



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE HEMORAGIK DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
LABUANG BAJI
MAKASSAR**

OLEH:

**MARIA ISNA NGOLE (NS2214901102)
MARIA LILI NENCYANI (NS2214901103)**

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



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE HEMORAGIK DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
LABUANG BAJI
MAKASSAR**

OLEH:

**MARIA ISNA NGOLE (NS2214901102)
MARIA LILI NENCYANI (NS2214901103)**

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Maria Isna Ngole (NS2214901102)
2. Maria Lili Nencyani (NS2214901103)

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, 7 Juni 2023

yang menyatakan,



Maria Isna Ngole



Maria Lili Nencyani

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar" telah disetujui oleh Pembimbing untuk dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama mahasiswa/NIM : 1. Maria Isna Ngole/NS2214901102
2. Maria Lili Nencyani/NS22901103

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep.)
NIDN: 0921109102

Pembimbing 2



(Kristia Novia Ns., M.Kep.)
NIDN: 0915119204

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



Fransiska Anita E.R.S., Ns., M.Kep., Sp.kep.MB
NIDN: 09213098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Maria Isna Ngole (NIM: NS2214901102)

2. Maria Lili Nencyani (NIM: NS2214901103)


Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Hemoragik
di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah Labuang
Baji Makassar.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep

()

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

()

Penguji 1 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.kes

()

Penguji 2 : Fransisco Irwandy, Ns., M.kes

()

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 7 Juni 2023

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar



**PERNYATAAN PERSETUJUAN
PUBLIKASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Maria Isna Ngole (NS2214901102)

Maria Lili Nencyani (NS114901103)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 7 Juni 2023

Yang menyatakan



Maria Isna Ngole



Maria Lili Nencyani

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang ICU Di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar”. Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi Program Profesi di STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini telah melibatkan berbagai pihak yang telah membantu, mendukung dan memotivasi penulis baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segenap ketulusan hati penulis mengucapkan terimakasih terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan banyak masukan kepada penulis saat penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Mery Sambo, Ns.,M.Kep. selaku Ketua Program Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.kes. selaku Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar sekaligus penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan pada saat melaksanakan ujian Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep. selaku dosen pembimbing 1 dan Kristia Novia, Ns., M.Kep. selaku dosen pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini memberikan saran

dan masukkan pada saat melaksanakan ujian Karya Ilmiah Akhir di STIK Stella Maris Makassar.

6. Fransisco Irwandy, Ns., M.kes. selaku dosen penguji 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan pada saat melaksanakan ujian Karya Ilmiah Akhir di STIK Stella Maris Makassar.
7. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
8. Kepala ruangan ICU dan seluruh staf di ruangan ICU Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar atas bantuan selama penulis melaksanakan praktek.
9. Teristimewa untuk kedua orangtua tercinta dari Maria Isna Ngole (Andreas Ase dan Wihelmina Enol) dan kedua orangtua tercinta dari Maria Lili Nencyani (Stephanus Wayan Wasyanto dan Yohana Made Rosalia), serta semua keluarga dan sahabat yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Untuk teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris profesi ners angkatan tahun 2022 yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih memiliki kekurangan, “tidak ada gading yang tak retak”, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 7 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUTAN.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR.....	iv
HALAMAN PEGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Tabel	xii
Halaman Daftar lampiran.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Manfaat Penulisan	6
1. Bagi Instansi RS	6
2. Bagi Pasien	6
3. Bagi penulis.....	6
4. Bagi Instansi Pendidikan.....	6
D. Metode Penulisan	7
1. Studi Kepustakaan.....	7
2. Studi Kasus	7
E. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar.....	9
1. Pengertian.....	9
2. Anatomi dan Fisiologi	10
3. Etiologi	15

4. Patofisiologi.....	17
5. Manifestasi Klinik	23
6. Tes Diagnostik	25
7. Penatalaksanaan Medis	27
8. Komplikasi.....	31
B. Konsep Dasar Keperawatan	34
1. Pengkajian	34
2. Diagnosis Keperawatan.....	39
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	40
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	49
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi kasus.....	50
B. Pengkajian Primer	51
C. Pengkajian Sekunder.....	56
D. Analisa Data	77
E. Diagnosis Keperawatan.....	81
F. Intervensi Keperawatan	82
G. Implementasi Keperawatan.....	93
H. Evaluasi Keperawatan	127
I. Daftar Obat.....	139
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	149
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	155
BAB V KESIMPULAN	
A. Simpulan	164
B. Saran.....	165
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi fisiologi	10
Gambar 2.2 Stroke Hemoragik.....	10
Gambar 2.3 Sirkulasi Wilisi	13

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer	51
Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang.....	75
Tabel 3.3 Analisa Data	77
Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan	81
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	82
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	93
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan	127

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke menjadi masalah global sebagai salah satu penyakit penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Stroke di definisikan sebagai keadaan defisit neurologi yang di sebabkan aliran vaskular yang membawa oksigen ke otak mengalami obstruksi atau pecah sehingga pasokan darah yang membawa oksigen tidak cukup menyebabkan sel/jaringan otak mengalami nekrosis (*American Stroke Association, 2022*).

Menurut *World Stroke Organization* menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Selama 15 tahun terakhir, rata-rata stroke terjadi dan menyebabkan kematian lebih banyak pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara berpendapatan tinggi. Terdapat 101 juta individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Dengan kata lain, 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke di dalam hidupnya dan setiap tahun 3 juta wanita dan 2,5 juta laki-laki di dunia meninggal karena penyakit stroke, sedangkan setiap 4 menit terdapat kematian karena penyakit stroke. *World Health Organization* memperkirakan 7,6 juta kematian terjadi akibat stroke pada tahun 2022 (WHO, 2022). Di Indonesia data Rikesdas (2018) menunjukkan bahwa berdasarkan diagnosis dokter prevalensi stroke pada penduduk umur ≥ 15 tahun meningkat dari 7% tahun 2013 menjadi 10,9% tahun 2018. Sedangkan Kematian akibat penyakit stroke mencapai 15,9% pada rentang usia 45-54 tahun dan mengalami peningkatan pada usia 55-64 tahun sekitar 26,8 %. Berdasarkan kelompok usia, stroke lebih banyak terjadi pada individu yang berusia dalam rentangan 55-64 tahun (33,3%). Penderita

stroke sebagian besar tinggal di daerah perkotaan sebanyak 63,9%, sedangkan beberapa yang tinggal di daerah pedesaan sebanyak 36,1% (Rikesdas, 2018). Provinsi dengan prevalensi tertinggi di Indonesia berada di Kalimantan Timur, yaitu sebesar 14,7%, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta sebanyak 14,6%, dan Provinsi Sulawesi Utara 14,2%. Sedangkan untuk Provinsi Sulawesi Selatan menempati posisi ke 17 dari 34 provinsi yang ada di Indonesia. Kasus stroke di Provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan prevalensi stroke sebesar 10,6% dan Prevalensi stroke tertinggi terjadi pada kelompok umur ≥ 75 tahun (48,2%) (Kemenkes RI, 2018).

Stroke dapat menyerang otak secara mendadak & berkembang cepat berlangsung lebih dari 24 jam yang disebabkan oleh iskemik maupun hemoragik di otak sehingga pada keadaan tersebut suplai oksigen ke otak terganggu dan dapat mempengaruhi kinerja saraf di otak, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran (Salvadori et al., 2021). Stroke juga merupakan faktor penyebab utama gangguan fungsional dengan 20% penderita masih bertahan hidup membutuhkan perawatan di rumah sakit setelah 3 bulan dan 15-30% menjadi cacat permanen (Rachmawati et al., 2019).

Perawatan pasien stroke memerlukan waktu yang panjang sehingga dapat menimbulkan banyak perubahan pada kehidupan penderita dan keluarganya (Pratiwi et al., 2017). Stroke Hemoragik menunjukkan gejala klinis dan status fungsional yang lebih berat dibandingkan dengan stroke iskemik. Pasien dengan Stroke Hemoragik membutuhkan rawat inap yang lebih lama dan lebih intensif baik dalam penatalaksanaan akut maupun rehabilitasi (Salvadori et al., 2021).

Penanganan dan perawatan pada pasien stroke untuk tahap pemulihan terbagi atas 3 fase yaitu fase akut, sub akut dan rehabilitasi. Fase akut terjadi 2 minggu pertama pasca serangan stroke, pada fase ini mendapatkan perawatan khusus di rumah sakit. Fase sub akut terjadi 2 minggu hingga 6 bulan pasca stroke, pada fase ini pasien di

perbolehkan untuk pulang. Sedangkan fase rehabilitasi berlangsung diatas 6 bulan pasca stroke (Bethsaida, 2020).

Penatalaksanaan dini pada Stroke Hemoragik sangat penting karena semakin cepat perdarahan meluas yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran secara tiba-tiba, disfungsi neurologis dan timbul nya berbagai komplikasi seperti edema serebri, pneumonia, infeksi saluran kemih, *Deep Venous Thrombosis* (DVT), luka akibat tirah baring bahkan sampai menyebabkan kematian yang memperparah kondisi pasien (Murphy & Werring, 2020). Selain itu, pengobatan yang harus dijalani pasien stroke memerlukan biaya yang cukup besar. Pasien stroke harus mengikuti berbagai tahapan rehabilitasi yang dilakukan dalam jangka waktu yang lama (Pratiwi et al., 2017). Banyaknya komplikasi yang timbulkan akibat stroke, diperlukan penatalaksanaan yang sesuai, khususnya dalam asuhan keperawatan pada pasien seperti perawatan simtomatik dan pencegahan komplikasi (Yusnita et al., 2022)

Dampak penyakit stroke dapat diminimalisir jika serangan stroke dikenali dan mendapatkan pertolongan segera. Penanganan tepat dari tenaga medis diharapkan dapat mengurangi resiko kematian dan kecacatan permanen (Mutiarasari, 2019). Perawat berperan penting dalam pencegahan dan penanggulangan stroke, baik dari upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Upaya promotif perawat mengadakan promosi Kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan Kesehatan tentang penyakit stroke mulai dari pengertian, gejala, penyebab, komplikasi yang ditimbulkan, serta tindakan yang diberikan. Upaya preventif, perawat dapat memberikan penjelasan bagaimana upaya pencegahan penyakit stroke misalnya diet rendah garam pada hipertensi, menganjurkan olahraga agar dapat melatih dan melenturkan otot-otot yang kaku. Upaya kuratif perawat dapat memberikan asuhan keperawatan mulai dari terapi maupun obat–obatan sebagai tindakan mandiri maupun kolaborasi dengan tim Kesehatan ataupun dokter. Dan

untuk upaya rehabilitatif pada klien pasca stroke biasanya klien memerlukan rehabilitasi seperti terapi fisik, terapi wicara, terapi okupasi. Rehabilitasi psikologis juga diperlukan, seperti berbagi rasa, motivasi, terapi wisata, dan sebagainya (Silalahi & Debora, 2019).

Salah satu peran perawat adalah upaya kuratif dalam memberikan asuhan keperawatan. Penerapan *Evidence Based Medicine* (EBM) merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan penelitian. Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan suplai oksigen sehingga perlu dilakukan pemantauan dan penanganan yang tepat. Pemberian posisi *head up 30°* pada pasien stroke dapat memperbaiki status hemodinamika dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Mustikarani & Mustofa, 2020). Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Pertami et al. (2019) menunjukkan bahwa pemberian posisi *head up 30°* pada pasien stroke berpengaruh terhadap saturasi oksigen pasien tersebut, dimana tindakan tersebut dapat mempertahankan kestabilan fungsi dari kerja organ agar tetap lancar khususnya sistem pernafasan dan sistem regulasi dini yang bisa bekerja secara optimal serta memberikan kenyamanan bagi pasien stroke (Pertami et al., 2019). Penelitian lain yang dilakukan oleh Trisila et al. (2022) mengungkapkan bahwa 100% dari 15 responden mengalami penurunan saturasi oksigen, dan 100% mengalami peningkatan saturasi oksigen setelah memberikan posisi *head up 30°*.

Berdasarkan uraian diatas penyakit Stroke Hemoragik merupakan masalah Kesehatan yang perlu mendapatkan penanganan dan perawatan khusus. Dalam mengatasi berbagai masalah yang timbul pada pasien Stroke Hemoragik peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional maupun komprehensif meliputi: promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif terutama dalam penerapan dan pemberian posisi *head up 30°* yang

dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik di Ruang perawatan ICU Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar.”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing (EBN)*.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, diharapkan agar dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan dengan menggunakan pengaturan posisi *head-up* 30° sebagai salah satu pilihan perawat dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik, sehingga perawat dapat menerapkan standar asuhan keperawatan dengan optimal dan menunjang mutu pelayanan Rumah sakit.

2. Bagi Pasien

Dapat di jadikan sebagai pedoman dalam cara merawat, mencegah serta melakukan penanganan penyakit Stroke Hemoragik dan dapat bermanfaat bagi klien dapat membangun tekad, dapat lebih memotivasi diri untuk kembali sehat dan menyikapi kondisi sakit dengan optimis.

3. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang selama ini didapatkan selama pendidikan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

4. Bagi Instansi Pendidikan

Karya ilmiah ini dapat memberikan wawasan lebih luas dan acuan bagi peserta didik dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan di bidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik di bidang Pendidikan maupun praktik keperawatan.

D. Metode Penulisan

Pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data/informasi melalui:

1. Studi Kepustakaan

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

2. Studi Kasus

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

a. Wawancara

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

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

d. Melalui diskusi

Mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing karya ilmiah, pembimbing klinik di ruang perawatan serta teman-teman mahasiswa.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I (Pendahuluan) yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan pustaka) yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasiklinik, penatalaksanaan medik, tes diagnostik, dan komplikasi; kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang. BAB III (Pengamatan kasus) yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi/pelaksanaan keperawatan dan evaluasi. BAB IV (Pembahasan kasus) berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat serta pembahasan penerapan EBN (pada tindakan keperawatan). BAB V (Simpulan dan saran) sebagai bagian akhir dari karya ilmiah akhir ini yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dari penyusunan karya ilmiah ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Menurut *World Health Organization* (2022) Stroke merupakan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik berupa defisit neurologi fokal dan sistemik, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Stroke Hemoragik adalah jenis stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada suatu area otak. Kondisi ini dapat mengancam fungsi otak akibat hilangnya pasokan oksigen ke otak (WHO, 2022).

Menurut *American Stroke Association* Stroke Hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau perdarahan subarachnoid karena pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehingga darah memenuhi jaringan otak. Perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala neurologi dengan cepat karena tekanan pada saraf di dalam tengkorak yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernafasan cepat, pupil mengecil, kaku kuduk dan hemiplegia (*American Stroke Association*, 2022).

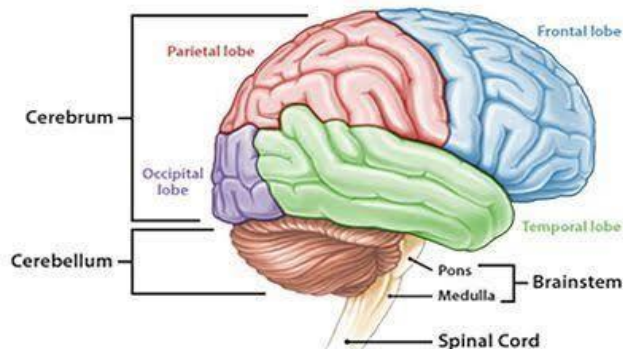
Stroke Hemoragik adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di sekitar atau di dalam otak, sehingga suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat. Darah yang pecah bisa membanjiri jaringan otak yang ada disekitarnya, sehingga fungsi otak akan terganggu (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan tinjauan teori diatas penulis menyimpulkan bahwa stroke adalah penyakit defisit neurologis yang terjadi secara tiba-tiba yang mengakibatkan hipoperfusi dan infark atau kematian jaringan. Stroke Hemoragik adalah kondisi dimana pecahnya

pembuluh darah di otak yang dapat mengganggu jaringan ke otak, sehingga menyebabkan pembengkakan, mengumpukan menjadi massa yang disebut *hematoma* yang menyebabkan suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat sehingga dapat menimbulkan cacat atau kematian.

2. Anatomi dan Fisiologi Otak

a. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Handayani, 2021)



Gambar 2.2 Stroke Hemoragik (Kusyani & Khayudin, 2022)

Sistem saraf yang kompleks dapat dibagi menjadi dua kelompok besar, yaitu sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi (Handayani, 2021).

1) Sistem saraf pusat

a) Otak besar (*cerebrum*)

Serebrum merupakan bagian yang terluas dan besar dari otak, berbentuk telur mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Dalam otak besar terdapat 4 lobus yaitu:

- (1) Lobus frontal,
berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di broca area untuk kontrol motorik bicara.
- (2) Lobus temporal berfungsi dalam menyimpan ingatan visual, memahami bahasa, emosi, pendengaran dan penglihatan.
- (3) Lobus parietal merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.
- (4) Lobus oksipital,
Adalah lobus posterior korteks cerebrum.

b) Batang otak

Terdapat pada anterior, bagian-bagian batang otak terdiri dari:

- (1) Diensefalon,
Fungsi dari diensefalon yaitu penyempitan pembuluh darah, respiratori, mengontrol kegiatan refleks dan membantu kerja jantung.
- (2) Otak tengah terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.
- (3) Pons varoli, batang otak tengah (*brachium pontis*).
Fungsinya yaitu: penghubung antara kedua bagian otak kecil dan pusat saraf nervus trigeminus.

(4) Medulla oblongata,

Fungsinya yaitu: mengontrol kerja jantung, pusat pernafasan mengecilkan pembuluh darah, dan mengontrol kegiatan refleks.

c) Otak kecil

Otak kecil terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh sulkus transversal dibelakangi oleh pons varoli dan di atas medula oblongata.

d) Sistem limbik

Sistem limbik berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormon, memelihara homeostatis, rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolisme dan juga memori jangka panjang.

2) Sistem saraf tepi/perifer

a) Saraf somatik

Saraf somatik terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medulla spinalis dan bersiap secara langsung pada sel otot rangka.

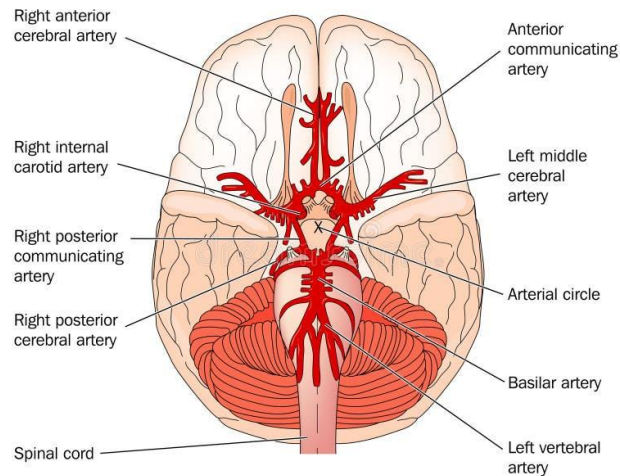
b) Sistem saraf otonom

(1) Sistem saraf simpatis. Fungsi dari sistem ini adalah: siap siaga untuk membantu proses kedaruratan, keadaan stres baik yang disebabkan oleh fisik maupun emosional yang dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada impuls simpatis.

(2) Sistem saraf parasimpatis. Berfungsi sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam, kondisi tanpa stres, impuls dan serabut-serabut saraf kolinergik yang menonjol.

(Handayani, 2021)

b. Fisiologi sistem peredaran darah otak



Gambar 2.3 Sirkulus Wilisi (Dafriani, 2019)

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

Sirkulus arteriosus willisi terdapat pada dasar otak yang merupakan lingkaran arteri yang dibentuk dari cabang-cabang arteri carotis interna anterior dan arteri cerebral bagian tengah arteri, penghubung anterior dan posterior. Arteri-arteri pada

sirkulus *willisi* memberi rute *alternative* pada aliran darah jika salah satu arteri utama tersumbat.

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

a) Arteri karotis

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

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

b) Arteri vertebralis

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

3. Etiologi

Stroke Hemoragik disebabkan oleh arteri yang menyuplai darah ke otak pecah. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik. Menurut Black & Hawks (2014) penyebab Stroke Hemoragik 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. Resiko 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 rentang usia 40 tahun mengalami aterosklerosis (Julianti, 2018).

2) Jenis kelamin

Pada pria memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan wanita (2:1). Stroke sering terjadi pada pria di sebabkan oleh kurangnya hormon estrogen sehingga memicu kerusakan pembuluh darah. Walaupun para pria lebih rawan dari pada wanita pada usia yang lebih muda, tetapi wanita akan menjadi rawan setelah mencapai menopause (Julianti, 2018).

b. Faktor prespitasi

1) Hipertensi

Hipertensi menyebabkan peningkatan tekanan atau aliran darah perifer sehingga menyebabkan peningkatan kinerja pembuluh darah, sistem hemodinamika dan terjadi penebalan pembuluh darah. Hipertensi yang menimbulkan

plak aterosklerosis secara terus menerus akan memicu timbulnya stroke apabila tekanan darah meningkat cukup tinggi dan berlangsung lebih lama sehingga menyebabkan aneurisma arteriovenous 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

Perilaku merokok merupakan salah satu faktor risiko dari penyakit stroke dan kardiovaskular. Hal tersebut dapat terjadi karena peningkatan tekanan darah ditunjang oleh pemekatan darah dan penyempitan pembuluh darah perifer akibat dari kandungan bahan kimia, terutama gas monoksida dan nikotin serta zat kimia lain yang terdapat di dalam rokok (Othadinar et al., 2019).

3) Alkohol

Alkohol 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 (>40 gram alkohol/24 jam) memicu terjadinya kerusakan pada sistem metabolisme karena dapat menambah agregasi trombosit, mengaktifasi kaskade koagulasi, peningkatan hematokrit dan faskositas darah serta memicu terjadinya atrium fibrilasi hingga peningkatan frekuensi kontraksi jantung yang dapat menyebabkan volume dalam pembuluh darah meningkat terjadi pelepasan trombus yang mampu menyumbat pembuluh darah penyebab stroke (Hartaty & Haris, 2020).

4) Pola hidup tidak sehat

Pola hidup tidak sehat dapat dinilai dari pola makan. Pola makan ialah jenis dan seberapa sering individu mengkonsumsi suatu makanan. Setelah dianalisa, paling banyak dijumpai ialah pola makan yang tidak sehat yaitu 60% orang sering mengkonsumsi daging, olahan santan, nasi putih, makanan yang mengandung minyak serta jarang mengkonsumsi buah dan sayur segar. Konsumsi kadar lemak dan kolesterol tinggi, nasi putih yang memiliki kandungan karbohidrat tinggi, dan daging merah dikaitkan dengan kejadian stroke. Konsumsi kadar lemak dan kolesterol tinggi dapat mengganggu aliran darah ke otak yang disebabkan oleh kolesterol menumpuk pada pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan dan terjadi pecahnya pembuluh darah (Wijianto & Yuda, 2022).

4. Patofisiologi

Stroke Hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di dalam otak sehingga darah menutupi atau menggenangi ruang – ruang pada jaringan sel otak, dengan adanya darah yang menggenangi dan menutupi ruang – ruang pada jaringan sel otak tersebut maka akan menyebabkan kerusakan jaringan sel otak dan menyebabkan fungsi kontrol pada otak. Genangan darah bisa terjadi pada otak sekitar pembuluh darah yang pecah (*intracerebral hemorrhagic*) atau juga dapat terjadi genangan darah masuk kedalam ruang di sekitar otak (*subarachnoid hemorrhagic*) dan bila terjadi stroke bisa sangat luas dan fatal dan bahkan sampai berujung kematian (Kusyani & Khayudin, 2022).

Faktor resiko stroke seperti gaya hidup, diabetes melitus, riwayat penyakit jantung dan sebagainya dapat menyebabkan

kerja norepinefrin di pembuluh darah meningkat sehingga tekanan darah meningkat atau hipertensi akut. Hipertensi yang terus menerus dapat mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga pendarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak. Perubahan yang terus berlanjut ini dapat menyebabkan pembuluh darah otak (serebral) pecah sehingga terjadi Stroke Hemoragik (Rahmayanti, 2019)

a. Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema di sekitar otak. Peningkatan TIK yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak (Perdana, 2016).

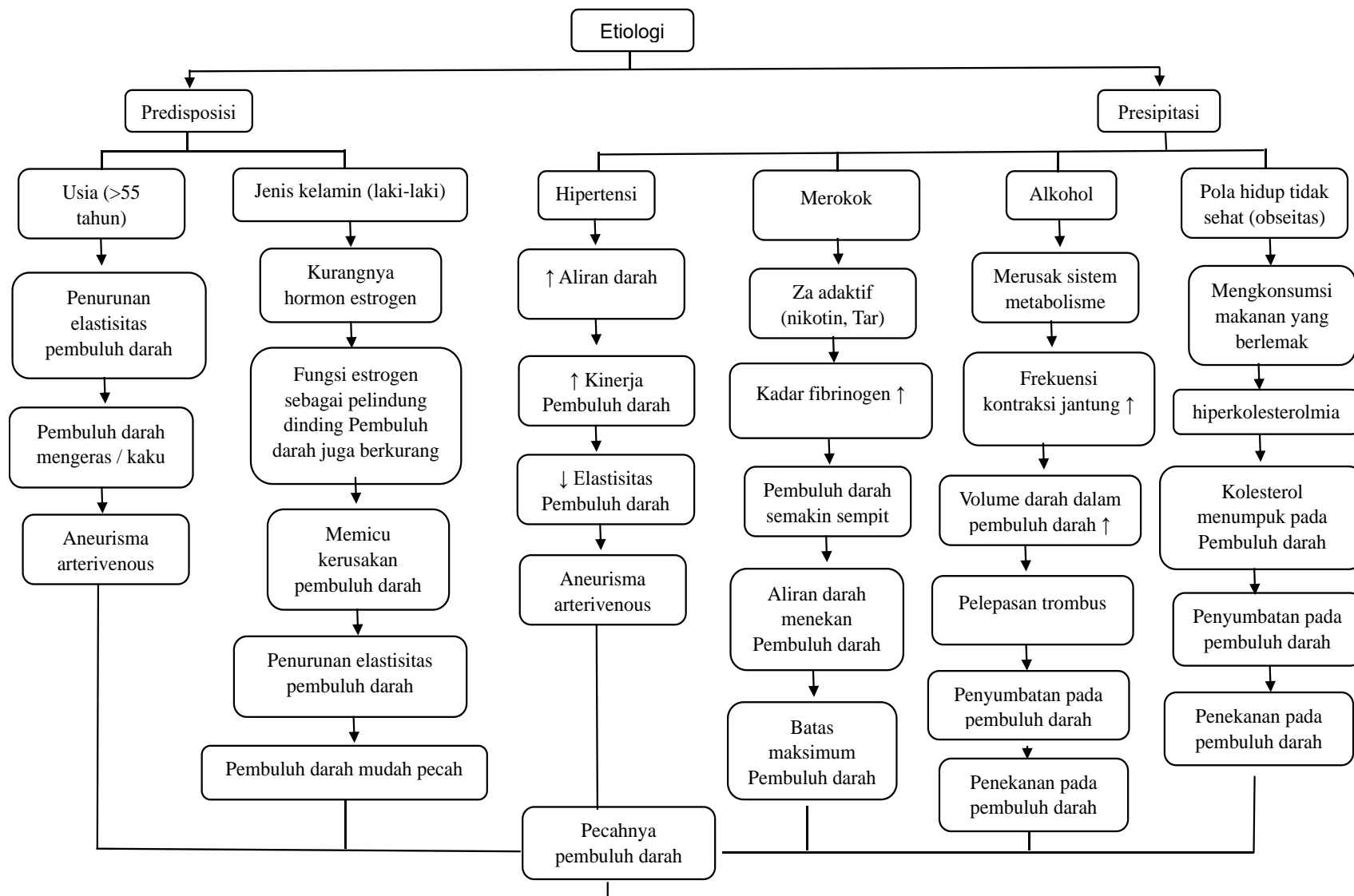
b. Perdarahan subaraknoid

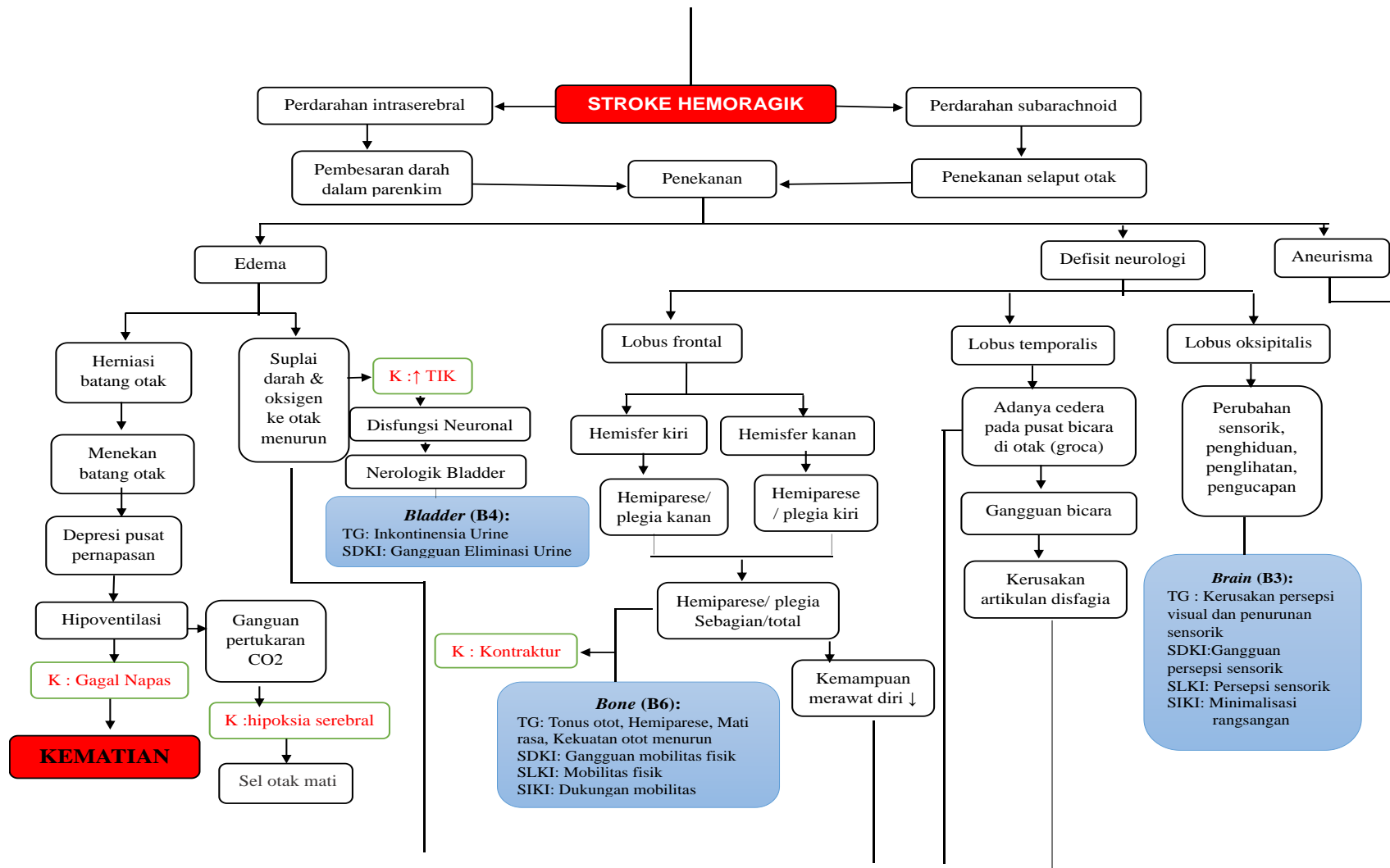
Pecahnya pembuluh darah terjadi akibat aneurisma. Aneurisma paling sering didapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi Willis. Aneurisma dapat dijumpai pada jaringan otak di permukaan piameter dan ventrikel otak, ataupun di dalam ventrikel otak dan ruang subaraknoid. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid memicu terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, merenggangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak dapat mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subaraknoid dapat

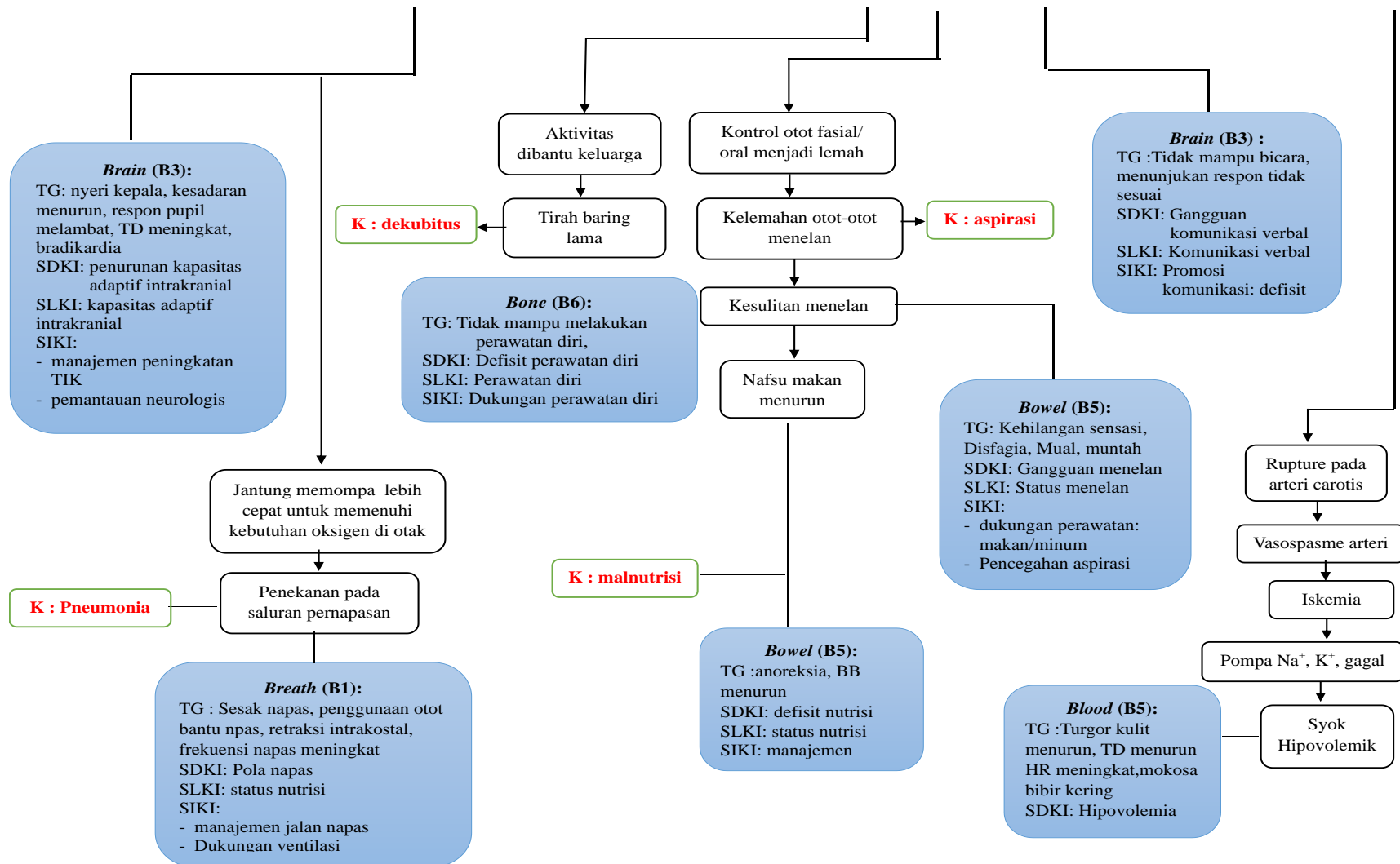
mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang pada minggu ke 2-5. Timbulnya vasospasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan kedalam cairan serebrospinal dengan pembuluh arteri di ruang subaraknoid.

Vasospasme 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. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20 mg% karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25% dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70% akan terjadi gejala disfungsi serebral. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O_2 melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak (Mutiarasari, 2019).

PATHWAY STROKE HEMORAGIK







5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis stroke menurut Tarwoto & Wartonah (2015) tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral, meliputi:

- a. Hemiparise atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka 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, somnolen, soporo koma, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara), afasia merupakan defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

- e. Disastria (bicara cadel atau pelo) merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disastria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
- f. Gangguan penglihatan, diplopia pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.
- g. Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus
- h. Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
- i. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Setiawan (2020) pemeriksaan diagnostik pada pasien Stroke Hemoragik yaitu :

a. CT-Scan

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

b. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI kepala dibutuhkan untuk mengungkapkan area perdarahan dengan resolusi lebih tinggi dan lebih awal dari CT-Scan. Hasil MRI akan menunjukkan infark yang berkembang dalam waktu beberapa menit. Pelaksanaan MRI dapat ditunda sampai pasien dirawat inap atau dipindahkan. Pemeriksaan ini membutuhkan waktu yang lama dan tidak baik digunakan untuk pasien dengan kondisi yang tidak stabil.

c. EKG (*Electrocardiogram*)

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

d. Foto Thorax

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

e. TEE (*Transesophageal Echocardiography*)

Transesophageal Echocardiography (TEE) adalah tes yang lebih sensitif untuk trombus di atrium kiri. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa lengkung aorta untuk atheroma, sumber potensialemboli.

f. TCD (*Transcranial Doppler*)

Transcranial doppler (TCD) dan doppler karotis, antara lain untuk melihat adanya penyumbatan dan pecahnya dinding pembuluh darah sebagai risiko stroke. Selain itu akan menentukan apakah pasien cenderung mengalami intrakranial stenosis (misalnya, stenosis arteri serebral tengah). TCD memiliki sensitivitas 79% dan spesifisitas 94% dalam mendeteksi stenosis arteri intrakranial. Stenosis arteri intrakranial diperkirakan terjadi pada 33%-50% penderita stroke.

g. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Fungsi lumbal, menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis embolis serebral dan TIK. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya *subarachnoid hemorrhagic*, dan perdarahan intrakranial.
- 2) Pemeriksaan darah rutin lengkap dan trombosit. Pemeriksaan kimia darah (glukosa, elektrolit, ureum, dan keratin), masaprotrombin, dan masa tromboplastin

parsial: untuk dapat mengetahui kadar gula darah, apakah terjadi peningkatan dari batas normal atau tidak. Jika ada Indikasi lakukan test - test berikut ini: kadar alkohol, fungsi hati, gas darah arteri, dan skrining toksikologi (Julianti, 2018).

7. Penatalaksanaan Medik

a. Farmakologi

1) Osmosis diuretik (cairan hipertonis)

Cairan hipertonis biasa diberikan jika terjadi peninggian tekanan intrakranial akut tanpa kerusakan sawar darah otak. Manitol 20% per infus dengan dosis 1-1,5 g/kgBB pada dewasa atau 1-3 g/kgBB pada anak-anak diberikan dalam 30-60 menit (Affandi & Panggabean, 2016).

2) Diuretik

Digunakan asetazolamid atau furosemide yang akan menekan produksi CSS. Asetazolamid merupakan inhibitor karbonik anhidrase yang diketahui dapat mengurangi pembentukan cairan serebrospinal di dalam ventrikel sampai 50%. Hasil lebih baik dengan asetazolamid 125-500 mg/hari dikombinasikan dengan furosemide 0,5-1mg/kgBB/hari atau 20-40 mg intra vena setiap 4-6 jam (Umam & Susanto, 2019).

3) Antihipertensi

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

menggunakan obat amlodipin (Kurniawati, 2015).

4) Antikonvulsan

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

5) Antifibronolitik

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

6) Antianafilaksis

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

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

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

(Julianti, 2018).

8) Pembedahan

Tindakan pembedahan atau operasi pada penderita stroke perlu dilakukan bila memang terindikasi untuk dilakukan pembedahan. Pada Stroke Hemoragik, jumlah perdarahan yang cukup banyak merupakan indikasi untuk dilakukan tindakan pembedahan bertujuan mengeluarkan darah dan berusaha menghentikan sumber perdarahan yang aktif. Tindakan pembedahan juga diperlukan untuk menurunkan tekanan di dalam kepala (tekanan intrakranial). Tindakan pembedahan dilakukan pada pasien dengan kondisi yang kian memburuk dengan perdarahan cerebellum berdiameter $>3 \text{ cm}^3$, hidrocephalus akut akibat perdarahan intra ventrikel atau cerebellum dilakukan VP- shunting, dan perdarahan lebar $>60 \text{ ml}$ dengan tanda peningkatan intrakranial akut dan ancaman (Julianti, 2018).

b. Non Farmakologi

1) Fase Akut

- a) Mencegah terjadinya aspirasi dengan mengatur posisi saat makan dan tetap mempertahankan posisi selama 30 menit setelah makan, mengatur posisi kepala (*head turn*) pada saat makan / minum, menganjurkan keluarga untuk memberi kesempatan kepada pasien untuk menelan dan memotong kecil makanan, mengajarkan oral motor exercise (Ardi, 2019)
- b) Pemberian posisi elevasi kepala 30° adalah suatu keadaan kepala dengan posisi diangkat 30° dari posisi normal dan dengan menjajarkan ekstremitas dengan badan. Posisi elevasi kepala 30° lebih efektif

digunakan dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami gangguan perfusi jaringan (Logi Kiswanto, 2021). Posisi kepala 30° memperbaiki drainase vena, perfusi serebral, dan menurunkan tekanan intrakranial. Elevasi kepala dapat menurunkan tekanan intrakranial melalui beberapa cara, yaitu menurunkan tekanan darah, perubahan komplians dada, perubahan ventilasi, meningkatkan aliran vena melalui vena jugularis yang tak berkatup, sehingga menurunkan volume darah vena sentral yang menurunkan tekanan intrakranial. Perpindahan CCS dari kompartemen intrakranial ke rongga subaraknoid spinal mungkin dapat menurunkan tekanan intrakranial (Affandi & Panggabean, 2016)

- c) Mengubah posisi setiap 2 jam, ikuti jadwal yang ditetapkan untuk perubahan sisi ke sisi dan supinasi prone. Perhatikan kesejajaran tubuh dan sokong ekstremitas pada posisi yang tepat dengan bantal (Lemone et al., 2016).
- d) Menganjurkan Latihan ROM aktif untuk ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan, lakukan ROM pasif untuk ekstremitas yang mengalami kelemahan. Sokong sendi selama melakukan Latihan ROM pasif. Latihan Rom aktif mempertahankan atau memperbaiki kekuatan otot dan indurasi, dan membantu mempertahankan fungsi kardiopulmonal. Latihan ROM pasif tidak memperkuat otot tetapi membantu mempertahankan fleksibilitas sendi.
- e) Monitor fungsi pernapasan: Analisa Gas Darah
- f) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan

EKG.

- g) Mengevaluasi status cairan dan elektrolit
 - h) Mengontrol kejang jika ada dan cegah resiko injuri
 - i) Melakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
 - j) Memonitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflex
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
 - b) Pertahankan integritas kulit
 - c) Pertahankan komunikasi yang efektif
 - d) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).
 - e) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
 - f) Persiapan pulang
- (Silalahi & Debora, 2019)

8. Komplikasi

Menurut Rahmayanti (2019) komplikasi yang dapat terjadi pada Stroke Hemoragik adalah sebagai berikut:

a. Fase akut

1) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark 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 interstitial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

3) Peningkatan tekanan intrakranial (TIK)

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

5) Malnutrisi

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

b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

1) Pneumonia

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

2) Dekubitus

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

3) Kontraktur

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

4) Thrombosis vena dalam

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

5) Artropi

Kondisi Stroke Hemoragik dapat merusak bagian otak yang mengontrol sinyal saraf ke otot yang membuat mobilitas yang terbatas sehingga terjadi atrofi. Atrofi terjadi disebabkan otot-otot tidak pernah digunakan

untuk bergerak dan beraktivitas

6) Inkontinensia urin

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

7) Kejang

Terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode masalah ilmiah kepada masalah-masalah Kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Tarwoto & Wartonah, 2015).

1. Pengkajian

a. Pengkajian primer (B1-B6)

Pengkajian keperawatan primer menurut Muttaqin (2008) meliputi :

1) Breath (B1)

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

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

2) Blood (B2)

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

3) Brain (B3)

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

a) Pengkajian tingkat kesadaran

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien Stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikoma. Jika klien sudah koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberi asuhan.

b) Pengkajian status mental dengan mengobservasi penampilan, tingkah laku, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien.

c) Pengkajian fungsi intelektual didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka pendek maupun jangka panjang.

d) Pengkajian saraf kranial (Nervus I sampai nervus XII)

(1) N I. Biasanya pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

(2) N II. Disfungsi persepsi visual. Gangguan hubungan visual- spasial sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri.

(3) N III,IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan

paralisis pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerak.

- (4) N V. stroke mengakibatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah.
- (5) N VII. Persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
- (6) N VIII. Tidak ditemukan adanya masalah.
- (7) N IX dan X. Kemampuan menelan berkurang dan kesulitan membuka mulut.
- (8) N XI. Tidak ada atrofi otot.
- (9) Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi serta indra pengecap normal.

4) Bladder (B4)

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

5) Bowel (B5)

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

6) Bone (B6)

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

b. Pengkajian sekunder (pola gordon)

1) Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

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

2) Pola nutrisi dan metabolik

- a) Data subjektif: nafsu makan menurun, mual dan muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.
- b) Data objektif: kesulitan menelan, obesitas dan tidak mampu untuk memulai kebutuhan sendiri.

3) Pola eliminasi

- a) Data subjektif: perubahan pada berkemih seperti inkontinensia urin, anuria, distensi abdomen dan bising usus negatif.
- b) Data objektif: distensi kandung kemih, distensi abdomen, dan bising usus negatif.

- 4) Pola aktivitas dan latihan
 - a) Data subjektif: merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.
 - b) Data objektif: gangguan tonus otot (hemiplegia) terjadi kelemahan umum, gangguan kesadaran, dan gangguan penglihatan.
- 5) Pola tidur dan istirahat
 - a) Data subjektif: sulit untuk beristirahat (kejang otot atau nyeri).
 - b) Data objektif: gelisah, tegang pada otot, dan tingkah laku tidak stabil
- 6) Pola persepsi kognitif
 - a) Data subjektif: pusing sebelum serangan atau selama serangan, sakit kepala, akan sangat berat karena adanya perdarahan intra serebral, subaraknoid, kelemahan atau kesemutan, penglihatan kabur atau penglihatan ganda dan kehilangan daya lihat Sebagian yang ditemukan dalam berbagai derajat stroke jenis lain.
 - b) Data objektif: status mental dan tingkat kesadaran menurun, pada wajah terjadi paralisis atau paresis dan biasanya terjadi, pada tahap awal hemoragik.
- 7) Pola persepsi dan konsep diri
 - a) Data subjektif: perasaan tidak berdaya, dan perasaan putus asa.
 - b) Data objektif: emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

- 8) Pola peran dan hubungan dengan sesama
 - a) Data subjektif: masalah bicara, ketidakmampuan untuk bicara dengan orang lain.
 - b) Data objektif: gangguan atau kehilangan fungsi Bahasa.
- 9) Pola reproduksi dan seksualitas
 - a) Data subjektif: tidak ada gairah seksual
 - b) Data objektif: kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual
- 10) Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress
 - a) Data subjektif: perasaan tidak berdaya dan putus asa
 - b) Data objektif: emosi yang berlebih dan ketidaksiapan untuk marah dan sulit untuk mengekspresikan diri
- 11) Pola sistem nilai dan kepercayaan

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

2. Diagnosis keperawatan

Menurut Tarwoto & Wartonah (2015) dimodifikasi dari PPNI (2017) ada beberapa diagnosis keperawatan Stroke Hemoragik yang sering muncul di antaranya:

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

(PPNI, 2017)

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

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

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

SLKI

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama

Maka Pola napas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Dispnea menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun
- 4) Frekuensi napas membaik
- 5) Kedalaman napas membaik

SIKI:

1) Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

a) Monitor pola napas

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

Terapeutik:

a) Posisikan semi fowler atau fowler

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

b) Berikan oksigen

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

Edukasi

a) Ajarkan Teknik batuk efektif

R/ untuk mengeluarkan dahak yang sudah terkumpul

ke saluran pernapasan yang besar.

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran dan mukolitik jika perlu

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

2) Dukungan ventilasi (I.01002)

Observasi

- 1. Identifikasi kelelahan otot bantu napas

R/ Untuk mengetahui adanya kelelahan otot bantu napas

- 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan

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

Terapeutik

- a) Pertahankan kepatenan jalan napas

R/ Untuk menjaga keadekuatan ventilasi

Edukasi

- a) Ajarkan mengubah posisi secara mandiri

R/ Untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi dini

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu

R/ Mengoptimalkan proses penyembuhan

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

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama

maka: kapasitas adaptif intrakranial (L.06049) meningkat dengan

Kriteria Hasil:

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

SIKI:

- 1) Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)

Observasi

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

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

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

R/ Untuk memantau perkembangan pasien

Terapeutik

- a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

R/ Untuk memberikan kenyamanan pasien

- b) Berikan posisi semi fowler

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

Edukasi

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

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis

R/ Pemberian diuretik osmosis dapat membantu menurunkan tekanan darah

- 2) Pemantauan Neurologis (I.06197)

Observasi

- a) Monitor tingkat kesadaran

R/ Perubahan tingkat kesadaran dapat menjadi faktor pencetus

- b) Monitor tanda -tanda vital

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

Terapeutik

- a) Pertahankan posisi kepala dan leher

R/ Untuk mencegah peningkatan TIK

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

R/ Agar keluarga mengerti dan dapat membantu proses perawatan

Kolaborasi

Dalam intervensi pemantauan neurologis tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

- c. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054)

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama

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

- 1) Pergerakan ekstermitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat

- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Gerekan terbatas menurun
- 5) Kelemahan fisik menurun

SIKI:

1) Dukungan mobilisasi (I.05173)

Observasi

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
R/ Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya saat melakukan pergerakan
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
R/ Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya saat melakukan pergerakan

Terapeutik

- a) Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
R/ Membantu dalam memberikan bantuan berupa alat bantu dalam memberikan bantuan berupa alat untuk menunjang aktivitas dan memberikan rasa aman dan nyaman
- b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
R/ Keluarga merupakan yang utama dalam membantu meningkatkan keinginan pasien untuk sembuh

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
R/ Keluarga dapat memahami tujuan dan prosedur mobilisasi

Kolaborasi

Dalam intervensi dukungan mobilisasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

2) Teknik Latihan penguatan otot sendi (I.05185)

Observasi

- a) Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi

R/ Menentukan batas gerak yang akan dilakukan Latihan Terapeutik

- a) Berikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi pasif.

R/ Memberikan rasa nyaman pada saat dilakukan teknik latihan

- b) Fasilitas gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi.

R/ Mencegah rasa sakit pada saat melakukan Latihan

Edukasi

- a) Jelaskan pada keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama

R/ Agar keluarga dapat mengetahui bahwa imobilisasi penting untuk mencegah terjadinya dekubitus maupun kekakuan otot

Kolaborasi

- a) Kolaborasikan dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan

R/ Memberikan bantuan yang optimal dalam menjalani proses terapi

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

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama

maka status menelan (L.06052) membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Reflek menelan meningkat
- 2) Kemampuan mengunyah meningkat
- 3) Kemampuan mengosongkan mulut meningkat

- 4) Usaha menelan meningkat
- 5) Frekuensi tersedak menurun
- 6) Batuk menurun

SIKI:

- 1) Dukungan perawatan diri: makan/minum

Observasi

- a) Identifikasi diet yang dianjurkan.

R/ Mengetahui diet yang dianjurkan untuk pasien

Terapeutik

- a) Sediakan sedotan untuk minum.

R/ Melatih otot dan menguatkan otot facial dan otot menelan pada pasien.

- b) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian pasien.

R/ Memudahkan pasien untuk makan/minum

Edukasi

- a) Jelaskan posisi makan pada pasien.

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

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetik)

R/ Mencegah adanya rasa mual ataupun muntah pada saat makan

- 2) Pencegahan Aspirasi (I.14535)

Observasi

- a) Monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan

R/ Untuk mengetahui dan mencatat adanya resiko aspirasi pada pasien

Terapeutik

- a) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
R/ Memudahkan proses menelan dan menurunkan resiko terjadinya aspirasi
- b) Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak
R/ Material makanan yang lunak akan memudahkan proses menelan

Edukasi

- a) Anjurkan makan secara perlahan
R/ Meminimalkan resiko tersedak hingga aspirasi pada pasien
- b) Ajarkan strategi mencegah aspirasi
R/ Agar keluarga dapat mencegah & meminimalkan terjadinya aspirasi

Kolaborasi

Dalam intervensi pencegahan aspirasi tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

(PPNI, 2018).

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

SLKI:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama

Maka komunikasi verbal (L.13118) meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan bicara meningkat
- 2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
- 3) Pelo menurun
- 4) Pemahaman komunikasi menurun
- 5) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat

SIKI:

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

Observasi

a) Monitor kecepatan, volume, dan diksi bicara

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

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

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

Terapeutik

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

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

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

R/ Menghindari kesalahan persepsi sebenarnya diucapkan oleh pasien

Edukasi

a) Anjurkan bicara perlahan

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

Kolaborasi

Dalam intervensi Promosi komunikasi: defisit bicara tidak ditemukan tercantum adanya tindakan kolaborasi.

(PPNI, 2019)

4. Perencanaan pulang (*Discharge planning*)

Pendidikan Kesehatan untuk pasien dengan kasus stroke sangat penting untuk mengembalikan atau memaksimalkan kualitas hidup klien. Beberapa hal yang perlu diajarkan pada pasien dan keluarga yaitu:

- a. Rutin kontrol tekanan darah
- b. Anjurkan untuk mematuhi terapi pengobatan
- c. Berhenti merokok dan konsumsi alkohol
- d. Ajarkan keluarga pasien latihan ROM di rumah, perawatan diri, dan pencegahan dekubitus.
- e. Ajarkan keluarga untuk memantau komplikasi yang harus segera mencari pertolongan.
- f. Rujuk ke tempat rehabilitasi untuk mendapatkan terapi fisik jika memungkinkan
- g. Ajarkan diet makanan yang tinggi kolesterol
- h. Instruksikan untuk melakukan olahraga setiap hari sesuai keadaan (kemampuan)
- i. Ajarkan keluarga untuk terus memotivasi klien dalam menjalani proses penyembuhan.
(Kusyani & Khayudin, 2022)
- j. Mengajarkan cara mendeteksi gejala stroke yaitu dengan slogan F.A.S.T dan Se-ge-ra Ke RS (Kemenkes RI, 2018; LeMone et al., 2017)

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien Tn.A (72 tahun) dengan diagnosis medis: Stroke Hemoragik masuk ke ruangan ICU RSUD Labuang Baji pada tanggal 19 April 2023. Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri sejak 4 hari sebelum pasien masuk rumah sakit. Kemudian 4 hari setelah mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri pada ekstremitas atas dan bawah berupa pasien merasa lemah dan sulit untuk mengangkat dan menggerakkan ekstremitasnya, keluarga mengatakan pasien mengeluh nyeri kepala dan berbicara pelo. Kemudian pasien ditemukan mengalami penurunan kesadaran secara tiba-tiba saat pasien sedang istirahat. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Pada tanggal 17 April 2023 keluarga membawa pasien ke RSUD Labuang Baji untuk mendapatkan perawatan dan penanganan. Kemudian pasien dirawat di HCU selama 2 hari. Pada tanggal 19 April 2023 Pasien masuk ICU dan dirawat di ICU hingga saat ini.

Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran somnolen dan GCS 9 (E₂V₂M₅), tampak pasien sesak, pola napas abnormal (Takipnea), tampak pernapasan cuping hidung, tampak ada retraksi intracostal, Ku: lemah, tampak respon pupil melambat, tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri, level stroke pasien berada pada level 2, kekuatan otot menurun pada sisi tubuh sebelah kiri, tampak pasien kesulitan untuk menelan dan tersedak saat makan ataupun minum, tampak pasien terpasang O₂ NRM 12 lpm, Hasil observasi TTV TD :165/90 mmHg, N : 56x/m Rr: 30x/m SpO₂: 93%, terpasang keteter urin dan infus Nacl 0,9% 20 tpm pada tangan kiri, dan tampak terpasang selang EVD. Hasil Ct-Scan Kesan: *hematoma intraventriculer IV & hematoma subarachnoid, Atrofi cerebri & Volume perdarahan 30 cc.*

**FORMAT LAPORAN KASUS
RUANG INTENSIVE CARE UNIT**

Nama Mahasiswa : Maria Isna Ngole & Maria Lili Nencyani
 Tanggal : 25 April 2023
 Nama Pasien/Umur : Tn.A /72 Tahun
 Diagnosis Medis : Stroke Hemoragik

B. Pengkajian Primer

1. Pengkajian

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan dada	Simetris Tidak simetris
	Pemakaian otot bantu napas	Ada, jenis: Dada Tidak ada
	Palpasi	Vocal premitus Kiri: Teraba kuat Kanan: Teraba kuat Nyeri tekan : tidak ada Krepitasi : tidak ada
	Perkusi	Sonor lokasi: kedua lapang paru Redup Pekak
	Suara napas	Vesikuler Lokasi: Kedua lapang paru
	Batuk	Ada Tidak ada
	Sputum	Ada Tidak ada
	Alat bantu napas	Ada Jenis: NRM 12 liter/menit Tidak ada
	Lain – lain	Frekuensi napas: 30x/menit SPO ₂ : 93% Pasien tampak sesak, tampak retraksi intracostal Keluhan: keluarga Pasien mengatakan pasien sesak napas

<i>Blood</i> (B2)	Suara jantung	Tunggal Gallop Murmur	S1 √	S2 √	S3 √	S4 √
	Irama jantung	Iregular Regular				
	CRT	< 3 detik > 3 detik				
	JPV	Normal Meningkat				
	CVP	Ada Tidak ada				
	Edema	Ada Tidak ada				
	EKG	Tidak ada				
	Lain – lain	Tekanan darah : 165/90 mmHg, Nadi : 56 x/menit				
<i>Brain</i> (B3)	Tingkat kesadaran	Kualitatif: somnolen Kuantitatif: M5V2E2 (9)				
	Reaksi pupil: - Kanan - Kiri	Ada , diameter ± 2,5mm Tidak ada Ada , diameter ± 2,5 mm Tidak ada				
	Refleks fisiologis	Kanan Ada: Tricep (+), Bicep (+) Achiles (+) Kiri : Tidak ada				
	Refleks patologis	Ada : Babinski (+) Tidak ada				
	Meningeal sign	Ada Tidak ada				
	Lain – lain	a. Respon pupil melambat b. Ct scan: <i>hematoma interventrikular IV & hematoma subarachnoid</i> c. Keluhan: keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran secara tiba-tiba, diawali dengan sakit kepala dan bicara pelo.				

<i>Bladder</i> (B4)	Urin	Jumlah: 250 cc Warna: Kuning keruh
	Kateter	Ada, hari ke 9 Tidak ada
	Kesulitan BAK	Ya Tidak
	Lain – lain	-
<i>Bowel</i> (B5)	Mukosa bibir	Lembap Kering
	Lidah	Kotor Bersih
	Keadaan gigi	Lengkap Tidak lengkap Gigi palsu
	Nyeri tekan	Ya Tidak ada
	Abdomen	Distensi Tidak distensi
	Peristaltik usus	Normal Menurun Meningkat Nilai: 4 x/menit
	Mual	Ya Tidak
	Muntah	Ya Tidak Jumlah:- Frekuensi: -
	Hematemesis	Ya Tidak
	Melena	Ya Tidak
	Terpasang NGT	Ya Tidak

	Terpasang Colostomi Bag	Ya Tidak
	Diare	Ya Tidak
	Konstipasi	Ya Tidak
	Asites	Ya Tidak
	Lain – lain	-
<i>Bone</i> (B6)	Turgor	Baik Jelek
	Perdarahan kulit	Ada Tidak ada
	Icterus	Ya Tidak ada
	Akral	Hangat Kering Merah Dingin Pucat Basah
	Pergerakan sendi	Bebas Terbatas Skala (Uji Kekuatan Otot) $\begin{array}{c c} 5 & 1 \\ \hline 5 & 1 \end{array}$ Kesimpulan: Kekuatan otot lemah
	Fraktur	Ada Tidak ada
	Luka	Ada Tidak ada
	Lain - lain	- Aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga - pasien mengalami lemah tubuh sebelah kiri

2. Diagnosis keperawatan (berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)
 - a. B1 (Breathing) : Pola napas tidak efektif
 - b. B2 (Blood) : Tidak ada masalah keperawatan
 - c. B3 (Brain) : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
 - d. B4 (Bladder) : Tidak ada masalah keperawatan
 - e. B5 (Bowel) : Tidak ada masalah keperawatan
 - f. B6 (Bone) : Gangguan mobilitas fisik

C. Pengkajian sekunder

I. Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan kesehatan merupakan hal yang sangat penting dan harus dijaga. Keluarga selalu menjaga kebersihan lingkungan sekitar rumahnya, Keluarga juga mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit akan membeli obat di apotek, dan jika semakin parah akan dibawa ke puskesmas atau RS terdekat. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu dan pasien mengonsumsi obat pengontrol hipertensinya yaitu amlodipine 10 mg namun pasien tidak rutin mengonsumsi obat dan tidak rutin memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan sehingga pasien hanya mengonsumsi obat jika pasien merasakan sakit kepala. Keluarga juga mengatakan pasien memiliki kebiasaan ngemil cemilan seperti gorengan dan merokok 2 bungkus perhari sejak 6 tahun lalu, pasien memiliki Riwayat merokok sejak usia remaja.

b. Riwayat penyakit saat ini:

1) Keluhan utama : penurunan kesadaran

2) Riwayat keluhan utama:

Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri sejak 4 hari sebelum pasien masuk rumah sakit. Kemudian 4 hari setelah mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri pada ekstremitas atas dan bawah berupa pasien merasa lemah dan sulit untuk mengangkat dan menggerakkan ekstremitasnya, keluarga mengatakan pasien mengeluh nyeri kepala dan berbicara pelo. Kemudian pasien

ditemukan mengalami penurunan kesadaran secara tiba-tiba saat pasien sedang istirahat. Pada tanggal 17 April 2023 keluarga membawa pasien ke RSUD Labuang Baji untuk mendapatkan perawatan dan penanganan. Kemudian pasien dirawat di HCU selama 2 hari, setelah itu pada tanggal 19 April 2023 pasien di antar ke kamar operasi untuk di lakukan prosedur pemasangan EVD (*Eksternal Ventricular Drain*). Setelah dilakukan operasi pasien masuk ICU dan dirawat di ICU hingga saat ini.

Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran somnolen dan GCS 9 (E₂V₂M₅), tampak pasien sesak, pola napas abnormal (Takipnea), tampak pernapasan cuping hidung, tampak ada retraksi intra costal, Ku: lemah, tampak respon pupil melambat, tampak pasien gelisah, tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri, level stroke pasien berada pada level 2, kekuatan otot menurun pada sisi tubuh sebelah kiri, tampak pasien kesulitan untuk menelan dan tersedak saat makan ataupun minum, refleks patologis : babinski (+) , tampak terpasang O₂ NRM 12 lpm, TTV: TD:165/90 mmHg, N: 56x/m Rr: 30x/m SpO₂: 93%, terpasang keteter urin dan infus Nacl 0,9% 20 tpm pada tangan kiri, dan terpasang selang EVD. Hasil Ct-Scan Kesan: *hematoma intraventrikuler IV & hematoma subarachnoid, Atrofi cerebri & Volume perdarahan 30 cc.*

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki Riwayat penyakit serupa

5) Pemeriksaan fisik:

- 1) Kebersihan rambut: Tampak bersih
- 2) Kebersihan kulit kepala: Tampak bersih
- 3) Kebersihan kulit: Tampak bersih
- 4) Hygiene rongga mulut: Tampak bersih
- 5) Kebersihan genitalia: Tampak bersih
- 6) Kebersihan anus: Tampak bersih

2. Pola Nutrisi Dan Metabolik

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien makan teratur 3 kali sehari dengan menu seperti nasi, sayur, ikan, daging, tempe dan menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali makan. Keluarga mengatakan pasien tidak ada mengkonsumsi suplemen ataupun vitamin lainnya. Keluarga pasien mengatakan nafsu pasien baik. Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan atau diet makanan tertentu. Keluarga mengatakan pasien suka mengonsumsi makanan berminyak maupun berlemak seperti gorengan dan coto Makassar. Keluarga mengatakan pasien minum air putih sebanyak 8 gelas sehari dengan royalex (220 cc x 8 gelas = 1.760 cc) dan keluarga pasien mengatakan pasien suka minum kopi 5-6 gelas sehari. BB: 61kg, TB: 163cm, IMT: 23,01 kg.m² kesimpulan: berat badan normal

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan pasien berkurang dan hanya makan 5-6 sendok bubur saring yang disediakan rumah sakit pada saat sekali

makan. Keluarga pasien mengatakan bahwa sejak sakit pasien sulit menelan dikarenakan setiap kali pasien di berikan makan selalu tersedak. Keluarga pasien juga mengatakan pasien minum 550 cc / hari yaitu 250 cc air putih dan 300 cc minuman sejenis susu.

c. Observasi:

Tampak pasien tersedak dan batuk saat diberikan air mineral satu sendok makan serta keluar air banyak dari mulut pasien, tampak makanan dan minuman keluar dari mulut, tampak pasien sulit menelan.

1) Intake

- a) Air putih 30 cc
- b) Makan bubur 5 sendok 25 cc
- c) Cairan NaCl 0,9% 200 cc
- d) Injeksi obat 2 cc
- e) Air metabolisme (5 cc/KgBB/hari) = $5 \times 61 \text{ kg} = 305 \text{ cc}$

2) Output

- a) BAK 250 cc
- b) BAB 10 cc
- c) IWL $15 \times \text{BB} / 24\text{jam} = 15 \times 61 \text{ kg} / 24\text{jam} = 38,12 \text{ cc IWL}$
8 jam = 304,9 cc

d. Pemeriksaan fisik:

- 1) Keadaan rambut : tampak bersih, beruban, sedikit berminyak
- 2) Hidrasi kulit : tidak elastis
- 3) Palpebra/conjungtiva : tampak tidak edema/tidak anemis
- 4) Sclera : tampak tidak icterik
- 5) Hidung : tampak bersih, septum berada di tengah, tampak tidak ada polip hidung, tidak terdapat

- peradangan /perdarahan mukosa hidung
- 6) Rongga mulut : tampak kotor
Gusi : tampak kotor, tidak terdapat tanda peradangan maupun pembengkakan
- 7) Gigi : terdapat 6 gigi pasien yang tanggal, tampak tidak ada gigi palsu
- 8) Mengunyah keras : tampak pasien tidak mampu mengunyah keras
- 9) Lidah : tampak kotor, terdapat bercak berwarna putih Di sekitar mulut dan lidah pasien
- 10) Pharing : tidak tampak ada peradangan
- 11) Kelenjar getah bening : tidak tampak ada pembengkakan
- 12) Kelenjar parotis : tidak tampak ada pembengkakan
- 13) Abdomen :
- Inspeksi : tampak datar, tidak tampak bayangan vena
 - Auskultasi : peristaltik usus 4 kali per menit
 - Palpasi : tidak ada nyeri dan tidak teraba Massa/edema/asites
 - Perkusi : terdengar timpani
- 14) Kulit :
- Edema : negatif
 - Ikterik : negatif
 - Tanda-tanda radang : tidak terdapat tanda-tanda peradang
- 15) Lesi : tidak terdapat lesi

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien BAB normal yaitu 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecokelatan jumlah kurang lebih 10-15 cc setiap kali BAB dan tidak ada masalah ataupun kesulitan BAB. dan pasien sering BAK 5- 6 kali sehari berwarna kuning jernih, bau amoniak dengan jumlah 20cc setiap kali BAK, tidak ada masalah ataupun kesulitan BAK.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien belum BAB sejak berada di ruang ICU. Pasien terpasang keteter urin (350 cc) warna kuning pekat dan bau amoniak dan pasien menggunakan pampers.

c. Observasi :

Tampak pasien terpasang keteter urine dengan jumlah 250 cc dalam 5 Jam, urine berwarna kuning pekat dan menggunakan pampers.

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Peristaltik usus : 4 x/menit
- 2) Palpasi kandung kemih : kosong (pasien terpasang kateter urin)
- 3) Nyeri ketuk ginjal : negatif
- 4) Mulut uretra : tampak kotor, tidak ada tanda radang
- 5) Anus :
 - Peradangan : tampak tidak terdapat tanda-tanda peradangan
 - Hemoroid : tampak tidak terdapat hemoroid
 - Fistula : tampak tidak terdapat fistula

4. Pola Aktivitas Dan Latihan

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan pensiunan karyawan swasta. Keluarga juga mengatakan sebelum sakit pasien beraktivitas seperti biasa di rumah, misalnya membersihkan rumah dibantu oleh anak ataupun istri. Keluarga mengatakan sejak pensiun pasien lebih banyak menghabiskan waktu di rumah dan membantu pekerjaan rumah. Keluarga pasien mengatakan jika ada waktu senggang pasien akan bermain bersama cucunya, keluarga mengatakan pasien jarang berolahraga.

b. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak mampu melakukan banyak aktivitas seperti pada saat sebelum sakit. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas dan Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri dan pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

c. Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak pasien sesak, pola napas abnormal, tampak pernapasan cuping hidung dan tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga maupun perawat. Tampak rentang gerak terbatas pada ekstremitas sinistra.

1) Aktivitas harian :

- Makan	: 2	0 : mandiri
- Mandi	: 4	1 : bantuan dengan alat
- Pakaian	: 4	2 : bantuan orang
- Kerapihan	: 4	3 : bantuan alat dan orang
- Buang air besar	: 3	4 : bantuan penuh
- Buang air kecil	: 1	

- Mobilisasi di tempat tidur : 4

- 2) Postur tubuh : tidak dikaji karena pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur.
- 3) Gaya jalan : tidak dikaji karena pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur.
- 4) Anggota gerak yang cacat : tidak ada anggota gerak yang cacat
- 5) Fiksasi : tidak ada fiksasi
- 6) Tracheostomi : pasien tidak terpasang tracheostomi.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Tekanan darah
 - Berbaring : 165/90 mmHg
 - Duduk : tidak dikaji
 - Berdiri : tidak dikaji
 - Kesimpulan : Hipotensi ortostatik tidak dapat disimpulkan
- 2) HR : 56 x/menit
- 3) Kulit
 - Keringat dingin : tampak tidak ada
 - Basah : tampak tidak ada
- 4) JVP : 5-2 cmH₂O
 - Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai.
- 5) Perfusi pembuluh kapiler kuku : < 3 detik
- 6) Thorax dan pernapasan
 - Inspeksi:
 - Bentuk thorax : tampak simetris sinistra dan dekstra
 - Retraksi interkostal: tampak ada retraksi intercostal

- Sianosis : tidak tampak sianosis
- Stridor : tidak ada
- Palpasi :
 - Vocal premitus : teraba sama kuat pada paru kiri dan kanan
 - Krepitasi : tidak ada krepitasi
- Perkusi : sonor
- Lokasi : dinding dada di celah interkosta
- Auskultasi:
 - Suara napas : vesikuler
 - Suara ucapan : tidak dikaji
 - Suara tambahan : tidak terdengar suara tambahan

7) Jantung

- Inspeksi:
 - Ictus cordis : tidak tampak
- Palpasi:
 - Ictus cordis: ICS V linea medioclavikularis sinistra
- Perkusi:
 - Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra
 - Batas bawah jantung : ICS V linea medioclavikularis sinistra
 - Batas kanan jantung : ICS II linea sternalis dekstra
 - Batas kiri jantung : ICS V linea axilaris anterior sinistra
- Auskultasi :
 - Bunyi jantung II A : tunggal, ICS II linea sternalis dekstra
 - Bunyi jantung II P : tunggal, ICS II dan III linea sternalis dekstra

Bunyi jantung I T	: tunggal, ICS IV linea sternalis sinistra
Bunyi jantung I M	: tunggal, ICS V linea clavikularis sinistra
Bunyi jantung III irama gallop	: tidak terdengar
Murmur	: tidak terdengar
Bruit Aorta	: tidak terdengar
A. Renalis	: tidak terdengar
A. Femoralis	: tidak terdengar

8) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : negatif
- Rentang gerak : keterbatasan gerak
(kelemahan) pada
ekstremitas sinistra
- Kaku sendi : tidak ada kaku sendi
- Nyeri sendi : tidak ada nyeri sendi
- Fraktur : tidak ada fraktur
- Paralisis : tubuh sebelah sinistra
- Uji kekuatan otot

	Kanan Kiri	
Tangan	5	1
Kaki	5	1

Keterangan:

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tetapi tidak mampu melawan Tekanan

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

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi :
 - Biceps, kiri : negatif
 - Kanan: positif
 - Triceps, kiri : negatif
 - Kanan: positif
 - Achilles, kiri : negatif
 - Kanan: positif

- Refleks patologis

- Babinski, Kiri : positif
- Kanan : positif

- Clubing jari-jari : tidak ada

- Varises tungkai : tidak ada varises tungkai

9) Columna vetebralis:

- Inspeksi : tidak dikaji karena pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur
- Palpasi : tidak dikaji karena pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur
- Kaku kuduk : tidak ada

5. Pola Tidur Dan Istirahat

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien tidak mengalami gangguan tidur, pasien biasa tidur malam sekitar jam 9 malam dan bangun pagi jam 5 pagi (8 jam) dan pasien merasa segar saat bangun pagi dan tidur siang sekitar 1 jam dan Keluarga pasien mengatakan pasien bisa tidur setelah menonton TV sebagai pengantar tidurnya dan pasien suka tidur dengan suasana ruangan gelap dan biasa tidur menggunakan kipas angin.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur dan hanya bangun saat dibangunkan. Keluarga juga mengatakan pasien hanya terbangun jika ada rangsangan atau tindakan dari perawat ataupun dokter.

c. Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur, pasien lebih sering menutup mata.

Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Banyak menguap : Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

6. Pola Persepsi Kognitif

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata dan alat pendengaran. Pasien tidak mengalami kesulitan dalam mempelajari sesuatu dan pasien mengalami nyeri kepala yang kadang hilang jika beristirahat. Keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak mengalami gangguan pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, maupun perabaan dan daya ingat pasien masih baik.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata dan alat pendengaran dan pasien tidak memiliki masalah pada penglihatan maupun pendengarannya. Pasien mengalami kelemahan tubuh, Lengan dan tungkai sebelah kiri sulit untuk digerakkan. Pasien hanya terbaring lemah ditempat

tidur. Keluarga mengatakan pasien hanya mengeluarkan suara tidak jelas seperti mengerang tanpa ada kata yang diucapkan.

c. Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan. Tampak pasien hanya mengeluarkan suara tidak jelas seperti mengerang tanpa ada kata yang diucapkan. Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur.

d. Pemeriksaan fisik

1) Penglihatan

- Kornea : tampak jernih
- Pupil : isokor (respon melambat)
- Lensa mata : tampak jernih pada kedua mata
- Tekanan intra okuler : tidak ada peningkatan tekanan Intra okuler

2) Pendengaran

- Pina : pina bersih
- Kanalis : kanalis bersih, dan tidak terdapat pus/serumen
- Membran timpani : tampak utuh

3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Lengan dan tungkai sebelah kiri sulit untuk digerakkan. Pasien mampu mengenal rasa saat perawat melakukan goresan pada kedua telapak kaki ditandai dengan kelima jari-jari refleks melakukan gerakan.

7. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien seorang pensiunan karyawan swasta yang beraktivitas di rumah saja. Pasien dikenal sebagai pribadi yang tegas dan disiplin. Pasien merupakan seorang kepala rumah tangga yang bertanggung jawab dan dikenal ramah oleh tetangga sekitar rumahnya. Keluarga pasien mengatakan pasien merasa bahagia dan bersyukur dengan kehidupannya dan tidak pernah merasa putus asa dan frustrasi dalam kehidupannya.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menjalankan aktivitasnya seperti biasa. Keluarga pasien mengatakan pasien merasa tidak berdaya karena pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur keluarga pasien mengatakan pasien hanya bisa mengungkapkan perasaannya lewat raut wajah dan tatapan mata dan sesekali pasien meneteskan air mata. Keluarga berharap pasien cepat sembuh dan dapat melakukan aktivitas seperti biasanya.

c. Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur dan tampak pasien meneteskan air mata saat di besuk oleh keluarga dan sahabat.

- 1) Kontak mata : kurang
- 2) Rentang perhatian : kurang
- 3) Suara dan cara bicara : tidak dikaji karena pasien sulit untuk berbicara
- 4) Postur tubuh : tidak dikaji karena pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur.

d. Pemeriksaan fisik :

- 1) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada kelainan bawaan
- 2) Bentuk/postur tubuh : tidak dikaji karena pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur.
- 3) Kulit : tidak elastis

8. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama istrinya dan pasien tinggal terpisah dari anak-anaknya dikarenakan sudah berkeluarga. Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang kepala rumah tangga sekaligus suami dan ayah bagi istri dan anak-anaknya dan pasien merasa puas dengan peran dan tanggung jawabnya. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga dan tetangga sekitar terjalin sangat baik harmonis. Keluarga pasien mengatakan pasien sering bersosialisasi dengan tetangga sekitar rumah, dan pasien aktif mengikuti kegiatan sosial di masyarakat seperti kerja bakti, dan kegiatan lainnya yang ada di masyarakat dan pasien sangat senang apabila bisa mengikuti kegiatan tersebut. Pasien sering berkunjung ke rumah sahabat dan anaknya.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan mereka merasa sedih, cemas dan ingin pasien segera sembuh dan selalu mendukung semua proses pengobatan pasien. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga dan tetangga masih terjalin sangat baik mereka selalu mendukung pasien. keluarga mengatakan pasien sudah

tidak bisa mengikuti kegiatan sosial di masyarakat lagi dan hanya terbaring lemah. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien rutin dikunjungi oleh keluarga dan sahabatnya serta tetangga di sekitar rumah pasien.

c. Observasi :

Tampak pasien hanya mengeluarkan suara tidak jelas seperti mengerang tanpa ada kata yang diucapkan. Tampak pasien sering di kunjungi dan di jenguk oleh sahabat serta tetangganya.

9. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan seorang laki- laki tulen. Pasien mulai memiliki 7 orang anak perempuan yang sudah berumah tangga. Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki masalah ataupun gangguan reproduksi seperti impotensi ataupun penyakit menular seksual dan tidak memiliki penyimpangan seksual.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan tidak ada masalah di bagian organ reproduksinya dan tidak memiliki riwayat penyakit menular seksual, penyimpangan seksual ataupun riwayat gangguan reproduksi lainnya. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah memiliki 7 orang anak dan merasa sangat cukup.

c. Observasi :

Tampak tidak ada perilaku penyimpangan seksual dan tampak bagian genitalia bersih, tidak ada tanda-tanda peradangan, tidak ada lesi.

10. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan terkadang merasa marah jika ada anggota keluarga yang membuat kesalahan dan merasa cemas dan sedih jika mengalami kegagalan dan apabila pasien sedang cemas, marah, sedih atau mengalami stress dan gelisah, pasien selalu bercerita dengan istri maupun anak-anaknya dan jika ada masalah akan mencoba mengatasi dengan kepala dingin dan tenang agar tidak salah dalam mengambil keputusan.

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien terlihat sedih, terkadang meneteskan air mata dan pasien hanya bisa mengungkapkan perasaannya lewat tatapan mata dan genggaman tangan. Keluarga pasien mengatakan bahwa ia sangat khawatir dengan kondisi pasien saat ini, keluarga pasien mengatakan semoga pasien cepat sembuh dan dapat beraktivitas kembali seperti semula. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengkonsumsi ataupun diberi obat penenang jenis apapun.

c. Observasi :

Tampak pasien sedih, dan terkadang meneteskan air mata dan menangis, tampak pasien ingin tangannya digenggam dan tampak sesekali pasien gelisah.

11. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama Islam dan percaya bahwa segala sesuatu yang diterima dan dihadapi adalah anugerah dari Allah SWT dan keluarga serta pasien menerapkan tata nilai kehidupannya

berdasarkan ketentuan agama yang dianutnya sebagai pedoman dalam menjalani kehidupan. Keluarga mengatakan pasien rajin beribadah ke masjid, setiap hari sholat 5 waktu, mengaji dan rajin mengikuti kegiatan keagamaan. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat ingin pergi ke tanah suci akan tetapi kondisi tubuh yang tidak memungkinkan dan dalam keluarga pasien tidak ada larangan ataupun pantangan

b. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak beribadah dikarenakan kondisinya yang lemah. Sejak sakit pasien hanya di doakan oleh keluarga dan dibacakan alquran di samping pasien. keluarga pasien selalu mendoakan dan menyerahkan seluruhnya kepada Allah SWT.

c. Observasi

Tampak keluarga sering mendoakan pasien di samping tempat tidur pasien dan tampak keluarga mendengarkan lagu sholawat melalui youtube di samping pasien.

II. UJI SARAF KRANIAL

1. N I (Olfaktorius)

Tidak di kaji (kesadaran menurun)

2. N II (Optikus)

Tidak di kaji (kesadaran menurun)

3. N III, IV, VI (Okulomotorius, Troklear, Abdusen)

Tampak pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, respon pupil melambat, refleks cahaya positif

4. N V (Trigeminus)

Tidak di kaji (kesadaran menurun)

5. N VII (Fasialis)
Sensorik : Tidak di kaji (kesadaran menurun)
Motorik : Tidak di kaji (kesadaran menurun)
6. N VIII (Vestibulocochlearis)
Vestibularis : Pasien tidak dapat berdiri dan mengalami penurunan kesadaran
Akustikus : Pasien mampu mendengarkan gesekan jari perawat
7. N IX (Glosfaringeus)
Uvula berada di tengah
8. N X (Vagus)
Tampak pasien kesulitan untuk menelan
9. N XI (Accecosius)
Tidak di kaji (kesadaran menurun)
10. N XII (Hypoglosus)
Tidak di kaji (kesadaran menurun)

III. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- a. CT-Scan kepala /17 april 2023

Kesan:

- *Hematoma intraventriculer IV & hematoma subarachnoid*
- *Atrofi cerebri*
- Volume perdarahan 30 cc

b. Pemeriksaan laboratorium/ 19-04-2023

	Parameter	Nilai Rujukan
WBC	4.28 ($10^3/uL$)	4.11-11.30
RBC	3.54 L ($10^6/uL$)	4.50- 5.90
HGB	11.5 L (g/dL)	14.0-17.5
HCT	32.6 L (%)	41.5-50.4
MCV	92.2 (fL)	80.0-96.1
MCH	32.5 (pg)	27.5 - 33.2
MCHC	35.3 (g/dL)	33.4-35.5
PLT		172 -450
RDW-SD	230*($10^3/uL$)	37.0-54.0
RDW-CV	45.4 (fL)	11.6-14.6
PDW	16.0 H (%)	9.0-17.0
MPV	11.6 (um^3)	9.0-13.0
P-LCR	8.6 L* (fL)	18.0-50.0
PCT	19.0 (%)	0.17-0.35

c. Pemeriksaan kimia darah / 18 april 2023

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	satuan
SGOT	26	6 -30	u/L
SGPT	15	7 – 32	u/L
Ureum	37	<50	Mg/dl
Kreatinin	6.60*	0.7 – 4.1	Mg/dl
Kolesterol total	243*	<200	Mg/dl
Kolesterol HDL	61	>40	Mg/dl
Kolesterol LDL	152*	<130	Mg/dl
Trigliserida	145	<200	Mg/dl

Kesan : Dislidemia

d. Pemeriksaan kimia klinik (Analisa Gas darah) / 19 april 2023

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	satuan
PH	7.397	7.35 – 7.45	
PcO2	2.7	35.0 – 45.0	MmHg
PO2	208	80.0 – 100.0	MmHg
BEeCF	1	-2 s/d +2	Mmol/l
HCO3	26,3	22- 26	Mmol/l
C+CO2	28	23 -27	Mmol/l
C+ O2	-	15.8 – 22.3	Mmol/l
sO2	100	95 – 98	%
La2	0.87	0.5 – 1.6	Mmol/l

Kesan : Analisa gas darah dalam batas Normal

D. Analisa Data

1. Analisa data primer

Nama/Umur : Tn. A/ 72 Tahun

Ruang/Kamar : ICU RSUD Labuang Baji Makassar

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS :</p> <p>1. Keluarga mengatakan pasien sesak napas</p> <p>DO :</p> <p>1. Tampak pasien sesak</p> <p>2. Tampak penggunaan otot bantu napas: dada</p> <p>3. Tampak retraksi intrakostal</p> <p>4. Tampak pernapasan cuping hidung</p> <p>5. Tampak pola napas abnormal (Takipnea)</p> <p>6. TTV:</p> <p>TD:165/90 MmHg</p> <p>N: 56 x/m</p> <p>R: 30x/m</p> <p>S:36,8 °C</p> <p>SPO₂:93 %</p>	Gangguan neuromuskular	Pola napas tidak efektif
2.	<p>DS:</p> <p>1. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah merasakan nyeri kepala sebelum ditemukan mengalami penurunan kesadaran di rumah.</p>	Edema serebral: stroke hemoragik	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

	<p>2. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ku: lemah 2. Tampak pasien gelisah 3. Tampak tingkat kesadaran menurun: kualitatif: Somnolen Kuantitatif: GCS 9 (M₅V₂E₂) 4. Tampak respon pupil melambat 5. Level stroke: level 2 6. Tanda-tanda vital: TD: 165/90 mmHg N: 56 x/m (bradikardi) S: 36,8°C R: 30 x/m Spo₂: 93 % 7. Pemeriksaan neurologis: <ol style="list-style-type: none"> a. Nervus X: Tampak pasien kesulitan untuk menelan b. Refleks fisiologis: Biceps, kiri : negatif Kanan: positif Triceps, kiri : negatif Kanan: positif Achilles, kiri : negatif Kanan: positif c. Refleks patologis Babinski (+) d. PDW: 16.0 H (%) 		
--	---	--	--

	6. Pemeriksaan CT-Scan kepala: <i>a. Hematoma intraventriculer IV & hematoma subarachnoid</i> <i>b. Atrofi cerebri</i> Volume perdarahan 30 cc										
3.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur 2. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur 2. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat 3. Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>Kanan</th> <th>Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> 4. Tampak rentang gerak terbatas pada ekstremitas sinistra 5. Pemeriksaan CT-Scan kepala : <ul style="list-style-type: none"> - hematoma intraventriculer IV & hematoma subarachnoid - Atrofi cerebri - Volume perdarahan 30 cc 	Kanan	Kiri	5	1	5			1	Gangguan neuromuskuler	Gangguan mobilitas fisik
Kanan	Kiri										
5	1										
5											
	1										

2. Analisa data sekunder

Nama/Umur : Tn. A/ 72 Tahun

Ruang/Kamar : ICU RSUD Labuang Baji Makassar

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS :</p> <p>1. Keluarga pasien mengatakan pasien sejak sakit sulit menelan, jika setiap kali pasien diberikan makanan ataupun minuman pasien selalu tersedak</p> <p>DO:</p> <p>1. Tampak pasien tersedak dan batuk saat diberikan air mineral satu sendok makan</p> <p>2. Tampak keluar air banyak dari mulut pasien</p> <p>3. Tampak makanan dan minuman tertinggal di rongga mulut pasien</p> <p>4. Tampak makanan dan minuman keluar dari mulut</p> <p>5. Tampak pasien sulit menelan</p> <p>6. Pemeriksaan nervus : Nervus X (Vagus) Tampak pasien kesulitan untuk menelan</p>	Gangguan serebrovaskular	Gangguan menelan

E. Diagnosis Keperawatan

Nama/Umur : Tn. A/ 72 Tahun

Ruang/Kamar : ICU RSUD Labuang Baji Makassar

NO.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Pola napas tidak efektif b.d Gangguan neuromuskular d/d dispnea, penggunaan otot bantu napas, pola napas abnormal (D.0005)
2.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (stroke hemoragik) d/d sakit kepala, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi melebar, bradikardi, respon pupil melambat, refleks neurologis terganggu (D.0066)
3.	Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular d/d sulit menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak (D.0063)
4.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d/d sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak terbatas (D.0054)

F. Intervensi Keperawatan

Nama/Umur : Tn. A/ 72 Tahun

Ruang/Kamar : ICU RSUD Labuang Baji Makassar

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	LUARAN YANG DI HARAPKAN (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	RASIONAL
1.	Pola napas tidak efektif b.d Gangguan neuromuskular (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pola napas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil : 1. Dispnea cukup menurun	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) 2. Monitor Bunyi napas (mis. Gurgling, <i>mengi</i> , <i>whezezing</i> , <i>ronkhi</i> kering) Terapeutik 1. Posisikan semi fowler atau fowler	Observasi 1. Mengontrol pernapasan (penurunan kecepatan) dapat terjadi. 2. Mengontrol adanya sumbatan pada jalan napas Terapeutik 1. Menurunkan konsumsi oksigen/ kebutuhan dan

		<p>2. penggunaan otot bantu napas cukup menurun</p> <p>3. pemanjangan fase ekspirasi cukup menurun</p> <p>4. frekuensi napas cukup membaik</p> <p>5. kedalaman napas cukup membaik</p>	<p>2. Berikan oksigen</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran dan mukolitik jika perlu</p> <p>Dukungan ventilasi (I.01002)</p> <p>Observasi</p> <p>3. Identifikasi kelelahan otot bantu napas</p>	<p>meningkatkan inflamasi paru maksimal.</p> <p>2. Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardia dan juga mengurangi ketidaknyamanan sehubungan dengan iskemia jantung.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Mengendurkan otot-otot saluran pernapasan agar aliran udara menjadi lebih lancar</p> <p>Observasi</p> <p>1. Untuk mengetahui adanya kelelahan otot bantu napas</p>
--	--	--	--	---

			<p>4. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat, jika perlu</p>	<p>2. Untuk mengetahui perubahan posisi terhadap pola napas pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk menjaga keadekuatan ventilasi</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi dini</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Mengoptimalkan proses penyembuhan.</p>
--	--	--	---	---

2.	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (D.0066)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kapasitas adaptif intrakranial (L.06049) meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan intrakranial cukup membaik 2. Sakit kepala cukup menurun 3. Tekanan darah cukup membaik 4. Tekanan nadi (pulse cukup 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. 2. Berikan posisi semi fowler 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien 2. Untuk memantau perkembangan pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan kenyamanan pasien 2. Dapat menurunkan tekanan arteri dengan
----	---	---	---	--

		<p>pressure membaik</p> <p>5. Respon pupil cukup membaik</p> <p>6. Refleks neurologis cukup membaik</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</p> <p>Pemantauan Neurologis (I.06197)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tingkat kesadaran</p> <p>2. Monitor tanda -tanda vital</p>	<p>meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Pemberian deuretik osmosis dapat membantu menurunkan tekanan darah</p> <p>Observasi</p> <p>1. Perubahan tingkat kesadaran dapat menjadi faktor pencetus.</p> <p>2. Pemantauan TTV seperti adanya Hipertensi/hipotensi, mengidentifikasi perbaikan/perusakan perfusi jaringan serebral</p>
--	--	---	---	--

			<p>Terapeutik</p> <p>1. Pertahankan posisi kepala dan leher</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>	<p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk mencegah peningkatan TIK</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Agar keluarga mengerti dan dapat membantu proses perawatan</p>
3.	Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular (D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menelan (L.06053) membaik, dengan kriteria hasil : a. Refleks menelan cukup meningkat b. Kemampuan mengunyah cukup meningkat	<p>Dukungan perawatan diri: makan/minum</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi diet yang dianjurkan.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan sedotan untuk minum.</p> <p>2. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian pasien</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Mengetahui diet yang dianjurkan untuk pasien</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Melatih otot dan menguatkan otot facial dan otot menelan pada pasien.</p> <p>2. Memudahkan pasien untuk makan/minum</p>

		<p>c. Usaha menelan cukup meningkat</p> <p>d. Frekuensi tersedak cukup menurun</p>	<p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan posisi makan pada pasien</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetic)</p> <p>Pencegahan Aspirasi (I.14535)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan</p> <p>Terapeutik</p> <p>c) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit</p>	<p>Edukasi</p> <p>1. Agar keluarga dan pasien mengetahui posisi yang benar saat makan dan dapat mencegah terjadinya aspirasi.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Mencegah adanya rasa mual ataupun muntah pada saat makan.</p> <p>Observasi</p> <p>1. Untuk mengetahui dan mencatat adanya resiko aspirasi pada pasien</p> <p>Terapeutik</p>
--	--	--	---	---

			<p>sebelum memberi asupan oral</p> <p>d) Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makan secara perlahan 2. Ajarkan strategi mencegah aspirasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memudahkan proses menelan dan menurunkan resiko terjadinya aspirasi 2. Material makanan yang lunak akan memudahkan proses menelan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminimalkan resiko tersedak dan aspirasi pada pasien 2. Agar keluarga pasien dapat mencegah dan meminimalkan terjadinya aspirasi
4.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan

	<p>d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054)</p>	<p>diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot cukup meningkat 2. Rentang gerak (ROM) cukup meningkat 3. Gerakan terbatas cukup menurun 4. Kelemahan fisik cukup menurun 	<p>melakukan pergerakan</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<p>melakukan pergerakan atau Batasan bergerak atau kemampuan otot</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu dalam memberikan bantuan berupa alat bantu dalam memberikan bantuan berupa alat untuk menunjang aktivitas dan memberikan rasa aman dan nyaman fasilitasi aktivitas 2. Keluarga merupakan yang utama dalam membantu meningkatkan keinginan pasien untuk sembuh
--	---	---	---	---

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Teknik Latihan penguatan otot sendi (I.05185)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi pasif. 2. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi. 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga dapat memahami tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan batas gerak yang akan dilakukan Latihan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan rasa nyaman pada saat dilakukan Teknik Latihan 2. Mencegah rasa sakit pada saat melakukan latihan
--	--	--	---	---

			<p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan pada keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasikan dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>	<p>Edukasi :</p> <p>1. Agar keluarga dapat mengetahui bahwa imobilisasi penting untuk mencegah terjadinya dekubitus maupun kekakuan otot</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Memberikan bantuan yang optimal dalam menjalani proses terapi</p>
--	--	--	---	--

G. Implementasi Keperawatan

Nama /Umur : Tn. A/ 72 Tahun

Ruang /Kamar: ICU RS Labuang Baji Makassar

Tanggal	Jam	Diagnosis	Implementasi	Nama perawat
Rabu, 26-04- 2023	08.10	II	Memonitor tanda –tanda vital Hasil : TD : 177/104 mmHg S:36,5 °c N : 58 x/m P: 30 x/m	Maria Lili
	08.15	I	Memonitor bunyi napas Hasil : Tidak terdengar ada bunyi napas tambahan	Maria Lili
	08.20	I	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Tampak pasien diberikan posisi <i>head up 30°</i> selama 30 menit	Maria Lili
	08.30	II	Mempertahankan posisi kepala dan leher Hasil : Pasien diberikan posisi <i>head up 30°</i>	Maria Lili

	09.00	II	<p>Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradycardia, pola napas irregular, kesadaran menurun)</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 177/104 mmHg</p> <p>P: 30x/m</p> <p>N : 58 x/m (bradycardia)</p> <p>Tampak kesadaran menurun (somnia)</p>	Maria Lili
	09.30	II	<p>Memonitor tingkat kesadaran</p> <p>Hasil:</p> <p>Kuantitatif (GCS): 9</p> <p>E: 2</p> <p>V: 2</p> <p>M: 5</p> <p>Kualitatif: somnolen</p>	Maria Lili
	09.45	IV	<p>Memberikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi pasif</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien diberikan posisi semi fowler</p>	Maria Lili

	10.00	III	Berkolaborasi pemberian obat (antiemetic) Hasil : Ondancetron 4 mg/8 jam/IV	Maria Lili
	10.30	I	Memonitor pola napas Hasil : Tampak pola napas takipnea, penggunaan otot bantu napas : dada, tampak retraksi intrakostal P : 34 x/m, SPO ₂ : 95%	Maria Lili
	11.00	III	Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral Hasil : Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan	Maria Lili
	11.30	III	Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 100 cc	Maria Lili
	12.00	III	Menganjurkan pasien makan secara perlahan	Maria Lili

			<p>Hasil :</p> <p>tampak pasien kesulitan dalam menelan dan tampak pasien makan perlahan</p>	
	12.15	I	<p>Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan</p> <p>Hasil :</p> <p>Kesadaran pasien: somnolen (E₂V₂M₅)</p> <p>Tampak pasien tidak batuk dan muntah</p> <p>Pasien tidak mampu menelan dengan baik</p>	Maria Lili
	12.30	III	<p>Berkolaborasi Pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Citicolin 500 mg/12 jam/IV - Curcuma 25 mg/oral - ketorolac/30mg/8 jam/IV - Mecobalamin 500 mg/24 jam/IV - Ranitidine 50 mg/12 jam/IV 	Maria Lili
	13.15	I	<p>Memberikan oksigen</p>	Maria Lili

			Hasil: Pasien diberikan oksigen NRM 12 liter/menit	
	13.30	III	Menyediakan sedotan untuk minum Hasil : Tampak keluarga menyiapkan sedotan	Maria Lili
	14.30	II	Pertahankan kepatenan jalan napas Hasil : Tampak pasien di beri posisi <i>head up</i> 30° untuk mempertahankan kepatenan jalan napas	Maria Isna
	15.30	IV	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri	Maria Isna
	16.00	IV	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Tampak Ku : lemah	Maria Isna

	16.20	IV	Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan Hasil : Tampak pernapasan pasien mulai teratur	Maria Isna
	16.40	IV	Mengajarkan mengubah posisi secara mandiri Hasil : Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga	Maria Isna
	17.00	IV	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Tampak pengaman tempat tidur di pasang	Maria Isna
	17.15	IV	Mengidentifikasi keterbatasan gerak dan sendi Hasil: Tampak pergerakan pasien terbatas	Maria Isna
	17.30	III	Memberikan bantuan makan /minum sesuai tingkat kemandirian pasien	Maria Isna

			<p>Hasil :</p> <p>Tampak saat pasien makan dan minum dibantu oleh perawat dan keluarga</p>	
	17.45	III	<p>Berkolaborasi pemberian obat (antiemetic)</p> <p>Hasil :</p> <p>Ondancetron 4 mg/IV</p>	Maria Isna
	18.00	III	<p>Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan</p>	Maria Isna
	18.30	III	<p>Mengajarkan strategi mencegah aspirasi</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak keluarga mengerti cara mencegah aspirasi dengan cara perawat mengatur posisi kepala pasien 30 derajat</p>	Maria Isna
	18.50	III	<p>Memberikan bantuan makan/ minum sesuai tingkat kemandirian pasien</p>	Maria Isna

			<p>Hasil: Tampak keluarga membantu pasien makan/minum</p>	
	19.30	III	<p>Menjelaskan posisi makan pasien</p> <p>Hasil : Tampak keluarga mengerti dan memberikan posisi makan yang benar</p>	Maria Isna
	19.50	III	<p>Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak</p> <p>Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 100 cc</p>	Maria Isna
	20.00	III	<p>Menganjurkan pasien makan secara perlahan</p> <p>Hasil : tampak pasien kesulitan untuk menelan dan makan secara perlahan</p>	Maria Isna
	20.30	III	<p>Menyediakan sedotan untuk minum</p> <p>Hasil : Tampak keluarga menyediakan sedotan</p>	Maria Isna

	21.00	III	Memberikan obat oral dalam bentuk cair Hasil: Tampak pasien diberikan obat atorvastatin 20 mg, vip albumin 2 caps	Maria Isna
	21.30	II	Memonitor tanda-tanda vital TD:162/ 100 mmHg S: 37° N:62 x/m P: 30x/m	Maria Isna
	22.30	II	Berkolaborasi pemberian diuretik osmosis Hasil : Pemberian manitol 100cc/8jam/ IV	Maria Goreti
	23.00	III	Berkolaborasi pemberian obat Hasil : - Citicolin 500 mg/12 jam/IV - Ranitidine 50 mg/12 jam/IV	Maria Grace
	24.30	III	Memberikan bantuan makan /minum sesuai tingkat kemandirian pasien Hasil : Tampak pasien minum dibantu keluarga	Maria Grace

	01.00	II	<p>Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>Hasil: memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak ribut/menjaga ketenangan pasien</p>	Maria Goreti
	01.30	II	<p>Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradycardia, pola napas irregular, kesadaran menurun)</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 167/104 mmHg P: 30x/m N : 64 x/m (bradikardia) Tampak kesadaran menurun (somnia)</p>	Maria Goreti
	02.45	I	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pola napas takipneu, penggunaan otot bantu: dada, P:28 x/m SPO₂: 96%</p>	Maria Grace

	04.00	II	<p>Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 150/80 mmHg</p> <p>P: 30x/m</p> <p>N: 59 x/m (bradikardia)</p> <p>Tampak kesadaran menurun (somnia)</p>	Maria Goreti
	05.30	I	<p>Memonitor bunyi napas</p> <p>Hasil :</p> <p>Tidak terdengar ada bunyi napas tambahan</p>	Maria Goreti
	06.30	I	<p>Memberikan posisi semi fowler</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30° selama 30 menit</p>	Maria Grace
	06.35	II	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil :</p> <p>TD: 160/ 92 mmHg</p> <p>S:37 °c</p> <p>N :58 x/m P: 30 x/m</p>	Maria Goretti

	07.00	I	Pertahankan kepatenan jalan napas Hasil : Tampak pasien diberi posisi <i>head up</i> 30° untuk mempertahankan kepatenan jalan napas	Maria Grace
Kamis, 27-04- 2023	08.00	I	Memonitor tanda –tanda vital Hasil: TD : 177/104 mmHg S :36,5 °c N : 58 x/m P: 30 x/m	Maria Fransiska
	08.20	I	Memonitor tingkat kesadaran Hasil : Kuantitatif (GCS): 9 E: 2 V: 2 M: 5 Kualitatif: somnolen	Maria Yamlean
	08.30	I	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Tampak pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30° selama 30 menit	Maria Fransiska

	09.00	I	Mempertahankan posisi kepala dan leher Hasil : Pasien diberikan posisi <i>head up 30°</i>	Maria Yamlean
	09.30	II	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas irregular, penurunan kesadaran) Hasil : TD : 168/96 mmHg P: 30x/m N : 60x/m (bradikardia) Tampak kesadaran menurun (somnia)	Maria Fransiska
	09.45	I	Memonitor pola napas Hasil : Tampak pola napas takipnea, penggunaan otot bantu napas: dada, tampak retraksi intracostal P: 30 x/m, SPO ₂ : 95%	Maria Yamlean
	10.00	III	Berkolaborasi pemberian obat (antiemetik)	Maria Yamlean

			<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ondancetron 4 mg/8 jam /IV 	
	10.30	I	<p>Memberikan oksigen</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien diberikan oksigen NRM 12 liter/menit</p>	<p>Maria Fransiska</p>
	10.40	I	<p>Memonitor bunyi napas</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak tidak ada bunyi napas tambahan</p>	<p>Maria Wulandari</p>
	11.00	III	<p>Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan</p> <p>Hasil :</p> <p>Kesadaran pasien: somnolen (E₂V₂M₅)</p> <p>Tampak pasien tidak batuk dan muntah</p> <p>Pasien tidak mampu menelan dengan baik</p>	<p>Maria Wulandari</p>
	11.30	III	<p>Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pasien nyaman diberi posisi semi fowler</p>	<p>Maria Fransiska</p>

			(30°) 30 menit sebelum diberi makan	
	12.00	III	Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 100 cc	Maria Yamlean
	12.30	III	Menganjurkan pasien makan secara perlahan Hasil : Tampak pasien kesulitan untuk menelan dan makan secara perlahan	Maria Wulandari
	13.00	III	Berkolaborasi dalam pemberian obat Hasil : - Citicolin 500 mg/12 jam/IV - Curcuma/25 mg/oral - Ketorolac 30 mg/12 jam/IV - Mecobalamin 30 mg/24 jam/IV - Ranitidine 50 mg/12 jam/IV	Maria Yamlean
	13.30	III	Menyediakan sedotan	Maria Lili

			<p>untuk minum</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak keluarga menyediakan sedotan</p>	
	14.00	I	<p>Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pasien diberi posisi <i>head up 30°</i> untuk mempertahankan kepatenan jalan napas</p>	Maria Lili
	14.30	IV	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri</p>	Maria Lili
	15.30	IV	<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak ku lemah</p>	Maria Lili
	16.00	I	<p>Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pasien diberikan</p>	Maria Lili

			posisi semifowler	
	16.20	IV	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Tampak pengaman tempat tidur di pasang	Maria Lili
	16.40	IV	Mengidentifikasi keterbatasan gerak dan sendi Hasil: Tampak pergerakan pasien terbatas	Maria Lili
	17.00	I	Memonitor bunyi napas Hasil : Tidak terdengar adanya bunyi napas tambahan	Maria Lili
	17.15	III	Memberikan bantuan makan /minum sesuai tingkat kemandirian pasien Hasil : Tampak saat pasien makan dan minum dibantu oleh perawat dan keluarga	Maria Lili
	17.30	III	Memposisikan semi fowler	Maria Lili

			(30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral Hasil : Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan	
	17.45	III	Menganjurkan strategi mencegah aspirasi Hasil : Tampak keluarga mengerti cara mencegah aspirasi dengan cara perawat mengatur posisi kepala pasien 30°	Maria Lili
	18.00	III	Memberikan bantuan makan /minum sesuai tingkat kemandirian pasien Hasil : Tampak keluarga membantu pasien makan/minum	Maria Lili
	18.30	III	Menjelaskan posisi makan pasien Hasil : Tampak keluarga mengerti dan memberikan posisi makan yang benar	Maria Lili

	18.40	III	Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 100 cc	Maria Lili
	19.10	III	Menganjurkan pasien makan secara perlahan Hasil : tampak pasien kesulitan dalam menelan dan makan secara perlahan	Maria Lili
	19.20	III	Berkolaborasi pemberian obat (antiemetic) Hasil : - Ondancetron 4 mg/8 jam/IV	Maria Lili
	20.00	III	Memberikan bantuan makan /minum sesuai tingkat kemandirian pasien Hasil : Tampak pasien minum dibantu keluarga	Maria Lili
	20.30	III	Menyediakan sedotan untuk minum Hasil : Tampak keluarga	Maria Lili

			menyediakan sedotan	
	21.00	III	Memberikan obat oral dalam bentuk cair Hasil : tampak obat pasien diberikan obat atorvastatin 20 mg, vip albumin 2	Maria Lili
	21.30	II	Berkolaborasi pemberian diuretik osmosis Hasil : Pemberian manitol 100cc/8jam/ iv Memonitor tanda-tanda vital TD:159/ 100 mmHg S: 36,5° N:56 x/m P: 28x/m	Maria Goreti
	22.30	II	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak ribut/menjaga ketenangan pasien	Maria Goreti
	23.00	III	berkolaborasi pemberian obat	Maria Grace

			<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Citicoline 500 mg/12 jam/IV 	
	23.30	II	<p>Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi meleba, bradikardia, pola napas irregular, kesadaran menurun)</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 160/90 mmHg</p> <p>P: 30x/m</p> <p>N : 64 x/m (bradikardia)</p> <p>Tampak kesadaran menurun (somnia)</p>	Maria Goreti
	24.00	I	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pola napas takipneu, penggunaan otot bantu napas: dada, P:32 x/m spo₂: 97%</p>	Maria Goreti
	01.30	II	<p>Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran</p>	Maria Grace

			menurun) Hasil : TD : 159/80 mmHg P: 28 X/m N : 60 x/m (bradikardia) Tampak kesadaran menurun (somnia)	
	02.45	II	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil : Tampak perawat mengatur posisi pasien, memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak ribut/menjaga ketenangan pasien	Maria Goreti
	04.00	I	Memberikan posisi semi fowler Hasil : Tampak pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30° selama 30 menit	Maria Grace
	05.30	II	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD: 167/ 96mmHg S:36,3 °C N : 62x/m P: 28 x/m	Maria Goreti

	06.00	I	Memonitor bunyi napas Hasil : Tidak terdengar adanya bunyi napas tambahan	Maria Grace
	06.30	II	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas irregular, kesadaran menurun) Hasil : TD : 160/100 mmHg P: 28x/m N : 58 x/m (bradikardia) Tampak penurunan kesadaran (somnolen)	Maria Goreti
jumaat, 28-04- 2023	08.15	II	Memonitor tanda –tanda vital Hasil : TD : 168/100 mmHg S:36,2 ^o c N : 60 x/m P: 30 x/m	Maria Wulandari
	08.20	I	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Tampak pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30 ^o selama	Maria Wulandari

	08.30	II	30 menit Mempertahankan posisi kepala dan leher Hasil : Pasien diberikan posisi <i>head up 30°</i>	Maria Yamlean
	09.00	II	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas irregular, kesadaran menurun) Hasil : TD : 160/100 mmHg P: 28x/m N : 58 x/m (bradikardia) Tampak penurunan kesadaran (somnolen)	Maria Yamlean
	09.30	II	Memonitor tingkat kesadaran Hasil: Kuantitatif (GCS): 9 E: 2 V: 2 M: 5 Kualitatif: somnolen	Maria Fransiska

	09.45	I	Memonitor pola napas Hasil : Tampak pola napas takipnea, penggunaan otot bantu napas: dada, P: 28x/m, SPO ₂ : 96%	Maria Wulandari
	10.00	III	Memberikan obat (antiemetic) Hasil : - Ondancetron 4 mg/8 jam/IV	Maria Fransiska
	10.30	I	Memberikan oksigen Hasil: Pasien diberikan oksigen NRM 12 liter/menit	Maria Wulandari
	11.00	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Tampak tidak ada bunyi napas tambahan	Maria Yamlean
	11.30	III	Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan Hasil: Tampak kesadaran pasien: somnolen (E ₂ V ₂ M ₅) Tampak pasien tidak batuk	Maria Fransiska

			dan muntah Pasien kesulitan menelan dengan baik	
	12.00	III	Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral Hasil : Tampak pasien nyaman diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan	Maria Wulandari
	12.20	III	Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 100 cc	Maria Fransiska
	12.30	III	Menganjurkan pasien makan secara perlahan Hasil : tampak pasien kesulitan dalam menelan dan makan secara perlahan	Maria Yamlean
	13.15	III	Berkolaborasi Pemberian obat Hasil : - Citicolin 500 mg/IV/12	Maria Wulandari

			<p>jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curcuma/25 mg/oral - Ketorolac 30 mg/8 jam/IV - Mecobalamin 500 mg/24 jam/IV - Ranitidine 50 mg/12 jam/IV 	
	13.30	III	<p>Menyediakan sedotan untuk minum</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak keluarga menyiapkan sedotan</p>	Mariana
	14.00	I	<p>Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pasien diberi posisi <i>head up 30°</i> untuk mempertahankan kepatenan jalan napas</p>	Maria Margareta
	14.30	IV	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri</p>	Mariana
	15.30	IV	<p>Memonitor kondisi umum</p>	Mariana

			selama melakukan mobilisasi Hasil : Tampak ku lemah	
	16.00	I	Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan Hasil : Tampak pernapasan pasien mulai teratur	Maria Margareta
	16.20	IV	Mengajarkan mengubah posisi secara mandiri Hasil : Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga	Mariana
	16.40	IV	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil : Tampak pengaman tempat tidur di pasang	Mariana
	17.00	IV	Memberikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi pasif Hasil: Pasien diberikan posisi	Mariana

			semifowler	
	17.15	IV	Mengidentifikasi keterbatasan gerak dan sendi Hasil: Tampak pergerakan pasien terbatas	Mariana
	17.30	IV	Menjelaskan kepada keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama Hasil: Tampak keluarga mengerti	Maria Margareta
	17.45	III	Memberikan bantuan makan /minum sesuai tingkat kemandirian pasien Hasil : Tampak saat pasien makan dan minum dibantu oleh perawat dan keluarga	Maria Margareta
	18.00	III	Memposisikan semi fowler (30°) 30 menit sebelum memberi asupan oral Hasil: Tampak pasien diberi posisi semi fowler (30°) 30 menit sebelum diberi makan	Mariana

	18.30	III	Berkolaborasi pemberian (antiemetic) Hasil : - Ondancetron 4 mg/8 jam/IV	Mariana
	18.40	III	Menganjurkan strategi mencegah aspirasi Hasil : tampak keluarga mengerti cara mencegah aspirasi dengan cara perawat mengatur posisi kepala pasien 30°	Mariana
	19.10	III	Memberikan bantuan makan /minum sesuai tingkat kemandirian pasien Hasil : Tampak keluarga membantu pasien makan/minum	Maria Margareta
	19.20	III	Menjelaskan posisi makan pasien Hasil : Tampak keluarga mengerti dan memberikan posisi yang benar	Maria Margareta
	19.30	III	Memberikan makanan	Mariana

			dengan ukuran kecil dan lunak Hasil : Tampak pasien diberikan bubur saring 100 cc	
	20.00	III	Menganjurkan pasien makan secara perlahan Hasil : tampak pasien kesulitan dalam menelan dan pasien makan secara perlahan	Maria Margareta
	20.30	III	Menyediakan sedotan untuk minum Hasil : Tampak keluarga menyediakan sedotan	Mariana
	21.00	III	Memberikan obat oral dalam bentuk cair Hasil : tampak obat pasien diberikan obat atorvastatin 20 mg, vip albumin 2	Maria Isna
	22.30	II	Memonitor tanda-tanda vital TD:162/ 100 mmHg S: 37° N:62 x/m P: 30x/m	Maria Isna

	23.00	II	Berkolaborasi pemberian diuretik osmosis Hasil : Pemberian manitol 100cc/8jam/ IV	Maria Lili
	23.30	III	Memberikan bantuan makan /minum sesuai tingkat kemandirian pasien Hasil : Tampak pasien minum dibantu keluarga	Maria Lili
	24.00	III	Berkolaborasi pemberian obat Hasil: - Citicoline 500 mg/12/jam/IV - Ranitidine 50 mg/12 jam/IV	Maria Isna
	01.30	II	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak ribut/menjaga ketenangan pasien	Maria Lili
	03.45	II	Memonitor tanda dan gejala	Maria

			<p>peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas irregular, kesadaran menurun)</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 158/90 mmHg</p> <p>P: 28x/m</p> <p>N : 67x/m (bradikardia)</p> <p>Tampak kesadaran menurun (somnia)</p>	Isna
	04.30	I	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pola napas takipnea, penggunaan otot bantu napas: dada, P: 28x/m, SPO₂: 97%</p>	Maria Lili
	06.30	I	<p>Memonitor bunyi napas</p> <p>Hasil :</p> <p>Tidak terdengar adanya bunyi napas tambahan</p>	Maria Isna
	07.00	II	<p>Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran</p>	Maria Lili

			menurun) Hasil : TD : 150/84 mmHg N : 64 x/m	
	07.20	II	Memonitor tingkat kesadaran pasien Hasil: Kuantitatif (GCS): 9 E: 2 V: 2 M: 5 Kualitatif: somnolen Memberikan posisi semi fowler Hasil : Pasien diberikan posisi <i>head up</i> 30° selama 30 menit	Maria Lili

H. Evaluasi Keperawatan

Nama /Umur : Tn. A/ 72 Tahun

Ruang /Kamar: ICU RS Labuang Baji Makassar

Hari/Tanggal	Evaluasi (S O A P)	Paraf
<p>Rabu,26- 04-2023</p>	<p>DX I : pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S: keluarga pasien mengatakan pasien sesak nafas</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pola napas tidak teratur 2. Tampak pasien sesak 3. Tampak penggunaan otot bantu nafas dada 4. P: 32 x/m 5. Spo2 : 95 % <p>A : pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) 3. Monitor Bunyi napas (mis. Gurgling, mengi, whezezing, ronkhi kering) 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Berikan oksigen <p>Dukungan ventilasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kelelahan otot bantu napas 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 3. Pertahankan kepatenan jalan napas 	

	<p>4. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri.</p> <p>DX II : Penurunan kapasitas adaptif b.d edema serebral</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran : kualitatif : somnolen Kuantitatif: GCS : 9 (M₅V₂E₂) 2. TTV : <p>TD : 172/90 mmHg</p> <p>P : 32 x/menit</p> <p>N : 48 x/menit</p> <p>S : 36,2^oc</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tampak respon pupil isokor 4. Pemeriksaan Neurologis Nervus X : pasien sulit untuk menelan Refleks babinski (+) 5. Tampak terpasang cairan manitol 100cc/8 jam <p>A: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan 	
--	--	--

	<p>darah meningkat, tekanan nadi melebar)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. 4. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis <p>Pemantauan neurologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Pertahankan posisi kepala dan leher <p>Dx III: Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular</p> <p>S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih sulit untuk bisa menelan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien tersedak dan batuk setelah diberikan makanan cair dan minum 2. Tampak pasien kesulitan untuk menelan <p>A : Gangguan menelan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi:</p> <p>Dukungan perawatan diri: makan/minum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Sediakan sedotan untuk minum. 3. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian pasien 4. Jelaskan posisi makan pada pasien <p>Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetic)</p>	
--	---	--

	<p>Pencegahan aspirasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan 2. Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral 3. Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 4. Anjurkan makan secara perlahan 5. Ajarkan strategi mencegah aspirasi <p>Dx IV: Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri 2. keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga 2. Tampak rentang gerak terbatas 3. kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 1 \\ \hline 5 & 1 \end{array}$ <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 	
--	---	--

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 	
Kamis, 27-04-2023	<p>Dx 1: pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S: keluarga pasien mengatakan pasien sesak nafas</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pola napas tidak teratur (takipnea) 2. Tampak pasien sesak 3. Tampak penggunaan otot bantu nafas dada 4. P: 32 x/m 5. Spo2 : 96 % <p>A : pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) 2. Monitor Bunyi napas (mis. Gurgling, <i>mengi</i>, <i>whezezing</i>, <i>ronkhi</i> kering) 3. Posisikan semi fowler atau fowler 4. Berikan oksigen <p>Dukungan Ventilasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kelelahan otot bantu napas 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 3. Pertahankan kepatenan jalan napas 	

	<p>4. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri.</p> <p>DX: II Penurunan kapasitas adaptif b/d edema serebral</p> <p>S: -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran : kualitatif : somnolen, kuantitatif: GCS : 9 (M₅V₂E₂) 2. TTV : TD : 160/100 mmHg N : 56 x/menit P : 28x/menit S : 36,5°C 3. Tampak respon pupil Melambat 4. Pemeriksaan Neurologis Nervus X : pasien kesulitan menelan Refleks babinski (+) 5. Tampak terpasang cairan manitol 100 cc/8 jam <p>A: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar) 	
--	---	--

	<p>3. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.</p> <p>4. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</p> <p>Pemantauan neurologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Pertahankan posisi kepala dan leher <p>Dx III: Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular</p> <p>S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa menelan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien tersedak dan batuk setelah diberikan makanan cair dan minum 2. Tampak pasien kesulitan untuk menelan <p>A: Gangguan menelan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <p>Dukungan perawatan diri :</p> <p>makan/minum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Sediakan sedotan untuk minum. 3. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian pasien 4. Jelaskan posisi makan pada pasien 5. Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetik) <p>Pencegahan aspirasi</p>	
--	--	--

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan 2. Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral 3. Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 4. Anjurkan makan secara perlahan 5. Ajarkan strategi mencegah aspirasi <p>Dx IV: Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri 2. Keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga 2. Tampak rentan gerak terbatas 3. Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 1 \\ \hline 5 & 1 \end{array}$ <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 	
--	--	--

	3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
Jumaat, 28 - 04- 2023	<p>Dx 1: pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S: - keluarga pasien mengatakan sesak pasien berkurang</p> <p>O: - Tampak pola napas tidak teratur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak sesak - Tampak penggunaan otot bantu nafas dada <p>- P: 25 x/m</p> <p>- Spo2 : 98 %</p> <p>A : pola napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas</p> <p>Manajemen jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) 3. Monitor Bunyi napas (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Berikan oksigen <p>Dukungan Ventilasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kelelahan otot bantu napas 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 3. Pertahankan kepatenan jalan napas 4. Ajarkan mengubah posisi secara 	

	<p>mandiri.</p> <p>DX: II Penurunan kapasitas adaptif b.d edema serebral</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak tingkat kesadaran : kualitatif : somnolen, kuantitatif: GCS : 9 (M₅V₂E₂) 2. TTV : TD : 160/90 mmHg P : 25 x/menit N : 62 x/menit S : 36,6°C 3. Tampak respon pupil melambat 4. Tampak reflek neurologis terganggu sebagian <p>A : Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar) 3. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. 	
--	--	--

	<p>4. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</p> <p>Pemantauan neurologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Pertahankan posisi kepala dan leher <p>Dx III : Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular</p> <p>S: Keluarga pasien mengatakan pasien mulai mampu menelan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien tersedak dan batuk setelah diberikan makanan cair dan minum 2. Tampak pasien menelan secara perlahan <p>A: Gangguan menelan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <p>Pencegahan aspirasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan 2. Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral 3. Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 4. Anjurkan makan secara perlahan 5. Ajarkan strategi mencegah aspirasi 	
--	--	--

	<p>Dx IV: Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri 2. Keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien lemah 2. Tampak seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga 3. Tampak rentan gerak terbatas 4. Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 1 \\ \hline 5 & 1 \end{array}$ <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <p>Dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 	
--	---	--

I. DAFTAR OBAT

1. Manitol

- a. Nama obat : manitol
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Diuretik osmotik
- c. Dosis umum : Dewasa: 50-200 gram, diberikan selama 24 jam
Anak-anak: 0,25-2 gram/kgBB
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 100 cc/8 jam
- e. Cara pemberian obat : Melalui cairan infus
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Untuk menurunkan tekanan intrakranial dengan cara meningkatkan osmolalitas plasma sehingga aliran cairan dari jaringan menuju kedalam plasma meningkat, terjadi penurunan viskositas darah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi tekanan intrakranial yang tinggi
- h. Kontra indikasi: hipersensitivitas terhadap obat ini, kondisi anuria, edema paru yang berat, gagal ginjal, dehidrasi berat, edema metabolik, penyakit ginjal progresif, dan perdarahan intrakranial aktif.
- i. Efek samping : Demam, menggigil, sakit kepala, pilek, buang air kecil jadi lebih sering, pusing atau penglihatan kabur, mual atau muntah

2. Citicolin

- a. Nama obat : Citicolin
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Neurotonics
- c. Dosis umum : Untuk kehilangan kesadaran akibat trauma kepala atau operasi otak :100 mg sampai 500 mg, 1 – 2 kali sehari secara drip intravena atau intravena biasa. Gangguan kesadaran pada infark serebri stadium akut : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama dua minggu berturut-turut. Pasca hemiplegia apoplektik : 1000 mg sekali sehari secara intravena selama 4 minggu berturut-turut, jika tampak perbaikan dilanjutkan selama 4 minggu lagi. Kaplet: 1000-2000 mg per hari dalam dosis terbagi dengan atau tanpa makanan.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 250 mg/ IV/ 12 jam
- e. Cara pemberian obat : Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :Bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk mengatasi gangguan memori
- h. Kontra indikasi : Hipersensitif terhadap citicoline
- i. Efek samping obat : Ruam, mual, muntah, pusing, kejang, insomnia

3. Candesartan

- a. Nama obat : Candesartan
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Angiotensin receptor blockers (ARB)
- c. Dosis umum: Dewasa : 8 mg, sekali sehari. Dosis dapat disesuaikan dengan respons tubuh pasien. Dosis maksimal 32 mg. Anak usia 1–6 tahun: 0,2 mg/kgBB, 1 kali sehari. Dosis dapat dinaikkan atau diturunkan sesuai respons tubuh pasien, dengan dosis harian berkisar antara 0,05–0,4 mg/kgBB per hari. Dosis maksimal 0,4 mg/kgBB. Anak usia di atas 6 tahun dengan berat badan
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg 1x1/ oral/ tablet
- e. Cara pemberian obat : Oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Bekerja dengan cara menghambat reseptor angiotensin II. Saat angiotensin II dihambat, pembuluh darah akan lemas dan melebar, sehingga jantung akan lebih mudah dalam memompa darah dan tekanan darah pun turun.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk mengatasi hipertensi dan gagal jantung
- h. Kontra indikasi: Pasien yang hipersensitif terhadapcandesartan atau komponen yang terkandung dalam formulasinya. Pasien dengan gangguan hati yang berat dengan atau tanpa ketoasidosis. Wanita hamil dan menyusui.
- i. Efek samping obat: Sakit kepala, nyeri punggung, pusing, batuk, bersin, hidung tersumbat, ruam kulit

4. Atorvastatin

- a. Klasifikasi / golongan obat : statin
- b. Dosis umum : 10-80 mg/hari
- c. Dosis untuk pasien : 40 mg/24 jam.
- d. Cara pemberian obat : oral
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Atorvastatin menurunkan jumlah kolesterol dalam tubuh dengan cara menghambat enzim yang bertugas memproduksi kolesterol di hati. Dengan demikian, jumlah kolesterol jahat dalam darah akan turun.

- f. Alasan pemberian:

Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam darah

- g. Kontraindikasi :

Jangan mengonsumsi atorvastatin jika Anda alergi terhadap obat ini.

- h. Efek samping obat :

Nyeri sendi dan otot, sakit kepala, hidung tersumbat, sakit tenggorokan, diare, mual, konstipasi, kembung, mimisan.

5. Curcuma

- a. Nama obat : Curcuma
- b. Klasifikasi/ golongan : Produk herbal
- c. Dosis Umum: 3 x sehari 1-2 tablet
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 tablet
- e. Cara pemberian obat: Oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Membantu memperbaiki nafsu makan dan membantu memelihara kesehatan fungsi hati
- g. Alasan pemberian Obat pada yang bersangkutan: memperbaiki nafsu makan
- h. Kontra indikasi: Hipersensitivitas terhadap obat curcuma
- i. Efek samping: Mual, diare, dan sakit kepala

6. Vip albumin
 - a. Nama obat: Vip albumin
 - b. Klasifikasi/ golongan : Obat tradisional
 - c. Dosis Umum: 2 kapsul 3 x sehari
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2 kapsul/ hari
 - e. Cara pemberian obat: Oral
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mengatasi hipoalbuminemia, meningkatkan daya tahan tubuh, kadar albumin, dan globulin, mempercepat penyembuhan luka pascaoperasi
 - g. Alasan pemberian obat pada yang bersangkutan: Untuk meningkatkan daya tahan tubuh
 - h. Kontra indikasi: Hipersensitif terhadap vip albumin
 - i. Efek samping: Gatal dan ruam pada kulit.

7. Ranitidine

- a. Nama obat : *Ranitidine*
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Antasida, antirefluks/*Antagonis H₂*
- c. Dosis umum : Dewasa: 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/kg berat badan/jam melalui infus. Lalu, diberikan secara oral dengan dosis 150 mg, minum sebanyak dua kali per hari. Anak: 1 mg/kg berat badan (maksimal 50 mg) melalui intravena. Lakukan setiap 6-8 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp/IV/8 jam
- e. Cara pemberian obat : Melalui intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ranitidin bekerja dengan cara menghambat produksi asam lambung yang berlebih, sehingga gejala tersebut dapat meredah.
- g. Alasan pemberian obat padapasien yang bersangkutan : Untuk mengurangi asam lambung
- h. Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap *ranitidine*
- i. Efek samping obat: Paling sering: sakit kepala, konstipasi, diare, mual, muntah, nyeri perut.

8. Ondancetron

- a. Nama obat: Ondancetron
- b. Klasifikasi/ golongan obat: antiemetic
- c. Dosis umum: 8 – 12 mg
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 4 mg/8 jam
- e. Cara pemberian obat: intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: ondancetron bekerja dengan cara memblokir efek serotonin. Dengan begitu, efek mual dan muntah pada kondisi-kondisi diatas dapat teratasi atau bahkan dicegah.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: mual dan muntah.
- h. Kontraindikasi: hipersensitivitas, sindroma perpanjangan interval QT bawaan.
- i. Efek samping obat: sakit kepala atau pusing, rasa seperti melayang, konstipasi, kelelahan dan tubuh terasa lemah, rasa menggigil dan kantuk.

9. Mecobalamin

- a. Nama obat : Mecobalamin
- b. Klasifikasi/golongan : Obat generik
- c. Dosis umum: 500 mcg 3 x sehari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg
- e. Cara pemberian obat: oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mengatasi kekurangan vitamin B12
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Mengatasi kekurangan vitamin B12
- h. Kontraindikasi : Hipersensitivitas
- i. Efek samping obat: Nyeri sendi, sakit kepala, radang tenggorokan, mual dan muntah.

10. Ketorolac

- a. Nama obat : Ketorolac
- b. Klasifikasi /golongan: Anti inflamasi non steroid (OAINS)
- c. Dosis umum: Dosis awal 10 mg, diikuti dengan 10-30 mg setiap 4-6 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 30 mg
- e. Cara pemberian obat : Intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Menghambat kerja dari enzim siklooksigenasi (COX) dimana enzim ini berfungsi dalam pembentukan prostaglandin dan menyebabkan rasa sakit serta peradangan
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Mengurangi rasa sakit
- h. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap ketorolac, riwayat perdarahan gastrointestinal dan serebrovaskular aktif
- i. Efek samping obat: kantuk, sakit perut, pusing, kepala, mual dan muntah, perut kembung, diare dan konstipasi.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

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 stroke hemoragik di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Labuang Baji Makassar. Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi pada pasien dengan stroke hemoragik.

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. A diketahui bahwa pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 17 april 2023 dengan penurunan kesadaran GCS 9 E₂V₂M₅ (somnolen) dan TD:180/100 mmHg, tampak pasien gelisah dan keluarga mengatakan tubuh bagian kiri pasien lemah dan sulit untuk digerakkan, setelah dilakukan pemeriksaan pasien diberi Diagnosis suspek stroke hemoragik yang didukung oleh pemeriksaan CT-Scan kepala didapatkan hasil *hematoma intraventrikuler IV & hematoma subarachnoid, atrofi cerebri & volume perdarahan 30 cc*. Pemeriksaan kimia darah yaitu: ureum 37 mg/dL, kreatinin 6.60 mg/dL, kolesterol total 243 mg/ dL, 152 mg/ dL .

Saat pengkajian dilakukan pada tanggal 25 April 2023 didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 9 E₂V₂M₅ (somnolen), keluarga mengatakan pasien menderita

penyakit hipertensi sejak 2 tahun yang lalu dan memiliki kebiasaan ngemil cemilan seperti gorengan dan merokok 2 bungkus perhari. 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 stroke hemoragik, perdarahan otak sering menyebabkan peningkatan tekanan di dalam otak yang akibatnya terjadi defisit neurologis dan hilangnya kesadaran (Yonata & Pratama, 2016)

Menurut Julianti (2018) Faktor prespitasi yang dapat menyebabkan stroke hemoragik yaitu hipertensi, sama halnya dengan kasus yang ditemukan pada Tn. A penyebab terjadinya stroke yang dialaminya yaitu hipertensi. Dimana telah dijelaskan 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 (Julianti, 2018).

Menurut Tarwoto & Wartonah (2015), terdapat 5 Diagnosis yang dapat muncul pada pasien stroke hemoragik yaitu pola napas tidak efektif, penurunan kapasitas intrakranial, gangguan mobilitas fisik, gangguan menelan, dan gangguan komunikasi verbal. Diagnosis yang tidak muncul yaitu gangguan komunikasi verbal. Hal ini dapat terjadi karena pada pengkajian pasien tidak menunjukkan data-data yang menunjang untuk diangkatnya Diagnosis tersebut, yaitu pada Diagnosis gangguan komunikasi verbal tidak

menunjukkan adanya gangguan yang signifikan dalam berkomunikasi dan tidak diangkat karena hanya mengangkat Diagnosis prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus Tn.A penulis mengangkat 4 diagnosis keperawatan sesuai SDKI (2017), yaitu:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan dispnea dan penggunaan otot bantu napas. Penulis mengangkat Diagnosis ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data yaitu pasien tampak sesak, frekuensi napas 30 x/m, SpO₂: 93% setelah dipasang NRM 12 liter/menit menjadi 97%.
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Penulis mengangkat Diagnosis ini karena didapatkan, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan (GCS = E₂V₂M₅) somnolen, tekanan darah pasien TD: 180/90 mmHg, dilakukan pemeriksaan diagnostik hasil CT-Scan menunjukkan adanya *hematoma intraventriculer IV & hematoma subarachnoid, atrofi cerebri* dan volume perdarahan 30 cc.
- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular. Penulis mengangkat Diagnosis ini karena didapatkan, pasien sulit menelan, tampak pasien tersedak dan batuk saat diberikan air atau makanan, tampak makanan dan minuman tertinggal di rongga mulut dan makanan dan minuman keluar dari mulut.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, rentang gerak menurun dan fisik lemah. Penulis mengangkat Diagnosis ini karena didapatkan tampak pasien tidak mampu

menggerakkan tubuh bagian kiri, tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitasnya, dan uji kekuatan otot pada ekstremitas atas kiri 1, ekstremitas bawah kiri 1, ekstremitas kanan atas 5 dan ekstremitas kanan bawah 5.

Diagnosis pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah:

- a. Gangguan komunikasi verbal dengan penurunan sirkulasi serebral. Penulis tidak mengangkat Diagnosis ini karena penulis hanya mengangkat Diagnosis prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien.

(PPNI, 2017)

3. Perencanaan Keperawatan

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

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis ditandai dengan dispnea dan penggunaan otot bantu napas. Pada Diagnosis pertama ini penulis membuat 7 intervensi berdasarkan SIKI (2018), yaitu: manajemen jalan napas: observasi: monitor pola napas. Terapeutik: posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen. Dukungan ventilasi yaitu: observasi: identifikasi kelelahan otot bantu napas, identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan. Terapeutik: pertahankan kepatenan jalan napas. Edukasi: ajarkan mengubah posisi secara mandiri.
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, pasien mengalami penurunan kesadaran. Pada

Diagnosis ini penulis membuat 8 intervensi berdasarkan SIKI (2018), yaitu: manajemen peningkatan tekanan intrakranial: observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Edema serebral), monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar. Terapeutik: minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler. Pemantauan neurologis: observasi: monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital. Terapeutik: pertahankan posisi kepala dan leher. Edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, pasien sulit menelan. Pada diagnose keempat ini penulis membuat 9 intervensi berdasarkan SIKI (2018), yaitu: dukungan perawatan diri: makan/minum: observasi: identifikasi diet yang dianjurkan. Terapeutik: sediakan sedotan untuk minum, berikan bantuan saat makan / minum sesuai tingkat kemandirian pasien. Edukasi: jelaskan posisi makan pada pasien. Pencegahan aspirasi: observasi: monitor tingkat kesadaran, batuk muntah dan kemampuan menelan. Terapeutik: posisikan semi fowler (30-40°) 30 menit sebelum memberi asupan oral, berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak. Edukasi: anjurkan makan secara perlahan, ajarkan strategi mencegah aspirasi.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, rentang gerak menurun dan fisik lemah. Pada Diagnosis ketiga ini penulis membuat 9 intervensi berdasarkan SIKI (2018), yaitu: dukungan mobilisasi: observasi: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Terapeutik: fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk

membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Teknik latihan penguatan otot sendi: observasi: identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi. Terapeutik: berikan posisi tubuh untuk gerakan sendi pasif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi. Edukasi: jelaskan pada keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama.
(PPNI, 2018)

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 26 april 2023-28 april 2023 pada pasien Tn. A merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis ditandai dengan dispnea dan penggunaan otot bantu napas. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana frekuensi napas pasien 25x/m, spo2: 96% dan pasien menggunakan NRM 10 L/m.
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, pasien mengalami penurunan kesadaran. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana GCS E₂V₂M₅ (somnolen), TD: 160/90 mmHg, N: 62x/m.
- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, pasien sulit menelan. Sampai pada perawatan

hari ketiga masalah belum teratasi dimana pasien masih sulit menelan dan tampak pasien tersedak dan batuk setelah diberikan makanan dan minum.

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, rentang gerak menurun, dan fisik lemah. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah belum teratasi dimana pasien belum bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, 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 posisi *head up 30°* terhadap peningkatan saturasi oksigen pasien stroke hemoragik di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar”

2. Diagnosis keperawatan

Pola napas tidak efektif ditandai dengan dispnea, penggunaan otot bantu napas.

3. Luaran Yang Diharapkan

Pola napas meningkat dengan kriteria hasil: dispnea cukup menurun, penggunaan otot bantu napas cukup menurun, pemanjangan fase ekspirasi cukup menurun, pernapasan cuping hidung cukup menurun, frekuensi napas cukup membaik, dan kedalaman napas cukup membaik

4. Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN

Manajemen pola napas: posisikan *head up 30°*

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan

Posisi *head up 30°* adalah posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi tubuh

dalam keadaan sejajar (Kusuma, et al, 2019).

b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep

Pada kasus asuhan keperawatan ini pemberian posisi *head up* dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mana pengaturan posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak serta dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral.

c. Analisa menggunakan metode PICOT

1) PICOT Pasien

a) P (*Problem*)

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, ditemukan 1 pasien dengan Diagnosis medis stroke hemoragik. Pada saat pengkajian tanggal 25 april 2023 terhadap Tn. A dengan tanda dan gejala yang didapatkan pada yaitu pasien mengalami sesak, pola napas abnormal, tampak pernapasan cuping hidung, tampak ada retraksi intra costal, Ku: lemah, kelemahan pada tubuh sebelah kiri dan mengalami penurunan kesadaran GCS E₂V₂M₅ (somnia), TD: 180/100 mmHg, frekuensi pernapasan 30x/m, SpO₂ 93% dan hasil CT-Scan menunjukkan adanya hematoma intraventrikuler IV & hematoma subarachnoid, atrofi cerebri dan volume perdarahan 30 cc.

Tujuan untuk mengetahui efektifitas pemberian posisi *head up* 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen.

b) I (*Intervention*)

Penulis menggunakan intervensi pemberian posisi *head up* 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik.

c) C (*Comparison*)

Tidak ada intervensi perbandingan yang digunakan.

d) O (*Outcome*)

Dari hasil intervensi pemberian posisi *head up* 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada Tn. A dengan stroke hemoragik di dapatkan pemberian posisi *head up* 30° berpengaruh terhadap saturasi oksigen, terjadi peningkatan saturasi oksigen setelah dilakukan intervensi selama 30 menit. saturasi oksigen sebelum dilakukan intervensi 93% menjadi 95%. Dimana tindakan ini dapat mempertahankan kestabilan fungsi dari kerja organ agar tetap lancar khususnya sistem pernapasan dan regulasi dini yang bisa bekerja secara optimal.

e) T (*Time*)

Pelaksanaan teknik ini dilakukan setiap shift dalam jangka waktu 3x24 jam Selama 30 menit periode 26 april 2023-28 april 2023.

2) PICOT EBN

a) Judul EBN: Pengaruh elevasi kepala 30° terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke

(1) P (*Problem/Population*)

Penyumbatan pembuluh darah merupakan penyebab terjadinya stroke, jika terjadi stroke maka aliran darah ke serebral menjadi tidak adekuat. Hal ini dapat mengakibatkan ketidakseimbangan suplai oksigen di otak, dan metabolisme dalam otak akan mengalami gangguan. Jika masalah ini tidak segera ditangani maka otak yang tidak dialiri darah yang mengangkut oksigen maka dapat mengakibatkan hipoksia jaringan, dan metabolisme dalam otak juga terganggu yang dapat menimbulkan perubahan pada fungsi otak yang terkena. Pada keadaan kritis pasien dengan stroke hemoragik membutuhkan penatalaksanaan baik

farmakologis maupun non farmakologis dengan tujuan memperbaiki perfusi oksigen ke otak. Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu terapi nonfarmakologi berupa tindakan elevasi kepala, posisi kepala yang paling umum yaitu menaikkan kepala dari tempat tidur sekitar 30°, intervensi ini dilakukan pada pasien pasca serangan stroke.

Populasi: populasi penelitian ini adalah pasien stroke yang rawat inap di ruang interna 1 di RSUD Dr. R. Soedarsono Pasuruan, pemilihan yang dilakukan terhadap sampel, berdasarkan kriteria pasien yang bersedia ikut serta dalam penelitian menjadi responden dengan GCS 12-15.

(2) I (*Intervention*)

Dalam penelitian ini peneliti mengobservasi saturasi oksigen pada pasien stroke sebelum dilakukan elevasi kepala 30°, kemudian di observasi saturasi oksigen setelah dilakukan elevasi kepala 30°. Dimana saat sebelum dilakukan intervensi (pretest) terlebih dahulu dilakukan pengukuran saturasi oksigen dan kualitas tidur terhadap subjek. Setelah dilakukan intervensi (selama 3 hari, selanjutnya dilakukan pengukuran kembali saturasi oksigen kualitas tidur terhadap subjek posttest).

(3) C (*Comparison*)

Peneliti tidak menggunakan pembanding apapun.

(4) O (*Outcome*)

Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pemberian elevasi kepala 30° pada pasien stroke berpengaruh terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pada pasien tersebut. Dimana tindakan ini dapat

mempertahankan kestabilan fungsi dari kerja organ agar tetap lancar khususnya sistem pernafasan dan sistem regulasi dini yang bisa bekerja secara optimal serta memberikan kenyamanan bagi pasien stroke.

(5) T (*Time*)

Penelitian di laksanakan pada bulan periode Januari-Juni 2019 (Pertami et al., 2019)

- b) Judul EBN: Posisi *head up* 30° sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik

(1) P (*Problem/population*)

Saturasi oksigen adalah persentase oksigen yang telah bergabung dengan molekul hemoglobin dimana oksigen bergabung dengan hemoglobin dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, pada saat yang sama oksigen dilepas untuk memenuhi kebutuhan jaringan. Gambaran saturasi oksigen dapat mengetahui kecukupan oksigen dalam tubuh sehingga dapat membantu dalam penentuan terapi lanjut 5. Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke menyebabkan gangguan hemodinamik termasuk saturasi oksigen. Oleh karena itu diperlukan pemantauan dan penanganan yang tepat karena kondisi hemodinamik sangat mempengaruhi fungsi pengantaran oksigen dalam tubuh yang pada akhirnya akan mempengaruhi fungsi jantung. Pemberian posisi *head up* 30° pada pasien stroke mempunyai manfaat yang besar yaitu dapat memperbaiki kondisi hemodinamik, memfasilitasi

peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

Populasi: Penelitian ini dilakukan di ICU RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri sebanyak 30 orang.

(2) I (*Intervention*)

Peneliti melakukan penelitian di ruang ICU RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso. Peneliti mengidentifikasi sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan memberikan lembar persetujuan. Selanjutnya peneliti menilai saturasi oksigen sebelum dilakukan intervensi posisi *head up* 30° lalu dicatat dalam lembar observasi. Kemudian peneliti memberikan intervensi memposisikan *head up* 30° yaitu posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit. Lalu peneliti menilai kembali saturasi oksigen dan dicatat pada lembar observasi.

(3) C (*Comparasion*)

Peneliti membandingkan sebelum dan sesudah diberikan posisi *head up* 30°.

(4) O (*Outcome*)

Hasil dari penelitian ini adalah posisi *head up* 30° berpengaruh terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dengan nilai p value = 0.009, sehingga terdapat pengaruh posisi Head Up terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke. Dari penelitian ini didapatkan hasil ada perbedaan yang bermakna rata-rata saturasi oksigen sebelum dan

setelah tindakan posisi *head up* 30°

(5) T (*Time*)

Penelitian ini dilakukan agustus 2020.

(Ekacahyaningtyas et al., 2017)

c) Judul EBN: Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke melalui Pemberian Posisi *Head Up*

(1) P (*Problem/Population*)

Stroke atau cedera cerebrovascular adalah suatu kondisi dimana otak kehilangan fungsi akibat berhenti/ berkurangnya suplai darah. Gambaran jumlah kandungan oksigen yang terkandung dalam darah untuk memenuhi kebutuhan jaringan dilihat melalui saturasi oksigen. Posisi *head up* menjadi salah satu cara untuk menaikkan saturasi oksigen. Hasil observasi yang telah dilakukan peneliti saat stase gawat darurat di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang adanya peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik maupun stroke non hemoragik. Oleh karena itu peneliti ingin melakukan mini research dan mengaplikasikan posisi *head of elevation* 30° terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik di RSUP dr. Kariadi Semarang.

Populasi: populasi penelitian ini adalah pasien laki-laki 48 tahun dengan penurunan kesadaran diagnosis *hipertensi emergency dd stroke hemorrhagic* riwayat terjatuh dari kamar mandi dan pasien Tn. S usia 49 tahun dengan penurunan kesadaran diagnosis *hipertensi emergency dd stroke hemorrhagic* terjadi tiba-tiba setelah mandi.

(2) I (*Intervention*)

Pemilihan intervensi adalah penggunaan posisi head of bed 30° dan kolaborasi pemberian O₂ nasal kanul 4 lpm Pengukuran saturasi oksigen adalah menit ke 0 yaitu sebelum diberikan intervensi, menit ke 15 setelah diberikan intervensi dan menit ke 30 setelah diberikan intervensi

(3) C (*Comparasion*)

Peneliti menggunakan pembanding yaitu kasus I adalah laki-laki 48 tahun dengan penurunan kesadaran diagnose *hipertensi emergency* d.d *stroke hemorrhagic* riwayat terjatuh dari kamar mandi dengan GCS 14, HR 90 bpm, RR 25 rpm, S 36°C, dan TD 180/90 mmHg, saturasi 95%. Dan kasus II tn. S usia 49 tahun dengan penurunan kesadaran Diagnosis *hipertensi emergency* d.d *stroke hemorrhagic* terjadi tiba-tiba setelah mandi dengan GCS 13, HR 82 bpm, RR 26 rpm, S 36,80C, TD 188/100 dan SpO₂ 94%.

(4) O (*Outcome*)

Peningkatan saturasi oksigen lebih baik pada kasus II dibandingkan dengan kasus I. Kasus II lebih muda dibandingkan dengan kasus I. Saturasi oksigen pasien kasus I pada 0 menit adalah 95% dan kasus II adalah 94%. Observasi dilakukan kurang lebih 30 menit. Pada menit 15 terjadi penurunan *respiratory rate* pada kasus I dan II. Kasus I menjadi 23 rpm dan kasus II menjadi 22 rpm dengan saturasi oksigen masing-masing kasus I 96%. Kasus II 97%. Pada menit ke 30 terjadi penurunan RR pada kasus II menjadi 20 rpm dan peningkatan saturasi oksigen

menjadi 98%. Sementara kasus I RR stabil 23 rpm dengan peningkatan saturasi oksigen 98%. Retraksi tidak ditemukan di kedua kasus. Kasus I dan II mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat GCS 13 pada kasus II dan GCS 14 pada kasus I. Evaluasi di 30 menit GCS pasien menjadi 15 keduanya. Terdapat kenaikan kadar saturasi oksigen yang signifikan sebelum dan sesudah dilakukan *head up 30°* pada pasien stroke hemoragik. Penerapan *Evidence Based Practice Nursing* yaitu pemberian posisi *head up 30°* terbukti efektif dalam menaikkan kadar saturasi pasien stroke hemoragik di RSUP dr. Kariadi Semarang.

(5) T (*Time*)

Penelitian ini dilakukan sekitar januari – mei 2020 selama 30 menit (Mustikarani & Mustofa, 2020)

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.A dengan Stroke Hemoragik di ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian: dari hasil yang didapatkan dari Tn.A faktor terjadinya Stroke Hemoragik yaitu memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak 2 tahun lalu, serta faktor usia lanjut yaitu 72 tahun. Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran somnolen dan GCS 9 (E₂V₂M₅), tampak pasien sesak, tampak pasien mengalami kelemahan pada tubuh sebelah kiri, level stroke pasien berada pada level 2, tampak pasien kesulitan untuk menelan dan tersedak saat makan ataupun minum
Ct-Scan: hematoma intraventriculer IV & hematoma subarachnoid, Atrofi cerebri & Volume perdarahan 30 cc.
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Tn. A dengan Stroke Hemoragik, yaitu: pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular, Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral stroke hemoragik, Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular & Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan.
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya manajemen jalan napas, dukungan ventilasi, manajemen peningkatan intrakranial, pemantauan neurologis, dukungan perawatan diri: makan/minum, pencegahan aspirasi, dukungan mobilisasi, & teknik penguatan otot sendi yang meliputi tindakan: observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.
- 4 . Implementasi keperawatan: setelah perawatan selama tiga hari

yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan: dari hasil evaluasi ada 2 diagnosis keperawatan yang teratasi Sebagian yaitu pola napas tidak efektif dan penurunan kapasitas adaptif intrakranial, serta ada 2 diagnosis yang tidak teratasi yaitu gangguan menelan & gangguan mobilitas fisik karena perawatan pasien Stroke Hemoragik membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.
6. Penerapan EBN pada pasien Tn.A dengan Stroke Hemoragik yaitu tentang pemberian posisi Head Up 30° dimana tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke yang mana pengaturan posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak serta dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral.

B. Saran

Berdasarkan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditujukan:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Instansi Rumah Sakit diharapkan meningkatkan pelayanan & keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik dengan Diharapkan pihak rumah sakit khususnya ruang ICU, pentingnya monitor secara ketat penanganan pasien stroke Hemoragik selama fase akut dalam peningkatan perfusi oksigen ke otak dengan menerapkan *evidence based nursing head up 30°*.

2. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga dapat merawat, mencegah serta melakukan penanganan penyakit Stroke Hemoragik dan dapat

pasien dapat membangun tekad, dapat lebih memotivasi diri untuk kembali sehat dan menyikapi kondisi sakit dengan optimis.

3. Bagi penulis

Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang selama ini didapatkan selama pendidikan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik.

4. Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberikan wawasan lebih luas dan acuan bagi peserta didik dalam mengembangkan standar keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik melalui pemanfaatan sumber informasi pengetahuan di bidang keperawatan yang terkini dan relevan dengan kebutuhan baik dibidang pendidikan maupun praktik keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, I. G., & Panggabean, R. (2016). Pengelolaan tekanan tinggi intrakranial pada stroke. *Cdk-238*, 43(3), 180–184. <https://media.neliti.com/media/publications/398286-pengelolaan-tekanan-tinggi-intrakranial-8c6a271f>
- American Stroke Association. (2022). Let's talk about stroke: fact sheet. <https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- Ardi, M. (2019). Strategi menelan dan oral motor exercise untuk mencegah aspirasi pada pasien stroke. *Jurnal Media Keperawatan*, 10(1), 14–18. <https://media.neliti.com/media/publications/316524-swallowing-strategy-and-oral-motor-exerc-114ddecf>
- Bethsaida. (2020). Terapi rehabilitasi medik untuk pasien pasca stroke. Bethsaida Hospital with Hearth. <https://bethsaidahospitals.com/terapi-rehabilitasi-medik-untuk-pasien-pasca-stroke/>
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Keperawatan medikal bedah: manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan (8th ed.). Singapura: Elsevier.
- Dafriani, P. (2019). Anatomi & Fisiologi untuk mahasiswa kesehatan. In *Padang : CV. Berkah Prima* (1st ed., Vol. 53, Issue 9).
- Ekacahyaningtyas, M., Setyarini, D., Agustin, W. R., & Rizqiea, N. S. (2017). Posisi *head up* 30 derajat sebagai upaya untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 55–59. <https://akper-adihusada.ac.id/repository/jurnal/ahnj322017/322017.10.pdf>
- Handayani, S. (2021). Anatomi dan fisiologi tubuh manusia (1st ed.). Bandung : Media Sains Indonesia. www.penerbit.medsan.co.id
- Hartaty, H., & Haris, A. (2020). Hubungan gaya hidup dengan kejadian stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 976–982. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.446>
- Julianti, N. (2018). Haemorrhagic stroke on elderly man with uncontrolled hypertension. *Jurnal Agromed Unila*, 2(1), 33–38. <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/1261>
- Kemendes RI. (2018). Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.

https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018_1274.pdf

Kurniawati, L. (2015). Studi penggunaan anti hipertensi pada pasien stroke. In *Universitas Airlangga*. <https://repository.unair.ac.id/10936/>

Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2021). Kombinasi posisi kepala 30° dan passive range of motion terhadap skor nihss pada pasien stroke. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 12(1), 30–37. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v12i1.251>

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

Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). Buku ajar keperawatan medikal bedah gangguan neurologi (2nd ed.). Jakarta : EGC.

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

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

Murphy, S. J., & Werring, D. J. (2020). Stroke: causes and clinical features. *Medicine*, 48(9), 561–566. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002>

Mustikarani, A., & Mustofa, A. (2020). Peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke melalui pemberian posisi *head up*. *Ners Muda*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5750>

Mutiarasari, D. (2019). Ischemic stroke: symptoms, risk factors, and prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73. <http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/MedikaTadulako/article/view/12337>

Muttaqin, A. (2008). Pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan (1st ed.). Jakarta : Salemba Medika.

Othadinar, K., Alfarabi, M., & Maharani, V. (2019). Faktor risiko pasien stroke iskemik dan hemoragik. *Majalah Kedokteran UKI*, 35(3), 115–120. <http://ejournal.uki.ac.id/index.php/mk/article/view/2278/1579>

- Perdana, W. H. (2016). Asuhan keperawatan pada ny. S dengan stroke hemoragik. <https://repository.ump.ac.id/3987/>
- Pertami, S. B., Munawaroh, S., & Dwi Rosmala, N. W. (2019). Pengaruh elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi Oksigen dan kualitas tidur pasien stroke. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 11(2), 133–144. <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i2.133>
- Poana, N. L., Wiyono, W. I., & Mpila, D. A. (2020). Pola penggunaan obat pada pasien stroke hemoragik. *Journal Pharmacon*, 9(1), 90–96. <https://doi.org/10.35799/pha.9.2020.27469>
- PPNI. (2017). Standar diagnosis keperawatan indonesia definisi dan indikator diagnostik (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan indonesia definisi dan tindakan keperawatan (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2019). Standar luaran keperawatan indonesia definisi dan kriteria hasil keperawatan (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Pratiwi, S. H., Sari, E. A., & Mirwanti, R. (2017). Faktor resiko stroke pada masyarakat desa pangandaran. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 1(6), 412–415. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Rachmawati, F., Utomo, W., & Nauli, F. A. (2019). Gambaran status fungsional pasien stroke. *Keperawatan Stroke*, 1, 1–9. <https://media.neliti.com/media/publications/186856-ID-perbedaan-status-fungsional-pasien-stro>
- Rahmayanti, D. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik. In *Poltekes Kemenkes Padang*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.
- Rikesdas. (2018). Laporan riskesdas 2018 nasional. In *Lembaga Penerbit Balit bangkes*. <http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3514/1/Laporan-Riskesdas-2018-Nasional.pdf>
- Salvadori, E., Papi, G., Insalata, G., Rinnoci, V., Donnini, I., Martini, M., Falsini, C., Hakiki, B., Romoli, A., Barbato, C., Polcaro, P., Casamorata, F., Macchi, C., Cecchi, F., & Poggesi, A. (2021). Comparison between ischemic and hemorrhagic strokes in functional outcome at discharge from an intensive rehabilitation hospital. *Diagnostics*, 11(1), 1–12. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11010038>

- Setiawan, P. A. (2021). Diagnosis dan tatalaksana stroke hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406. <https://jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/336>
- Silalahi, & Debora, R. (2019). Peran perawat dalam tindakan rehabilitatif pasien pasca stroke di rumah sakit. <https://osf.io/mb37u/download>
- Tarwoto, & Wartonah. (2015). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan* (5th ed.). Jakarta : Salemba Medika.
- Trisila, E., Mukin, F. A., & Dikson, M. (2022). Pengaruh pemberian posisi *head up* 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 8(16), 664–674. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7117769>
- Umam, K., & Susanto, J. (2019). Gambaran aktivitas perawat tentang enatalaksanaan masalah pk: peningkatan tekanan intrakranial. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(4), 176. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.50314>
- WHO. (2022). *Global stroke fact sheet 2022* (pp. 1–14). World Stroke Organization. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
- Wijianto, & Yuda, W. K. (2022). Relationship of lifestyle with stroke event. *Prosiding 16th Urecol: Seri MIPA Dan Kesehatan*, 1735–1741. <http://repository.urecol.org/index.php/proceeding/article/view/2618/2575>
- Yonata, A., & Pratama, A. S. P. (2016). Hipertensi sebagai faktor pencetus terjadinya stroke. *Jurnal Majority*, 5(3), 17–21. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1030>
- Yusnita, E. D., Darliana, D., & Amalia, R. (2022). Manajemen keperawatan pada pasien stroke hemoragik di ruang saraf. *JIM Fkep*, 1(2), 10–17. <https://jim.usk.ac.id/FKep/article/view/19888>

Lampiran 1

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Penulis



Nama : Maria Isna Ngole
Tempat/Tanggal lahir : Lame, 6 Agustus 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Kumala 2

II. Identitas Orang Tua

A. Ayah

Nama : Andreas Ase
Agama : Katolik
Pekerjaan : Petani
Alamat : Manggarai Timur

B. Ibu

Nama : Wihelmina Enol
Agama : Katolik
Pekerjaan : IRT
Alamat : Manggarai Timur

III. Pendidikan yang Ditempuh

SDK Cewonikit	Tamat 2010
SMPN 1 Poco Ranaka	Tamat 2013
SMAN 1 Poco Ranaka	Tamat 2016
STIK Stella Maris Makassar (D III Keperawatan)	Tamat 2020
STIK Stella Maris Makassar (SI Keperawatan)	Tamat 2022

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Penulis



Nama : Maria Lili Nencyani
Tempat/Tanggal lahir : Sendang Mulya Sari, 6 Juli 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Rajawali 1

II. Identitas Orang Tua

A. Ayah

Nama : Stepanus Wayan Wasyanto
Agama : Katolik
Pekerjaan : Petani
Alamat : Sendang Mulya Sari

B. Ibu

Nama : Yohana Made Rosalia
Agama : Katolik
Pekerjaan : IRT
Alamat : Sendang Mulya Sari

III. Pendidikan yang Ditempuh

SDN 2 Sendang Mulya Sari	Tamat 2012
SMPN 3 Tongauna	Tamat 2015
SMKS Kesehatan Unaaha	Tamat 2018
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan)	Tamat 2022

Lampiran 2

LEMBARAN KONSULTASI PEMBIMBING KARYA AKHIR ILMIAH













Nama Mahasiswa : 1. Maria Isna Ngole

2. Maria Lili Nencyani

Nama Pembimbing : 1. Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep

2. Kristia Novia, Ns.,M.Kep

Judul Karya Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A Dengan Stoke Hemoragik Di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar

No	Hari /Tanggal	Yang direvisi	PARAF			
			Pembimbing I	Pembimbing II	Penulis I	Penulis II
1.	Jumaat, 28 april 2023	BAB III - Lengkapi pengkajian dan tambahkan diagnosa pola napas				
2.	Senin, 08 mei 2023	BAB III - Perbaiki pengkajian				
3.	Selasa, 16 mei 2023	BAB III - Perbaiki analisa data dan intervensi				
4.	Kamis, 25 mei 2023	BAB III - Tambahkan intervensi				

5.	Jumaat, 19 mei 2023	<p>BAB I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan 2-3 paragraf - Manfaat lebih spesifik <p>BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definsi tambahkan sumber 	Ri	Jh	And	dz
6.	Senin, 22 mei 2023	<p>BAB I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan 1 paragraf tentang EBP - Perbaiki sitasi <p>BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki isi dan sitasi - Perbaiki patoflodiagram 	Ri	Jh	And	dz
7.	Jumaat, 26 mei 2023	<p>BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan data di analisa data dan tambahkan intervensi <p>BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bahasa asing dimiringkan 		Jh	And	dz
8.	Senin, 29 mei 2023	<p>BAB I & BAB II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki sitasi - Perbaiki penulisan - Perbaiki daftar pustaka - Tambahkan penatalaksanaan non farmakologi <p>BAB III, IV, V</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACC 	Ri	Jh	And	dz

9.	Rabu, 31 mei 2023	BAB I - ACC BAB II - Perbaiki patoflowdiagram - Perbaiki B1-B6	A		A	A
10.	Senin, 05 juni 2023	BAB II - ACC	A		A	A