauan. Edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun dan fisik lemah. Pada diagnosa ketiga ini penulis membuat 8 intervensi berdasarkan SIKI (2018) yaitu: observasi: Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), terapeutik: fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dan anjurkan melakukan mobilisasi dini.

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 02 Juni 2022-04 Juni 2022 pada pasien Tn.R merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan aneurisma serebri pasien tampak gelisah, pasien mengalami penurunan kesadaran. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana pasien tidak mengalami penurunan kesadaran GCS E4V1M6 (Delirium), TD: 161/100 mmHg, N: 96x/menit.
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis ditandai dengan dispnea dan penggunaan otot bantu nafas. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi dimana pasien tidak mengalami sesak nafas, frekuensi 20x/menit, SpO₂ 100% dan pasien tidak menggunakan NRM diganti dengan nasal kanul 3L/menit.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun dan fisik lemah. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana tampak pasien menggerakkan bagian tangan dan kaki sebelah kanan 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 pemberian elevasi kepala 30⁰ terhadap perbaikan perfusi jaringan otak pada pasien *hemoragik stroke* di RS TIK II Pelamonia Makassar”

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan aneurisma serebri. tampak pasien gelisah, pasien mengalami penurunan kesadaran.

3. Luaran Yang Diharapkan

Perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran cukup meningkat, tekanan intra kranial cukup menurun, gelisah cukup menurun, nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik dan suplai oksigen tercukupi.

4. Intervensi Prioritas Pada Kasus Askep

Pemantauan tekanan intra kranial: Pertahankan posisi kepala 30⁰ (Elevasi kepala 30⁰).

5. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai Kasus

a. Pengertian tindakan

Elevasi kepala 30⁰ adalah suatu keadaan kepala dengan mensejajarkan kepala dengan posisi diangkat 30⁰ dari posisi normal dan dengan mensejajarkan ekstermitas dengan badan (Wahidin & Supraptini 2020).

b. Tujuan /rasional pada kasus askep

Pada kasus asuhan keperawatan ini pemberian elevasi kepala bertujuan untuk mencegah terjadinya defisit perfusi serebral dan masalah yang mengancam jiwa serta meningkatkan suplai oksigen, meningkatkan kesadaran

pasien, menurunkan rasa gelisah pasien, menurunkan tekanan intra kranial dan tekanan darah dalam batas normal.

c. Analisa jurnal menggunakan metode PICOT

1) P (Problem)

Dalam penulisan karya tulis akhir ini, ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis suspek Hemoragik Stroke. Pada saat pengkajian tanggal 01 Juni 2022 terhadap Tn. R dengan tanda dan gejala yang didapatkan yaitu pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kanan, pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E4V1M5 (Delirium), TD 189/120 mmHg, tampak pasien sesak, frekuensi pernapasan 26xmenit, SpO₂ 95% setelah diberi NRM 10L/menit menjadi 99% dan hasil CT Scan menunjukkan adanya perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri.

Tujuan: untuk mengetahui efektivitas pemberian elevasi kepala 30⁰ dalam menurunkan tekanan intra kranial pada pasien *hemoragik stroke*.

2) I (Intervention)

Penulis menggunakan intervensi pemberian elevasi kepala 30⁰ untuk perbaikan perfusi jaringan serebral pada pasien *hemoragik stroke*.

3) C (Comparison)

Tidak ada intervensi perbandingan yang digunakan.

4) O (Outcome)

Dari hasil intervensi pemberian elevasi kepala 30⁰ terhadap perbaikan perfusi jaringan serebral pada pasien *hemoragik stroke*. Diharapkan pasien tidak mengalami peningkatan tekanan intrakranial, dimana tidak ditemukan tekanan darah tinggi, kesadaran menurun dan SpO₂ di

batas normal. Hasil yang didapatkan pasien tampak gelisah, GCS E4V1M6 (Delirium), SpO₂ 95%, TD: 180/118 mmHg, N: 92x/menit, P: 28x/menit pada hari pertama perawatan pasien. Sedangkan pada hari kedua perawatan pada shift siang didapatkan pasien tampak gelisah, GCS E4V1M6 (Delirium), SpO₂ 97%, TD: 150/109 mmHg, N: 98x/menit, P: 26x/menit. Kemudian pada hari ketiga perawatan pada shift pagi didapatkan sesak nafas menurun, TD: 160/115 mmHg, N: 95x/menit, SpO₂ 100%, P: 21x/menit. Pada shift siang TD: 150/109 mmHg, N: 98x/menit, SpO₂ 99%, P: 21x/menit dan shift malam TD: 161/100 mmHg, N: 96x/menit, SpO₂ 100%, P: 20x/menit.

5) T (Time)

Pelaksanaan teknik relaksasi ini dilakukan setiap shift dalam jangka waktu 3x24 jam. Dari tanggal 02 Juni 2022-04 Juni 2022.

d. Hasil telaah jurnal

Menurut Diagnosis 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. Nilai saturasi oksigen dan perfusi jaringan otak dapat diperbaiki menggunakan posisi kepala yang menghasilkan perbedaan di setiap posisi.

Pada kasus yang ditemukan diruang ICU/CCU RS TIK II Pelamonia Makassar sebelum dilakukan pemberian elevasi kepala 30⁰ didapatkan hasil bahwa pasien tampak gelisah, TD 189/120 mmHg, SpO₂ 95%, frekuensi napas 26x/menit dan setelah dilakukan elevasi kepala 30⁰ nilai TD

161/100mmHg, SpO₂ 100%, frekuensi napas 20x/menit, tampak pasien gelisah cukup menurun.

Hal ini sejalan penelitian yang dilakukan oleh Kiswanto dan Chayati (2021) metode yang digunakan adalah berupa data tunggal yaitu *literatur review* dan didapatkan bahwa elevasi kepala 30⁰ lebih direkomendasikan dalam perbaikan perfusi jaringan serebral, setelah dilakukan elevasi kepala 30⁰ dan elevasi kepala 15⁰ pada pasien stroke.

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Sands et al. (2020) didapatkan hasil posisi elevasi kepala 30⁰ lebih efektif dalam mengurangi tekanan intracranial pada pasien stroke. Penelitian ini juga didukung oleh Lim dan Wong (2018) bahwa posisi elevasi 30⁰ lebih efektif untuk mengurangi TIK dan memonitor efek tekanan perfusi serebral pada pasien stroke.

Dari ketiga jurnal pendukung yang sudah dipaparkan dan didukung oleh hasil dari intervensi yang dilakukan pada pasien Tn. R di ruang ICU/ICCU RS TK II Pelamonia Makassar dapat disimpulkan bahwa pasien dengan risiko perfusi serebral tidak efektif mengalami peningkatan.

Penerapan *evidence based nursing* yaitu elevasi kepala 30⁰ terbukti lebih efektif untuk perbaikan perfusi jaringan otak pada Tn. R dengan *Hemoragik Stroke* di ruang ICU/ICCU RS TK Pelamonia Makassar.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn. R dengan diagnosa medik *Hemoragic Stroke*. Didapatkan tanda dan gejala dari pasien yaitu pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kanan, pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E4V1M6 (Delirium), TD 189/120 mmHg, tampak pasien sesak, frekuensi pernapasan 26x/menit, SpO₂ 95% setelah diberi NRM 10L/menit menjadi 99% dan hasil CT Scan menunjukkan adanya perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri.
2. Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan dari Tn. R, maka diagnosa keperawatan yang muncul adalah:
 - a. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan aneurisma serebri.
 - b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis.
 - c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.
3. Dari hasil intervensi yang penulis buat pada pengamatan kasus semuanya berasal dari intervensi yang terdapat pada SLKI dan SIKI dikarenakan intervensi yang dibuat sesuai dengan kondisi pasien.

Penulis mengangkat intervensi elevasi kepala untuk mencegah terjadinya defisit perfusi serebral dimana di tandai dengan tekanan darah pasien tinggi, saturasi pasien 95%, pasien tampak gelisah dan pasien mengalami penurunan kesadaran GCS E4V1M6 (Delirium) serta hasil CT-Scan perdarahan intracerebri region temporoparietal kiri. Merupakan

diagnosa utama yang didapatkan pada saat pengkajian kepada pasien.

4. Implementasikan dilakukan sesuai rencana keperawatan yang sudah ditetapkan sebelumnya dan dilaksanakan dengan benar karena adanya kerjasama dengan pasien dan keluarga, perawat ruangan, tim kesehatan lainnya dan teman-teman mahasiswa.
5. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari dari tiga diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis ada satu diagnosa yang teratasi pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis dan ada dua diagnosa yang masih teratasi sebagian yakni risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan aneurisma serebri karena pasien masih tampak gelisah, tekanan darah tinggi dan kesadaran pasien masih menurun. Dan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, pasien masih mengalami kelemahan pada tubuh bagian kanan dan sulit untuk digerakan.

B. Saran

Beberapa kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran untuk pertimbangan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan yang diajukan kepada:

1. Instansi rumah sakit

Dalam keperawatan profesional diharapkan perawat lebih meningkatkan mutu pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang baik dalam memberikan pelayanan keperawatan khususnya dapat menerapkan tindakan keperawatan pemberian elevasi kepala pada pasien *Hemoragic Stroke* (HS).

2. Institusi pendidikan

Dapat menyediakan fasilitas dan sarana prasarana belajar yang lebih memadai seperti buku yang berhubungan dengan *Hemoragic Stroke* (HS) demi kelancaran dalam penulisan karya ilmiah akhir selanjutnya, serta tetap selalu memberikan bimbingan dan bantuan bagi mahasiswa/l dalam menghadapi berbagai kendala pada saat penyusunan materi.

3. Profesi kesehatan

Dalam melakukan asuhan keperawatan teori yang di dapat sesuai dengan prosedur yang berlaku berbasis *evidence based nursing* (EBN).

DAFTAR PUSTAKA

- Amanda, Arora Nexi. (2018). *Asuhan keperawatan gangguan oksigenasi pada pasien stroke hemoragic di ruang rawat inap saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang*. KIA. Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang, Program Studi Ners. Diakses dari https://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=4393&keywords=
- American Heart association (AHA). (2017). *Let's talk about stroke: fact sheet*. Diakses dari <https://www.stroke.org/en/help-and-support/resource-library/lets-talk-about-stroke>
- Apriliyani, T. (2017). *Pemberian range of motion (ROM) terhadap kekuatan otot ekstremitas pada asuhan keperawatan dengan pasien stroke hemoragic di ruang anggrek II RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. KTI. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada Surakarta, Pogram Studi D3 Keperawatan. Diakses dari <https://digilib.ukh.ac.id/download.php?id=2017>
- Arum, Sheria Puspita. (2015). *Stroke kenali cegah dan obati*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Baehr, Frotscher. (2017). *Diagnosis topi; neurologi DUUS: anatomi, fisiologi, tanda, gejala*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Black, J, and J Hawks. (2017). *Keperawatan medikal bedah: manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Boehme, A. K, C Esenwa, and M. S. V Elkaind. (2017). *Stroke risk factors, genetics, and prevention*. *Jurnal Keperawatan* 120(3), 472–95. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>.

Dewi, R. K, R. T Pinson, and S Priatmo. (2016). *Pemberian kombinasi vitamin B1, B2, dan B12 sebagai faktor determinan penurunan nilai total gejala pada pasien neuropati perifer diabetic. Jurnal Farmasi Sains dan Komunitas*. 13(2), 97-194. <https://doi.org/10.24071/jpsc.00193>

Hartaty, and Haris. (2020). *Hubungan gaya hidup dengan kejadian stroke. Jurnal Keperawatan*. 9(2),976-982.<https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2>

Hermawati. (2017). *Analisis praktik klinik keperawatan pada pasien stroke dengan intervensi pemberian posisi elevasi kepala untuk meningkatkan nilai satu rasi oksigen di ruang unit stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. KIA. Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, Program Studi Ners. Diakses dari <https://dspace.umtk.ac.id>.

Indrawati, L, W. Sari, and C. S Dewi. (2016). *Care your self stroke cegah dan obati sendiri*. Jakarta: Penebar Swadaya Grup.

Insani, Ikrar. 2017. *Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragic di ruangan irna RS Stroke Nasional Bukit Tinggi*. KIA. Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang, Program Studi Ners. Diakses dari https://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=4393&keywords=

Irfan, M. (2014). *Fisioterapi bagi insan stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Kemenkes RI. (2017). *Profil kesehatan indonesia tahun 2016*. indonesia: kementerian kesehatan republik indonesia. Diakses dari <http://www.kemkes.go.id>

Kiswanto, L, and N Chyati. (2021). *Efektivitas penerapan elevasi kepala terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien stroke. Journal of Telenursing (JOTING) 3(2),519-525.*<https://doi.org/10.31539/joting.v3i2.2559>.

Lemone, Priscila, Burke, Karen, M., Bauldoff & Gerene. (2016). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.

Lim, L., & Wong, H (2018). *Effect of head posture on cerebral hemodynamic: its influences on ppressure, cerebral perfusion pressure, and cerebral oxygenation. Neurosurgery 53(3), 593-598.*
<https://doi.org/10.1227/01.neu.0000108639.16783.39>

Munir, B. 2015. *Neurologi dasar*. 1st ed. Jakarta: CV Sagung Seto.

Muttaqin, A. (2008). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

Nugraha, Alan Yudha. (2018). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragic di ruang rawat inap saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang*. KIA. Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang, Program Studi Ners. Diakses dari https://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=4393&keywords=.

Perdana, W. H. (2017). *Asuhan keperawatan pada pasien di ruang teratai RSUD Banyumas*. KTI. Universitas Muhammadiyah Purwokerto, Program Studi D3 Keperawatan. Diakses dari <http://repository.ump.ac.id/3910>

Rahmayanti, Destia. (2019). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragic di ruang rawat inap saraf RSUP Dr. M. Djamil*

Padang. KIA. Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang, Program Studi Ners. Diakses dari https://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=4393&keywords=

Ridwan, M. (2017). *Mengenal, mencegah, & mengatasi silent killer stroke*. Yogyakarta: Romawi Press.

Riskesdas. (2018). *Kementerian kesehatan badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Kementerian Kesehatan RI*. Diakses dari <http://www.depkes.go.id>.

Roger, V. (2017). *Heart deases and stroke statics. Jurnal Keperawatan* 135(10), 146–603. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000558>

Sand, E., Wong, L., Lam, M, Y., Panerai, R, B., Robinson, T, G., & Minhas, J, S. (2020). The effects of gradual change in head positioning on the relationship between systemic and cerebral haemodynamic parameters in healthy controls and acute ischaemic stroke patients. *Brain Sciences*, 9(11), 1-17. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/brainsci10090582>

SDKI, DPP PPNI. 2018. *Standar diagnosis keperawatan indonesia: definisi dan indikator diagnostik*. 1st ed. Jakarta: DPP Persatuan Perawat Indonesia.

SIKI, DPP PPNI. 2018. *Standar intervensi keperawatan indonesia: definisi dan tindakan keperawatan*. 1st ed. Jakarta: DPP Persatuan Perawat Indonesia.

Titania. 2019. *Asuhan keperawatan pasien dengan hemoragic stroke di ruangan angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. KIA.

Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, Program Studi Ners.
Diakses dari <https://dspace.umtk.ac.id>.

Turwoto. 2013. *Keperawatan medikal bedah*. Jakarta: CV Sagung Seto.

Wahidin, W, and N Supraptini. 2020. *Penerapan teknik head up 30° terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien yang mengalami cedera kepala sedang*. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 7–13. <https://doi.org/10.53510/nsj.v1i1.14>.

Wati, Eno Apriliya. (2019). *Asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragic dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di ruang melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang*. KTI. Universitas Jember, Program Studi D3 Keperawatan. Diakses dari <https://repository.unej.ac.id/idap-login>

World Health Organization. (2019). *The Top 10 Causes of death*. *world health organization*. Diakses dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (April 11, 2019).

Yonata, A, and S Pratama. 2016. *Hipertensi sebagai faktor pencetus terjadinya stroke*. *Jurnal Kesehatan*, 5(3), 20-26. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.435>