

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S
STROKE HEMORAGIK (SH) DENGAN IMPLEMENTASI
POSISI *HEAD UP 30°* PADA PASIEN RESIKO PERFUSI
SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DI RUANGAN RAFLESIA
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**



DISUSUN OLEH :

EFFRAN ARMANSYAH

P00320120047

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022-2023**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S
STROKE HEMORAGIK (SH) DENGAN IMPLEMENTASI
POSISI *HEAD UP 30°* PADA PASIEN RESIKO PERFUSI
SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DI RUANGAN RAFLESIA
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

**Diajukan sebagai Syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

EFFRAN ARMANSYAH
P00320120047

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022-2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh EFFRAN ARMANSYAH, NIM : P00320120047 dengan Judul Asuhan "Keperawatan Pada Tn. S Stroke Hemoragik (Sh) Dengan Implementasi Posisi Head Up 30⁰ Pada Pasien Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Ruang Raflesia Rsud Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023", telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Rejang Lebong, 4 Juli 2023

Pembimbing Utama



Almaini, S.Kp., M.Kes

NIP : 196406101986031001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE HEMORAGIK (SH) PADA TN.S
DENGAN IMPLEMENTASI POSISI *HEAD UP 30°* PADA PASIEN
RESIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DI RUANGAN
RAFLESIA RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

Disusun oleh:

EFFRAN ARMANSYAH
P00320120047

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi
Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 14 Juli 2023, dan dinyatakan

LULUS
Ketua Dewan Penguji



Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An
NIP.198202142002122001

Anggota Penguji I



Ns. Dedi ansori, S.kep
NIP. 197805251999031005

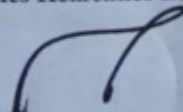
Anggota Penguji II



Almaini, S.Kp., M.Kes
NIP.196406101986031001

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,
Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu



Ns. Derison M. Sinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP: 197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
STROKE HEMORAGIK (SH) DENGAN IMPLEMENTASI POSISI *HEAD
UP 30⁰* PADA PASIEN RESIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF
DI RUANGAN RAFLESIA RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023
(Effran Armansyah, 2023)**

ABSTRAK

Latar belakang : *Stroke Hemoragik* adalah kondisi dimana terjadinya biasanya berasal dari pecahnya aneurisma atau pembuluh darah yang abnormal terbentuk, Stroke ini disebabkan karena salah satu pembuluh darah diotak bocor atau pecah sehingga darah mengisi ruang sel-sel otak dan mengganggu fungsi sistem saraf. *Stroke Hemoragik* dapat mengakibatkan Resiko perfusi serebral tidak efektif pada klien, dimana keadaan ketika individu beresiko mengalami penurunan sirkulasi otak, atau rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu Kesehatan. Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif yang muncul pada pasien atroke dapat diatasi melalui Tindakan *head up 30⁰*. Studi kasus ini bertujuan untuk memungkinkan penulis untuk melaksanakan dan mengetahui efektifitas tindakan *head up 30⁰* pada pasien *Stroke Hemoragik* dengan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif. Metode : penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus, dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Fokus implementasi keperawatan ditujukan pada Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif pasien SH melalui pemberian *head up 30⁰*. Subjek studi kasus ini terdiri dari satu kasus, yaitu seorang pasien dengan diagnosis medis *Stroke Hemoragik* (SH) yang dirawat di Ruang Raflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Hasil: Hasil penelitian, terlihat bahwa perfusi serebral pasien mengalami peningkatan setelah dilakukantindakan *head up 30⁰* selama 3 x 24 jam dengan perfusi pasien membaik. Kesimpulan: Tindakan keperawatan *head up 30⁰* terbukti efektif dalam penyembuhan perfusi serebral pasien *Stroke Hemoragik*.

Kata kunci : *Stroke Hemoragik, Head Up 30⁰*, perfusi serebral tidak efektif

***NURSING CARE IN PATIENTS HEMORRHAGIC (SH) STROKE WITH
HEAD UP 30⁰ IMPLEMENTATION IN PATIENTS AT RISK OF
INEFFECTIVE CEREBRAL PERFUSION IN THE RAFLESIA ROOM
REJANG LEBONG REGENCY REGIONAL REGENCY REGIONAL
REGIONAL HOSPITAL YEAR 2023
(Effran Armansyah, 2023)***

ABSTRACT

Background: Hemorrhagic stroke is a condition where the occurrence usually comes from the rupture of an aneurysm or abnormal blood vessels forming. This stroke is caused by a blood vessel in the brain leaking or bursting so that blood fills the space of brain cells and disrupts the function of the nervous system. Hemorrhagic stroke can result in the risk of ineffective cerebral perfusion on the client, where the individual is at risk of experiencing a decrease in brain circulation, or is prone to experiencing a decrease in brain tissue circulation which can interfere with health. The problem of the risk of ineffective cerebral perfusion that arises in stroke patients can be overcome through the 30⁰ head up action. This case study aims to enable the authors to carry out and know the effectiveness of the 30⁰ head up action in Hemorrhagic Stroke patients with risk problems of ineffective cerebral perfusion. Methods: This study uses a descriptive research design in the form of a case study, with a nursing process approach which includes assessment, nursing diagnoses, planning, implementation, and evaluation. The focus of nursing implementation is aimed at the problem of the risk of ineffective cerebral perfusion in SH patients through the administration of 300 heads up. The subject of this case study consisted of one case, namely a patient with a medical diagnosis of Hemorrhagic Stroke (SH) who was treated in the Rafflesia Room at the Rejang Lebong District Hospital. Results: The results of the study show that the patient's cerebral perfusion has increased after 30⁰ heads up for 3 x 24 hours with improved patient perfusion. Conclusion: Head up 300 nursing action is proven to be effective in healing cerebral perfusion of Hemorrhagic Stroke patients.

Keywords: Hemorrhagic Stroke, Head Up 30⁰, ineffective cerebral perfusion

KATA PENGANTAR

Tahun ke tahun, bulan ke bulan, minggu ke minggu, hari ke hari akhirnya tiba pekerjaan besar itu selesai. Entah berapa banyak energi yang terbuang, berapa banyak tenaga yang terpakai, berapa keprihatinan yang tersimpan, berapa banyak dukungan yang didapat, dan berapa harapan yang terenggam, mengiringi hari-hari penulisan karya besarku yang pertama ini. Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunianya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Alhamdulillah, segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat, taufik dan hidayah-nya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik (Sh) Dengan Memberikan Posisi Head Up 30⁰ Di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023”**.

Penulis Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Program Diploma III Keperawatan Poltekes Kemenkes Bengkulu.

Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan, dukungan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada ;

1. Eliana, S.KM, MPH selaku direktur Poltekes Kemenkes Bengkulu.
2. Ns. Septiyanti, S.Kep, M.Pd selaku ketua jurusan keperawatan di Poltekes Kemenkes Bengkulu.
3. Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep selaku ketua program studi diploma III Keperawatan
4. Almaini, S.Kp, M.Kes selaku pembimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang senantiasa selalu memberi saran positif dan kritik yang membangun, serta selalu dapat menyediakan waktu untuk memberikan konsultasi, penulis sangat bangga pernah menjadi anak bimbing bapak, sehat-sehat selalu bapak.

5. Ns. Yossy Utario, M.kep, Sp.kep.An selaku ketua penguji 1 dalam penulisan karya tulis Ilmiah ini yang selalu memberikan kritik yang membangun dan motivasi positif ke penulis sehinggah dapat menyelesaikan karya tulis Ilmiah ini, terima kasih ibu.
6. Ns. Dedi Ansori, S.Kep selaku penguji 2 dalam penulisan karya tulis Ilmiah ini, penulis berterima kasih kepada bapak karena telah membantu penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
7. Seluruh Civitas Akademik yang telah membantu dan mendukung dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
8. Yang paling istimewa yaitu kepada kedua orang tua tersayang Ariadi & Lisdayuni terima kasih atas dukungan-nya selama ini kepada penulis, berkat doa dan dukungan kedua orang tua yang menjadi kekuatan terbesar penulis, penulis dapat menyelesaikan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Kepada kakak dan adik tersayang Lidia Kumala Sari, Ilham Romadhon & Alham Romadhon terima kasih banyak sudah banyak membantu serta memberikan motivasi dan mewarnai kehidupan penulis.
10. Kepada Fhanny Maininda Utami terima kasih sudah banyak berkontribusi dalam menyelesaikan tugas akhir penulis, atas bantuan, dukungan dan motivasi yang telah diberikan kepada penulis, penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
11. Kepada teman-teman seperjuangan terima kasih atas dukungan kalian, entah berapa banyak drama kita waktu perjuangan untuk menyelesaikan tugas akhir dan bisa sampai pada titik ini.

Rejang Lebong, 4 Juli 2023



Effran Armansyah

DAFTAR PUSAKA

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB II PENDAHULUAN	9
2.1 Konsep Dasar Stroke Hemoragik	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Etiologi	10
2.1.3 Manifestasi Klinik	12
2.1.4 Anatomi Fisiologi	13
2.1.5 Patofisiologi (Natif Dan Bagan)	24
2.1.6 Woc (Web Of Caution)	25
2.1.7 Pemeriksaan Penujang	26
2.1.8 Tindakan Medis (Obat Atau Pembedahan)	26
2.1.9 Penatalaksanaan	28
2.2 Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif.....	31
2.2.1 Definisi	31

2.2.2 Etiologi	31
2.2.3 Pengukuran Tekanan Intrakranial.....	31
2.3 Posisi Head Up 30 ⁰	33
2.3.1 Pengertian Posisi Head Up 30 ⁰	33
2.3.2 Tujuan Posisi Head Up 30 ⁰	33
2.3.3 Manfaat Posisi Head Up 30 ⁰	34
2.3.4 SOP Posisi Head Up 30 ⁰	34
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	35
2.4.1 Pengkajian, Data Focus Pengkajian Sesuai Teori	35
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	45
2.4.3 Rencana Keperawatan	46
2.4.4 Implementasi	53
2.4.5 Evaluasi	53
BAB III METODE PENELITIAN	55
3.1 Desain / Rencana Studi Kasus.....	55
3.2 Subjek Studi Kasus	55
3.3 Fokus Studi Kasus	55
3.4 Definisi Operasional	55
3.5 Tempat Dan Waktu	56
3.6 Pengumpulan Data	56
3.7 Penyajian Data	57
3.8 Etika Penelitian	58
BAB IV TINJAUAN KASUS	60
4.1 PENGKAJIAN	60
4.1.1 Biodata	60
4.1.2 Riwayat Keperawatan	61
4.1.3 Pemeriksaan Fisik	66
4.2 Analisa Data	75
2.3 Diagnosa Keperawatan.....	76
4.4 Intervensi Keperawatan.....	77
4.5 Implementasi Keperawatan.....	81

4.6 Evaluasi.....	86
BAB V PEMBAHASAN	91
5.1 Pengkajian Keperawatan.....	91
5.2 Diagnosa Keperawatan	93
5.3 Intervensi Keperawatan	94
5.4 Implementasi Keperawatan.....	95
5.5 Evaluasi Keperawatan.....	96
BAB V PENUTUPAN.....	98
6.1 Kesimpulan	97
6.2 Saran	100
DAFTAR PUSAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
1.	Anatomi otak	12

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
1.	Tabel Perbedaan Stroke Non- Hemoragik Dan Stroke Hemoragik	10
2.	Tabel SOAP	34
3.	Tabel Rencana Keperawatan	46
4.	Tabel pola kebiasaan	64
5.	Tabel data penunjang	73
6.	Tabel penataksanaan	74
7.	Tabel analisa data	75
8.	Tabel diagnosa keperawatan	76
9.	Tabel intervensi keperawatan	77
10.	Implementasi Keperawatan	81
11.	Tabel evaluasi	86

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
1.	Skema WOC (Web of Causation)	24

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1	Lembar observasi
2	Sop Head up 300
3	Jurnal
4	Pernyataan
5	Biodata
6	Surat pengambilan ksus
7	Lembar konsul
8	Dokumentasi tindakan
9	Hasil Plagiarisme

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan gejala dan pertanda sesuai bagian otak yang terkena, yang sebelumnya tanpa peringatan, serta dapat sembuh sempurna, sembuh menggunakan cacat atau kematian, dampak gangguan aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun nonperdarahan (Iyan Hernanta, 2013).

Stroke dibagi menjadi dua yaitu hemoragik serta non hemoragik. Stroke hemoragik terjadi paling seringkali berasal pecahnya aneurisma atau pembuluh darah yang abnormal terbentuk (Kasuba, Ramli, & Nasrun, 2019). Kendala mobilitas fisik dapat memengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan serta elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan kardiovaskular, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (Manurung, 2018).

Menurut WHO 2019, prevalensi stroke global mencapai 101,5 juta orang, akibat stroke iskemik 77,2 juta orang, perdarahan intraserebral sebanyak 20,7 juta orang dan perdarahan subarachnoid sebanyak 8,4 juta orang. Di seluruh dunia total jumlah kematian akibat penyakit serebrovaskuler mencapai 6,6 juta orang, akibat stroke iskemik mencapai 3,3 juta orang, karena perdarahan intraserebral mencapai 2,9 juta orang, dan sebanyak 0,4 juta meninggal karena perdarahan subarachnoid.

Menurut WHO 2020, menyatakan setiap tahunnya terdapat sekitar 800,000 kasus stroke baru dan sekitar 130,000 orang meninggal akibat stroke di Amerika Serikat. Stroke hemoragik menjadi penyebab kematian dari 5,7 juta jiwa diseluruh dunia dan diperkirakan meningkat menjadi 6,5 juta penderita, (Kasuba et al., 2019).

Menurut data World Stroke Organization tahun 2021, terdapat 12.224.551 kasus baru setiap tahun dan 101.474.558 individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Dengan kata lain, 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke di dalam hidupnya. Angka kematian akibat stroke sebanyak 6.552.724 orang dan individu yang mengalami kecacatan akibat stroke sebanyak 143.232.184 (Feigin et al. 2022).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018, prevalensi kejadian stroke di Indonesia sebesar 10,9%. Seiring bertambahnya usia, kasus stroke di Indonesia cenderung meningkat, dimana kasus tertinggi yang terdiagnosis dokter yaitu pada usia ≥ 75 (50,2%), dan terendah pada usia 15-24 tahun (0,6%). Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak pada laki-laki (11,0%) dibandingkan dengan perempuan (10,9%). Dan berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi (12,6%) dibandingkan dengan daerah pedesaan (8,8%).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2019, kejadian stroke di Indonesia angka kejadian penyakit ini terus bertambah sekitar 15%, sejak tahun 2013 dari 9%. Provinsi paling tinggi yaitu kalimantan timur sejumlah 15% sedangkan

untuk provinsi paling sedikit yaitu Papua sejumlah 4,1% penyakit stroke di Jawa Tengah tercatat sebanyak 3,8%.

Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu tahun 2019, jumlah kejadian stroke 1.899 orang dengan kematian sebanyak 127 orang (6,68%). Penderita stroke tertinggi yaitu di kota Bengkulu sebanyak 1.296 orang dengan kematian sebanyak 57 orang (4,39%), kabupaten Bengkulu Utara sebanyak 160 orang dengan kematian sebanyak 20 orang (12,5%).

Menurut data dari RSUD Kabupaten Rejang Lebong di dapatkan bahwa pasien dengan Stroke Hemoragik (SH) pada tahun 2020 berjumlah 2 kasus, selanjutnya pada tahun 2021 pasien stroke hemoragik meningkat menjadi 19 kasus, dan untuk tahun 2022 terus meningkat, yaitu sebanyak 34 kasus (Laporan Tahunan RSUD Kabupaten Rejang Lebong).

Serangan stroke dapat menyerang siapa saja terutama penderita penyakit-penyakit kronis, seperti tekanan darah tinggi, kencing manis, jantung, kadar kolesterol tinggi, trigleserida tinggi, pengerasan pembuluh darah, penyempitan pembuluh darah, penebalan pembuluh darah, obesitas, dan lain-lain. Akan tetapi, pada umumnya stroke rentan terjadi pada penderita tekanan darah tinggi. Untuk itu penderita penyakit kronis haruslah mewaspadaikan dan mengantisipasi terjadinya serangan stroke (Ratna Dwi Pudiastuti 2013).

Penderita stroke perlu penanganan yang baik untuk mencegah kecacatan fisik dan mental. Sebesar 30% - 40% penderita stroke dapat sembuh sempurna bila ditangani dalam waktu 6 jam pertama (*golden periode*), namun apabila dalam waktu tersebut pasien stroke tidak mendapatkan penanganan yang

maksimal maka akan terjadi kecacatan atau kelemahan fisik seperti hemiparese. Penderita stroke post serangan membutuhkan waktu yang lama untuk memulihkan dan memperoleh fungsi penyesuaian diri secara maksimal (Andarwati, 2013).

Perawat sebagai *first responder* di Instalasi Gawat Darurat mempunyai peran vital terutama dalam melakukan *assessment* pada pasien stroke. Kecepatan dan keakuratan dalam melakukan *assessment* untuk mengidentifikasi stroke iskemik dan stroke hemorrhagic serta mengetahui *golden periode* atau *time is brain* pada pasien dengan stroke akan dapat meningkatkan *live-saving* dan penyembuhan pasien dengan segera (Bergman et al, 2013).

Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada pasien stroke hemoragik salah satunya adalah resiko perfusi serebral tidak efektif. Resiko perfusi serebral tidak efektif merupakan kondisi berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Penatalaksanaan risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi pada pasien stroke dapat dilakukan dengan obat-obatan (farmakologis), meskipun manfaatnya relatif terbatas. Selain itu dapat dilakukan upaya kolaboratif yaitu dengan pemberian terapi oksigen sesuai kebutuhan, memonitor saturasi oksigen yang kesemuanya itu bertujuan untuk mempertahankan aliran darah ke otak pasien agar bisa menghindari kecacatan fisik dan kematian (Herdman, 2014).

Manajemen perfusi serebral yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perfusi serebral yaitu mengatur posisi pasien dengan elevasi kepala 150 – 300

untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan elevasi kepala dapat menurunkan tekanan darah sistemik mungkin dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral. Pengaturan elevasi kepala bertujuan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak dan posisi kepala yang lebih tinggi dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Sunardi, 2006 dalam Herdman, 2014).

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada pasien Stroke Hemoragik adalah posisi *head up* 30°. Menurut penelitian Hadi husada nursing terapi posisi *head up* 30° adalah posisi datar dengan kepala lebih tinggi 30° dengan posisi tubuh dalam keadaan sejajar. Tujuan pemberian terapi *head up* 30° dilakukan untuk mengetahui perubahan skala nyeri dan Perubahan saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik. Penelitian ini dilakukan di ICU RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Hasil analisa status hemodinamik pada saturasi oksigen menunjukkan nilai P value = 0.009 sehingga terdapat pengaruh posisi Head Up terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian ini didapatkan hasil ada perbedaan yang bermakna rata-rata saturasi oksigen sebelum dan setelah tindakan posisi head up 30° (Adi Husada Nursing Journal, 2017).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik (SH) dengan memberikan posisi head up 30° Diruangan Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik melalui proses keperawatan dimulai dari proses pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi, serta penerapan posisi head up 30⁰ pada pasien Stroke Hemoragik di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

1.3 Tujuan

a. Tujuan umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses keperawatan.

b. Tujuan khusus

1. Dapat memberikan gambaran tentang pengkajian keperawatan pada kasus Stroke Hemoragik terhadap pasien di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
2. Dapat menentukan diagnosa keperawatan pada kasus Stroke Hemoragik terhadap pasien di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
3. Dapat membuat Intervensi keperawatan pada klien yang sesuai dengan diagnosa keperawatan pada kasus Stroke Hemoragik terhadap pasien di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
4. Dapat melaksanakan Implementasi keperawatan sesuai dengan Intervensi yang telah dibuat pada klien dengan diagnosa keperawatan

Stroke Hemoragik terhadap pasien di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

5. Dapat mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien dengan diagnosa keperawatan Stroke Hemoragik terhadap pasien di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
6. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah di lakukan pada pasien dengan diagnosa keperawatan Stroke Hemoragik terhadap pasien di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

1.4 Manfaat Penelitian

a. Bagi klien

Klien dan keluarga klien bisa mendapatkan pelayanan Kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami juga mengerti tujuan dari Tindakan yang dilakukan perawat, sehingga dapat meminimalisir agar tidak terjadinya hal yang lebih parah pada klien.

b. Bagi perawat

Sebagai bahan informasi mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien diagnose Stroke Hemoragik, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan kualitas mutu pelayanan keperawatan yang ada dirumah sakit.

c. Bagi institusi Pendidikan

Sebagai tambahan referensi ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik.

d. Bagi Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi referensi bagi pemberi pelayanan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik di RSUD Kabupaten Rejang Lebong, terutama manfaat posisi head up 30⁰ pada pasien Stroke Hemoragik.

BAB II

TINJAUAN PUSAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke Hemoragik

2.1.1 Definisi

Stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang sebelumnya tanpa peringatan, dan dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian, akibat gangguan aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun nonperdarahan. (Hermanata, 2013).

Stroke hemoragik terjadi sekitar 20% dari seluruh kasus stroke. Pada stroke ini, lesi vaskuler intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan di subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Perdarahan dapat secara cepat menimbulkan gejala neurogenik karena tekanan pada struktur-struktur saraf di dalam tengkorak. Iskemia adalah konsekuensi sekunder dari perdarahan baik yang spontan maupun traumatik (Iyan Hermanata, 2013).

Menurut lanny Sustiani *stroke* di klasifikasikan ada dua macam, yaitu :

1. *Stroke* hemoragik

Stroke ini disebabkan karena salah satu pembuluh darah di otak bocor atau pecah sehingga darah mengisi ruang sel-sel otak. Diantara factor-faktor penyebabnya adalah sebagai berikut :

- a. Darah tinggi yang dapat menyebabkan pembuluh darah pecah.

b. Peleburan pada pembuluh darah yang menyebabkan pembuluh darah pecah.

c. Tumor pada pembuluh darah

2. Stroke Non- Hemoragik

Stroke ini disebabkan oleh faktor-faktor berikut :

a. Menumpuknya lemak pada pembuluh darah yang menyebabkan mulai terjadinya pembekuan darah.

b. Benda asing dalam pembuluh darah jantung.

c. Adanya lubang pada pembuluh darah sehingga darah bocor yang mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang

Table 2.1 Perbedaan Stroke Non-Hemoragik dan Stroke Hemoragik

Gejala	Stroke Non-Hemoragik	Stroke Hemoragik
1. Saat kejadian	1. Mendadak istirahat	1. Mendadak, sedang aktif
2. Nyeri kepala	2. Ringan	2. Hebat
3. Kejang	3. Tidak ada	3. Ada
4. Muntah	4. Tidak ada	4. Ada
5. Adanya tanda peringatan	5. Ada	5. Tidak ada

Sumber: Iyan Hermanata, 2013

2.1.2 Etiologi

Terdapat banyak faktor yang berperan dalam menentukan seseorang terkena stroke atau tidak. Menurut Ratna Dewi Pudiastuti (2013) penyebab stroke ada 3 faktor yaitu:

1. Faktor resiko medis

- a. Migraine
- b. Hipertensi (penyakit tekanna darah tinggi)
- c. Diabetes

- d. Kolesterol
- e. Aterosklerosis (pengerasan pembuluh darah)
- f. Gangguan jantung
- g. Riwayat stroke dalam keluarga
- h. Penyakit ginjal
- i. Penyakit vascular perifer

80 % pemicu stroke disebabkan karena hipertensi dan arteriosklerosis.

2. Faktor resiko perilaku

- a. Kurang olahraga
- b. Merokok
- c. Makanan tidak sehat (*Junk food, fast food*)
- d. Kontraksi oral
- e. Mendengur
- f. Narkoba
- g. Obesitas
- h. Stress
- i. Cara hidup

3. Faktor lain

Batastatik 93% pengidap penyakit thrombosis ada hubungannya dengan penyakit darah tinggi.

- a. Thrombosis serebral
- b. Emboli serebral
- c. Perdarahan intra serebral

- d. Migraintrombosit sinus dura
- e. Diseksi arteri karotis atau vertebralis
- f. Kondisi heperkoagulasi
- g. Vaskulitis sistem saraf pusat
- h. Penyakit moyo-moya (oklusi arteri besar intracranial yang progresif)
- i. Kelainan hematologis (anemia sel sabit, polisitemia, atau leukemia)
- j. Miksoma atrium

2.1.3 Manifestasi Klinik

Gejala-gejala paling umum timbulnya serangan stroke, antara lain: terjadinya serangan sakit kepala, hilangnya keseimbangan, gangguan penglihatan, hilangnya kemampuan berbicara dengan jelas atau kemampuan untuk memahami pembicaraan orang lain/ lawan bicara, salah satu kelopak mata sulit dipejamkan, gangguan penciuman, dan lain- lain (Ratna Dewi Pudiastuti, 2013).

Gejala stroke tidak selalu muncul pada kondisi yang berat. Serangan stroke ringan dapat diatasi dan kondisi pasien dapat pulih kembali sepenuhnya, bahkan dapat beraktivitas dan produktif seperti semula apabila serangan stroke ditangani dengan cepat dan tepat (Ratna Dewi Pudiastuti, 2013).

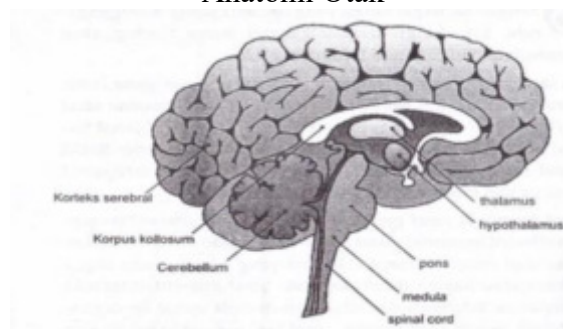
Manifestasi klinis Stroke Hemoragik menurut, M. Clevo Rendi, Margareth TH (2012) antara lain :

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis yang timbul mendadak).
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemiparesik).
3. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma).
4. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan mengalami ucapan).
5. Disartria (bicara pelo atau cadel).
6. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler, atau diplopia).
7. Ataksia (trunkal atau anggota badan).
8. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.

2.1.4 Anatomi Fisiologi

1. Anatomi Otak

Gambar 2.1
Anatomi Otak



Sumber: (Tarwoto et al, 2015:106)

2. Fisiologi

Sistem saraf manusia mempunyai struktur yang kompleks dengan berbagai fungsi yang berbeda saling mempengaruhi. Satu fungsi saraf terganggu secara fisiologi akan berpengaruh terhadap fungsi tubuh yang lain.

Sistem saraf dikelompokkan menjadi dua bagian besar yaitu susunan saraf pusat/Central Nervus System (CNS) dan susunan saraf perifer/Peripheral Nervous System (PNS). Susunan saraf pusat terdiri dari otak dan medula spinalis, sedangkan saraf perifer terdiri atas saraf-saraf yang keluar dari otak (12 pasang) dan saraf-saraf yang keluar dari medula spinalis (31 pasang). Menurut fungsinya saraf perifer dibagi atas saraf afferent (sensorik) dan efferent (motorik). Saraf afferent (sensorik) menghantarkan informasi dari reseptor-reseptor khusus yang berada pada organ permukaan atau bagian dalam ke otak.

Saraf efferent (motorik) menyampaikan informasi dari otak dan medula spinal ke organ-organ tubuh seperti otot rangka, otot jantung otot-otot bagian dalam dan kelenjar-kelenjar. Saraf motorik memiliki dua subdivisi yaitu devisi somatik dan devisi otonomik. Devisi somatik (volunter) berperan dalam interaksi antara tubuh dengan lingkungan luar. Serabut saraf berada pada otot rangka. Devisi otonomik (involunter) mengendalikan seluruh respon involunter pada otot polos, otot jantung dan kelenjar dengan

cara mentransimisi implus saraf melalui dua jalur yaitu saraf simpatis yang berasal dari area toraks dan lumbal pada medulla spinalis dan saraf parasimpatis yang berasal dari area otak dan sakral pada medulla spinalis.

a. Sistem Saraf Pusat

- 1) Otak
- 2) Medula Spinalis

b. Sistem Saraf Perifer

- 1) Afferent (sensosrik)
- 2) Efferent (motorik)
 - (1) Saraf Simpatis
 - (2) Saraf Prasimpatis

Mikrfostruktur Sistem Saraf dan Fungsi

a. Sel Neuroglia

Kurang lebih 40% dari struktur dari otak dan medula spinalis tersusun dari sel neuroglia. Sel ini berfungsi sebagai sel pendukung, proteksi dari sel-sel tubuh dan sel neuron. Sel-sel neuroglia di antaranya terdiri dari astroglia, epindyma, microglia dan oligodenroglia.

b. Neuron

Neuron merupakan unit fungsional sel saraf dengan bentuk yang berbeda-beda, berfungsi sebagai penerus stimulus atau respon. Struktur neuron dibagi menjadi tiga bagian besar

yaitu *Cell Body*, *Dendrit* dan *Axon*. Denrit dan Axon disebut serabut saraf.

Denrit adalah serat pendek seperti sikat yang melekat pada bagian sel luar. Mempunyai cabang-cabang serat yang pendek dan banyak. Informasi pertama kali diterima oleh denrit yang kemudian dilanjutkan ke sel body saraf dan ke axon. Badan sel terdiri atas nukleus, nukleolus, badan nissl dan organel-organel lain seperti mitokondria, apatus golgi, lisosom. Axon adalah satu percabangan dari sel saraf yang keluar dari badan sel yang berfungsi sebagai penghantar informasi dari badan sel ke axon terminal (*synaptic knobs*). Setiap sel saraf memiliki satu axon dengan panjang yang bervariasi. Axon dilapisi/diselubungi oleh lapisan tipis lipid-protein yang disebut mielin. Lapisan mielin tidak seluruhnya melapis axon tetapi membentuk nodus ranvier. Serabut saraf yang kaya dengan mielin disebut serabut mielin dan merupakan penyusun utama white matter/substansia putih pada susunan saraf pusat. Sedangkan yang tidak bermielin banyak terdapat pada gray matter/substansia abu-abu pada susunan saraf pusat.

c. Sinap

Informasi dan komunikasi dari sel saraf terjadi karena adanya proses listrik dan kimia. Hantaran impuls dari neuron satu ke yang lain melalui sinap. Sinap adalah tempat/titik

pertemuan antar neuron satu dengan yang lain dan ke otot. Struktur dari sinap terbagi atas presinap yaitu pada bagian axon terminal sebelum sinap, celah sinap yaitu ruang di antara pre dan post sinap dan post sinap pada bagian denrit. Pada celah sinap terdapat senyawa kimia yang berfungsi menghantarkan impuls yang disebut neurotransmitter. Neurotransmitter mempunyai sifat eksitasi (meningkatkan impuls) misalnya asetikolin, norepinefrin dan inhibisi (menghambat impuls) misalnya Gamma Aminobutyric Acid (GABA) pada jaringan otak dan glisin pada medula spinalis. Proses di mana impuls saraf di hantarkan melalui sinaps disebut transmisi sinap.

d. Impuls Saraf

Jaringan otot merupakan jaringan eksitabel yang mampu menghantarkan signal kimia dan listrik dalam tubuh. Kemampuan hantaran tergantung pada keutuhan lingkungan intra dan ekstra sel saraf. Dalam keadaan istirahat sel saraf mempunyai keseimbangan gradien konsentrasi ion di mana pada intra sel bermuatnya negatif (-), dan ekstra sel bermuatan positif (+). Elektrolit yang berperan dalam proses terjadinya impuls adalah kalium (K^+) dan natrium (Na^+). Adanya pompa $K^+ - Na^+$ menimbulkan perbedaan konsentrasi dalam sel saraf. Perbedaan ion dalam membran neuron disebut potensial membran istirahat yang besarnya : -70 mV, di jantung dan sel

skeletal -90mV . Pada keadaan istirahat sel saraf tidak menghantarkan impuls. Membran sel yang mempunyai muatan listrik/impuls saraf di sebut potensial aksi. Peningkatan muatan positif akan menimbulkan arus dari -70 mV menjadi $+30\text{ Mv}$, keadaan ini disebut depolarisasi. Depolarisasi terjadi di sepanjang serat saraf. Setelah depolarisasi gerakan ion natrium kembali seperti semula, kekeadaan ini di sebut repolarisasi.

Struktur dan Fungsi Otak:

a. Struktur Tulang Otak

Otak terletak tertutup oleh kranium, tulang-tulang penyusun kranium disebut tengkorak yang berfungsi melindungi organ-organ vital otak. Ada sembilan tulang yang membentuk kranium, yaitu tulang frontal, oksipitalia, sfenoid, etmoid, temporal 2 buah, parietal 2 buah. Tulang-tulang tengkorak dihubungkan oleh sutura. Sedangkan tulang vetebra tersusun atas 33 buah tulang yang melindungi medula spinalis yaitu 7 vertebra vikal, 12 vertebra torakal, 5 vertebra lumbal, 5 vertebra sakral, 5 vertebra koksigeal.

b. Meningen

Meningen adalah jaringan membran penghubung yang melapisi otak dan medulla spinalis. Ada tiga lapisan meningen yaitu: Duramater, arachnoid dan piamater. Duramater adalah mempunyai dua lapisan luar menigen, merupakan lapisan yang liat, kasar dan mempunyai dua lapisan membran. Arachnoid adalah membran bagian tengah, tipis dan berbentuk seperti laba-laba. Sedangkan piameter merupakan lapisan paling dalam, tipis, merupakan membran vaskuler yang membungkus seluruh permukaan otak. Antara lapisan satu dengan lainnya terdapat ruang meningeal yaitu ruang epidural merupakan ruang antara tengkorak dan lapisan luar duramater, ruang subdural yaitu ruang antara lapisan dalam duramater dengan membran arachnoid, ruang subarachnoid yaitu ruang antara arachnoid dengan piameter. Pada ruang subarachnoid ini terdapat cairan serebrospinalis (CSF).

c. Sistem ventricular dan Cairan Cerebrospinalis

Sistem ventricular adalah rongga dalam otak yang saling berhubungan dengan rongga yang lain. Di dalamnya terdapat banyak sel-sel ependymal dan menyimpan cairan serebrospinalis. Ventrikel yang ada dalam otak adalah lateral ventricle, third ventricle dan fourth ventricle.

Lateral ventrikel berhubungan dengan third ventricle melalui foramen monroe dan third ventricle berhubungan dengan fourth ventricle melalui aquaeduct of syvius. Cairan serebrospinalis banyak ditemukan dalam ventrikel, di saluran sentral medula spinalis dan di ruang subarachnoid. Cairan ini merupakan hasil penyaringan dari darah yang masuk ke flexus choroid yang terdapat pada ventrikel. Cairan serebrospinalis merupakan plasma yang tidak berwarna, jernih dan normalnya mengandung protein dan glukosa. Pada orang dewasa rata-rata diproduksi cairan serebrospinalis sebanyak 400-600 ml/hari. Pada bagian otak kira-kira terdapat 100-150 ml. Normalnya tekanan cairan serebrospinalis 60-180 mmH₂O atau 0-15 mmHg. Setelah bersikulasi di otak dan medula spinalis cairan serebrospinalis kemudian kembali ke otak dan diabsorpsi di vili arachnoid, selanjutnya cairan masuk ke sistem vena melalui vena jugularis ke vena cava superior dan akhirnya masuk ke sirkulasi sistemik. Fungsi normal saraf seperti untuk nutrisi dan pengaturan lingkungan kimia susunan saraf pusat.

d. Peredaran darah otak

Suplay darah ke otak bersifat konstan untuk kebutuhan normal otak seperti nutrisi dan metabolisme.

Hampir 1/3 kardiak output dan 20% oksigen dipergunakan untuk otak. Otak memerlukan suplay kira-kira 750 ml/menit. Kekurangan suplay darah ke otak akan menimbulkan kerusakan jaringan otak yang menetap. Otak secara umum memperoleh aliran darah dari dua arteri yaitu arteri vertebra dan arteri karotis internal. Kedua arteri ini membentuk jaringan pembuluh darah kolateral yang disebut Circle Willis. Arteri vertebra memenuhi kebutuhan darah otak bagian posterior, diecefalon, batang otak, serebelum dan oksipital. Arteri karotis bagian interna untuk memenuhi sebagian besar hemisfer kecuali oksipital, basal ganglia dan 2/3 di atas encephalon.

e. Barrier otak

Barrier darah otak (sawar otak) adalah sekat yang sangat selektif terhadap keadaan lingkungan internal di otak dan berfungsi sebagai pengatur substansi yang masuk dari ruang ekstrasel otak. sawar otak secara fisiologis membantu mempertahankan dan menjaga keseimbangan konsentrasi di lingkungan otak. Otak sangat peka terhadap elektrolit seperti sodium, potasium dan klorida. Sawar otak juga sangat peka terhadap air, oksigen, dan substansi larutan lemak.

f. Cerebrum

Cerebrum adalah bagian otak yang paling besar, kira-kira 80% dari berat otak, cerebrum mempunyai dua hemisfer yang dihubungkan oleh korpus kallosum. Setiap hemisfer terbagi atas empat lobus yaitu lobus frontal, parietal, temporal dan oksipital. Lobus frontal berfungsi sebagai aktivitas motorik, fungsi intelektual, emosi dan fungsi fisik. Pada bagian frontal bagian kiri terdapat area broca yang berfungsi pusat motorik bahasa. Lobus temporal mengandung area auditorius, tempat tujuan sensasi yang datang dari telinga, berfungsi sebagai input perasa pendengaran, pengecapan, penciuman dan proses memori. Lobus oksipital mengandung area visual otak, berfungsi sebagai penerima informasi dan menafsirkan warna, reflek visual.

g. Diencephalon

Diencephalon terletak di atas batang otak dan terdiri atas thalamus, hypotalmus, epithalamus, subthalamus. Thalamus adalah massa sel saraf besar yang berbentuk telur terletak pada substansia alba. Hypotalamus terletak di bawah thalamus, berfungsi dalam mempertahankan homeostatis seperti pengaturan suhu tubuh. Epithalamus

dipercaya berperan dalam pertumbuhan fisik dan perkembangan seksual.

h. Batang otak

Batang otak terdiri atas otak tengah (mesencephalon), pons dan medula oblongata. Batang otak berfungsi pengaturan refleks untuk fungsi vital tubuh. Otak tengah mempunyai fungsi utama sebagai relay stimulus pergerakan dari dan ke otak. Misalnya kontrol refleks pergerakan mata akibat adanya stimulus pada nervus kranial III dan IV. Pons menghubungkan otak tengah dengan medula oblongata, berfungsi sebagai pusat-pusat refleks pernafasan, bersin, menelan, batuk, muntah, sekresi saliva dan vasokonstriksi pembuluh darah. Saraf kranial IX, X, XI dan XII keluar dari medula oblongata. Pada batang otak terdapat juga sistem retikularis yaitu sistem sel saraf dan serat penghubungnya dalam otak yang menghubungkan semua traktus ascenden dan decenden dengan semua bagian lain dari sistem saraf pusat. Sistem ini berfungsi sebagai integrator seluruh sistem saraf seperti terlihat dalam tidur, kesadaran, regulasi suhu, respirasi dan metabolisme.

i. Cerebelum

Cerebelum besarnya kira-kira seperempat dari cereblum. Antara cerebelum dan cereblum dibatasi oleh

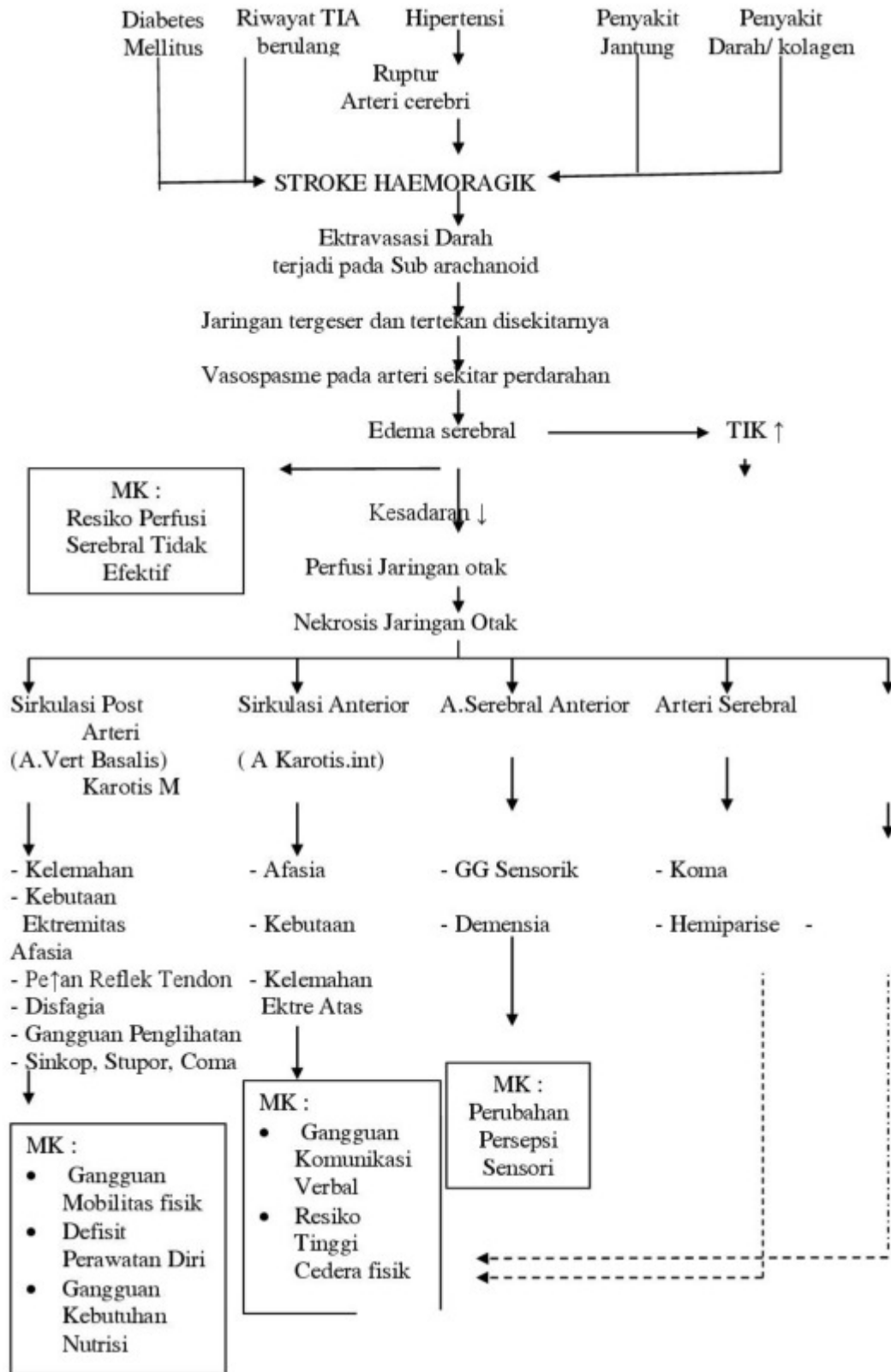
tentorium serebri. Fungsi utama cereblum adalah koordinasi aktivitas muscular, kontrol tonus otot, mempertahankan postur dan keseimbangan. (Tarwoto dkk, 2015:105).

2.1.5 Patofisiologi (Natif dan Bagan)

Perdarahan intraserebral biasanya disebabkan oleh pecahnya mikroaneurisme akibat hipertensi maligna. Kejadian ini paling sering pada daerah subkortikal, serebelum, dan batang otak. Sedangkan hipertensi kronis dapat menyebabkan pembuluh arteriola berdiameter 100- 400 mikrometer mengalami perubahan patologi pada dinding pembuluh darah. (Deni Yasmara, dkk 2017).

Kondisi patologis ini berupa lipohialinosis, nekrosis fibrinoid, serta timbulnya aneurisme. Peningkatan tekanan darah secara tiba-tiba bisa menyebabkan rupturnya penetrating arteri kecil. Perdarahan pada pembuluh darah kecil ini menimbulkan efek penekanan pada arteriola dan pembuluh kapiler sehingga akhirnya membuat pembuluh darah ini pecah juga daerah yang terkena darah dan sekitarnya mengalami kenaikan tekanan. Gejala neurologis timbul merupakan dampak dari ekstrasvasasi darah ke jaringan otak yang memicu terjadinya nekrosis (Deni Yasmara, dkk 2017).

2.1.6 WOC (Web Of Caution)



2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan untuk memastikan penyebab stroke hemoragik antara lain (Iyan Hermanata, 2013) :

1. CT Scan, untuk membedakan antara Stroke Hemoragik dan non Hemoragik.
2. Angiography: untuk melihat gambaran pembuluh darah yang patologis.
3. EEG : untuk melihat area yang spesifik dari lesi otak.
4. MRI : untuk mengetahui adanya perdarahan.
5. Brainplan : untuk mengetahui adanya infark Hemoragik, hematoma, dan malformasi dari arteri dan vena.
6. Dopler Ultrasonography: untuk mengetahui ukuran dan kecepatan aliran darah yang melalui pembuluh darah.
7. Skull Roentgenogram: untuk mengetahui klasifikasi intra cranial.
8. Digital Subtraction *Angiography*: untuk mengetahui adanya aklusi atau penyempitan pembuluh darah terutama kolusi arteri karotif.
9. *Echoencephalography*: untuk mengetahui adanya pergeseran dari struktur midline.
10. Mode Ultrasound: untuk mengukur tekanan darah melalui pembuluh darah leher.

2.1.8 Tindakan Medis (Obat Atau Pembedahan)

Perawatan umum untuk stroke :

1. Demam dapat menyebabkan ekserbasi cedera otak iskemik dan harus segera diobati dengan antipiretik (penurun panas)

2. Pemberian nutrisi pasien stroke memiliki resiko tinggi untuk aspirasi, bila pasien sadar penuh berikan satu sendok teh air putih untuk menelan (kita perhatikan apakah pasien tersedak atau batuk, apakah suaranya berubah)
3. Untuk perawatan paru, fisioterapi dada setiap 4 jam harus dilakukan untuk mencegah atelektasis paru pada pasien yang tidak bergerak.
4. Tirah baring total pada fase akut
5. Mengatur nutrisi dan cairan melalui infuse
6. Diet, puasa jika reflek menelan berkurang atau rendah sodium atau lemak.
7. Mempertahankan kelancaran jalan nafas dan pemberian oksigen.
8. Memberikan obat-obatan seperti:
 - a. Antikoagulan oral (warfarin/dikumarol) diberikan pada pasien dengan faktor risiko penyakit jantung (fibrilasi atrium, infark miokard akut, kelainan katup), kondisi koagulopati yang lain dengan syarat-syarat tertentu. Dosis awal warfarin 10 mg/hari dan disesuaikan setiap hari berdasarkan hasil masa protrombin/trombotes (masa protrombin 1,3-1,5 kali nilai kontrol atau INR 2-3 atau trombotes 10-15%), biasanya baru tercapai setelah 3-5 hari pengobatan. Bila masa protrombin/trombotes sudah stabil maka frekuensi pemeriksaannya dikurangi menjadi setiap minggu kemudian setiap bulan.

- b. Asetosal (asam asetilsalisilat) digunakan sebagai obat pilihan pertama, dengan dosis berkisar antara 80-320 mg/hari.
 - c. Pasien yang tidak tahan asetosal, dapat diberikan tiklopidin 250-500 mg/hari, dosis rendah asetosal 80 mg + cilostazol 50-100 mg/hari, atau asetosal 80 mg + dipiridamol 75-150 mg/hari.
9. Bila terjadi Iskemik stroke Rujuk dengan "5 No":
- a. No antihypertensives
 - b. No diuretics
 - c. No dexamethasone
 - d. No glucose infusion
 - e. No anticoagulant (setelah 4 jam sejak awitan stroke)

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut (tarwoto & wartonah, 2015) penatalaksanaan stroke terbagi atas:

1. Penataksanaan medis

a. Pada fase akut

- 1) Terapi cairan, stroke (Afif Mustikarani, 2020) beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. *The American Heart Association* sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah stroke hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua

larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan hemostasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara hemoestasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.

- 2) Terapi oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.
- 3) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)
Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol
- 4) Monitor fungsi pernafasan : Analisa Gas Darah.
- 5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- 6) Evaluasi status cairan dan elektrolit.
- 7) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri.
- 8) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi labung dan pemberian makanan.

9) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan.

10) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflex.

b. Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikuloperitoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.

c. Terapi obat-obatan

1) Antihipertensi : Katropil, antagonis kalsium

2) Diuretic : manitol 20%, furosemide.

2. Penatalaksanaan keperawatan

a. Pertahankan nutrisi yang adekuat

b. Memposisikan pasien head up 30°

c. Program manajemen bladder dan bowel

d. Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)

e. Pertahankan integritas kulit

f. Pertahankan komunikasi yang efektif

g. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

h. Persiapan pasien pulang

2.2 Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

2.2.1 Definisi

Resiko perfusi serebral tidak efektif adalah keadaan ketika individu beresiko mengalami penurunan sirkulasi otak, atau rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan (Herdeman,2015). Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) perfusi jaringan serebral tidak efektif adalah beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.2 Etiologi

Faktor resiko gangguan perfusi jaringan antara lain: Waktu tromboplastin parsial abnormal, Waktu protombin abnormal, Segmen ventricular, diseksi arteri, febilasi arteri, miksoma astrial, tumor otak, stenosis karatiroid, aneurisme serebri, koagulapati, kardiomiopati berdilatasi, embolisme, trauma kepala, hopertensi, endocarditis, dan juga neoplasma otak Menurut (Lynda Jual, 2013).

2.2.3 Pengukuran Tekanan Intrakranial

1. Observasi

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (seperti lesi menempati ruang,
- b. gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi
- c. aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik)
- d. Monitor peningkatan tekanan darah
- e. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)\

- f. Monitor penurunan frekuensi jantung
- g. Monitor ireguleritas irama napas
- h. Monitor penurunan tingkat kesadaran
- i. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil
- j. Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan
- k. Monitor tekanan perfusi serebral
- l. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal
- m. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK

2. Terapeutik

- a. Ambil sampel drainase serebrospinal
- b. Kalibrasi transduser
- c. Pertahankan sterilitas sistem pemantauan
- d. Pertahankan posisi kepala dan leher netral
- e. Bilas sistem pemantauan, jika perlu
- f. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- g. Dokumentasikan hasil pemantauan

3. Edukasi

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

2.3 Posisi *Head Up* 30⁰

2.3.1 Pengertian Posisi *Head Up* 30⁰

Posisi *Head Up* 30⁰ adalah dimana pengaturan posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat melancarkan aliran oksigen yang menuju ke otak serta dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah serebral (Sumirah Budi pertami, Dkk, 2019). Penelitian yang dikutip Khandelwal,dkk (2016) menambahkan elevasi kepala 30⁰ adalah dengan memposisikan pasien dengan punggung lurus dan elevasi kepala 30⁰ dengan tujuan untuk keamanan pasien dalam kelancaran pemenuhan oksigenasi.

Posisi head up 30⁰ adalah posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30⁰ dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar (Kusuma, et al, 2019). Pemberian posisi head up 30⁰ merupakan salah satu dari penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada penanganan awal pasien stroke (Hasan, 2018).

2.3.2. Tujuan Posisi *Head Up* 30⁰

Pemberian posisi *head up* 30⁰ pada pasien stroke mempunyai tujuan untuk memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral. Posisi *head up* 30⁰ bertujuan juga untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke. Selain itu posisi tersebut juga dapat meningkatkan oksigen ke otak. Hal ini akan menambah rileks serta memindahkan fokus perhatian pada nyeri yang dialami seseorang. Sehingga

muncul kenyamanan yang berdampak pada nyeri yang berkurang (Arif Hendra Kusuma, Dkk, 2019).

2.3.3 Manfaat Posisi *Head Up 30°*

Menurut Arif Hendra Kusuma (2021) menyatakan bahwa manfaat posisi *head up 30°* adalah:

1. Memperlancar dan meningkatkan aliran darah ke otak.
2. Memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dan kemampuan motorik, sehingga penyembuhan pada pasien stroke akan menjadi lebih cepat.
3. Menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke hemoragik.
4. Memberikan kenyamanan dan rileks pada pasien stroke hemoragik.

2.3.4 SOP Posisi *Head Up 30°*

Pengertian	Pemberian posisi head up 30° merupakan salah satu dari penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada penanganan awal pasien stroke (Hasan, 2018).
Tujuan	Posisi <i>head up 30°</i> memiliki tujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke.
Prosedur kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meletakkan posisi pasien dalam keaaan terlentang 2. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar. 3. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi. 4. Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30°.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. cek perubahan skala nyeri klien 2. cek saturasi oksigen klien menggunakan oximetry 3. evaluasi posisi klien yang telah diatur perawat 4. evaluasi kenyamanan klien

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Tarwoto (2018) pengkajian keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik meliputi :

2.4.1 Pengkajian, Data Focus Pengkajian Sesuai Teori.

Adapun Fokus pengkajian pada klien dengan Stroke Hemoragik menurut Tarwoto (2013) yaitu :

1. Keluhan Utama :

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

2. Riwayat Penyakit 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 fungsi otak yang lain.

3. Riwayat Penyakit Dahulu :

Adapun riwayat kesehatan dahulu yaitunya 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.

4. Riwayat Penyakit Keluarga :

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

5. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara sistematis, bisa berupa

inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi. Pemeriksaan fisik ini dapat dilakukan secara *head to toe* (Kepala sampai dengan kaki) dan dapat dilakukan secara *review os system* (sistem tubuh) (Tarwoto, 2013).

a. Keadaan Umum :

Yaitu seorang klien dapat mengalami suatu gangguan musculoskeletal dan mendapatkan keadaan umum yang lemah.

b. Tanda-Tanda Vital Menurut Tarwoto (2013).

1) Tekanan Darah :

Tekanan darah dengan pasien stroke hemoragik dia memiliki darah yang mempunyai nilai yang tinggi dengan tekanan $systole > 140$ dan $diastole > 80$.

2) Nadi :

Nadi pada pasien stroke hemoragik yang biasanya ditemukan masih dalam batas normal.

3) Suhu :

Tidak terdapat masalah suhu pada pasien stroke hemoragik.

4) Pernafasan :

Pernafasan pasien stroke hemoragik akan mengalami gangguan pada kebersihan jalan nafas.

c. Pemeriksaan Data Dasar

1) Aktivitas/istirahat

Pada pasien dengan stroke akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas/istirahat, hal ini dapat diketahui melalui tanda dan gejala sebagai berikut :

Gejala :

Merasa kesulitan dalam melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegi), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat.

Tanda :

Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegi), kelemahan umum, gangguan penglihatan dan gangguan tingkat kesadaran.

2) Sirkulasi

Pada pasien stroke akan mengalami perubahan dalam sistem sirkulasi, hal ini dapat di ketahui melalui tanda dan gejala sebagai berikut :

Gejala:

Adanya penyakit jantung, polisitemia.

Tanda :

Hipertensi arterial, frekuensi nadi dapat bervariasi, distritmia, perubahan EKG

3) Integritas ego

Pada pasien *stroke* akan merasakan suatu perubahan keadaan emosional dalam dirinya, hal ini dapat diketahui melalui tanda dan gejala sebagai berikut :

Gejala :

Perasaan tidak berdaya dan putus asa.

Tanda :

Emosi yang labil, ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

4) Eliminasi

Pada pasien *stroke* akan mengalami perubahan dalam kebutuhan eliminasinya, baik kebutuhan BAK maupun BAB, hal ini dapat diketahui melalui gejala sebagai berikut:

Gejala :

Perubahan pola kemih, *distensi abdomen* dan bising usus negatif.

5) Makan/minum

Pada pasien *stroke* akan mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan makan dan minum, hal ini dapat diketahui melalui tanda dan gejala sebagai berikut :

Gejala :

Nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan, *disfagia*, ada riwayat diabetes melitus, peningkatan lemak dalam darah.

Tanda :

Kesulitan menelan, obesitas.

6) Neurosensori

Pada pasien stroke akan mengalami gangguan pada sistem neurosensorinya, hal ini dapat diketahui melalui tanda dan gejala sebagai berikut :

Gejala :

Pusing, sakit kepala, kelemahan/kesemutan, kebas, penglihatan menurun, penglihatan ganda, gangguan rasa pengecapan dan penciuman.

Tanda :

Gangguan fungsi kognitif, kelemahan/paralisis, afasia, kehilangan kemampuan untuk mengenali/menghayati rangsangan visual, pendengaran, kekakuan muka dan kejang.

7) Nyeri / kenyamanan

Pada pasien stroke akan merasakan suatu keadaan ketidaknyamanan, hal ini dapat diketahui melalui tanda dan gejala sebagai berikut :

Gejala :

Sakit kepala.

Tanda :

Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot.

8) Pernafasan

Pada pasien stroke biasanya akan mengalami masalah dalam sistem pernafasannya, hal ini dapat diketahui tanda dan gejala sebagai berikut:

Gejala:

Merokok

Tanda :

Ketidakmampuan menelan/batuk/tambatan jalan nafas, pernafasan sulit, suara nafas terdengar *ronchi*.

9) Keamanan

Pada pasien *stroke* akan sangat rentan terhadap factor keamanan, hal ini dapat diketahui melalui tanda sebagai berikut:

Tanda :

Masalah dengan penglihatan, tidak mampu mengenali objek, gangguan regulasi suhu tubuh, kesulitan dalam menelan, perhatian sedikit terhadap keamanan.

10) Interaksi sosial

Pada pasien stroke biasanya akan mengalami kesulitan dalam melakukan sosial dengan lingkungan sekitarnya, hal ini dapat diketahui melalui tanda sebagai berikut :

Tanda :

Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

11) Pemeriksaan neurologis

a) Status Mental

- (1) Tingkat kesadaran : kualitatif dan kuantitatif
- (2) Pemeriksaan kemampuan bicara
- (3) Orientasi (tempat, waktu, orang)
- (4) Pemeriksaan daya pertimbangan
- (5) Pemeriksaan daya ingat

b) Nervus Kranial

- (1) *Olfactorius* : penciuman
- (2) *Opticus* : penglihatan
- (3) *Oculomotorius* : gerak mata, kontriksi pupil
akomodasi
- (4) *Troclearis* : gerak mata
- (5) *Trigeminus* : sensasi umum pada wajah, kulit kepala,
gigi, gerak mengunyah.
- (6) *Abducen* : gerak mata

(7) *Facialis* : pengecap, sensasi umum pada palatum dan telinga luar, sekresi kelenjar lakrimalis, submandibula, sublingual, ekspresi wajah.

(8) *Vestibulococlearis* : pendengaran dan keseimbangan\

(9) *Glossofaringeus* : fungsi motorik, refleks gangguan faringeal, menelan.

(10) *Vagus* : pengkajian pita suara berbicara dengan jelas tanpa serak dan reflek muntah.

(11) *Accesorius* : gerakan kepala, leher dan bahu.

(12) *Hipoglosus* : gerak lidah.

c) Fungsi Motorik

(1) Masa otot, kekuatan otot dan tonus otot

(2) *Fleksi* dan ekstensi lengan

(3) Abduksi lengan dan *adduksi* lengan

(4) *Fleksi* dan *ekstensi* pergelangan tangan

(5) *Adduksi* dan *abduksi* jari

Abduksi dan *adduksi* pinggul

(6) *Fleksi* dan ekstensi lutut

12) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke memiliki tingkat kesadaran samnolen, apatis, soporoscoma hingga coma dengan GCS<12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat

pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan komposmetis dengan GCS 13-15.

13) Uji Saraf Cranial

Saraf-Saraf Kepala Menurut Evelyn C. Pearce tahun 2013

Ada dua belas pasang saraf kranial. Beberapa dari padanya adalah serabut campuran, yaitu gabungan saraf motorik dan saraf sensorik, sementara yang lain hanya saraf motorik, ataupun hanya saraf sensorik, misalnya saraf pancaindra.

- a) Nervus olfaktorius (sensorik), urat saraf penghirup.
- b) Nervus optikus (sensorik), urat saraf penglihat.
- c) Nervus okulo-motorius melayani sebagian besar otot eksterna mata. Juga menghantar serabut-serabut saraf parasimpatis untuk melayani otot siliari dan otot iris. Secara klinis, kerusakan pada saraf ini akan mengakibatkan ptosis, juling, dan kehilangan refleksi terhadap cahaya dan daya akomodasi.
- d) Nervus troklearis (motorik) ke arah sebuah otot mata, yaitu muskulus oblikus eksterna.
- e) Nervus Trigemini. Inilah saraf otak yang terbesar. Pada hakikatnya, nervus trigemini merupakan urat saraf sensorik yang melayani sebagian besar kulit kepala dan wajah; juga melayani selaput lendir mulut, hidung, sinus paranasalis serta gigi, dan dengan perantaraan sebuah

cabang motorik kecil mempersarafi otot-otot pengunyah. Nervus Trigeminus terbagi menjadi tiga cabang utama, yang bergerak kedepan dari ganglion trigeminus: nervus oftalmikus, maksilaris, dan mandibularis, yang berfungsi menampung sensibilitas dari berbagai daerah wajah, mulut, gigi, dan sebagian tengkorak

- f) Saraf abduksen (motorik), menuju satu otot mata, yaitu rektus lateralis.
- g) Saraf fasialis. Saraf ini terutama motorik untuk otot-otot mimik (pada wajah) dan kulit kepala. Saraf fasialis juga merupakan saraf sensorik yang menghantarkan rasa pengecap dari lidah.
- h) Saraf pendengaran atau nervus akustikus (sensorik) untuk pendengaran. Saraf ini terdiri atas dua bagian yaitu nervus koklearis, saraf yang sesungguhnya untuk pendengaran, dan nervus vestibularis, yang berfungsi untuk menjaga keseimbangan tubuh.
- i) Nervus glosso-faringeal mengandung serabut motorik dan sensorik. Serabut motorik menuju salah satu konstriktor faring, sementara serabut motorik menuju kelenjar parotis, dan saraf sensorik menuju posterior ketiga pada lidah dan sebagian palatum lunak.

- j) Nervus vagus terdiri atas serabut motorik dan sensorik yang fungsi-fungsinya telah disebutkan.
- k) Nervus aksesorius. Saraf ini terbelah menjadi dua bagian: yang ghggypertama menyertai vagus menuju laring dan faring, yang kedua adalah saraf motorik yang menuju otot sterno-mastoid (nervus sterno-kleidosterno-kleido-mastoideus) dan otot trapezius.
- l) Nervus hipoglosus (motorik), menuju otot lidah

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan (D.0005).
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebal, edema serebal (D. 0017).
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak (D.0054).
4. Intoleransi aktivitas b.d ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D. 0056).

2.4.3 Rencana Keperawatan

NO	Diagnose Keperawatan (SDKI)	Intervensi	
		Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	<p>Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D. 0005).</p> <p>Tanda mayor 1. Dispnea 2. penggunaan otot bantu pernapasan 3. Fase ekspirasi memanjang</p> <p>Tanda minor 1. Ortopnea 2. Tekanan ekspirasi menurun 3. Ekskursi dada berubah</p>	<p>Setelah diberikan intervensi 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Frekuensi napas membaik 3. Kedalaman napas 	<p>A. Intervensi Utama : manajemen jalan napas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (mis : frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, ronchi) 3. Monitor sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head till chin lift 2. Posisikan posisi fowler/semi fowler 3. Berikan Oksigen <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. <p>B. Intervensi Pendukung : Pencegahan Aspirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran, muntah, dan kemampuan menelan 2. Monitor status pernapasan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Lakukan penghisapan lender

			<p>3. Sediakan suction diruangan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan strategi mencegah aspirasi.
2	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d infark jaringan otak, vasospasme serebal, edema serebal (D. 0017).	<p>Setelah diberikan intervensi 3x24 jam diharapkan perfusi serebral membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat. 2. Kognitif meningkat. 3. Tekanan intracranial menurun. 4. Gelisah menurun. 	<p>A. Intervensi Utama : manajemen peningkatan intracranial.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lasi, gangguan metabolisme, edema serebral). 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Ktekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas Iregular, kesadaran menurun). 3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>). 4. Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), jika perlu. 5. Monitor PAWP, jika perlu. 6. Monitor PAP, Jika perlu. 7. Monitor ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>), jika tersedia Perfusion Pressure) 8. Monitor CPP (<i>Cerebral perfusion pressure</i>). 9. Monitor gelombang ICP. 10. Monitor status pemapasan. 11. Monitor intake dan ouput cairan. 12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. 2. Berikan posisi Head Up 30⁰ (Adi Husada Nursing, 2017) 3. Cegah terjadinya kejang.

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Hindari penggunaan PEEP. 5. Hindan pemberian cairan IV hipotonik Atur ventilator agar PaCO₂ optimal. 6. Pertahankan suhu tubuh normal. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu. 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu. 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu. <p>B. Intervensi pendukung : Pemantauan tekanan intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertonal intrakranial idiopatik). 2. Monitor peningkatan TD 3. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD). 4. Monitor penurunan frekuensi jantung. 5. Monitor ireguleritas irama napas. 6. Monitor penurunan tingkat kesadaran 7. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil. 8. Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang dindikasikan. 9. Monitor tekanan perfusi serebral. 10. Monitor tekanan perfusi serebral
--	--	--	--

			<p>11. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</p> <p>12. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil sampel drainase cairan serebrospinal. 2. Kalibraal transduser. 3. Pertahankan sterilitas sistem pemantauan 4. Pertahankan posisi kepala dan leher netral. 5. Blas sistem pemantauan, jika perlu 6. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. 7. Dokumentasikan hasil pemantauan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
3	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak (D.0054).</p> <p>Tanda Mayor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun. <p>Tanda Minor Subjektif :</p>	<p>Setelah diberikan intervensi 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat. 2. Kekuatan otot meningkat. 3. Rentang gerak (ROM) meningkat. 4. Kecemasan menurun. 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK. 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK. 3. Monitor status pernapasan 4. Monitor intake dan output cairan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi semifowler. 2. Cegah terjadinya kejang. 3. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal. 4. Pertahankan suhu tubuh normal. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat bergerak. 2. Enggan melakukan gerakan. 3. Merasa cemas saat bergerak. <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sendi kaku. 2. Gerakan tidak terkoordinasi. 3. Gerakan terbatas. 4. Fisik lemah. 		
4	<p>Intoleransi aktivitas b.d ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D. 0056).</p> <p>Tanda Mayor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat <p>Tanda Minor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea saat/setelah aktifitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 	<p>Setelah diberikan intervensi 3x24 jam diharapkan Intoleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat. 2. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat. 3. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat. 4. Perasaan lemah menurun. 	<p>A. Intervensi utama : manajemen energi.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi gangguan fungsih yang mengakibatkan. 2. Monitor kelelahan fisik dan emosiona 3. Wonitor pola dan jam tidur Kelelahan. 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. <p>Tarapetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan). 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

	<p>3. Merasa lemah</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran ekg menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 2. Gambaran ekg menunjukkan iskemia 3. Sianosis 		<ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>B. Intervensi pendukung : trapi aktivitas.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis, bekerja) dan waktu luang 6. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami. 2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas. 3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia. 4. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih.
--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih. 6. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak. 7. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai. 8. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu 2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan 4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 5. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu.
--	--	--	---

2.4.4 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan di dalam asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan terdiri dari tindakan independen (secara mandiri) dan kolaborasi antar tim medis. Dalam tindakan independen, aktivitas perawat didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan berdasarkan dari keputusan pihak lain. Sedangkan tindakan kolaborasi merupakan tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama (Syaridwan, 2019).

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan proses keperawatan mengukur respon Pasien terhadap tindakan keperawatan dan perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasil pengkajian Pasien yang tujuannya adalah memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan, dalam hal ini evaluasi diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :

1. Evaluasi Formatif

Dimana evaluasi ini dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera.

2. Evaluasi Sumatif

Merupakan Rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis situasi klien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan, Disamping itu evaluasi menjadi alat ukur atas tujuan yang mempunyai kriteria tertentu untuk membuktikan yaitu :

- a. Tercapai : Perilaku klien sesuai pernyataan tujuan dalam waktu atau tanggal yang ditetapkan ditujuan.
- b. Tercapai Sebagian : Klien menunjukkan perilaku tetapi tidak sebaik yang ditentukan dalam pernyataan tujuan.
- c. Belum Tercapai : Klien tidak mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan

Dalam hal ini ada beberapa bentuk format dokumentasi yang dapat digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah klien yaitu :

S O A P

Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal klien

- 1) S (*Subjective*) : Adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- 2) O (*Objective*) : Adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan format penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- 3) A (*Analisis*) : Adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi sebagian.
- 4) P (*Planning*) : Adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain / Rencana Studi Kasus

Penelitian ini menggunakan bentuk studi kasus yang bertujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke hemoragik di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023. Pendekatan yang digunakan pada studi kasus ini yaitu proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek pada penelitian ini adalah pasien dengan stroke hemoragik diruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus studi dalam kasus ini adalah peningkatan aliran darah keotak pada pasien stroke hemoragik di RSUD Kabupaten Rejang Lebong tahun 2023.

3.4 Definisi Operasional

1. Asuhan keperawatan dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu proses pelayanan keperawatan meliputi tahapan pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan pada pasien stroke Hemoragik.
2. Pasien dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai orang yang menerima pelayanan kesehatan atas penyakit Stroke Hemoragik yang dialami.
Stroke dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu diagnosis penyakit yang ditetapkan dokter RSUD Kabupaten Rejang Lebong berdasarkan

manifestasi klinis, hasil pemeriksaan fisik, dan pemeriksa laboratorium dan tercatat di MR.

3. Penerapan posisi head up 30⁰ dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai rangkaian tindakan keperawatan untuk meningkatkan aliran darah ke otak pada pasien Stoke Hemoragik.
4. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif adalah keadaan ketika individu beresiko mengalami penurunan sirkulasi otak, atau rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan (Herdeman,2015).

3.5. Tempat Dan Waktu

Lokasi penelitian ini adalah di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Studi kasus ini dilaksanakan pada bulan Juni tahun 2023.

3.6 Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Wawancara dapat bersumber dari keluarga dan dari perawat lainnya. Hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi, pola-pola fungsi kesehatan.

b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Pengumpulan data ini meliputi keadaan umum, pemeriksaan kepala, leher, thoraks, abdomen, ekstremitas dan integument (dengan

pendekatan: inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi) pada sistem tubuh klien .

c. Studi dokumentasi

Instrumen dilakukan dengan mengambil data dari MR (*Medical Record*), mencatat pada status pasien, mencatat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat ruangan, mencatat hasil pemeriksaan diagnostik.

2. Instrument pengumpulan data

Alat atau istrumet penumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan fokus pengkajian pola nafas tidak efektif pada pasien stroke hemoragik.

3.7 Penyajian Data

Analisis data dilakukan dengan menyajikan data hasil pengkajian keperawatan yang diperoleh dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi hasil laboratorium dalam bentuk narasi. Selanjutnya data pengkajian yang berhasil dikumpulkan tersebut akan dianalisis dengan membandingkannya terhadap pengkajian teori yang telah disusun. Analisis data terhadap diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, serta evaluasi keperawatan, yang dilaksanakan pada studi kasus ini akan dianalisis dengan membandingkan anatara hasil dengan tahapan proses yang telah diuraikan pada tinjauan teori.

3.8 Etika Penelitian

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. *Ethical clearance* mempertimbangkan hal-hal dibawah ini :

1. *Self Determinan*

Pada studi kasus ini, responden diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini tanpa ada paksaan.

2. Tanpa nama (*anonimity*)

Peneliti menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, peneliti hanya akan member inisial sebagai pengganti identitas responden.

3. Kerahasiaan (*confidentialy*)

Semua informasi yang didapat dari responden tidak akan di sebarluaskan ke orang lain dan hanya peneliti yang mengetahuinya. Dan 3 bulan setelah hasil penelitian di presentasikan, data yang diolah akan dimusnahkan demi kerahasiaan responden.

4. Keadilan (*justice*)

Peneliti akan memperlakukan semua responden secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi, baik yang bersedia mengikuti penelitian maupun yang menolak untuk menjadi responden penelitian.

5. Asas kemanfaatan (*beneficiency*)

Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan bebas risiko. Bebas penderitaan yaitu peneliti menjamin responden tidak akan mengalami cedera, mengurangi rasa sakit, dan tidak akan memberikan penderitaan pada responden. Bebas eksploitasi dimana pemberian informasi dari responden akan digunakan sebaik mungkin dan tidak akan digunakan secara sewenang-wenang demi keuntungan peneliti. Bebas risiko yaitu responden terhindar dari risiko bahaya kedepannya.

6. *Non Maleficience*

Peneliti menjamin tidak akan menyakiti, membahayakan, merugikan, atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologis.

BAB IV
TINJAAAN KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK (SH)
DENGAN IMPLEMENTASI POSISI HEAD UP 30⁰ PADA PASIEN
RESIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DI RUANGAN
RAFFLESIA RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

4.1 Pengkajian

4.1.1 Biodata

1. Identitas Klien

Nama klien : Tn. S
Usia/jenis kelamin : 71 tahun / laki – laki
Status perkawinan : Kawin
Agama : Islam
Pendidikan : Sd
Pekerjaan : Petani
Alamat : Bukit daun kampung melayu
Golongan Darah : -
Suku bangsa : Jawa
Sumber informasi : Istri dari klien
Tanggal MRS : 19 juni 2023
Tanggal Pengkajian : 20 juni 2023
Diagnosa Medis : Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama klien : Ny. S
Usia : 66 tahun
Pendidikan : Sd
Pekerjaan : Petani
Agama : Agama
Alamat : Bukit daun kampung melayu

4.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama MRS

Klien datang ke UGD pada tanggal 19 Juni 2023 pada pukul 21:10 WIB dengan keluhan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa digerakan, demam \pm 4 hari, sesak nafas 5 jam sebelum masuk Rumah Sakit, sebelumnya istri klien melihat klien terjatuh saat ingin kekamar mandi, setelah itu kaki dan tangan klien sebelah kanan tidak bisa digerakan.

2) Keluhan Saat Ini

Pada saat pengkajian pada tanggal 20 Juni 2023 pada pukul 10:00 WIB klien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, klien mengatakan badannya masih terasa lemas, klien mengatakan nafas sesak, klien mengatakan pada bagian kepala dan leher terasa nyeri, klien mengatakan kalau malam susah tidur, keadaan klien terlihat lemah, klien tampak pucat, bibir klien tampak tidak simetris, klien mengalami kesulitan bicara dan kesulitan bergerak terutama dibagian ekstremitas kanan. Kesadaran Composmentis, GCS E4V4M5, TD : 209/90 mmHg, S : 36°C, N : 95 x/m, RR : 27x/m, Spo2 : 91 %.

3) Keluhan Kronologis

Factor pencetus	: Hipertensi
Timbulnya keluhan	: 1 hari yang lalu
Lamanya	: Terus menerus
Upaya mengatasi	: Dibawa ke RS

2. Skala Pengkajian PQRST

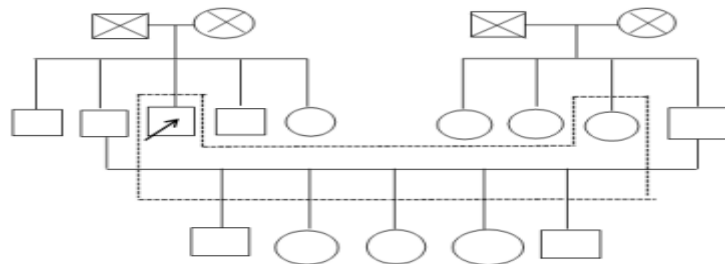
P	: Tekanan darah tinggi
Q	: Nyeri seperti dipukul benda tumpul
R	: Pada bagian kepala dan leher
S	: Skala nyeri 6
T	: Nyeri yg dirasakan hilang timbul

3. Riwayat Keluhan Masa Lalu

Riwayat Alergi	: Klien tidak ada riwayat alergi
Riwayat Kecelakaan	: Klien tidak ada riwayat kecelakaan

Riwayat Dirawat di RS	:	Klien sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit
Riwayat Operasi	:	Klien tidak ada riwayat operasi
Riwayat Pemakaian Obat	:	Klien dulu pernah minum obat rutin untuk penyakit hipertensi
Riwayat Merokok	:	Klien merokok

4. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan:



: Laki-laki



: Laki-laki meninggal



: Perempuan



: Perempuan meninggal



: Pasien



: Tinggal serumah

Klien mengatakan ibu klien pernah menderita Hipertensi dan sudah meninggal.

5. Penyakit Yang Pernah Diderita : Hipertensi dan DM

6. Riwayat Psikososial Dan Spiritual

- 1) Adanya Orang Terdekat : Istri
- 2) Interaksi Dalam Keluarga

- a. Pola Komunikasi : Klien memiliki komunikasi yang baik di dalam keluarganya maupun di masyarakat.
 - b. Pembuatan Keputusan : Tn.S sebagai pembuatan keputusan di rumah
 - c. Kegiatan : Klien sering pergi ke kebun dan Klien aktif di kegiatan bermasyarakat.
- 3) Dampak Penyakit Pasien : Klien sulit untuk beraktivitas dalam memenuhi tugasnya sebagai kepala keluarga.
- 4) Masalah Yang Mempengaruhi : Tidak ada

7. Persepsi Pasien Terhadap Penyakitnya

- Hal yang sangat dipikir : Mengenai penyakit yang dia rasakan klien mengatakan takut tidak bisa pulih kembali seperti biasanya.
- Harapan telah menjalani : Klien rutin minum obat, dan ingin segera pulih
- Perubahan yang diharapkan : Klien mengatakan perubahan yang diharapkannya yaitu agar badannya bisa kuat kembali dan bisa beraktivitas

8. Sistem Nilai Kepercayaan

- Nilai-nilai yang di percayai : Agama islam
- Aktivitas agama : Keluarga klien mengatakan saat sebelum sakit dia sering mengikuti pengajian di masjid dekat lingkungan rumahnya

9. Pola Kebiasaan

No	Hal yang dikaji	Pola kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat sakit
1	Pola nutrisi: 1. Frekuensi makan 3x/hari 2. Nafsu makan baik/tidak 3. Porsi makan yang dihabiskan 4. Makan yang tidak disukai 5. Makanan yang membuat alergi 6. Makanan pantangan 7. Minum 8. Penggunaan obat- obatan sebelum makan 9. Penggunaan alat bantu (NGT,dll) 10. Gangguan kebutuhan nutrisi	3 kali Baik 1 porsi Tidak ada Tidak ada Tidak ada 6 Gelas Tidak ada Tidak ada Tidak ada	3 kali Menurun ½ porsi Tidak ada Tidak ada 3gelas Tidak ada Tidak ada Tidak ada
2	Pola eliminasi: 1. BAK a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan d. Penggunaan alat bantu (kateter, dll) 2. BAB a. Frekuensi	4-5 kali Jernih Tidak ada Tidak ada	2 kali sehari Kuning pekat Tidak ada Penggunaan pampers 1 kali

	b. Waktu c. Warna d. Konsistensi e. Keluhan f. Penggunaan <i>Laxatif</i> 3. gangguan eliminasi	Pagi hari Kekuningan Lembek Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Pagi hari kekuningan Lembek Tidak ada Tidak ada Tidak ada
3.	Pola <i>personal hygiene</i> 1. Mandi a. Frekuensi b. Waktu 2. <i>Oral hygiene</i> a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci rambut a. Frekuensi b. Waktu 4. Gangguan <i>personal hygiene</i>	2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore Tidak ada	Klien belum mandi dan hanya di lap dengan tisu basah Pagi dan sore 1 kali Pagi Dilap Pagi Ada, karena klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah Kanan
4.	Pola istirahat dan tidur 1. Lama tidur siang 2. Lama tidur malam 3. Kebiasaan sebelum tidur 4. Gangguan istirahat dan tidur	2-3 jam 6-8 jam Menonton TV Tidak ada	± 1 Jam ± 4-5 Jam tidak ada Ada, klien susah tidur
5.	Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan 1. Merokok: Ya/Tidak a. Frekuensi	Iya Sedang	Tidak Tidak ada

	b. Jumlah	Sebungkus	Tidak ada
	2. Minuman Keras:Ya/Tidak	Tidak	Tidak
	a. Frekuensi	Tidak ada	Tidak ada
	b. Jumlah	Tidak ada	Tidak ada
	3. Gangguan Kesehatan	Hipertensi	Tidak ada
6.	Pola Aktivitas dan Latihan		
	1. Makan dan minum	Mandiri	Dibantu keluarga
	2. Mandi	Mandiri	Dibantu keluarga
	3. Toileting	Mandiri	Dibantu keluarga
	4. Berpakain	Mandiri	Dibantu keluarga
	5. Mobilitas ditempat tidur	Mandiri	Dibantu keluarga
	6. Berpindah/berjalan	Mandiri	Dibantu keluarga
	7. Ambulasi/rom	Mandiri	Dibantu keluarga
	8. Gangguan aktivitas	Tidak ada	Ada, klien tidak bisa mengerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan

2.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik Umum

Keadaan Umum	: Lemah
Tingkat Kesadaran	: Composmentis
Glasgow Coma Scale (GCS)	: E4V4M6 (14)
Berat Badan	: 65 Kg
Tinggi Badan	: 165 Cm
Tekanan Darah	: 209/90 Mmhg
Nadi	: 95 X/Menit

Frekuensi Nafas	: 27 X/Menit
Suhu Tubuh	: 36,0 °C
Spo2	: 91 %

2. Sistem Penglihatan

Posisi mata	: Simetris antara kanan dan kiri
Kelopak mata	: Tidak terdapat pembekakan pada kelopak mata klien
Pergerakan bola mata	: Pergerakan bola mata simetris
Konjungtiva	: Ananemis
Kornea	: Normal
Sclera	: An-ikterik
Pupil	: Isokor
Otot-otot mata	: Otot mata normal
Fungsi penglihatan	: Baik
Tanda-tanda radang	: Tidak ada tanda-tanda radang
Pemakaian kaca mata	: Klien tidak menggunakan kacamata
Pemakaian lensa kontak kontak	: Klien tidak menggunakan lensa kontak
Reaksi terhadap cahaya	: Mengecil

3. Sistem Pendengaran

Daun telinga	: Simetris antara kanan dan kiri, daun telinga bersih, tidak ada pembekakan, tidak ada nyeri tekan
--------------	--

Kondisi telinga tengah	: Tidak ada serumen
Cairan dan telinga	: Tidak ada perdarahan dalam telinga, tidak ada cairan yang keluar
Perasaan penuh di telinga	: Tidak ada
Tinnitus	: Tidak ada
Fungsi pendengaran	: Baik
Gangguan keseimbangan	: Tidak ada gangguan keseimbangan
Pemakaian alat bantu	: Tidak ada

4. Sistem Pernafasan

Jalan nafas	: tidak terdapat sekret
Penggunaan otot bantu bantu	: tidak terpasang ventilator
Frekuensi	: 27 x/menit
Irama	: Reguler
Jenis pernafasan	: pernafasan dada
Batuk	: iya
Sputum	: Tidak ada
Terdapat darah	: Tidak ada
Suara nafas	: Vesikuler

5. Sistem Kardiovaskular

1) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi	: 95 x/m
Irama	: Reguler
Distensi vena jugularis	

Kanan	: Tidak ada
Kiri	: Tidak ada
Temperature kulit	: 36,0 °C
Warna kulit	: tampak pucat
Edema	: tidak ada
Capillary refill time	: Kembali dalam < 2 detik
Nyeri	: Kepala dan leher dengan skala nyeri 6

2) Sirkulasi jantung

Irama	: Irama jantung teratur
Sakit dada	: Tidak ada nyeri pada bagian dada

6. Sistem Hematologi

1) Gangguan hematologi

Pucat	: klien pucat
Perdarahan	: Tidak ada

7. Sistem Neurologi

Nervus I (olfactorius)	:Klien dapat membedakan bau teh dan bau minyak wangi
Nervus II (opticus)	:Tidak ada gangguan penglihatan
Nervus III (okulomotoris)	:Dilatasi reaksi pupil normal, terjadi pengecilan pupil ketika ada cahaya
Nervus IV (trochlearis)	:Tidak ada gangguan dalam pergerakan bola mata
Nervus V (trigeminus)	:Ada gangguan pada saat mengunyah

Nervus VI (abducens)	:Dapat menggerakkan bola mata kesamping
Nervus VII (facialis)	:Bicara sedikit pelo, deviasi mulut kearah kanan
Nervus VIII (vestibulokoklearis)	:Tidak ada gangguan pendengaran
Nervus IX (glosopharingeus)	:Terdapat kesulitan dalam menelan
Nervus X (vagus)	: Tidak ada gangguan
Nervus XI (assesorius)	:Anggota badan sebelah kanan Tidak bisa digerakkan karena terjadi kelemahan
Nervus XII (hypoglossus)	:Klien susah menggerakkan lidah dari sisi yang satu ke sisi yang lain

8. Sistem Pencernaan

a. Keadaan mulut

- | | |
|----------------|----------------|
| a) Gigi | : Gigi lengkap |
| b) Gigi palsu | : Tidak ada |
| c) Stomatitis | : Tidak ada |
| d) Lidah kotor | : Tidak ada |

b. Mukosa bibir : Kering

c. Muntah : Tidak ada

d. Nyeri perut : Tidak ada

- e. Bising usus : 18x/menit
- f. Konsistensi feces : Tidak ada
- g. Konstipasi : Tidak ada
- h. Hepar dan limfa : Tidak ada pembengkakan dan pembesaran
- i. Abdomen
 - a) Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi
 - b) Palpasi : Tidak pembengkakan dan tidak ada nyeri tekan
 - c) Auskultasi : Bising usus normal 18x/menit
 - d) Perkusi : Bunyi pekak

9. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak ada
- b. Nafas berbau keton : Tidak ada
- c. Luka ganggren : Tidak ada

10. Sistem Urogenital

- a. Perubahan Pola Kemih
 - BAK : 2x/hari (terpasang pampers)
 - Warna : Kuning pekat
- b. Distensi/ketegangan : Tidak ada
 - Kandung kemih : Tidak ada
- c. Keluhan sakit pinggang : terkadang pinggang terasa pegal

11. Sistem Integument

- a. Turgor kulit : Elastis, kembali dalam waktu < 2 detik
- b. Warna kulit : tampak pucat
- c. Keadaan kulit
 - a) Luka, lokasi : Tidak ada
 - b) Insisi operasi, lokasi : Tidak ada
 - c) Kondisi : Normal
 - d) Gatal-gatal : Tidak ada
 - e) Kelainan pigmen : Tidak ada
 - f) Dekubitus, lokasi : Tidak ada
- d. Kelainan kulit : Tidak ada
- e. Kondisi kulit daerah infus : Tidak ada kemerahan, ada bengkak dan tidak ada keluhan gatal pada daerah infus

12. Sistem Musculoskeletal

- a. Kesulitan dalam pergerakan : Terdapat kesulitan berjalan dikarenakan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan tidak bisa digerakan,
- b. Sakit tulang, sendi, kulit : terkadang pegal pada daerah pinggang
- c. Fraktur
 - a) Lokasi : Tidak ada

b) Kondisi : Tidak ada

d. Keadaan tonus : Nilai tonus otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan (1 : tidak mampu melawan pengaruh gravitasi, tidak kuat melawan tahanan). Sedangkan nilai tonus otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri (4 : mampu melawan pengaruh gravitasi dan kuat terhadap tahanan minimal.)

e. Kekuatan otot :

1111	4444
1111	4444

13. Ekstremitas

a. Atas : Tangan kanan klien tidak bisa gerak, pada tangan kiri terpasang infus NACL 0,9 % 20 tpm

b. Bawah : Kaki kanan klien tidak bisa gerak

14. Data penunjang

Tanggal pemeriksaan 19 Juni 2023

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Metode	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	16.6	g/dL	Cyanmet Hb	W:11,7-15,5. L:13,2-17,3
Jumlah lekosit	10.100	μL	Turk/Hema analizer	W:3.600-11.000 L:3.800-10-600
Jumlah eritrosit	5,56*	Juta/ μL	Hayem/Hema analizer	W:3,8-5,2 L:4,4-5,9
Jumlah trombosit	200.000	μL	Direk/Hema analizer	150.000-440.000
Laju endap darah	1	Mm	Westergren	W: 0-20 L:0-10

Diff Count	0/0*/0*/78*/9*/13*	%	Mikroskopis giemsa	0-1/1-4/2-6/50-70/20-40/2-8
Hematokrit	50	%	Kapiler/Hema analyzer	W: 35-47 L: 40-52
MCV	90	fL	Indirek	80-100
MCH	30	Pg	Indirek	26-34
MCHC	33	g/Dl	Indirek	32-36
KIMIA				
Glukosa sewaktu	111*	mg/dL	GOD-PAP	74-106
Ureum	94*	mg/dL	Urease-GLDH	17-43
Kreatinin	2,19*	mg/Dl	Jaffe	W : 0,45-0,75 L : 0,62-0,92

15. Penatalaksanaan medis

Jenis Obat	Dosis Obat	Fungsi
1. IVFD NaCl 0,9%	20 tetes/menit	1. Mengembalikan keseimbangan elektrolit.
2. Inj. Omeprazole	1 vial/24 jam	2. Penurunan kadar asam lambung.
3. Inj. Mecobalamin	2x 1500mg IV	3. Mengobati neuropati perifer (saraf tepi).
4. Inj. Citicolin	2x 1000mg IV	4. Meningkatkan aliran darah dan konsumsi darah ke obat.
5. Candesartan	1x 16mg PO	5. Menurunkan tekanan darah.
6. Inj. furosemid	1 amp	6. Mengatasi pembengkakan atau edema yang disebabkan oleh kondisi hati dan penyakit ginjal.

	lemah - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Rentang gerak klien menurun - Di tangan kiri klien terpasang infus - Kekuatan otot ekstremitas sebelah kanan menurun						
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">1111</td> <td style="padding: 2px;">4444</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px;">1111</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px;">4444</td> </tr> </table>	1111	4444	1111	4444		
1111	4444						
1111	4444						

2.3 Diagnosa Keperawatan

Nama pasien	: Tn.S	Umur	: 71 tahun
Ruangan	: Raflesia	Diagnose Medis	: Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH
Tanggal	: 20 Juni 2023	No.RM	: 247592

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dd Penurunan suplai darah dan O ₂ keotak	20 Juni 2023	22 Juni 2023
2.	Pola napas tidak efektif bd Hambatan upaya napas	20 Juni 2023	22 Juni 2023
3.	Gangguan mobilitas fisik bd Penurunan kekuatan otot	20 Juni 2023	22 juni 2023 (Teratasi Sebagian)

			<p>2. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu</p> <p>B. Intervensi Pendukung</p> <p>Pemantauan tanda vital (I.02060)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi 3. Monitor pernapasan 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri 6. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
20 Juni 2023	2	<p>Setelah diberikan intervensi 3x24 jam diharapkan pola napas membaik membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea membaik 2. Tekanan ekspirasi meningkat 2. Tekanan inspirasi meningkat 3. Frekuensi membaik 	<p>A. Intervensi utama</p> <p>Manajemen Jalan Napas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, wama, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan minum hangat 3. Berikan posisi <i>head up</i> 30° 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

			<p>5. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. <p>B. Intervensi Pendukung Pementauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor adanya sumbatan jalan napas 4. Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
20 juni 2023	3	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Menurun (5) 	<p>A. Intervensi utama dukungan mobilisasi (i.05173)observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan td sebelum memuai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum Selama melakukan mobilisasi

	<p>5. Gerakan terbatas menurun (5)</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. <p>B. Intervensi pendukung teknik latihan penguatan sendi (i.05185)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan 2. Berikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur, atau dikursi 2. Ajarkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif 3. Anjurkan ambulasi, sesuai toleransi
--	--	--

	3	11.22 WIB	Mengedukasi keluarga klien untuk melakukan mobilisasi dini kepada klien	Keluarga klien mengerti atas penjelasan yang diberikan perawat	Effran
	1,2,3	12.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 198/ 81 mmHg N : 85x/m RR : 25 x/m S : 37,5 °C Spo2 : 94 % Skala nyeri : 5	Effran
	1,2,	12.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
	1,2,3	13.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 202/ 90 mmHg N : 87x/m RR : 26 x/m S : 36,9 °C Spo2 : 93 % Skala nyeri : 5	Effran
	1,2,	13.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
	1	13.30 WIB	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK	Tekanan darah klien TD : 202/ 90 mmHg	Effran
	1,2,3	14.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 194/80 mmHg N : 87x/m RR : 24 x/m S : 36,9 °C Spo2 : 94 % Skala nyeri : 5	Effran
	1,2,	14.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
IMPLEMENTASI HARI KE 2					
Rabu, 21 Juli 2023	1,2,3	08.00 WIB	Mempertahankan posisi <i>Head up 30°</i> pada klien	Klien merasa nyaman pada posisi tersebut	Effran
	1,2,3	08.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 202/91 mmHg N : 88 x/m RR : 25 x/m S : 36,5 °C Spo2 : 94 %	Effran

			Skala nyeri :4	
1,2,	08.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
1,2,3	09.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 190/80 mmHg N : 84x/m RR : 25 x/m S : 36,4 °C Spo2 : 94 % Skala nyeri : 4	Effran
1,2,	09.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
1,2,3	10.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 187/80 mmHg N : 85 x/m RR : 22 x/m S : 36,5 °C Spo2 : 96 % Skala nyeri : 4	Effran
1,2,	10.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
1,2,3	11.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 188/82 mmHg N : 83 x/m RR : 25 x/m S : 36,6 °C Spo2 : 93 % Skala nyeri : 4	Effran
1,2,	11.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
1,2,3	12.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 208/ 90 mmHg N : 87 x/m RR : 27 x/m S : 37,2°C Spo2 : 80 % Skala nyeri : 4	Effran
1,2,	12.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
1,2,3	13.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 200/86 mmHg N : 86x/m RR : 22x/m S : 36,5 °C	Effran

				Spo2 : 94 % Skala nyeri : 4	
	1,2,	13.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
	1	13.30 WIB	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK	Tekanan darah klien TD : 198/84 mmHg	Effran
	1,2,3	14.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 198/85 mmHg N : 81 x/m RR : 24 x/m S : 36,7°C Spo2 : 96 % Skala nyeri : 4	Effran
	1,2,	14.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
IMPLEMENTASI HARI KE 3					
Rabu, 22 Juli 2023	1,2,3,	08.00 WIB	Mempertahankan posisi <i>Head up 30°</i> pada klien	Klien merasa nyaman pada posisi tersebut	Effran
	1,2,3	08.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 198/80 mmHg N : 87x/m RR : 24 x/m S : 36,5 °C Spo2 : 98 % Skala nyeri : 2	Effran
	1,2,	08.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
	1,2,3	09.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 190/80 mmHg N : 85x/m RR : 23 x/m S : 36,4 °C Spo2 : 98 % Skala nyeri : 2	Effran
	1,2,	09.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran
	1,2,3	10.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 190/91 mmHg N : 88x/m RR : 25 x/m S : 36,5 °C Spo2 : 96 %	Effran

				Skala nyeri : 2	
1,2,	10.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran	
1,2,3	11.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 188/82 mmHg N : 85x/m RR : 222 x/m S : 36,6 °C Spo2 : 97 % Skala nyeri : 2	Effran	
1,2,	11.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran	
1,2,3	12.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 180/90 mmHg N : 89x/m RR : 20 x/m S : 36,2 °C Spo2 : 98 % Skala nyeri : 2	Effran	
1,2,	12.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran	
1,2,3	13.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 185/86 mmHg N : 86x/m RR : 21 x/m S : 36,5 °C Spo2 : 97 % Skala nyeri : 2	Effran	
1,2,	13.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran	
1,2,3	14.00 WIB	Memonitor ttv	TD : 198/85 mmHg N : 87x/m RR : 20 x/m S : 36,7 °C Spo2 : 98 % Skala nyeri : 2	Effran	
1,2,	14.10 WIB	Menginformasikan hasil pemantauan ke keluarga klien	Keluarga klien mengetahui hasil dari pemeriksaan perawat	Effran	

		<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>Tekanan ekspirasi meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan inspirasi meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frekuensi membaik</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	2	Tekanan ekspirasi meningkat			✓			3	Tekanan inspirasi meningkat			✓			4	Frekuensi membaik			✓																					
2	Tekanan ekspirasi meningkat			✓																																						
3	Tekanan inspirasi meningkat			✓																																						
4	Frekuensi membaik			✓																																						
	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan - Klien mengatakan badannya masih terasa lemas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Rentang gerak klien menurun - Di tangan kiri klien terpasang infus - Kekuatan otot ekstremitas sebelah kanan menurun - P : Tekanan darah tinggi Q : Nyeri seperti dipukul benda tumpul R : Kepala dan leher S : 5 T : Nyeri yang dirasakan ilang timbul - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>1111</td> <td>4444</td> </tr> <tr> <td>1111</td> <td>4444</td> </tr> </table> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pergerakan ekstermitas meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan otot meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Gerakan terbatas menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	1111	4444	1111	4444	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Pergerakan ekstermitas meningkat		✓				2	Kekuatan otot meningkat		✓				3	Nyeri menurun		✓				4	Gerakan terbatas menurun		✓				Effran
1111	4444																																									
1111	4444																																									
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																				
1	Pergerakan ekstermitas meningkat		✓																																							
2	Kekuatan otot meningkat		✓																																							
3	Nyeri menurun		✓																																							
4	Gerakan terbatas menurun		✓																																							
EVALUASI HARI KE 2																																										
21 Juni 2023	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher sedikit berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran compos mentis - Keadaan umum klien lemah 	Effran																																							

		<ul style="list-style-type: none"> - TD : 198/85 mmHg N : 81 x/menit RR : 24 x/menit S : 36,7 °C SpO2 : 96% <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tingkat kesadaran meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kognitif meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan intrakranial menurun.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Gelisah menurun.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	Tingkat kesadaran meningkat					✓	2	Kognitif meningkat				✓		3	Tekanan intrakranial menurun.				✓		4	Gelisah menurun.				✓		
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																
1	Tingkat kesadaran meningkat					✓																																
2	Kognitif meningkat				✓																																	
3	Tekanan intrakranial menurun.				✓																																	
4	Gelisah menurun.				✓																																	
2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sesak nafas berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang O₂ 4 liter permenit - RR : 24 x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Dispnea membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Tekanan eksprirasi meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan inspirasi meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frekuensi membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Dispnea membaik				✓		2	Tekanan eksprirasi meningkat			✓			3	Tekanan inspirasi meningkat			✓			4	Frekuensi membaik				✓		Effran	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																
1	Dispnea membaik				✓																																	
2	Tekanan eksprirasi meningkat			✓																																		
3	Tekanan inspirasi meningkat			✓																																		
4	Frekuensi membaik				✓																																	
3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan - Klien mengatakan badannya masih terasa lemas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Rentang gerak klien menurun - Di tangan kiri klien terpasang infus - Kekuatan otot ekstremitas sebelah kanan menurun - P : Tekanan darah tinggi Q : Nyeri seperti dipukul benda tumpul R : Kepala dan leher S : 4 	Effran																																				

		<p>T : Nyeri yang dirasakan hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>1111</td> <td>4444</td> </tr> <tr> <td>1111</td> <td>4444</td> </tr> </table> <p>A : masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pergerakan ekstermitas meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan otot meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Gerakan terbatas menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	1111	4444	1111	4444	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Pergerakan ekstermitas meningkat		✓				2	Kekuatan otot meningkat			✓			3	Nyeri menurun			✓			4	Gerakan terbatas menurun		✓				
1111	4444																																									
1111	4444																																									
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																				
1	Pergerakan ekstermitas meningkat		✓																																							
2	Kekuatan otot meningkat			✓																																						
3	Nyeri menurun			✓																																						
4	Gerakan terbatas menurun		✓																																							
EVALUASI HARI KE 3																																										
22 juni 2023	1	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang pada kepala dan leher</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran compos mentis - Keadaan umum klien membaik - TD : 198/85 mmHg N : 87 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,7 °C SpO2 : 98% <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tingkat kesadaran meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kognitif meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan intrakranial menurun.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Gelisah menurun.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	Tingkat kesadaran meningkat					✓	2	Kognitif meningkat					✓	3	Tekanan intrakranial menurun.					✓	4	Gelisah menurun.					✓	Effran				
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																				
1	Tingkat kesadaran meningkat					✓																																				
2	Kognitif meningkat					✓																																				
3	Tekanan intrakranial menurun.					✓																																				
4	Gelisah menurun.					✓																																				
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nafas sudah membaik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang O₂ 2 liter permenit 																																								

		<p>- RR : 20 x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Dispnea membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Tekanan eksprirasi meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan inspirasi meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frekuensi membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Dispnea membaik					✓	2	Tekanan eksprirasi meningkat				✓		3	Tekanan inspirasi meningkat				✓		4	Frekuensi membaik					✓					
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																				
1	Dispnea membaik					✓																																				
2	Tekanan eksprirasi meningkat				✓																																					
3	Tekanan inspirasi meningkat				✓																																					
4	Frekuensi membaik					✓																																				
	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan - Klien mengatakan badannya sedikit membaik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien sudah sedikit membaik - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Rentang gerak klien menurun - Di tangan kiri klien terpasang infus - P : Tekanan darah tinggi <p>Q : Nyeri seperti dipukul benda tumpul</p> <p>R : Kepala dan leher</p> <p>S : 2</p> <p>T : Nyeri yang dirasakan ilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">1111</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">1111</td> <td>5555</td> </tr> </table> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pergerakan ekstermitas meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan otot meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Gerakan terbatas menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan klien tampak membaik</p>	1111	5555	1111	5555	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Pergerakan ekstermitas meningkat			✓			2	Kekuatan otot meningkat					✓	3	Nyeri menurun					✓	4	Gerakan terbatas menurun			✓			
1111	5555																																									
1111	5555																																									
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																				
1	Pergerakan ekstermitas meningkat			✓																																						
2	Kekuatan otot meningkat					✓																																				
3	Nyeri menurun					✓																																				
4	Gerakan terbatas menurun			✓																																						

BAB V

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan perawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH. Penerapan asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa data, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya penerapan tindakan *head up* 30⁰, dan evaluasi keperawatan pada Tn. S yang dilaksanakan pada tanggal 20 Juni 2023 sampai dengan 22 Juni 2023, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah. Maka penulis akan membandingkan antara teori dan praktik hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH di ruang Raflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong sebagai berikut :

5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada Tn. S dengan penyakit Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH dilakukan pada tanggal 20 Juni 2023, dalam mengumpulkan data penulis menggunakan metode wawancara dengan pasien dan keluarga, dan mengobservasi keadaan klien meliputi pemeriksaan fisik per sistem, karena perawat menganggap lebih sistematis dan akurat, serta didukung oleh sumber catatan perawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang sehingga didapatkan data yang diperlukan.

Berdasarkan pengkajian yang ditemukan pada kasus Tn S sesuai dengan konsep teori (Manurung, 2018), keluhan utama dan riwayat penyakit dahulu pada Tn. S yaitu mengalami keluhan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa digerakkan. Selain itu klien mengatakan badannya masih terasa lemas, klien juga mengatakan sesak nafas, klien mengatakan pada bagian kepala dan leher terasa nyeri, klien mengatakan kalau malam susah tidur, keadaan klien terlihat lemah, klien tampak pucat, bibir klien tampak tidak simetris, klien mengalami kesulitan bicara dan kesulitan bergerak terutama dibagian ekstremitas kanan.

Kasus pada Tn. S sejalan dengan pengkajian teoritis, yang mana dihasil pengkajian didapatkan data tentang kelemahan anggota gerak pada ekstremitas klien yang mengakibatkan susah melakukan pergerakan dan susah untuk memenuhi *activity daily living* nya secara mandiri. Menurut teori M.Clevo Rendi, Margareth TH, (2012) dalam pemeriksaan fisik memiliki hasil yang sejalan dengan kasus yang diangkat yaitu tekanan darah meningkat, kemudian pada pemeriksaan neurologi didapatkan data ada gangguan pada saat mengunyah, susah menggerakkan bola mata kearah samping, bicara sedikit pelo, ada sedikit deviasi mulut kearah kanan, terdapat kesulitan dalam menelan, anggota badan sebelah kanan tidak bisa digerakkan karena terjadi kelemahan dan susah menggerakkan lidah dari sisi yang satu ke sisi yang lain.

Menurut M.Clevo Rendi, Margareth TH, (2012) pengkajian kekuatan otot pada pasien Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH yaitu mengalami kelemahan ektremitas *hemiparesis* atau *hemiplegia* pada penderita stroke yang menyebabkan penurunan kekuatan otot. Berdasarkan pengkajian yang

dilakukan pada Tn. S didapatkan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dengan nilai 1 dan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri dengan nilai 4.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien Stroke Hemoragik menurut SDKI DPP PPNI 2017 yaitu :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan (D.0005).
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebal, edema serebal (D. 0017).
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak (D.0054).
4. Intoleransi aktivitas b.d ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D. 0056.)

Berdasarkan data-data yang didapat dari Tn. S 3 diagnosa keperawatan dapat ditegakkan, yaitu :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif bd Penurunan suplai darah dan O₂ ke otak (D.0017).
2. Pola napas tidak efektif bd Hambatan upaya napas (D.0077).
3. Gangguan mobilitas fisik bd Penerunan kekuatan otot (D.0054).

5.3 Intervensi Keperawatan

Pengkajian dan menegakkan diagnosa telah dilakukan, selanjutnya

adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Rencanakeperawatan merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan dalam sebuah asuhan keperawatan yang dilakukan untuk membantu klien memenuhi kebutuhan kesehatan dan mengatasi masalah keperawatan yang telah ditentukan. Rencana keperawatan dibentuk berdasarkan diagnosa yang tertegak berdasarkan masalah yang ada pada pasien saat dilakukannya pengkajian dikarenakan ada 3 diagnosa yang tertegak maka intervensi pun harus sesuai dengan diagnosa sehingga dapat diimplementasikan dengan baik, tetapi dari seluruh intervensi yang telah direncanakan tidak seluruhnya dapat dilakukan karena keterbatasan alat maupun kemampuan perawat.

Perencanaan yang telah penulis susun untuk diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Penurunan suplai darah dan O₂ keotak adalah monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor tekanan darah, monitor nadi, monitor pernapasan, monitorsuhu dan monitor oksimetri.

Untuk perencanaan pada diagnosa Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas antara lain Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), Monitor sputum (jumlah, wama, aroma), Pertahankan kepatenan jalan napas, Berikan minum hangat, Berikan posisi *head up* 30°, Lakukan fisioterapi dada, jika perlu, Berikan oksigen, jika perlu, Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi,

Ajarkan teknik batuk efektif, Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

Perencanaan untuk diagnosa terakhir gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum, anjurkan latihan gerak ROM dan periksa kekuatan otot. Intervensi untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yang tidak dapat dilakukan adalah fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dan fasilitasi dalam melakukan pergerakan dikarenakan keterbatasan alat.

5.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara mandiri dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Sebelum melakukan perlu meninjau kembali keadaan dan kebutuhan klien dengan mengacu pada diagnosa keperawatan.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan tidak seluruhnya penulis dapat melakukan sendiri, penulis bekerja sama dengan perawat ruangan. Saat penulis tidak berada di ruangan, penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien, catatan ruangan, catatan dokter dan bertanya pada perawat yang sedang jaga.

Tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif disertai dengan hiperkolesteronemia, hipertensi adalah memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, memonitor MAP

(*Mean Arterial Pressure*), memonitor tanda-tanda vital dan memonitor oksimetri. Untuk tindakan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Hipertensi) antara lain mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri dan mengajarkan teknik nonfarmakologi. Tindakan untuk diagnosa terakhir gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor kondisi umum.

Tindakan yang dilakukan oleh penulis untuk klien yaitu *head up 30⁰* yang bertujuan untuk Memperlancar dan meningkatkan aliran darah ke otak, Memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dan kemampuan motorik, sehingga penyembuhan pada pasien stroke akan menjadi lebih cepat, Menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke hemoragik, Memberikan kenyamanan dan rileks pada pasien stroke hemoragik (Arif Hendra Kusama, Dkk, 2019). Tindakan *head up 30⁰* ini dilakukan implementasi selama pasien dirawat.

5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis sudah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi formatif dan sumatif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan pada Tn. S dengan 3 diagnosa

keperawatan, dengan 2 diagnosa masalah dapat teratasi pada tanggal 20 Juni 2023 dan 1 diagnosa masalah teratasi sebagian.

Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. S dengan Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH terdapat 2 diagnosa teratasi diantaranya yaitu :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif bd Penurunan suplai darah dan O₂ keotak dengan hasil subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher sudah berkurang.
2. Pola napas tidak efektif bd Hambatan upaya napas dengan hasil subjektif klien mengatakan Klien mengatakan nafas sudah membaik

Dan terdapat juga masalah keperawatan yang baru teratasi sebagian diantaranya untuk diagnosa :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan hasil subjektif klien mengatakan Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan dan Klien mengatakan badannya sedikit membaik.

BAB VI

PENUTUPAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S dengan Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH di ruangan Raflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong yang dilakukan mulai tanggal 20 Juni 2023 sampai dengan 22 Juni 2023, maka dapat disimpulkan :

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian yang ditemukan pada Tn. S didapatkan data tentang klien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, keadaan umum klien dalam kondisi lemas, rentang gerak klien menurun, kekuatan otot ekstremitas sebelah kanan menurun didapatkan nilai 1, klien kalau malam susah tidur, klien merasakan nyeri pada bagian kepala dan leher, klien juga mengalami sesak nafas dengan RR : 27x/menit.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data-data yang didapat dari Tn. S 3 diagnosa keperawatan dapat ditegakkan, yaitu 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif bd Penurunan suplai darah dan O₂ keotak. 2) Pola napas tidak efektif bd Hambatan upaya napas. 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot.

3. Intervensi Keperawatan

Penulis menentukan perencanaan tindakan keperawatan guna mencapai tujuan yang diinginkan berdasarkan teori yang ada dalam Standar

Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berdasarkan intervensi yang akan dilakukan memiliki tujuan untuk Memperlancar dan meningkatkan aliran darah ke otak, Memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dan kemampuan motorik, Menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke hemoragik, Memberikan kenyamanan dan rileks pada pasien, meningkatkan pergerakan ekstremitas dan kekuatan otot klien, meningkatkan mobilitas fisik, serta meningkatkan rentang gerak klien, dan mengurangi rasa sesak yang dirasakan klien.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan studi kasus pada pasien Tn. Sdengan Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien selama 3 hari, yaitu mulai tanggal 20 Juni 2023 sampai 22 Juni 2023. Pada hari pertama pengkajian didapatkan Spo₂ klien 91% dengan sesak nafas RR:27x/menit, skala nyeri 6,

Setelah dilakukan implementasi tindakan *head up* 30⁰ selama 3 x 24 jam didapatkan spo₂ klien dari 91% meningkat menjadi 98%,nafas membaik dibantu dengan pemasangan O₂ dari RR : 27x/menit menjadi RR : 20x/menit, skala nyeri dari 6 menjadi 2, kesimpulannya bahwa tindakan *head up* 30⁰ terbukti efektif dalam Memperlancar dan meningkatkan aliran darah ke otak, Memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dan kemampuan motorik, Menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke hemoragik, Memberikan kenyamanan dan rileks pada pasien,pada Tn. S dimana hasilnya sesuai dengan jurnal yang telah diambil oleh penulis.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan penilaian keberhasilan keperawatan, terdapat 3 diagnosa keperawatan dengan 2 diagnosa masalah dapat teratasi pada tanggal 22 Juni 2023 dan 1 diagnosa masalah teratasi sebagian, setelah implementasi dilakukan diperlukan respon terhadap tindakan yang dilakukan sebagai bentuk penilaian dari keberhasilan implementasi. Evaluasi respon pasien ini dapat dilihat sebagai catatan perkembangan keadaan pasien setiap hari sampai tanggal 22 juni 2023 dengan keadaan dan kondisi yang jauh lebih baik

6.2 Saran

Penerapan proses keperawatan pada kasus Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH penulis ingin memberikan saran-saran yang mungkin nantinya dapat berguna bagi klien khususnya dan perawat pada umumnya, yaitu :

1. Klien

Bagi klien diharapkan dapat mengikuti dan bekerja sama dalam proses keperawatan sehingga klien dan keluarga dapat menerapkan tindakan *head up 30⁰* secara mandiri.

2. Perawat

Penulis mengharapkan perawat dapat terlibat langsung pada kasus tersebut agar dapat meningkatkan kualitas dan menambah wawasan mengenai penanganan perawatan klien dengan kasus Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH.

3. Rumah Sakit

Penulis mengharapkan pihak rumah sakit dapat menjadikan hasil kasus ini sebagai referensi tenaga keperawatan dalam penanganan kasus Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH terutama dalam Memperlancar dan meningkatkan aliran darah ke otak, Memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dan kemampuan motorik, Menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke hemoragik, Memberikan kenyamanan dan rileks dengan menerapkan posisi *head up* 30⁰.

4. Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan hasil studi kasus ini dapat dijadikan bahan informasi dan ilmu tambahan bagi profesi dan mahasiswa keperawatan dalam menangani kasus Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH.

DAFTAR PUSAKA

Adihusada.ac.id pertama kali diindeks oleh Google pada December 2017

Andarwati, Aini Nur. 2013. *Pengaruh Latihan Rom Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Post Stroke*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Surakarta

Bergman et.al (2012). *Assessment Of Stroke: A Review For Ed Nurses*. *Journal of Emergency Nursing*, 38(1), 36. doi: 10.1016/j.jen.2011.08.006

Clevo R.M TH.2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika

Deni yasmara dkk (2017), *Renacana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta

Feigin et al. 2022 , 'Ischemic Stroke', *American Journal of Medicine*, vol. 134, no. 12, pp. 1457–1464, .

Iyan hermata. (2013). *Ilmu Kedokteran Tentang Notaris*

Hasan, A. K. (2018). Study Kasus Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Dengan Penurunan Kesadaran Pada Klien Stroke Hemoragic Setelah Diberikan Posisi Kepala Elevasi 30o Abdul. *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 9(2), 229–241.

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. 2014. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. 10nd ed. Oxford: Wiley Blackwell.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2019, *Stroke DON'T BE THE ONE*, <<https://pusdatin.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-stroke-dont-be-the-one.pdf>>.

Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2019). *Pengaruh Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan*. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 10(2), 417-422.

Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2021). *KOMBINASI POSISI KEPALA 30Â° DAN PASIVE RANGE OF MOTION TERHADAP SKOR NIHSS PADA PASIEN STROKE*. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 12(1), 30-37.

Lynda Juall. 2013. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Edisi 13. (terjemahan). Jakarta: Kedokteran EGC.

- Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Konsep, Mind Mapping dan NANDA NIC NOC*. Jakarta: TIM
- Pertami, S. B., Munawaroh, S., & Rosmala, N. W. D. (2019). *Pengaruh Elevasi Kepala 30 Derajat terhadap Saturasi Oksigen dan Kualitas Tidur Pasien Strok*. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 11(2), 134-145.
- Ratna dewi puidastuti (2013), *Penyakit – Penyakit Mematikan*. Yogyakarta
- Tarwoto, Wartono, Taufiq I. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin* Jakarta: CV Trans Info Media; 2018
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Trisila, E., Mukin, F. A., & Dikson, M. (2022). *Pengaruh Pemberian Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Di Igd Rsud Dr. TC Hillers Maumere Kabupaten Sikka*. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 8(16), 664-674

**L
A
M
P
I
R
A
N**

CATATAN OBSERVASI DAN PENGKAJIAN NYERI HARI KE-1

No RM : 247592
Nama : Tn. S
Umur : 71 Tahun
Hari / Tanggal : 20 Juni 20223
Ruangan : Rafflesia

Jam	Tanda – Tanda Vital					Skor Nyeri	Ket
	Tekanan Darah	Nadi	RR	Suhu	Sp2o	Skala	
10.00	209 /90 mmHg	95 x/m	27x/m	36 °C	91 %	6	
11.00	209 /86 mmHg	88x/m	27x/m	37,4 °C	92%	5	
12.00	198/ 81 mmHg	85x/m	25 x/m	37,5 °C	94 %	5	
13.00	202/ 90 mmHg	87x/m	26 x/m	36,9 °C	93 %	5	
14.00	194/80 mmHg	87x/m	24 x/m	36,9 °C	94 %	5	

Mengetahui,



(Effran Armansyah)
Nim : P00320120047

CATATAN OBSERVASI DAN PENGKAJIAN NYERI HARI KE-2

No RM : 247592
Nama : Tn. S
Umur : 71 Tahun
Hari / Tanggal : 21 Juni 20223
Ruangan : Rafflesia

Jam	Tanda – Tanda Vital					Skor Nyeri	Ket
	Tekanan Darah	Nadi	RR	Suhu	Sp2o	Skala	
08.00	202/91 mmHg	88 x/m	25 x/m	36,5°C	94 %	4	
09.00	190/80 mmHg	84x/m	25 x/m	36,4 °C	94 %	4	
10.00	187/80 mmHg	85x/m	22 x/m	36,5 °C	96 %	4	
11.00	188/82 mmHg	83x/m	25 x/m	36,6 °C	93 %	4	
12.00	208/ 90 mmHg	87x/m	27 x/m	37,2 °C	80 %	4	
13.00	200/86 mmHg	86x/m	22 x/m	36,5°C	94 %	4	
14.00	198/85 mmHg	81 x/m	24 x/m	36,7°C	96 %	4	

Mengetahui,



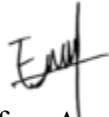
(Effran Armansyah)
Nim : P00320120047

CATATAN OBSERVASI DAN PENGKAJIAN NYERI HARI KE-3

No RM : 247592
Nama : Tn. S
Umur : 71 Tahun
Hari / Tanggal : 22 Juni 20223
Ruangan : Rafflesia

Jam	Tanda – Tanda Vital					Skor Nyeri	Ket
	Tekanan Darah	Nadi	RR	Suhu	Sp2o	Skala	
08.00	198/80 mmHg	87 x/m	24 x/m	36,5°C	98 %	2	
09.00	190/80 mmHg	85 x/m	23 x/m	36,4 °C	98 %	2	
10.00	190/91 mmHg	88 x/m	25 x/m	36,5 °C	96 %	2	
11.00	188/82 mmHg	85 x/m	22 x/m	36,6 °C	97 %	2	
12.00	180/ 90 mmHg	89 x/m	20 x/m	36,2 °C	98 %	2	
13.00	185/ 86 mmHg	86 x/m	21 x/m	36,5°C	97 %	2	
14.00	198/85 mmHg	87 x/m	20 x/m	36,7°C	98 %	2	

Mengetahui,



(Effran Armansyah)
Nim : P00320120047

SOP HEAD UP 300

Pengertian	Pemberian posisi head up 30 ⁰ merupakan salah satu dari penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada penanganan awal pasien stroke (Hasan, 2018).
Tujuan	Posisi <i>head up</i> 30 ⁰ memiliki tujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke.
Prosedur kerja	<ol style="list-style-type: none">1. Meletakkan posisi pasien dalam keaaan terlentang2. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar.3. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi.4. Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30⁰.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none">1. cek perubahan skala nyeri klien2. cek saturasi oksigen klien menggunakan oximetry3. evaluasi posisi klien yang telah diatur perawat4. evaluasi kenyamanan klien

PENGARUH POSISI *HEAD UP* 30 DERAJAT TERHADAP NYERI KEPALA PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN

Arif Hendra Kusuma^{a*}, Atika Dhiah Anggraeni^b

^aAkper Serulingmas Cilacap

^b Universitas Muhammadiyah Purwokerto

Email: arifsermas@gmail.com

Abstrak

Cedera kepala ringan merupakan salah satu klasifikasi dari cedera kepala yang dapat mengakibatkan terjadinya kerusakan pada fungsi persarafan serta penurunan kesadaran pada seseorang tanpa menimbulkan kerusakan pada organ lainnya. Cedera kepala dapat menyisakan tanda ataupun gejala somatik yang berupa nyeri kepala. Posisi *head up* 30 derajat merupakan cara memposisikan kepala seseorang lebih tinggi sekitar 30 derajat dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh posisi *head up* 30 derajat terhadap nyeri kepala pada pasien cedera kepala ringan. Desain penelitian menggunakan *Quasi Experimental* dengan pendekatan *Pretest Posttest One Group Design*. Jumlah sampel sebanyak 22 responden. Penelitian ini dilakukan di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Hasil uji statistik menggunakan uji *dependen t-test* menunjukkan ada pengaruh posisi *head up* 30 derajat terhadap nyeri kepala pada cedera kepala ringan ($P\ value = 0,002; \alpha < 0,05$). Saran: penelitian ini dapat menjadi salah satu intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi nyeri pada pasien cedera kepala ringan.

Kata kunci : posisi head up 30 derajat; nyeri kepala; cedera kepala ringan

Abstract

Mild head injury is one classification of head injuries that can lead to the occurrence of the damage to the nerve functions as well as a decrease in consciousness on someone without causing damage to other organs. Head injuries can leave marks or somatic symptoms in the form of headaches. The position of head up 30 degrees is how to position the head of someone higher up about 30 degrees from the bed with a parallel body position and legs straight or do not bend. This research aims to know the influence of head position up 30 degrees against to pain the patient's head a light head injury.. Design research using Quasi Experimental with Pretest Posttest approach One Group Design. The number of samples as many as 22 respondents. This research was conducted at the RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. The results of statistical tests using test dependent t-test shows there is the influence of the position of head up 30 degrees to pain head on a mild head injury ($P\ value = 0.002; \alpha < 0.05$). Suggestion: this study can be one of the nursing intervention done by nurses to cope with the pain of mild head injury patients.

Keywords: Head up position 30 degrees; headache; mild head injury

I. PENDAHULUAN

Cedera kepala ringan merupakan salah satu klasifikasi dari cedera kepala yang dapat mengakibatkan terjadinya kerusakan pada fungsi persarafan serta penurunan kesadaran pada seseorang tanpa menimbulkan kerusakan pada organ lainnya. Cedera kepala ringan dapat disebabkan adanya trauma yang pada kepala dengan nilai GCS: 14-15, tidak terdapat penurunan kesadaran, biasanya terdapat keluhan pusing dan nyeri akut, serta lecet atau luka pada kepala maupun terjadi perdarahan di otak (Muttaqin, A, 2008).

Cedera kepala menjadi permasalahan kesehatan global sebagai penyebab kematian, kecacatan dan keterbelakangan mental. Kedaruratan neurologik yang beragam akan muncul apabila kepala mengalami cedera. Hal ini dikarenakan kepala sebagai pusat kehidupan seseorang, dimana didalamnya terdapat otak yang mempengaruhi segala aktivitas manusia. Oleh karenanya, apabila terjadi kerusakan akan mengganggu semua sistem tubuh (Kumar, 2013).

Sampai saat ini kejadian cedera kepala menjadi salah satu penyebab kecacatan dan kematian terbesar di dunia. Di Amerika Serikat diperkirakan setiap tahunnya terjadi sekitar 200.000 kasus cedera kepala. Angka kematian pada cedera kepala yang dirawat di rumah sakit mencapai 52.000 korban jiwa. Dari jumlah tersebut, 10% korban meninggal sebelum sampai di rumah sakit. Sisanya yang di rawat di rumah sakit, sebagian besar tergolong cedera kepala ringan yaitu 80%, sedangkan yang 20% merupakan cedera kepala sedang dan cedera kepala berat (Stein, Sherman C., et al, 2002).

Cedera kepala dapat menyebabkan tekanan intrakranial meningkat yang diakibatkan oleh edema serebri maupun perdarahan di otak. Tanda dari adanya tekanan intrakranial yang meningkat salah satunya yaitu nyeri kepala. Nyeri kepala terjadi karena adanya peregangan pada struktur intrakranial yang peka terhadap nyeri, serta ketidakadekuatan perfusi jaringan otak. Hal ini mengakibatkan terjadinya perubahan metabolisme dari aerob ke anaerob (Harun Rosjidi, C., & Nurhidayat, S. 2014).

Nyeri kepala pada cedera kepala merupakan kondisi yang harus segera

ditangani dan tentu nyeri kepala tersebut menimbulkan perasaan tidak nyaman serta akan berpengaruh terhadap aktivitas, terjadinya gangguan pada pola tidur, pola makan, depresi sampai kecemasan (Saudoni, Marco Tulio, 2009). Penatalaksanaan terhadap nyeri dapat berupa tindakan farmakologis dan non farmakologis. Banyak terapi non farmakologis yang telah dikembangkan dalam dunia keperawatan, diantaranya adalah modalitas termal, Transcutaneous Electric Nerve Stimulation (TENS), akupuntur, relaksasi, distraksi, imajinasi terbimbing, biofeedback, hipnosis dan terapi musik (Bobak, Irene M., et al. 2005).

Posisi *head up* 30 derajat ini merupakan cara meposisi kepala seseorang lebih tinggi sekitar 30 derajat dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk. Posisi *head up* 30 derajat bertujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien cedera kepala. Selain itu posisi tersebut juga dapat meningkatkan oksigen ke otak. Penelitian Aditya N, dkk (2018) menunjukkan bahwa posisi elevasi kepala 30 derajat dapat meningkatkan aliran darah ke otak dan memaksimalkan aliran oksigen ke jaringan otak.

Informasi yang dapat diperoleh tentang efek atau manfaat posisi *head up* 30 derajat terhadap nyeri kepala pasien cedera kepala ringan masih sangat sedikit, tetapi beberapa peneliti meyakini bahwa posisi *head up* 30 derajat dapat berpengaruh terhadap penurunan nyeri pada pasien cedera kepala ringan.

Tujuan dalam penelitian ini yaitu diketahuinya pengaruh posisi *head up* 30 derajat terhadap nyeri kepala pasien cedera kepala ringan di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

II. LANDASAN TEORI

A. Cedera Kepala Ringan

Cedera kepala ringan adalah trauma pada kulit kepala, tengkorak, dan otak yang terjadi baik secara langsung ataupun tidak langsung pada kepala yang dapat mengakibatkan terjadinya penurunan kesadaran ringan dengan nilai tingkat kesadaran (GCS) yaitu 14-15, klien sadar penuh, atentif dan

orientatif. Biasanya terdapat keluhan nyeri kepala serta pusing pada klien. Klien juga mengalami lecet atau luka pada kulit kepala maupun perdarahan pada otak (Muttaqin, A, 2008).

B. Nyeri Kepala

1. Pengertian

Nyeri kepala adalah pengalaman yang tidak menyenangkan baik sensorik maupun emosional yang diakibatkan oleh kerusakan atau potensial kerusakan jaringan otak (Black & Hawks, 2009). Nyeri kepala diklasifikasikan atas nyeri kepala primer dan nyeri kepala sekunder. Nyeri kepala primer adalah nyeri kepala tanpa disertai adanya penyebab structural organik. Macam nyeri kepala ini antara lain migrain, nyeri kepala *tension* dan nyeri kepala *cluster*. Sedangkan nyeri kepala sekunder ialah nyeri kepala karena trauma kepala atau *posttrauma headace*, infeksi otak atau penyakit lainnya (Sjahrir, 2004).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Terdapat beberapa macam faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persepsi individu terhadap nyeri, faktor tersebut antara lain: usia, jenis kelamin, pengalaman nyeri masa lalu, sosial budaya, nilai agama, lingkungan dan dukungan orang terdekat (Potter & Perry, 2005). Adapun faktor nyeri menurut Le Mone dan Burke (2008) adalah kecemasan, umur, jenis kelamin, dan budaya. Dari beberapa referensi tersebut, peneliti mengambil usia, jenis kelamin dan budaya untuk dijadikan variabel konfounding. Faktor tersebut dijadikan faktor konfounding oleh peneliti karena ketiga faktor tersebut merupakan faktor yang melekat pada individu dan tidak akan bisa dipisahkan.

3. Penilaian nyeri *Visual Analogue Scale* (VAS)

Visual Analog Scale (VAS) yaitu skala yang berupa suatu garis lurus yang panjangnya biasanya 10 cm (atau 100 mm), dengan penggambaran verbal pada setiap ujungnya, seperti angka 0 (tanpa nyeri) sampai angka 10 (nyeri terberat). Nilai VAS 0 - <4 = nyeri ringan, 4 - <7 = nyeri sedang dan 7-10 = nyeri berat

(Andarmoyo, 2013). VAS merupakan alat ukur yang cukup *reliable* untuk digunakan pada pengukuran nyeri akut. VAS telah banyak digunakan oleh peneliti dikarenakan alat ukur ini merupakan alat ukur yang valid dan *reliable* untuk pengukuran intensitas nyeri, baik nyeri akut maupun kronis (McDowell, 2006).

C. Posisi *Head Up* 30 Derajat

1. Pengertian

Posisi *head up* 30 derajat merupakan posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar (Bahrudin, 2008).

2. Prosedur Posisi *Head Up* 30 Derajat

Prosedur kerja pengaturan posisi *head up* 30 derajat adalah sebagai berikut:

- a. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang
- b. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar
- c. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi
- d. Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30 derajat.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengaturan posisi *head up* 30 derajat adalah fleksi, ekstensi dan rotasi kepala akan menghambat *venous return* sehingga akan meningkatkan tekanan perfusi serebral yang akan berpengaruh pada peningkatan TIK (Dimitrios dan Alfred, 2002).

III. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan *Quasi-eksperimental* melalui pendekatan *One Groups Pretest-Posttest Design*. Penelitian ini membandingkan rerata nyeri sebelum perlakuan diberikan dan sesudah perlakuan diberikan. Penelitian ini dilakukan di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto pada bulan Maret-April 2018. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien cedera kepala ringan yang dirawat dengan jumlah sampel 22 responden. Instrumen pengukuran skala nyeri menggunakan penilaian skala *Visual Analogue Scale* (VAS). Alasan penggunaan VAS karena skala ini mudah digunakan bagi pemeriksa, dianggap

paling efisien dan lebih mudah dipahami oleh pasien, serta telah digunakan dalam penelitian dan pengaturan klinis.

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan uji *dependen t-test* untuk melihat perbedaan selisih mean skala nyeri sebelum dan sesudah perlakuan.

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

D. Karakteristik responden

Tabel 1 Distribusi Karakteristik Responden

Variabel	Kelompok	f	%	Mean
Usia		22	100	30,45
Jenis Kelamin	Laki-laki	13	59,1	
	Perempuan	9	40,9	
Suku	Jawa	16	72,7	
Budaya	Non Jawa	6	27,3	

Berdasarkan tabel diatas usia rata-rata responden pada penelitian ini adalah 30 tahun. Jenis kelamin laki-laki (59,1%) lebih banyak daripada perempuan (40,9%) dan mayoritas responden bersuku Jawa (72,7%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rowland, et al (2010) yang menunjukkan bahwa angka kejadian cedera kepala tertinggi dialami pada kelompok usia dewasa muda, namun dapat menimpa pada semua kelompok usia. Penelitian Nyiemas (2013) yang menyebutkan bahwa kelompok usia terbanyak ditemukan pada usia 18-45 tahun. Serta Penelitian Damanik (2013) juga menunjukkan bahwa proporsi tertinggi penderita cedera kepala pada kelompok umur 16-44 tahun. Hasil penelitian lain juga menyebutkan bahwa cedera kepala lebih sering dialami pada usia remaja dan usia dewasa 17-39 tahun (Mock, et al, 2005).

Kejadian cedera kepala yang terjadi pada usia dewasa muda diakibatkan pada usia ini seseorang lebih aktif serta produktif. Mobilitas yang tinggi juga mempengaruhi kejadian tersebut. Selain itu kurangnya kesadaran akan keselamatan serta mematuhi rambu-rambu lalu lintas menjadi penyebab tingginya angka kecelakaan yang menjadi penyebab utamanya (Bustan, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa laki-laki menjadi jenis kelamin terbanyak yaitu sebesar 59,1%. Hal ini sesuai dengan penelitian Nyiemas (2013) dan

Miranda (2014), yang menyebutkan bahwa kejadian pada laki-laki (78,1%) lebih banyak dibandingkan perempuan (21,9%).

Seorang laki-laki pada umumnya lebih aktif dan mempunyai perilaku yang cenderung beresiko mengalami cedera dibandingkan perempuan. Laki-laki juga lebih banyak beraktivitas diluar rumah dan di jalanan serta sering berada dalam keadaan yang dapat menimbulkan cedera yaitu mengendarai kendaraan bermotor, buruh bangunan, berada di tempat-tempat yang tinggibahkan perkelahian (Bustan, 2007).

Suku Jawa dalam hasil penelitian merupakan suku yang paling banyak ditemukan yaitu 72,7%. Besarnya jumlah suku Jawa daripada suku non Jawa dalam penelitian ini berkaitan erat dengan tempat penelitian yang dilakukan di Jawa Tengah yang mayoritas penduduknya bersuku asli Jawa. Peneliti dalam penelitian ini tidak dapat membahas lebih lanjut tentang rerata penurunan nyeri pada masing-masing suku dikarenakan kurang beragamnya suku budaya responden dan peneliti tidak melakukan uji multivariat.

E. Perbedaan rerata skala nyeri kepala sebelum dan sesudah pemberian perlakuan

Tabel 2 Perbedaan Rerata Skala Nyeri Kepala Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Skala Nyeri	Mean	SD	SE	P value
Sebelum	4,77	1,232	0,263	0,002
Sesudah	3,36	1,590	0,339	

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa rerata skala nyeri sebelum dilakukan posisi *head up* 30 derajat sebesar 4,77 sedangkan nilai rerata skala nyeri sesudah diberikan posisi *head up* 30 derajat sebesar 3,36. Hasil rerata tersebut terjadi selisih penurunan skala nyeri dengan rerata sebesar 1,41. Dari hasil analisis uji *dependent t-test* didapatkan P value 0,002 ($\alpha < 0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara skala nyeri kepala sebelum dan sesudah diberikan intervensi.

Nyeri kepala pada cedera kepala dapat terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial. Hal ini merupakan kondisi yang harus segera ditangani dan tentu nyeri kepala

tersebut menimbulkan perasaan tidak nyaman serta akan berpengaruh terhadap aktivitas (Suadoni, 2009). Nyeri kepala disebabkan oleh adanya peregangan pada struktur intrakranial yang peka terhadap nyeri, serta ketidakadekuatan perfusi jaringan otak. Hal ini mengakibatkan terjadinya perubahan metabolisme dari aerob ke anaerob. Nyeri kepala terutama muncul pada waktu bangun tidur, hal ini dikarenakan PCO₂ pada arterial serebral mengalami peningkatan selama tidur. Sehingga menyebabkan serebral blood flow meningkat dan tekanan intrakranium mengalami meningkat kembali (Harun Rosjidi, C., & Nurhidayat, S. 2014).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Pertama SB, Sulastyawati, Anami P (2017) yang menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan posisi head-up 30° pada perubahan tekanan intrakranial, khususnya di tingkat kesadaran dan tekanan arteri rata-rata pada pasien dengan cedera kepala. Hasil penelitian Martina, dkk (2017) juga menunjukkan bahwa posisi Head Up 30 derajat berpengaruh terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke.

Posisi head-up 30 derajat bertujuan untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi di otak sehingga menghindari terjadinya hipoksia pasien, dan tekanan intrakranial menjadi stabil dalam batas normal. Selain itu, posisi ini lebih efektif untuk mempertahankan tingkat kesadaran karena sesuai dengan posisi anatomis dari tubuh manusia yang kemudian mempengaruhi hemodinamik pasien (Batticaca FB, 2008).

Teori keperawatan *comfort* yang dikembangkan oleh Kolcaba merupakan suatu rancangan yang memiliki peranan yang sangat bermanfaat dalam dunia keperawatan. Rencana keperawatan yang disusun sebagai tindakan keperawatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan akan rasa nyaman yang diperlukan oleh pasien seperti psikologis, sosial dan spiritual, financial, fisiologis, serta lingkungan. Dibutuhkan sekurangnya tiga tipe intervensi untuk mencapai suatu kenyamanan yaitu *standar comfort*, *coaching* dan *comfort food for the soul* (Kolcaba, 2003).

Posisi head up 30 derajat yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan bentuk tipe

intervensi *standar comfort* yang artinya tindakan dilakukan dalam upaya mempertahankan atau memulihkan peran tubuh dan memberikan kenyamanan serta mencegah terjadinya komplikasi. Posisi head up 30 derajat merupakan posisi menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi badan sejajar dengan kaki. Posisi head up 30 derajat memiliki manfaat untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien cedera kepala. Selain itu posisi tersebut juga dapat meningkatkan oksigen ke otak. Hal ini akan menambah rileks serta memindahkan fokus perhatian pada nyeri yang dialami seseorang. Sehingga muncul kenyamanan yang berdampak pada nyeri yang berkurang (Batticaca FB, 2008).

Hasil penelitian ini sesuai dalam teori dan beberapa hasil penelitian diatas dimana terdapat perbedaan yang signifikan rerata skala nyeri kepala antara sebelum dan sesudah diberikan perlakuan posisi Head Up 30 derajat pada pasien cedera kepala ringan di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Penurunan skala nyeri ini bisa disebabkan oleh posisi Head Up 30 derajat yang sesuai dengan posisi anatomis tubuh manusia sehingga memberikan rasa nyaman dan menyebabkan respon nyeri pun berkurang.

V. KESIMPULAN

Terdapat perbedaan yang signifikan rerata skala nyeri kepala antara sebelum dan sesudah dilakukan posisi head up 30 derajat pada pasien cedera kepala ringan di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto dengan nilai P value 0,002 ($\alpha < 0,05$).

Penelitian ini dapat menjadi salah satu intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi nyeri pada pasien cedera kepala ringan. Rumah sakit diharapkan mampu menyusun standar operasional prosedur terkait pemberian posisi head up 30 derajat untuk pasien cedera kepala ringan yang dapat digunakan sebagai salah satu acuan perawat dalam memberikan intervensi keperawatan yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

Aditya Nugroho, Beni & Martono, Martono. (2018). Pemenuhan Oksigenasi Otak

- Melalui Posisi Elevasi Kepala Pada Pasien Stroke Hemoragik By Beni.
- Batticaca FB. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (2005). Buku ajar keperawatan maternitas. Jakarta: EGC.
- Bustan, M. N. (2007). Epidemiologi penyakit tidak menular. Jakarta: Rineka Cipta.
- Crandall M. (2016). Epidemiology of Traumatic Brain Injury. In Manual of Traumatic Brain Injury Assessment and Management. 2nd ed. New York: Demos Medical Publishing.
- Damanik, R. P. (2011). Karakteristik Penderita Cedera Kepala Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Darat Rawat Inap Di RSUD Dr. H. Kumpulan Pane Tebing Tinggi Tahun 2010-2011. Gizi, Kesehatan Reproduksi dan Epidemiologi, 2(4). Diakses dari <https://jurnal.usu.ac.id/index.php/gkre/article/view/3671/0>
- Grace PA, Neil RB. (2006). *At a glance Ilmu Bedah*. Edisi ketiga. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Harun Rosjidi, C., & Nurhidayat, S. (2014). Buku Ajar Peningkatan Tekanan Intrakranial & Gangguan Peredaran Darah Otak.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Martina, dkk. (2017). Posisi Head Up 300 Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Hemoragik Dan Non Hemoragik. *Adi Husada Nursing Journal – Vol.3 No.2*. Diakses dari <https://akperadikusada.ac.id/jurnal/index.php/AHNJ/article/view/98>
- Mock, Charles. (2005). Human resources for the Control of Road Traffic Injury. *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 83, Nomor 4, 294-298.
- Muttaqin, A. (2008). Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan. Jakarta: Salemba Medika.
- Nyiemas, dkk. (2013). Angka Kejadian dan Outcome Cedera Otak di RS. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2008-2010. Bandung: FK Unpad. Diakses dari <inasnacc.org/images/Artikel/vol2no22013juni/2MoyaPen.pdf>.
- Pertami SB, Sulastyawati, Anami P. (2017). *Effect of 30° Head-Up Position on Intracranial Pressure Change in Patients with Head Injury in Surgical Ward of General Hospital of Dr. R. Soedarsono Pasuruan*. *Public Health of Indonesia*: 3(3):89-95. Diakses dari <http://stikbar.org/ycabpublisher/index.php/PHI/article/view/131/pdf>
- Suadoni, M. T. (2009). Raised intracranial pressure: Nursing observations and interventions. *Nursing Standard*, 23 (43), 35-40. Diakses dari <http://search.proquest.com/docview/219853790?accountid=25704>
- Stein, S. C., Chen, X. H., Sinson, G. P., & Smith, D. H. (2002). Intravascular coagulation: a major secondary insult in nonfatal traumatic brain injury. *Journal of neurosurgery*, 97(6), 1373-1377. Diakses dari <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/97/6/article-p1373.xml>



Karakteristik penderita stroke hemoragik di RSUP Sanglah Denpasar

Ni Komang Dewi Mahayani,* IB Kusuma Putra

DOAJ
DIGITAL OBJECT IDENTIFICATION
NUMBER FOR
OPEN ACCESS
JOURNALS



CrossMark

ABSTRACT

Advance brain imagings have dramatically changed our understanding of intracerebral hemorrhage. In Pre-CT era, many small intracerebral hemorrhage were misclassified as ischemic stroke. Data about characteristic of CT scan of patient with hemorrhagic stroke in Sanglah Hospital is still remarkably unclear. The objective of this study is to get the characteristic of patient hemorrhagic stroke admitted in neurology ward of Sanglah Hospital from November 2017 until

January 2018. The study was a descriptive study with retrospective design. Data collected from medical records. There were 45 patients with hemorrhagic stroke from November 2017 until January 2018, with 27 male and 18 female and mean age 54,22(\pm 14,63) years. The youngest being 17 years old and the oldest being 80 years. From the CT-scan imagings we found the location of the ICH was predominantly basal ganglia 37,8%.

Keywords: *characteristic, hemorrhagic stroke, Head CT Scan, descriptive*

Cite This Article: Mahayani, N.K.D., Putra, I.B.K. 2019. Karakteristik penderita stroke hemoragik di RSUP Sanglah Denpasar, *Medicina* 50(1): 210-213. DOI:10.15562/Medicina.v50i1.481

ABSTRAK

Semakin berkembangnya imaging otak memberikan perubahan dramatis pada pemahaman kita terhadap perdarahan intraserebral (PIS). Pada masa pre CT Sken, sering terjadi kesalahan dalam mendiagnosis PIS kecil dengan stroke non hemoragik. Di RSUP sanglah belum ada penelitian yang membahas tentang karakteristik dan gambaran CT sken kepala pasien dengan stroke perdarahan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik kepala pasien Stroke hemoragik yang dirawat di ruang rawat inap neurologi RSUP Sanglah Denpasar periode november 2017 sampai Januari 2018. Metode penelitian ini adalah studi

deskriptif dengan cara mengambil data secara retrospektif dari rekam medis pasien yang dirawat di ruang rawat inap neurologi RSUP Sanglah Denpasar periode November 2017 sampai Januari 2018, kemudian dilakukan analisis data secara deskriptif. Terdapat 45 orang penderita stroke hemoragik, dengan proporsi laki-laki sebanyak 27 orang dan perempuan 18 orang. Usia rata-rata 54,22(\pm 14,63) tahun dengan usia termuda 17 tahun dan paling tua 80 tahun. Pada gambaran CT Sken kepala didapatkan lokasi perdarahan intraserebral terbanyak di daerah basal ganglia yaitu 37,8%.

Kata kunci: *karakteristik, stroke hemoragik, CT Sken kepala, deskriptif*

Cite Pasal Ini: Mahayani, N.K.D., Putra, I.B.K. 2019. Karakteristik penderita stroke hemoragik di RSUP Sanglah Denpasar, *Medicina* 50(1): 210-213. DOI:10.15562/Medicina.v50i1.481

PENDAHULUAN

Stroke hemoragik adalah defisit neurologik fokal atau general yang terjadi mendadak atau cepat dalam beberapa detik atau jam yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral.^{1,2} Di Negara berkembang seperti Asia, insiden stroke hemoragik mencapai 30%, sementara menurut *stroke registry* di Indonesia tahun 2014 didapatkan 5411 kasus stroke akut dari 18 rumah sakit dengan angka kejadian stroke hemoragik sebesar 33%.^{1,2,3,4} Stroke hemoragik merupakan penyakit serius yang menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi, di Amerika serikat mortalitas stroke hemoragik mencapai 40-50%.^{1,2,3,4} Luaran dari stroke hemoragik sangat tergantung dari

volume perdarahan, lokasi perdarahan, perluasan ke ventrikel serta beratnya faktor resiko yang mendasari.² Faktor resiko stroke hemoragik antara lain hipertensi, dislipidemia, diabetes melitus, penyakit jantung, penggunaan obat antikoagulan serta kebiasaan merokok.²

Penegakan diagnosis yang cepat dan penanganan yang tepat dapat mengurangi mortalitas dan morbiditas penderita stroke hemoragik. Standar baku untuk penegakan diagnosis stroke hemoragik adalah CT Sken kepala, melalui pemeriksaan CT sken kepala kita dapat melihat lokasi perdarahan, volume perdarahan serta ada tidaknya perluasan ke dalam ventrikel. Pada masa pre CT Sken,

Departemen Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/ Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar, Bali

*Corresponding to:
Ni Komang Dewi Mahayani,
Departemen Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/ Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar, Bali
adidewi.ad@gmail.com

Diterima: 2018-10-02
Disetujui: 2019-01-11
Publish

sering terjadi kesalahan dalam mendiagnosis stroke hemoragik dengan volume yang kecil dengan stroke non hemoragik. Kesalahan dalam mendiagnosis stroke hemoragik sebagai stroke non hemoragik, menyebabkan kesalahan dalam terapi sehingga memperburuk luaran.^{5,6}

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah merupakan satu-satunya rumah sakit di Bali yang memiliki pusat perawatan penderita stroke (Unit Stroke), sehingga menjadi pusat rujukan stroke utama di Bali dan Nusa Tenggara. Namun, sejauh ini belum ada penelitian yang membahas tentang karakteristik penderita dengan stroke hemoragik di RSUP Sanglah Denpasar, khususnya yang berkaitan dengan lokasi perdarahan. Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik pasien stroke hemoragik di RSUP Sanglah Denpasar periode November 2017 sampai Januari 2018.

BAHAN DAN METODE

Desain penelitian ini adalah studi deskriptif. Metode penelitian dengan cara mengambil data secara retrospektif dari rekam medik penderita yang dirawat diruang rawat inap neurologi RSUP Sanglah Denpasar periode November 2017 sampai Januari 2018. Populasi penelitian adalah semua penderita stroke hemoragik yang dirawat diruang rawat inap neurologi RSUP Sanglah. Kriteria inklusi adalah penderita stroke hemoragik yang dilakukan CT sken kepala di RSUP Sanglah, kriteria eksklusinya adalah pasien stroke hemoragik yang data pada rekam medisnya tidak lengkap. Data meliputi umur, jenis kelamin, faktor resiko yang dimiliki penderita serta lokasi perdarahan. Pemilihan sampel dengan menggunakan semua penderita stroke hemoragik yang dirawat selama periode

bulan november 2017 sampai bulan Januari 2018 yang sudah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pada penelitian ini tidak menghitung besar sampel, namun semua penderita yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi selama periode penelitian dimasukkan sebagai sampel penelitian. Penelitian dilakukan setelah peneliti mendapatkan surat layak etik dengan nomor 2018.02.1.0621 dari komite etik RSUP Sanglah Denpasar. Kemudian data dianalisis dengan bantuan program komputer dengan IBM SPSS Statistik 20. Analisis deskriptif dilakukan untuk menentukan proporsi dan karakteristik pasien stroke hemoragik di RSUP Sanglah Denpasar sehingga dapat digunakan sebagai data dasar penelitian selanjutnya.

HASIL

Penderita stroke hemoragik yang dirawat di RSUP Sanglah selama tiga bulan periode penelitian sebanyak 63 orang, setelah dilakukan kriteria inklusi dan eksklusi terdapat 18 sampel yang datanya tidak lengkap, sampel yang kemudian diikutkan dalam analisis sebanyak 45 orang. Karakteristik dasar sampel penelitian dapat dilihat pada tabel 1. Pada tabel ini terlihat bahwa rerata usia penderita stroke hemoragik adalah 54,22 ($\pm 14,63$) tahun, dengan usia paling muda adalah 17 tahun dan paling tua 80 tahun. Jenis kelamin yang dominan adalah laki-laki sebanyak 60% dan sisanya perempuan 40%. Faktor resiko hipertensi didapatkan pada sebagian besar sampel yaitu sebanyak 35 orang (77,8%), faktor resiko lainnya adalah diabetes melitus sebanyak 4 orang (8,9%), sakit jantung ditemukan pada 6 orang (13,3%), dislipidemia 12 orang (26,7%), dan merokok sebanyak 13 orang (28,9%).

Tabel 1 Karakteristik Subjek Penelitian

Variabel		Jumlah	%
Umur	Umur (rerata \pm SB)	54,22($\pm 14,63$)	
Jenis	Laki-laki	27	60
Kelamin	Perempuan	18	40
Hipertensi	Ya	35	77,8
	Tidak	10	22,2
Diabetes Melitus	Ya	4	8,9
	Tidak	41	91,1
Penyakit jantung	Ya	6	13,3
	Tidak	39	86,7
Dislipidemia	Ya	12	26,7
	Tidak	33	73,3
Merokok	Ya	13	28,9
	Tidak	32	71,1

Tabel 2 Lokasi Perdarahan pada CT Sken kepala

Lokasi	Jumlah	(%)
Thalamus	4	8,9
Basal Ganglia	17	37,8
Pons	2	4,4
Serebelum	2	4,4
Kapsula Interna	3	6,7
Lobular	13	28,9
Intraventrikel	4	8,9

Pada tabel 2, dapat dilihat proporsi lokasi perdarahan pada CT Sken penderita stroke hemoragik. Tampak bahwa proporsi lokasi perdarahan yang paling dominan adalah di basal ganglia sebanyak 17 orang (37,8%), diikuti perdarahan daerah lobus 13 orang (28,9%) dan yang paing sedikit perdarahan di pons dan serebelum sebanyak 2 orang (4,4%).

DISKUSI

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif sehingga hanya bisa menjelaskan proporsi dan rerata pada sampel. Pada penelitian ini didapatkan 45 sampel penelitian, dengan rerata usia 54, 22 ($\pm 14,64$) tahun, hasil ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh susilawati tahun 2016 yang mendapatkan rerata usia subyek 58,8 ($\pm 8,6$) dan penelitian oleh chiewvit tahun 2009 yang memperoleh rerata usia 57 (± 17) tahun, sementara hasil yang berbeda didapatkan pada penelitian yang dilakukan oleh smajlovic tahun 2008 yang mendapatkan rerata usia subjek 65,7 ($\pm 11,2$). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa stroke cenderung terjadi pada usia produktif dan semakin meningkat pada usia lanjut.^{7,8,9}

Karakteristik sampel berdasarkan jenis kelamin didapatkan jenis kelamin laki-laki lebih banyak yaitu 60% dibandingkan perempuan yaitu 40%. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian susilawati tahun 2016 yang mendapatkan proporsi laki-laki 73,3% dan perempuan 26,7%, hal yang sama juga didapatkan pada penelitian yang dilakukan oleh sista wangi tahun 2016 dan Triamvisit tahun 2018 yang mendapatkan hasil laki-laki sebanyak 60,9% dan perempuan 39,1%.^{7,10,11}

Berdasarkan karakteristik faktor resiko stroke hemoragik, didapatkan faktor resiko yang dominan adalah hipertensi sebanyak 77,8%, hasil yang sama didapatkan pada meta analisis yang dilakukan oleh Namale dkk tahun 2018 dengan hasil proporsi hipertensi pada pasien stroke hemoragik sebanyak 73, 5% dan penelitian yang dilakukan oleh triamvisit tahun 2018 dengan hasil hipertensi didapatkan sebanyak 83,4% dari sampel penelitian.^{10,13} Riaz

dkk pada penelitiannya tahun 2015 menyimpulkan bahwa penderita hipertensi memiliki resiko 21 kali lebih tinggi untuk mengalami stroke hemoragik dari pada penderita tanpa hipertensi. Hipertensi menyebabkan terjadinya kerusakan dinding pembuluh darah kecil, peningkatan tekanan darah yang cukup tinggi selama bertahun-tahun menyebabkan terjadinya proses hialinisasi pada dinding pembuluh darah sehingga pembuluh darah akan kehilangan elastisitasnya. Hal ini menyebabkan pembuluh darah kehilangan kemampuan autoregulasi, sehingga saat tekanan darah semakin tinggi maka pembuluh darah akan pecah. Hipertensi kronik juga dapat menyebabkan terbentuknya aneurisma pada pembuluh darah kecil yang disebut dengan mikroaneurisma *charcot-bouchard*. Mikroaneurisma ini dapat pecah seketika saat tekanan darah arteri meningkat mendadak.^{12,14}

Diabetes melitus didapatkan pada 8,9% sampel penelitian, hasil penelitian ini hampir sama dengan hasil meta analisis yang dilakukan oleh Namale dkk tahun 2018 yang mendapatkan proporsi diabetes pada penderita stroke hemoragik sebanyak 10,6%. Pada penelitian yang dilakukan oleh Riaz dkk tahun 2015 didapatkan bahwa penderita diabetes melitus memiliki resiko 1,3 kali lebih besar untuk mengalami stroke hemoragik di bandingkan dengan tanpa diabetes melitus. Pada penelitian ini, faktor resiko penyakit jantung didapatkan sebanyak 13,3% dari sampel penelitian, hal ini berbeda dengan hasil meta analisis Namale dkk tahun 2018 yang mendapatkan proporsi penyakit jantung terutama atrial fibrilasi sebanyak 2,3%.^{13,14}

Dislipidemia pada penelitian ini didapatkan pada 26,7% sampel penelitian, sedikit berbeda dengan hasil yang didapatkan oleh Namale dkk tahun 2018, dia mendapatkan proporsi dislipidemia sebesar 18,6%. Sementara pada penelitian yang dilakukan oleh Riaz dkk tahun 2015 disimpulkan bahwa dislipidemia bisa sebagai faktor proteksi untuk kejadian stroke hemoragik, dengan *odds ratio* 0,9 interval kepercayaan 95% rentang 0,3-2,6. Faktor resiko merokok pada penelitian ini didapatkan 28,9%, hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Namale dkk tahun 2018 yang mendapatkan proporsi merokok sebanyak 11,2%. Pada penelitian yang dilakukan oleh Riaz dkk tahun 2015 didapatkan bahwa perokok memiliki resiko 2,3 kali lebih tinggi untuk mengalami stroke hemoragik bila dibandingkan bukan perokok.^{13,14}

Lokasi perdarahan yang paling dominan adalah di basal ganglia sebanyak 17 orang (37,8%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian epidemiologi yang dilakukan oleh Flahrty dkk tahun 2010 didapatkan lokasi perdarahan yang terbanyak

adalah di bagian yang lebih dalam (thalamus, basal ganglia, kapsula interna), diikuti oleh perdarahan lobar sebanyak 15%, perdarahan serebelum sebanyak 10% dan yang paling sedikit adalah perdarahan di daerah batang otak sebanyak 5%. Berdasarkan teori perdarahan pada daerah thalamus, basal ganglia, pons dan serebelum lebih sering disebabkan oleh pecahnya mikroaneurisma karena hipertensi kronis. Sementara perdarahan lobar lebih sering disebabkan oleh pecahnya *cerebral amyloid angiopathy*.^{12,6,12,15}

SIMPULAN

Penelitian ini menggunakan 45 orang penderita stroke hemoragik yang dirawat di RSUP Sanglah periode november 2017 sampai januari 2018. Karakteristik sampel penelitian didapatkan rerata usia sampel 54,22 tahun, didominasi oleh jenis kelamin laki-laki. Faktor resiko yang terbanyak adalah hipertensi serta lokasi perdarahan predominan di basal ganglia. Saran dilakukan penelitian lebih lanjut dengan periode waktu yang lebih lama, untuk mendapatkan jumlah sampel yang lebih besar, sehingga hasil penelitian bisa lebih representatif.

CONFLICT OF INTEREST

Dalam penelitian ini tidak ada bantuan dan kerjasama dengan pihak sponsor tertentu dan tidak ada *conflict of interest* pada penelitian ini.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kami haturkan kepada seluruh pasien yang telah bersedia menjadi subyek penelitian. Ucapan terima kasih juga kami haturkan kepada Dr. dr Putu Eka Widyadharna Sp.S(K) yang telah memberi masukan dan membantu dalam menganalisa data serta kepada teman-teman residen neurologi Udayana yang telah membantu proses pengumpulan data penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nechikkat S, Chandni R, Sasidharan PK. Hypertension as a Risk Factor for Haemorrhagic Stroke in Females. *Journal of the association of physicians of india*. 2014;62: 24-28.

2. Joon An S, Kim TJ, Yoon BW. Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update. *Journal of Stroke*. 2017;19(1):3-10.
3. Sridharan SE, Unnikrishnan JP, Sukumaran S, Nayak SD, Sarma S, Radhakrishnan K. Incidence, Types, Risk Factors, and Outcome of Stroke in a Developing Country. The Trivandrum Stroke Registry. 2009;40:1212-1218.
4. Grysiewicz RA, Thomas K, Pandey DK. Epidemiology of Ischemic and Hemorrhagic Stroke: Incidence, Prevalence, Mortality, and Risk Factors. Elsevier Saunders. *Neurol Clin*. 2008;2: 871-895.
5. Hemphill JC, Greenberg SV, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, MD, Cushman M, dkk. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *AHA/ASA Guideline*. 2015: 1-29.
6. Caplan LR. *Caplan's Stroke: A Clinical Approach: intracerebral hemorrhage*. Fourth Edition. 2009;13:487-522.
7. Susilawati NNA, Nuartha AABN, Purwata TE. Lesi talamus sebagai faktor risiko perburukan neurologis pada stroke perdarahan intraserebral supratentorial akut. *MEDICINA*. 2016;50(1):38-47.
8. Chiewvit P, Danchaivijitr N, Nilanont Y, Pongvarin N. Computed Tomographic Findings in Non-traumatic Hemorrhagic Stroke. *J Med Assoc Thai*. 2009;92(1):73-86.
9. Smajlovic D, Salihovic D, Ibrahimagic OC, Sinanovic O, Vidovic M. Analysis of risk factors, localization and 30 day prognosis of intracerebral hemorrhage. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*. 2008;8(2):121-5.
10. Sista Wangi Y, Widyadharna IPE, Adnyana IMO. Proporsi Dan Karakteristik Penderita Stroke Di Unit Stroke Nagasari Rsup Sanglah Denpasar Periode Januari 2013-Desember 2014. *ResearchGate*. 2014.
11. Triamvisit S, Chongruksut W, Watcharasakul W, Rattanasathien R. Predicting Risk Factors of Working Aged Hemorrhagic Stroke Patients in a Tertiary Teaching Hospital in Chiang Mai. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*. 2018;3(1): 1-7.
12. Mesiano T, Harris S, Kurniawan M, Rasyid A, Hidayat R. *Buku Ajar Neurologi:Stroke hemoragik*. Departemen Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2017;31:514-526.
13. Namale G, Kamacooko O, Kinengyere A, Yperzeele L, Cras P, Ddumba E, Seeley E, Newton R. Review Article: Risk Factors for Hemorrhagic and Ischemic Stroke in Sub-Saharan Africa. *Hindawi; Journal of Tropical Medicine*. 2018; 1-11.
14. Riaz BK, Chowdhury SH, Karim MN, Feroz S, Selim S, Rahman MR. Risk factors of hemorrhagic and ischemic stroke among hospitalized patients in Bangladesh - A case control study. *Bangladesh Med Res Counc Bull*;2015: 41: 29-34.
15. Faherty ML, Woo D, Broderick JP. The epidemiology of intracerebral hemorrhage. *Epidemiology*. Cambridge University Press. 2010: 1: 1-10.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution

POSISI *HEAD UP* 30⁰ SEBAGAI UPAYA UNTUK MENINGKATKAN SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK DAN NON HEMORAGIK

Martina Ekacahyaningtyas¹, Dwi Setyarini², Wahyu Rima Agustin³, Noerma Shovie Rizqiea⁴
Program Studi Sarjana Keperawatan, STIKes Kusuma Husada Surakarta
¹mekacahyaningtyas@gmail.com

ABSTRAK

Stroke merupakan defisit neurologis yang mempunyai awitan tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh penyakit serebrovascular. Posisi *Head up* adalah posisi datar dengan kepala lebih tinggi 30⁰ dengan posisi tubuh dalam keadaan sejajar. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui pengaruh posisi *head up* 30⁰ terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke. Desain Penelitian ini menggunakan *Quasi Experiment Design* dengan pendekatan *One Group Pretest-Posttest Design*. Teknik sampling dengan *consecutive sampling*. Jumlah responden sebanyak 30 orang. Penelitian ini dilakukan di ICU RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Hasil analisa status hemodinamik pada saturasi oksigen menunjukkan nilai P value = 0.009 sehingga terdapat pengaruh posisi *Head Up* terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian ini didapatkan hasil ada perbedaan yang bermakna rata-rata saturasi oksigen sebelum dan setelah tindakan posisi *head up* 30⁰.

Kata kunci : Stroke, Posisi *Head Up* 30⁰, saturasi oksigen

ABSTRACT

Stroke is a neurological deficit that has a sudden onset, lasts more than 24 hours, and is caused by cerebrovascular disease. Head-up position is a position in which the body is laid flat in the back and the head is raised 30 degrees higher than the body. The objective of this research is to investigate the effect of head-up position on the oxygen saturation of stroke patients. This research used the quasi-experimental design with one group, pre test-posttest design approach. It was conducted at the Intensive Care Unit of Local General Hospital of dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Consecutive sampling technique was used to determine its samples. The samples consisted of 30 respondents. The result of the hemodynamic status analysis on the oxygen saturation shows that the p-value was 0.009. Thus, there was an effect of head-up position on the hemodynamic status of stroke patients. In conclusion, there was a significant difference of oxygen saturation prior to and following the head-up position intervention.

Keywords : Stroke, head-up 30⁰ position, oxygen saturation

PENDAHULUAN

Pada berbagai belahan dunia, proporsi populasi yang bertahan hingga usia 50 dan 60 tahun meningkat. Tren ini akan memiliki efek yang sangat besar pada struktur demografi masyarakat. Populasi global berusia di atas 65 tahun meningkat sebesar 9 juta setahun, dan pada tahun 2025 akan ada lebih dari 800 juta orang berusia di atas 65 tahun di dunia. Hal tersebut berefek pada meningkatnya penyakit serebrovaskuler salah satunya adalah penyakit stroke¹.

Stroke merupakan defisit neurologis yang mempunyai awitan tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam dan disebabkan

oleh penyakit serebrovaskuler². Stroke atau cedera cerebrovaskuler merupakan hilangnya fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Stroke menyebabkan terjadinya gangguan fungsi syaraf lokal atau global, munculnya mendadak, progresif dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik⁵. Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga dan penyebab kecacatan nomor satu di seluruh dunia, sebanyak 80-85% merupakan stroke non hemoragik³.

Jumlah penderita stroke di Indonesia menduduki peringkat pertama terjadi sebagai

negara terbanyak yang mengalami stroke di seluruh Asia. Prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 dari 1000 populasi. Angka prevalensi ini meningkat dengan meningkatnya usia. Data nasional Indonesia menunjukkan bahwa stroke merupakan penyebab kematian tertinggi, yaitu 15,4%. Didapatkan sekitar 750.000 insiden stroke per tahun di Indonesia, dan 200.000 diantaranya merupakan stroke berulang. Prevalensi stroke di Jawa Tengah pada umur ≥ 15 tahun mencapai 12,3%⁴. Berdasarkan data dari Rekam Medis RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri, jumlah kasus stroke sebanyak 939 orang pada tahun 2015, sedangkan pada bulan Januari sampai Juni sebanyak 462 orang jumlah tersebut meningkat dari bulan Juli sampai Desember sebanyak 465 kasus pada tahun 2016, sehingga dapat dilihat bahwa jumlah penyakit stroke mengalami peningkatan setiap tahunnya.

Saturasi oksigen adalah persentase oksigen yang telah bergabung dengan molekul hemoglobin dimana oksigen bergabung dengan hemoglobin dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, pada saat yang sama oksigen dilepas untuk memenuhi kebutuhan jaringan. Gambaran saturasi oksigen dapat mengetahui kecukupan oksigen dalam tubuh sehingga dapat membantu dalam penentuan terapi lanjut⁵.

Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan hemodinamik termasuk saturasi oksigen. Oleh karena itu diperlukan pemantauan dan penanganan yang tepat karena kondisi hemodinamik sangat mempengaruhi fungsi pengantaran oksigen dalam tubuh yang pada akhirnya akan mempengaruhi fungsi jantung. Pemberian posisi *head up 30°* pada pasien stroke mempunyai manfaat yang besar yaitu dapat memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral^{2,5}.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh posisi *head up 30°*

terhadap sturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.

METODE

Jenis penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian kuantitatif, dengan menggunakan desain *quasi experiment one group pre test-post test* yaitu mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi⁶. Observasi yang dilakukan adalah penilaian saturasi oksigen dengan menggunakan *pulse oxymetri*. Sedangkan intervensi yang dilakukan adalah pemberian posisi *head up 30°* yaitu posisi kepala ditinggikan 30° dengan menaikkan kepala tempat tidur atau menggunakan ekstra bantal sesuai dengan kenyamanan pasien selama 30 menit².

Teknik *sampling* menggunakan *consecutive sampling* dengan kriteria inklusi semua pasien stroke (stroke non hemoragik dan hemoragik), responden berusia 30-90 tahun dan pasien kritis yang memiliki status hemodinamik stabil. Sedangkan kriteria eksklusinya meliputi pasien yang mengalami trauma servikal dan pasien kritis yang gelisah. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi tersebut maka didapatkan besar sampel sebanyak 30 responden.

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

kenyamanan pasien selama 30 menit. Lalu peneliti menilai kembali saturasi oksigen dan dicatat pada lembar observasi.

Data yang terkumpul dilakukan uji normalitas dengan uji shapiro wilk dan didapatkan kesimpulan bahwa data berdistribusi tidak normal (*p value* sebelum intervensi=0.000 dan *p value* setelah intervensi 0.001) sehingga analisis bivariat menggunakan uji wilcoxon.

HASIL

Data Umum

Tabel 1. Karakteristik Responden (n=30)

No	Karakteristik Responden	f	%
1	Umur		
	Dewasa Akhir (36 - 45 tahun)	1	3,3
	Usia pertengahan (45 - 59 tahun)	8	26,7
	Usia lanjut (60 - 74 tahun)	14	46,7
	Lansia tua (75 - 90 tahun)	7	23,3
2	Jenis Kelamin		
	Pria	13	43,3
	Wanita	17	56,7

Tabel 1 menunjukkan tahap perkembangan usia lanjut merupakan tahap perkembangan tertinggi terjadi kasus stroke yaitu sebanyak 46,7 % dan menunjukkan jenis kelamin responden wanita sebanyak 56,7 % merupakan jenis kelamin terbanyak yang mengalami stroke.

Data Khusus

Nilai Rata-Rata Saturasi Oksigen Sebelum dan Sesudah Pemberian Posisi *head up 30°*

Tabel 2. Nilai Rata-Rata Saturasi Oksigen Sebelum dan Sesudah Pemberian Posisi *Head Up 30°*

Status hemodinamik	Sebelum	Sesudah
Saturasi Oksigen	97,07 %	98,33 %
Z		- 2,594 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,009

Tabel 2 menunjukkan nilai rata-rata saturasi oksigen mengalami peningkatan yaitu sebelum 97.07 % dan sesudah 98.33%. Tabel 5 menunjukkan hasil analisis bivariat menggunakan uji Wilcoxon didapatkan saturasi oksigen nilai *p value* = 0,009 maka *p value* < 0,05 sehingga H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya ada pengaruh posisi *head up* terhadap saturasi oksigen.

Hasil uji normalitas data Shapiro-Wilk

Tabel 3. Hasil Uji normalitas Shapiro-Wilk Saturasi Oksigen (n=30)

	Statistik	Df	Sign
Sebelum	.627	30	.000
Sesudah	.850	30	.001

Tabel 3 menunjukkan hasil uji tes normalitas Shapiro-Wilk Saturasi Oksigen *P value* (sebelum) = 0.000 sehingga *P value* < 0.05 maka data kelompok saturasi oksigen sebelum berdistribusi tidak normal sedangkan *P value* (sesudah) = 0.001 sehingga *P value* < 0.05 maka kelompok sesudah berdistribusi tidak normal.

PEMBAHASAN

Stroke paling banyak diderita pada usia lebih dari 65 tahun dan jarang pada usia dibawah 40 tahun². Data dari WHO menyebutkan jumlah penderita stroke banyak terjadi pada usia 60 tahun keatas dimana urutan kedua terbanyak di Asia. Tingginya angka kejadian stroke pada usia lanjut karena pada usia tersebut berhubungan dengan proses penuaan. Organ tubuh mengalami penurunan fungsi termasuk pembuluh darah otak menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan, mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit sehingga terjadi penurunan aliran darah pada otak⁷.

Penelitian ini menyebutkan penderita stroke lebih banyak wanita yaitu sebesar 56.7 %. *American of Heart Association (AHA)* memperkirakan stroke lebih sering dialami oleh wanita sebanyak 60.000 lebih banyak dibanding pria setiap tahunnya.⁵ Besarnya jumlah wanita dalam kejadian stroke terjadi setelah usia mencapai menopause. Peningkatan faktor risiko stroke pada wanita terjadi karena kelebihan kadar androgen dan sebaliknya kadar estrogen yang menurun. Kelebihan androgen berpengaruh pada kadar kolesterol darah menjadi meningkat sehingga berpengaruh terjadi stroke sedangkan estrogen memiliki efek menurunkan kolesterol plasma dan mempercepat vasodilatasi, jika estrogen menurun maka akan berisiko terkena stroke. Hal tersebut menyebabkan wanita menjadi berisiko dua kali lipat terjadi stroke pada 10 tahun setelah menopause⁸.

Hasil yang berbeda pada penelitian lain yang menyebutkan bahwa kejadian stroke banyak dialami oleh laki-laki karena memiliki hormon testoteron yang bisa meningkatkan kadar LDL darah, apabila kadar LDL tinggi

akan meningkatkan kadar kolesterol dalam darah, jika kadar kolesterol dalam darah meningkat akan menimbulkan risiko penyakit degeneratif karena kolesterol darah tinggi merupakan salah satu faktor risiko penyebab penyakit degeneratif⁹.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata saturasi oksigen setelah intervensi (sebelum pemberian posisi 97.07% dan setelah pemberian posisi 98.33%). Hasil uji statistik wilcoxon didapatkan p value = 0.009 (< 0.05) yang artinya ada pengaruh pada saturasi oksigen setelah dilakukan pemberian posisi *head up* 30°. Saturasi oksigen adalah persentase oksigen yang telah bergabung dengan hemoglobin dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, pada saat yang sama oksigen dilepas untuk memenuhi kebutuhan jaringan.⁵ Secara teoritis, posisi telentang dengan di sertai *head up* menunjukkan aliran balik darah dari bagian inferior 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* 30° akan meningkatkan aliran darah diotak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.^{10,11}

Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu posisi kepala yang lebih tinggi 15° dan 30° sama-sama dapat meningkatkan saturasi oksigen. Tetapi tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap nilai saturasi oksigen pada pasien stroke sebelum dan setelah dilakukan tindakan elevasi kepala 15° dan 30°.⁵ Penelitian yang lainnya menyatakan bahwa tindakan elevasi kepala dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral. Tetapi untuk ketinggian posisi kepala belum bisa diidentifikasi dengan pasti.¹²

KESIMPULAN

Kesimpulan pada penelitian ini adalah terdapat pengaruh posisi *head up* 30° terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke dengan nilai p value = 0.009. Pemberian posisi *head up* 30° dapat dilakukan pada pasien stroke

hemoragik maupun non hemoragik karena dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

SARAN

Penelitian ini dapat diaplikasikan sebagai intervensi keperawatan pada pasien stroke karena memiliki manfaat dapat meningkatkan saturasi oksigen. Sehingga diharapkan pihak rumah sakit dapat menyusun Standar Operasional Prosedur tentang pemberian posisi *Head Up* 30° pada pasien stroke sehingga dapat digunakan sebagai acuan bagi perawat di ruang ICU dalam memberikan intervensi keperawatan yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO (2009). *The WHO Stepwise Approach to Stroke Surveillance*. http://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_stroke_manual_v1.2.pdf diakses tanggal 5 Januari 2017.
2. Munoz-Venturelli P, et all. Trials. (2015). Head position in Stroke Trial (HeadPost) sitting-up vs lying-flat positioning of patients with acute stroke: study protocol for a cluster randomised controlled trial. DOI 10.1186/S13063-015-0767-1. *Biomed Central*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26040944> . Diakses tanggal 13 Februari 2016.
3. Hafid, MA. (2012). Hubungan Riwayat Hipertensi dengan Kejadian Stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Jurnal Kesehatan Volume VII No.1/2014*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan UIN Alauddin Makassar. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/kesehatan/article/download/941/908> . Diakses tanggal 20 desember 2016.
4. Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf Diakses tanggal 14 Januari 2017
5. Sunarto. (2015). Peningkatan Nilai Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Menggunakan Model Elevasi

- Kepala. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan, Volume 4, Nomor 1*. Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Surakarta Jurusan Keperawatan. <http://jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/Int/article/view/115> . Diakses tanggal 8 januari 2017.
6. Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
 7. Sofyan, AM, Sihombing, EY, Hamra, Yusuf (2013). Hubungan Umur, Jenis Kelamin, dan Hipertensi dengan Kejadian Stroke. *Medula Journal Vol 1 No 1*. <http://ojs.uho.ac.id/index.php/medula/article/view/182/125> Diakses tanggal 12 Juli 2017.
 8. Mauk, Kristen, L (2006). *Gerontological Nursing : Competencies for Care*. Jones and Bartlett Publishers : Sudbury
 9. Laily, SR (2016). Hubungan Karakteristik Penderita dan Hipertensi dengan Kejadian Stroke Iskemik. *Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya*. <https://media.neliti.com/media/publications/75921-ID-none.pdf> . Diakses tanggal 12 Juli 2017.
 10. Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Neurobehaviour*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
 11. Patricia GM, Dorrie F, Carolyn M.Hudak, Barbara M. Gallo. (2014). *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik Volume 1 dan 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran ECG
 12. Summers, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J.L., Simpson, J., Spilker, J.A., Hock, N., Miller, E., & Mitchell, P.H. (2009). Comprehensive overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke Patient. A Scientific Statement From the American Heart Association. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19478222> . Diakses tanggal 20 Februari 2017.

PENGARUH HIPERTENSI TERHADAP KEJADIAN *STROKE* ISKEMIK DAN *STROKE* HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI DI RUMAH SAKIT *STROKE* NASIONAL (RSSN) BUKITTINGGI TAHUN 2011

Irwana Usrin¹, Erna Mutiara², Yusniwanti Yusad²

¹Alumni Peminatan Biostatistika dan Informasi Kesehatan FKM-USU

²Staf Pengajar Departemen Kependudukan dan Biostatistika FKM-USU

ABSTRACT

Ischemic stroke is a disease that begins with a series of changes in the brain which is attacked so that the blood supply to brain will be hampered, if it is not treated immediately it will end with the death of the brain. Incidence of ischemic stroke is about 70-85% of the total incidence of stroke. Hypertension is a major risk factor for the ischemic stroke. The higher patient's blood pressure is, the greater stroke possibility, because hypertension can accelerate hardening of the arteries and lead to the destruction of fat in the smooth muscle cells so that it accelerates the process of atherosclerosis. This study aimed to determine the effect of hypertension on the incidence of ischemic stroke in neurology room at National Stroke Hospital Bukittinggi in 2011.

Type of research is observational study with cross-sectional design. Population is the stroke inpatient in neurology room at National Stroke Hospital Bukittinggi from January through December in 2011 with 510 cases. Sample is the stroke inpatient in neurology room at National Stroke Hospital Bukittinggi which fulfilled eligible inclusion criteria with 244 cases. The sample consists of 146 ischemic stroke patients and 98 hemorrhagic stroke patients. Data analysis was conducted by the steps of univariate, bivariate and multivariate analysis by using multiple logistic regression method.

The results showed that the proportion of incident ischemic stroke in neurology room at National Stroke Hospital Bukittinggi was large enough that is 59.8% of the total cases of stroke. Hypertension is found significantly affect the incidence of ischemic stroke after controlled by diabetes mellitus status with Odds Ratio (OR) of 8.462, it meant that the risk of ischemic stroke among patient with hypertension would be 8 times greater than patient without hypertension after adjusted by diabetes mellitus status (95% CI 3.780; 18.944).

Keywords: *Ischemic Stroke, Hypertension, Odds Ratio*

PENDAHULUAN

Stroke menurut *World Health Organization* (WHO) (1988) seperti yang dikutip Junaidi (2011) adalah suatu sindrom klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak secara fokal maupun global, yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan yang menetap lebih dari 24 jam, tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskular. Menurut Junaidi (2011) *stroke* merupakan penyakit gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke

otak karena perdarahan (*stroke* hemoragik) ataupun sumbatan (*stroke* iskemik) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian. *Stroke* iskemik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang yang apabila tidak ditangani dengan segera berakhir dengan kematian otak tersebut. Sedangkan *stroke* hemoragik merupakan penyakit gangguan fungsional otak akut

fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak yang disebabkan oleh perdarahan suatu arteri serebralis. Darah yang keluar dari pembuluh darah dapat masuk ke dalam jaringan otak, sehingga terjadi hematom.

Menurut WHO (2004) seperti yang dikutip pada laporan *The Global Burden Disease*, di dunia untuk semua kelompok umur *stroke* iskemik dan penyakit jantung merupakan penyebab kematian utama. Dengan penderita *stroke* iskemik yang meninggal di dunia adalah 7,2 juta jiwa (12,2 %), dan penyakit jantung 5,7 juta jiwa (9,7%). Insidens rate penyakit *stroke* iskemik untuk serangan pertama adalah 9 juta jiwa. Menurut peneliti dari *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, *stroke* banyak ditemukan di kalangan remaja dan orang muda dewasa. Laporan ini diterbitkan dalam *Annals of Neurology*, edisi 1 September 2011. Data di Amerika Serikat menunjukkan, jumlah pasien berusia 15-44 tahun yang menjalani perawatan di rumah sakit khusus *stroke* melonjak lebih dari sepertiga antara tahun 1995 dan 2008. Peningkatan ini diduga karena meningkatnya sebagian jumlah orang muda yang memiliki penyakit seperti tekanan darah tinggi dan *diabetes melitus* tipe II, penyakit yang sebenarnya berhubungan dengan orang dewasa yang lebih tua.

Di Indonesia, diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan *stroke*, sekitar 2,5 % atau 125.000 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan maupun berat. Secara umum, dapat dikatakan angka kejadian *stroke* adalah 200 per 100.000 penduduk. Dalam satu tahun, di antara 100.000 penduduk, maka 200 orang akan menderita *stroke* (Yayasan Stroke Indonesia, 2012). Pada penelitian berskala cukup besar yang dilakukan oleh survey ASNA (*Asean Neurologic Association*) di 28 rumah sakit di seluruh Indonesia, pada penderita *stroke* akut yang dirawat di rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita laki-laki lebih banyak dari perempuan dan profil usia dibawah 45 tahun

cukup banyak yaitu 11,8%, usia 45-64 tahun berjumlah 54,7% dan diatas usia 65 tahun sebanyak 33,5% (Misbach, 2001).

Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), masalah *stroke* semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita *stroke* di Indonesia terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah yang disebabkan oleh *stroke* menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun (Yastroki, 2012).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2007, prevalensi nasional *stroke* adalah 0,8% (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala). Sebanyak 11 provinsi dari 33 provinsi di Indonesia memiliki prevalensi di atas prevalensi nasional, termasuk provinsi Sumatera Barat dengan prevalensi 6,9% pada posisi ke-10 tertinggi di Indonesia. Di Sumatera Barat dari data yang ada pada Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi sebanyak 30% - 40% penderita *stroke* iskemik yang dirawat di ruang neurologi berusia 30 - 50 tahun.

Kecenderungan peningkatan penyakit *stroke* usia muda tampak sejalan dengan peningkatan gizi berbagai makanan cepat saji, pola makanan yang sangat berlemak dan berkolesterol tinggi. Sedangkan yang telah diketahui bahwa pola makan di Sumatera Barat selalu didominasi dengan makanan yang sangat berlemak dan berkolesterol tinggi. Hal ini menyebabkan pergeseran usia penderita penyakit *stroke*. Penyakit *stroke* yang dulunya sering ditemui pada lanjut usia sekarang ditemui pada usia muda (Angga, 2004; Gaharu, 2005).

Banyak sebenarnya faktor yang dapat memengaruhi kejadian *stroke*, diantaranya yaitu umur, jenis kelamin, keturunan (geneti), ras, hipertensi, hiperkolesterolemia, *diabetes melitus*, merokok, *aterosklerosis*, penyakit jantung, obesitas, konsumsi alkohol, stres, kondisi sosial ekonomi yang mendukung, diet yang tidak baik, aktivitas fisik yang kurang dan penggunaan obat anti

hamil. Faktor risiko terjadinya *stroke* terbagi lagi menjadi faktor risiko yang dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat diubah. Dimana faktor risiko yang tidak dapat diubah tidak dapat dikontrol pengaruhnya terhadap kejadian *stroke*, diantaranya yaitu faktor keturunan (genetik), ras, umur dan jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah yaitu hipertensi, *diabetes melitus*, hiperkolesterolemia, stress, merokok, obesitas (kegemukan), aktifitas fisik yang rendah, minum kopi, pil KB (kontrasepsi oral) dan konsumsi alkohol. Namun dari banyaknya faktor yang memengaruhi kejadian *stroke* hanya hipertensi yang secara signifikan memengaruhi kejadian *stroke* sedangkan kadar lipid dan kebiasaan merokok tidak secara signifikan berhubungan dengan kejadian *stroke* (Sarini, 2008). Berbeda dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Aguslina (2002) yang menunjukkan bahwa umur, faktor genetik, kebiasaan merokok, obesitas dan hipertensi secara signifikan berhubungan dengan kejadian *stroke*. Begitu juga dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Kristiyawati (2009) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kejadian *stroke* dengan umur, hipertensi dan *diabetes melitus*. Sedangkan faktor risiko yang bersama-sama berhubungan dengan kejadian *stroke* usia muda (<40 tahun) yaitu riwayat hipertensi, faktor genetik atau keturunan dan tekanan darah sistolik >140 mmHg. Dengan demikian dapat dilihat bahwa dari beberapa penelitian yang telah dilakukan terdapat hubungan antara hipertensi dengan kejadian *stroke*.

Hipertensi merupakan faktor risiko utama terjadinya *stroke*. Sering disebut sebagai *the silent killer* karena hipertensi meningkatkan risiko terjadinya *stroke* sebanyak 6 kali. Dikatakan hipertensi bila tekanan darah lebih besar dari 140/90 mmHg. Semakin tinggi tekanan darah pasien kemungkinan *stroke* akan semakin besar, karena terjadinya kerusakan pada dinding pembuluh darah sehingga memudahkan

terjadinya penyumbatan bahkan pecahnya pembuluh darah di otak. Jika serangan *stroke* terjadi berkali-kali, maka kemungkinan untuk sembuh dan bertahan hidup akan semakin kecil. Dengan mengetahui pengaruh hipertensi terhadap kejadian *stroke* iskemik dan *stroke* hemoragik, maka diharapkan dapat mencegah terjadinya *stroke* iskemik maupun *stroke* hemoragik dan *stroke* ulangan (Junaidi, 2011).

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui pengaruh hipertensi terhadap kejadian *stroke* iskemik dan *stroke* hemoragik di ruang neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi tahun 2011.

Adapun manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Sebagai bahan masukan bagi pihak rumah sakit dalam rangka meningkatkan upaya kesehatan masyarakat khususnya pada pasien *stroke* yang sedang dirawat dan keluarganya melalui penyuluhan-penyuluhan tentang pengaruh hipertensi terhadap kejadian *stroke* guna mencegah terjadinya *stroke* dan *stroke* ulangan di ruang neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi.
- b. Sebagai bahan masukan atau sumber informasi bagi peneliti lain mengenai pengaruh hipertensi terhadap kejadian *stroke* iskemik dan *stroke* hemoragik.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan rancangan studi *cross-sectional*. Studi *cross-sectional* digunakan untuk mempelajari hubungan antara faktor risiko dengan efek atau penyakit (Ghazali, 2011).

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi. Lokasi penelitian ini dipilih dengan alasan bahwa Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi merupakan rumah sakit yang menjadi pusat rujukan untuk penanganan penderita *stroke*. Penelitian dilakukan pada bulan September 2012 sampai dengan bulan Januari 2013. Data

yang dikumpulkan adalah data penderita *stroke* rawat inap, baik *stroke* iskemik maupun *stroke* hemoragik di ruang neurologi yang diperoleh dari rekam medik Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi tahun 2011. Populasi adalah data penderita *stroke* yang dirawat inap di ruang neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi dari bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2011 sebanyak 510 kasus. Sampel adalah data penderita *stroke* yang dirawat inap di ruang neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi yang sesuai dengan kriteria inklusi sebanyak 244 kasus. Sampel penelitian ini terdiri dari 146 pasien *stroke* iskemik dan 98 pasien *stroke* hemoragik dengan kriteria inklusi sampel yaitu pasien yang mengalami *stroke* pertama kali dengan usia ≤ 60 tahun, dirawat dengan diagnosa utama *stroke*, dan data riwayat penyakit termasuk hasil laboratoriumnya (gula darah sewaktu, HDL dan LDL) yang tercatat dengan lengkap.

Analisis data dilakukan secara bertahap, yaitu dengan analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat. Dimana analisis univariat adalah analisis yang dilakukan untuk masing-masing variabel atau disebut juga dari analisis berdistribusi tunggal (Notoatmodjo, 2010). Analisis univariat bertujuan untuk menggambarkan kejadian *stroke* iskemik dan *stroke* hemoragik berdasarkan variabel utama (hipertensi) dan variabel pengganggu (umur, jenis kelamin, *diabetes melitus*

dan hiperkolesterolemia) dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi. Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk menganalisis hubungan dua variabel.

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel utama (hipertensi) dan variabel dependen (kejadian *stroke*) setelah dikontrol oleh variabel pengganggu (umur, jenis kelamin, *diabetes melitus* dan hiperkolesterolemia). Analisis data yang dilakukan untuk melihat hubungan tersebut adalah dengan menggunakan uji *chi-square*, karena variabel dependen merupakan data kategorik dan variabel independennya juga data kategorik. Dan analisis multivariat adalah metode yang memungkinkan untuk melakukan penelitian terhadap lebih dari dua variabel secara bersamaan. Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan regresi logistik ganda yang bertujuan untuk membuat model yang menggambarkan hubungan antara variabel independen dengan satu variabel dependen, dan dengan mengontrol beberapa variabel pengganggu (Yasril, 2009).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Distribusi pasien *stroke* yang terdiri dari 146 orang pasien *stroke* iskemik dan 98 orang pasien *stroke* hemoragik berdasarkan variabel utama (hipertensi) dan variabel pengganggu (umur, jenis kelamin, *diabetes melitus* dan hiperkolesterolemia) dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Variabel Utama dan Variabel Pengganggu yang Memengaruhi Kejadian *Stroke* Iskemik dan *Stroke* Hemoragik

Variabel	<i>Stroke</i>				Total	
	<i>Stroke</i> Iskemik		<i>Stroke</i> Hemoragik		n	%
	n	%	n	%		
Hipertensi						
Hipertensi	137	70,6	57	29,4	194	100,0
Tidak hipertensi	9	18,0	41	82,0	50	100,0
Umur						
40-60 tahun	138	59,2	95	40,8	233	100,0
<40 tahun	8	72,7	3	27,3	11	100,0
Jenis kelamin						
Laki-laki	93	61,2	59	38,8	152	100,0
Perempuan	53	57,6	39	42,4	92	100,0
<i>Diabetes melitus</i>						
<i>Diabetes melitus</i>	39	1,5	55	58,5	94	100,0
Tidak <i>diabetes melitus</i>	107	1,3	43	28,7	150	100,0
Hiperkolesterolemia						
Hiperkolesterolemia	81	56,3	63	43,8	144	100,0
Tidak hiperkolesterolemia	65	65,0	35	5,0	100	100,0

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa dari 194 orang yang menderita hipertensi sebanyak 137 orang (70,6%) mengalami *stroke* iskemik, dan dari 50 orang yang tidak hipertensi sebanyak 9 orang (18,0%) yang mengalami *stroke* iskemik. Pada kelompok umur 40-60 tahun dari 233 orang terdapat 138 orang (59,2%) yang mengalami *stroke* iskemik, sedangkan pada kelompok umur <40 tahun dari 11 orang terdapat 8 orang (72,7%) yang mengalami *stroke* iskemik. Pasien yang berjenis kelamin laki-laki terdapat 152 orang dan 93 orang (61,2%) diantaranya yang mengalami *stroke* iskemik, sedangkan yang berjenis kelamin perempuan terdapat 92 orang dan 53 orang (57,6%) diantaranya yang mengalami *stroke* iskemik. Sebanyak 94 orang menderita *diabetes melitus* dan 39 orang (41,5%) diantaranya mengalami *stroke* iskemik, sedangkan yang tidak *diabetes melitus* sebanyak 150 orang dan 107 orang (71,3%) yang mengalami *stroke* iskemik. Penderita hiperkolesterolemia sebanyak 144 orang dan 81 orang (56,3%) diantaranya mengalami *stroke* iskemik, sedangkan sebanyak 100 orang yang tidak

menderita hiperkolesterolemia 65 orang (65,0%) diantaranya mengalami *stroke* iskemik. Sedangkan untuk kelompok *stroke* hemoragik dari 194 orang yang hipertensi sebanyak 57 orang (29,4%) yang mengalami *stroke* hemoragik, dan dari 50 orang yang tidak hipertensi sebanyak 41 orang yang mengalami *stroke* hemoragik. Pada kelompok umur 40-60 tahun dari 233 orang terdapat 95 orang (40,8%) yang mengalami *stroke* hemoragik, sedangkan pada kelompok umur <40 tahun dari 11 orang terdapat 3 orang (27,3%) yang mengalami *stroke* hemoragik. Pasien dengan jenis kelamin laki-laki terdapat 152 orang dan 59 orang (38,8%) diantaranya yang mengalami *stroke* hemoragik, sedangkan yang berjenis kelamin perempuan terdapat 92 orang dan 39 orang (42,4 %) diantaranya mengalami *stroke* hemoragik. Sebanyak 94 orang yang menderita *diabetes melitus* dan 55 orang (58,5%) diantaranya yang mengalami *stroke* hemoragik, sedangkan yang tidak *diabetes melitus* sebanyak 150 orang dan 43 orang (28,7%) diantaranya mengalami *stroke* hemoragik. Penderita hiperkolesterolemia sebanyak 144 orang

dan 63 orang (43,8%) diantaranya mengalami *stroke* hemoragik, sedangkan yang tidak hiperkolesterolemia sebanyak 100 orang dan 35 orang (5,0%) diantaranya mengalami *stroke* hemoragik.

Selanjutnya dilakukan analisis bivariat untuk melihat pengaruh masing-

masing variabel utama (hipertensi) dan variabel pengganggu (umur, jenis kelamin, *diabetes melitus* dan hiperkolesterolemia) terhadap kejadian *stroke* iskemik dan *stroke* hemoragik, yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2. Pengaruh Hipertensi dan Variabel Pengganggu terhadap Kejadian *Stroke* Iskemik dan *Stroke* Hemoragik di Ruang Neurologi di Rumah Sakit *Stroke* Nasional (RSSN) Bukittinggi Tahun 2011

Faktor	p	OR	95% CI
Hipertensi	0,0001	10,95	[5,00 ; 24,00]
Umur	0,3721	0,55	[0,14 ; 2,11]
Jenis kelamin	0,6764	1,16	[0,68 ; 1,96]
<i>Diabetes melitus</i>	0,0001	0,29	[0,17 ; 0,49]
Hiperkolesterolemia	0,2156	0,69	[0,41 ; 1,17]

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui OR hipertensi terhadap kejadian *stroke* iskemik sebesar 10,95. Hal ini berarti bahwa hipertensi secara signifikan berpengaruh terhadap kejadian *stroke* iskemik dan merupakan faktor risiko terjadinya *stroke* iskemik, yakni risiko terjadinya *stroke* iskemik pada penderita hipertensi 11 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak hipertensi (95% CI 5,00 ; 24,00). Tekanan darah tinggi (hipertensi) dapat mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga dapat mempercepat proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel/lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat. Semakin tinggi tekanan darah pasien kemungkinan *stroke* akan semakin besar. Jika serangan *stroke* terjadi berkali-kali, maka kemungkinan untuk sembuh dan bertahan hidup akan semakin kecil (Sudoyo, 2009; Junaidi, 2011).

Faktor pengganggu umur terhadap kejadian *stroke* iskemik dan *stroke* hemoragik memiliki nilai OR sebesar 0,55 dengan interval kepercayaan 95% yaitu antara 0,14 sampai dengan 2,11 yang menunjukkan bahwa faktor umur belum tentu merupakan faktor risiko sebab nilai OR terletak antara 0,14 sampai dengan

2,11, jadi mencakup nilai 1 dan belum tentu juga merupakan penghambat kejadian *stroke* iskemik. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, seperti penelitian yang dilakukan oleh Zhang et al (2011) di China bahwa pertambahan usia memengaruhi kejadian *stroke* iskemik dengan OR=2,122 (95% CI 1,335-3,374). Umur merupakan faktor risiko *stroke* iskemik yang tidak dapat diubah. Insiden *stroke* iskemik meningkat dengan bertambahnya usia. Penyakit *stroke* baik *stroke* hemoragik maupun *stroke* iskemik sering dianggap sebagai penyakit monopoli orang tua, namun sekarang ada kecenderungan juga diderita oleh kelompok usia muda (<40 tahun). Hal ini terjadi karena adanya perubahan gaya hidup terutama orang muda perkotaan modern, seperti mengkonsumsi makanan siap saji (*fast food*) yang mengandung kadar lemak tinggi, kebiasaan merokok, minuman beralkohol, kerja berlebihan, kurang berolahraga dan stres (Junaidi, 2011).

Begitu juga dengan jenis kelamin yang belum dapat disimpulkan sebagai faktor risiko berpengaruh terhadap kejadian *stroke* iskemik atau sebagai penghambat kejadian *stroke* iskemik maupun *stroke* hemoragik dengan interval kepercayaan 95% yaitu antara 0,68 sampai

dengan 1,96. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Zhang et al (2011) di China bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap kejadian *stroke* iskemik dengan OR pada laki-laki sebesar 1,593 (95% CI 1,006-2,523). Laki-laki lebih cenderung untuk terkena *stroke* lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan perbandingan 1,3 : 1, kecuali pada usia lanjut laki-laki dan perempuan hampir tidak berbeda. Pada laki-laki cenderung terkena *stroke* iskemik sedangkan wanita lebih sering menderita perdarahan subarakhnoid dan kematiannya 2 kali lebih tinggi dibandingkan laki-laki (Junaidi, 2011).

Hiperkolesterolemia dengan interval kepercayaan 95% yaitu antara 0,41 sampai dengan 1,17 juga tidak dapat disimpulkan sebagai faktor pengganggu atau faktor penghambat bagi kejadian *stroke* iskemik maupun *stroke* hemoragik. Hal ini tidak sesuai dengan hasil yang didapatkan oleh *Oxfordshire Community Stroke Project* (OCSP) dan *Oxford Vascular Study* (OXVASC) bahwa hiperkolesterolemia memengaruhi kejadian *stroke* iskemik dengan OR=1,56 (95% CI 1,29-1,89). Begitu juga dengan hasil penelitian di Chiayi Chang-Gung Memorial Hospital dengan OR=0,77 (95% CI 0,71-0,93) pada kelompok *stroke* iskemik jenis *non-lacunar* (Kirshner et al, 2011). Kolesterol merupakan zat di dalam aliran darah di mana semakin tinggi kolesterol maka semakin besar pula kemungkinan dari kolesterol tersebut tertimbun pada dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan saluran pembuluh darah menjadi lebih sempit sehingga mengganggu suplai darah ke otak. Inilah

yang dapat menyebabkan terjadinya *stroke* iskemik. Kolesterol merupakan salah satu faktor risiko yang sangat besar perannya pada penyakit jantung dan *stroke* iskemik (Junaidi, 2011).

Sedangkan faktor pengganggu *diabetes melitus* terhadap kejadian *stroke* iskemik memiliki nilai OR<1 yaitu sebesar 0,29 yakni risiko *stroke* iskemik pada penderita *diabetes melitus* sebesar 0,29 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak *diabetes melitus* (95% CI 0,17 ; 0,49), namun akan memengaruhi kejadian *stroke* hemoragik. Hal ini terjadi karena *diabetes melitus* akan mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar di seluruh pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak dan jantung. Sehingga akan memperluas infark (sel mati) karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob yang akan merusak jaringan otak.

Berdasarkan analisis bivariat maka didapatkan kandidat model multivariat yaitu variabel hipertensi, *diabetes melitus* dan hiperkolesterolemia. Kemudian dilakukan analisis multivariat untuk membuat model yang menggambarkan hubungan antara variabel independen secara bersama-sama dengan satu variabel dependen, dan dengan mengontrol beberapa variabel pengganggu. Setelah didapatkan model regresi logistik ganda, kemudian dilakukan pemeriksaan interaksi dan pemeriksaan *confounding*, sehingga didapatkan hasil analisis multivariat sebagai berikut:

Tabel 3. Model Akhir Regresi Logistik Ganda

Variabel	B	Exp (B)	SE	P	95% CI
Hipertensi	2,136	8,462	0,411	0,0001	[3,780 ; 18,944]
<i>Diabetes melitus</i>	-0,848	0,428	0,304	0,0053	[0,236 ; 0,777]
<i>Constant</i>	-0,971	0,379	0,413	0,0187	

Berdasarkan tabel di atas didapatkan persamaan model regresi logistik sebagai berikut:

$$\text{Logit } p(\text{SI}) = -0,971 + 2,136 (\text{HT}) + (-0,848) (\text{DM})$$

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa hipertensi secara signifikan memengaruhi kejadian *stroke* iskemik. Sedangkan faktor pengganggu yang terbukti memengaruhi kejadian *stroke* iskemik secara statistik yaitu variabel *diabetes melitus*, dan faktor pengganggu yang tidak terbukti memengaruhi kejadian *stroke* iskemik secara statistik yaitu umur, jenis kelamin dan hiperkolesterolemia. Hal ini disebabkan variabel tidak bermakna dalam analisis bivariat dengan nilai $p > 0,05$. Dari pemeriksaan *confounding* variabel *diabetes melitus* merupakan variabel pengganggu bagi hubungan hipertensi terhadap kejadian *stroke* iskemik dalam model multivariat karena nilai perubahan OR sebelum dan setelah variabel *diabetes melitus* dikeluarkan $> 10\%$, yaitu sebesar 29,4%. Maka variabel *diabetes melitus* ditetapkan sebagai variabel pengganggu kejadian *stroke* iskemik.

Berdasarkan analisis regresi logistik ganda dapat disimpulkan bahwa risiko kejadian *stroke* iskemik pada penderita hipertensi 8 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak hipertensi setelah dikontrol oleh *diabetes melitus* (OR=8,462 95% CI 3,780 ; 18,944).

Probabilitas terjadinya *stroke* iskemik jika memiliki riwayat hipertensi dan *diabetes melitus* adalah:

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(-0,971 + 2,136(1) + -0,848(1))}}$$

$$f(Z) = \frac{1}{1,728} = 0,58$$

Hal ini berarti bahwa probabilitas seseorang mengalami *stroke* iskemik dengan riwayat hipertensi dan *diabetes melitus* adalah sebesar 58% dan sebesar 42% akan mengalami *stroke* hemoragik. Hal ini terjadi karena dengan memiliki riwayat hipertensi dan diabetes melitus maka akan memperbesar probabilitas seseorang untuk mengalami *stroke* hemoragik. *Diabetes melitus* mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil (mikroangiopati) maupun pembuluh darah besar (makroangiopati) di seluruh pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak dan

jantung. Kadar glukosa darah yang tinggi pada penderita *stroke* akan memperbesar meluasnya area infark (sel mati) karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob yang merusak jaringan otak.

Sedangkan bila seseorang hanya memiliki riwayat hipertensi, maka probabilitas terjadinya *stroke* iskemik sebesar:

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(-0,971 + 2,136(1) + -0,848(0))}}$$

$$f(Z) = \frac{1}{1,312} = 0,76$$

Hal ini berarti bahwa probabilitas seseorang mengalami *stroke* iskemik dengan hanya memiliki riwayat hipertensi lebih besar, yaitu sebesar 76 dan hanya 24% yang akan mengalami *stroke* hemoragik. Karena hipertensi merupakan faktor risiko utama terjadinya *stroke* iskemik yang dapat mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis.

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Dari 244 pasien yang diteliti, sebanyak 146 orang yang mengalami *stroke* iskemik dan 98 orang yang mengalami *stroke* hemoragik, dengan proporsi kejadian *stroke* iskemik di ruang neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi tahun 2011 yaitu sebesar 59,8%.
2. Berdasarkan analisis bivariat (uji *chi-square*) didapatkan bahwa variabel yang memengaruhi kejadian *stroke* iskemik yaitu hipertensi, *diabetes melitus* dan hiperkolesterolemia. Namun berdasarkan analisis multivariat (Analisis Regresi Logistik Ganda) terbukti bahwa hipertensi berpengaruh terhadap kejadian *stroke* iskemik setelah dikontrol oleh *diabetes melitus*.
3. Besarnya Odds Ratio (OR) hipertensi terhadap kejadian *stroke* iskemik setelah dikontrol oleh *diabetes melitus* adalah sebesar 8,462. Hal ini berarti

- penderita hipertensi memiliki risiko mengalami *stroke* iskemik 8 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak hipertensi setelah dikontrol oleh *diabetes melitus* (95% CI 3,780 ; 18,944).
4. Persamaan model regresi logistik yang didapatkan yaitu:
Logit p (SI) = -0,971 + 2,136 (HT) + (-0,848) (DM)
 5. Kepada pasien yang memiliki riwayat hipertensi agar mengontrol tekanan darahnya guna mencegah terjadinya *stroke*.
 6. Kepada pasien dengan riwayat hipertensi dan *diabetes melitus* agar mengontrol tekanan darah dan kadar gula darahnya guna mencegah terjadinya *stroke* dan *stroke* ulangan.
 7. Kepada pihak rumah sakit agar melakukan pencatatan untuk jumlah pasien *stroke* pertahunnya bukan hanya jumlah kunjungan pertahun.
- DAFTAR PUSTAKA**
- Angga, M. 2004. **Hubungan Kadar Propil Lipid Darah dengan Penyakit Stroke Pasien Rawat Inap di Bagian Neurologi di Pusat Pengembangan Penanggulangan Stroke Nasional (PPPSN) Bukittinggi tahun 2004**. Skripsi, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Padang
- Balitbang. 2008. **Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional 2007**, Medan
- Gaharu, M. 2005. **Trombositemia Pada Stroke Iskemik**. [http://www.scribd.com/oc/105071680/Stroke\(gaharu\)](http://www.scribd.com/oc/105071680/Stroke(gaharu)). Diakses 12 November 2012.
- Ghazali, M. V. dkk. 2011. **Studi Cross-Sectional dalam Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis**, Edisi IV, Sastroasmoro & Ismael (editor), Sagung Seto, Jakarta.
- Junaidi, I. 2011. **Stroke Waspadai Ancamannya**. Penerbit Andi, Yogyakarta
- Kirshner, H.S. 2009. **Differentiating Ischemic Stroke Subtypes: Risk Factors and Secondary Prevention**. *Journal of The Neurological Sciences* 279 (2009): 1-8
- Kristiyawati, S.P. 2009. **Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang**. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan* 1(1):1-7.
- Notoatmodjo. 2010. **Metode Penelitian Kesehatan**. Rineka Cipta, Jakarta
- Misbach, J. 2001. **Stroke in Indonesia: A first large prospective hospital-based study of acute stroke in 28 hospitals in Indonesia**. *Journal of Clinical Neuroscience* 8 (3):245-249.
- Sarimi & Suharyo. 2008. **Beberapa Faktor Risiko Yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke (Studi Kasus di RSUP dr. Kariadi Semarang)**. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* 3(2):153-164
- Sudoyo, A. W. dkk. 2009. **Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam**, Edisi V, Jilid III. Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam, Jakarta
- WHO. 2008. **The Global Burden of Disease 2004 Update**. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
- Yasril & Subaris, H. 2009. **Analisis Multivariat Untuk Penelitian Kesehatan**. Penerbit Mitra Cendekia Press, Jogjakarta
- Yayasan Stroke Indonesia. 2012. **Angka Kejadian Stroke Meningkat Tajam**. <http://www.yastroki.or.id/read.php?id=317>. Diakses 25 Juli 2012
- Zhang, et al. 2011. **Clinical Factors in Patients with Ischemic versus Hemorrhagic Stroke in East China**. *World J Emerg Med* 2(1):18-23

Lampiran 4

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Effran Armansyah

Nim : P00320120047

Judul KTI : “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik (SH) Dengan Memberikan Posisi *Head Up* 30⁰ Di Ruang Rafflesia Rsud Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023”

Menyatakan dengan sebenar benarnya bahwa karya tulis ilmiah ini adalah betul – betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak di kemudian hari terbukti dalam karya tulis ilmiah ini ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 4 Juli 2023
Yang menyatakan

(Effran Armansyah)


Lampiran 5

BIODATA



Nama : Effran Armansyah
Tempat tanggal lahir : Muara Sindang, 26 Agustus 2003
Agama : Islam
Jenis kelamin : Laki – laki
Alamat : Nanjungan
Riwayat pendidikan : 1. SDN 03 Keban Jati Pasemah Air Keruh
2. SMP NEGERI 01 Pasemah Air Keruh
3. SMA NEGERI 01 Pasemah Air Keruh
4. Poltekkes Kemenkes Bengkulu Kampus B

Lampiran 6

**PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG**
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian depun Kecamatan Merigi Kab. Kepahiang
Kode Pos 39371
e-mail : rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 80 /RSUD – DIKLAT/2023 Merigi, 21 Juni 2023
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - **Karu Raflesia**
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di

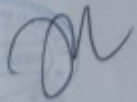
RSUD Kabupaten Rejang Lebong


Sehubungan dengan Surat Dari Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Nomor: KH.03.01/239/6.2/2023 Tanggal 16 Juni 2023 , Perihal Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa

Nama : **EFRAN ARMANSYAH**
NPM : P00320120047
Program Studi : D.III Keperawatan
Waktu : 20 Juni s.d 26 Juni 2023
Judul : *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik (SH) Dengan Implementasi Posisi Head Up 30 Derajat Pada Pasien Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif di ruangan Raflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.*

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi, Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong

Ka.R.I. Raflesia

JUNI RIFATI


dr. RHEYCO VICTORIA, Sp.An
NIP. 19800911 200804 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian Depun Kec Merigi Kabupaten Kepahiyang
Kode Pos 39371
Email rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 133 /RSUD – DIKLAT/2023 Merigi, 11 Juli 2023
Sifat : Biasa Kepada Yth,
Lampiran : - Kaprodi Keperawatan Curup
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Pengambilan Kasus di RSUD Kabupaten Rejang lebong Di -
Curup

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: KH.03.01/239/6.2/2023 tanggal 16 Juni 2023, Perihal Permohonan izin Pengambilan Kasus Tugas akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : **EFRAN ARMANSYAH**
NPM : P00320120047
Jurusan : D III Keperawatan
Waktu Penelitian : 20 Juni s.d 26 Juni 2023
Judul : ***Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik (SH) Dengan Implementasi Posisi Head Up 30 Derajat Pada Pasien Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif di ruangan Raflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.***

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

An. Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong
Kasubag Umum dan Kepegawaian


FAUZIA MINI, SKM
NIP: 19630211 198703 2 003

Lampiran 7



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI DIH KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

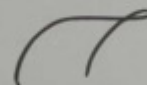
Nama Mahasiswa : Effran Armansyah
Nim : P00320120027
Nama Pembimbing : Almaini, S.Kp., M.Kes
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Stroke Hemoragik (Sh) Dengan Implementasi Posisi *Head Up* 30° Pada Pasien Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Diruangan Rafflesia Rsud Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	08 – 11 – 2022	- Konsul judul kasus - Acc judul - Lanjutkan BAB I	
2	06 – 01 – 2023	- Perbaiki judul - Perbaiki susunan BAB I sesuai format KTI - Lanjutkan BAB II	
3	06 – 03 – 2023	- Perbaiki penulisan BAB II - Perbaiki patway - Tambahkan daftar pustaka - Lanjut BAB III	
4	12 – 04 – 2023	- Konsul BAB III - Perbaiki BAB III penulisan - Perbaiki fokus studi kasus	
5	14 – 04 – 2023	- Perbaiki lagi Teknik pengumpulan data - Perbaiki lagi subjek studi kasus - Jelaskan cara pengumpulan data (wawancara)	
6	04 – 05 – 2023	- Lengkapi berkas untuk ujian proposal - Acc ujian proposal	

7	22 - 06 - 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul BAB IV - Perbaiki penulisan judul dengan benar - Perbaiki lagi pengkajian - Perbaiki Analisa data - Perbaiki cara penulisan - Lanjutkan BAB V 	/
8	26 - 06 - 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan yang salah - Penulisan sesuai dengan format KTI - Perbaiki pembahasan - Lanjutkan BAB VI 	/
9	27 - 06 - 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki lagi implementasi bagian pembahasan dijelaskan secara detail tindakan yang telah dilakukan dan bagaimana responnya - Perbaiki pembahasan sesuaikan dengan teori 	/
10	03 - 07 - 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Bandingkan dengan teori atau jurnal yang ada apakah ada kesamaan atau perbedaan 	/
11	04 - 07 - 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan daftar Pustaka - Kesimpulan dan saran harus menjawab tujuan dari penelitian yang telah dilakukan, dijelaskan 	/
12		<ul style="list-style-type: none"> - Acc ujian hasil 	/

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 19711217199102100



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Efran Armansyah
Nim : P00320120027
Nama Ketua Penguji : Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Stroke Hemoragik (Sh) Dengan Implementasi Posisi *Head Up* 30° Pada Pasien Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Diruangan Rafflesia Rsud Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	13 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan lembar observasi- Lengkapi penulisan- Perbaiki penulisan- Tambahkan definisi operasional diagnosa	
2	15 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Acc revisi proposal	
4	20 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki pembahasan BAB V- Tambahkan sumber di pembahasan intervensi, implementasi	
5	26 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki daftar Pustaka- Sumber jurnal nama belakang saja	
6	27 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Acc revisi	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 19711217199102100



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Effran Armansyah
Nim : P00320120027
Nama Penguji I : Ns. Dedi Ansori, S.Kep
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Stroke Hemoragik (Sh) Dengan Implementasi Posisi *Head Up 30°* Pada Pasien Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Diruangan Rafflesia Rsud Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	07 juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki BAB I- Lengkapi data latar belakang BAB I- Perbaiki WOC- Penatalaksanaan dipisahkan antara medis & keperawatan- Tambahkan manfaat bagi rumah sakit- Acc revisian proposal	
3	20 juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki pengkajian- Perbaiki implementasi- Perbaiki penulisan- Acc revisian karya tulis ilmiah	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021

bismillah 30%

by Efran

Submission date: 04-Aug-2023 10:24AM (UTC+0700)

Submission ID: 2056313252

File name: BISMILLAH_30.docx (29.49K)

Word count: 1174

Character count: 7765

BAB V

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan perawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Hemiparase Dextra Susp* SNH dd SH. Penerapan asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan seperti pengkajian keperawatan, analisa data, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya penerapan tindakan *head up* 30°, dan evaluasi keperawatan pada Tn. S yang dilaksanakan pada tanggal 20 Juni 2023 sampai dengan 22 Juni 2023, sehingga bisa dapat diambil kesimpulan dan pemecahan masalah. Maka penulis dapat membandingkan antara teori dan praktik hasil yang telah dilaksanakan sesuai dengan asuhan keperawatan Tn. S dengan *Hemiparase Dextra Susp* SNH dd SH diruang rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong sebagai berikut :

5.1 Pengkajian keperawatan

Pada kasus Tn. S dengan penyakit *Hemiparase Dextra Susp* SNH dd SH dilakukan pada tanggal 20 juni 2023, pada saat mengumpulkan data penulis menggunakan sebuah metode wawancara dengan klien dan keluarga klien dan mengobservasi keadaan klien seperti melakukan tindakan pemeriksaan fisik per sistem pada klien, dikarenakan perawat menganggap lebih sistematis dan lebih akurat, pemeriksaan ini didukung oleh sumber catatan keperawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang sehingga diperoleh data yang dibutuhkan.

Berdasarkan pengkajian yang ditemukan pada kasus Tn. S sesuai dengan konsep teori (Manurung, 2018), keluhan utama dan riwayat penyakit dahulu pada Tn. S yaitu mengalami keluhan anggota gerak sebelah kanan tidak dapat digerakan. Selain itu, klien mengatakan badan klien masih terasa lemas, klien juga mengatakan masih merasakan sesak nafas, klien mengatakan pada bagian kepala dan klien terlihat lemah, klien tampak pucat, bibir klien tampak tidak simetris, klien mengalami kesulitan berbicara dan juga kesulitan bergerak terutama dibagian ekstremitas bagian sebelah kanan.

Kasus pada Tn. S sesuai dengan pengkajian teoritis, yang mana didapatkan data saat pengkajian tentang kelemahan anggota gerak pada ekstremitas klien yang berakibatkan klien mengalami kesusahan dalam melakukan mobilisasi dan susah untuk memenuhi activity daily living nya secara mandiri. Menurut teori Rendi, Dkk (2012) dalam pemeriksaan fisik memiliki hasil yang sesuai dengan kasus yang diangkat yakni tekanan darah meningkat, kemudian pada pemeriksaan neurogi didapatkan data kearah samping, bicara sedikit pelo, ada sedikit deviasi mulut kearah kanan, terdapat kesulitan dalam menelan, anggota badan sebelah kanan tidak bisa digerakan karena terjadi kelemahan dan sulit menggerakkan lidah dari sisi yang satu kesisi yang lainnya.

Menurut M.Clevo Rendi (2012) pengkajian kekuatan otot pada pasien Hemiparase Dextra Susp SNH dd SH yaitu mengalami kelemahan ekstremitas hemiparesis atau hemiplegia pada penderita stroke yang menyebabkan penurunan kekuatan otot. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. S

didapatkan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dengan nilai 1 dan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri dengan nilai 4.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut teori pada saat menegakkan diagnose yang mungkin muncul pada klien Stroke Hemoragik menurut SDKI DPP PPNI 2017 yaitu :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan (D.0005).
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral.(D.0017).
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak.(D.0054)
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.(D.0056).

Berdasarkan data-data yang didapatkan dari Tn. S terdapat 3 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan, yaitu :

1. Resiko perkusi serebral tidak efektif dd Penurunan suplai darah dan o₂ keotak (D.0017).
2. Pola nafas tidak efektif db Hambatan upaya nafas (D.0077).
3. Gangguan mobilisasi fisik bd Penurunan kekuatan otak (D.0054).

5.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan langkah awal yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan dalam sebuah asuhan keperawatan yang dapat dilakukan untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dan cara mengatasi masalah keperawatan yang telah ditentukan. Rencana keperawatan yang dibentuk berdasarkan diagnosa yang tertegak yaitu meliputi 3 diagnosa diantaranya resiko perkusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan O₂ keotak adalah motorik tanda dan juga gejala peningkatan TIK, monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu dan monitor oksimetri.

Untuk perencanaan pada diagnosa pola nafas tidak efektif yang berhubungan dengan hambatan upaya nafas antara lain monitor pola nafas seperti frekuensi, mengi, wheezing, ronkhi kering. Kemudian untuk monitor sputum atau jumlah, warna, dan aroma. Selanjutnya pertahanan jalan nafas, memeberikan minuman hangat, melakukan posisi *head up 30°*, melakukan fisioterapi dada apabila perlu, berikan oksigen apabila diperlukan, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak kontraindikasi, menganjurkan teknik batuk efektif, berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik jika digunakan.

Perencanaan untuk diagnosa terakhir gangguan mobilisasi fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu dengan mengidentifikasi

adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor kondisinya, menganjurkan latihan gerakan ROM dan periksa kekuatan otot. Intervensi untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yang tidak dapat dilakukan adalah memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu dan memfasilitasi dalam melakukan gerak dikarenakan keterbatasan alat.

5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan ialah perwujudan dari intervensi keperawatan yang telah tersusun. Proses pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan secara mandiri dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain. Sebelum melakukan tindakan diawali dengan meninjau kembali keadaan dan keperluan klien dengan mengacu pada diagnosa keperawatan yang diambil.

Implementasi keperawatan yang telah direncanakan tidak semuanya penulis dapat melakukannya sendiri, penulis berkolaborasi dengan perawat yang ada di ruangan. Saat penulis tidak ada di ruangan, penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan observasi (catatan perkembangan) klien serta melihat catatan observasi dokter dan bertanya pada perawat yang sedang menjaga di ruangan tersebut.

Tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan pada diagnosa resiko perkusi serebral tidak efektif disertai dengan hiperkolesterolemia, hipertensi adalah memonitor tanda serta gejala peningkatan TIK, melakukan monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), melakukan monitor tanda – tanda vital dan

memonitor oksimetri. Untuk tindakan pada diagnosa nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (hipertensi) diantara lain melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi pada skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri dan mengajarkan teknik nonfarmokologi. Tindakan untuk diagnosa terakhir gangguan mobilisasi fisik hubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu melakukan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor kondisi umum.

Tindakan yang dilakukan oleh penulis untk klien yaitu *head up 30°* yang bertujuan untuk memperlancar dan meningkatkan aliran darah ke otak, memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral dan kemampuan motorik, sehingga pada penyembuhan klien stroke menjadi lebih cepat, menurunkan tekanan intrakarnial pada pasien stroke hemoragik, memberikan kenyamanan dan rileks pada pasien stroke hemoragik (Kusuma, dkk, 2019). Tindakan *head up 30°* ini dilakukan implementasi selama pasien dirawat.

5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang telah dilakukan oleh penulis sudah sesuai dalam teori yaitu terdapat evaluasi sumatif dan formatif. Setelah melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari perawatan pada pasien Tn.S dengan menggunakan 3 diagnosa keperawatan, dengan 2 diagnosa masalah yang dapat teratasi pada tanggal 20 Juni 2023 dan 1 diagnosa masalah teratasi sebagian.

Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. S dengan *Hemiparase Dextra Susp* SNH dd SH terdapat 2 diagnosa teratasi diantaranya yaitu :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif dd penurunan suplai darah dan O₂ keotak dengan hasil subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian kepala maupun leher telah berkurang.
2. Pada nafas tidak efektif bd hambatan upaya nafas dengan hasil subjektif klien mengatakan nafas klien telah membaik.

Dan terdapat juga masalah keperawatan yang baru teratasi sebagian diantaranya untuk diagnosa.

1. Gangguan mobilitas fisik bd penurunan kekuatan otot dengan hasil subjektif klien mengatakan klien tidak dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dan klien mengatakan badannya sedikit membaik.

bismillah 30%

ORIGINALITY REPORT

30%
SIMILARITY INDEX

29%
INTERNET SOURCES

6%
PUBLICATIONS

6%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	16%
2	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	3%
3	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	2%
4	repo.stikmuhptk.ac.id Internet Source	2%
5	dspace.umkt.ac.id Internet Source	2%
6	Arif Hendra Kusuma, Atika Dhiah Anggraeni. "KOMBINASI POSISI KEPALA 30° DAN PASIVE RANGE OF MOTION TERHADAP SKOR NIHSS PADA PASIEN STROKE", Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal, 2021 Publication	1%
7	www.slideshare.net Internet Source	1%

8	wendygoxil.blogspot.com Internet Source	1%
9	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%
10	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	1%
11	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On

Lampiran 8

DOKUMENTASI TINDAKAN

