

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N DENGAN  
STROKE HEMORAGIC (PIS) DENGAN INTERVENSI  
PEMBERIAN POSISI *HEAD UP 15°* TERHADAP PENINGKATAN  
TEKANAN INTRACRANIAL (*INTRACRANIAL PRESSURE ICP*)  
DI RUANG RUBI BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada Program  
Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**KURNIAWAN, S.Kep**

**NIM. KHG.D2363**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**TAHUN 2024**

## LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**NAMA** : KURNIAWAN.  
**NIM** : KHGD 23063.  
**JUDUL** : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Stroke Hemoragic (PIS) Dengan Intervensi Pemberian Posisi *Head Up 15°* Terhadap Peningkatan Tekanan Intracranial (*Intracranial Pressure ICP*) Di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

## KARYA ILMIAH AKHIR – NERS

Diajukan Untuk Menempuh Ujian Akhir Pada Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stikes Karsa Husada Garut

Garut, September, 2024

Menyetujui,

Pembimbing Utama

**Rudy alfiyansah S.Kep.,Ners.,M.Pd**

## LEMBAR PENGESAHAN

**Judul** : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Stroke Hemoragic (PIS) Dengan Intervensi Pemberian Posisi *Head Up 15°* Terhadap Peningkatan Tekanan Intracranial (*Intracranial Pressure ICP*) Di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

**Nama** : Kurniawan S.Kep

**NIM** : KHGD23063

Garut, Oktober  
2024  
Mengetahui,

Penguji I

Penguji II

**Sri Yekti Widadi S.Kp.,M.Kep**

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Profesi  
Ners Stikes Karsa Husada Garut

**Tantri Puspita S.Kep.,Ners.,Mns.**

Mengetahui,  
Pembimbing

**Sri Yekti Widadi S.Kp.,M.Kep**

**Rudy Alfiyansah S.Kep.,Ners.,M.Pd.**

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya ilmiah akhir ini adalah asli dan dan belum pernah d ajukan untuk mendapatkan gelar akademik ners bak dari sekolah tinggi ilmu kesehatan karsa husada garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya ilmiah akhir ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustak
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Oktober 2024

Pembuat Pernyataan,

Kurniawan S.Kep.

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N DENGAN STROKE  
HEMORAGIC (PIS) DENGAN INTERVENSI PEMBERIAN POSISI *HEAD  
UP 15°* TERHADAP PENINGKATAN TEKANAN INTRACRANIAL  
(*INTRACRANIAL PRESSURE ICP*) DI RUANG RUBI BAWAH RSUD Dr.  
SLAMET GARUT**

Krniawan., Rudy Alfiansah.

- 1) Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut
- 2) Dosen STIKes Karsa Husada Garut

**ABSTRAK**

Stroke Hemoragik merupakan kerusakan pada otak yang terjadi ketika aliran darah atau suplai darah ke otak terhambat adanya perdarahan atau pecahnya pembuluh darah. Pendarahan intraserebral biasanya muncul dengan timbulnya defisit neurologis fokal secara tiba-tiba, yang mungkin terkait dengan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial dan efek massa seperti mual, muntah, sakit kepala, hipertensi, dan penurunan tingkat kesadaran. Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai penerapan posisi *head up 15°* sebagai penatalaksanaan penurunan tekanan intracranial pada pasien stroke hemoragic. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien stroke hemoragic yang diberikan posisi *head up 15°*. Hasil studi kasus pada pasien stroke hemoragic dengan masalah keperawatan utama ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral ternyata dapat diatasi dengan melakukan posisi *head up 15°*, hal ini ditandai dengan adanya penurunan nilai MAP dan CPP dari nilai CPP 111,6 mmHg menjadi 89 MmHg dan MAP 124,6 mmHg menjadi 102 MmHg dan nilai SPO2 dari 96% menjadi 99%. Maka dari itu, posisi *head up 15°* sudah terbukti secara empiris sebagai terapi non farmakologi yang dapat menurunkan tekanan intracranial pada pasien stroke hemoragic. posisi *head up 15°* sangat efektif dan dapat digunakan sebagai salah satu intervensi keperawatan non farmakologi untuk mengatasi ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral pada pasien stroke hemoragic.

**Kata Kunci :** Stroke Hemoragic, tekanan intracranial, *head up 15°*

**Referensi :** 5 buku 19 artikel.

***ANALYSIS OF NURSING CARE FOR Mrs. N WITH HEMORRHAGIC STROKE (PIS) WITH THE INTERVENTION OF GIVING A 15° HEAD UP POSITION TOWARDS INCREASED (INTRACRANIAL PRESSURE ICP) IN THE RUBI BAWAH ROOM OF Dr. SLAMET GARUT HOSPITAL***

**Krniawan., Rudy Alfiansah.**

- 1) Karsa Husada Garut Health College Students***
- 2) Karsa Husada Garut Health College Lecturers***

***ABSTRACT***

*Hemorrhagic Stroke is damage to the brain that occurs when blood flow or blood supply to the brain is blocked by bleeding or rupture of blood vessels. Intracerebral hemorrhage usually appears with the sudden onset of focal neurological deficits, which may be associated with signs of increased intracranial pressure and mass effects such as nausea, vomiting, headache, hypertension, and decreased level of consciousness. This case study aims to obtain an overview of the application of the 15° head up position as a management of decreased intracranial pressure in hemorrhagic stroke patients. The method used is a descriptive case study by conducting anamnesis, observation, physical examination and medical records. Participants in this study were hemorrhagic stroke patients who were given the 15° head up position. The results of a case study on hemorrhagic stroke patients with the main nursing problem of ineffective cerebral tissue perfusion can be overcome by performing a 15° head up position, this is indicated by a decrease in MAP and CPP values from a CPP value of 111.6 mmHg to 89 MmHg and MAP 124.6 mmHg to 102 MmHg and SPO2 values from 96% to 99%. Therefore, the 15° head up position has been empirically proven as a non-pharmacological therapy that can reduce intracranial pressure in hemorrhagic stroke patients. The 15° head up position is very effective and can be used as one of the non-pharmacological nursing interventions to overcome ineffective cerebral tissue perfusion in hemorrhagic stroke patients.*

***Keywords:*** Hemorrhagic Stroke, intracranial pressure, head up 15°

***References:*** 5 books 19 articles.

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji serta syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tecurahkan kepada baginda kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya serta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. N dengan Stroke Hemoragic (PIS) Dan Intervensi Pemberian Posisi *Head Up* 15° terhadap Intracranial Pressure (ICP) Di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut ”. Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Proram Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir- Ners ini penulis telah mendapat bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih sebesar – besarnya kepada:

1. Bapak DR H. Hadiat,MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs.H.Suryadi , M.Si., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H.Engkus Kusnadi,S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi,S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Bapak Rudy alfiyansah S.Kep.,Ners.,M.Pd. selaku pembimbing utama yang telah memberikan arahan dan bimbingannya dalam penyusunan KIA ini.
6. Ibu Sri Yekti Wwidadi S.Kp.,M,Kep. selaku penguji I KIA yang telah memberikan motivasi dan arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIA ini.

7. Ibu Tantri Puspita S.Kep.,Ners.,MNS antselaku penguji II KIA yang telah memberikan motivasi dan arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIA ini.
8. Staf dan Dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan arahan dalam menyelesaikan KIA ini.
9. Kedua Orang Tua yang saya cintai dan saya sayangi, serta keluarga besar yang selalu memberikan dukungan dengan sepenuh hati kepada putra-Nya baik secara moril maupun materi.
10. Seluruh sahabat penulis yang selalu memberikan semangat dan dukungan selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mangharapkan segala masukan baik berupa saran maupun kritik demi perbaikan studi kasus selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi penulis maupun pembaca.

Garut September 2024

Penulis

Kurniawan S.Kep.

## DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG .....	i
ABSTRAK .....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
BAB I .....	6
PENDAHULUAN.....	6
1.1. Latar Belakang.....	6
1.2. Tujuan Penelitian.....	8
1.2.1. Tujuan Umum .....	8
1.2.2. Tujuan Khusus.....	9
1.3. Manfaat Penulisan .....	9
1.3.1. Manfaat Teoritis .....	9
1.3.2. Manfaat Praktis. ....	10
BAB II.....	10
PEMBAHASAN .....	6
2.1. Konsep Dasar Stroke. ....	6
2.1.1. Pengertian.....	6
2.1.2. Etiologi.....	7
2.1.3. Klasifikasi Stroke .....	8
2.1.4. Manifestasi Klinis .....	9
2.1.5. Pemeriksaan Penunjang. ....	10
2.1.6. Patofisiologi .....	13
2.1.7. Pathway. ....	15
2.1.8. Penatalaksanaan .....	17
2.1.9. Komplikasi .....	21

2.2. Konsep asuhan keperawatan stroke hemoragik.....	22
2.2.1. Pengkajian.....	22
2.2.2. Diagnosis Keperawatan. ....	28
2.2.3. Intervensi keperawatan .....	29
2.2.4. Implementasi.....	34
2.2.5. Evaluasi.....	34
2.3. Konsep Dasar Posisi <i>Head Up</i> 15° .....	35
2.3.1. Definisi.....	35
2.3.2. Efektivitas Pemberian Posisi <i>Head Up</i> 15° Terhadap Penurunan Tekanan Intrakranial. ....	36
2.3.3. Prosedur Pelaksanaan.....	37
2.3.4. Analisis Evidence Based Practice (EBP) pemberian posisi head up 15° pada pasien stroke hemoragic .....	38
BAB III.....	41
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	41
3.1. Tinjauan kasus.....	41
3.1.1. Pengkajian.....	41
3.1.2. Terapi medis.....	50
3.1.3. Analisa data.....	50
3.1.4. Diagnosis keperawatan.....	53
3.1.5. Intervensi keperawatan.....	54
3.1.6. Implementasi.....	56
3.1.7. Catatan perkembangan.....	64
3.2. Pembahasan .....	66
3.2.1. Pengkajian.....	66
3.2.2. Diagnosis Keperawatan.....	67
3.2.3. Intervensi keperawatan.....	70
3.2.4. Implementasi Keperawatan.....	74
3.2.5. Evaluasi.....	76
3.3. Pembahasan Evidence Based Practice.....	78

BAB IV .....	82
PENUTUP.....	82
4.1. Kesimpulan.....	82
4.2. Saran.....	84
4.2.1. Rumah Sakit.....	84
4.2.2. Instansi .....	84
4.2.3. Mahasiswa/Penulis.....	84
DAFTAR PUSTAKA .....	85
LAMPIRAN.....	89

**DAFTAR BAGAN**

Bagan 2. 1 Pathway Stroke ..... 15

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan.....	29
Tabel 3. 1 Pemeriksaan Laboratorium .....	49
Tabel 3. 2 terapi medis .....	50
Tabel 3. 3 analisa data .....	50
Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan.....	54
Tabel 3. 5 Implementasi .....	56
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan.....	64

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang.**

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah di otak. Menurut definisi WHO (*World Health Organization*), stroke adalah suatu kondisi dimana tanda-tanda klinis yang berkembang pesat diamati dalam bentuk defisit neurologis fokal dan global, yang dapat parah dan berlangsung 24 jam atau lebih dan/atau menyebabkan kematian tanpa alasan lain yang jelas selain vaskuler (Othadinar et al., 2019).

*World Health Organization* (WHO), 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke setiap tahun, 5 juta diantaranya meninggal dunia dan 5 juta lainnya cacat permanen. Prevalensi kejadian stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis populasi penderita stroke meningkat pada tahun 2018, pada tahun 2013 jumlah penderita stroke sebesar 7% dan pada tahun 2018 sebesar 10,9% (Kusuma et al., 2022). Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker pada negara maju ataupun negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke.

*Data World Stroke Organization* (WSO) menunjukkan bahwa 13,7 juta stroke baru terdiagnosa dan sekitar 5,5 juta meninggal akibat stroke setiap tahunnya (Setiawan, 2020). Angka kejadian stroke di Indonesia juga meningkat. Di Indonesia penyakit ini menempati urutan ketiga setelah penyakit jantung dan kanker. Pada tahun

2007, hasil Survei Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan 8,3 orang per 1000 penduduk menderita stroke.

Pada 2013, pertumbuhannya mencapai 12,1%. Stroke juga menjadi penyebab utama kematian di hampir semua rumah sakit di Indonesia, terhitung 14,5%. Jumlah penderita stroke di Indonesia menurut diagnosis tenaga kesehatan pada tahun 2013 diperkirakan sebanyak 1.236.825 dari seluruh penderita stroke yang terdaftar, dimana 80% diantaranya merupakan jenis stroke iskemik (Permatasari, 2020).

Stroke hemoragik, yang diakibatkan pecahnya pembuluh intraserebral dapat menimbulkan gejala neurologis yang berlaku secara mendadak dan seringkali diikuti gejala nyeri kepala yang berat pada saat melakukan aktivitas akibat efek desak ruang atau peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Efek ini menyebabkan angka kematian pada stroke hemoragik menjadi lebih tinggi dibandingkan stroke iskemik sehingga pada stroke hemoragik yang didominasi oleh gejala peningkatan TIK membutuhkan penanganan segera sebagai tindakan life-saving. Oleh karena itu, penegakan diagnosis pada stroke hemoragik sangat penting untuk memberikan terapi yang efektif. (Setiawan 2020).

Stroke juga menimbulkan dampak yang besar dari segi sosial dan ekonomi, hal ini dapat terjadi karena biaya pengobatan yang relatif mahal akibat lama perawatan di RS atau di rumah (*homecare*)serta menimbulkan kecacatan bagi penderitanya sehingga menyebabkan berkurangnya kemampuan bekerja seperti semula dan dapat menjadi beban sosial di masyarakat. Oleh karena itu peningkatan intrakranial pada pasien stroke hemoragik merupakan kegawatdaruratan yang harus diatasi dengan segera supaya tidak

menimbulkan dampak yang lebih serius. Menurut penelitian Emery et al tahun 2003, Durward et al dan Fieldman et al menemukan bahwa posisi kepala *head up* 15° mengurangi peningkatan intrakranial secara signifikan, perubahan ini disebabkan efek dari tekanan sistem vena jugularis, ada penurunan detak jantung sebesar 0,76% menjadi menjadi 5,6%. Dan secara statistik terjadi penurunan tekanan darah secara signifikan sebesar ( $p < 0.05$ ). Menurut penelitian Van Bredore et al mengatakan bahwa posisi *head up* 15° tekanan darah sistolik berkurang nyata ( $p < 0,05$ ), menurut penelitian Duward dkk dan Lee dkk, menyatakan bahwa dengan posisi kepala *head up* 15° sampai 30° ditemukan penurunan tekanan arteri yang progresif, penurunan CVP ( $p < 0,05$ ) penurunan berkisar 0,12 – 1,8 cm

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk menganalisis tentang pemberian *head up* 15° untuk mengurangi tekanan intracranial pada pasien stroke hemoragik di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr Slamet Garut”.

## **1.2. Tujuan Penelitian**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke hemoragic dengan intervensi pemberian posisi *head up* 15° diruangan di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr Slamet Garut”.

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami stroke hemoragic.
2. Mampu menegakan diagnosa keperawatan pada pasien yang mengalami stroke hemoragic.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke hemoragic.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke hemoragik.
5. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke hemoragik
6. Melaksanakan evidence base practice posisi *head up* 15° pada pasien yang mengalami stroke hemoragik.
7. Dokumentasi tindakan keperawatan pada pasien stroke hemoragik.

### **1.3. Manfaat Penulisan**

#### **1.3.1. Manfaat Teoritis**

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi bahan atau mengembangkan ilmu keperawatan gawat darurat khususnya asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragic. Dan juga sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan gawat darurat bagi peserta didik khususnya Prodi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.

Hasil ini dapat diproses untuk menjadi dasar atau data yang mendukung untuk pengajaran ilmu keperawatan gawat darurat.

### **1.3.2. Manfaat Praktis.**

Hasil studi kasus ini diharapkan bisa digunakan untuk referensi dalam penyusunan Standar Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Hemoragic yang mengalami tekanan intrakranial. dan dapat digunakan sebagai dasar untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien sehingga dapat menjadi peningkatan kualitas perawat pelaksana tentang dokumentasi, dan dapat dimasukkan kedalam setandar oprasional prosedur (SOP) manajemen rumah sakit untuk menentukan inovasi penatalaksanaan posisi kepala pada pasien stroke hemoragic yang mengalami pendarahan intracerebra.

## **BAB II**

### **PEMBAHASAN**

#### **2.1. Konsep Dasar Stroke.**

##### **2.1.1. Pengertian**

Stroke hemoragik adalah peristiwa pecahnya pembuluh darah sehingga menyebabkan aliran darah menjadi tidak normal. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena gumpalan darah menyumbat pembuluh darah. (Tamburion et al., 2020)

Perdarahan intra serebral adalah jenis perdarahan intrakranial yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di jaringan otak. Deteksi fokal darah dihasilkan dari regangan rotasional atau cedera laserasi pada pembuluh darah intraparenkimal di otak, atau terkadang cedera penetrasi. (Ibrahim et al., 2021).

Perdarahan subarachnoid adalah suatu kondisi di mana perdarahan terjadi di ruang subarachnoid. Perdarahan subarachnoid merupakan masalah kesehatan global dengan mortalitas tinggi dan kecacatan permanen (Putri et al., 2019).

Stroke perdarahan intraserebral (*Intracerebral Hemorrhage, ICH*) atau yang biasa dikenal sebagai stroke hemoragik, yang diakibatkan pecahnya pembuluh intraserebral. Kondisi tersebut menimbulkan gejala neurologis yang berlaku secara mendadak dan seringkali diikuti gejala nyeri kepala yang berat pada saat melakukan aktivitas akibat efek desak ruang atau peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (Setiawan 2020).

### **2.1.2. Etiologi**

Stroke hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel di dalam otak. Stroke hemoragik umumnya didahului oleh penyakit hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko paling penting pada kejadian stroke hemoragik baik bagi laki-laki ataupun perempuan.

Tekanan darah iskemik yang meningkat cukup tinggi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun akan mengakibatkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral mengakibatkan diameter lumen pada pembuluh darah akan menjadi tetap. Apabila hal ini terjadi akan berbahaya, karena pembuluh serebral tidak dapat berdilatasi dengan leluasa guna mengatasi fluktuasi dari tekanan darah iskemik yang terjadi. Jika terjadi penurunan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi ke jaringan otak menjadi tidak adekuat, hingga dapat mengakibatkan iskemik serebral.

Sebaliknya, apabila terjadi kenaikan tekanan darah iskemik akan mengakibatkan tekanan perfusi pada dinding kapiler menjadi tinggi yang dapat menyebabkan terjadinya hiperemia, edema, dan kemungkinan ada perdarahan pada otak (Setiawan, 2020). Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi :

1. Aneurisma berry, biasanya defek kongenital.
2. Aneurisma fusiformis, bersumber dari adanya aterosklerosis.
3. Aneurisma mykotis, bersumber dari vaskulitis dan emboli septis.

4. Malformasi arteriovenous, terhubungnya arteri dengan vena tanpa adanya perantara kapiler.
5. Ruptur arteriol serebral, yang disebabkan karena hipertensi.

### **2.1.3. Klasifikasi Stroke**

Hemoragic Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologi fokal akut yang disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan karena trauma kapitis melainkan pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler. Menurut (Lestari, 2017) Perdarahan otak dibagi dua, yaitu

1. Perdarahan Intraserebral

Perdarahan intrasebral ialah keadaan pecahnya pembuluh darah (*mikroaneurisma*) terutama karena hipertensi yang mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak, jika peningkatan TIK terjadi secara cepat dapat mengakibatkan kematian mendadak akibat herniasi otak . Pecahnya pembuluh darah (*mikroaneurisma*) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi secara cepat dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak.

2. Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan subaraknoid ialah keadaan pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid yang menyebabkan TIK meningkat secara mendadak,

menurunnya respon terhadap nyeri dan vasospasme pembuluh darah cerebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (*hemiparase, gangguan sensorik, afasia dll*) Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Menurut Muttaqin (2009) Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarakhnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebri yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik)

#### **2.1.4. Manifestasi Klinis**

Smeltzer C. Suzanne & Brenda G. Bare (2014) tanda dan gejala stroke berdasarkan 4 penyebab utama stroke, yakni:

1. Trombosis Serebral

Tanda dan gejala trombosis serebral bervariasi seperti sakit kepala, pusing, perubahan kognitif, atau kejang. Secara umum trombosis serebral tidak terjadi dengan tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau paresis pada setengah tubuh dapat mendahului awitan paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

## 2. Embolisme Serebral

Karakteristik tanda dan gejala emboli serebral adalah hemiparese atau hemiplegia (kelemahan anggota gerak) tiba-tiba dengan atau tanpa afasia atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan pemberat seperti penyakit jantung dan pulmonal.

## 3. Iskemia serebral

Iskemia serebral terutama terjadi karena penyumbatan ateroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak. Tanda dan gejala yang biasanya muncul adalah kehilangan penglihatan tanpa nyeri yang tiba-tiba pada salah satu mata atau penurunan lapang penglihatan pada salah satu mata, vertigo, diplopia, gangguan kesadaran, kebas atau kelemahan baik pada tangan atau kaki, dan mungkin ada kesulitan bicara atau memahami bicara.

## 4. Hemoragi Serebral

Tanda dan gejala dari hemoragi serebral biasanya adalah sakit kepala hebat, serta terjadi defisit neurologik seperti penurunan kesadaran yang nyata (*Stupor/koma*) dan abnormalitas pada tanda-tanda vital.

### **2.1.5. Pemeriksaan Penunjang.**

Junaidi (2018), untuk mengetahui terjadinya ICH (*intracerebral Hemoragic*) dapat dilakukan pemeriksaan penunjang sebagai berikut :

#### *1. CT-Scan (Computed Tomography Scan)*

*CT-Scan* digunakan untuk memperlihatkan edema, hematoma, iskemik dan adanya infark .

2. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Pemeriksaan MRI dilakukan dengan menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak .

3. Angiogram

Angiogram digunakan untuk membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi atau ruptur .

4. Ekokardiogram

Ekokardiogram merupakan pemeriksaan dengan menggunakan gelombang suara pada jantung. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui fungsi katup-katup jantung, mengetahui ketebalan dinding jantung dan melihat adanya gumpalan darah yang dapat menyebabkan strok

5. Lumbal Puncture atau Fungsi Lumbal

Lumbal Lumbal Puncture atau fungsi Lumbal digunakan untuk mengidentifikasi adanya tekanan normal hemoragik, *Malformasi Arterial Artirivena (MAV)* .

6. Ultrasonografi Doppler Ultrasonograf

Ultrasonografi doppler adalah sebuah tes untuk mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis atau aliran darah).

## 7. EEG (*Electro ensefalography*)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi masalah dengan melihat gelombang pada otak.

## 8. Pemeriksaan Laboratorium

### a. Test darah

koagulasi Test darah ini terdiri dari 4 pemeriksaan, yaitu: *prothrombin time*, *partial thromboplastin* (PTT), *International Normalized Ratio* (INR) dan agregasi trombosit. Keempat test ini gunanya mengukur seberapa cepat darah pasien menggumpal. 32 Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah. Jika pasien sebelumnya sudah menerima obat pengencer darah seperti warfarin, INR digunakan untuk mengecek apakah obat itu diberikan dalam dosis yang benar. Begitu pun bila sebelumnya sudah diobati heparin, PTT bermanfaat untuk melihat dosis yang diberikan benar atau tidak .

### b. Test kimia darah

Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dll. Apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. Kedua penyakit ini termasuk ke dalam salah satu pemicu ICH

### c. Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan

leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien .

#### **2.1.6. Patofisiologi**

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang disertai ekstravasasi darah ke parenkim otak akibat penyebab nontraumatis. Stroke perdarahan sering terjadi pada pembuluh darah yang melemah. Penyebab kelemahan pembuluh darah tersering pada stroke adalah aneurisma dan malformasi arteriovenous (AVM). Ekstravasasi darah ke parenkim otak ini berpotensi merusak jaringan sekitar melalui kompresi jaringan akibat dari perluasan hematoma (Junaidi, Iskandar 2018).

Faktor predisposisi dari stroke hemoragik yang sering terjadi adalah peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah adalah salah satu faktor hemodinamika kronis yang menyebabkan pembuluh darah mengalami perubahan struktur atau kerusakan vaskular. Perubahan struktur yang terjadi meliputi lapisan elastik eksternal dan lapisan adventisia yang membuat pembuluh darah mendadak dapat membuat pembuluh darah pecah.

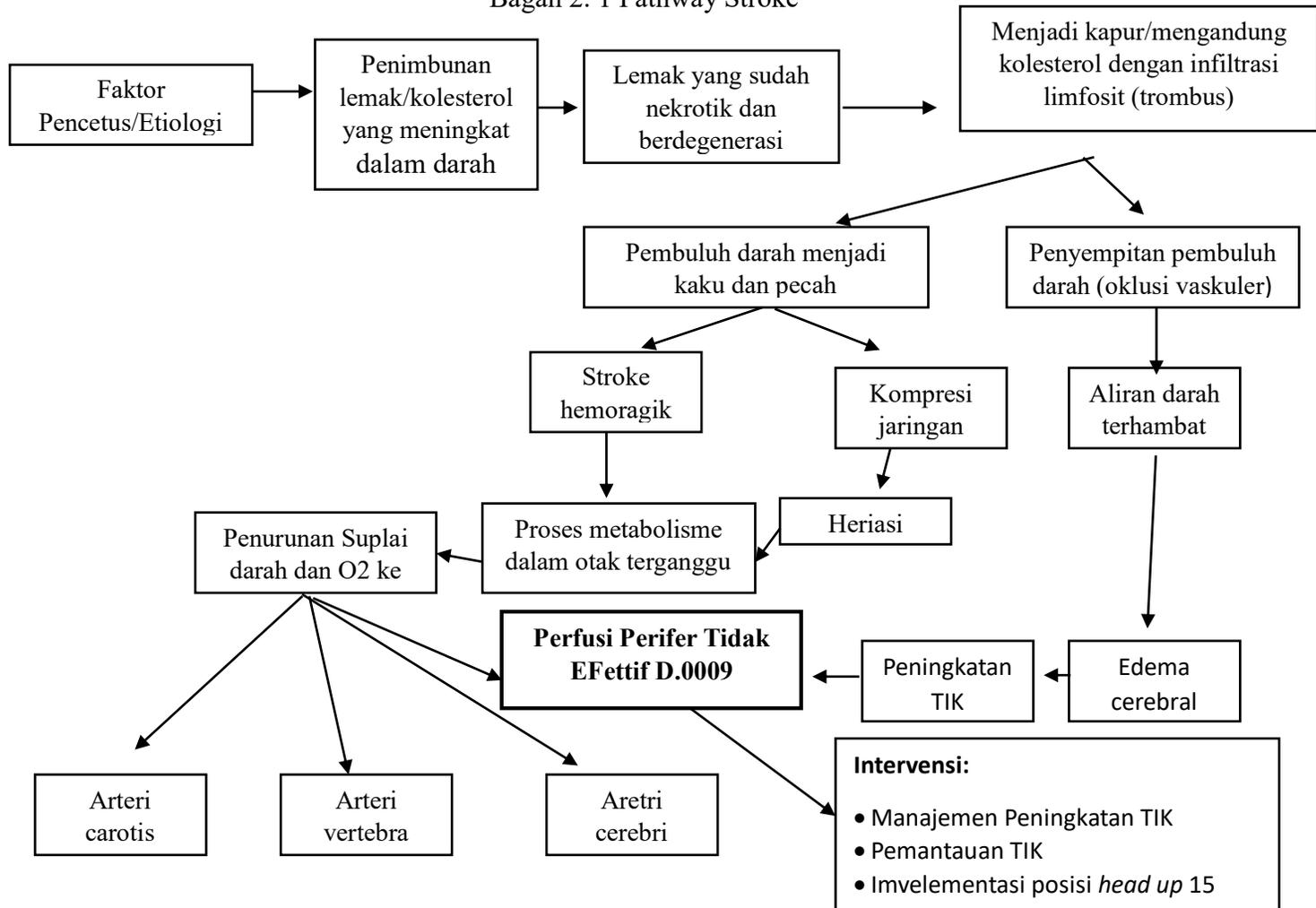
Ekstravasasi darah ke parenkim otak bagian dalam berlangsung selama beberapa jam dan jika jumlahnya besar akan memengaruhi jaringan sekitarnya melalui peningkatan tekanan intrakranial. Tekanan tersebut dapat menyebabkan hilangnya suplai darah ke jaringan yang terkena dan pada akhirnya dapat menghasilkan infark, selain itu, darah yang keluar selama ekstravasasi memiliki efek toksik pada jaringan otak sehingga menyebabkan peradangan jaringan otak. Peradangan jaringan otak ini

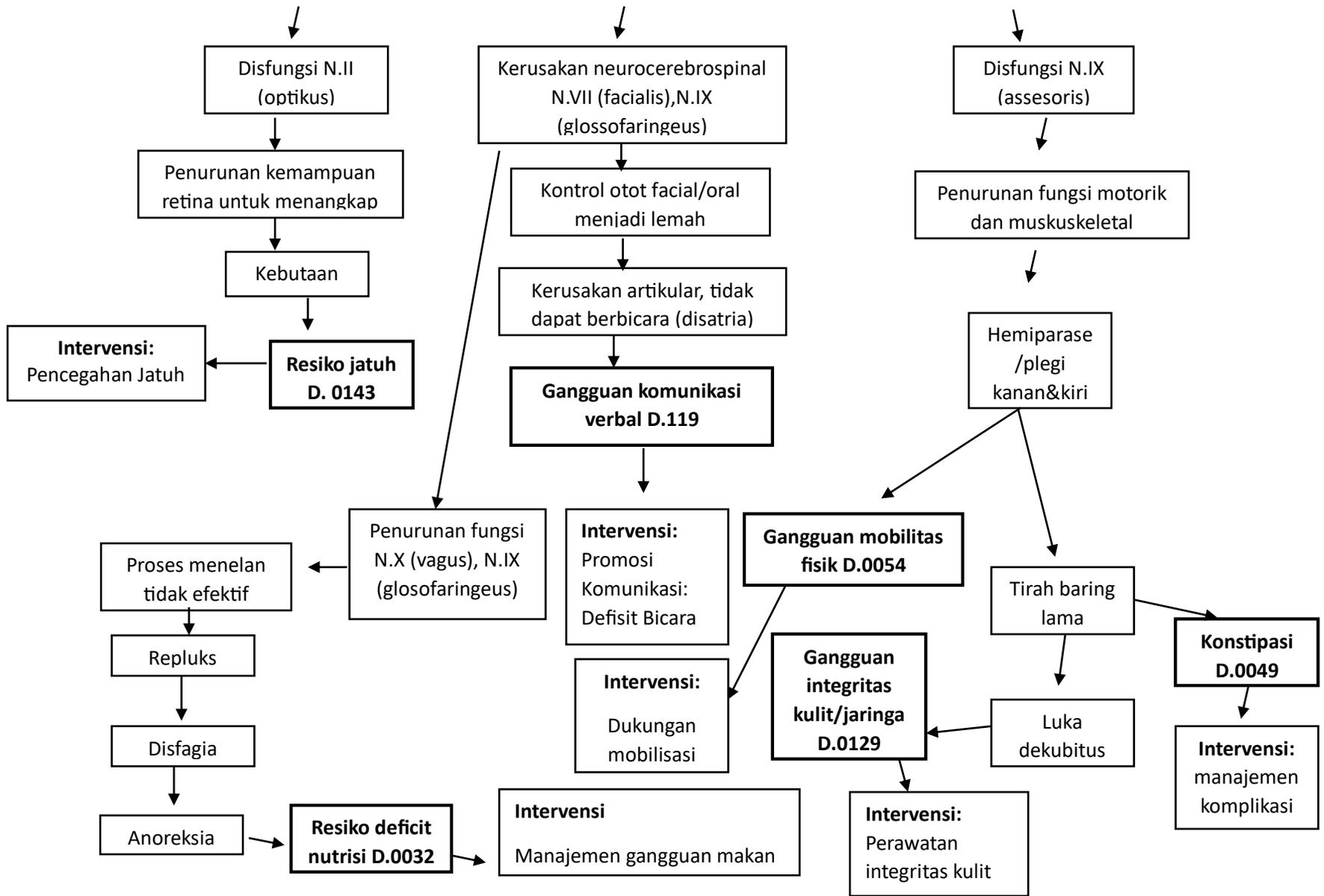
berkontribusi terhadap cedera otak sekunder setelahnya. *Proses* dan *onset* yang cepat pada stroke perdarahan yang cepat, penanganan yang cepat dan menjadi hal yang penting (Haryono & Sari Utami, 2019) .

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah didalam 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 hemoragie*) atau juga dapat terjadi genangan darah masuk kedalam ruang disekitar otak (*subarachnoid hemoragik*) dan bila terjadi stroke bisa sangat luas dan fatal dan bahkan sampai berujung kematian. Biasanya keadaan yang sering terjadi adalah kerapuhan karena mengerasnya dinding pembuluh darah akibat tertimbun plak atau *arteriosclerosis* bisa akan lebih parah lagi apabila disertai dengan gejala tekanan darah tinggi (Setiawan, 2021).

2.1.7. Pathway.

Bagan 2. 1 Pathway Stroke





### 2.1.8. Penatalaksanaan

Stroke Merupakan Salah Satu Kunci Penting Dalam Mengurangi Kematian Dan Meminimalkan kerusakan otak yang ditimbulkan oleh stroke adalah dengan memberikan penanganan yang cepat dan tepat. Jika penanganan stroke diberikan lebih dari rentang waktu (*golden hour*) maka kerusakan neorologis yang dialami pasien stroke akan bersifat permanen. Fassbender (2017) menyatakan bahwa waktu yang paling direkomendasikan pada pasien stroke adalah 3-4,5 jam yang disebut dengan *golden hour*.

Menurut (Unnithan & Mehta, 2022) Penatalaksanaan farmakologis sebagai berikut:

1. Manajemen tekanan darah

Peningkatan tekanan darah adalah faktor risiko paling umum untuk ICH. Hipertensi akut adalah pendorong utamakspansi hematoma dini, sehingga kontrol tekanan darah yang agresif sangat diperlukan sebagai tindakan untuk mencegah perluasan perdarahan dan menjadi fokus utama manajemen awal ICH. Kontrol tekanan darah yang tepat dan tepat diperlukan tanpa menginduksi hipotensi, sehingga agen titrasi kerja cepat seperti nicardipine digunakan dalam manajemen awal. Pada fase akut, sebaiknya menghindari obat antihipertensi yang meningkatkan tekanan intrakranial, terutama hydralazine, nitroprusside, dan nitro-gliserin. Pengobatan antihipertensi akut untuk pasien dengan ICH bermanfaat dan aman dengan kisaran target tekanan darah sistolik atau *Systolic Blood Pressure* (SBP) yang optimal antara 120 dan 160 mm Hg.

## 2. Penatalaksanaan Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Perawatan awal untuk peningkatan TIK adalah meninggikan kepala tempat tidur hingga 30 derajat dan agen osmotik (manitol, salin hipertonik). Manitol 20% diberikan dengan dosis 1,0 hingga 1,5 g/kg. Hiperventilasi setelah intubasi dan sedasi, hingga pCO 28-32 mmHg akan diperlukan jika TIK meningkat lebih lanjut. ASA merekomendasikan pemantauan *intra cranial pressure* (ICP) dengan parenkim atau kateter ventrikel untuk semua pasien dengan GCS keuntungan untuk drainase *cairan serebrospinal* (CSF) pada kasus hidrosefalus. Tujuannya adalah untuk menjaga tekanan perfusi serebral (CPP) antara 50 hingga 70mmHg.

## 3. Terapi Hemostatik

Terapi hemostatik diberikan untuk mengurangi perkembangan hematoma. Ini sangat penting untuk membalikkan koagulopati pada pasien yang memakai antikoagulan. Pada saat akan melakukan koreksi koagulopati, diperlukan pemeriksaan hemostasis, misalnya *Prothrombin Time* (PT), *Activated Aartial Thrombin Time* (APTT), *International Normalized Ratio* (INR) dan trombosit. Koreksi koagulopati bertujuan untuk mencegah perdarahan yang lebih lanjut.<sup>17</sup> Penghentian warfarin dan pemberian vitamin K secara *Intravena* (IV) adalah langkah terapi pertama. Vitamin K harus diinfuskan perlahan (lebih dari 10 menit), dengan dosis 10 mg dengan pemantauan ketat tanda-tanda vital. Pada pasien yang mengalami peningkatan INR karena penggunaan antagonis Vitamin K (VKA) padat diberikan penambahan faktor emergent biasanya

menggunakan *Fresh Frozen Plasma* (FFP) dan *Prothrombin Complex Concentrates* (PCC). Pedoman (AHA/ASA kelas IIb, level B) lebih menganjurkan menggunakan PCC dibandingkan dengan FFP karena tindakan yang lebih cepat dan memiliki efek samping yang lebih sedikit. Pencapaian nilai INR di bawah 1,3 dalam waktu 4 jam sejak masuk dikaitkan dengan penurunan risiko ekspansi hematoma.

#### 4. Terapi Antiepilepsi

Sekitar 3- 17% pasien akan mengalami kejang dalam dua minggu pertama, dan 30% pasien akan menunjukkan aktivitas kejang listrik pada pemantauan EEG. Mereka yang mengalami kejang klinis atau kejang elektrografik harus diobati dengan obat antiepilepsi. Hematoma lobaris dan pembesaran hematoma menghasilkan kejang, yang berhubungan dengan perburukan neurologis. Kejang subklinis dan status *epilepsi non-konvulsif* juga dapat terjadi. Pemantauan EEG berkelanjutan diindikasikan pada pasien dengan penurunan tingkat kesadaran . Jika tidak, obat antikonvulsan profilaksis tidak dianjurkan, menurut pedoman ASA.

#### 5. Pembedahan

Penatalaksanaan bedah untuk stroke hemoragik adalah kraniotomi, kraniektomi dekompresi, aspirasi stereotaktik, aspirasi endoskopi, dan aspirasi kateter. Beberapa percobaan yang dilakukan menunjukkan bahwa tidak didapatkan manfaat secara keseluruhan dari operasi dini untuk perdarahan intraserebral bila dibandingkan dengan pengobatan konservatif awal. Pasien yang mengalami

perdarahan lobaris dalam jarak 1 cm dari permukaan otak dan defisit klinis yang lebih ringan ( $GCS > 9$ ) mendapatkan manfaat dari pembedahan dini. 24 Evakuasi bedah darurat diindikasikan pada perdarahan serebral dengan hidrosefalus atau kompresi batang otak. Pasien dengan perdarahan serebral dengan diameter  $> 3$  cm akan memiliki hasil yang lebih baik dengan pembedahan. Hematoma serebelum dievakuasi dengan kraniektomi suboksipital. Evakuasi perdarahan batang otak tidak dianjurkan. Kraniektomi dekompresi dan evakuasi hematoma sekarang lebih sering dilakukan untuk stroke hemoragik. Tindakan ini menunjukkan peningkatan hasil yang diperoleh dengan menambahkan kraniektomi dekompresi dengan duraplasti ekspansif untuk evakuasi ICH hemisfer hipertensi. Hemikraniektomi dekompresi dengan evakuasi hematoma dilakukan pada pasien dengan skor  $GCS \leq 8$  dan hematoma besar dengan volume lebih besar dari 60 ml dapat menghindari kejadian kematian dan dapat meningkatkan hasil fungsional.

Penatalaksanaan terapi non-farmakologis menurut (Saidi & Andrianti, 2021) :

- 1) Posisi tubuh dan kepala pada 15-30 derajat. Gerakan bertahap dapat dimulai setelah pasien berada di sisinya dengan muntah dan hemodinamik stabil.
- 2) Jaga agar jalan nafas tetap bersih dan ventilasi memadai
- 3) Mempertahankan tanda-tanda vital stabil
- 4) Istirahat di tempat tidur

### 2.1.9. Komplikasi

Suwita, (2015) komplikasi pada pasien stroke hemoragik sebagai berikut :

#### 1. Disfagia

Pada pasien stroke sering terjadi disfagia yaitu sekitar 30–50% pasien.<sup>7</sup> Menelan adalah mekanisme yang kompleks yang mendorong makanan melalui faring dan esofagus untuk mencegah masuknya ke dalam saluran napas, menggunakan lidah, mulut, otot polos dari faring dan esofagus, sistem saraf otonom, dan beberapa saraf kranial *V (trigeminal)*, *syaraf ke VII (facialis)*, *syaraf ke IX (glosofaringeal)*, *syaraf ke X (vagus)*, dan *syaraf ke XII (hipoglossus)*. Gangguan menelan pada pasien stroke sering terjadi pada fase oral dan fase faringeal sehingga menyebabkan disfagia. Gejala klinis dari disfagia orofaringeal adalah ketidak mampuan mempertahankan bolus dalam rongga mulut dan menelan air liur, mengantongi makanan di rongga mulut, makan lambat, suara serak, pneumonia berulang, dan setiap menelan terbatuk yang dapat terjadi sebelum, selama atau setelah menelan

#### 2. Aspirasi Pneumonia

3. Jika pasien tidak dapat menelan salivanya lebih dari 500 ml per hari maka akan berisiko untuk mengalami aspirasi. Aspirasi pneumonia disebabkan oleh bakteri yang terdapat dalam saliva, bukan karena salivanya sendiri. Pemeliharaan higiene mulut yang baik memiliki potensi untuk mengurangi infeksi pernapasan.

## **2.2. Konsep asuhan keperawatan stroke hemoragik.**

### **2.2.1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan perumusan diagnosis keperawatan (Esti & Johan, 2020).

#### 1. Identitas Klien

Meliputi identitas klien ( Nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil ) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat).

#### 2. Keluhan Utama

Adapun keluhan utama yang sering di jumpai yaitu klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, biasanya klien mengalami bicara pelo, biasanya klien kesulitan dalam berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

#### 3. Riwayat Penyakit.

##### 1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keadaan ini berlangsung secara mendadak baik sedang melakukan aktivitas ataupun tidak sedang melakukan aktivitas. Gejala yang muncul

seperti mual, nyeri kepala, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

#### 2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Adapun riwayat kesehatan dahulu yaitu memiliki riwayat hipertensi, riwayat DM, memiliki penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, riwayat kotrasepsi oral yang lama, riwayat penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

#### 3) Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat keluarga dengan hipertensi, adanya riwayat DM, dan adanya riwayat anggota keluarga yang menderita stroke.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

Menurut (Kidd et al., 2010). Pengkajian sekunder meliputi :

##### 1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, sopo, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15 .

##### 2) Keadaan Umum

Umumnya klien mengalami penurunan kesadaran, tanda- tanda vital : Tekanan Darah Meningkat, denyut nadi lemah

##### 3) Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan *systole* > 140 dan *diastole* > 80

b. Nadi

Biasanya nadi normal

c. Pernafasan

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

d. Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

4) B1 (*Breathing*)

Umumnya pada pasien dengan stroke hemoragic didapatkan hasil pemeriksaan seperti Inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi didapatkan bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sputum dan kemampuan batuk menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis pada pengkajian inspeksi pernafasan tidak ada kelainan. Palpasi

didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napastambahan.

5) B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (*syok*) hipovolemik yang sering terjadi pada klien ICH. TD biasanya mengalami peningkatan .

6) B3 (*Brain*)

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

a. Tingkat Kesadaran :

Pada keadaan lanjut, tingkat kesadaran klien ICH biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa.

b. Fungsi Serebri :

- Status mental, dimana pada klien ICH tahap lanjut biasanya status mental mengalami perubahan.
- Fungsi intelektual, didapatkan penurunan ingatan dan memori baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi.

c. Pemeriksaan Saraf Kranial

- Saraf I : biasanya tidak terdapat kelainan pada fungsi penciuman
- Saraf II : disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensorik primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplagia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian kebagian tubuh.
- Saraf III, IV, dan VI : apabila akibat ICH mengakibatkan paresis sisi otototot okularos didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjungat unilateral disisi yang sakit.
- Saraf V : Pada beberapa keadaan ICH menyebabkan paralisis saraf trigeminus, didapatkan penurunan fungsi koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi lateral dan kelumpuhan sisi otot-otot pteigoideus internus dan eksternus.
- Saraf VII : persepsi pengecap normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat.
- Saraf IX dan X, kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

- Saraf XI : tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
- Saraf XII : lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. indra pengecap normal.

7) B4 (*Bladder*)

Klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi. Kadang-kadang kontrol sfingter eksternal hilang atau berkurang .

8) B5 (*Bowel*)

Didapatkan keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, jual dan muntah pada fase akut. Mual dan muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemebuhan kebutuhan nutrisi .

9) B6 (*Bone*)

Kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Gangguan neuron motor pada salah satu sisi tubuh. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh. Kulit tampak pucat karena kekurangan O<sub>2</sub>, turgor kulit menurun karena kekurangan cairan. Kemungkinan ditemukannya dekubitus karena adanya gangguan mobilitas fisik pada klien ICH .

### 2.2.2. Diagnosis Keperawatan.

Diagnosis keperawatan menurut SDKI PPNI (2017) ditetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnose keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (*actual*) dan kemungkinan akan terjadi (*potensial*) dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Maupun diagnosa yang muncul adalah Diagnosis Keperawatan :

1. Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan kinerja ventrikel kiri, tumor otak, cedera kepala, infark miokard akut, hipertensi dan hiperkolesteronemia.
2. Pola napas tidak efektif b/d depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, gangguan neuromuskular dan gangguan neurologis.
3. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d spasme jalan napas, disfungsi neuromuskuler dan sekresi yang tertahan.
4. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak
5. Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan

### 2.2.3. Intervensi keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA (DX)	TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)
	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral pasien menjadi efektif (L.02014)</p> <p>Dengankriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran kognitif meningkat</li> <li>2. Gelisah menurun</li> <li>3. Tekanan intrakranial menurun</li> <li>4. Kesadaran membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06198)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li> <li>3. Monitor MAP, CVP, PAWP, PAP, ICP, dan CPP, jika perlu</li> <li>4. Monitor gelombang ICP</li> <li>5. Monitor status pernapasan</li> <li>6. Monitor intake dan output cairan</li> <li>7. Monitor cairan serebro-spinal</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi fowler</li> <li>3. Hindari manuver Valsava</li> <li>4. Cegah terjadinya kejang</li> <li>5. Hindari penggunaan PEEP</li> <li>6. Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</li> <li>7. Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>8. Berikan posisi head up 15°</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu Pemantauan Neurologis</li> </ol> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor ukuran bentuk,kesimetrisan,dan reaktifitas pupil.</li> <li>2. Monitor tingkat kesadaran</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>4. Monitor status pernapasan : analisa gas darah, oksimetri nadi, kedalaman napas, pola napas, dan usaha napas</li> <li>5. Monitor refleks kornea</li> <li>6. Monitor kesimetrisan wajah</li> <li>7. Monitor respons babinski</li> <li>8. Monitor respons terhadap pengobatan.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, jika perlu</li> <li>2. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</li> <li>3. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengankondisi pasien</li> </ol>
	Pola Nafas tidak Efektif (D.0005)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola nafas pasien menjadi efektif (L.01004)</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi napas membaik</li> <li>2. Kedalaman napas membaik</li> <li>3. Ekskresi dada membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen jalan nafas (I.01011)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis: wheezing)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>2. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift</li> <li>3. Berikan oksigen</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu</li> </ol>
	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001)	<p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan bersihkan jalan nafas tetap paten (L.01001)</p> <p>dengan Kriteria Hasil :</p>	<p><b>Pemantauan Respirasi (I.01008)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas.</li> <li>2. Monitor pola napas</li> <li>3. Monitor kemampuan batuk efektif</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk efektif meningkat</li> <li>2. Produksi sputum menurun</li> <li>3. Frekuensi napas dan pola napas membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>5. Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>6. Monitor saturasi oksigen</li> <li>7. Monitor nilai AGD</li> <li>8. Monitor hasil X-Ray toraks</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Penghisapan Jalan Napas</li> </ol> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan dilakukan penghisapan</li> <li>2. Monitor status oksigenasi, status neurologis, dan status hemodinamik sebelum, selama dan setelah tindakan</li> <li>3. Monitor dan catat warna, jumlah dan konsistensi sekret</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan tindakan aseptik</li> <li>2. Gunakan prosedural steril dan disposibel</li> <li>3. Gunakan teknik penghisapan tertutup,sesuai indikasi</li> <li>4. Berikan oksigen dengan konsentrasi tinggi (100%) paling sedikit 30 detik sebelum dan setelah tindakan</li> <li>5. Lakukan penghisapan lebih dari 15 detik</li> <li>6. Hentikan penghisapan dan berikan terapi oksigen jika mengalami kondisi-kondisi seperti bradikardi, penurunan saturasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>
--	--	---	---

			1. anjurkan bernapas dalam dan pelan selama insersi kateter suction
	Gangguan mobilitas fisik (D.0045)	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik tidak terganggu dengan kriteria hasil : (L.05042) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak( ROM)meningkat</li> <li>4. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu( mis; duduk diatas tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana Yang harus dilakukan (mis: duduk diatas tempat tidur)</li> </ol>
	Defisit nutrisi (D.0019)	Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot mengunyah meningkat</li> <li>3. Kekuatan otot menelan meningkat</li> <li>4. Berat badan membaik</li> </ol>	<b>Terapi menelan (I.11351)</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala aspirasi</li> <li>2. Monitor gerakan lidah saat makan</li> <li>3. Monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan lingkungan yang nyaman</li> <li>2. Jaga privasi pasien</li> <li>3. Gunakan alat bantu,jika perlu</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Frekuensi makan     membaik</li> <li>6. Nafsu makan     membaik</li> <li>7. Membran mukosa     membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Hindari penggunaan sedotan</li> <li>5. Posisikan duduk</li> <li>6. Fasilitasi meletakkan makanan dibelakang lidah</li> <li>7. Berikan perawatan mulut, sesuai kebutuhan</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan terapi</li> </ul>
--	--	---	--

#### **2.2.4. Implementasi.**

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Implementasi keperawatan terhadap pasien diberikan secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan keperawatan (Basri, 2020). Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

#### **2.2.5. Evaluasi.**

Evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan (Basri, 2020).

Jenis evaluasi yang digunakan adalah evaluasi berjalan/formatif dengan memakai format SOAP yaitu :

1. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan. Pada pasien cedera kepala sedang

dengan risiko perfusi serebrl tidak efektif diharapkan pasien mengalami peningkatan kesadaran.

2. *Objectife*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
3. *Assesment*, yaitu interprestasi dari data subjektif dan objektif.
4. *Planning*, yaitu perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana keperawatan yang sudah dibuat sebelumnya.

### **2.3. Konsep Dasar Posisi *Head Up 15°***

#### **2.3.1. Definisi**

Posisi *head up 15°* ialah cara memposisikan kepala orang lebih tinggi sekitar lima belas derajat dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk (Adithya Nugroho, 2018).

Posisi *head up 15°* dilakukan pada pasien yang mengalami stroke hemoragic karena posisi ini akan memudahkan drainase aliran darah balik dari intracranial sehingga dapat menurunkan tekanan intrakranial. Posisi head elevation adalah memposisikan pasien dengan punggung lurus dan elevasi kepala yang bertujuan untuk keamanan pasien dalam kelancaran pemenuhan kebutuhan oksigen (Khandelwal ,2016). Dari pengertian diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa posisi *head up 15°* merupakan posisi yang dapat digunakan pada pasien stroke hemoragic yang mengalami penurunan kesadaran ataupun mengalami pendarahan

di intraserebral untuk mengurangi tekanan intracranial dan memenuhi kebutuhan oksigen pasien yang sewaktu-waktu bisa terhambat dikarenakan tekanan intracranial yang tinggi.

### **2.3.2. Efektivitas Pemberian Posisi *Head Up 15°* Terhadap Penurunan**

#### **Tekanan Intrakranial.**

Otak berada di dalam rongga tengkorak, yang dilindungi oleh selaput pelindung yang disebut meningen yang terdiri dari duramater, subarahnoid dan piamater. Struktur tulang tengkorak yang kaku pada orang dewasa dimana sutura sudah menutup dan keras serta selaput otak yang tidak elastis mengurangi kemungkinan pengembangan jaringan otak dalam keadaan tertentu. Dalam rongga tengkorak terdapat jaringan parenkim otak, darah dan pembuluh darah serta cairan serebrospinalis. Tekanan intrakranial merupakan jumlah total dari tekanan yang mewakili volume jaringan otak,. Apabila volume dari salah satu faktor tadi meningkat dan tidak dapat dikompensasi oleh kedua faktor yang lain, maka terjadilah tekanan tinggi intrakranial (Junaidi, Iskandar 2018).

Upaya-upaya untuk mengatasi perubahan tekanan intrakranial yaitu mempertahankan tekanan perfusi serebral yang dihasilkan dari tekanan arteri sistemik rata-rata dikurangi tekanan intrakranial, dengan rumus: *Cerebral Perfusion Pressure = Mean Arteri Pressure – Intracranial Pressure* . Tekanan perfusi serebral normal berada pada rentang 60-100 mmHg. *Mean Arteri Pressure* (MAP) adalah rata-rata tekanan selama siklus kardiak.  $MAP = \text{Tekanan Sistolik} + 2 \times \text{tekanan diastolik} / 3$ . Jika tekanan perfusi serebral diatas 100 mmHg, maka potensial terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Jika kurang dari 60 mmHg,

aliran darah ke otak tidak adekuat sehingga hipoksia dan kematian sel otak dapat terjadi (Morton et.al, 2005).

Penatalaksanaan penurunan tekanan intrakranial, salah satunya adalah mengatur posisi pasien dengan kepala *head up* ( $15^{\circ}$  –  $30^{\circ}$ ) untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan kepala *head up* dapat menyebabkan penurunan tekanan darah sistemik, mungkin dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral. Salah satu intervensi yang dipertimbangkan dapat dilakukan oleh perawat adalah dengan menempatkan pasien pada posisi *head up* antara  $15^{\circ}$  dan  $30^{\circ}$  bertujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial, jika elevasi lebih tinggi dari  $15^{\circ}$  pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran secara drastis maka tekanan perfusi otak akan turun. Posisi tidur *head up*  $15^{\circ}$  bertujuan untuk : menurunkan tekanan intrakranial pada kasus trauma kepala, lesi otak, atau gangguan neurologi dan memfasilitasi venous drainage dari kepala. Stabilisasi (posisi) dalam TIK sangatlah penting karena akan berpengaruh terhadap peningkatan TIK dimana peningkatan TIK merupakan resiko paling besar yang dapat menimbulkan kematian pada kasus persyarafan. Pemberian posisi pada TIK terlihat sangatlah mudah namun banyak yang perlu diperhatikan jika akan melakukan tindakan tersebut : perawat harus memperhatikan adekuat CPP serta CBF dipertahankan guna perfusi otak klien, perubahan posisi harus dilihat apakah ada hambatan pada vena jugularis, kepala pasien tidak boleh melakukan rotasi juga tidak dapat diubah sesegera mungkin.

### **2.3.3. Prosedur Pelaksanaan.**

Prosedur pemberian Standar operasional prosedur (SOP) pemberian posisi *head up*  $15^{\circ}$  yaitu :

- a. Pasien dibaringkan dalam keadaan terlentang.
- b. Mengatur ketinggian tempat tidur dan memposisikan kepala pasien lebih tinggi sekitar  $15^\circ$  dan badan tetap lurus.
- c. Posisi kaki lurus dan tidak menekuk Hal yang perlu diperhatikan untuk posisi *head up*  $15^\circ$  ialah fleksi, ekstensi dan rotasi kepala akan meningkatkan tekanan perfusi serebral yang akan mempengaruhi peningkatan tekanan intrakranial (Dimitros dan Alred, 2002).

#### **2.3.4. Analisis *Evidence Based Practice* (EBP) pemberian posisi *head up* $15^\circ$ pada pasien stroke hemoragik**

Pada pasien stroke hemoragik diagnosis keperawatan yang akan muncul salah satunya yaitu ketidak efektifan perfusi jaringan serebral, pada intervensi diagnose tersebut yaitu dengan dilakukannya manajemen peningkatan intracranial yang terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Tindakan terapeutik yang dilakukan pada pasien dengan intraserebral hemoragik salah satunya adalah pemberian *posisi head up*  $15^\circ$  (PPNI, 2018).

Berdasarkan hasil analisis jurnal Menurut penelitian Emery et al tahun 2003, Durward et al dan Fieldman et al menemukan bahwa posisi kepala *head up*  $15^\circ$  mengurangi peningkatan intrakranial secara signifikan, perubahan ini disebabkan efek dari tekanan sistem vena jugularis, ada penurunan detak jantung sebesar 0,76% menjadi menjadi 5,6%. Dan secara statistik terjadi penurunan tekanan darah secara signifikan sebesar ( $p < 0.05$ ). Menurut penelitian Van Bredore et al mengatakan bahwa posisi *head up*  $15^\circ$  tekanan darah sistolik berkurang nyata ( $p < 0,05$ ), menurut penelitian Duward dkk dan Lee dkk, menyatakan bahwa dengan posisi kepala *head*

*up* 15° sampai 30° ditemukan penurunan tekanan arteri yang progresif, penurunan CVP ( $p < 0,05$ ) penurunan berkisar 0,12 – 1,8 cm. Dari berbagai jurnal posisi kepala untuk pasien dengan tekanan tinggi intrakranial diberikan masih bervariasi antara posisi *head up* 15° , 20° dan 30°

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh (Diawati, Erwan, dkk, 2017) menyatakan bahwa nilai MAP klien setelah diberikan posisi *head up* 15° mengalami penurunan diperoleh nilai rata-rata sebesar 119,05 menjadi 108,07 Hasil uji statistik diperoleh nilai Pvalue 0,005 yang artinya  $Pvalue \leq 0,05$ , sehingga disimpulkan efektif pemberian posisi *head up* 15° terhadap perubahan MAP pada pasien stroke. Berdasarkan hasil di atas dapat dinyatakan bahwa penurunan MAP ditentukan dari adanya pemberian posisi *head up* 15° yang diberikan oleh peneliti. Teori yang mendasari posisi *head up* ini adalah peninggian anggota tubuh diatas jantung dengan vertical axis, akan menyebabkan *cairan serebro spinal* (CSS) terdistribusi dari kranial ke ruang subarachnoid spinal dan memfasilitasi *venous return* serebral (Sunardi, 2011).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Siti (2014), dalam judulnya yaitu perbandingan posisi *head up* 15° dan 30° terhadap tekanan darah, nadi dan respirasi pada pasien yang mengalami perubahan TIK di Ruang Neurologi RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung menyebutkan bahwa terdapat perubahan yang signifikan pada tekanan darah dan nadi pada pasien yang mengalami peningkatan TIK dan pada pasien dengan peningkatan TIK sebaiknya diatur posisi tidur *head up* 15°. Selain itu, Afif (2015) juga melakukan penelitian mengenai pemberian posisi kepala terhadap TIK pada pasien stroke di RS. Dr. Moewardi Surakarta bahwa

setelah dilakukan tindakan posisi *head up* dapat menurunkan peningkatan TIK, hal tersebut dapat dibuktikan dengan penurunan tekanan darah, penurunan MAP, keluhan nyeri berkurang, tidak ada mual dan muntah proyektil. Hal tersebut dikarenakan pemberian posisi *head up* 15° mampu menjaga agar MAP tidak meningkat dan memperbaiki aliran balik jantung, selain itu juga pemberian posisi *head up* 15° pada pasien stroke akan memperbaiki pemulihan dan mengurangi kecacatan yang signifikan terhadap perubahan MAP pada pasien stroke.

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

**3.1. Tinjauan kasus.**

**3.1.1. Pengkajian**

**A. Biodata Pengkaji**

Nama Pengkaji : KURNIAWAN

Tanggal Pengkajian : 08-Agustus-2024

Ruang Pengkajian : Ruangan Rubi Bawah RSUD Dr Slamet Garut.

Jam : 15:00 wib.

**B. Biodata Pasien**

Nama : Ny.N

Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT

Usia : 62 Tahun

Status Pernikahan : Menikah

No Rm : 0184204

Diagnosa Medis : Stroke hemoragik Pis

Tanggal Masuk RS : 06 Agustus 2024.

Alamat : Kp.Sarpendei Ds.Depok Kec.Pamengpek Kab.Garut.

**C. Biodata Penanggung Jawab**

Nama : Tn.A

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Wirasuasta  
Hubungan dengan Klien : Anak  
Alamat :Kp.Sarpendei Ds.Depok Kec.Pamengpek Kab.Garut

**D. Pengkajian Primer (*Primary Survey*)**

**1. Jalan Nafas + Kontrol Servikal (*Airway + Cervical Control*)**

Sumbatan Jalan Nafas : Sekret  
Bunyi Nafas Tambahan : Ronchi  
Riwayat Jatuh/Trauma : Tidak Ada  
Kecurigaan fraktur servikal : Tidak Ada

**2. Pernafasan + Kontrol Ventilasi (*Breathing + Ventilation Control*)**

Sesak napas : Ada  
Sianosis : Tidak ada  
Otot Bantu Nafas : Tidak ada  
Saturasi Oksigen : 96% Terpasang NRM 12 liter  
Frekuensi Napas : 26x / Menit  
Irama Pernafasan : Reguler  
Kedalaman Pernafasan : Dangkal  
Refleks Batuk : Tidak ada  
Karakteristik Secret : Kental  
Warna Secret : Agak kekuningan.

**3. Sirkulasi + Kontroling Perdarahan (*Circulation + Bleeding Control*)**

Perdarahan / Bleeding : Tidak Ada

Konjungtiva : Tidak Anamnis  
Akral : Dingin  
Capillary Refilling Time : >3 Detik  
Turgor Kulit : < 1 Detik  
Mukosa Bibir : Kering  
Tekanan Darah : 196/89 MmHg  
Nadi : 119x/Menit  
Kekuatan Nadi : Kuat  
Irama Denyut Nadi : Teratur  
Edema : Ada  
Lokasi Edema : Intra Serebral

#### 4. Kesadaran

Tingkat Kesadaran : Spoor

GCS : 7

- a. Respon Membuka mata (*eyes*) : 2
- b. Respon Bersuara (*verbal*) : 2
- c. Respon Motorik (*Motoric*) : 3

Refleks Pupil :

Diameter Pupil : Normal

Lateralisasi Pupil : Isokor

Tonus Otot : Lemah

Kekuatan Otot : Lemah anggota gerak bagian kiri.

1	2
1	2

### 5. Pemeriksaan Semua Bagian Tubuh

Luka Lesi/Lecet : Tidak Ada

Perdarahan spontan kecil : Tidak Ada

Jejas/Hematom : Tidak Ada

Hipotermi : Tidak Ada

### 6. *Foley cathether*

Indikasi dipasang : Terpasang Cateter

Jumlah urine output : 1500 cc

Warna urine output : Kuning Jernih

### 7. *Gastric Tube*

Tanda-tanda fraktur basis cranii : Tidak Ada

Jenis Gastric Tube : (NGT) *Naso Gastric Tube*

Indikasi Pemasangan Gastric Tube : Untuk Pemberian Makan

### E. Pengkajian Sekunder (*Secondary Survey*)

#### 1. Pemeriksaan Tanda-tanda vital (*Vital Sign Examination*)

Tekanan Darah (Blood Pressure) : 196/89 MmHg

Saturasi : 96% Terpasang NRM 12 liter

Frekuensi Pernafasan : 26x/menit

Suhu : 36,9 °C

## 2. Pengkajian Riwayat (*Anamnesis*)

### 1) Keluhan saat dikaji

Klien tampak mengalami penurunan kesadaran, dan gelisah

### 2) Riwayat Penggunaan Obat-obatan

Keluarga mengatakan bahwa klien mengkonsumsi obat hipertensi amlodipine 5mg

### 3) Riwayat Konsumsi

Makanan Keluarga mengatakan bahwa klien memiliki pantangan makanan tinggi garam dalam makanan sehari-harinya

### 4) Riwayat penyakit

Keluarga klien mengatakan bahwa klien memiliki Riwayat hipertensi dan stroke sebelumnya

### 5) Riwayat Alergi

Keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan maupun obat-obatan.

## 3. Pengkajian Fisik.

Kondisi umum : lemah

Pengukuran TTV

Tekanan Darah : 196/89 MmHg

Nadi : 119x/menit

Suhu : 36,9 °C

Respirasi : 26x/menit

SpO2 : 96% terpasang NRM 12 liter

#### 4. Pemeriksaan fisik persistem

##### a. Sistem persarafan

Penurunan kesadaran dengan GCS 7 (E2V2M3), reaksi pupil isokor. Ketika diberi rangsangan cahaya, pasien gelisah, kenaikan tekanan intracranial ditandai dengan nilai cerebral perfusion pressure (CPP) 112,2 mmHg, nilai ICP 12,5, dan terdapat pendarahan di thalamus kanan sampai ventrikula kanan, disertai pendarahan intraventrikuler yang mengisi ventrikel lateral kanan ventrikel 3 menuju 4.

Pemeriksaan nervus :

- 1) Nervus I (*olfactorius*) : tidak terkaji, Nervus II (*optikus*) : lapang pandang tidak terkaji karena pasien sopor
- 2) Nervus III (okulomotoris) pupil bulat isokor, diameter 2mm reflek cahaya+ , Nervus IV (*troklearis*) : tidak terkaji karena kesadaran sopor. Nervus VI (*abducent*):Nervus V (*trigeminus*) , : tidak terkaji karna kesadaran sopor Nervus VII (*fasialis*): tidak terkaji.
- 3) Nervus VIII (*vestibulochochlearis*): tidak terkaji karna kesadaran sopor Nervus IX (*glossofaringeus*) dan Nervus X (*Vagus*): pasien tidak mampu menelan
- 4) Nervus XI (*aksesorius*): tidak ada tahanan otot, otot tidak dapat berkontraksi melawan *gravitasi* (mengangkat).
- 5) Nervus XII (*hipoglossus*): pasien karena kesadaran spoor

b. Sistem pernapasan

RR: 26 x/menit bentuk dada normo, trakea di tengah, tidak ada retraksi dinding dada, irama nafas irreguler, tidak menggunakan otot bantu napas. Tidak sianosis, tidak terdapat napas cuping hidung. Produksi sekret sedang ketika di suction berwarna putih kental, batuk tidak efektif, terdengar suara ronkhi pada lapang paru kanan dan kiri bagian atas, mukosa bibir kering.

c. Sistem kardiovaskuler

Thoraks simetris, nadi 119 x/menit, tekanan darah meningkat 196/89 mmHg, iktus kordis tidak tampak. Bunyi jantung irreguler, adanya peningkatan jugularis vena presur (JVP), adanya edema, Nadi perifer teraba cepat, dan CRT <3 detik.

d. Sistem musculoskeletal

Tidak ada kontraksi otot secara tiba-tiba (kejang (-)), kelemahan ekstremitas atas dan bawah.

Kekuatan otot :

1	2
1	2

**Keterangan:**

5: otot normal, dapat melawan tahanan maksimal

4: otot mampu berkontraksi dan bergerak melawan tahanan minimal

3: otot dapat berkontraksi dan bergerak melawan gravitasi

2: otot dapat berkontraksi tetapi tidak mampu melawan gravitasi

1: Terdapat kontraksi otot

0: Tidak ada kontraksi otot

Pemenuhan kebutuhan Activity Daily Living pasien dibantu sepenuhnya oleh perawat

e. Sistem pencernaan

Bising usus 6 x/menit, tidak ada ascites, tidak kembung, pasien terpasang NGT no. 12, diet RG ( Rendah Garam) 4 x 150 cc, kebersihan mulut kurang, mukosa bibir kering, BAB sebelum MRS setiap satu hari sekali setelah MRS BAB setiap dua hari sekali

f. Sistem perkemihan

Terpasang kateter , tidak ada distensi kandung kemih, jumlah urin output 1500cc warna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih.

g. Sistem integument

Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, terpasang infus pada ekstremitas kiri, suhu 36,9°C, CRT < 3 detik.

## 5. Pemeriksaan Diagnostik

### 1) *CT Scan*

Nama : Ny.N

Tanggal : 06-Agustus-2024

Jam : 10:12 wib

Hasil :

- a. Pendarahan intraserebral di thalamus kanan sampai ventrikula lateral kanan , volume 475 ml.
  - b. Pendarahan intraventrikuler yang mengisi ventrikel lateral kanan , ventrikel 3 ke 4
- 2) Foto Thorax Hasil :
- a. Kardiomegali tidak tampak TB paru aktif dan pneumonia
- 3) Pemeriksaan Laboratorium.

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Laboratorium

<b>Nama test</b>	<b>Hasil</b>	<b>Unit</b>	<b>Nilai normal</b>
<b>HEMATOLOGIC</b>			
Darah rutin			
Hemoglobin	15,7	g/dl	12,0-16,0
Hematokrit	47	%	35-47
Leukosit	10.150	/mm <sup>3</sup>	3.800-10.600
Trombosit	266.000	/mm <sup>3</sup>	150.000-440.000
Eritrosit	3,6	Juta/mm <sup>3</sup>	3,6-5,8
<b>KIMIA KELINIK</b>			
Ast (sgot)	19	U/L	10-31
Alt (sgpt)	18	U/L	9-36
Ureum	15	Mg/dl	10-50
Kreatinin	0.96	Mg/dl	0.7-1.13
Glukosa darah sewaktu	124	Mg/dl	70-200

### 3.1.2. Terapi medis.

Tabel 3. 2 terapi medis

Terapi	Dosis	Jalur pemberian	Golongan	Indikasi
Mannitol	1 x 150 ml	Intravena	Diuretik osmotic	Menurunkan tekanan intracranial
Citikolin	2 x 250 mg	Intravena	Nootropic dan neurotrofik	Suplemen otak untuk penyakit serebrovaskular
Omeprazole	2x40 mg	Intravena	Proton pump inhibitor	Meredakan gejala meningkatnya asam lambung
Levofloxacin	1 x 750 mg	Intravena	Antibiotic Golongan fluorokuinolon	Menurunkan tingkat infeksi dan menurunkan lonjakan demam
Ceftazidime	3 x 1 gr	Intravena	Antibiotic sefalosforin	Untuk mengatasi infeksi bakteri
Amplodipin	1x10 mg	Oral	Antagonis kalsium	Untuk mengontrol tekanan darah
Candesartan	2x16 mg	Oral	Angiotensin reseptor blocker	Menurunkan tekanan darah tinggi
Hydrochlorothiazide	2x16 mg	Oral	Diuretik thizide	Mengurangi edema dan menurunkan tekanan darah
Bisoprolol	1x1,25	Oral	Beta blocker kardoselektif	Menurunkan tekanan darah untuk mencegah serangan jantung dan stroke

### 3.1.3. Analisa data.

Tabel 3. 3 analisa data

No	Data	Etiologic	Masalah
1	DS : - Keluarga klien mengatakan klien langsung tidak sadarkan diri dan mengalami sakit kepala ,sebelumnya pernah mengalami stroke  DO :	Stroke Hemoragic ↓ Peningkatan sistemik ↓ Pendarahan arteri otak ↓	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.009)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemah</li> <li>- Mata klien sulit dibuka</li> <li>- TD : 196/89 mmHg</li> <li>- N: 119 x / menit</li> <li>- RR : 26 x/menit</li> <li>- SPO2 : 96% tp NRM 12 liter</li> <li>- CPP : 112.2 mmHg</li> <li>- MAP: 12,5mmHg</li> <li>- GCS : E : 2 M:3 V:2 (Kesadaran Sopor)</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Akumulasi perdarahan diintra serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Volume otak meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Proses desak ruang kranial</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Iskemik serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Suplai oksigen ke otak menuru</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hipoksia jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral</p>	
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien sulit terkaji</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak ada reflek batuk</li> <li>- Terdapat sputum berlebihan</li> <li>- Respirasi 26x/menit</li> <li>- Stroke</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Stroke Hemoragic</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Peningkatan sistemik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pendarahan arteri otak Akumulasi perdarahan diintra serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Volume otak meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Proses desak ruang kranial</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Iskemik serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Menekan hipotalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Refleks batuk tidak ada</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001)</p>

		Produksi sputum sel goblet di mukosa ↓ Akumulasi secret di jalan nafas ↓ Bersihan jalan nafas tidak efektif	
3	DS : - klien sulit terkaji DO : - Kekuatan otot menurun - Paresis - ekremitas kiri (skala 1-4)	Stroke Hemoragic ↓ Peningkatan sistemik ↓ Pendarahan arteri otak ↓ Akumulasi perdarahan diintra serebral ↓ Volume otak meningkat ↓ Proses desak ruang kranial ↓ Transmisi impuls saraf ke eksremitas terganggu ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D.0045)
4	DS : - klien sulit dikaji DO: - Asupan energi inadkuat - Mukosa bibir kering - Reflek menelan tidak ada - Terpasang NGT	Stroke Hemoragic ↓ Peningkatan sistemik ↓ Pendarahan arteri otak ↓ Akumulasi perdarahan diintra serebral ↓	Resiko deficit nutrisi ( D.0019)

		Proses desak ruang kranial ↓ Penurunan saraf parasimpatik ↓ Penurunan daya absorpsi ↓ Resiko deficit nutrisi	
--	--	--	--

#### 3.1.4. Diagnosis keperawatan.

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan suplai oksigen ke otak (D.009)
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Akumulasi secret di jalan nafas (D.0001)
3. Gangguan mobilitas fisik b.d Transmisi impuls saraf ke ekstremitas terganggu (D.0045)
4. Resiko Defisit nutrisi b.d penurunan daya absorpsi nutrisi ( D.0019)

### 3.1.5. Intervensi keperawatan.

Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	Tujuan (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)	RASIONAL
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan suplai oksigen ke otak. <b>D.0009</b>	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tekanan intracranial menurun dengan Kriteria Hasil : <b>L.02014</b> 1. Tingkat kesadaran meningkat dari samnolen menjadi delerium 2. Tekanan intrakranial menurun dengan nilai CPP : 80-100mmHg 3. Tekanan darah menurun dengan rata-rata 130/80mmHg 140/90mmHg 4. Nilai MAP menurun 70-80 mmHg	Monitor Tingkat kesadaran <b>I.06198</b> 1. Observasi adanya tanda/gejala Peningkatan TIK 2. Monitor MAP 3. Monitor status pernafasan 4. Sediakan lingkungan yang tenang 5. Berikan posisi head up 15° 6. Pemberian manitol 150ml, citicolin 2x250mg levofloxacin 1x750mg	1. Untuk mengetahui tingkat kesadaran 2. Untuk mendeteksi tanda-tanda bahaya 3. Untuk mengetahui penyebab tekanan intracranial 4. Untuk mengetahui status pernafasan pasien 5. Untuk membuat klien tenang 6. Untuk mengetahui keadekuatan suplai oksigen ke otak 7. Untuk menurunkan tekanan intracranial, mengobati edema serebral
2	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Akumulasi secret dijalan nafas <b>D.0001</b>	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan 3x15 menit diharapkan bersihan jalan napas tetap paten dengan Kriteria Hasil : <b>L01001</b> 1. Reflek batuk meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Frekuensi napas 20-24 x/menit 4. Suara nafas tambahan ronchi berkurang	Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) <b>I.01008</b> 1. Monitor bunyi napas tambahan 2. Monitor sputum 4 3. Observasi karakteristik sputum 4. Berikan oksigen NRM 12 liter 5. Lakukan suctioning	1. Untuk mengetahui pola nafas pasien 2. Untuk mengetahui bunyi nafas tambahan 3. Untuk mendeteksi karakteristik sputum 4. Untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas 5. Untuk mensuplai oksigen 6. Untuk mengeluarkan secret/sputum

3	Gangguan mobilitas fisik b.d Transmisi impuls saraf ke eksremitas terganggu <b>D.0045</b>	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : <b>L.05042</b> 1. Pergerakan eksremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat Dengan kriteria skala (1-4) 3. Kelemahan fisik menurun	Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi <b>I.15173</b> 1. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 2. Melakukan ROM pasif 3. lakukan miring kanan miring kiri	1. Agar frekuensi jantung dan tekanan darah pasien teratasi 2. Untuk mengetahui kondisi umum pasien 3. Untuk memfasilitasi fisik pasien 4. Untuk mencegah terjadinya masalah pada pasien
4	Resiko Defisit nutrisi b.d penurunan daya nutrisi absorbs <b>D.0019</b>	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan nutrisi klien terpenuhi dengan Kriteria Hasil : <b>L.11351</b> 1. Membran mukosa membaik 2. Kebutuhan nutrisi klien terpenuhi	Identifikasi status nutrisi <b>I.11351</b> 1. Identifikasi alergi dan toleransi makanan 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3. Monitor asupan makanan 4. Lakukan oral hygiene 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan makanan melalui selang nasogastrik 7. kolaborasi dengan ahli gizi	1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk mendeteksi tanda- tanda alergi 3. Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi pasien 4. Untuk mengobservasi nutrisi klien 5. Menjaga kebersihan mulut klien 6. Untuk menunjang nutrisi klien 7. Memberikan nutrisi bagi klien 8. Berkonsultasi terkait nutrisi klien pada ahli gizi

### 3.1.6. Implementasi

Tabel 3. 5 Implementasi

#### Implementasi Hari Ke I

No DX	Hari, tgl dan jam	Implementasi keperawatan	Evaluasi	paraf
1	08-08-24 02:20 03:00  03:10 03:15 03:20 03:30 03:30 04:00	1. Memonitor tingkat kesadaran R= GCS: Samnolen E2 V2 M3 2. Mengobservasi adanya tanda dan gejala peningkatan intracranial R= CPP klien 111,6 MmHg 3. Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) R= 124,6 MmHg, 4. Memonitor status pernafasan R= 26x/menit 5. Menyediakan lingkungan yang tenang R= mengurangi jumlah pengunjung 6. Mempertahankan oksigen dengan Non Rebreathing mask 12 liter/menit R= tp NRM 12L 7. Memberikan posisi head up 15° R= pasien terposisi head up 15 8. Pemberian obat sesuai adpis R= obat diberikan intra vena Manitol 1x50ml Citicoline 2 x 250 mg Levofloxacin 1 x 750 mg	<b>S :</b> - Keluarga klien mengatakan klien belum sadar <b>O :</b> - Klien tampak masih mengalami penurunan kesadaran dengan nilai GCS 7 (E2V2M3) : Samnolen - Ksu lemah - Klien bedrest total TTV - TD : 196/89mmhg, Nadi : 119x/Menit, RR : 26x/Meit, Suhu : 36,9C, Saturasi Oksigen : 96% Tp NRM 12 Liter - Output : 1500cc - Klien terpasang O2 NRM 12L - MAP klien 124,6 MmHg - CPP klien 111,6 MmHg <b>A:</b> - Masalah belum sebagian <b>P :</b> - Observasi TTV & hemodinamik - Bantu ADL - Lanjutkan intervensi	

2	<p>03:15</p> <p>03:15</p> <p>03:20</p> <p>03:25</p> <p>03:30</p> <p>03:40</p>	<p>1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. R= 26x/menit, ronhi</p> <p>2. Memonitor pola napas R= 26x/menit</p> <p>3. Memonitor adanya produksi sputum R= seputum berwarna kekuningan</p> <p>4. Memonitor adanya sumbatan jalan napas R=Sepesme jalan napas</p> <p>5. Memonitor saturasi oksigen R=SPO2 96%</p> <p>6. Melakukan suctioning R= melakukan suction</p>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan lemah</li> <li>- Kesadaran Samnolen E 2 V 2 M 3</li> <li>- Sesak (+), O2 12lt/NRM</li> <li>- Sputum berkurang</li> <li>- SPO2 : 96%</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu ADL KDM</li> <li>- Lanjutkan Intervensi</li> </ul>					
3	<p>04:20</p> <p>04:30</p> <p>04:35</p>	<p>1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi Td: 196/89 mmhg</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi R= ku lemah</p> <p>3. Melakukan rom pasif R=membantu adl</p>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum lemah</li> <li>- Klien tampak masih Mengalami kelemahan otot eksremitas bagian kiri</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">1</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> </tr> </table> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring Hemodinamik</li> <li>- Bantu ADL KDM</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul>	1	2	1	2	
1	2							
1	2							
4	<p>04:00</p>	<p>1. Mengidentifikasi alergi dan toleransi makanan R= menurut keuarga klien tidak ada alergi makanan</p>	<p>S: -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/U melemah</li> <li>- Kesadaran samnolen</li> <li>- Sesak nafas (-) O2</li> </ul>					

04:10	2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi R= diet makanan rendah garam	- (+) TP MRM 12L - DC (+) - NGT (+) - Urin Output 500cc	
04:15	3. Memonitor asupan makanan R= pemberian makan lewat NGT	<b>A:</b> Masalah belum teratasi	
04:20	4. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein R= pemberian sonde	<b>P:</b> - Monitoring Hemodinamik - Bantu ADL KDM	
04:30	5. Memberikan nutrisi dan cairan R= infus (+)	- Lanjutkan intervensi	
04:30	6. Memberikan makanan melalui selang NGT R= memberikan makanan sonde melalui NGT		
05:00	7. berkolaborasi dengan ahli gizi R= melaporkan ke tim gizi klien diet rendah garam.		
04:00	8. memberikan omz 2 x 40mg R= diberikan intra vena		

### Implementasi Hari Ke II

No DX	Hari, tgl dan jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi	paraf
1	(09-08-24) 02:20 03:10	1. Memonitor tingkat kesadaran Kes: samnolen 2. Mengobservasi adanya tanda dan gejala peningkatan intracranial R= MAP 116 MmHg, CPP 103MmHg	S: - O : - Klien tampak masih mengalami penurunan kesadaran dengan nilai GCS 7 (E2V2M3) : Samnolen - K/u lemah	

	03:15	3. Memonitor status pernafasan R= 25x/menit	- Klien bedrest total - TTV TD : 156/96MmHg	
	03:20	4. Menyediakan lingkungan yang tenang R= membatasi pengunjung.	- Nadi : 89 x/menit - RR : 25 x/menit - Suhu : 36,6 Oc	
	03:30	5. Memberikan oksigen R= TP Non Rebreathing mask 12 liter/menit	- Saturasi oksigen 99% Tp NRM 12 liter - Output : 700cc	
	03:30	6. Memberikan posisi head up 15° R= pasien terposisikan	- (MAP) mean arteri presur klien 116 MmHg	
	03:30	7. Pemberian Manitol 150ml Citicoline 2 x 250 mg	- CPP) klien 103 MmHg A:	
	04:00	Levofloxacin 1 x 750 mg	P : - Masalah teratasi sebagian - Observasi TTV & hemodinamik - Bantu ADL - Lanjutkan intervensi	
<b>2</b>	03:15	1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. R= respirasi 25 spo2 99%	S: - O:	
	03:15	2. Memonitor pola napas R= Teratur 25x/menit	- K/u lemah - Kesadaran samnolen - Sesak (-), O2 12lt/NRM	
	03:20	3. Memonitor adanya produksi sputum R= seputum (+)	- sputum berkurang - SPO2 : 99%	
	03:25	4. Memonitor adanya sumbatan jalan napas R=sepesme jalan napas	A: - Masalah Belum teratasi P:	
	03:30	5. Memonitor saturasi oksigen R=spo2 99%	- Bantu ADL KDM - Lanjutkan intervensi	
	03:40	6. Melakukan suctioning R= penghisapan secret di jalan napas _ + 10 menit.		
<b>3</b>	04:20	1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi	S : - O: - K/U Lemah	

	04:30	R= TTV TD : 156/96MmHg ,Nadi : 89 x/menit	- Klien tampak masih mengalami kelemahan otot eksremitas bagian kiri					
	04:35	2. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi R=K/u lemah kes.samnolen.	- kekuatan otot					
		3. Melakukan ROM pasif R= melakukan rom pasif	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black;">2</td> </tr> </table>	1	2	1	2	
1	2							
1	2							
			A: Masalah belum teratasi					
			P:					
			- Monitoring Hemodinamik					
			- Bantu ADL KDM					
			- lanjutkan intervensi					
4	04:10	1. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi R= pemberian makan rendah garam,	S: -					
	04:15	2. Memonitor asupan makanan R= pemberian makan lewat NGT	O :					
	04:20	3. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	- K/U melemah					
	04:30	R= pemberian makan diet garam.	- Kesadaran samnolen					
	04:30	4. Melakukan oral hygiene R: Membersihkan selang NGT setelah pemberian makan, melembabkan mulut dengan madu	- Sesak nafas O2 (+)					
	05:00	5. berkolaborasi dengan ahli gizi R=Melaporkan ke ahli gizi	- DC (+)					
	04:00	klien pemberian diet makan rendah garam.	- NGT (+)					
			A:					
			- masalah teratasi Sebagian					
			P :					
			- monitoring Hemodinamik					
			- bantu ADL KDM					
			- lanjutkan intervensi					

## Implementasi Hari Ke III

No DX	Hari, tgl dan jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi	paraf
1	10-08-24 21:10 21:20 21:25 21:30 21:30 21:35 21:40 22:00	1 Memonitor tingkat kesadaran R= GCS 7 samnolen 2 Mengobservasi adanya tanda dan gejala peningkatan intracranial R= TD : 150/78 mmHg, nadi 83x/menit 3 Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) R=Map 102MmHg, CPP 89 MmHg 4 Memonitor status pernafasan R= respirasi 22x/menit 5 Menyediakan lingkungan yang tenang R= Membatasi pengunjung. 6 Mempertahankan oksigen R=TP o2 Non Rebreathing mask 12 liter/menit 7 Memberikan posisi head up 15° 8 Pemberian Manitol 150ml Citicoline 2 x 250 mg Levofloxacin 1 x 750 mg	S: - O : - Klien tampak masih mengalami penurunan kesadaran dengan nilai GCS 7 (E2V2M3) : samnolen - K/u lemah - Klien bedrest total - TTV TD : 150/78 MmHg - Nadi : 83 x/menit - RR : 22 x/menit - Suhu : 37oC - Saturasi oksigen 99% Tp NRM 12 liter - Output : 700cc - (MAP) mean arteri presur klien 102 MmHg - CPP) klien 89 MmHg. A: - Masalah teratasi sebagian P : - Observasi TTV & hemodinamik - Bantu ADL - Lanjutkan intervensi	
2	21:20	1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas.	S: - O: - K/u lemah	

	21:30	R= suara napas ronhi. Seputum (+) Memonitor pola napas R= napas reguler 2. Memonitor adanya produksi sputum R= seputum(+)	- Kesadaran sopor - Sesak (-), O2 12lt/NRM - Sputum berkurang - SPO2 : 99%					
	21:30	3. Memonitor adanya sumbatan jalan napas R=sepesme jalan napas.	A: - Masalah Belum teratasi P: - Bantu ADL KDM - Lanjutkan intervensi					
	21:35	4. Memonitor saturasi oksigen R=Spo2 :99%						
	22:00	5. Melakukan suction R: suction dilakukan						
	22:10	6. Melakukan Oral hygiene R= Oral hygiene (+)						
<b>3</b>	04:00	1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulas R= TTV TD : 150/78 MmHg Nadi : 83 x/menit	S : - O: - K/u lemah - klien tampak masih mengalami kelemahan otot					
	04:10	2. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi	- paresis eksremitas bagian kiri - kekuatan otot					
	04:30	3. Melakukan ROM pasif R= ROM pasif (+)	<table style="border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table>	1	2	1	2	
1	2							
1	2							
	05:10	4. Melakukan miring kanan miring kiri R=mika miki (+)	A: masalah belum teratasi P: - monitoring Hemodinamik - bantu ADL KDM - lanjutkan intervensi					

4	04:00	1. Memonitor asupan makanan R=Pemberian Makanan Lewat NGT	S: - O :	
	04:40	2. Memberikan makanan melalui selang nasogastrik R= NGT(+) Pemberian Makan Sonde Lewat NGT	- K/U melemah - Kesadaran sopor - Sesak nafas O2 (+) - DC (+) - NGT (+)	
	04:50	3. Melakukan oral hygiene R= Oral Hygiene (+)	A: - masalah teratasi Sebagian	
	05:00	4. Memberikan nutrisi dan cairan R= Infus (+), Pemberian Makn (+)	P : - monitoring Hemodinamik - bantu ADL KDM - lanjutkan intervensi	
	06:00	5. berkolaborasi dengan ahli gizi R= Melaporkan Diet Rendah Garam Pada Ahli Gizi		

### 3.1.7. Catatan perkembangan.

Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan.

No Dx	Hari, Tgl Dan Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	10-08-24 06:00 wib	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan suplai oksigen ke otak D.0009	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien belum sadar</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih mengalami penurunan kesadaran dengan nilai GCS 7 (E2V2M3) : Samnolen</li> <li>- Ksu lemah</li> <li>- Klien bedrest total</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD : 150/78 MmHg Nadi : dari 119-83 x/menit RR : Dari 26-22 x/menit Suhu: 37 oC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saturasi oksigen 98%</li> <li>- Output : 500 cc</li> <li>- Klien terpasang O2 NRM 12L</li> <li>- MAP klien 102 MmHg</li> <li>- CPP klien 89 MmHg</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi TTV &amp; hemodinamik</li> <li>- Bantu ADL</li> <li>- <b>Lanjutkan intervensi</b></li> </ul>	
2	07:00 wib	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d Akumulasi secret di jalan nafas D.0001	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/u lemah</li> <li>- Kesadaran Samnolen</li> <li>- Sesak (-), O2 12lt/NRM</li> <li>- Sputum berkurang</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 150/78 MmHg</li> <li>- HR:83 x / menit 31x / menit</li> <li>- SPO2 : 96-99%</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu ADL KDM</li> <li>- <b>lanjutkan intervensi</b></li> </ul>					
3	05:00	Gangguan mobilitas fisik b.d Transmisi impuls saraf ke eksremitas terganggu D.0045	<p>S : -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/u lemah</li> <li>- klien tampak masih mengalami kelemahan otot paresis eksremitas bagian kiri</li> <li>- kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> <p>A: Masalah Belum Teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring Hemodinamik</li> <li>- Bantu ADL KDM</li> <li>- <b>lanjutkan intervens</b></li> </ul>	1	2	1	2	
1	2							
1	2							
4	05:00	Resiko Defisit nutrisi b.d penurunan daya absorpsi nutrisi D.0019	<p>S: -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/U melemah</li> <li>- Kesadaran sopor</li> <li>- Sesak nafas O2 (+)</li> <li>- DC (+)</li> <li>- NGT (+)</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Teratasi Sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring hemodinamik</li> <li>- Bantu ADL KDM</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul>					

			- <b>Intervensi Di Lanjutkan Perawat Ruang</b>	
--	--	--	--	--

## 3.2. Pembahasan

### 3.2.1. Pengkajian

Berdasarkan tinjauan kasus yang dilakukan pada Ny.N tanggal 08 agustus 2024 di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr Slamet Gart. pengkajian dimulai dari pengumpulan biodata klien, biodata penanggung jawab, pengkajian primer, pengkajian sekunder, lalu dilanjutkan dengan pengkajian Riwayat penyakit, pengkajian pola fungsional Kesehatan, pengkajian fisik persistem, dan didukung oleh hasil laboratorium, hasil pemeriksaan penunjang dan terapi medis (Kidd et al., 2010).

Ketika dilakukan pengkajian didapatkan hasil keluhan dari keluarga mengatakan bahwa klien mengalami penurunan kesadaran dan tidak dapat bangun sama sekali, dan langsung dibawa ke instalasi gawat darurat RSUD Dr Slamet Gart. untuk mendapatkan perawatan. Kemudian pada saat dikaji kesadaran klien tampak menurun dengan GCS 7 samnolen , pola napas regular dengan respirasi 27 x/menit, tekanan darah 196/89 MmHg, saturasi oksigen 96% dengan terpasasng oksigen Non rebreathing mask 12 liter, tekanan nadi melebar yaitu 119x/menit, dengan nilai MAP 124,6 mmHg, CPP 111,2 mmHg, respon pupil normal, klien tampak lemah, koordinasi gerak ekstremitas klien mengalami penurunan bagian kiri dan hasil CT scan menunjukkan adanya Pendarahan intraserebral di thalamus kanan sampai ventrikula lateral kanan , volume 475 ml.

Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori Smeltzer C. Suzanne & Brenda G. Bare (2014) bahwa pada pasien stroke hemoragik dapat terjadi Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Akibatnya adalah penghentian suplai darah yang juga berkurangnya suplai oksigen ke otak, yang menyebabkan penurunan kesadaran.

Dua pertiga pasien saat masuk rumah sakit dengan penurunan kesadaran, dan setengah dari mereka dalam keadaan koma (Kuramatsu dan Hutter, 2014). Keluhan yang terjadi pada pasien sama dengan keluhan pasien dengan *Intra cerebral hemorage* (ICH) secara teori. Sehingga penulis dapat simpulkan bahwa tidak ada perbedaan pada hal keluhan utama. Riwayat penyakit dahulu, keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sudah lama, sekitar 6 tahun lalu pernah menderita stroke ringan. Faktor risiko paling penting untuk (ICH) *Intra cerebral hemorage* adalah hipertensi dan *angiopati amiloid serebral* (CAA). *Intra cerebral hemorage* (ICH) meningkat dengan meningkatnya nilai tekanan darah. (NIH, 2013).

### **3.2.2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2018)

Diagnosis keperawatan pada pasien intracerebri hemoragic /stroke hemoragic yaitu gangguan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, bersihan jalan nafas tidak efektif, nyeri akut, keseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan mobilitas fisik, gangguan eliminasi urine, kerusakan pertukaran gas dan pola nafas tidak efektif, namun untuk masalah keperawatan tidak semuanya diangkat seperti gangguan eliminasi urine tidak diangkat karena pada saat melakukan pengkajian tidak ditemukan distensi bladder maupun data yang menunjang terpasangnya kateter karena sulit buang air kecil, klien terpasang kateter dikarenakan klien mengalami penurunan kesadaran, lalu gangguan pertukaran gas tidak diangkat karena pada saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan penggunaan otot bantu napas, dan gangguan keseimbangan cairan elektrolit tidak diangkat karena tidak ditemukan edema perifer dan peningkatan berat badan dalam waktu yang singkat.

Maka diagnosis keperawatan yang penulis angkat pada kasus Ny.N ada empat, yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, bersihan jalan nafas tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan resiko deficit nutrisi. Berdasarkan keempat masalah tersebut yang menjadi prioritas adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan suplai oksigen ke otak, karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan adanya tanda-tanda ketidakefektifan perfusi jaringan serebral diakibatkan oleh penurunan suplai oksigen ke otak yang menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran, peningkatan tekanan intracranial, dan hasil *CT-scan* yang menunjukkan adanya edema di thalamus.

Diagnosis kedua adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret di jalan napas, karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan adanya tanda-tanda bersihan jalan napas tidak efektif yang diakibatkan akumulasi secret di jalan napas menyebabkan terjadinya suara napas tambahan ronchi, dan terdapat sputum kental dengan warna kekuningan, hasil tanda-tanda vital yaitu respirasi 26x/menit, tekanan darah 196/89 mmHg, nadi 119 x/menit, saturasi oksigen 96% dengan terpasang oksigen Non rebreathing Mask 12 liter, suhu 36,9°C. diagnose tersebut sejalan dengan teori bahwa auskultasi didapatkan bunyi napas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sputum dan kemampuan batuk menurun karena pasien mengalami penurunan kesadaran, sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. (Savitri,2012).

Diagnosis ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Transmisi impuls saraf ke ekstremitas terganggu, karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan adanya tanda-tanda gangguan mobilitas fisik yang diakibatkan oleh terganggunya transmisi impuls saraf ke ekstremitas yang menyebabkan terjadinya tanda-tanda gangguan mobilitas fisik dengan hasil adanya penurunan kekuatan otot , kelemahan otot , paresis ekstremitas bagian kiri, dan kekuatan otot (1-1-2-2), yang menyebabkan klien kesulitan dalam menggerakkan ekstremitasnya, dikarenakan kekuatan otot menurun maka rentan gerak juga menurun. Penetapan diagnose diatas sesuai dengan teori (Asyifaurohman, 2017) yang berfokus pada status neurologi tingkat kesadaran pasien terhadap rangsang sering terjadi, masalah

bicara, kesulitan menelan, kelemahan atau paralisis ekstremitas, perubahan visual dan gelisah .

Diagnosis keempat adalah resiko deficit nutrisi berhubungan dengan penurunan daya absorpsi nutrisi karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan adanya tanda-tanda resiko deficit nutrisi yang diakibatkan oleh terganggunya saraf pencernaan parasimpatik yang menyebabkan klien mengalami penurunan absorpsi nutrisi, dan kemampuan menelan juga tidak ada dikarenakan ketidakefektifan jaringan perfusi serebral yang menyebabkan penurunan kesadaran sehingga harus terpasang *Naso Gastric Tube* (NGT) untuk memasukan makanan dan obat-obatan agar nutrisi terpenuhi. Didapatkan keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mual dan muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi (Kidd et al., 2010). Dari uraian diatas dapat penulis simpulkan terdapat kesinambungan antara teori dan fakta. Ny.N terpasang NGT yang bertujuan untuk memudahkan makanan diberikan karena dikhawatirkan pada pasien penurunan kesadaran akan terjadi aspirasi.

### **3.2.3. Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.N menggunakan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dan

standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI). Adapun Tindakan pada standar intervensi keperawatan Indonesia terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (PPNI,2018).

Rencana Tindakan keperawatan yang diberikan terhadap diagnose utama ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yaitu dengan melakukan manajemen peningkatan tekanan intracranial diantaranya hal yang dilakukan adalah mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intracranial (seperti lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), lalu monitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intracranial (seperti tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), selanjutnya menyediakan lingkungan yang tenang untuk memberikan kenyamanan pada pasien lalu memberikan oksigen non rebreathing mask 12 liter/menit dan juga diberikan *posisi head up 15°* untuk memenuhi suplai oksigen ke otak dan mengurangi tekanan intracranial pada pasien intraserebral hemoragic.

Berdasarkan hal tersebut mengacu pada penelitian yang dilakukan oleh (Diawati,Erwan,dkk , 2017) bahwa pemberian posisi *head up 15°* akan mempengaruhi *cairan serebro spinal (CSS)* terdistribusi dari kranial ke ruang subarachnoid spinal dan memfasilitasi *venous return serebral*, dengan posisi peninggian anggota tubuh diatas jantung dengan vertical axis menunjukkan aliran balik darah bagian interior menuju ke atrium kanan cukup baik karena resistensi pembuluh darah dan tekanan atrium kanan tidak terlalu tinggi. Sehingga volume darah yang masuk (*Venous return*) ke atrium kanan cukup baik dan tekanan pengisian ventrikel

kanan (*preload*) meningkat, yang dapat mengarah ke peningkatan stroke volume dan cardiac output. Pasien diposisikan *head up* 15° akan meningkatkan aliran darah diotak, meningkatkan suplai oksigen ke otak, dan menurunkan tekanan intracranial.

Selain itu penelitian serupa juga dilakukan oleh Rohimah, siti (2014) yang menyatakan bahwa salah satu penanganan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral lebih efektif dengan pemberian posisi *head up* 15°. Peningkatan intrakranial terjadi bila nilai tekanan intrakranial lebih dari 15 mmHg yang ditandai dengan sindroma klinis yaitu kenaikan tekanan darah, penurunan nadi, perubahan respirasi serta perubahan pupil. Dampak peningkatan tekanan intrakranial terhadap sirkulasi serebral akan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial menurunkan aliran darah serebral sehingga terjadi iskemia, kejadian iskemia 3-5 menit akan menyebabkan kerusakan otak yang ireversibel sehingga menstimulasi pusat vasomotor dan tekanan sistemik meningkat untuk mempertahankan aliran darah sehingga nadi menjadi lambat, napas tidak teratur dan tekanan darah meningkat. Dengan mengatur posisi pasien dengan kepala sedikit *elevasi* 15° untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan elevasi kepala dapat menyebabkan penurunan tekanan darah sistemik, mungkin dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral.

Sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Emery et al tahun 2003, Durward et al dan Fieldman et al yang menemukan bahwa posisi kepala *head up* 15° mengurangi peningkatan intrakranial secara signifikan sehingga posisi ini merupakan

tindakan yang tepat pada klasifikasi pendarahan intraserebral untuk melancarkan perfusi oksigen ke serebral sehingga membantu menurunkan tekanan intracranial.

Berdasarkan hal tersebut saya ingin membuktikan penelitian yang dilakukan oleh Afif (2015) yang menyatakan bahwa pemberian posisi *head up* 15° dapat menurunkan peningkatan TIK, hal tersebut dapat dibuktikan dengan penurunan tekanan darah, penurunan MAP, keluhan nyeri berkurang, tidak ada mual dan muntah proyektil. Hal tersebut dikarenakan pemberian posisi *head up* 15° mampu menjaga agar MAP tidak meningkat dan memperbaiki aliran balik jantung, selain itu juga pemberian posisi *head up* 15° pada pasien stroke akan memperbaiki pemulihan dan mengurangi kecacatan yang signifikan.

Rencana keperawatan untuk masalah bersihan jalan nafas tidak efektif adalah dengan monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, observasi karakteristik sputum, berikan oksigen NRM 12 liter, lakukan suctioning dan mempertahankan jalan napas. Perencanaan diatas sesuai dengan teori bahwa Intervensi keperawatan yang mengancam jiwa pada breathing bisa dilakukan dengan memberikan oksigen aliran tinggi 100% melalui masker nonrebrithing, masker kantong berkatup, dekompresi dada cepat dengan torakostomi jarum pada sisi yang sakit, pemasangan slang dada pada tempat yang sakit (Kidd, Patty, & Julia, 2010). Kemudian rencana keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik yaitu dengan Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, Melakukan ROM pasif, lakukan miring kanan miring kiri.

Masalah resiko deficit nutrisi rencananya tindakannya yaitu Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan toleransi makanan, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, Monitor asupan makanan, Lakukan oral hygiene, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan makanan melalui selang nasogastrik, kolaborasi dengan ahli gizi.

Uraian diatas berkesinambungan antara teori dengan fakta. Penulis menyusun rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.N sesuai dengan standart intervensi keperawatan Indonesia (SIKI 2018) yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Sehingga rencana keperawatan yang disusun dapat diterapkan sesuai pada saat dilakukan asuhan keperawatan asuhan keperawatan.

#### **3.2.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang diberikan kepada Ny.N pada tanggal 08 agustus 2024 dilakukan tidakan untuk diagnose utama yaitu pemberian posisi *head up* 15° pemberian oksigen Non Reabreathing Mask 12 liter/menit. Respon objektif klien membuktikan tekanan intracranial klien menurun dengan nilai CPP 89 MmHg, dan nilai MAP 104 MmHg, tekanan darah 150/78 MmHg, Nadi 83 x/menit, respirasi 22 x/menit, Suhu 37 oC, Saturasi oksigen 99% sehingga tekanan intracranial pada pasien menurun dan suplai oksigen ke otak juga akan menjadi adekuat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohimah, siti (2014) tampak pada pengamatan setelah perlakuan terjadi penurunan tekanan darah systole pada perlakuan posisi *head up* 15°. Dengan mengatur posisi pasien dengan kepala

sedikit *elevasi* 15° untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan elevasi kepala dapat menyebabkan penurunan tekanan darah sistemik, mungkin dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral, pengaturan posisi tidur *head up* memungkinkan rongga dada dapat berkembang secara luas dan komplain paru meningkat. Kondisi ini akan menyebabkan asupan oksigen (*oksigenasi*) membaik sehingga proses respirasi kembali normal.. Sehingga oksigen dapat adekuat sampai ke otak dan berdampak pada penurunan tekanan intracranial, meningkatkan saturasi oksigen dan memperbaiki hemodinamik pada pasien intraserebral hemmoragic.

Penelitian yang dilakukan oleh (Diawati,Erwan,dkk , 2017) bahwa pemberian posisi *head up* 15° merupakan Tindakan yang tepat pada klasifikasi intracerebral hemmoragic untuk melancarkan perfusi oksigen serebral sehingga membantu menurunkan tekanan intracranial. Pada saat sebelum pemberian posisi *head up* 15° nilai CPP klien sebesar 11,6 MmHg namun setelah diberikan posisi *head up* 15° tekanan intracranial menurun dan suplai oksigen keotak meningkat.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Emery et al tahun (2003), (Durward et al dan Fieldman et al menyatakan bahwa posisi *head up* 15° mengurangi peningkatan tekanan intracranial secara signifikan perubahan ini disebabkan efek dari tekanan sistem vena jugularis, ada penurunan detak jantung sebesar 0,76% menjadi 5,6%. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Afif (2015) bahwa ada efek signifikan dari pemberian posisi *head up* 15° yaitu perubahan tekanan intracranial.

Implementasi pada diagnosis kedua yaitu dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif memberikan tindakan memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, memonitor pola napas, memonitor adanya produksi sputum, memonitor adanya sumbatan jalan nafas, memonitor saturasi oksigen, mengobservasi melakukan suctioning, melakukan oral hygiene yang didapatkan hasil data objektif klien tampak masih sesak. Selanjutnya pada diagnose ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik diberikan tindakan dengan nonfarmakologi dengan melakukan miring kanan dan miring kiri supaya dapat meningkatkan rentang gerak klien, masalah ini belum teratasi karena klien masih mengalami kelemahan otot dan penurunan kesadaran.

Pada diagnosis ke empat yaitu resiko deficit nutrisi diberikan tindakan dengan mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan toleransi makanan, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, memonitor asupan makanan, melakukan oral hygiene, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, memberikan makanan melalui selang nasogastrik, melakukan oral hygiene, memberikan nutrisi dan cairan, memberikan makanan melalui selang ngt, berkolaborasi dengan ahli gizi.

### **3.2.5. Evaluasi**

Hasil evaluasi dari implementasi utama yang dilakukan yaitu pada saat sebelum diberikan posisi *head up* 15° klien mengalami peningkatan tekanan intracranial karena suplai oksigen ke otak tidak adekuat dengan nilai respirasi 26x/menit, saturasi oksigen 96% dengan NRM 12 liter/menit, nilai CPP 112,2 mmHg,

tekanan darah 196/89 mmHg, nadi 119x/menit, dan suhu 36,9°C, namun pada saat setelah diberikan posisi *head up* 15° suplai oksigen keotak menjadi adekuat, tekanan intracranial menurun dan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral menjadi efektif dengan hasil tanda-tanda vital yaitu respirasi 22x /menit, saturasi oksigen 99%,suhu 37°C, tekanan darah 150/78 MmHg, nadi 83x /menit dan nilai CPP menjadi 89 mmHg.Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohimah,siti (2014) yang menyatakan bahwa respon klien setelah diberikan Tindakan posisi *head up* 15° hasilnya yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral kembali efektif.

Evaluasi implementasi kedua bersihan jalan nafas tidak efektif didapatkan klien masih mengalami penurunan kesadaran sekret masih kental dengan karakteristik kuning , masih terpasang Oksigen 12lt/NRM, masalah teratasi Sebagian suctioning dilanjutkan selama 1 x 3 jam untuk mempertahankan jalan nafas. Pada diagnose ke tiga didapatkan hasil Keadaan umum lemah, klien tampak masih mengalami kelemahan otot paresis eksremitas bagian kiri dengan kekuatan otot (1-1-2-2) masalah belum teratasi ADL dibantu sepenuhnya oleh perawat , intervensi dilanjutkan.

Hasil evaluasi diagnosis resiko deficit nutrisi didapatkan klien masih mengalami penurunan kesadaran sehingga belum ada reflek menelan yang baik dan masih terpasang NGT untuk memasukan makanan dan obat untuk makanan berkolaborasi dengan ahli gizi diberikan diit 3 x 150 cc sonde per hari.

Dari uraian diatas pada implementasi keluhan utama menurut analisis penulis setelah melakukan posisi *head up* 15° selama 3 kali dalam seminggu memang berpengaruh karena hasil dari posisi head up 15° ini maka terjadi penurunan tekanan

intracranial dengan nilai CPP 111,6 mmHg menjadi 89 mmHg, sesuai acuan jurnal intervensi penulis bahwa tidak ada kesenjangan (Diawati,Erwan,dkk , 2017) dan Rohimah, siti (2014) dengan penerapan posisi *head up* 15° yang telah dilakukan oleh penulis.

### **3.3. Pembahasan Evidence Based Practice**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.N dengan diagnose keperawatan Stroke Hemoragic dengan masalah keperawatan yang muncul yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi pemberian posisi *head up* 15° yang bertujuan untuk menurunkan tekanan intracranial pada penderita stroke hemmoragic dengan pendarahan di intraserebral. Pemberian posisi *head up* 15° dapat menurunkan tekanan intracranial karena posisi *head up* 15° memungkinkan rongga dada dapat berkembang secara luas dan komplain paru meningkat. Kondisi ini akan menyebabkan asupan oksigen (*oksigenasi*) membaik. Meningkatnya tekanan intracranial dapat terjadi akibat edema otak. Edema otak akibat trauma adalah bentuk vasogenik. Pada kontusio otak terjadi robekan pada pembuluh kapiler atau cairan traumatic yang mengandung protein yang berisi albumin. Albumin pada cairan interstisial otak normal tidak didapatkan. Edema otak terjadi karena penekanan pembuluh darah dan jaringan sekitarnya. Edema otak ini dapat menyebabkan kematian otak (iskemia) dan tingginya TIK yang dapat menyebabkan terjadinya herniasi dan penekanan batang otak atau medula oblongata, sehingga

pengaturan posisi tidur head up memungkinkan rongga dada dapat berkembang secara luas dan komplain paru meningkat. (Rohimah, siti 2014). Selain itu dengan mengatur posisi pasien dengan kepala sedikit *elevasi* 15° untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan *elevasi* kepala dapat menyebabkan penurunan tekanan darah sistemik, mungkin dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral.

Penulis menggunakan posisi *head up* 15° dikarenakan pasien stroke hemoragic mengalami pendarahan intraserebral dan membuat terjadi ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang mengakibatkan aliran darah keotak terganggu yang membuat pasokan darah keotak yang membawa oksigen berkurang atau berhenti sama sekali, dengan memberikan posisi *head up* 15°, dimungkinkan sirkulasi darah dan oksigen keotak menjadi lancar, sehingga otak mendapatkan suplai oksigen yang cukup dan otak dapat berfungsi mengatur organ-organ tubuh seperti paru-paru dan jantung yang otomatis berdampak pada normalnya nadi dan pernafasan sehingga terjadi penurunan tekanan intracranial dengan ditandai dengan nilai CPP dan MAP yang menurun atau bahkan pada rentang normal (Alwanis, 2021). Penulis melakukan implementasi *head up* 15° pada pasien selama 3 hari dengan posisi pasien ditempat tidur dengan peninggian anggota tubuh diatas jantung dengan vertical axis, posisi ini akan menyebabkan *cairan serebro spinal* (CSS) terdistribusi dari kranial ke ruang subarachnoid spinal dan memfasilitasi venus return serebral (Sunardi, 2011).

Dari telaah 5 jurnal yang penulis dapatkan didapatkan hasil yang rata-rata menyatakan Teknik *head up* 15° berpengaruh pada penurunan tekanan intracranial. Menurut penelitian (Diawati,Erwan,dkk , 2017) didapatkan hasil bahwa pemberian

posisi *head up* 15° efektif terhadap perubahan MAP pada pasien stroke, yang menunjukkan perubahan MAP pada pasien dengan diperoleh nilai rata-rata sebesar 119,05 mmHg menjadi 108,71 mmHg setelah dilakukan pemberian *head up* posisi 15°. Hal tersebut dikarenakan pemberian posisi *head up* 15° mampu menjaga agar MAP tidak meningkat dan memperbaiki aliran balik jantung, selain itu juga pemberian posisi *head up* 15° pada pasien stroke akan memperbaiki pemulihan dan mengurangi kecacatan yang signifikan.

Diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Siti (2014), Afif (2015), Emery et al, Durward et al dan Fieldman et al (2014) yang menunjukkan adanya perubahan penurunan intracranial secara signifikan terhadap pasien stroke hemoragic dengan adanya perubahan penurunan detak jantung sebesar 0,76% menjadi menjadi 5,6%. Dan secara statistik terjadi penurunan tekanan darah secara signifikan sebesar ( $p < 0.05$ ). Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Van Bredore et al yang menyebutkan bahwa posisi *head up* 15° menyebabkan tekanan darah sistolik berkurang secara nyata ( $p < 0,05$ ). Penelitian yang dilakukan oleh Duward dkk dan Lee dkk, juga menyatakan bahwa dengan posisi kepala *head up* 15° sampai 30° ditemukan penurunan tekanan arteri yang progresif, penurunan CVP ( $p < 0,05$ ) penurunan berkisar 0,12 – 1,8 cm. Peningkatan TIK merupakan kedaruratan yang harus diatasi dengan segera. Ketika tekanan meninggi, substansi otak ditekan. Fenomena sekunder disebabkan gangguan sirkulasi dan edema yang dapat menyebabkan kematian. Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh positif posisi *head up* 15° terhadap penurunan tekanan intracranial.

Dengan demikian berdasarkan hasil telaah jurnal dan hasil analisis langsung pada pasien ternyata pemberian posisi *head up* 15° bisa menurunkan tekanan intracranial pada pasien stroke hemoragic.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **4.1. Kesimpulan**

Setelah dilakukan proses keperawatan maka dapat di simpulkan :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.N dengan Stroke Hemoragic (PIS) di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr Slamet, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny.N yaitu klien mengalami penurunan kesadaran, peningkatan tekanan intracranial ditandai dengan nilai CPP yang tinggi 111,6 mmHg, MAP 124,6 MmHg, Dan Spo2 96% dengan terpasang NRM 12 liter.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Ny.N dengan Stroke Hemoragic (PIS) di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr Slamet, adapun diagnosis yang muncul pada Ny.N yaitu sebanyak 4 diagnosis keperawatan:
  - a. Perfusi perifer tidak efektif jaringan serebral b.d penurunan suplai oksigen ke otak (D.0009)
  - b. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Akumulasi secret di jalan nafas (D.0001)
  - c. Gangguan mobilitas fisik b.d Transmisi impuls saraf ke ekstremitas terganggu (D.0045)
  - d. Resiko Defisit nutrisi b.d penurunan daya absorpsi nutrisi (D.0019)

3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny.N dengan Stroke Hemoragic (PIS) di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr Slamet, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.N dengan Stroke Hemoragic (PIS) di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr Slamet, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny.N dengan Stroke Hemoragic (PIS) di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr Slamet, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* (EBP) tentang salah satu diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan pemberian posisi *head up* 15°.

## **4.2.Saran**

### **4.2.1. Rumah Sakit**

Penulis berharap hasil studi kasus ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang Stroke Hemoragic di pelayanan kesehatan, dan dapat menerapkan tindakan keperawatan posisi *Head up* 15° sebagai penurunan tekanan intrakranial.

### **4.2.2. Instansi**

Perguruan Tinggi Diharapkan hasil analisis ini dapat dijadikan sebagai salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragic dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, dan dapat dimasukkan kedalam pembelajaran keperawatan gawat darurat dan kritis.

### **4.2.3. Mahasiswa/Penulis**

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya penulis selanjutnya agar dapat mengaplikasikan tindakan *head up* 15° pada pasien stroke hemoragic yang mengalami ketidakefektifan perfusi jaringan serebral agar dapat memajemen masalah peningkatan tekanan intracranial.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, Sheila A. (2013). *Evidence Based Nursing Care for Stroke and Neurovascular Conditions*.
- A, R. (2017). Karakteristik Terjadinya Intracerebral Hematoma Spontan di Ruang Rawat Bedah Saraf. Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik.
- Asyifaurohman. (2017). Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Hemorrhage dengan Masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Posisi Head Up 15 di Ruang ICU. ICU PKU Muhammadiyah.
- Ibrahim, R., Lalenoh, D. Ch., & Laihad, M. L. (2021). Penanganan Pasien Perdarahan Intracerebral di Ruang Rawat Intensif. *E-CliniC*, 9(1), 8–14.
- Bandi, S. S. Changes in Intracranial Pressure in Various Positions of the Head in Anaesthetised Patients.
- Bare, B. G., & Smeltzer, S. C. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC. Hal : 45-47.
- Diawati, Erwan, Atih, Masmun.(2017). Efektifitas Pemberian Posisi Head Up 15° Terhadap Perubahan MAP Pada Pasien Stroke di Ruang Neurologi RSUD Koja Jakarta. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Goldszmidt & Caplan. (2013). *Stroke esensial*. Jakarta: Permata Puri Media
- Harsono. (2015). *Kapita Selekta Neurologi*. Yogyakarta : Gajah Mada University
- Iskandar Junaidi, 2018. *Tekanan Tinggi Intrakranial*. Fakultas Kedokteran Kementerian

- kesehatan RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta : Depkes RI
- Kozier & Erb's. (2012). Fundamental of Nursing Volume 2. Pearson Education
- Kowalski,
- Kusuma, A. P., Utami, I. T., & Purwono, J. (2022). Pengaruh Terapi 'Menggengam Bola Karet Bergerigi' Terhadap Perubahan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Diukur Menggunakan Hangryp Dynamometer Di Ruang Syaraf Rsud Jend a Yani Kota Metro. *Jurnal Cendikia Muda*,
- Mary T. (2017). Buku Ajar Keperawatan Dasar edisi 10. Jakarta : EGC
- Moh. Bahrudin, 2008. Posisi kepala Dalam Stabilisasi Tekanan Intrakranial.
- Mustikarani, Afif, and Akhmad Mustofa. 2020. "Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Melalui Pemberian Posisi Head Up." *Ners Muda* 1(2): 114.
- Permatasari, N. (2020). Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus dan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 298–304.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Raymont N Blum, M. 1992. Critical Care Secret. Canada: Hanley & Belfus, Inc
- Rohimah, Siti.(2014). Perbandingan Posisi Head Up 150 Dengan 300 Terhadap

- Tekanan Darah, Nadi Dan Respirasi Pada Pasien Tekanan Tinggi Intrakranial Di V  
Rsud Tasikmalaya. Departemen Keperawatan Medikal Bedah Prodi D.III  
Keperawatan STIKes BTH Tasikmalaya
- Sari, wiwin wulan, Inayatur Rosyidah, and Agus Muslim. 2017. "Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Stroke Hemoragik Dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral." *Nursing Journal of Stikes Insan Cendekia Jombang* 14(1): 33–40
- Setiawan, Putri Ayundari. 2020. "Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik." *Jurnal Medika Utama* 02(01): 402–6.
- Sunarto, S. (2015). PENINGKATAN NILAI SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN STROKE MENGGUNAKAN MODEL ELEVASI KEPALA. Interest: *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4(1).
- Supadi, S. (2017). Pengaruh Elevasi Posisi Kepala Pada Klien Stroke Hemoragik Terhadap Tekanan Rata-Rata Arterial, Tekanan Darah Dan Tekanan Intra Kranial Di Rumah Sakit Margono Soekarjo Purwokerto Tahun 2011. *Kesmas Indonesia*, 5(2), 154-168.
- Suwita. S. (2015). Tatalaksana Nutrisi Pasien Stroke Hemoragik dengan Berbagai Fraktur Risiko.
- Tarwoto. (2013). Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sisten Persarafan.
- Wiruh, R. A. (2016). Family Nursing in The ICU: *The Sistematic Literature Review*. *School of Health Care and Social Work Degree Programe in Nursing*
- WHO. (2020). *The top 10 causes of death - Factsheet. WHO Reports.*

WHO. (2020). *WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. World Health Organization (WHO)*

**LAMPIRAN  
LEMBAR BIMBINGAN**

**Nama** : Kurniawan.

**Pembimbing** : Rudy alfiyansah S.Kep.,Ners.,M.Pd.

**Judul** : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Stroke Hemoragic (PIS) Dengan Intervensi Pemberian Posisi *Head Up 15°* Terhadap Peningkatan Tekanan Intracranial (*Intracranial Pressure ICP*) Di Ruang Rubi Bawah RSUD Dr. Slamet Garut

No	Tanggal	Pembahasan	Saran Pembimbing	Paraf
1.		Pengajuan judul		
2.		Bab I BAB 2	- Plih judul yang akan kamu kuasai - Lanjutkan bab 1	
3.		Bab I Bab II	- Sertakan ebp - Perbaiki penulisan - Perhatikan ukuran - Cari jurnal yang menguatkan.	
4.		Bab II Ebp	- Koreksi ebp - Tambahkan ebp minimal 5 - Rapihkan penulisan	
5.		Bab II bab III Ebf	- Rapihkan penulisan - Lanjutkan bab 3 dan bab 4	

			- Perjelas pembahasan di ebp	
6.		BAB IV EBF	Cari ebf terbaru Lanjut kan bab IV	
7.		BAB I BAB II BAB III BAB IV EBF	Lanjutkan Cari ebf yang sesuai 1 lagi	
8.		EBF ACC SIDANG	Acc siding.	