



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS DENGAN *HEMORAGIC STROKE* (HS) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

DISUSUN OLEH:

MONIKA TANGKI (NS2114901105)

MURNIATI BO'LENG (NS2114901107)

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



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS DENGAN *HEMORAGIC STROKE* (HS) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

DISUSUN OLEH:

MONIKA TANGKI (NS2114901105)

MURNIATI BO'LENG (NS2114901107)

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Monika Tangki' (Ns2114901105)
2. Murniati Bo'leng (Ns2114901107)

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

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

Makassar, 06 Juli 2022

yang menyatakan,

Monika Tangki'

Murniati Bo'leng

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

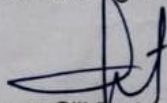
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Hemoragic Stroke* (HS) di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Monika Tangki' (Ns2114901105)
2. Murniati Bo'leng (Ns2114901107)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



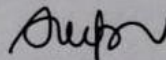
(Nikodemus Sili Bada, Ns., M.Kep)
NIDN: 0927038903

Pembimbing 2



(Elmiana Bongga Linggi', Ns., M.Kes)
NIDN: 0925027603

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



Fransiska Anita E.R. Sa' pang, Ns., Sp.Kep.MB
NIDN: 0913098201

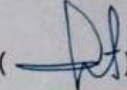
HALAMAN PENGESAHAN

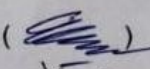
Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:


Nama :Monika Tangki' (Ns2114901105)
Murniati Bo'leng (Ns2114901107)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
Hemoragic Stroke di Ruang ICU Rumah Sakit Stella
Maris Makassar

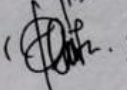
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Nikodemus Sili Beda.,Ns.,M.Kep ()

Pembimbing 2 : Elmiana Bongga Linggi'. ,Ns.,M.Kes ()

Penguji 1 : Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns, M.Kes ()

Penguji 2 :Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep ()

Ditetapkan di Makassar

Tanggal 06 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns, M.Kes
NIDN: 092802710

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Monika Tangki' (Ns2114901105)

Murniati Bo'leng (Ns2114901107)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 06 Juli 2022

Yang menyatakan

Monika Tangki'

Murniati Bo'leng

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Monika Tangki'
Tempat/Tanggal Lahir : Tomanggaruk 28 Juli 1998
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Andi Tondro V Lrg. 1 No. 4

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Stanis Palayukan
Yuliana Tangki'
Agama : Katolik
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Toraja Utara

III. Pendidikan yang Telah ditempuh

SD Inpres Pasang : 2004-2010
SMP Negeri 01 Sanggalangi' : 2010-2013
SMA Katolik Rantepao : 2013-2016
DIII Stik Stella Maris Makassar : 2016-2019
SI Stik Stella Maris Makassar : 2019-2021
Ners Stik Stella Maris Makassar : 2021-2022

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Murniati Bo'leng
Tempat/Tanggal Lahir : Simbuang, 07 Agustus 1995
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Haji Kalla II

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Paulus P.
Ester Mundung
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Petani
Alamat : Tana Toraja

III. Pendidikan yang Telah ditempuh

SD Negeri 01 Sarangdena' : 2004-2008
SMP Negeri 01 Simbuang : 2008-2011
SMA Negeri 01 Pana' : 2011-2014
DIII Stik Stella Maris Makassar : 2014-2017
SI Stik Stella Maris Makassar : 2017-2019
Ners Stik Stella Maris Makassar : 2021-2022

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya ilmiah akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS DENGAN *HEMORAGIK STROKE* DI RUANG ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”**.

Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar dan sebagai dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns., M.kep., Sp.KMB selaku wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery sambo, Ns., M.Kep, selaku ketua Program Studi S1 Keperawatandan Ners STIK Stella Maris Makassar.
4. Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasidan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
5. Nikodemus Sili Beda., Ns., M.Kep, selaku dosen pembimbing I dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan

waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

6. Elmiana Bongga Linggi',Ns.,M.Kes, selaku dosen pembimbing II dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep, selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Ny "F" selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
10. Teristimewa kepada kedua orang tua tercinta dari Monika Tangki', Bapak Stanis Palayukan dan Ibu Yuliana Tangki' serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
11. Teristimewa kepada orang tua tercinta Murniati Bo'leng Bapak Paulus P.dan Ibu Ester Mundung serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
12. Seluruh teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Ilmiah ini. Oleh karena itu penulis mohon kritik dan masukan yang membangun dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 06Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xii
Halaman Daftar Lampiran	xiv
Halaman Daftar Tabel	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	4
1. Instansi rumah sakit	4
2. Institusi/akademik.....	4
3. Pasien dan keluarga	4
4. Penulis	4
D. Metode Penulisan	4
1. Studi kepustakaan	4
2. Studi kasus	4
E. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis <i>Hemoragic Stroke</i>	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi dan Fisiologi	8
3. Etiologi	13

4. Patofisiologi	15
5. Manifestasi klinik	16
6. Tes diagnostik	16
7. Penatalaksanaan medis	17
8. Komplikasi	19
B. Konsep Dasar Keperawatan	20
1. Pengkajian.....	20
2. Diagnosis Keperawatan	23
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	24
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)	29

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Primer	34
B. Analisa Data.	39
C. Diagnosis Keperawatan	40
D. Pengkajian Sekunder.....	41
E. Analisa Data Sekunder.	64
F. Diagnosis keperawatan	65
G. Intervensi Keperawatan	66
H. Implementasi Keperawatan	69
I. Evaluasi Keperawatan	93

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep	100
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing.....	106

BAB V SIMPULAN

A. Simpulan	111
B. Saran.....	112

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi.....	8
-----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Primer.....	34
Tabel 3.2 Analisa Data Primer	39
Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium	57
Tabel 3.4 Analisa Gas Darah.....	58
Tabel 3.5 Analisa Data Sekunder	64
Tabel 3.6 Diagnosa Keperawatan.....	65
Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan	66
Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan.....	69
Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan	93

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan peradaban manusia sudah semakin berkembang pesat di segala bidang kehidupan. Ilmu pengetahuan dan teknologi dewasa ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan masyarakat moderen. Kesibukan yang luar biasa terutama di kota besar membuat manusia terkadang lalai terhadap kesehatan tubuhnya. Pola makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja berlebihan serta konsumsi makanan cepat saji sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menimbulkan berbagai macam penyakit pembuluh darah dan penyakit non infeksi salah satunya adalah penyakit yang menyerang pembuluh darah otak yaitu stroke (Muh Basri, 2015).

Salah satu penyakit yang banyak kita jumpai saat ini adalah penyakit stroke, penyakit ini disebut-sebut sebagai salah satu penyakit yang mematikan dan menyebabkan kecatatan serius. Secara global, stroke menduduki urutan ke-2 sebagai penyakit mematikan. Pada umumnya stroke menyerang orang-orang yang berusia di atas 40 tahun, namun tidak dipungkiri penyakit ini dapat juga menyerang semua usia termasuk anak-anak (Arum,2015).

Stroke atau cedera cerebrovaskuler (CVA) merupakan gangguan peredaran darah ke otak yang dapat mengakibatkan fungsi otak terganggu dan bila gangguan yang terjadi cukup besar akan mengakibatkan kematian sebagian sel saraf. Kematian sel saraf dapat mengakibatkan fungsi otak berhenti dan suplai darah ke bagian otak akan berkurang sehingga dapat menyebabkan penyakit cerebrovaskuler selama beberapa tahun (Widyaswara Suwaryo et al., 2019).

World Health Organization (WHO) Stroke merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda klinis yang berkembang cepat

berupa defisit neurologi, lokal dan global yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian. Mayoritas kejadian stroke yang diobservasi di negara-negara berkembang, diketahui bahwa 75,2% seluruh stroke berkaitan dengan kematian dan 81,0% bermakna adanya kecacatan akibat stroke (Arum, 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilaksanakan oleh Kemenkes RI (2018), prevalensi stroke tertinggi di Indonesia terdapat di Provinsi Kalimantan Timur (14,7%) dan terendah di Provinsi Papua (4,1%). Prevalensi stroke di Provinsi Sulawesi Selatan adalah 10,6%, prevalensi penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya umur dengan kasus tertinggi pada kelompok umur 75 tahun keatas (48,2%) dan terendah pada kelompok umur 15-24 tahun (0,6%). Berdasarkan jenis kelamin, prevalensi stroke pada laki-laki (11%) hampir sama dengan perempuan (10,9%). Berdasarkan pendidikan, prevalensi stroke cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah (21,2%). Berdasarkan pekerjaan, prevalensi stroke lebih tinggi pada masyarakat yang tidak bekerja (21,8%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di 2 perkotaan (12,6%) lebih tinggi dibanding di pedesaan (8,8%) (Kemenkes RI, 2018).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2019 menyebutkan bahwa jumlah data penderita stroke sebanyak 1.811 kasus dan penderita baru sebanyak 3.512 kasus dengan 160 kematian (Dinkes Prov. Sulawesi Selatan, 2020).

Berdasarkan data-data diatas banyaknya kasus kematian dan penderita penyakit stroke di Indonesia di mana penyakit stroke membutuhkan perawatan dan pemulihan yang lama sehingga membutuhkan biaya yang besar, selain itu juga pasien stroke akan mengalami gejala sisa atau kecacatan. Maka berdampak pada

menurunnya tingkat produktivitas serta dapat menyebabkan terganggunya sosial ekonomi keluarga.

Berdasarkan uraian diatas maka penyakit stroke merupakan kasus yang perlu mendapat perhatian khusus karena angka kecacatan, angka kematian serta biaya yang diperlukan untuk pengobatan cukup tinggi. Dalam mengatasi berbagai permasalahan yang timbul pada pasien stroke, peran perawat sangat penting. Sebagai perawat pelaksana, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif yang meliputi : promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Berdasarkan data tersebut maka penulis tertarik untuk mengangkat diagnosa yang berjudul “ Asuhan Keperawatan dengan gangguan sistem saraf *Hemoragic Stroke*” di ruang ICU/HCU, Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan harapan mampu menerapkan asuhan keperawatan yang efektif dan berkualitas.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hemoragic Stroke*.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien *Hemoragic Stroke*.
- b. Merumuskan diagnosa pada pasien dengan *Hemoragic Stroke*
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hemoragic Stroke*.
- d. Melaksanakan implementasi pada pasien dengan *Hemoragic Stroke*.
- e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan *Hemoragic Stroke*
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hemoragic Stroke*.

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi :

1. Instansi rumah sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan *Hemoragic Stroke*

2. Institusi/Akademik

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

3. Pasien dan Keluarga

Pasien dapat dijadikan sebagai pedoman dalam mengajarkan cara rawat pasien dengan *Hemoragic Stroke*, dan keluarga mengetahui dan mampu menerapkan cara merawat pasien *Hemoragic Stroke*.

4. Penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan khususnya merawat pasien *Hemoragic Stroke*.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskripsif dalam bentuk studi kasus.

1. Studi Kepustakaan

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

2. Studi Kasus

Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan

informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan :

a. Observasi

Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

b. Wawancara

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

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Diskusi

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

e. Dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

Untuk memperoleh gambaran yang jelas dalam penyusunan karya tulis ini, penulis membagi dalam lima bab, yaitu: BAB I: Pendahuluan yang memuat tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II: Tinjauan teoritis meliputi :

Konsep dasar medis yang terdiri dari : Pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, gambaran klinik, penatalaksanaan, komplikasi,.Konsep dasar keperawatan yang terdiri dari : Pengkajian data, luaran, tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi.

BABIII: Tinjauan kasus, membahas asuhan keperawatan pada klien Ny. "J" yang dirawat di ruang ICU dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan

BAB IV: Pembahasan, Menguraikan tentang kesenjangan antara teori dan praktek keperawatan yang telah dilaksanakan pada kasus yang telah ditentukan.

BAB V: Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan : Merupakan intisari dari seluruh karya tulis ini.

Saran : Merupakan masukan yang bermanfaat bagi semua pihak yang berhubungan langsung pemberian asuhan keperawatan pada pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis *Homoragic Stroke*

1. Pengertian

Stroke adalah gangguan fungsi sistem saraf yang terjadi secara tiba-tiba disebabkan oleh kurangnya aliran darah di otak. Stroke disebabkan oleh rusaknya pembuluh darah di otak. Gangguan peredaran otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kurangnya suplai oksigen ke otak menyebabkan kematian sel saraf (neuron). Disfungsi otak menyebabkan gejala stroke. Stroke merupakan penyebab kematian nomor dua di dunia dan kecatatan nomor tiga (Pratiwi & Rahmayani, 2021).

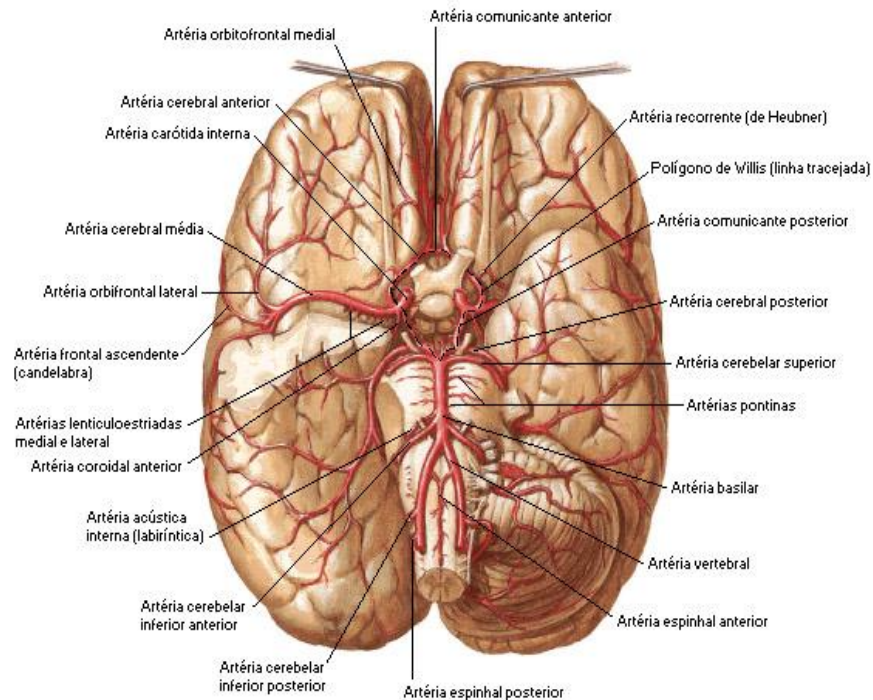
Stroke merupakan suatu keadaan dimana sel-sel otak mengalami kerusakan karena kekurangan oksigen yang disebabkan oleh adanya gangguan aliran darah ke otak. Kekurangan oksigen pada beberapa bagian otak dapat menyebabkan gangguan fungsi pada bagian tersebut (Chandra et al., 2020).

Stroke adalah cedera otak yang disebabkan oleh kurangnya aliran darah ke otak. Penurunan aliran darah ke otak bisa dapat disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah di otak. Bisa juga disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Ketika aliran darah ke otak berkurang, beberapa area otak rusak (Dharma, 2018).

Berdasarkan defenisi di atas penulis dapat menyimpulkan stroke adalah gangguan sirkulasi atau peredaran darah otak yang terjadi secara mendadak yang disertai dengan perdarahan ataupun tidak sehingga menyebabkan terjadinya iskemik yang dapat menimbulkan tanda dan gejala sesuai dengan daerah yang terganggu.

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1

Sumber: Ensiklopedia, (Ramadi Raurel, 2018)

b. Fisiologi

1) Sistem saraf pusat

Otak adalah struktur pusat pengaturan yang memiliki volume sekitar 1.350cc dan terdiri dari seratus juta sel saraf dan neuron. Secara garis besar otak terdiri atas 3 bagian utama yaitu :

a) Otak besar (cerebrum)

Serebrum merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Masing-masing disebut fosa kranialis anterior atas dan fosa kranialis media. Otak mempunyai dua permukaan atas dan bawah. Kedua permukaan ini dilapisi oleh lapisan kelabu yaitu pada bagian korteks serebral dan

zat putih terdapat pada bagian dalam yang mengandung serabut saraf.

Pada otak besar terdapat beberapa lobus yaitu :

- (1.) Lobus frontal, adalah bagian dari serebrum yang terletak di depan sulkus sentralis. Berfungsi dalam konsentrasi, pikiran abstrak, memori, fungsi motorik terdapat di area brocca untuk kontrol motorik bicara.
- (2.) Lobus temporalis, terdapat di bawah lateral dari fisura serebralis dan di depan lobus oksipitalis. Berfungsi dalam integrasi somatisasi, pendengaran dan penglihatan.
- (3.) Lobus parietalis, adalah daerah korteks yang terletak di belakang sulkus sentralis, di atas fisura lateralis dan meluas ke belakang fisura parietookspitalis. Lobus ini merupakan daerah sensorik primer otak untuk rasa raba dan pendengaran.
- (4.) Lobus oksipitalis, adalah lobus posterior korteks serebrum. Lobus ini terletak di sebelah posterior dari lobus parietalis dan di atas fisura-fisura parietoksipitalis. Lobus ini menerima informasi yang berasal dari retina mata

b) Batang Otak

Terletak pada fosa anterior, bagian-bagian batang otak terdiri dari :

- (1.) Diensefalon, bagian otak paling atas terdapat di antara serebellum dan mesencefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di depan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap ke samping. Fungsi dari diensefalon yaitu vasoktriktor, respiratori, mengontrol kegiatan reflex, dan membantu kerja jantung.

- (2.) Mesencefalon, atap dari mesencefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua di sebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Fungsinya yaitu membantu pergerakan mata, mengangkat kelopak mata, memutar mata dan pusat pergerakan mata.
- (3.) Pons Varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesencefalon dan pons varoli dengan serebellum, terletak di depan serebellum di antara otak tengah dan medulla oblongata. Fungsinya yaitu : penghubung antara kedua bagian serebellum dan pusat saraf nervus trigeminus.
- (4.) Medulla Oblongata, merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Fungsinya yaitu : mengontrol kerja jantung, mengecilkan pembuluh darah, pusat pernapasan, dan mengontrol kegiatan reflex.

c) Otak Kecil

Serebellum atau otak kecil terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan di atas medulla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut aferan sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi.

2) Sistem saraf tepi/ perifer

a) Saraf somatik

Saraf somatik terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medulla spinalis dan bersiap secara langsung pada sel otot rangka. Neuron motorik merupakan saraf besar bermialin yang melepas asetil kolin di taut neuromuskuler.

b) Sistem saraf otonom

(1) Sistem saraf simpatis

Fungsi dari sistem ini adalah : siap siaga untuk membantu proses kedaruratan, keadaan stres baik yang disebabkan oleh fisik maupun emosional yang dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada implus simpatis, sebagai akibatnya yaitu : Bronkiolus berdilatasi untuk pertukaran gas, kontraksi jantung yang kuat dan cepat, dilatasi arteri menuju jantung dan otot volunter yang membawahkan lebih banyak darah. Kontraksi pembuluh darah perifer yang membuat kulit pada kaki dingin, dilatasi pada pupil, hati mengeluarkan glukosa untuk energi cepat, peristaltik makin lambat, rambut berdiri dan peningkatan keringat.

(2) Sistem saraf parasimpatis

Berfungsi sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam, kondisi tanpa stress, implus dan serabut-serabut parasimpatis (kolenerjik) yang menonjol.

c) Sistem peredaran darah otak

Sistem saraf pusat sangat bergantung pada aliran darah yang memadai untuk nutrisi dan pembuangan sisa-sisa makanan serta metabolisme. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang dan berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjalin suplai darah yang kuat untuk sel.

Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vertebralis dan arteri karotis. Kedua arteri ini merupakan sistem arteri terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tetapi keduanya disatukan oleh pembuluh anastomosis yang membentuk sirkulasi arterious wilisi :

(1) Arteri karotis interna

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis kira-kira setinggi tulang rawan tiroid. Arteri karotis komunis kiri bercabang dan aorta, tetapi arteri karotis komunis kanan berasal dari arteri brakiosefalika. Arteri karotis eksterna memperdarahi wajah, tiroid, lidah dan faring. Arteri karotis interna sedikit berdilatas tepat setelah percabangannya yang dinamakan sinus karotikus, dimana terdapat ujung-ujung saraf khusus yang berespons terhadap perubahan tekanan darah arteri, yang secara refleks mempertahankan suplai darah ke otak. Arteri karotis interna terbagi menjadi dua yaitu arteri serebri anterior dan media, arteri karotis interna mempercabangkan arteri oftalmika yang masuk ke dalam orbita dan memperdarahi mata dan isi orbita lainnya, bagian-bagian hidung dan sinus-sinus udara. Bila arteri ini tersumbat maka dapat mengakibatkan kebutaan monokular.

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

(2) Arteri vertebralis

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

oblongata, pons serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon.

3. Etiologi

Menurut Rahayu (2020), penyebab *Hemoragic Stroke* antara lain :

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku dan penurunan fungsi yang dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah mengakibatkan ruptur pembuluh darah dan terjadi pecah pembuluh darah.

2) Jenis kelamin (gender)

Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait bahwa laki-laki cenderung merokok, bahaya merokok dapat menimbulkan plak pada pembuluh darah.

b. Faktor presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan adanya gangguan aliran darah dimana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. Berkurangnya aliran darah ke otak, maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati.

2) Stres

Stres bisa menjadi faktor penyebab terjadinya stroke. Stres bisa menyebabkan peningkatan denyut jantung dan bisa menyebabkan tekanan darah meningkat.

3) Diabetes melitus

Pembuluh darah pada penderita DM umumnya lebih kaku atau tidak lentur, karena adanya peningkatan atau peningkatan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat

menyebabkan kematian otak.

4) Pola hidup

1. Obesitas

Stroke terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL yang (*Low-Density Lipoprotein*) lebih tinggi dibandingkan kadar HDL (*High-Density Lipoprotein*).

2. Merokok

Orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibandingkan orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

c. Dari kedua faktor di atas maka akan mengakibatkan :

1) Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan trombosis stroke yaitu :

- a) Aterosklerosis, mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.
- b) Hiperkoagulasi,, darah bertambah kental, peningkatan viskositas/hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebri.

2) Embolisme Serebral

Merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara yang berasal dari trombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebri.

3) Iskemia Serebral

Pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak.

4) Thromboemboli

Terjadi akibat lepasnya plak aterotrombolik yang disebut sebagai emboli, yaitu akan menyumbat arteri disebelah distal dari arteri yang mengalami proses aterosklerotik.

4. Patofisiologi

Kurangnya perfusi pada daerah perdarahan arteri menyebabkan infark korteks lokal, subkortikal, atau batang otak local. Ransum darah tidak dikirim ke daerah tersebut. Lesi yang terjadi disebut infark iskemik jika arteri tersumbat dan infark hemoragik ketika arteri pecah. Menurut Rahayu (2020), stroke dapat dibagi sebagai berikut:

a. Stroke iskemik / Non Hemoragik

Iskemia disebabkan oleh penyumbatan aliran darah otak akibat trombus atau emboli. Trombosis umumnya disebabkan oleh berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah yang menyumbat arteri, mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke daerah trombotik, menyebabkan iskemia dan akhirnya jaringan otak, mengakibatkan infark. Emboli disebabkan oleh emboli yang bergerak menuruni arteri karotis ke arteri serebral. Oklusi arteri ini menyebabkan iskemia yang tiba-tiba dan cepat, yang menyebabkan neuropati lokal.

b. Stroke Hemoragik

Pembuluh darah yang pecah memungkinkan darah mengalir ke dalam zat atau ruang subarachnoid sehingga menyebabkan perubahan komposisi intrakranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen intrakranial (TIK) yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan tingkatan Tekanan Intra Kranial (TIK), yang jika berlanjut menyebabkan patah tulang dan

kematian otak. Masuknya darah ke dalam substansi atau ruang subarakhnoide otak dapat menyebabkan edema dan spasme pembuluh darah serebral, dan tekanan pada area ini mengurangi atau kekurangan aliran darah dan menyebabkan nekrosis jaringan otak.

5. Manifestasi Klinik

Menurut Sutarwi et al (2020), tanda dan gejala yang muncul sangat tergantung dengan daerah otak yang terkena.

- a. Lobus parietal, fungsinya yaitu untuk sensasi somatik, kesadaran menempatkan posisi.
- b. Lobus temporal, fungsinya yaitu untuk mempengaruhi indra dan memori.
- c. Lobus oksipital, fungsinya yaitu untuk penglihatan
- d. Lobus frontal, fungsinya untuk mempengaruhi mental, emosi, fungsi fisik, intelektual.

Stroke dapat mempengaruhi fungsi tubuh. Adapun beberapa gangguan yang dialami pasien yaitu :

- a. Pengaruh terhadap status mental: tidak sadar, confuse
- b. Pengaruh secara fisik: paralise, disfagia, gangguan sentuhan dan sensasi, gangguan penglihatan, hemiplegi (lumpuh tubuh sebelah).
- c. Pengaruh terhadap komunikasi: afasia (kehilangan bahasa), disartria (bicara tidak jelas).
- d. Pasien stroke hemoragik dapat mengalami trias TIK yang mengindikasikan adanya peningkatan volume di dalam kepala. Trias TIK yaitu muntah proyektil, pusing dan pupil edem.

6. Tes Diagnostik

Menurut Sutarwi et al (2020):

- a. *Computer Tomography Scanning (CT scan)*

Secara spesifik menunjukkan lokasi edema, lokasi hematoma,

adanya jaringan otak yang mengalami atau iskemik dan lokasi pastinya.

b. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menentukan lokasi dan ukuran/area perdarahan serebral. Hasil tes biasanya berkisar dari lesi berdarah dan infrak.

c. Electrocardiograph (ECG)

Menampilkan grafik detak jantung untuk mendeteksi penyakit jantung yang dapat menyebabkan stroke dan tekanan darah tinggi.

d. Electroencephalogram (EEG)

Memeriksa masalah yang terjadi dan efek jaringan yang mengalami infrak sehingga menurunnya impuls listrik di jaringan otak mereda.

e. Angiogram

Membantu mengidentifikasi penyebab spesifik stroke misalnya cari penyebab perdarahan atau ruptur arteriovenosa dan perdarahan seperti aneurisma dan malformasi vaskular

7. Penatalaksanaan Medis

Tujuan pengobatan adalah mengembalikan aliran darah ke jaringan otak yang mengalami infark dan mencegah stroke berulang, menurut Diah Mutiasari (2019) terapi yang digunakan sebagai berikut:

a. Farmakologi

1) *Recombinant Tissue Plasminogen Activator (R-tPA)*

Pemberian rt-Pa (*recombinant tissue plasminogen activator*) intravena yang cepat kepada pasien merupakan pengobatan yang tepat dan merupakan pusat pengelolaan awal stroke iskemik.

2) **Antiplatelet**

Obat antiplatelet yang disetujui FDA (kombinasi aspirin, aspirin/*dipyridamole*, *clopidogrel* dan *ticlodipine*). Untuk mencegah cedera vascular pada pasien stroke atau TIA.

3) Dipyridamol

Dipyridamole sendiri atau dalam kombinasi dengan aspirin dapat mengurangi penyakit serebvaskular iskemik, kombinasi non-fatal, infark miokard non-fatal dan stroke berulang pada pasien dengan riwayat kematian vaskular dibandingkan dengan aspirin saja.

4) Antikoagulan

Antikoagulan merupakan obat yang berperan dalam menurunkan polimerisasi fibrin dan pembentukan trombus pada koagulasi, tidak seperti agen trombolitik dan defibrinogen.

5) Clopidogrel

Clopidogrel secara ireversibel memblokir reseptor ADP pada trombosit sehingga mencegah kaskade yang mengarah keaktivasi reseptor GP IIb/IIIa. Dalam studi CAPRIE (*Clopidogrel versus Aspirin in Patient at Risk of Ischaemic Events*) pasien menerima 75 mg clopidogrel vs. 325 mg aspirin dan serebvaskular.

6) Cilostazol

Cilostazol dalam 36 uji coba terkontrol secara acak yang melibatkan 82.144 pasien, cilostazol secara signifikan lebih efektif dari pada aspirin dan clopidogrel saja dalam pencegahan jangka panjang dari kejadian vaskular utama pada pasien stroke dan TIA. Cilostazol memiliki risiko perdarahan lebih rendah dibandingkan dengan aspirin dosis rendah (75-162 mg setiap hari) aspirin yang mengandung dipyridamole (50mg setiap hari) dan clopidogrel (Galyfos and Sianou 2017).

7) Piracetam

Piracetam memiliki sifat neuroprotektif dan antitrombotik yang dapat mengurangi kematian dan kecacatan pada pasien dengan stroke akut. Piracetam telah terbukti memiliki efek

menguntungkan ringan pada pasien afasia pasca stroke.

8. Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Lanny Lingga (2016, p. 82) meliputi:

- a. Tekanan darah yang tidak stabil
- b. Edema serebral
- c. Konstipasi
- d. Perubahan kesadaran
- e. Aspirasi
- f. Stroke Berulang
- g. Emboli paru
- h. Kematian
- i. Dekubitus : Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
- j. Pneumonia : Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.
- k. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur) : Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.
- l. Depresi dan kecemasan : Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.
- m. Peningkatan TIK : Infark cerebri luas atau perdarahan akan terjadi edema cerebri yang menyebabkan herniasi otak sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis

b. Keluhan utama

Adapun keluhan utama yang sering dijumpai yaitu kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya pada HS bisa terjadi gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain serta adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial perubahan perilaku juga umum terjadi.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsional yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin dan kegemukan. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

f. Pengkajian primer

Pemeriksaan mengacu pada pengkajian B1-B6 dengan pengkajian fokus ditujukan pada gejala yang mungkin muncul pada kasus hemoragik stroke.

1) B1 (*Breathing*)

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

2) B2 (*Blood/sirkulasi*)

Kaji adanya tanda – tanda peningkatan TIK yaitu peningkatan tekanan darah yang sering terjadi pada klien stroke

3) B3 (*Brain/persarafan otak*)

Kaji adanya keluhan nyeri kepala hebat, kaji status mental, tingkah laku, gaya bicara, ekspresi wajah dan aktivitas motorik. Kaji fungsi intelektual observasi adanya penurunan dalam ingatan dan memori serta penurunan kemampuan berhitung. Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

4) B4 (*Bladder/perkemihan*)

Kaji adanya tanda-tanda inkontinensia uri akibat ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih.

5) B5 (*Bowel/pencernaan*)

Kaji adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, serta mual dan muntah.

6) B6 (*Bone/tulang dan integumen*)

Kaji adanya dekubitus, warna kulit dan turgor kulit Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat.

Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan. Adanya kesulitan

untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoriserta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

g. Pengkajian sekunder

1) Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

DS: Adanya penyakit jantung (rematik, penyakit jantung vaskuler), polisitemia, riwayat hipotensi postural.

DO: Hipertensi arterial (dapat ditemukan/ terjadi pada cedera serebrovaskuler) sehubungan dengan adanya emboli.

2) Pola nutrisi metabolik

DS: Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

DO: Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas.

3) Pola eliminasi

DS: Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik).

4) Pola aktivitas dan latihan

DS: Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan,kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah susah untuk beristirahat (nyeri/ kejang otot).

DO: Gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum dan gangguan tingkat kesadaran.

5) Pola tidur dan istirahat

DS: Susah untuk beristirahat

DO: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada

otot

6) Pola persepsi kognitif

DS: Sinkope/ pusing, sakit kepala, kelemahan/ kesemutan, mati/ lumpuh. Penglihatan menurun seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan lain.

DO: Status mental/ tingkat kesadaran, pada wajah terjadi paralisis atau paresis (ipsilateral), afasia (gangguan atau gangguan dalam bahasa), kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkan.

7) Pola persepsi dan konsep diri

DS: Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

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

8) Pola peran dan hubungan dengan sesama

DO: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (kesulitan untuk mengungkapkan perasaan)

DS: Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

9) Pola reproduksi dan seksualitas

DO: Ketidak adanya gairah seksual

DS: Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual

10) Pola mekanisme stres dan coping DS: Perasaan tidak berdaya

DO: Emosi yang stabil dan ketidaksiapan untuk marah.

11) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (mis. Stroke hemoragic) (D.0066)

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0054)
- d. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (D.0077)
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)
- f. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119)
- g. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)
- h. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan dengan faktor risiko penurunan mobilitas (D.0139)

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)

Luaran (SLKI) L.01001 :

- Produksi sputum menurun
- Dipsnea menurun

SIKI : Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi :

- Monitor pola napas (frekuensi, Kedalaman, Usaha napas)
- Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, Wheezing, Ronchi)
- Monitor sputum (jumlah, warna, Aroma)

Terapeutik :

- Lakukan fisio terapi dada, jika perlu
- Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik
- Berikan oksigen, jika perlu

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran mokolitik, jika perlu

- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan

edema serebral (mis. Stroke hemoragic) (D.0066)

Luaraan (SLKI) L.06049 :

- Tingkat kesadaran meningkat
- Sakit kepala menurun
- Tekanan darah membaik
- Tekanan nadi membaik
- Refleks neurologis membaik
- Tekanan intrakranial membaik

SIKI Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.09325) :

Observasi :

- Identifikasi peningkatan TIK (edema serebral)
- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun)
- Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)

Terapeutik :

- Pertahankan posisi kepala dan leher netral
- Dokumentasi hasil pemantauan

Edukasi :

- Jelaskan tujuan prosedur pemantauan
- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0054)

Luaraan (SLKI) L. 05042 :

- Pergerakan ekstermitas cukup meningkat
- Kekuatan otot cukup meningkat
- Rentang gerak (ROM) cukup meningkat
- Kaku sendi menurun
- Gerakan terbatas menurun
- Kelemahan fisik menurun

SIKI : Dukungan Ambulasi (I.05173)

Observasi :

- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi
- Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik :

- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi :

- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- Anjurkan melakukan mobilisasi dini

d. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (D.0077)

Luaraan (SLKI) L.08066 :

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis menurun
- Gelisah menurun
- Kesulitan tidur menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Tekanan darah membaik

SIKI manajemen nyeri (I.08238):

Observasi :

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal

Terapeutik :

- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

Luaraan (SLKI) L.11103 :

- Kemampuan mandi cukup meningkat
- Kemampuan menggunakan pakaian cukup meningkat
- Mempertahankan kebersihan mulut membaik
- Kemampuan makan membaik

SIKI dukungan perawatan diri (I.11348):**Observasi :**

- Monitor tingkat kemandirian
- Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

Terapeutik :

- Sediakan lingkungan yang terapeutik
- Dampingi dalam melakukan perawatan diri
- Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri

Edukasi :

- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

f. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119)

Luaraan (SLKI) L.13118 :

- Kemampuan berbicara cukup meningkat
- Kemampuan mendengar meningkat

- Kontak mata meningkat
- Respon perilaku membaik

SIKI Promosi komunikasi defisit bicara (I.13492):

Observasi :

- Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara

Terapeutik :

- Gunakan metode komunikasi alternatif
- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan

Edukasi :

- Anjurkan bicara perlahan
- Anjurkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Kolaborasi

- Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

- g. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)

Luaraan (SLKI) L.01004 :

- Ventilasi seminit meningkat
- Penggunaan otot bantu napas menurun
- Frekuensi napas membaik

SIKI : Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi :

- Monitor pola napas (frekuensi, Kedalaman, Usaha napas)
- Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, Wheezing, Ronchi)
- Monitor sputum (jumlah, warna, Aroma)

Terapeutik :

- Lakukan fisio terapi dada, jika perlu
- Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik
- Berikan oksigen, jika perlu

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran mokolitik, jika perlu
- Jelaskan tujuan prosedur pemantauan

h. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan dengan faktor risiko penurunan mobilitas (D.0139)

Luaraan (SLKI) L.14125 :

- Elastisitas meningkat
- Peerfusi jaringan cukup meningkat
- Kerusakan jaringan menurun
- Suhu kulit membaik

SIKI perawatan integritas kulit (I.11353):

Observasi :

- Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Terapeutik :

- Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Edukasi :

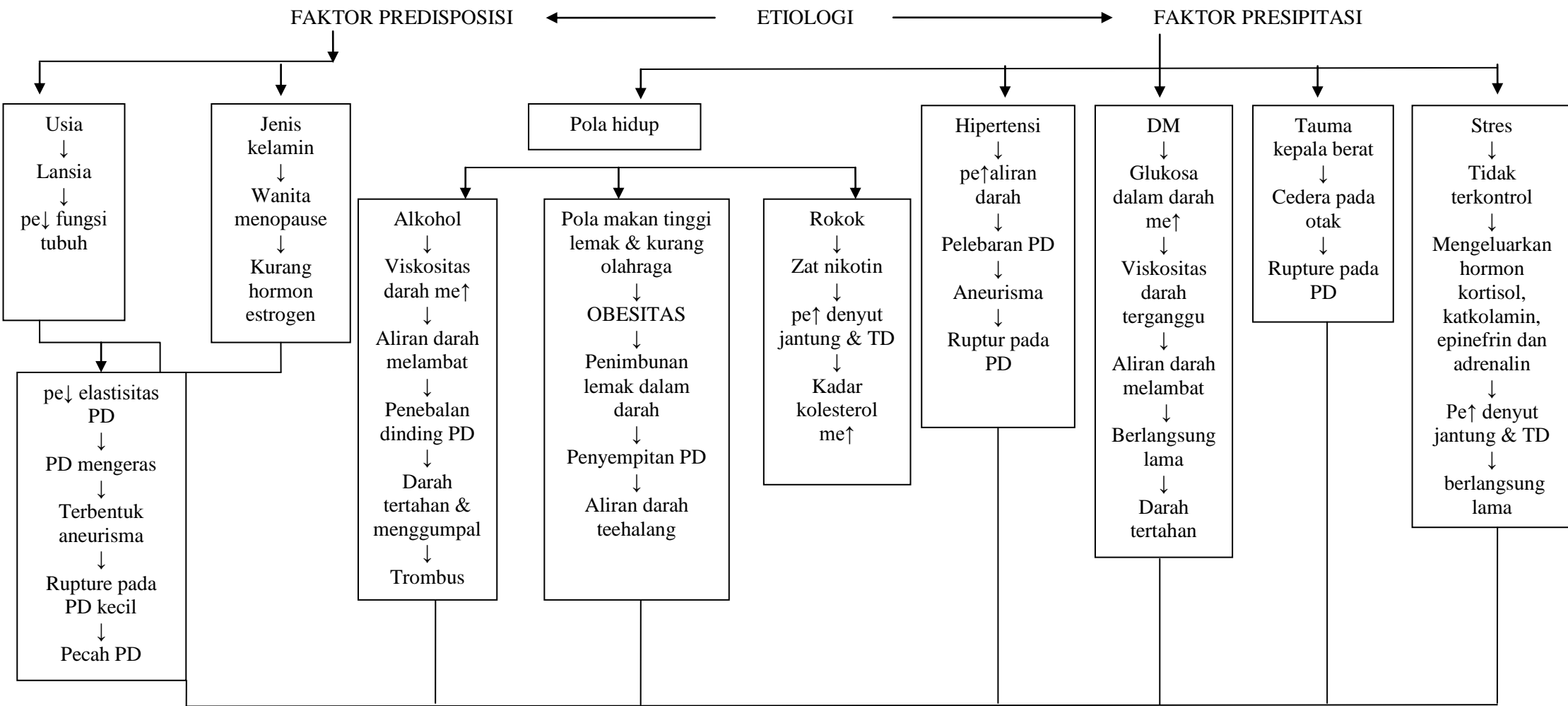
- Anjurkan menggunakan pelembab
- Anjurkan minum air hangat yang cukup
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

4. Perencanaan Pulang

Adapun perawatan di rumah untuk penderita stroke secara garis besar adalah sebagai berikut:

- a. Menganjurkan pasien untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur minimal sekali seminggu.
- b. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesehatan dengan diit rendah garam dan mengurangi dan mengurangi makanan yang manis-manis.
- c. Selain diet, pasien juga diminta agar tidak merokok.
- d. Menganjurkan kepada pasien untuk berolahraga secara teratur.
- e. Menganjurkan kepada pasien untuk menjaga pola hidup sehat, seperti diet rendah kalori.

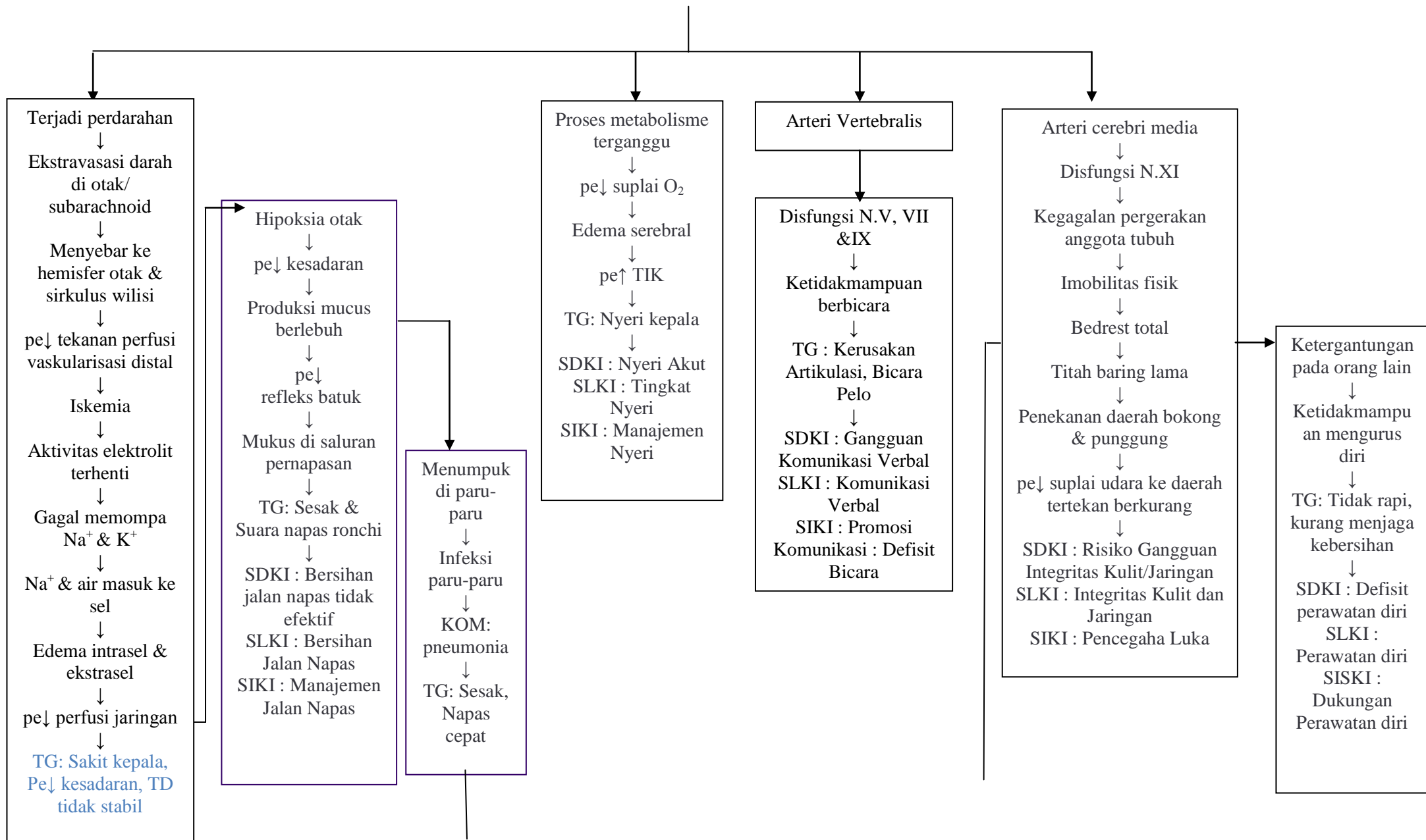
- f. Menganjurkan kepada pasien untuk teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan
- g. Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM pada pasien dan melakukan perawatan pada pasien di rumah.



- Tanda & gejala:**
- Penurunan kesadaran
 - Koma
 - Nyeri kepala berat
 - Kelemahan otot
 - kejang

HEMORAGIK STROKE

- Pemeriksaan penunjang:**
- CT-SCAN
Untuk mengetahui lokasi & luasnya perdarahan serta memperlihatkan adanya edema hematoma, iskemia, dan adanya infark
 - MRI
Gambaran MRI dapat menunjukkan arteri-arteri dengan sangat jelas, darah yang mengalami infark, hemoragik





↓
SDKI : Penurunan
Kapasitas Adaptif
intrakranial
SLKI : Kapasitas
Adaptif Intrakranial
SIKI : Pemantauan
Tekanan Intrakranial



SDKI : Pola napas
tidak efektif
SLKI : Pola Napas
SIKI : Manajemen
Jalan Napa



TG: Pe↓ kekuatan otot, ADL dibantu
oleh perawat, Rentang Gerak Terbatas
↓
Berlangsung lama
↓
KOM: atrofo otot
↓
SDKI : Gangguan Mobilitas Fisik
SLKI : Mobilitas Fisik
SIKI : Dukungan mobilisasi
Teknik Latihan Penguatan Sendi

BAB III

PENGAMATAN KASUS

ILUSTRASI KASUS

Pasien dengan initial Ny, F / Umur 60 Tahun, Jenis kelamin perempuan, Bekerja sebagai pegawai swasta, Agama Khatolik, Jl. Bulu Saraung dengan Diagnosa Medis *Hemoragic Stroke*. Pasien masuk UGD diantar keluarganya pada tanggal 08 juni 2022 dengan keluhan sakit kepala berat, muntah 2x, badan terasa kram, dan mengalami kelemahan seluruh tubuh, disertai bibir mencong kekanan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan sejak tadi pagi sekitar jam 05:00 subuh, Sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit. Keluarga pasien mengatakan dalam perjalanan menuju rumah sakit pasien tiba-tiba tidak sadarkan diri. Dan pada saat di RS, Dokter menyarankan untuk Opname dimana pasien mengalami penurunan kesadaran. Setelah diberikan tindakan di IGD pasien kemudian dipindahkan ke ICU. Saat pengkajian didapatkan kesadaran Sopor-comatous, GCS (M2, V1, E2). Tampak Kaku pada ekstermitas kanan, Tampak kelemahan pada satu sisi tubuh pasien Tampak

terdengar lendir dileher, Tampak terpasang infus NaCl 18 tts/menit, Tampak terpasang NGT, Tampak terpasang kateter, Tampak terpasang O2 NRM 15 ltr/menit, Tampak terpasang OPA (Oropharyngeal Airway), TTV didapatkan, TD : 170/110 mmHg, N: 106x/menit, S: 37,4°C, P: 32x/menit, SpO2: 96%. Hasil CT-Scan Kepala: Perdarahan Cerebri Sinistra, volume perdarahan +/- 61,76 cc. Proses atrofi cerebri.

A. PENGKAJIAN PRIMER

Breath (B1)	Pergerakan dada	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pergerakan dinding dada Simetris kiri dan kanan, tampak pergerakan dada cepat • Tidak simetris
	Pemakaian otot bantu pernapasan	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak ada
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> • Vocal premitus : Teraba sama kiri dan kanan • Nyeri tekan • Krepitasi
	Perkusi	<ul style="list-style-type: none"> • Redup • Sonor • Pekak
	Suara napas	<ul style="list-style-type: none"> • Vesikuler • Wheezing • Ronchi • Friction rub • Lokasi:
	Batuk	<ul style="list-style-type: none"> • Produktif • Non produktif
	Sputum	<ul style="list-style-type: none"> • Coklat • Kental • Berdarah • Encer • Warna lain: • Tidak ada
	Alat bantu pernapasan	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada • Ada, jenis: Oksigen NRM 15 liter
	Lain-lain	- Tampak pasien sesak napas, pernapasan 32x/menit. SPO2 96%.

		<ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan analisa gas darah - Ph : 7.54[*], PCO₂: 25.6[*] mm Hg, pO₂ : 335[*] mm Hg.
Blood (B2)	Suara jantung	<p style="text-align: center;">S1 S2 S3 S4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tunggal ✓ ✓ ✓ • Gallop • Murmur
	Irama jantung	<ul style="list-style-type: none"> • Irregular • Reguler
	CRT	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 3 detik • ≥ 3 detik
	JVP	<ul style="list-style-type: none"> • Normal (5-2 CmH₂O) • Meningkat
	CPV	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak ada • Nilai
	Edema	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak ada (tampak tidak ada edema) • Lokasi
	EKG	Sinus Aritmia
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda Vital: TD : 170/110 mmHg N : 106 ^x/_m P : 32 ^x/_m S : 37.4 ⁰ c SPO₂ : 96 % - MAP : 130 mmHg, fungsi ginjal tidak memadai
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitatif : Sopor-Comatus • Kuantitatif (GCS) M : 2 V : 1 E : 2
	Reaksi pupil <ul style="list-style-type: none"> • Kanan • Kiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Ada, Tampak reflex pupil melambat • Tidak ada • Ada, Tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya • Tidak ada
	Refleks fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> • Ada - Ekstremitas atas dextra/sinistra: Biceps dextra (-) Biceps sinistra (+)

		<p>Trisep dextra (-) Trisep sinistra (+) - Ektremitas bawah dextra/sinistra Patella dextra (-) Patella sinistra (+)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada
	Refleks patologis	<ul style="list-style-type: none"> • Ada Babinski dextra (-) Babinski sinistra (+) • Tidak ada
	Meningeal sign	<ul style="list-style-type: none"> • Ada, tampak ada tahanan dan dagu tidak dapat mencapai dada • Tidak ada
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Hasil ct-scan kepala: perdarahan cerebri sinistra dengan volume perdarahan +/- 61,76 cc, proses atrofi cerebri.
Bladder (B4)	Urin	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah : 350 cc • Warna : kuning jernih
	Kateter	<ul style="list-style-type: none"> • Ada, hari ke : 1 • Jenis : folley kateter / 16 Fr • Tidak ada
	Kesulitan BAK	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak
	Lain-lain	-
Bowel (B5)	Mukosa bibir	<ul style="list-style-type: none"> • Lembab • Kering (tampak mukosa bibir pasien kering dan pecah-pecah)
	Lidah	<ul style="list-style-type: none"> • Kotor (tampak lidah pasien kotor berwarna putih) • Bersih
	Keadaan gigi	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak gigi pasien tidak lengkap • Gigi palsu
	Nyeri tekan	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak ada
	Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • Distensi • Tidak (teraba tidak ada distensi abdomen)
	Peristaltik usus	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Menurun • Meningkatkan • Nilai : $14 \times /_m$
	Mual	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak

	Muntah	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Jumlah \pm 10 cc • Frekuensi : cair • Warna : putih • Tidak
	Hematemesis	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Jumlah • Frekuensi • Warna • Tidak (Tampak tidak ada hematemesis)
	Melena	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Jumlah • Frekuensi • Warna • Tidak (Tampak pasien tidak melena)
	Terpasang NGT	<ul style="list-style-type: none"> • Ya (tampak pasien terpasang NGT ukuran 16 fr) • Tidak
	Terpasang colostomy bag	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak (Tampak pasien tidak terpasang colostomy bag)
	Diare	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Jumlah • Frekuensi • Warna • Tidak (Tampak pasien tidak diare)
	Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Sejak • Tidak
	Asites	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak (Tampak pasien tidak asites)
	Lain-lain	-
Bone (B6)	Turgor kulit	<ul style="list-style-type: none"> • Elastis • Tidak elastis
	Perdarahan kulit	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Jenis • Tidak
	Ikterus	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak
	Akral	<ul style="list-style-type: none"> • Hangat (Teraba akral pasien hangat) • Kering

	<ul style="list-style-type: none"> • Merah • Dingin • Pucat (Tampak pucat) • Basah
Pergerakan sendi	<ul style="list-style-type: none"> • Bebas • Terbatas • Uji kekuatan otot : tampak kelemahan pada satu sisi tubuh pasien • Skala
Fraktur	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Jenis • Tidak • Lokasi
Luka	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Jenis • Tidak • Lokasi
Lain – lain	-

B. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Breath (B1) Data : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum lemah - Tampak sesak - Tampak terdengar bunyi napas tambahan ronchi - Tampak pergerakan dada cepat - Tampak warna kulit pucat - Sputum kental berwarna putih - Menggunakan alat bantu nafas NRM 15 liter - Tampak terpasang OPA (Oropharyngeal Airway). TTV: TD : 170/110 mmHg N : 106 \times/m P : 32 \times/m S : 37.4 $^{\circ}$ c SPO₂ : 96 % - Hasil pemeriksaan analisa gas darah Ph : 7.541* , PCO₂: 25.6* mmHg, pO₂ : 335* mm Hg. 02 sat 99.9* 	Ketidakseimbangan ventilasi-Perfusi	Gangguan Pertukaran Gas
2	Brain (B3) Data : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kesadaran sopor-comatous GCS: M2,V , E2 - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak bibir pasien mencong ke kanan - Tampak ada tahanan dan dagu tidak dapat mencapai dada - Tampak pasien mengalami 	Edema Serebral (Stroke Hemoragic)	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

	<p>kekakuan pada bagian tubuh sebelah kanan.</p> <p>TTV TD : 170/110 mmHg</p> <p>N : 106 \times/m</p> <p>P : 32 \times/m</p> <p>S : 37.4 $^{\circ}$ c</p> <p>SPO₂ : 96 %</p> <p>- Hasil ct-scan kepala: perdarahan cerebri sinistra dengan volume perdarahan +/- 61,76 cc, proses atrofi cerebri.</p>		
--	---	--	--

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN (BERDASARKAN DATA YANG DIPEROLEH SAAT PENGKAJIAN PRIMER)

- B1 (Breath) : Gangguan Pertukaran Gas
- B2 (Blood) : Tidak ada masalah keperawatan
- B3 (Brain) : Penurunan kapasitas adaptif intracranial
- B4 (Bladder) : Tidak ada masalah keperawatan
- B5 (Bowel) : Tidak ada masalah keperawatan
- B6 (Bone) : Tidak ada masalah keperawatan

D. PENGKAJIAN SEKUNDER (PENGKAJIAN RIWAYAT KEPERAWATAN DAN HEAD TO TOE)

KAJIAN KEPERAWATAN

Unit : Intensive care unit (ICU) Autoanamnese
 Kamar : ICU Alloanamnese
 Tgl masuk RS : 08 Juni 2022
 Tgl pengkajian : 08 Juni 2022

1. IDENTIFIKASI

a. Pasien

Nama/initial : Ny. F
 Umur : 60 Tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Jumlah anak : 3 (Tiga)
 Agama/Suku : Katolik/ Toraja
 Warga Negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Pegawai Swasta
 Alamat rumah : Jl. Bulu Saraung

b. Penanggung Jawab

Nama : Tn. J
 Umur : 61 Tahun
 Alamat : Jl. Bulu Saraung
 Hubungan dengan pasien : Suami Pasien

2. DATA MEDIK

Diagnosa Medik

Saat masuk : Penurunan kesadaran + Hemiparese dextra
 Saat pengkajian : HS (Hemoragic Stroke)

3. KEADAAN UMUM

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ringan/sedang/berat/tidak sakit

Alasan: Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur dengan kesadaran sopor comatus, tampak terpasang NaCl 18 tts/menit, tampak pasien terpasang NGT, tampak terpasang kateter, tampak terpasang O2 NRM 15 ltr/menit, Tampak terpasang OPA (Oropharyngeal Airway).

b. Tanda-tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Sopor-Comatous

Skala coma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motoric : 2

b) Respon verbal : 1

c) Respon membuka mata : 2

Jumlah : 5

Kesimpulan : Sopor-Comatous

2) Tekanan darah : 170/110 mmHg

MAP : 130 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

3) Suhu : 37.4°C di Axilla

4) Pernapasan : 32 x/menit

Irama : Takipnea

Jenis : Dada

5) Nadi : 106 x/menit

Irama : Takikardi / kuat

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 24,3 cm

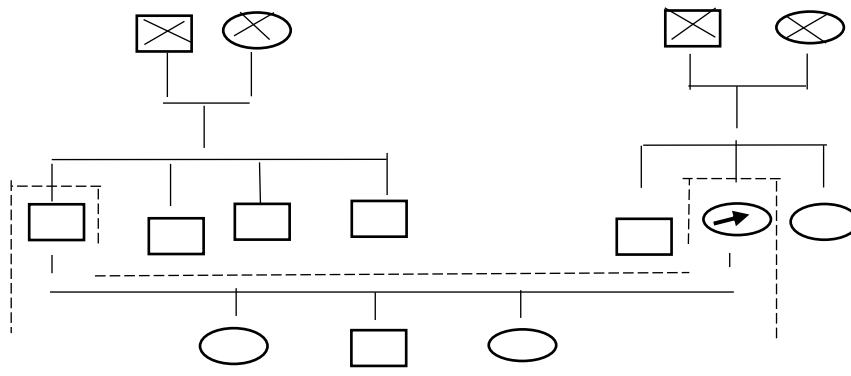
2) Tinggi badan : 157 cm

3) Berat badan : 60 kg








4) IMT : 24,34

Kesimpulan : Berat badan ideal

d. Genogram



Keterangan:

-  Laki-laki
-  Perempuan
-   Meninggal
-  Garis keturunan
-  Pasien
-  ----- Tinggal serumah

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi \pm 10 tahun yang lalu, keluarga pasien mengatakan pasien mengonsumsi obat hipertensi (Amlodipine) tapi tidak rutin, keluarga pasien mengatakan pasien suka mengonsumsi makanan seperti coto, ikan asin meskipun sudah dilarang oleh keluarganya dan pasien jarang memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan terdekat.

2) Riwayat penyakit saat ini

- a) Keluhan utama : Kesadaran Menurun + Hemiparese Dextra
- b) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan sejak tadi malam pasien mengeluh sakit kepala berat, muntah 2x, badan terasa keram, dan mengalami kelemahan seluruh tubuh, disertai bibir mencong kekanan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan sejak tadi pagi sekitar jam 05:00 subuh, Sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit. Keluarga pasien mengatakan dalam perjalanan menuju rumah sakit pasien tiba-tiba tidak sadarkan diri. Dan pada saat di Rumah sakit, Dokter menyarankan untuk opname dimana pasien mengalami penurunan kesadaran, Setelah diberikan tindakan di IGD pasien kemudian dipindahkan ke ICU. Saat pengkajian didapatkan kesadaran Sopor-comatous, GCS (M2, V1, E2). Tampak kelemahan pada satu sisi tubuh pasien, Tampak Kaku pada ekstermitas kanan, tampak kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan 0. Tampak terdengar lendir dileher, Tampak terpasang infus NaCl 18 tts/menit, Tampak pasien terpasang NGT, Tampak terpasang kateter, Tampak terpasang O2 NRM 15 ltr/menit, Tampak terpasang OPA (Oropharyngeal Airway), TTV didapatkan, TD : 170/110 mmHg, N : 106x/menit, S : 37,4°C, P : 32x/menit, SpO2 : 96%. Hasil Ct-Scan Kepala: Perdarahan Cerebri Sinistra Volume Perdarahan +/- 61,76 cc. Proses atrofi cerebri

c) Riwayat kesehatan yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi ± 10 tahun yang lalu.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan, Orang tua dan Adik dari pasien memiliki penyakit Hipertensi

e) Pemeriksaan fisik

- (1) Kebersihan rambut : Tampak rambut pasien bersih dan beruban
- (2) Kulit kepala : Tampak kulit kepala bersih
- (3) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih
- (4) Hygiene rongga mulut : Tampak rongga mulut kotor dan terdapat OPA
- (5) Kebersihan genitalia : Tampak genitalia kotor dan terdapat keputihan
- (6) Kebersihan anus : Tampak anus bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki napsu makan baik, makan dengan teratur 3 kali sehari porsi sedang dengan menu nasi, daging, sayur, ikan (psien gemar makan ikan asin) dan buah serta air putih \pm 6-8 gelas sehari. Keluarga pasien mengatakan makanan kesukaan pasien seperti coto dan ikan asin. Keluarga pasien menagatakan hampir setiap hari makan ikan asin.

2) Keadaan sejak sakit

Sejak sakit pasien mengkomsumsi makanan dari rumah sakit seperti bubur saring, susu serta air putih melalui selang NGT dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang selang NGT, tampak jumlah sonde yang diberikan dalam 1 kali sonde (sonde : 200 cc, AP : 20 cc).

Pemeriksaan fisik:

- a) Keadaan rambut : Tampak rambut pasien bersih dan beruban
- b) Hidrasi kuli : Tampak kulit kembali dalam < 3 detik

- c) Palpebra/conjungtiva : Tidak tampak edema/tidak tampak anemis
- d) Sclera : Tampak sclera tidak ikterik
- e) Hidung : Tampak ada secret di hidung pasien dan terdapat NGT
- f) Rongga mulut : Tampak rongga mulut kotor dan Terpasang OPA (Oropharyngeal Airway).
- g) Gigi : Tampak gigi kuing dan tidak lengkap, Tampak tidak ada gigi palsu
- h) Kemampuan mengunyah : Tampak pasien tidak mampu mengunyah keras
- i) Lidah : Tampak lidah kotor dan berwarna putih
- j) Pharin : Tampak tidak ada pembesaran
- k) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran dan benjolan
- l) Kelenjar paroti : Tampak tidak ada peradangan
- m) Abdomen
 - a) Inspeksi : Tampak tidak ada pembengkakan
 - b) Auskultasi : Terdengar bising usus 14 x/menit
 - c) Palpasi : Teraba tidak ada nyeri tekan
 - d) Perkusi : Terdengar tympani
- n) Kulit
 - (1) Edema : Negatif
 - (2) Icteric : Negatif
 - (3) Tanda-tanda radang : Negatif

c. Pola Eleminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya BAB 1 x/hari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan, keluarga pasien mengatakan sebelum sakit BAK lancar \pm 4 kali sehari berwarna kuning jernih.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak masuk di IGD pasien langsung dipasang kateter dan pempres. Keluarga pasien mengatakan pasien BAK melalui selang kateter dan tidak mengetahui berapa kali pasien BAK, dan pasien BAB menggunakan pempres.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan kateter urine 250/8jam

4) Pemeriksaan fisik

- a) Peristaltic usus : 14 kali/menit
- b) Palpasi kandung kemih : Kosong
- c) Nyeri ketuk ginjal : Negatif
- d) Mulut uretra : Tampak mulut uretra kotor
- e) Anus
 - (1) Peradangan : Tampak tidak ada peradangan
 - (2) Hemoroid : Tampak tidak ada hemoroid
 - (3) Fistula : Tampak tidak ada fistula

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien bekerja sebagai Ibu rumah tangga yang melakukan aktivitasnya seperti biasa dan juga pasien sering menyapu halaman rumah setiap pagi. Keluarga mengatakan pasien jarang berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak bisa lagi melakukan aktivitasnya seperti biasa. Keluarga mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan sejak tadi pagi, dan mengalami kelemahan tubuh. Keluarga mengatakan semua kebutuhan seperti : Makan, Mandi, berpakaian, kerapihan, BAB, BAK, dilakukan diatas tempat tidur dan dibantu oleh dan perawat dan keluarga.

3) Observasi

Tampak pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur dan seluruh aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga

a) Aktivitas harian

(1) Makan	:	1
(2) Mandi	:	4
(3) Pakaian	:	4
(4) Kerapihan	:	4
(5) BAB	:	3
(6) BAK	:	1
(7) Mobilisasi ditempat tidur	:	4

Keterangan:

0	:	Mandiri
1	:	Bantuan Dengan Alat
2	:	Bantuan Orang
3	:	Bantuan Alat Dan Orang
4	:	Bantuan Penuh

b) Postur tubuh	:	Tampak tegap
c) Gaya jalan	:	Tidak dikaji
d) Anggota gerak yang cacat	:	Tampak tidak ada anggota gerak yang cacat
e) Fiksasi	:	Tampak tidak ada fiksasi

f) Tracheostomy : Tampak tidak ada tracheostomi

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 170/110 mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostati : Negatif

b) HR : 144x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak pasien tidak keringat dingin

Basah : Tampak tidak basah

d) Jvp : 5 – 2 cmH₂O (normal)

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam waktu < 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi

Bentuk thorax : Simetris antara kiri dan kanan

Retraksi intercostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak tampak sianosis

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi

Vocal premitus : Tidak dikaji

Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi

Lokasi : Batas paru hepar teraba pada ICS IV Linea Sternalis Sinistra

(4) Auskultasi

Suara napas : Ronchi

Suara ucapan : Tidak dikaji pasien tidak mampu bicara (respon verbal 1)

Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak adanya ictus cordis

(2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba ICS V mid clavicularis sinistra

(3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS V mid clavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS III linea mid sternalis dextra

Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra

(4) Auskultasi

BJ II A : Ireguler, di ICS II linea sternalis sinistra

BJ IIP : Ireguler, di ICS III linea sternalis sinistra

BJ I T : Ireguler, di ICS IV linea sternalis sinistra

BJ I M : Ireguler, di ICS V linea mid clavicularis sinistra

BJ III irama gallop : Tidak terdengar

Mur-mur : Terdengar suara jantung mur-mur

Bruit : Aorta : Tidak dikaji

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Negatif

(2) Rentang gerak : Terbatas pada tungkai kanan bagian atas dan bawah karena kelemahan otot

(3) Uji kekuatan otot
Tampak Tangan Kanan dan kaki kanan 0 dan kelemahan pada satu sisi tubuh pasien

Keterangan:

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

(4) Reflex fisiologi :

- Ekstremitas atas dextra/sinistra:
 Biceps dextra (-) Biceps sinistra (+)
 Trisep dextra (-) Trisep sinistra (+)
- Ekstremitas bawah dextra/sinistra
 Patella dextra (-) Patella sinistra (+)

(5) Reflex patologi : Babinski dextra (-) Babinski sinistra (+)

i) Columna vertebralis

- (1) Inspeksi :
 (2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 (3) Kaku kuduk : Tampak ada tahanan dan dagu tidak dapat mencapai dada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidur malam \pm 7-8 jam mulai dari jam 21.00 sampai jam 05.00 atau jam 06.00 pagi. Keluarga mengatakan pasien juga biasa tidur siang \pm 1 jam dalam sehari. Keluarga mengatakan sebelum tidur pasien nonton TV dan senang jika tidur dengan suasana dingin dan gelap.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien lebih banyak tidur

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Banyak menguap : Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu, penglihatan, pernapasan dan pendengaran

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien hanya merespon membuka mata hanya kalau dirangsang nyeri dan tidak bersuara apapun, tampak terpasang NRM, dan terpasang Orofaringeal tube (OPA)

Observasi

Tampak pasien pasien terbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien menggunakan alat bantu napas NRM, tampak tidak mampu bersuara.

Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea : Jernih

Pupil : Isokor

- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan intra okuler : Teraba kenyal pada kedua bola mata
- b) Pendengaran
- Pina : Tampak simetris antara kiri dan kanan
- Kanalis : Tampak bersih
- Membrane thympani : Tampak utuh dan memancarkan cahaya
- c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :
- Pasien tidak dapat merasakan sentuhan pada tangan kanan dan gerakan pada ekstermitas kanan sulit digerakkan.
- g. Pola persepsi dan konsep diri
- 1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan, pasien merasa bangga dengan dirinya, pasien adalah pribadi yang cerewet, humoris dan bersemangat.
 - 2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak dapat berbuat apa-apa, ia hanya terbaring lemah ditempat tidur. Keluarga juga mengatakan keluarga merasa cemas dengan keadaan pasien yang sekarang ini. Keluarga mengatakan keluarga berharap pasien dapat sembuh kembali dengan tujuan dapat berkumpul kembali bersama keluarganya.
 - 3) Observasi
 - a) Kontak mata : Tidak dikaji (pasien tidak sadar)
 - b) Rentang perhatian : Tidak dikaji (pasien tidak sadar)
 - c) Suara dan bicara : Tampak pasien tidak mampu bicara
 - 4) Postur tubuh : normal
 - 5) Pemeriksaan fisik
 - a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
 - b) Bentuk/postur tubuh : Normal

c) Kulit : Tampak bersih

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama suami serta anaknya, dan berperan sebagai IRT. Keluarga mengatakan pasien diterima baik di keluarga dan masyarakat di sekitar lingkungan tempat tinggal pasien.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien hampir setiap hari selalu ditemani oleh keluarganya pada saat jam besuk.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur dan tampak keluarga membesuk serta mengajak pasien berbicara, memberi semangat walaupun pasien tidak sadar.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien berumur 60 tahun dan pasien memiliki 3 orang anak.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki masalah pada alat reproduksinya

3) Observasi : Tampak pasien berjenis kelamin perempuan

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, jika pasien mengalami masalah kecil dia akan menyelesaikan sendiri tapi jika mengalami masalah besar dia akan menyelesaikan bersama keluarganya

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak bisa lagi berbuat apa-apa karna pasien tidak mampu menggerakkan anggota badannya, dan pasien kesadaran menurun.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien beragama katolik dan rutin ke gereja setiap hari minggu serta rutin mengikuti kegiatan di gerejanya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak pasien tidak dapat beribadah karena kondisinya saat ini.

3) Observasi

Tampak Rosario berada disamping kepala pasien.

5. UJI SARAF KRANIAL

a. N I (olfactorius)

Tidak dikaji (kesadaran menurun)

b. N II (opticus)

Tidak dikaji (kesadaran menurun)

c. N III, IV, VI (oculomotorius, trochlearis, abducens)

Kanan : respon pupil melambat

Kiri : tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya

d. N V (trigeminus)

Sensorik : Tidak dikaji

Motorik : pasien tidak mampu mengunyah

e. N VII (facialis)

Sensorik : Tidak dikaji

Motorik : Tidak dikaji

f. N VIII (vestibulo acustikus)

Vestibularis : Tidak dikaji, karena pasien tidak dapat berdiri dan mengalami penurunan kesadaran

Akustikus : Tidak dikaji

g. N IX (glosopharyngeus)

Tidak dikaji (terpasang OPA)

h. N X (vagus)

Tidak mampu menelan

i. N XI (accessorius)

Tidak dikaji

j. N XII (hypoglossus)

Tidak dikaji

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Pemeriksaan CT-SCAN kepala aksial tanpa kontras :

Kontur kepala dan soft tissue normal

Tulang-tulang intaks, densitas normal

Subcalvaria cranii tak tampak lesi patologik

Tampak gambaran lesi hipendens densitas darah (10,3 HU) disertai perifocal edema disekitarnya pada lobus parietalis sinistra volume perdarahan +/- 61,76 cc. Tampak pula lesi hiperdens densitas darah (5,5 HU) Pada ventricle lateralis kanan aspek anterior dan venticle lateralis kiri aspek anterior dan posterior, Sisterna & ruang subarachnoid baik.

Cerebellum dan pons densitas normal : CPA, sela dan parasela normal

Sinus paranasalis yang terscan dan air cells mastoid dalam batas normal.

Kesan :

- Perdarahan cerebral sinistra, Volume perdarahan +/- 61,76 cm
- Perdarahan venticle lateralis terutama sisi sinistra

b. Pemeriksaan Laboratorium

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	16.84 +	10 ³ /uL	4.80 – 10.20
RBC	4.60	10 ³ /uL	4.00 – 5.50
HGB	14.0	g/dL	12.2 – 16.2
HCT	39.2	%	37.7 – 47.9
MCV	85.2	fL	80.0 – 97.0
MCH	30.4	pg	26.0 – 31.0
MCHC	35.5 +	g/dL	31.8 – 35.4
PLT	211	10 ³ /uL	150 - 450
RDW-SD	40.4	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	12.9	fL	11.5 – 14.5
PDW	11.1	fL	9.0- 13.0
MPV	9.8	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	23.7	%	15.0 – 25.0
PCT	0.21	%	0.17 – 0.35
NEUT#	14.62 +	10 ³ /uL	1.50 – 7.00
LYMPH#	0.83 -	10 ³ /uL	1.00 – 3.70
MONO#	1.39 +	10 ³ /UI	0.00 – 0.70
EO#	0.00	10 ³ /uL	0.00 – 0.40
BASO#	0.00	10 ³ /uL	0.00 - 0.10
IG#	0.03	10 ³ /uL	0.00 – 7.00
NEUT%	86.8 +	%	37.0 – 80.0
LYMPH%	4.9 -	%	10.0 – 50.0
MONO%	8.3	%	0.0 – 14.0
EO%	00	%	0.0 – 1.0
BASO%	00	%	0.0 – 1.0
IG%	0.2	%	0.0 – 72.0

c. Pemeriksaan Laboratorium

Test / Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
KIMIA DARAH			
ANALISA GAS DARAH			
BGA/ Blood Gas Analyzer			
BE	- 0.6	mmol/L	-2 s/d +2
HCO ₃	22.1		22 – 26
pH	7.541 *		7.35 – 7.45
pCO ₂	25.6*	Mm Hg	35 – 45
PO ₂	335 *	Mm Hg	83 - 108
O ₂ sat	99.9 *	%	95 – 99

d. Daftar Obat

1) Nama obat : manitol

a) Klasifikasi / golongan obat : Deuretik

b) Dosis Umum : 500 – 2000cc/hari

c) Dosis untuk pasien : 100/6jam

d) Cara pemberian obat : Intravena

e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Menurunkan tekanan dalam tempurung kepala ketika meningkat dan ketika terjadi perdarahan didalam tempurung kepala. Manitol adalah suatu hipersosmotik agent yang digunakan untuk meningkatkan aliran darah otak dan menghantarkan O₂. Untuk menurunkan tekanan intrakranial.

f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Hasil CT- Scan pasien didapatkan perdarahan.

g) Kontraindikasi : pada wanita hamil dan menyusui, Anuria, Penderita gagal jantung kongestif

h) Efek samping obat : Gangguan keseimbangan cairan tubuh dan elektrolit, Gangguan pencernaan, Pusing, Demam, Mual, muntah, Hipotensi

2) Nama obat : citicoline

a) Klasifikasi / golongan obat : Vasodilator perifer dan activator serebral

b) Dosis Umum :

Kondisi akut 250 – 500 mg IV drips/ bolus injeksi 1 – 2 hari, Kondisi kronik 100 – 300 mg IM / IV 1 – 2 /hari dan gangguan serebrovaskuler sampai dengan 100 mg IM / IV

c) Dosis untuk pasien : 1 amp/12 jam

d) Cara pemberian obat : Intravena

e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Stadium akut : penurunan kesadaran sesudah trauma serebral, kecelakaan lalu lintas, dan operasi otak. Stadium

kronik : gangguan saraf dan jiwa (hemiplegia, diskenesia, amnesia afasia, disorientasi dan sakit kepala) sesudah apopleksis, cedera kepala gangguan cerebral termasuk stroke iskemik dan operasi otak.

- f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien menderita Hs dengan gejala penurunan kesadaran
- g) Efeksamping : Syok, Gejala hipersensitif, Insomnia, Sakit kepala, Mual, Pusing, Anoreksia, Dada terasa tertekan dan rasa hangat dikulit.

3) Nama obat : Ranitidine

- a) Klasifikasi / golongan obat :

Ranitidin merupakan obat untuk menurunkan produksi asam berlebihan pada lambung. Ranitidin merupakan obat golongan Antihistamin

- b) Dosis Umum :

Untuk mengobati maag : 75 mg satu kali / hari, dikonsumsi 30 – 60 menit sebelum makan, untuk mengobati tukak lambung 150 mg dua kali / hari.

- c) Dosis untuk pasien : 1 amp/ 8 jam

- d) Cara pemberian obat : Intravena

- e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Fungsi dari ranitidin adalah obat untuk mengatasi dan mencegah rasa panas perut, maag, dan produksi asam pada lambung yang berlebihan.

- f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

Untuk mengatasi asam yang berlebihan pada lambung

- g) Efeksamping : Sakit kepala, Sulit buang air besar, Mual, Nyeri perut, Gatal – gatal pada kulit

4) Nama obat : phenytoin

- a) Klasifikasi / golongan obat : phenytoin adalah obat untuk mencegah dan mengontrol kejang yang umumnya terjadi

pada penderita epilepsi. Phenytoin merupakan golongan obat Antikonvulsan

- b) Dosis Umum : 2 ml
- c) Dosis untuk pasien : 1 amp/ 12 jam
- d) Cara pemberian obat : Intravena
- e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Phenytoin bekerja pada membran sel saraf khususnya pada bagian kanal natrium. Dengan meningkatkan efflux atau mengurangi masuknya ion natrium yang melintas membran sel saraf pada bagian korteks yang merupakan pusat kendali terjadinya kejang pada otak.

- f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mencegah terjadinya kejang
- g) Kontraindikasi : memiliki riwayat hipersensitif/alergi terhadap kandungan obat ini. Untuk penggunaan intravena tidak boleh diberikan pada penderita sinus bradikardi. Dan juga tidak diberikan pada ibu hamil.
- h) Efek samping : Mual, Konstipasi, Kurang nafsu makan, Sakit kepala, Tremor, Gelisah, Nyeri dan perdarahan pada gusi.

5) Nama obat : Nicardipine

- a) Klasifikasi / golongan obat : Antihipertensi
- b) Dosis Umum :

Dosis awal : 3- 5 mg / jam melalui infus terus menerus selama 15 menit, dapat disesuaikan dengan tekanan darah dengan peningkatan 0,5 – 2,5 mg/jam setiap 15 menit. Bila tekanan darah yang diinginkan tercapai dapat mengurangi ke tingkat pemeliharaan : 2 – 4 mg/jam. Maksimal : 15 mg/jam.

- c) Dosis untuk pasien : 5cc/jam/syringe pump
- d) Cara pemberian obat : Intravena
- e) Mekanisme kerja obat :

Nicardipine bekerja untuk membuat relaksasi otot pembuluh darah dan vasodilator melebarkan pembuluh darah agar aliran darah mengalir lancar.

f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
untuk mengatasi hipertensi yang dialami pasien

g) Efeksamping :

Pusing, sakit kepala, sakit perut, mual, kram ototkonstipasi dan mulut kering.

6) Nama obat : mecobalamin

a) Klasifikasi / golongan obat : mecobalamin termasuk obat golongan neurotropik/ neurotonik

b) Dosis Umum : 500 mcg/ml

c) Dosis untuk pasien : 1 amp/12 jam

d) Cara pemberian obat : Intravena

e) Mekanisme kerja obat :

Mecobalamin atau methycobalamin yang tergolong obat neurotropik. Obat ini adalah bentuk aktif vitamin B12 yang dapat mencapai otak, berperan dalam perbaikan kerusakan sel saraf dan meningkatkan pembentukan sel saraf baru. Methycobal diindikasikan untuk penderita kekurangan vitamin B12, neuropati perifer (gangguan saraf tepi dengan gejala kesemutan atau keram).

f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
Meningatkan penyembuhan pada kekuatan ototdan menunjukkan efek penyembuhan kerusakan jaringan saraf.

g) Efeksamping :mual dan muntah, Anoreksia, Diare.

7) Nama obat : Cefoperazone

a) Klasifikasi / golongan obat : antibiotik sefalosporin

b) Dosis Umum : Dewasa, 2-4 gr/ hari

c) Dosis untuk pasien : 1 gr/12 jam

d) Cara pemberian obat : Intravena

e) Mekanisme kerja obat :

Obat antibiotik sefalosporin bekerja dengan cara mengganggu pembentukan dinding sel bakteri, sehingga akan membunuh dan menghambat perkembangan bakteri penyebab infeksi.

f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : menghambat perkembangan bakteri dan penyebab infeksi

g) Efeksamping : ruam kulit, mual dan muntah, pembekuan darah, peradangan pembuluh darah, hipersensitivitas neuromuskular, nefrotoksitas.

8) Nama obat : Asam tranexamat

a) Klasifikasi / golongan obat : asam tranexamat merupakan golongan anti-fibrinolitik yang digunakan untuk menghentikan perdarahan pada sejumlah kondisi.

b) Dosis Umum : 500 mg/ml

c) Dosis untuk pasien : 1 amp/8 jam

d) Cara pemberian obat : Intravena

e) Mekanisme kerja obat :

Asam tranexamat bekerja dengan cara menghambat hancurnya bekuan darah yang sudah terbentuk dan menghentikan perdarahan

f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk membantu menghentikan perdarahan

g) Efeksamping : Sakit kepala, nyeri otot dan nyeri sendi, hidung tersumbat, nyeri perut, mual muntah, lemas, anemia, migrain dan pusig

E. ANALISA DATA SEKUNDER

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur dan tidak mampu melakukan aktivitas sehingga dibantu oleh keluarga dan perawat - Keluarga pasien mengatakan bahwa seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Tampak kebutuhan dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak pasien mengalami kekakuan pada bagian tubuh sebelah kanan. - TTV : TD : 170/110 mmHg, N: 106x/menit, S: 37,4°C, P: 32x/menit, SpO2: 96%. - Uji Kekuatan otot : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ekstermitas kanan tidak ada kontraksi otot - Tampak kelemahan Ekstermitas pada satu sisi - Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> ▪ Makan 1 ▪ Mandi 4 ▪ Pakaian 4 ▪ Kerapihan 4 ▪ Buang air besar 3 ▪ Buang air kecil 1 ▪ Mobilisasi di tempat tidur 4 	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik

F. DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Gangguan Pertukaran Gas ditandai dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi dibuktikan dengan Dipsnea, PCO ₂ Menurun, PO ₂ Meningkat, ph meningkat, pola napas abnormal (cepat), warna kulit pucat. (D.0003)
2	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial ditandai dengan Edema Serebral (mis. stroke Hemoragic) dibuktikan dengan Tekanan Darah Meningkat, Tingkat Kesadaran Menurun, Respon Pupil Melambat atau Tidak Sama, Refleks Neurologis Terganggu, Muntah Disertai Mual. (D.0066)
3	Gangguan Mobilitas Fisik ditandai dengan Ganggguan Neuromuskular dibuktikan dengan Kekuatan Menurun, Rentang gerak (ROM) menurun, Fisik lemah. (D.0054)

G. INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
<p>Gangguan Pertukaran Gas ditandai dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi dibuktikan dengan Dipsnea, PCO2 Menurun, PO2 Meningkat, ph meningkat, pola napas abnormal (cepat), warna kulit pucat. (D.0003)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan bersihan jalan napas tidak efektif meningkat (L.01003). Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dipsnea menurun 2. Bunyi napas tambahan cukup menurun 3. PCO2 cukup membaik 4. PO2 cukup membaik 5. Ph cukup membaik 6. Pola napas membaik 7. Warna kulit membaik 	<p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, Irama, kedalaman, usapaya napas) 2. Monitor pola napas 3. Monitor bunyi napas tambahan (mis.Ronchi). 4. Monitor adanya produksi sputum (jumlah, warna, aroma) 5. Monitor nilai AGD <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik 3. Berikan oksigen, jika perlu 4. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral (mis. stroke Hemoragic) ditandai dengan Tekanan Darah Meningkat, Tingkat Kesadaran Menurun, Respon Pupil Melambat Atau Tidak Sama, Refleks Neurologis Terganggu, Muntah Disertai Mual. (D.0066)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil: (L.06049)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Respon pupil membaik 4. Refleks neurologis membaik 5. Tekanan darah membaik 6. Tekanan nadi membaik 7. Tekanan intrakranial membaik 	<p>Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198) Tindakan Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan TIK (edema cerebral stroke hemoragic) 2. Monitor tanda/ gejalapeningkatan TIK (TD, Tekanan nadi melebar, kesadaran menurun) 3. Monitor ketidakseimbangan respon pupil <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala (head up 30°) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <p>Manajemen jalan napas (I.01011) Tindakan Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis.Ronchi). 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
---	--	--

<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan kekuatan menurun, rentang gerak (ROM) menurun, fisik lemah, gerakan terbatas (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat 3. Rentang gerak ROM cukup meningkat 4. Gerakan terbata cukup menurun 5. Kelemahan fisik menurun 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 2. Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik 3. Berikan oksigen, jika perlu <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran mukolitik, jika perlu <p>Dukungan Mobilisasi (I.05173) Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan (<i>range of motion</i> dan miring kiri-miring kanan) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
---	--	---

H. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (tabel 3.8)

Nama/umur : Ny. F/60 Tahun

Ruangan/kamar : Intensive Care Unit (ICU)

Hari / tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama perawat
Jumat, 09 juni 2022	I,II,III	08.00 WITA	Mengobservasi atau memantau tanda – tanda vital Hasil : TD : 170/110 mmHg P 32x/i N : 106x/mnt S : 37,4°C SPO2 : 96%	Monika
	I	08.10 WITA	Monitor pola napas (frekuensi, dan kedalaman, usaha napas Hasil : Tampak pasien sesak, frekuensi pernapasan 32x/i	Monika
	II	08.50 WITA	Monito tingkat kesadaran Hasil : Tampak keadaan umum lemah, tampak kesadaran soporo-comatous, GCS (M2, V1, E2).	Monika
	I	09.00 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Monika
	II	09.15 WITA	Memonitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil Hasil : Kanan: respon pupil melambat Kiri: tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya	Monika
	II	09.30 WITA	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : Tampak pasien tidak ada mual dan muntah, kesadaran menurun, tekanan darah meningkat, nadi meningkat.	Monika

	III	09.45 WITA	Mengidentifikasi adanya nyeri / keluhan fisik lainnya Hasil : Tampak pasien sulit menggerakkan anggota badannya	Monika
	III	09.50 WITA	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga dalam pemenuhan ADLnya	Monika
	II	10.00 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : Citicolin 1 amp/IV Manitol 100cc/IV	Monika
	I,III,III	10.15 WITA	Mengobservasi atau memantau tanda – tanda vital Hasil : TD : 160/110 mmHg P : 28x/i N : 98x/mnt S : 36,7°C	Monika
	II	10.25 WITA	Mempertahankan posisi kepala pasien Hasil : Tampak pasien diberikan posisi kepala 30°	Monika
	I	10.30 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Monika
	II	10.45 WITA	Mengkaji level stroke Hasil : Tampak psien berada pada level satu, dimana pasien belum dapat menjaga keseimbangan kepala	Monika
	III	11.00 WITA	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif dan mengedukasi keluarga pasien untuk melakukan latihan ROM pasif secara sistematis	Monika

			<p>Hasil : Tampak pasien kaku saat diberikan tindakan ROM pasif, Keluarga pasien mengerti dan mampu melaksanakan saat diberi edukasi</p>	
	III	11.20 WITA	<p>Mengkaji kekuatan otot pasien</p> <p>Hasil : Kanan Kiri</p> <p>Tangan 0 2 </p> <p>Kaki 0 2 </p> <p>Tampak kekuatan otot sebelah kanan sama sekali tidak mampu bergerak tampak berkontraksi pun tidak, dan bila lengan/tungkai dilepas terjatuh</p>	Monika
	I	11.35 WITA	<p>Melakukan fisioterapi dada</p> <p>Hasil : Tampak pasien diberi terapi terapi dada</p>	Monika
	III	11.40 WITA	<p>Membantu pasien dalam melakukan pergerakan sederhana (mika-miki)</p> <p>Hasil : Tampak pasien diberi posisi miring ke kiri</p>	Monika
	II	11.45 WITA	<p>Mempertahankan posisi kepala pasien</p> <p>Hasil : Tampak pasien diberikan posisi kepala 30°</p>	Monika
	I	11.55 WITA	<p>Monitor sputum (frekuensi dan warna)</p> <p>Hasil : Tampak sputum kental berwarna putih, dengan jumlah ± 50 cc</p>	Monika
	I	12.00 WITA	<p>Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat</p> <p>Hasil : Asam tranexsamat 1 amp/IV Ranitidine 1 amp/IV</p>	Monika

	I	12.15 WITA	Monitor tanda-tanda vital Hasil : TD: 160/100 mmHg N : 98x/ menit S : 36,7 °C P : 23 x/mnt SPO2 : 97%	Monika
	I	12.45 WITA	Melakukan pemberian oksigen Hasil : tampak terpasan oksigen NRM 15 liter	Monika
	II	13.00 WITA	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak pasien diberi terapi masase	Monika
	II	13.15 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Monika
	I	13.35 WITA	Dokumentasikan hasil pemantauan Hasil : Tampak kesadaran menurun, tampak diberi posisi kepala 30°	Monika
	I	13.40 WITA	Jelaskan tujuan dan prosedur yang pemantauan Hasil : Tampak keluarga memahami penjelasan perawat	Monika
	II	14.00 WITA	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD : 160/100 mmHg N : 98 x/menit S : 36,5°C P : 26 x/menit SpO2 : 97 %	Monika
	II	14.05 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam peberian obat Hasil : Manitol 100cc/IV	Murni
	II	14.35 WITA	Monitor pola napas (frekuensi, dan kedalaman, usaha napas Hasil : Tampak sesak, frekuensi pernapasan 26x/i	Murni

	I	15.00 WITA	Monitor bunyi napas tambahan (misalnya : ronchi) Hasil : Terdapat bunyi tambahan ronchi	Murni
	III	15. 25 WITA	Monito tingkat kesadaran Hasil : Tampak keadaan umum lemah, tampak kesadaran soporo-comatous, GCS : 5 (M2, V1, E2).	Murni
	III	15.35 WITA	Memonitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil Hasil : Kanan: respon pupil melambat Kiri: tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya	Murni
	I	15.40 WITA	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : Tidak tampak mual dan muntah, kesadaran menurun, tekanan darah meningkat.	Murni
	II	15.45 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Murni
	III	15.55 WITA	Mengidentifikasi adanya nyeri / keluhan fisik lainnya Hasil : Tampak pasien sulit menggerakkan anggota badannya	Murni
	III	16.00 WITA	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD: 160/110 mmHg N : 100x/ menit S : 37,5 °C P : 26x/ menit	Murni
	III	16.15 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : cefoperazone 1 gr//IV	Murni

	III	16.30 WITA	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga dalam pemenuhan ADLnya	Murni
	II	16.45 WITA	Monitor sputum (frekuensi dan warna) Hasil : Tampak sputum kental berwarna putih, dengan jumlah ± 20 cc	Murni
	III	16.55 WITA	Mempertahankan posisi kepala pasien Hasil : Tampak pasien diberikan posisi kepala 30°	Murni
	I	17.00 WITA	Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil : TD: 160/110 mmHg N : 100x/ menit	Murni
	I	17.30 WITA	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif dan mengedukasi keluarga pasien untuk melakukan latihan ROM pasif secara sistematis Hasil : Tampak pasien masih kaku saat dilakukan ROM dan keluarga pasien mengerti edukasi yang dijelaskan serta ikut membantu dalam melakukan	Murni
	II	17.50 WITA	Jelaskan kepada keluarga tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Tampak keluarga memahami dan mengerti apa yang dijelaskan perawat	Murni

	III	17.55 WITA	<p>Mengkaji kekuatan otot pasien</p> <p>Hasil : Kanan Kiri</p> <p>Tangan 0 ——— 2 ———</p> <p>Kaki 0 2</p> <p>Tampak kekuatan otot sebelah kanan sama sekali tidak mampu bergerak tampak berkontraksi pun tidak, dan bila lengan/tungkai dilepas terjatuh</p>	Murni
	II	18.00 WITA	<p>Kolaborasi dengan dokter pemberian obat</p> <p>Hasil : Manitol 100cc/IV</p>	Murni
		18.15 WITA	<p>Memantau tanda-tanda vital</p> <p>Hasil : TD: 160/110 mmHg</p> <p> N : 98x/ menit</p> <p> S : 36,8 °C</p> <p> P : 25x/ menit</p>	Murni
	I	18.30 WITA	<p>Memfasilitasi pasien dalam melakukan pergerakan sederhana (mika-miki)</p> <p>Hasil : Tampak pasien nyaman saat dimiringkan (miring kanan)</p>	Murni
	III	18.45 WITA	<p>Melakukan pengisapan lendir</p> <p>Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik</p>	Murni
	II	18.55 WITA	<p>Monitor sputum (frekuensi dan warna)</p> <p>Hasil : Tampak sputum kental berwarna putih, dengan jumlah ± 10 cc</p>	Murni
	I	19.00 WITA	<p>Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <p> Mecobalamin 1amp/IV</p> <p> Phenitoin 1 Amp/IV</p> <p> Nikardipine 5 cc/sp</p>	Murni
	II	19. 25 WITA	<p>Identifikasi peningkatan TIK</p> <p>Hasil : Tampak tidak ada muntah, tidak gelisah, tampak kesadaran menurun.</p>	Murni

	III	19.35 WITA	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : Perawat memasank pagar tempat tidur	Murni
	III	19.50 WITA	Monitor tingkat kesadaran Hasil : Tampak keadaan umum lemah, tampak kesadaran soporo-comatous, GCS : 5 (M2, V1, E2).	Murni
		20.00 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : Asam traneksamat 1 amp/IV Ranitidine 1 amp/ IV	Murni
		20.20 WITA	Melakukan pemberian oksigen Hasil : Tampak terpasang oksigen NRM 15 liter	Murni
		20.35 WITA	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Tampak keluarga membantu pasien melakukan latihan ROM engan dibimbing oleh perawat	Murni
		20.55 WITA	Mengatur posisi pasien Hasil: Tampak pasien diberikan posisi head up 30°	Murni
		21.00 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Murni

Sabtu, 10 juni 2022	I,II,III	08.00 WITA	Mengobservasi atau memantau tanda – tanda vital Hasil : TD : 160/90 mmHg P : 26x/i N : 65x/mnt S : 36,4°C SPO2 : 97%	Murni
	I	08.10 WITA	Monitor pola napas (frekuensi, dan kedalaman, usaha napas Hasil : Tampak pasien sesak, frekuensi pernapasan 26x/i	Murni
	II	08.50 WITA	Monito tingkat kesadaran Hasil : Tampak keadaan umum lemah, tampak kesadaran soporo-comatous, GCS (M2, V1, E2).	Murni
	I	09.00 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Murni
	II	09.15 WITA	Memonitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil Hasil : Kanan: respon pupil melambat Kiri: tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya	Murni
	II	09.30 WITA	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : Tampak pasien tidak ada mual dan muntah, kesadaran menurun, tekanan darah meningkat, nadi meningkat.	Murni
	III	09.45 WITA	Mengidentifikasi adanya nyeri / keluhan fisik lainnya Hasil : Tampak pasien sulit menggerakkan anggota badannya	Murni
	III	09.50	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	Murni

		WITA	Hasil : Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga dalam pemenuhan ADLnya	
	II	10.00 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : Citicolin 1 amp/IV Manitol 100cc/IV	Murni
	I,III,III	10.15 WITA	Mengobservasi atau memantau tanda – tanda vital Hasil : TD : 161/92 mmHg P : 28x/i N : 58x/mnt S : 36°C	Murni
	II	10.25 WITA	Mempertahankan posisi kepala pasien Hasil : Tampak pasien diberikan posisi kepala 30°	Murni
	I	10.30 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Murni
	II	10.45 WITA	Mengkaji level stroke Hasil : Tampak psien berada pada level satu, dimana pasien belum dapat menjaga keseimbangan kepala	Murni
	III	11.00 WITA	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif dan mengedukasi keluarga pasien untuk melakukan latihan ROM pasif secara sistematis Hasil : Tampak pasien kaku saat diberikan tindakan ROM pasif, Keluarga pasien mengerti dan mampu melaksanakan saat diberi edukasi	Murni

	III	11.20 WITA	<p>Mengkaji kekuatan otot pasien</p> <p>Hasil : Kanan Kiri</p> <p>Tangan $\frac{0}{0} \mid \frac{2}{2}$</p> <p>Kaki</p> <p>Tampak kekuatan otot sebelah kanan sama sekali tidak mampu bergerak tampak berkontraksi pun tidak, dan bila lengan/tungkai dilepas terjatuh</p>	Murni
	I	11.35 WITA	<p>Melakukan fisioterapi dada</p> <p>Hasil : Tampak pasien diberi terapi terapi dada</p>	Murni
	III	11.45 WITA	<p>Membantu pasien dalam melakukan pergerakan sederhana (mika-miki)</p> <p>Hasil : Tampak pasien diberi posisi miring ke kiri</p>	Murni
	II	11.55 WITA	<p>Mempertahankan posisi kepala pasien</p> <p>Hasil : Tampak pasien diberikan posisi kepala 30°</p>	Murni
	I	12.00 WITA	<p>Monitor sputum (frekuensi dan warna)</p> <p>Hasil : Tampak sputum kental berwarna putih, dengan jumlah ± 35 cc</p>	Murni
		12.15 WITA	<p>Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat</p> <p>Hasil : Asam tranexamat 1 amp/IV Ranitidine 1 amp/IV</p>	Murni
	I	12.30 WITA	<p>Monitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil : TD: 140/80 mmHg N : 60x/ menit S : 36,7 °C P : 25 x/mnt SPO2 : 97%</p>	Murni
	I	12.45 WITA	<p>Melakukan pemberian oksigen</p> <p>Hasil : tampak terpasang oksigen NRM 15 liter</p>	Murni

	I	13.00 WITA	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak pasien diberi terapi masase	Murni
	II	13.20 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Murni
	II	13.45 WITA	Dokumentasikan hasil pemantauan Hasil : Tampak kesadaran menurun, tampak diberi posisi kepala 30°	Murni
	II	14.00 WITA	Jelaskan tujuan dan prosedur yang pemantauan Hasil : Tampak keluarga memahami penjelasan perawat	Murni
	I	14.10 WITA	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD : 160/100 mmHg N : 98 x/menit S : 36,5°C P : 26 x/menit SpO2 : 97 %	Monika
	I	14.30 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam peberian obat Hasil : Manitol 100cc/IV	Monika
	II	14.55 WITA	Monitor pola napas (frekuensi, dan kedalaman, usaha napas Hasil : Tampak sesak, frekuensi pernapasan 26x/i	Monika
	II	15.00 WITA	Monitor bunyi napas tambahan (misalnya : ronchi) Hasil : Terdapat bunyi tambahan ronchi	Monika
	II	15. 25 WITA	Monito tingkat kesadaran Hasil : Tampak keadaan umum lemah, tampak kesadaran soporo- comatous, GCS : 5 (M2, V1, E2).	Monika

	I	15.30 WITA	Memonitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil Hasil : Kanan: respon pupil melambat Kiri: tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya	Monika
	III	15.40 WITA	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : Tidak tampak mual dan muntah, kesadaran menurun, tekanan darah meningkat.	Monika
	III	15.45 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Monika
	I	15.55 WITA	Mengidentifikasi adanya nyeri / keluhan fisik lainnya Hasil : Tampak pasien sulit menggerakkan anggota badannya	Monika
	II	16.00 WITA	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD: 153/85 mmHg N : 68x/ menit S : 37,5 °C P : 25x/ menit SPO2 : 97%	Monika
	III	16.15 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat	Monika
		16.45 WITA	Hasil : cefoperazone 1 gr//IV	
	III	16.55 WITA	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga dalam pemenuhan ADLnya	Monika
	III	17.00 WITA	Monitor sputum (frekuensi dan warna) Hasil : Tampak sputum kental	Monika

			berwarna putih, dengan jumlah ± 15 cc	
	III	17.30 WITA	Mempertahankan posisi kepala pasien Hasil : Tampak pasien diberikan posisi kepala 30°	Monika
	II	17.45 WITA	Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasi : TD: 160/110 mmHg N : 100x/ menit	Monika
	III	17.50 WITA	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif dan mengedukasi keluarga pasien untuk melakukan latihan ROM pasif secara sistematis Hasil : Tampak pasien masih kaku saat dilakukan ROM dan keluarga pasien mengerti edukasi yang dijelaskan serta ikut membantu dalam melakukan	Monika
	I	17.55 WITA	Jelaskan kepada keluarga tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Tampak keluarga memahami dan mengerti apa yang dijelaskan perawat	Monika
	I	18.00 WITA	Mengkaji kekuatan otot pasien Hasil : Kanan Kiri Tangan 0 2 Kaki 0 2	Monika
	II	18.15 WITA	Tampak kekuatan otot sebelah kanan sama sekali tidak mampu bergerak tampak berkontraksi pun tidak, dan bila lengan/tungkai dilepas terjatuh Kolaborasi dengan dokter pemberian obat Hasil : Manitol 100cc/IV	Monika

	III	18.35 WITA	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD: 150/90 mmHg N : 78x/ menit S : 36,4 °C P : 25x/ menit SPO2 : 98%	Monika
	II	18.40 WITA	Menfasilitasi pasien dalam melakukan pergerakan sederhana (mika-miki) Hasil : Tampak pasien nyaman saat dimiringkan (miring kanan)	Monika
	I	18.55 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil :Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Monika
	III	19.00 WITA	Monitor sputum (frekuensi dan warna) Hasil : Tampak sputum kental berwarna putih, dengan jumlah ± 10 cc	Monika
	II	19.25 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil :	Monika
	I	19.35 WITA	Mecobalamin 1amp/IV Phenitoin 1 Amp/IV Nikardipine 5 cc/sp	Monika
		19.55 WITA	Identifikasi peningkatan TIK Hasil : Tampak tidak ada muntah, tidak gelisah, tampak kesadaran menurun.	Monika
		19.55 WITA	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : Perawat memasanh pagar tempat tidur	Monika
		20.00 WITA	Monito tingkat kesadaran Hasil : Tampak keadaan umum lemah, tampak kesadaran	Monika

			soporo-comatous, GCS : 5 (M2, V1, E2).	Monika
		20.15 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : Asam tranexsamat 1 amp/IV Ranitidine 1 amp/ IV	Monika
		20.35 WITA	Melakukan pemberian oksigen Hasil : Tampak terpasang oksigen NRM 15 liter Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Tampak keluarga membantu pasien melakukan latihan ROM engan dibimbing oleh perawat	Monika
		20.45 WITA	Mengatur posisi pasien Hasil: Tampak pasien diberikan posisi head up 30°	Monika
		21.00 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Monika

Minggu, 11 juni 2022	I,II,III	08.00 WITA	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD: 160/96 mmHg N : 79x/ menit S : 36,4 °C P : 24x/ menit SPO2 : 100%	Monika
	I	08.10 WITA	Monitor pola napas (frekuensi, dan kedalaman, usaha napas) Hasil : Tampak pasien sesak, frekuensi pernapasan 24x/i	Monika
	II	08.50 WITA	Monito tingkat kesadaran Hasil : Tampak keadaan umum lemah, tampak kesadaran sopor, GCS (M3, V2, E2).	Monika
	I	09.00 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Monika
	II	09.15 WITA	Memonitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil Hasil : Kanan: respon pupil melambat Kiri: tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya	Monika
	II	09.30 WITA	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : Tampak pasien tidak ada mual dan muntah, kesadaran menurun, tekanan darah meningkat	Monika
	III	09.45 WITA	Mengidentifikasi adanya nyeri / keluhan fisik lainnya Hasil : Tampak pasien masih sulit menggerakkan anggota badannya	Monika
	II	09.50 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : Citicolin 1 amp/IV	Monika

		Manitol 100cc/IV											
	II	10.00 WITA	Mengobservasi atau memantau tanda – tanda vital Hasil : TD : 170/87 mmHg P : 21x/i N : 76x/mnt S : 36,2°C SPO2 : 100%	Monika									
	I	10.15 WITA	Mengatur posisi pasien Hasil: Tampak pasien diberikan posisi head up 30°	Monika									
	II	10.25 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Monika									
	III	10.30 WITA	Mengkaji level stroke Hasil : Tampak pasien berada pada level satu, dimana pasien belum dapat menjaga keseimbangan kepala	Monika									
	III	10.45 WITA	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif dan mengedukasi keluarga pasien untuk melakukan latihan ROM pasif secara sistematis Hasil : Tampak pasien kaku saat diberikan tindakan ROM pasif, Keluarga pasien mengerti dan mampu melaksanakan saat diberi edukasi	Monika									
	II	11.00 WITA	Mengkaji kekuatan otot pasien Hasil : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">Kiri</td> </tr> <tr> <td>Tangan</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Kaki</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 40px;">Tampak kekuatan otot sebelah kanan sama sekali tidak mampu bergerak tampak berkontraksi</p>		Kanan	Kiri	Tangan	0	2	Kaki	0	2	Monika
	Kanan	Kiri											
Tangan	0	2											
Kaki	0	2											

			pun tidak, dan bila lengan/tungkai dilepas terjatuh	
	III	11.20 WITA	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak pasien diberi terapi masase	Monika
	II	11.35 WITA	Membantu pasien dalam melakukan pergerakan sederhana (mika-miki) Hasil : Tampak pasien diberi posisi miring ke kiri	Monika
	I	11.45 WITA	Mempertahankan posisi kepala pasien Hasil : Tampak pasien diberikan posisi kepala 30°	Monika
		11.55 WITA	Monitor sputum (frekuensi dan warna) Hasil : Tampak sputum kental berwarna putih, dengan jumlah ± 10 cc	Monika
	II	12.00 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : Asam tranexsamat 1 amp/IV Ranitidine 1 amp/IV	Monika
	I	12.15 WITA	Monitor tanda-tanda vital Hasil : TD: 110/80 mmHg N : 79x/ menit S : 36,3 °C P : 22x/mnt SPO2 : 100%	Monika
	II	12.30 WITA	Melakukan pemberian oksigen Hasil : tampak terpasan oksigen NRM 10 liter	Monika
	III	12.45 WITA	Melakukan fisioterapi dada Hasil : Tampak pasien diberi terapi	Monika

		masase		
		13.00 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Monika
		13.20 WITA	Dokumentasikan hasil pemantauan Hasil : Tampak kesadaran menurun, tampak diberi posisi kepala 30°	Monika
		13.45 WITA	Jelaskan tujuan dan prosedur yang pemantauan Hasil : Tampak keluarga memahami penjelasan perawat	Monika
	I	14.00 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : Manitol 100cc/IV	Monika
	I	14.10 WITA	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD : 154/83 mmHg N : 71 x/menit S : 36,6°C P : 22 x/menit SpO2 : 100 %	Murni
	II	14.30 WITA	Monitor pola napas (frekuensi, dan kedalaman, usaha napas) Hasil : Tampak sesak, frekuensi pernapasan 22x/i	Murni
	III	14.55 WITA	Monitor bunyi napas tambahan (misalnya : ronchi) Hasil : Terdapat bunyi tambahan ronchi	Murni
	II	15.00 WITA	Monito tingkat kesadaran Hasil : Tampak keadaan umum lemah, tampak kesadaran sopor GCS (M3, V2, E2).	Murni

	I	15. 25 WITA	Memonitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil Hasil : Kanan: respon pupil melambat Kiri: tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya	Murni
	III	15. 30 WITA	Monitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : Tidak tampak mual dan muntah, kesadaran menurun, tekanan darah meningkat.	Murni
	III	15.40 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Murni
		15.45 WITA	Mengidentifikasi adanya nyeri / keluhan fisik lainnya Hasil : Tampak pasien sulit menggerakkan anggota badannya	Murni
		15.55 WITA	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga dalam pemenuhan ADLnya	Murni
	I	16.00 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : cefoperazone 1 gr//IV	Murni
	II	16.15 WITA	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD: 150/90 mmHg N : 60x/ menit S : 36,5 °C P : 21x/ menit SPO2 : 99%	Murni
	II	16.45 WITA	Melakukan pemberian oksigen Hasil : Tampak terpasan oksigen NRM 10liter	Murni

II	16.55 WITA	Monitor sputum (frekuensi dan warna) Hasil : Tampak sputum kental berwarna putih, dengan jumlah ± 5 cc	Murni
III	17.00 WITA	Mempertahankan posisi kepala pasien Hasil : Tampak pasien diberikan posisi kepala 30°	Murni
III	17.30 WITA	Dokumentasikan hasil pemantauan Hasil : Tampak keadaan umum lemah, kesadaran menurun, tampak pasien diberikan posisi kepala 30°	Murni
III	17.45 WITA	Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil : TD: 150/85 mmHg N : 78x/ menit	Murni
II	17.50 WITA	Membantu pasien dalam melakukan ROM pasif dan mengedukasi keluarga pasien untuk melakukan latihan ROM pasif secara sistematis Hasil : Tampak pasien masih kaku saat dilakukan ROM dan keluarga pasien mengerti edukasi yang dijelaskan serta ikut membantu dalam melakukan ROM	Murni
III	17.55 WITA	Jelaskan kepada keluarga tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Tampak keluarga memahami dan mengerti apa yang dijelaskan perawat	Murni
III	18.00 WITA	Kolaborasi dengan dokter pemberian obat Hasil : Manitol 100cc/IV	Murni

	I	18.15 WITA	Memantau tanda-tanda vital Hasil : TD: 158/60 mmHg N : 99x/ menit S : 36,2 °C P : 18x/ menit SPO2 : 99%	Murni
	I	18.35 WITA	Mengkaji kekuatan otot pasien Hasil : Kanan Kiri Tangan 0 2 Kaki 0 2 Tampak kekuatan otot sebelah kanan sama sekali tidak mampu bergerak tampak berkontraksi pun tidak, dan bila lengan/tungkai dilepas terjatuh	Murni
	II	18.40 WITA	Memfasilitasi pasien dalam melakukan pergerakan sederhana (mika-miki) Hasil : Tampak pasien nyaman saat dimiringkan (miring kanan)	Murni
	III	18.55 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik	Murni
	I	19.00 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : Mecobalamin 1amp/IV Phenitoin 1 Amp/IV Nikardipine 5 cc/sp	Murni
	II	19.25 WITA	Monitor sputum (frekuensi dan warna) Hasil : Tampak sputum kental berwarna putih, dengan jumlah ± 5cc	Murni
	II	19.35 WITA	Identifikasi peningkatan TIK Hasil : Tampak tidak ada muntah, tidak gelisah, tampak kesadaran menurun, peningkatan tekanan.	Murni

	I	19.55 WITA	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : Perawat memasang pagar tempat tidur	Murni
		20.00 WITA	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : Asam tranexamat 1 amp/IV Ranitidine 1 amp/ IV	Murni
		20.15 WITA	Melakukan pemberian oksigen Hasil : Tampak terpasang oksigen NRM 10 liter	Murni
		20.35 WITA	Monito tingkat kesadaran Hasil : Tampak keadaan umum lemah, tampak kesadaran soporo, GCS (M3, V2, E2).	Murni
		20.45 WITA	Mengatur posisi pasien Hasil : Tampak pasien diberikan posisi head up 30°	Murni
		21.00 WITA	Melakukan pengisapan lendir Hasil : Tampak dilakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik Tampak sputum kental berwarna putih, dengan jumlah ± 5cc .	Murni

I. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. F / 60 Tahun

Ruangan / Kamar : Intensive Care Unit (ICU)

Hari/tgl	DP	Evaluasi (S O A P)
Jumat, 09 Juni 2022	I	<p>Gangguan Pertukaran Gas ditandai dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Ferfusi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan terdengar suara lendir dileher pasien - Keluarga pasien mengatakn pasien sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Tampak sesak - Tampak pasien tidak bisa mengeluarkan lendirnya - Tampak terdengar bunyi napas tambahan Ronchi - Tampak terpasang NRM 15 liter - Tampak sputum kental, berwarna putih - Hasil TTV : TD : 170/110 mmHg, P : 32x/mnt N : 106x/mnt S : 37,4°C - Hasil lab Darah rutin : WBC : 17.08 10³/ μL Analisa Gas Darah BGA / Bood Gas Analyzer Ph : 7.54[†], PCO₂: 25.6* mm Hg, pO₂ : 335* mm Hg. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gamngguan Pertukaran Gas ditandai dengan ketidak seimbangan ventilasi-Ferfusi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi
	II	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Berhubungan Dengan Edema Serebral (Stroke Hemoragic)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi - Keluarga pasien mengatakan pasien sebelum dibawah kerumah sakit pasien mengeluh sakit kepala berat dan

	III	<p>muntah dua kali.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien diperjalanan menuju rumah sakit tiba-tiba tidak sadarkan diri. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Kesadaran sopor-comatous, GCS (M2, V1, E2) - Tampak bibir pasien mencong kekanan - Tampak respon pupil sebelah kanan melambat <p>TD : 170/110 mmHg N : 106 ^x/_m P : 32 ^x/_m S : 37.4 ^o c SPO₂ : 96 %</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil CT-Scan kepala : Perdarahan cerebri sinistra dengan volume perdarahan +/- 61,76 cc, proses atrofi cerebri. - Hasil lab : WBC 17.08 10³/ μL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah penurunan kapasitas adaptif intracranial belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuscular</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan seluruh badan dan kekakuan ekstermitas kanan atas dan bawah - Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur dan semua aktivitas pasiendibantu oleh keluarga dan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ekstermitas kanan mengalami kekakuan - Tampak seluruh badan pasien mengalami kelemahan - Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat
--	-----	---

<p>Sabtu, 10 juni 2022</p>	<p>I</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak terbatas - Babinski negatif pada ekstremitas bawah bagian kanan - Uji kekuatan otot : Tampak kelemahan pada satu sisi tubuh pasien - Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 1 Mandi : 4 Pakaian : 4 Kerapihan : 4 BAB : 3 BAK : 1 - Mobilisasi ditempat tidur: 4 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>Gangguan Pertukaran Gas ditandai dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-perfusi</p> <p>S: -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum lemah - Tampak bunyi napas ronchi - Tampak sputum kental berwarna kekuningan ± 40 cc - Tampak sesak - Tampak terpasang oksigen NRM 15 liter <p>TD : 160/90 mmHg N : 65 ^x/_m P : 26^x/_m S : 36.4 ⁰ c SPO₂ : 98%</p> <p>Hasil lab : WBC 17.08 10³/uL Ph : 7.541*, PCO₂: 25.6* mm Hg, pO₂ : 335* mm Hg.</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan pertukaran gas ditandai dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Berhubungan Dengan Edema Serebral (Stroke Hemoragic)</p>
------------------------------------	----------	---

	II	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Kesadaran sopor-comatous, GCS (M2, V1, E2) - Tampak bibir pasien mencong kekanan - Tampak respon pupil sebelah kanan melambat <p>TD : 160/90 mmHg</p> <p>N : 65 ^x/_m</p> <p>P : 26 ^x/_m</p> <p>S : 36.4 ^o c</p> <p>SPO₂ : 98 %</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil CT-Scan kepala : Perdarahan cerebri sinistra dengan volume perdarahan +/- 61,76 cc, proses atrofi cerebri. - Hasil lab : WBC 17.08 10³/μL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah penurunan kapasitas adaptif intracranial belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi
	III	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ekstermitas kanan masih mengalami kekakuan - Tampak seluruh badan pasien mengalami kelemahan - Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Rentang gerak terbatas - Uji kekuatan otot : Tampak kelemahan pada satu sisi tubuh pasien - Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 1 Mandi : 4 Pakaian : 4 Kerapihan : 4 BAB : 3 BAK : 1 - Mobilisasi ditempat tidur: 4

Minggu, 11,juni 2022	I	<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>Gangguan Pertukaran Gas ditandai dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-perfusi</p> <p>S: -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum lemah - Tampak sputum berkurang - Tampak sesak berkurang - Tampak terpasang oksigen NRM 10 liter <p>TD : 170/110 mmHg N : 60 ^x/_m P : 24^x/_m S : 36.9⁰ c SPO₂ : 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil lab : WBC 17.08 10³/μL Ph : 7.541 * <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan pertukaran gas ditandai dengan ketidakseimbangan ventilasi- perfusi teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Berhubungan Dengan Edema Serebral (Stroke Hemoragic)</p> <p>S: -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Kesadaran sopor GCS (M3, V2, E2) - Tampak bibir pasien mencong kekanan - Tampak respon pupil sebelah kanan melambat <p>TD : 170/110 mmHg N : 60 ^x/_m P : 24 ^x/_m S : 36.9⁰ c SPO₂ : 98 %</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil CT-Scan Kepala : Perdarahan cerebri sinistra
	II	

	III	<p>dengan volume perdarahan +/- 61,76 cc, proses atrofi cerebri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil lab : WBC $17.08 \times 10^3 / \mu\text{L}$ <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah penurunan kapasitas adaptif intracranial belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuscular</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ekstermitas kanan masih mengalami kekakuan - Tampak seluruh badan pasien mengalami kelemahan - Tampak kebutuhan dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Rentang gerak terbatas - Uji kekuatan otot : Tampak kelemahan pada satu sisi tubuh pasien - Aktivitas harian <ul style="list-style-type: none"> Makan : 1 Mandi : 4 Pakaian : 4 Kerapihan : 4 BAB : 3 BAK : 1 - Mobilisasi ditempat tidur: 4 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi
--	-----	---

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang di peroleh dari hasil perawatan yang di lakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Ny. "F" dengan *Hemoragik Stroke* di ruang perawatan "ICU-ICCU" RS Stella Maris Makassar.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data- data diperoleh melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu hasil CT-Scan kepala. Dari pengkajian yang dilakukan pada Ny. "F" diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit pada tanggal 08 Juni 2022 dengan diagnosa medik *Hemiparese dextra*. Saat pengkajian dilakukan pada tanggal 08 Juni 2022 pasien Ny. "F" umur 60 tahun dengan diagnosa *Hemoragik Stroke* ditemukan keluhan kelemahan seluruh badan dan kekakuan badan di ekstermitas kanan. Keluarga mengatakan pasien di bawa ke RS, karena tiba-tiba bibirnya miring dan tidak bisa berbicara dan mengalami kelemahan di seluruh badannya ketika menonton. GCS M2V1E2 (sopor comatus). Setelah dilakukan pemeriksaan diagnostik CT-Scan pada tanggal 08 Juni 22 diperoleh hasil dengan perdarahan serebral sinistra dengan volume perdarahan kurang lebih 60, 76 cc. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat Hipertensi kurang lebih 10 tahun. Dari data yang diperoleh melalui observasi TTV keadaan umum pasien tampak sakit berat, TD : 160/100 mmHg, N : 106 x/menit kuat dan teratur, S : 37,4°C, P : 32 x/menit irama cepat.

Tanda dan gejala pada teori yaitu salah satu tanda dan gejala Ny. "F" yaitu kelemahan di seluruh badan dan kekakuan pada salah satu sisi tubuh yaitu *Hemiparese dextra*. *Hemiparese dextra* terjadi karena adanya perdarahan atau kerusakan sel-sel otak yang dapat menyebabkan gangguan fungsi motorik. Pada pasien terjadi pada otak kiri. Sesuai dengan pengaturan fungsi motorik oleh otak bawah hemiparese kiri bertanggung jawab terhadap pengaturan motorik tubuh sebelah kanan. Adanya kerusakan pada hemisfer dapat menyebabkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas. Pada saat pengkajian ditemukan juga gejala aphasia pada kasus ini, karena adanya gangguan persepsi yang ditemukan pada nervus 7 (fasialis) dan nervus 12 (Hipoglossus). Hal ini terjadi karena adanya kerusakan pada otak yang berfungsi mengatur motorik untuk bicara. Sehingga saat pengkajian di dapatkan kemampuan verbal tidak dapat dikaji.

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko yang dapat mengakibatkan stroke antara lain : yang tidak dapat diubah (predisposisi), yaitu usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, sedangkan yang dapat diubah (presipitasi), yaitu hipertensi, penyakit jantung, DM, obesitas dan merokok. Pada kasus, faktor yang dapat menyebabkan Ny "F" mengalami stroke yaitu pada faktor presipitasi yaitu hipertensi dan faktor predisposisi yaitu Usia. Dimana Usia Ny."F" yaitu 60 tahun dan Hipertensi yang sudah dialami sejak 10 tahun yang lalu yang mengakibatkan pembuluh darah lebih kaku dan penurunan fungsi yang dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah mengakibatkan ruptur pembuluh dara dan terjadih pecah pembuluh darah.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Ny."F" penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001). Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan tanda dan gejala pada pasien seperti pasien batuk, terdengar suara lendir di lehernya dan pasien susah untuk mengeluarkan lendirnya dan didapatkan suara tambahan ronchi pada pasien.
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (mis. Stroke hemoragic) (D.0066). Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data-data dari pasien yaitu keadaan umum berat, lemah pada seluruh badan dan kekakuan di bagian tubuh sebelah kanan dan hasil CT-Scan menunjukkan adanya perdarahan serebral sinistra dengan volume perdarahan kurang lebih 60, 76 cc.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0054). Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada pasien di dapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, pasien sulit menggerakkan ekstremitas kanan dan segala aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat.

Diagnosa pada teori yang tidak di angkat pada kasus adalah :

- a. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109), alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena hampir semua intervensinya sudah ada terdapat dalam intervensi hambatan mobilitas fisik yang dapat mengatasi masalah defisit perawatan diri.
- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119). Alasan mengapa penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis hanya mengangkat 3 diagnosa prioritas utama untuk melakukan intervensi dan implementasi.
- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005). Alasan mengapa penulis tidak mengangkat

diagnosa ini karena tidak terdapat gejala mayor dan minor pada pasien, seperti penggunaan otot bantu pernapasan, ekskursi dada berubah.

- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077) . Alasan mengapa penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien mengalami penurunan kesadaran dan penulis tdk bisa mendapatkan data-data seperti PQRST, yang mendukung untuk mengangkat diagnosa ini.
- e. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan dengan faktor risiko penurunan mobilitas (D.0139), hampir semua intervensinya sudah ada terdapat dalam intervensi hambatan mobilitas fisik yang dapat mengatasi masalah integritas.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan intervensi sesuai kondisi pasien.

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat intervensi yaitu:

Observasi :

- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurling, mengi, wheezing, ronchi).
- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik :

- Lakukan fisio terapi dada, jika perlu
- Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik

- Berikan oksigen, jika perlu

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran mukolitik, jika perlu

b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Observasi :

- Identifikasi peningkatan TIK (edema serebral)
- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun)
- Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)

Terapeutik :

- Pertahankan posisi kepala dan leher netral
- Dokumentasi hasil pemantauan

Edukasi :

- Jelaskan tujuan prosedur pemantauan
- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Observasi :

- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi
- Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik :

- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi :

- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- Anjurkan melakukan mobilisasi dini

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan dilakukan pada Ny."F" penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 09-11 Juni 2022 pada pasien Ny "F" merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Sampai pada hari ketiga perawatan belum dapat teratasi, karena masih tampak pasien batuk dan susah untuk mengeluarkan lendirnya dan masih di dapatkan suara tambahan ronchi.
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Sampai pada hari ketiga perawatan belum dapat terasi, karena tekanan darah pasien belum stabil dan pasien masih mengalami kekakuan di tubuh sebelah kanan dan kelemahan seluruh badan.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Sampai pada hari ketiga perawatan belum dapat terasi, dimana pasien masih sulit menggerakkan ekstremitas bagian kanannya, yaitu : aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga.

B. Panduan Penerapan EBN (Pada Tindakan Keperawatan)

1. Judul EBN :

Pemberian fisioterapi dada yaitu: tindakan suction untuk pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada pasien *stroke hemoragik*.

2. Diagnosis Keperawatan :

Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

3. Luaran yang diharapkan :

- Produksi sputum menurun
- Dipsnea menurun

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

- Monitor sputum (jumlah, warna, Aroma)
- Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Suction merupakan suatu tindakan atau upaya membersihkan lendir/secret pada jalan nafas melalui penghisapan dengan alat suction.

b. Tujuan/rasional EBN pada kasus askep :

Mengeluarkan secret/cairan pada jalan nafas

Melancarkan jalan nafas

c. PICOT EBN

1) "Asuhan keperawatan pasien stroke dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi".

a) Populasi/Subjek Peneliti

Subjek atau populasi dalam studi kasus ini yang dipilih adalah satu pasien sebagai subjek studi kasus yaitu pasien stroke dengan gangguan pemenuhan oksigenasi di ruang *Intensive Care Unit (ICU)*.

b) Intervensi/Tindakan

Dalam jurnal pertama menjelaskan tindakan pemberian suction dilakukan sebanyak 4 kali dalam sehari dengan rentang waktu 2 jam yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan bersihan jalan napas tidak efektif diantaranya monitor status oksigenasi (saturasi oksigen) sebelum, selama, dan sesudah tindakan, berikan oksigen dengan konsentrasi tinggi (100%) paling sedikit 30 detik sebelum dan sesudah tindakan, dan lakukan penghisapan lendir (*suction*). Nilai rata-rata saturasi oksigen setelah tindakan *suction* menunjukkan lebih besar dari pada nilai saturasi oksigen sebelum *suction*.

c) Comparison/Perbandingan

Dalam jurnal pertama ini tidak memiliki perbandingan dengan jurnal yang lainnya karena hanya menggunakan satu jurnal yang berjudul Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi

d) Output/Hasil

Dari hasil penelitian ini menjelaskan Hasil evaluasi akhir pasien mengalami keberhasilan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Didapatkan hasil sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu produksi sputum yang cukup meningkat menjadi menurun dari skala 2 menjadi skala 5, pola napas yang cukup memburuk menjadi membaik dari skala 2 menjadi skala 5, frekuensi napas yang cukup memburuk menjadi membaik dari skala 2 menjadi skala 5. Peningkatan saturasi oksigen pada hari ketiga nilai saturasi oksigen 95% pada tindakan *suction* pertama menjadi 98% setelah diberikan *suction* keempat.

e) Time/Waktu

Dalam jurnal pertama dilakukan penelitian pada tahun 2020 dengan melakukan penelitian di ruang ICU RSUD Ungaran

2) “Implementasi *Evidence Based Nursing* pada Pasien dengan Stroke Non-Hemoragik: Studi Kasus”.

a) Populasi/Subjek Peneliti

Dalam jurnal kedua mengungkapkan populasi atau subjek dalam studi kasus adalah Pada pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran dan saturasi oksigen.

b) Intervensi/Tindakan

Dalam Jurnal kedua mengungkapkan Pada pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran dan saturasi oksigen, maka penggabungan dua terapi murrotal Al Quran dan pengaturan posisi *head up* 30 derajat diharapkan dapat memberikan hasil keperawatan yang lebih baik dimana dalam jurnal ini menjelaskan tentang mengutamakan pemberian posisi kemudian tindakan suction.

c) Compration/Perbandingan

Dalam jurnal pertama ini tidak memiliki perbandingan dengan jurnal yang lainnya karena hanya menggunakan satu jurnal yang berjudul Implementasi Evidence Based Nursing pada pasien dengan Stroke Hemoragik

d) Output/Hasil

Dari hasil penelitian jurnal kedua menjelaskan dan menampilkan aplikasi dari gabungan dua EBN tersebut terhadap pasien yang sama untuk mendapatkan hasil perawatan yang lebih baik. Namun, studi kasus ini memiliki keterbatasan karena hanyadilakukan terhadap satu pasien. Selain itu, pengaturan posisi dengan evaluasi nilai saturasi oksigen hanya dilakukan selama 3 hari, sehingga hasil dari studi kasus ini tidak dapat digeneralisasi. Walaupun

demikian, studi kasus ini memberikan gambaran kepada perawat di tatanan klinik, mahasiswa keperawatan, dan perawat pendidik di instansi tentang proses aplikasi EBN pada praktik keperawatan, mulai dari tahap pertama menentukan PICO sampai pada tahap pelaksanaan dan evaluasi di lapangan. Kepada peneliti selanjutnya disarankan untuk dapat melakukan aplikasi EBN pada jumlah pasien yang lebih besar.

e) Time/Waktu

Jurnal kedua dilakukan pada tahun 2019 di ruang HCU ruangan neurologi

3) “Pengaruh tindakan suction terhadap saturasi oksigen pada pasien yang di rawat di ruang icu rsudraa soewondo pati”

a) Populasi/Subjek Peneliti

Kemudian dalam ketiga mengungkapkan populasi atau subjek dalam studi kasus adalah Pada pasien dengan penurunan kesadaran atau sedang terpasang jalan napas buatan beresiko mengalami obstruksi jalan nafas karena kehilangan reflek protektif. Jika di dapatkan indikasi penumpukan secret penghisapan sangat di perlukan untuk membersihkan jalan napas dan mempertahankan jalan nafas yang paten dan mencegah infeksi akibat akumulasi secret karna pada pasien sakit kritis sebagian mengalami kegagalan fungsi organ yang mengancam jiwa, untuk itu perlunya support teknologi yang tinggi untuk membantu kelangsungan hidup pasien. Maka tindakan suction diperlukan untuk memperbaiki keadaan respirasi responden

b) Intervensi/Tindakan

Kemudian dalam jurnal ketiga menjelaskan tindakan suction merupakan implementasi utama untuk pasien yang tidak mampu mengeluarkan secret atau lender terhadap

kebersihan jalan nafas dan memenuhi kebutuhan oksigen, apabila tindakan suction tidak dilakukan dengan gangguan bersihan jalan nafas, maka pasien tersebut akan mengalami kekurangan suplai oksigen (Hipoksemia).

c) Compration/Perbandingan

Dalam jurnal pertama ini tidak memiliki perbandingan dengan jurnal yang lainnya karena hanya menggunakan satu jurnal yang berjudul Pengaruh Tindakan Suction Terhadap Saturasi oksigen pada pasien yang di Rawat Di Ruang ICU RSUD RAA Soewondo Pati.

d) Output/Hasil

Kemudian untuk hasil dari jurnal ketiga menjelaskan Hasil penelitian dapat di simpulkan bahwa rata-rata nilai saturasi oksigen sebelum tindakan suction adalah 93.38% dengan nilai saturasi oksigen terendah adalah 80% dan tertinggi adalah 99%. Hasil penelitian dapat di simpulkan bahwa rata-rata nilai saturasi oksigen sesudah tindakan suction adalah 94.19% dengan nilai saturasi oksigen terendah adalah 81% dan tertinggi adalah 99%.

e) Time/Waktu

Jurnal ketiga melakukan penelitian pada tahun 2022 di ruangan ICU RSUD RAA Soewondo Pati

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah pembahasan konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan kasus penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan mengenai asuhan keperawatan pada Ny. "F" dengan *Hemoragic Stroke (HS)* di ruang ICU-ICCU di RS Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : Dari hasil yang di dapatkan pada Ny."F" faktor terjadinya stroke yaitu keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat Hipertensi,, observasi TTV keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran sopor comatus (GCS M1V1E2), TD: 150/90 mmHg, N: 87x/menit, S: 36,9⁰C, P: 32x/menit.
2. Diagnosa Keperawatan : Diagnosa Hemoragic Stroke yang ditemukan pada Ny. "F" yaitu : bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001), penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (mis. Stroke hemoragic) (D.0066), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0054)
3. Intervensi Keperawatan : Dari rencana keperawatan yang telah penulis susunkan, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis ; meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan dan sarana yang ada di Rumah Sakit.
4. Implementasi : Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi bisa terlaksana dengan baik

5. Evaluasi Keperawatan : dari hasil evaluasi tidak ada diagnosa yang teratasi, karena perawatan pasien stroke membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat setempat.
6. Dokumentasi : Telah dilakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada Ny. "F" dengan Hemoragic Stroke dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi selama 3 hari dengan kerjasama yang baik oleh bantuan rekan dan perawat.

B. Saran

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

1. Bagi pasien atau keluarga

Untuk mencegah terjadinya gejala stroke yang berulang, dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat, bugar dan menjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, batasi mengonsumsi makanan yang asin dan daging merah. Disarankan kepada keluarga untuk selalu bekerjasama dengan ahli fisiotherapi dalam memberikan latihan fisik, menilai rentang sendi dan menganjurkan kepada keluarga agar membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pasien.

2. Bagi institusi rumah sakit

Pihak RS diharapkan selalu diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat kontinyu melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di RS, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di RS.

3. Bagi perawat

a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan

keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat dan perawat itu sendiri.

b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subyektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat dan merasa tidak terabaikan.

4. Bagi mahasiswa (i)

Bagi mahasiswa (i) untuk lebih meningkatkan intervensi serta pelaksanaan yang tepat bagi pasien stroke sesuai dengan teori yang didapatkan dibangku perkuliahan demi membantu meningkatkan kesehatan pasien serta diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arum, P. S. (2015). *STROKE, kenali, Cegah & Obati*. Yogyakarta: Notebook
- Dharma, kelana kusuma. (2018). *pemberdayaan keluarga untuk mengoptimalkan kualitas hidup pasien paska stroke*. Yogyakarta: deepublisher.
- Gempitasari, Filya Kharti., & Feni Betriana. (2019). Implementasi Evidence Based Nursing pada Pasien dengan Stroke Non-Hemoragik: Studi Kasus. *Jurnal Edurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 4(3), 601-607. <http://doi.org/10.22216/jen.v4i3.4421>
- Lanny Lingga, P. . (2016). *ALL ABOUT STROKE*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi I. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi I. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi I. Jakarta: DPP PPNI.
- Puspita, Dewi., & Meri Oktariani. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Stroke dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi.
- Pratiwi, M. D., & Rahmayani, F. (2021). Hemiparesis Alterans: Laporan Kasus. *JIMKI: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia*, 9(1), 143–148. <https://doi.org/10.53366/jimki.v9i1.329>
- Rahayu, T. G. (2020). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Risiko Kejadian Stroke Berulang. *JIKP Jurnal Ilmiah Kesehatan PENCERAH*, 9(02), 140-146. <https://doi.org/10.12345/jikp.v9i02.187>
- Ramdani, M. L. (2018). Karakteristik dan Periode Kekambuhan Stroke pada Pasien dengan Stroke Berulang di Rumah Sakit Margono Soekardjo Purwokerto Kabupaten Banyumas. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 3(1), 1–15. <https://doi.org/10.30651/jkm.v3i1.1586>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*
- Sutarwi, S., Bakhtiar, Y., & Rochana, N. (2020). Sensitivitas dan Spesifitas Skor Stroke Literature Review. *Gaster*, 18(2), 186. <https://doi.org/10.30787/gaster.v18i2.521>
- Wulan, Emma Setiyo., & Nanang Nurul Huda. (2022). Pengaruh Tindakan Suction terhadap Saturasi Oksigen pada Pasien yang Dirawat di Ruang ICU RSUD RAA SOEWONDO PATI. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 9(1), 22-33.

LEMBAR BIMBINGAN KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)






Nama mahasiswa : Monika Tangki' (Ns2114901105)

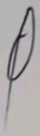
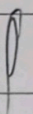



Murniati Bo'leng (Ns2114901107)

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny."F" dengan *Hemoragic Stroke* (HS) di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Pembimbing I : Nikodemus Sili Beda.,Ns.,M.Kep

Pembimbing II : Elmiana Bongga Linggi, NS, M.kes

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Pembimbing
1	Kamis, 09-06-2022	Bab III	- Lengkapi pengkajian primer dan sekunder.	
2	Jumat, 10-06-2022	Bab III	- Perbaiki diagnosis keperawatan dan masukkan juga hasil pemeriksaan (lab, CT scan, radiologi, dll).	
3	Selasa, 14-06-2022	Bab III	- Pada pembahasan aspek bagian pengkajian fokuskan saja ke data yang ditemukan pada pasien dan gejala yang didapatkan dari teori dan kasus apakah memperberat atau memperingan kondisi pasien	
4	Senin, 20-06-2022	Bab III	- Bab III Tambahkan hasil LAB pada analisa data - Perbaiki susunan kalimat pada SOAP	
5	Sabtu, 25-06-2022	Bab III	ACC	

6	Sabtu, 25-06-2022	Bab IV, V	<ul style="list-style-type: none"> - Pada Bab IV, yang baian diagnosa berikan alasan yang jelas kenapa diagnosa tersebut tidak diangkat pada pasien kelolaan. - Pada Bab V yang bagian saran dimasukkan kendala yang ditemukan saat melakukan intervensi apakah perlu untuk dillakukan sendiri tindakan-tindakan yang diberikan pada pasien 	
7	Senin, 27-06-2022	Bab IV, V	ACC	
8.	Rabu, 15-06-2022	Bab I, II	<ul style="list-style-type: none"> - Bab I Latar belakang diperbaiki susunan kalimatnya - Bab II perbaiki dan susun kata-kata yang mudah dimengerti dianatomi fisiologis serta tambahkan diagnosa dan intervensi keperawatan 	
9.	Senin, 20-06-2022	Bab II	- Komplikasi yang terjadi dipasien dijabarkan	
10.	Jumat, 24-06-2022	Bab I, II	<ul style="list-style-type: none"> - Bab I kelolah kembali kata-katanya diagian belakang, yang paragraf bisa digabung, gabungkan saja - Bab II ACC 	
11	Senin, 27-06-2022	Bab I	ACC	