



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. B DENGAN
STROKE HEMORAGIK DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun Oleh:
Irma Purnamasari
201601020**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. B DENGAN
STROKE HEMORAGIK DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun Oleh:
Irma Purnamasari
201601020**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Irma Purnamasari
Nim : 201601020
Institusi : STIKes Mitra Keluarga prodi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. B dengan *stroke hemoragik* di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 29 November 2019 sampai dengan 01 Desember 2019 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun di rujuk telah saya nyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiatisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya, bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku

Bekasi, 30 Mei 2020

Yang membuat pernyataan

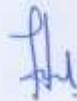


(Irma Purnamasari)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. B dengan *stroke hemoragik* di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat" ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 30 Mei 2020
Pembimbing Makalah



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.kep., Sp.Kep.M.B)

Mengetahui,
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



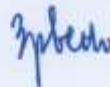
(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. B dengan *stroke hemoragik* di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Irma Purnamasari (201601020) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 09 Juni 2020.

Bekasi, 09 Juni 2020

Penguji I



(Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep.,M.Kep)

Penguji II



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.kep., Sp.Kep.M.B)

Nama : Irma Purnamasari
Nim : 201601020
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. B dengan
Stroke Hemoragik di Ruang Mawar
Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman : xi + 92 halaman + 1 tabel + 4 lampiran
Pembimbing : Devi Susanti

ABSTRAK

Latar Belakang : *Stroke Hemoragik* merupakan penyakit yang disebabkan oleh beberapa faktor salah satunya adalah penyakit hipertensi. Hal ini terjadi karena ada cedera yang mendadak dan berat pada pembuluh darah otak yang dapat menyebabkan pembuluh darah di otak pecah, penyempitan, atau penyumbatan aliran darah di otak tidak akan dapat mendapatkan oksigen dan sel pada jaringan di otak akan mengalami kematian jaringan atau kehilangan fungsi otak

Tujuan Umum : Memperoleh pengalaman nyata untuk mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik*.

Metode Penulisan : dalam laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengobservasi atau pengamatan, wawancara pada pasien, keluarga dan perawat ruangan, dan adapun dengan mengumpulkan data dari dokumen pasien.

Hasil : Hasil pengkajian didapatkan 4 diagnosa keperawatan yaitu perfusi jaringan serebral, risiko penurunan curah jantung, nyeri akut, kurang pengetahuan mengenai kondisi dan pengobatan. Diagnosa prioritas perfusi jaringan serebral dan rencana tindakan pada diagnosa prioritas yaitu tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi), monitor peningkatan TIK, dan tindakan kolaborasi pemberian obat antihipertensi untuk menurunkan tekanan darah. Setelah dilakukan evaluasi didapatkan bahwa masalah telah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai dengan data pasien mengatakan sakit sudah sedikit berkurang dibagian kepalanya, tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3, TD 125/90mmHg, *frekuensi* nadi 98 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit

Kesimpulan dan Saran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik* memperhatikan masalah keperawatan perfusi jaringan serebral tidak terjadi komplikasi. Saran perawat mengobservasi peningkatan TIK dan hemodinamik pada pasien.

Keyword : asuhan keperawatan, *stroke hemoragik*

Daftar Pustaka : 11 (2009-2019)

Name : Irma Purnamasari
Student Number : 201601020
Study Program : Diploma of nursing
Title : Nursing care in Mr. B with
Hemorrhagic stroke Mawar Room
Mitra Keluarga Hospital in Bekasi Barat
Page : xi + 92 halaman + 1 tabel + 4 attachment
preceptor : Devi Susanti

ABSTRACT

Background : *Hemorrhagic stroke* is a disease caused by several factors, one of the factor is hypertension. This caused by there is a sudden and severe injury to the blood vessels of brain that can cause blood vessels in the brain to burst, narrowing, or blockage of blood flow in the brain will not be able to get oxygen and cells in the tissues in the brain will experience tissue death or loss of brain function.

General Purpose : Getting real experience for students in provide nursing care to patients with hemorrhagic stroke.

Writing Method : in this case report using a descriptive method by observation, interview patients, families and room nurses, and for collecting data from patient documents.

Result : The results of the lisenca found 4 nursing diagnoses, namely cerebral tissue perfusion, the risk of decreased cardiac output, acute pain, lack of knowledge about the condition and treatment. The priority diagnosis of cerebral tissue perfusion and the plan of action on priority diagnoses are vital signs (blood pressure, pulse), monitoring of increased ICTs, and collaborative actions of administering antihypertensive drugs to lower blood pressure. After evaluating, it was found that the problem was partially resolved, the goals was not achieved with patient data saying the pain had decreased slightly in the head, the level of compositional awareness of GCS E: 4 V: 5 M: 6, pupillary reflexes + 3 / + 3, TD 125 / 90mmHg , the pulse frequency is 98 x / minute, and the respiratory frequency is 21 x / minute.

Conclusions and Suggestions :Nursing care for patients with hemorrhagic stroke must attent to the problem of nursing cerebral tissue perfusion does not occur complications. The nurse's advice is to observe an increase in ICP and hemodynamics in patients.

Keyword : nursing care, *hemorrhagic stroke*
bibliography : 11 (2009-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur Allah SWT karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis mampu menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan keperawatan pada Pasien Tn. B dengan *stroke hemoragik* di ruang mawar rumah sakit mitra keluarga Bekasi Barat” sesuai dengan waktu yang ditentukan. Adapun tujuan makalah ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan kelulusan pendidikan Diploma III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Dalam penyusunan, penulisan banyak mendapatkan pengarahan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Ns. Devi Susanti, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.M.B selaku dosen pembimbing, penguji II dan koordinator Prodi DIII Keperawatan yang telah meluangkan waktu untuk membimbing, memberikan saran, serta memotivasi penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini.
2. Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep.,M.Kep Selaku penguji I yang telah banyak memberi masukan kepada penulis.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kep.An Selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Kepala Ruangan, CM, dan seluruh staf perawat ruang Mawar di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Mawar yang telah banyak membantu penulis dalam melakukan Asuhan Keperawatan kepada pasien.
5. Tn. B dan keluarga Selaku pasien yang telah diberikan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat melakukan pembuatan makalah ini.
6. Ns. Renta Sianturi, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.J Selaku dosen pembimbing akademik yang selalu memberi motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ini.

7. Orangtua, adik, serta keluarga yang selalu mendoakn dn memberikan dukungn moril maupun materi kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ini.
8. Teman-teman seperjuangan KMB : Niken, July, frendi, dan Bunga
9. Teman terdekat : Fitri, Indah, Tuti, Sepyani, Sifa, Dela dan Wahyu yang selalu memberikan masukan, bantuan dan semangat kepada penulis.
10. Terimakasih untuk bang ajis dan bang jak yang selalu membantu dalam menyediakan fasilitas dalam pembuatan karya tulis ilmiah.
11. Teman-teman angkatan VII STIKes Mitra Keluarga yang saling mendukung dan bekerja sama selama perkuliahan.
12. Pihak-pihak yang terlibat dalam mendukung dan mendoakan penulis dalam pembuatan makalah yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari dalam penulisan makalah ilmiah ini terdapat banyak kekurangan, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritikan dari pembaca untuk perbaikan makalah ilmiah ini. Semoga makalah ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan khususnya bagi mahasiswa keperawatan.

Bekasi, 30 Mei 2020

(Irma Purnamasari)

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Ruang Lingkup	3
D. Metode Penelitian	4
E. Sistem Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. Definisi	5
B. Etiologi	5
C. Patofisiologi	7
1. Proses perjalanan penyakit	7
2. Manifestasi Klinik	8
3. Klasifikasi	10
4. Komplikasi	10
D. Penatalaksanaan Medis	12

E. Pengkajian Keperawatan	14
F. Diagnosa Keperawatan.....	18
G. Perencanaan Keperawatan.....	19
H. Evaluasi Keperawatan	46
BAB III TINJAUAN KASUS.....	47
A. Pengkajian Keperawatan	47
B. Diagnosa Keperawatan.....	60
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan.....	61
BAB IV PEMBAHASAN.....	83
A. Pengkajian Keperawatan	83
B. Diagnosa Keperawatan.....	84
C. Perencanaan Keperawatan	87
E. Evaluasi Keperawatan.....	89
BAB V PENUTUP.....	92
A. Kesimpulan	92
B. Saran.....	93
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	57
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 *Patoflow Diagram*

Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

Lampiran 3 Lembar Balik

Lampiran 4 *leafet*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan penyakit yang umum terjadi di masyarakat. Seringkali masyarakat tidak menyadari menderita hipertensi karena ada beberapa orang yang tidak menyadari tanda dan gejala dari hipertensi, bahkan adapun orang yang tidak memiliki tanda gejala yang khas pada penyakit hipertensi. Banyak masyarakat yang tidak melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin. Hal ini membuat sulit untuk mengontrol penyakit hipertensi dalam keadaan normal atau tidak. Apabila penyakit hipertensi tidak segera ditangani dengan baik, dapat menimbulkan beberapa komplikasi salah satunya adalah *stroke*.

Hal ini terjadi karena ada cedera yang mendadak dan berat pada pembuluh darah otak yang dapat menyebabkan pembuluh darah di otak pecah, penyempitan, atau penyumbatan. Jika pada pembuluh darah di otak pecah, penyempitan, atau penyumbatan aliran darah di otak tidak akan dapat mendapatkan oksigen dan sel pada jaringan di otak akan mengalami kematian jaringan atau kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak dan itu disebut dengan *stroke* (Ariani, 2014). Sedangkan *Stroke hemoragik* atau *hemoragik intrakranial* ialah *intrakranial* ialah terjadi ketika pembuluh darah *serebral ruptur* (Lemone, Burke, & Bauldoff, 2016)

Menurut data *World Health Organization* (WHO) (2016), diperkirakan terdapat sekitar 77% penyakit *stroke* di dunia. Prevelensi penyakit menurut Riskesdas (2018) *stroke* di Indonesia terbesar terdapat dibagian Kalimantan Timur yaitu 14,7 % dan yang terkecil terdapat dibagian Papua 4,1% sedangkan di Jawa Barat 11,4%. Paling banyak terjadi pada usia 75 lebih yaitu 50,2 % dan terkecil terjadi pada usia 15-24 yaitu 0,6 %

sedangkan pada usia 35-44 yaitu 14,2 %. Paling banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki 11,0 %. Rata-rata yang terkena *stroke* mempunyai

pendidikan yang rendah dengan tidak sekolah yaitu 21,2 %. Pekerjaan yang sering mengalami *stroke* terbanyak tidak bekerja yaitu 21,8 %. Dan yang sering terjadi *stroke* tempat tinggal di daerah perkotaan yaitu 12,6%. Menurut data salah satu rumah sakit swasta di Bekasi dalam satu tahun terakhir 2019 terdapat 5,90 % pasien yang menderita *stroke hemoragik*.

Angka kejadian *stroke* akan semakin meningkat apabila tidak ditangani dengan cepat dan tepat . menurut Tarwoto (2013) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien *stroke* yaitu hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak, edema serebri, peningkatan tekanan intrakranial, aspirasi, kejang, nyeri kepala kronis, malnutrisi.

Peran perawat sangat diperlukan sebagai *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif* untuk mencegah terjadinya peningkatan angka kejadian penderita *stroke*. Upaya yang dapat dilakukan sebagai *promotif* perawat dapat memberikan penjelasan pasien tentang penyakit *stroke* mulai dari penyebab sampai komplikasi yang akan terjadi bila tidak ditangani. Upaya yang dapat dilakukan sebagai *preventif* ialah dengan cara memberikan penjelasan bagaimana awal terjadinya *stroke*. Peran sebagai *kuratif* membantu memberikan pengobatan yang teratur dari kolaborasi dokter, menganjurkan kepatuhan minum obat. Peran *rehabilitative* meliputi peran perawat dalam memperkenalkan keluarga pada anggota keluarga cara merawat pasien dengan *stroke* dirumah, memberitahu pada keluarga agar dapat membantu pasien untuk melakukan aktivitas dan memberikan dukungan agar tidak terjadi komplikasi yang lebih lanjut terkait penyakit *stroke*.

Berdasarkan uraian di atas maka perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik*, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien *stroke hemoragik*.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata untuk mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik*.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik*.
- b. Menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik*.
- c. Menentukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik*.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik*.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik*.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dengan kasus.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi alternatif pemecahan masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik*.

C. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ini merupakan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan *stroke hemoragik* di ruangan mawar rumah sakit mitra keluarga Bekasi Barat selama 3 hari dari tanggal 29 November 2019 sampai dengan 01 Desember 2019.

D. Metode Penelitian

Metode yang digunakan dalam penulisan makalah ilmiah ini adalah metode narasi deskriptif dengan pendekatan:

1. Studi kasus, penulis melakukan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem persarafan secara langsung dalam proses ini dilakukan proses wawancara kepada pasien, keluarga pasien, dan perawat ruangan, serta metode observasi atau pengamatan secara langsung yang bertujuan untuk mendapatkan data yang lebih lengkap dan untuk mendapatkan kondisi umum pasien serta melakukan pemeriksaan fisik.
2. Studi dokumentasi, metode pengumpulan data ini dilakukan dengan cara mengambil data yang mencatatkan kondisi pasien yang didapat dari catatan keperawatan, catatan medis, dan status pasien.

E. Sistem Penulisan

Penulisan makalah ini membagi bagian makalah yang terdiri dari lima bab yang secara sistematis disusun sebagai berikut: Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematis penulisan. Bab II tinjauan teori yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti definisi, etiologi, patofisiologi, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medis, konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III berisi tentang tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV berisi tentang pembahasan yang membahas antara kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus kelolaan dengan pendekatan proses keperawatan. Bab V berisi tentang penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Stroke adalah kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Ariani, 2014).

Stroke hemoragik atau *hemoragik intrakranial* ialah *intrakranial* ialah terjadi ketika pembuluh darah *serebral ruptur* (Lemone, Burke, & Bauldoff, 2016)

B. Etiologi

Menurut Haryono & Utami (2019) dan Ariani (2014) penyebab *stroke hemoragik* yaitu :

1. Perdarahan *intraserebral*

Dalam perdarahan *intraserebral*, pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak di sekitarnya, sehingga merusak sel-sel otak. Sel-sel otak di luar kebocoran kekurangan darah dan rusak. Tekanan darah tinggi, trauma, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan *intraserebral*.

2. Perdarahan *subaraknoid*

Perdarahan *subaraknoid* biasanya disebabkan oleh *aneurisma serebral* atau kelainan *arteri* pada dasar otak. *Aneurisma serebral* adalah area kecil bulat atau tidak teratur yang mengalami pembengkakan di *arteri*. Pembengkakan yang parah membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah. Penyebab *aneurisma serebral* sendiri belum diketahui. Beberapa penderita *aneurisma* mengalami kondisi ini sejak lahir dengan perkembangan yang sangat lambat.

3. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko *stroke* yang potensial. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbullah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian.

4. Penyakit jantung

Berbagai penyakit jantung berpotensi untuk menimbulkan *stroke*. Faktor risiko ini akan menimbulkan hambatan/sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel/jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah.

5. Diabetes melitus

Diabetes melitus mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Menebalnya dinding pembuluh darah otak akan menyempitkan diameter pembuluh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan *infark* sel-sel otak.

6. Gangguan aliran darah otak sepiintas

Pada umumnya bentuk-bentuk gejalanya adalah *hemiparesis*, *disartria*, kelumpuhan otot-otot mulut atau pipi, kebutaan mendadak, *hemiparestesi*, dan *afasia*.

7. Hiperkolesterolemi

Meningginya angka kolesterol dalam darah, terutama *Low Density Lipoprotein* (LDL), merupakan faktor risiko penting untuk terjadinya *arteriosklerosis* (menebalnya dinding pembuluh darah yang kemudian diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah). Peningkatan kadar LDL dan penurunan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL) merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit jantung koroner.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Menurut Haryono & Utami (2019) proses perjalanan penyakit pada *stroke hemoragik* yaitu :

stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang disertai *ekstravasasi* darah ke parenkim otak akibat penyebab nontraumatis. *stroke hemoragik* sering terjadi pada pembuluh darah yang melemah. Penyebab kelemahan pembuluh darah tersering pada *stroke hemoragik* adalah *aneurisma* dan malinformasi *arteriovenous* (AVM). *Ektravasasi* darah ke parenkim otak ini berpotensi merusak jaringan sekitar melalui kompresi jaringan akibat dari perluasan *hematoma*.

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

Ektravasasi darah ke parenkim otak bagian dalam berlangsung selama beberapa jam dan jika jumlahnya besar akan memengaruhi jaringan sekitarnya melalui peningkatan tekanan *intrakranial*. Tekanan tersebut dapat menyebabkan hilangnya suplai darah ke jaringan yang terkena dan pada akhirnya dapat menghasilkan *infark*. Selain itu, darah yang keluar selama *ekstravasasi* memiliki efek *toksik* pada jaringan otak sehingga menyebabkan perdarahan jaringan otak. Peradangan jaringan otak ini berkontribusi terhadap cedera otak sekunder setelahnya. Proses dan onset yang cepat pada *stroke hemoragik* yang cepat, penanganan yang cepat dan tepat menjadi hal yang penting.

2. Manifestasi Klinik

Menurut Lemone, Burke, & Bauldoff (2016) dan Ariani (2014) manifestasi yang biasa muncul pada pasien *stroke hemoragik* yaitu :

a. Arteri Karotid Internal

- 1) *Paralisis kontralateral* pada lengan, tungkai, dan wajah.
- 2) *Defisit sensori kontralateral* pada lengan, tungkai, dan wajah.
- 3) Jika *hemisfer domain* yang terkena : *afasia*.
- 4) Jika *hemisfer nondomain* yang terkena : *apraksia, agnosia, pengabaian unilateral*.
- 5) *Hemianopia, homonimus*

b. Arteri Serebral Tengah

- 1) Mengantuk, *stupor*, koma.
- 2) *Hemiplegia kontralateral* pada lengan dan wajah.
- 3) *Defisit sensori kontralateral* pada lengan dan wajah.
- 4) *Afasia global* (jika *hemisfer domain* terkena).
- 5) *Hemianopia homonimus*.

c. Arteri serebral Anterior

- 1) Kelemahan atau *paralisis kontralateral* pada kaki dan tungkai.
- 2) Kehilangan *sensori kontralateral* pada jari kaki, kaki, dan tungkai.
- 3) Kehilangan kemampuan untuk membuat keputusan atau bertindak secara *volunter*.
- 4) *Inkontinensia urine*

d. Arteri Serebral

- 1) Nyeri pada wajah, hidung, atau mata.
- 2) Kebas dan kelemahan pada wajah di sisi yang terkena.
- 3) Masalah dengan gaya berjalan.
- 4) *Disfagia*.

e. Defisit lapang penglihatan

- 1) *Homonimus hemianopsia* (kehilangan setengah lapang penglihatan) tidak menyadari orang atau objek di tempat

kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.

- 2) Kehilangan penglihatan *perifer*, kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek.
- 3) *Diplopa*, penglihatan ganda

f. Defisit motorik

- 1) *Hemiparesis*, kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama. *Paralisis* wajah (karena lesi pada *hemifer* yang berlawanan).
- 2) *Ataksia*, berjalan tidak mantap, Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.
- 3) *Disartria*, kesulitan dalam membentuk kata.
- 4) *Disfagia*, kesulitan dalam menelan.

g. Defisit verbal

- 1) *Afasia ekspresif*, tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, mungkin mampu berbicara dalam respons kata tunggal.
- 2) *Afasia reseptif*, tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu berbicara tetapi tidak masuk akal.
- 3) *Afasia global*, kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif

h. Defisit kognitif

Penderita *stroke* akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, dan perubahan penilaian.

i. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi.

3. Klasifikasi

Menurut Tarwoto (2013) *stroke hemoragik* di klasifikan menjadi beberapa bagaian yaitu :

a. Perdarahan *intraserebral*

Perdarahan *intraserebral* terjadi karena pecahnya arteri-arteri kecil pada *serebral*. Kira-kira 2/3 pasien dengan perdarahan *serebral* terjadi akibat tidak terkontrolnya tekanan darah yang tinggi atau adanya riwayat hipertensi, penyakit diabetes mellitus dan *arteriosklerosis*. Penyebab perdarahan akibat tumor otak, trauma, malformasi *arteriovena* dan obat-obatan seperti *cokain*.

b. Perdarahan *Subarachnoid*

Perdarahan *Subarachnoid* biasanya akibat *aneurisma* atau malformasi *vaskuler*. Kerusakan otak terjadi karena adanya darah yang keluar dan mengumpal sehingga mendorong ke area otak dan pembuluh darah.

c. *Aneurisma*

Merupakan dilatasi pada pembuluh darah arteri otak yang kemudian berkembang menjadi kelemahan pada dinding pembuluh darahnya. Penyebab dari *aneurisma* belum diketahui pasti namun diduga karena *arteriosklerosis*, keturunan, hipertensi, trauma kepala maupun karena bertambahnya umur. *Aneurisma* dapat pecah menimbulkan perdarahan atau *vasospasme* menimbulkan gangguan aliran darah ke otak dan selanjutnya menjadi *stroke*.

4. Komplikasi

Menurut Tarwoto (2013) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan *Stroke hemoragik*, yaitu :

a. Fase Akut

1) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah pada otak

Pada area otak yang mengalami *infark* atau terjadi kerusakan karena adanya perdarahan maka terjadi gangguan *perfusi* jaringan akibat terhambatnya aliran darah ke otak.

Ketidakefektifan aliran darah dan oksigen menyebabkan *hipoksia* jaringan otak. Fungsi dari otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung, atau *kardiak output*, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan *stroke* keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin *perfusi* jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya *hipoksia serebral*.

2) *Edema Serebri*

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami *hipoksia* atau *iskemik* maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara *vasodilatasi* pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan *intertisial* akan berpindah ke *ekstraseluler* yang dapat menyebabkan terjadinya edema jaringan otak.

3) Peningkatan Tekanan *Intrakranial* (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan *intrakranial* yang ditandai dengan adanya *defisit neurologi* seperti adanya gangguan *motorik*, *sensorik*, nyeri kepala, dan gangguan kesadaran.

Papilledema juga berkaitan erat sekali dengan tekanan intrakranial yang meningkat dengan keutuhan daya penglihatan yang dapat berlangsung cukup lama. Tanda-tanda papilledema hilangnya cekungan di pusat papil, hiperemia, vena tidak berpulsasi, dan perdarahan kecil yang berupa garis. Dari ciri-ciri tersebut hilangnya pulsasi vena dan adanya perdarahan kecil merupakan ciri yang mempunyai indikasi kuat (Mutaqqin, 2008).

4) *Aspirasi*

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

b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

- 1) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat *immobilisasi* seperti *dekubitus*, *kontraktur*, *thrombosis vena*, *atropi*, *inkontinensia urine dan bowel*.
- 2) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- 3) Nyeri kepala kronis seperti migrain dan nyeri.
- 4) Malnutrisi, karena *intake* yang tidak adekuat.

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut Tarwoto (2013) penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada *stroke hemoragik* yaitu :

1. Penatalaksanaan Umum

a. Fase Akut

- 1) Terapi cairan, pada fase akut *stroke* risiko terjadinya *dehidrasi* karena penurunan kesadaran atau mengalami *disfagia*. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. *The American Heart Assosiation* sudah menganjurkan normal *saline* 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari *stroke iskemia* akut. Segera setelah *hemodinamik* stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik pada *dehidrasi hipertronic* serta memenuhi kebutuhan *homeostatis* kalium dan natrium.
- 2) Terapi oksigen, pasien *stroke iskemik* dan *hemoragik* mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi *hipoksia* dan juga untuk mempertahankan *metabolisme* otak. Pertahankan jalan nafas,

pemberian oksigen, penggunaan *ventilator* merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau *oksimetri*.

- 3) Penatalaksanaan peningkatan tekanan *intrakranial*, ini biasanya disebabkan karena *edema serebri*, oleh karena itu pengurangan *edema* penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.
- 4) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah.
- 5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan *EKG*.
- 6) Evaluasi status cairan dan elektrolit.
- 7) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian *antikonvulsan*, dan cegah risiko injuri.
- 8) Lakukan pemasangan *NGT* untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- 9) Cegah *emboli* dan *tromboplebitis* dengan *antikoagulan*.
- 10) Monitor tanda-tanda *neurologi* seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi *sensori dan motorik*, *nervus kranial* dan *reflex*.

b. Fase Rehabilitasi

- 1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- 2) Program manajemen *bladder dan bowel*.
- 3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (*ROM*).
- 4) Pertahankan integritas kulit.
- 5) Pertahankan komunikasi yang *efektif*.
- 6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- 7) Persiapan pasien pulang.

2. Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan *serebrum* diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk *dekompresi* atau pemasangan pintasan *ventrikulo-peritoneal* bila ada *hidrosefalus obstruktif* aktif.

3. Obat-obatan

Terapi obat-obatan tergantung dari jenis *stroke*

Stroke Hemoragik :

- a. *Antihispertensi* : Katropil, antagonis kalsium
- b. *Diuretic* : Manitol 20%, furosemide
- c. *Antikonvulsan* : Fenitoin

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doenges, Moorhouse, & Geissler (2018) pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien dengan *stroke hemoragik* adalah sebagai berikut :

1. Aktivitas/istirahat

- a. Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan, *sensasi* atau *paralisis (Hemiplegia)*.
- b. Merasa mudah lelah, susah untuk beraktivitas (nyeri/kejang otot).
- c. Gangguan tonus otot (*Flaksid, Spatis*) ; *paralitik (Hemiplegia)*, dan terjadi kelemahan umum.
- d. Gangguan penglihatan.
- e. Gangguan pendengaran
- f. Gangguan tingkat kesadaran.

2. Sirkulasi

- a. Adanya penyakit jantung (MI, *reumatik/* penyakit jantung *vaskuler, endocarditis bacterial*), *polisitemia*, riwayat *hipotensi postural*.
- b. Hipertensi *arterial* (dapat ditemukan/ terjadi pada CSV) sehubungan dengan adanya *embolisme/malformasi vaskuler*.
- c. Nadi : *frekuensi* dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung/ kondisi jantung, obat-obatan, efek *stroke* pada pusat *vasomotor*).
- d. *Disritmia*, perubahan *EKG*..

3. Intergitas ego

- a. Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.
- b. Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, dan gembira.

c. Kesulitan untuk mengekspresikan diri

4. *Eliminasi*

- a. Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urin, *anuria*.
- b. *Distensi abdomen* (*distensi* kandung kemih berlebihan), bising usus *negative* (*ileus paralitik*).

5. Makanan/cairan

- a. Nafsu makan hilang.
- b. Mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK).
- c. Kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokan, *disfagia*.
- d. Adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.
- e. Kesulitan menelan (gangguan pada *refleks palatum* dan *faringeal*), obesitas (faktor risiko).

6. *Neurosensory*

- a. *Sinkope*/pusing (sebelum serangan *stroke*/selama TIA).
- b. Sakit kepala: akan sangat berat dengan adanya perdarahan *intraserebral* atau *subarachnoid*.
- c. Kelemahan/kesemutan/kebas (biasanya terjadi selama serangan TIA, yang ditemukan dalam berbagai derajat pada *stroke* jenis yang lain); sisi yang terkena terlihat seperti “mati/lumpuh”.
- d. Penglihatan menurun, seperti buta total, kehilangan daya penglihatan sebagian (kebutaan *monokuler*), penglihatan ganda (*diplopia*) atau gangguan yang lain.
- e. Sentuhan: hilangnya rangsang *sensorik kontralateral* (pada sisi tubuh yang berlawanan pada ekstremitas dan kadang kadang pada *ipsilateral* (yang satu sisi) pada wajah).
- f. Gangguan rasa pengecap dan penciuman.
- g. Status mental/ tingkat kesadaran: biasanya terjadi koma pada tahap awal *hemoragis*; ketidaksadaran biasanya akan tetap sadar jika penyebabnya adalah *thrombosis* yang bersifat alami; gangguan tingkat (seperti *letargi*, *apatis*, menyerang); gangguan fungsi kognitif (seperti penurunan memori, pemecahan masalah).

Ekstremitas: kelemahan/*paralisis* (*kontralateral* pada semua jenis *stroke*), genggaman tidak sama, *refleks* tendon melemah secara *kontralateral* pada semua jenis *stroke*)

- h. Pada wajah terjadi *paralisis* atau *parese* (*ipsilateral*).
- i. *Afasia*: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa mungkin *afasia motorik* (kesulitan untuk mengungkapkan kata), *reseptif* (*afasia sensorik*) yaitu kesulitan untuk memahami kata-kata secara bermakna, atau *afasia global* yaitu gabungan dari kedua hal diatas.
- j. Kehilangan kemampuan menggunakan *motorik* saat pasien ingin menggerakannya (*apraksia*).
- k. Ukuran/reaksi pupil tidak sama, *dilatasi* atau *miosis* pupil *ipsilateral* (perdarahan/*herniasi*).
- l. Kekakuan nukal (biasanya karena perdarahan). Kejang (biasanya karena adanya pencetus perdarahan).

7. Nyeri/kenyamanan

- a. Sakit kepala dengan intensitas yang berbeda- beda (karena *arteri karotis* terkena).
- b. Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot/*fasia*.

8. Pernafasan

- a. Merokok (faktor risiko).
- b. Ketidakmampuan menelan/batuk/hambatan jalan nafas.
- c. Timbulnya pernafasan sulit dan atau tidak teratur

9. Kenyamanan

- a. *Motorik/sensorik* : masalah dengan penglihatan. Perubahan persepsi terhadap orientasi tempat tubuh (*stroke* kanan). Kesulitan untuk melihat objek dari sisi kiri (pada *stroke* kanan). Hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit.
- b. Tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik.
- c. Gangguan berespons terhadap panas dan dingin/ gangguan regulasi tubuh.

- d. Kesulitan dalam menelan, tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri (mandiri).
- e. Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabar/ kurang kesadaran diri

10. Interaksi Sosial

- a. Masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi

11. Penyuluhan dan Pembelajaran

- a. Adanya riwayat Hipertensi pada keluarga, *stroke* (faktor risiko), pemakaian kontrasepsi oral, kecanduan alkohol (faktor risiko).

12. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Tarwoto (2013) pemeriksaan yang dapat dilakukan pada *stroke hemoragik* yaitu :

a. Radiologi

- 1) *Computerized Tomografi Scanning (CT Scan)* : mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikel otak.
- 2) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*: menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.
- 3) *Elektro Encephalografi (EEG)* : mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 4) *Angiografi serebral* : membantu menentukan penyebab *stroke* secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
- 5) *Sinar X tengkorak* : mengetahui adanya kalsifikasi karotis interna pada trombosis cerebral.
- 6) *Pungsi lumbal* : menunjukkan adanya tekanan normal, jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragik subarachnoid atau perdarahan intrakranial. Kontraindikasi pada peningkatan tekanan intrakranial.
- 7) *Elektro Kardogram*, mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab *stroke*.

b. Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED
- 2) Pemeriksaan gula darah sewaktu
- 3) Kolesterol, Lipid
- 4) Asam Urat
- 5) Elektrolit
- 6) Masa pembekuan dan masa perdarahan

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges, Moorhouse, & Geissler (2018) diagnosa yang dapat diambil pada pasien dengan *stroke hemoragik* adalah sebagai berikut :

1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah; gangguan oklusif, hemoragik; vasospasme serebral, edema serebral.
2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan keterlibatan neuromuskuler; kelemahan, parestesia; flaksid/paralisis hipotonik (awal); paralisis spastis.
3. Kerusakan komunikasi, verbal, dan/atau [tertulis] berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral; kerusakan neuromuskular, kehilangan tonus/kontrol otot fasial/oral; kelemahan/kelelahan umum.
4. Perubahan persepsi-sensori berhubungan dengan perubahan resepsi sensori, transmisi, integrasi (trauma neurologis atau defisit).
5. Kurang perawatan diri [uraikan] berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/koordinasi otot.
6. Gangguan harga diri [uraikan] berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, perseptual kognitif.
7. Risiko tinggi terhadap kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler/perseptual.
8. Kurang pengetahuan [kebutuhan belajar], mengenai kondisi dan pengobatan berhubungan dengan kurang pemaparan, keterbatasan

kognitif, kesalahan interpretasi informasi, kurang mengingat, tidak mengenal sumber-sumber informasi.

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut Doenges, Moorhouse, & Geissler (2018))\ rencana keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan *stroke hemoragik* adalah sebagai berikut :

1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah; gangguan oklusif, hemoragik; vasospasme serebral, edema serebral.

Intervensi/Tindakan :

Mandiri

- a. Tentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan keadaan/penyebab khusus selama koma/penurunan perfusi serebral dan potensi terjadinya peningkatan TIK.

Rasional :

Mempengaruhi penetapan intervensi. Kerusakan/kemunduran tanda/gejala neurologis atau kegagalan memperbaikinya setelah fase awal memerlukan tindakan pembedahan dan/atau pasien harus dipindahkan ke ruang perawatan kritis (ICU) untuk melakukan pemantauan terhadap peningkatan TIK.

- b. Pantau/catat neurologis sesering mungkin dan bandingkan keadaan normalnya/standar.

Rasional :

Mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK dan mengetahui lokasi, luas, dan kemajuan/resolusi kerusakan SSP. Dapat menunjukkan TIA yang merupakan tanda terjadinya trombosis CVS baru.

- c. Pantau tanda-tanda vital, seperti catat

- 1) Adanya hipertensi/hipotensi, bandingkan tekanan darah yang terbaca pada kedua lengan

Rasional :

Variasi mungkin terjadi oleh karna itu tekanan/trauma serebral pada daerah vasomotor otak. Hipertensi atau dapat terjadi karena syok (kolaps sirkulasi vaskuler). Peningkatan TIK dapat terjadi (karena edema, adanya farmasi bekuan daeah). Tersumbatnya arteri subklavia dapat dinyatakan dengan adanya perbedaan tekanan pada kedua lengan.

- 2) *Frekuensi* dan irama jantung; auskultasi adanya mur-mur.

Rasional :

Perubahan terutama adanya bradikardia dapat terjadi sebagai akibat adanya kerusakan otak. Distrimia dan mur-mur mungkin mencerminkan adanya penyakit jantung yang mungkin telah menjadi pencetus CSV (seperti *stroke* setelah IM atau penyakit katup).

- 3) Catat pola dan irama dari pernafasan, seperti adanya periode apnea setelah pernapasan hiperventilasi, pernapasan Cheyne-*Stroke*.

Rasional :

Ketidakteraturan pernapasan dapat memberikan gambaran lokasi kerusakan serebral/peningkatan TIK dan kebutuhan untuk intervensi selanjutnya termasuk kemungkinan perlunya dukungan terhadap pernapasan (rujuk pada MK: Trauma Kranioserebral, DK: pola napas, takefektif).

- d. Evaluasi pupil, catat ukuran, bentuk, kesamaan, dan reaksinya terhadap cahaya.

Rasional :

Reaksi pupil diatur oleh saraf kranial okulomotor (III) dan berguna dalam menentukan apakah batang otak tersebut masih baik. Ukuran dan kesamaan pupil ditentukan oleh keseimbangan antara persarafan simpatis dan parasimpatis yang mempersarafinya. Respons terhadap refleksi cahaya mengkonbinasikan fungsi dari saraf kranial optikus (II) dan saraf okulomotor (III).

- e. Catat perubahan dalam penglihatan, seperti adanya kebutaan, gangguan lapang pandang/kedalaman persepsi.

Rasional :

Gangguan penglihatan yang spesifik menceminkan daerah otak yang terkena, mengindikasikan keamanan yang harus mendapatkan perhatian dan mempengaruhi intervensi yang akan dilakukan.

- f. Kaji fungsi-fungsi yang lebih tinggi, seperti fungsi bicara jika pasien sadar (rujuk pada DK: komunikasi, kerusakan: verbal).

Rasional :

Perubahan dalam isi kognitif dan bicara merupakan indikator dari lokasi/derajat gangguan serebral dan mungkin mengindikasikan penurunan/peningkatan TIK.

- g. Letakkan kepala dengan posisi agar ditinggikan dan dalam posisi anatomis

Rasional :

Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral.

- h. Pertahankan keadaan tirah baring; ciptakan lingkungan yang tenang; batasi pengunjung/aktivitas pasien sesuai indikasi. Berikan istirahat secara periodik antara aktivitas perawatan, batasi lamanya setiap prosedur.

Rasional :

Aktivitas/stimulasi yang kontinu dapat meningkatkan TIK, istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk pencegahan terhadap perdarahan dalam kasus *stroke* hemoragik/perdarahan lainnya.

- i. Cegah terjadinya mengedan saat defekasi, dan pernapasan yang memaksa (batuk terus-menerus).

Rasional :

Manuver valsava dapat meningkatkan TIK dan memperbesar risiko terjadinya perdarahan.

- j. Kaji rigiditas nukal, kedutan, kegelisahan yang meningkat, peka rangsang dan serangan kejang.

Rasional :

Merupakan indikasi adanya iritasi meningeal. Kejang dapat mencerminkan adanya peningkatan TIK/trauma serebral yang memerlukan perhatian dan intervensi selanjutnya.

Kolaborasi

- a. Berikan oksigen sesuai indikasi

Rasional :

Menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral dan tekanan meningkat/terbentuknya edema.

- b. Berikan obat sesuai indikasi :

- 7) Antikoagulasi seperti natrium warfarin (coumadin); heparin, antitrombosit (ASA); dipiridomal (persantine).

Rasional :

Dapat digunakan untuk meningkatkan/memperbaiki aliran darah serebral dan selanjutnya dapat mencegah pembekuan saat embolus/trombus merupakan faktor masalahnya. Merupakan kontraindikasi pada pasien dengan hipertensi sebagai akibat dari peningkatan risiko perdarahan

- 8) Antifibrolitik, seperti asam amonikaproid (Amicar).

Rasional :

Penggunaan dengan hati-hati dalam perdarahan untuk mencegah lisis bekuan yang terbentuk dan perdarahan berulang yang serupa.

- 9) Antihipertensi

Rasional :

Hipertensi lama/kronis memerlukan penanganan yang hati-hati, sebab penanganan yang berlebihan meningkatkan risiko terjadinya perluasan kerusakan jaringan. Hipertensi sementara seringkali tanpa intervensi terapeutik

10) Vasodilatasi perifer, seperti siklandelat (Cyclospasmol); papaverin (pavaabid/vasospan); isoksupresin (vasodilan).

Rasional :

Digunakan untuk memperbaiki sirkulasi kolateral atau menurunkan vasospasme.

11) Steroid deksametason (decadrone)

Rasional :

Penggunaannya kontroversial dalam mengendalikan edema serebral.

12) Fenitoin (dilantin), fenobarbital

Rasional :

Dapat digunakan untuk mengontrol kejang dan/atau untuk aktivitas sedatif. Catatan : fenobarbital memperkuat kerja dari antiepilepsi.

13) Pelunak feses

Rasional :

Mencegah proses mengejan selama defekasi dan yang berhubungan dengan peningkatan TIK

c. Persiapkan untuk pembedahan, endarterektomi, bypass mikrovaskular

Rasional :

Mungkin bermanfaat untuk mengatasi situasi.

d. Pantau pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, seperti masa protrombin, kadar dilantin.

Rasional :

Memberikan informasi tentang keefektifan pengobatan/kadar terapeutik.

2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan keterlibatan neuromuskuler; kelemahan, parestesia; flaksid/paralisis hipotonik (awal); paralisis spastis.

Intervensi/Tindakan :

Mandiri

- a. Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal dan dengan cara yang teratur. Klasifikasikan melalui skala 0-4.

Rasional :

Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. Bantu dalam pemilihan terhadap intervensi, sebab teknik yang berbeda digunakan untuk paralisis spastik dengan flaksid.

- b. Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang,miring) dan sebagainya dan jika memungkinkan bisa lebih sering jika diletakkan dalam posisi bagian yang terganggu.

Rasional :

Menurunkan risiko terjadinya trauma/iskemia jaringan daerah yang terkena mengalami perburukan/sirkulasi yang lebih jelek dan menurunkan sensasi dan lebih besar menimbulkan kerusakan pada kulit/dekubitus.

- c. Letakan pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika pasien dapat mentoleransinya.

Rasional :

Membantu mempertahankan ekstensi pinggul fungsional; tetapi kemungkinan akan meningkatkan ansietas terutama mengenai kemampuan pasien untuk bernapas.

- d. Mulailah melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas saat masuk. Anjurkan melakukan latihan seperti latihan quadrisep/gluteal, meremas bola karet, melemaskan jari-jari dan kaki/telapak.

Rasional :

Meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur. Menurunkan risiko terjadinya hiperkalsiuria dan osieoporosis jika masalah jika masalah utamanya adalah perdarahan. Catatan : stimulasi yang berlebihan dapat menjadi pencetus adanya perdarahan berulang.

- e. Sokong ekstremitas dalam posisi fungsionalnya, gunakan papan kaki (*foot board*) selama periode paralisis flaksid. Pertahankan posisi kepala netral.

Rasional :

Mencegah kontraktur/footdrop dan memfasilitasi kegunaannya jika berfungsi kembali. Paralisis flaksid dapat mengganggu kemampuannya untuk menyangga kepala, dilan pihak paralisis spastik dapat mengarah pada deviasi kepala ke salah satu sisi.

- f. Gunakan penyangga lengan ketika pasien berada dalam posisi tegak, sesuai indikasi.

Rasional :

Selama paralisis flaksid, penggunaan penyangga dapat menurunkan risiko terjadinya subluksasio lengan dan “sindrom bahu-lengan”.

- g. Evaluasi penggunaan dari/kebutuhan alat bantu untuk pengaturan posisi dan/atau pembalut selama periode paralisis spastik.

Rasional :

Kontraktur fleksi dapat terjadi akibat dari otot fleksor lebih kuat dibandingkan dengan otot ekstensor.

- h. Tempatkan bantal dibawah aksila untuk melakukan abduksi pada tangan.

Rasional :

Mencegah adduksi bahu dan fleksi siku.

- i. Tinggikan tangan dan kepala.

Rasional :

Meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah terbentuknya edema.

- j. Tempatkan “hand roll” keras pada telapak tangan depan jari-jari dan ibu jari saling berhadapan.

Rasional :

Alas/dasar yang keras menurunkan stimulasi fleksi jari-jari, mempertahankan jari-jari dan ibu jari pada posisi normal (posisi anatomis).

- k. Posisikan lutut dan panggul dalam posisi ekstensi.

Rasional :

Mempertahankan posisi fungsional.

- l. Pertahankan kaki dalam posisi netral dengan gulungan/bantalan trokanter.

Rasional :

Mencegah rotasi eksternal pada pinggul.

- m. Gunakan papan kaki secara berganti, jika memungkinkan.

Rasional :

Penggunaan yang kontinu (setelah perubahan dari paralisis flaksid ke spastik) dapat menyebabkan tekanan yang berlebihan pada sendi peluru kaki, meningkatkan spastisitas, dan secara nyata meningkatkan fleksi plantar.

- n. Bantu untuk mengembangkan keseimbangan duduk (seperti mninggikan bagian kepala tempat tidur, bantu untuk duduk di sisi tempat tidur, biarkan pasien menggunakan kekuatan tangan untuk menyongkong berat badan dan kaki yang kuat untuk memindahkan kaki yang sakit; meningkatkan waktu duduk) dan keseimbangan dalam berdiri (seperti letakkan sepatu yang datar; sokong bagian belakang bawah pasien dengan tangan sambil meletakkan lutut penolong diluar lutut pasien; bantu menggunakan alat pegangan paralel dan walker).

Rasional :

Membantu dalam melatih kembali jaras saraf, meningkatkan respons proprioseptik dan motorik.

- o. Observasi daerah yang terkena termasuk warna, edema, atau tanda lain dari gangguan sirkulasi.

Rasional :

Jaringan yang mengalami edema lebih mudah mengalami trauma dan penyembuhannya lambat.

- p. Inspeksi kulit terutama pada daerah-daerah yang menonjol secara teratur. Lakukan masase secara hati-hati pada daerah kemerahan dan berikan alat bantu seperti bantalan lunak kulit sesuai kebutuhan.

Rasional :

Titik-titik tekanan pada daerah yang menonjol paling berisiko untuk terjadinya penurunan perfusi/iskemia. Stimulasi sirkulasi dan memberikan bantalan membantu mencegah kerusakan kulit dan berkembangnya dekubitus.

- q. Bangunkan dari kursi sesegera mungkin setelah tanda-tanda vital stabil kecuali pada hemoragik serebral.

Rasional :

Membantu menstabilkan tekanan darah (tonus vasomotor terjaga), meningkatkan keseimbangan ekstremitas dalam posisi normal dan pengosongan kantung kemih/ginjal. Menurunkan risiko terjadinya batu kandung kemih dan infeksi karena urine yang statis.

- r. Alasi kursi duduk dengan busa atau balon air dan bantu pasien untuk memindahkan berat badan dengan interval yang teratur.

Rasional :

Mencegah/menurunkan tekanan koksigeal/kerusakan kulit.

- s. Susun tujuan dengan pasien/orang terdekat untuk berpartisipasi dalam aktivitas/latihan dan mengubah posisi

Rasional :

Meningkatkan harapan terhadap perkembangan/peningkatan dan memberikan perasaan kontrol/kemandirian.

- t. Anjurkan pasien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit untuk menyokong/menggerakkan daerah tubuh yang mengalami kelemahan.

Rasional :

Dapat berespon dengan baik jika daerah yang sakit tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan dorongan serta latihan aktif untuk “menyatukan kembali” sebagai bagian dari tubuhnya sendiri.

Kolaborasi

- a. Berikan tempat tidur dengan matras bulat (seperti egg crate mattress). Tempat tidur air, alat flotasi, atau tempat tidur khusus (seperti tempat tidur kinetik) sesuai indikasi.

Rasional :

Meningkatkan distribusi merata berat badan yang menurunkan tekanan pada tulang-tulang tertentu dan membantu untuk mencegah kerusakan kulit/terbentuknya dekubitus. Tempat tidur khusus membantu dengan letak pasien obesitas (kegemukan), meningkatkan sirkulasi dan menurunkan terjadinya vena statis untuk menurunkan risiko terhadap cedera pada jaringan dan komplikasi seperti pneumonia ortostatik.

- b. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif, dan ambulasi pasien.

Rasional :

Program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti/menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan, koordinasi, dan kekuatan.

- c. Bantulah dengan stimulasi elektrik, seperti TENS sesuai indikasi.

Rasional :

Dapat membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan kontrol otot volunter.

- d. Berikan obat relaksan otot, antispasmodik sesuai indikasi, seperti baklofen, dantrolen.

Rasional :

Mungkin diperlukan untuk menghilangkan spastisitas pada ekstremitas yang terganggu.

3. Kerusakan komunikasi, verbal, dan/atau [tertulis] berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral; kerusakan neuromuskular, kehilangan tonus/kontrol otot fasial/oral; kelemahan/kelelahan umum.

Intervensi/Tindakan :**Mandiri**

- a. Kaji tipe/derajat disfungsi. Seperti pasien tidak tampak memahami kata atau mengalami kesulitan berbicara atau membuat pengertian sendiri.

Rasional :

Membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi. Pasien mungkin mempunyai kesulitan memahami kata yang diucapkan (afasia sensorik/kerusakan pada area wernick); mengucapkan kata-kata dengan benar (afasia ekspresi/kerusakan pada area bicara Broca) atau mengalami kerusakan pada kedua daerah tersebut.

- 1) Bedakan antara afasia dengan disartria.

Rasional :

Intervensi yang dipilih tergantung pada tipe kerusakannya afasia adalah gangguan dalam menggunakan dan mengintegrasikan simbol-simbol bahasa yang mungkin melibatkan komponen sensori dan/atau motorik, seperti ketidakmampuan untuk memahami tulisan/ucapan atau menulis kata, membuat tanda, berbicara. Seseorang dengan disartria dapat memahami, membaca, dan menulis bahasa tetapi mengalami kesulitan membentuk/mengucapkan kata sehubungan dengan kelemahan dan paralisis dari otot-otot daerah oral

- 2) Perhatikan kesalahan dalam komunikasi dan berikan umpan balik.

Rasional :

Pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk memantau ucapan yang keluar dan tidak menyadari bahwa komunikasi yang diucapkannya tidak nyata. Umpan balik membantu pasien merealisasikan kenapa pemberi asuhan tidak mengerti/berespon

sesuai dan memberikan kesempatan untuk mengklarifikasikan isi/makna yang terkandung dalam ucapannya.

- 3) Mintalah pasien untuk mengikuti perintah sederhana (seperti “buka mata,” “tunjuk ke pintu”) ulangi dengan kata/kalimat yang sederhana.

Rasional :

Melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik (afasia sensorik).

- 4) Tunjukkan objek dan minta pasien untuk menyebutkan nama benda tersebut.

Rasional :

Melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan motorik (afasia motorik), seperti pasien mungkin mengenalinya tetapi tidak dapat menyebutkannya.

- 5) Mintalah pasien untuk mengucapkan suara sederhana seperti “Sh” atau “Pus”

Rasional :

Mengidentifikasi adanya disartria sesuai komponen motorik dari bicara (seperti lidah, gerakan bibir, kontrol napas) yang dapat mempengaruhi artikulasi dan mungkin juga tidak disertai afasia motorik.

- b. Minta pasien untuk menulis nama dan/atau kalimat yang pendek. Jika tidak dapat menulis, mintalah pasien untuk membaca kalimat yang pendek.

Rasional :

Menilai kemampuan menulis (agrafia) dan kekurangan dalam membaca yang benar (aleksia) yang juga merupakan bagian dari afasia sensorik dan afasia motorik.

- c. Tempatkan tanda pemberitahuan pada ruang perawat dan ruangan pasien tentang adanya gangguan bicara. Berikan bel khusus bila perlu.

Rasional :

Menghilangkan ansietas pasien sehubungan dengan ketidakmampuannya untuk berkomunikasi dan perasaan takut bahwa kebutuhan pasien tidak akan terpenuhi dengan segera. Penggunaan bel yang diaktifkan dengan tekanan minimal akan bermanfaat ketika pasien tidak dapat menggunakan sistem bel reguler.

- d. Berikan metode komunikasi alternatif, seperti menulis dipapan tulis, gambar. Berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan, demonstrasi).

Rasional :

Memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan/defisit yang mendasarinya.

- e. Antisipasi dan penuhi kebutuhan pasien

Rasional :

Bermanfaat dalam menurunkan frustrasi bila tergantung pada orang lain dan tidak dapat berkomunikasi secara berarti

- f. Katakan secara langsung dengan pasien, bicara perlahan , dan dengan tenang. Gunaka pertanyaan yang tertutup dengan jawaban “ya/tidak” selanjutnya kembangkan pada pertanyaan yang lebih kompleks sesuai dengan respons pasien.

Rasional :

Menurunkan kebingungan/ansietas selama proses komunikasi dan berespon pada informasi yang lebih banyak pada satu waktu tertentu. Sebagian proses latihan kembali untuk lebih mengembangkan komunikasi lebih lanjut dan lebih kompleks akan menstimulasi memori dan dapat meningkatkan asosiasi ide/kata.

- g. Bicaralah dengan nada normal dan hindari percakapan yang cepat. Berikan pasien jarak waktu untuk berespons. Bicaralah tanpa tekanan terhadap sebuah respons.

Rasional :

Pasien tidak perlu merusak pendengaran, dan meninggikan suara dapat menimbulkan marah pasien/menyebabkan kepedihan. Memfokuskan respons dapat mengakibatkan frustrasi dan mungkin

menyebabkan pasien terpaksa untuk bicara “otomatis” seperti memutarbalikkan kata. Berbicara kasar/kotor.

- h. Anjurkan pengunjung/orang terdekat mempertahankan usahanya untuk berkomunikasi dengan pasien, seperti membaca surat, diskusi tentang hal-hal yang terjadi pada keluarga.

Rasional :

Mengurangi isolasi sosial pasien dan meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.

- i. Diskusikan mengenai hal-hal yang dikenal pasien, seperti pekerjaan, keluarga, dan hobi (kesenangan).

Rasional :

Meningkatkan percakapan yang bermakna dan memberikan kesempatan untuk keterampilan praktis.

- j. Hargai kemampuan pasien sebelum terjadi penyakit; hindari “pembicaraan yang merendahkan” pada pasien atau membuat hal-hal yang menentang kebanggaan pasien.

Rasional :

Kemampuan pasien untuk merasakan harga diri, sebab kemampuan intelktual pasien seringkali tetap baik.

Kolaborasi

- a. Konsultasikan dengan/rujuk kepada ahli terapi wicara.

Rasional :

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

- 4. Perubahan persepsi-sensori berhubungan dengan perubahan resepsi sensori, transmisi, integrasi (trauma neurologis atau defisit).

Intervensi/Tindakan :

Mandiri

- a. Lihat kembali proses patologis kondisi individual.

Rasional :

Kesadaran akan tipe/daerah yang terkena membantu dalam mengkaji antisipasi defisit spesifik dan perawatan.

- b. Evaluasi adanya gangguan penglihatan. Catat adanya penurunan lapang pandang, perubahan ketajaman persepsi (bidang horisontal/vertikal), adanya diplopia (pandangan ganda).

Rasional :

Munculnya gangguan penglihatan dapat berdampak negatif terhadap kemampuan pasien untuk menerima lingkungan dan mempelajari kembali keterampilan motorik dan meningkatkan risiko terjadinya cedera.

- c. Dekati pasien dari daerah penglihatan yang normal. Berikan lampu menyala; letakkan benda dalam jangkauan lapang penglihatan yang normal. Tutup mata yang sakit jika perlu.

Rasional :

Pemberian pengenalan terhadap adanya orang/benda dapat membantu masalah persepsi; mencegah pasien dari terkejut. Penutupan mata mungkin dapat menurunkan kebingungan karena adanya pandangan ganda.

- d. Ciptakan lingkungan yang sederhana, pindahkan perabot yang membahayakan.

Rasional :

Menurunkan/membatasi jumlah stimulasi penglihatan yang mungkin dapat menimbulkan kebingungan terhadap interpretasi lingkungan; menurunkan risiko terjadinya kecelakaan.

- e. Kaji kesadaran sensori, seperti membedakan panas/dingin, tajam/tumpul, posisi bagian tubuh/otot, rasa persendian.

Rasional :

Penurunan kesadaran terhadap sensorik dan kerusakan perasaan kinetik berpengaruh buruk terhadap keseimbangan/posisi tubuh dan kesesuaian dari gerakan yang mengganggu ambulasi, meningkatkan risiko terjadinya trauma.

- f. Berikan stimulasi terhadap rasa sentuhan, seperti berikan pasien suatu benda untuk menyentuh, meraba. Biarkan pasien menyentuh dinding/batas-batas yang lainnya.

Rasional :

Membantu melatih kembali jaras sensorik untuk mengintegrasikan persepsi dan inteprestasi stimulasi. Membantu pasien untuk mengorientasikan bagian dirinya dan kekuatan penggunaan dari daerah yang terpengaruh.

- g. Lindungi pasien dari suhu yang berlebihan, kaji adanya lingkungan yang membahayakan. Rekomendasikan pemeriksaan terhadap suhu air dengan tangan yang normal.

Rasional :

Meningkatkan keamanan pasien yang menurunkan risiko terjadinya trauma.

- h. Catat terhadap tidak adanya perhatian pada bagian tubuh, segmen lingkungan, kehilangan kemampuan untuk mengenali objek yang sebelumnya dikenal/tidak mampu untuk mengenal anggota keluarga.

Rasional :

Adanya agnosia (kehilangan pemahaman terhadap pendengaran, penglihatan, atau sensasi yang lain, meskipun bagian sensori masih tetap normal) dapat mengarah pada/mengakibatkan kerusakan unilateral, ketidakmampuan untuk mengenali isyarat lingkungan/makna dari objek tempat umum, tidak mampu mempertimbangan perawatan diri dan disorientasi atau perilaku yang aneh.

- i. Anjurkan pasien untuk mengamati kakinya bila perlu dan menyadari posisi bagian tubuh tertentu. Buatlah pasien sadar akan semua bagian tubuh yang terabaikan, seperti stimulasi sensorik pada daerah yang sakit, latihan yang membawa area yang sakit melewati garis tengah, ingatkan individu untuk berpakaian/merawat sisi yang sakit (“buta”).

Rasional :

Penggunaan stimulasi penglihatan dan sentuhan membantu dalam mengintergrasikan kembali sisi yang sakit dan memungkinkan pasien untuk mengalami kelalaian sensasi dari pola gerakan normal.

- j. Observasi respons perilaku pasien seperti rasa bermusuhan, menangis, afek tidak sesuai, agitasi, halusinasi.

Rasional :

Respons individu dapat bervariasi tetapi umumnya yang terlihat seperti emosi labil, ambang frustrasi rendah, apatis, dan mungkin juga muncul perilaku impulsif, mempengaruhi perawatan.

- k. Hilangkan kebisingan/stimulasi eksternal yang berlebihan sesuai kebutuhan.

Rasional :

Menurunkan ansietas dan respons emosi yang berlebihan/kebingungan yang berhubungan dengan sensori berlebihan.

- l. Bicara dengan tenang, perlahan, dengan menggunakan kalimat yang pendek. Pertahankan kontak mata.

Rasional :

Pasien mungkin mengalami keterbatasan dalam rentang perhatian atau masalah pemahaman. Tindakan ini dapat membantu pasien untuk berkomunikasi.

- m. Lakukan validasi terhadap persepsi pasien. Orientasikan kembali pasien secara teratur pada lingkungan, staf, dan tindakan yang akan dilakukan.

Rasional :

Membantu pasien untuk mengidentifikasi ketidak-konsistenan dari persepsi dan integrasi stimulus dan mungkin menurunkan distorsi persepsi pada realitas.

- 5. Kurang perawatan diri [uraikan] berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/koordinasi otot.

Intervensi/Tindakan :

Mandiri

- a. Kaji kemampuan dan tingkat kekurangan (dengan menggunakan skala 0-4) untuk melakukan kebutuhan sehari-hari.

Rasional :

Membantu dalam mengantisipasi/merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual.

- b. Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat dilakukan pasien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan.

Rasional :

Pasien ini mungkin menjadi sangat ketakutan dan sangat tergantung dan meskipun bantuan yang berikan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, adalah penting bagi pasien untuk melakukan sebanyak mungkin untuk diri sendiri untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan

- c. Sadari perilaku/aktivitas impulsif karena gangguan dalam mengambil keputusan.

Rasional :

Dapat menunjukkan kebutuhan intervensi dan pengawasan tambahan untuk meningkatkan keamanan pasien.

- d. Pertahankan dukungan, sikap yang tegas. Beri pasien waktu yang cukup untuk mengerjakan tugasnya.

Rasional :

Pasien akan memerlukan empati tetapi perlu untuk mengetahui pemberi asuhan yang akan membatu pasien secara konsisten.

- e. Berikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan atau keberhasilannya.

Rasional :

Meningkatkan perasaan makna diri. Meningkatkan kemandirian, dan mendorong pasien untuk berusaha secara kontinu.

- f. Buat rencana terhadap gangguan penglihatan yang ada; seperti :

- 1) Letakkan makanan dan alat-alat lainnya pada sisi pasien yang tidak sakit.

Rasional :

Pasien akan dapat melihat untuk memakan makannya.

- 2) Sesuaikan tempat tidur sehingga sisi tubuh pasien yang tidak sakit menghadap ke ruangan dengan sisi yang sakit menghadap ke dinding.

Rasional :

Akan dapat melihat jika naik/turun dari tempat tidur, dapat mengobservasi orang yang datang ke ruangan tersebut.

- 3) Posisikan perabot menjauhi dinding.

Rasional :

Memberi keamanan ketika pasien bergerak di ruangan untuk menurunkan risiko jatuh/terbentur perabot tersebut.

- g. Gunakan alat bantu pribadi, seperti kombinasi pisau bercabang, sikat tangkai panjang, tangkai panjang untuk mengambil sesuatu dari lantai; kursi mandi pancuran; kloset duduk yang agak tinggi.

Rasional :

Pasien dapat menangani diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri.

- h. Kaji kemampuan pasien untuk berkomunikasi tentang kebutuhannya untuk menghindari dan/atau kemampuan untuk menggunakan urinal, bedpan. Bawa pasien ke kamar mandi dengan teratur/interval waktu tertentu untuk berkemih jika memungkinkan.

Rasional :

Mungkin mengalami gangguan saraf kandung kemih, tidak dapat mengatakan kebutuhannya pada fase pemulihan akut, tetapi biasanya dapat mengontrol kembali fungsi ini sesuai perkembangan proses penyembuhan.

- i. Identifikasi kebiasaan defekasi sebelumnya dan kembalikan pada kebiasaan pola normal tersebut. Kadar makanan yang berserat, anjurkan untuk minum banyak dan tingkatkan aktivitas.

Rasional :

Mengkaji perkembangan program latihan (mandiri) dan membantu dalam pencegahan konstipasi dan sembelit (pengaruh jangka panjang).

Kolaborasi

- a. Berikan obat supositoria dan pelunak feses.

Rasional :

Mungkin dibutuhkan pada waktu tertentu untuk membantu menciptakan/merangsang fungsi defekasi teratur.

- b. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi/ahli terapi okupasi.

Rasional :

Memberikan bantuan yang mantap untuk mengembangkan rencana terapi dan mengidentifikasi kebutuhan alat penyokong khusus.

6. Gangguan harga diri [uraikan] berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, perseptual kognitif.

Intervensi/Tindakan :**Mandiri**

- a. Kaji luasnya gangguan persepsi dan hubungkan dengan derajat ketidakmampuannya.

Rasional :

Penentuan faktor-faktor secara individu membantu dalam mengembangkan perencanaan asuhan/pilihan intervensi.

- b. Identifikasi arti dari kehilangan/disfungsi/perubahan pada pasien.

Rasional ;;

Kadang-kadang pasien menerima dan mengatasi gangguan fungsi secara efektif dengan sedikit penanganan, dilain pihak ada juga orang yang mengalami kesulitan dalam menerima dan mengatasi kekurangannya.

- c. Anjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaannya termasuk rasa bermusuhan dan perasaan marah.

Rasional :

Mendemonstrasikan penerimaan/membantu pasien untuk mengenal dan mulai memahami perasaan ini.

- d. Catat apakah pasien menunjuk daerah yang sakit atautkah pasien mengingkari daerah tersebut dan mengatakan hal tersebut “telah mati”

Rasional :

Menunjukkan penolakan terhadap bagian tubuh tertentu/perasaan negatif terhadap citra tubuh dan kemampuan, menandakan perlunya intervensi dan dukungan emosional.

- e. Akui pernyataan perasaan tentang pengingkaran terhadap tubuh; tetap pada kenyataan yang ada tentang realita bahwa pasien masih dapat menggunakan bagian tubuhnya yang tidak sakit dan belajar untuk mengontrol bagian tubuh yang sakit. Gunakan kata-kata (seperti lemah, sakit, kanan-kiri) yang tidak mengasumsikan bahwa bagian tersebut sebagai bagian dari seluruh tubuh.

Rasional :

Membantu pasien untuk melihat bahwa perawat menerima kedua bagian tubuh tersebut merupakan suatu bagian yang utuh dari seseorang. Memberikan kesempatan pasien untuk merasakan pengharapannya secara penuh dan mulai menerima keadaan yang dialami saat sekarang ini.

- f. Tekankan keberhasilan yang kecil sekali pun baik mengenai penyembuhan fungsi tubuh ataupun kemandirian pasien.

Rasional :

Mengkonsolidasikan keberhasilan membantu menurunkan perasaan marah dan ketidakberdayaan dan menimbulkan perasaan adanya perkembangan.

- g. Bantu dan dorong kebiasaan berpakaian dan berdandan yang baik.

Rasional :

Membantu peningkatan rasa harga diri dan kontrol atas salah satu bagian kehidupan.

- h. Dorong orang terdekat agar memberi kesempatan pada melakukan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri.

Rasional :

Membangun kembali rasa kemandirian dan menerima kebanggan diri dan meningkatkan proses rehabilitasi. Catatan : ini mungkin sangat sulit dan menimbulkan perasaan frustrasi pada keluarga/pemberi asuhan yang tergantung pada derajat ketidakmampuan dan waktu yang diperlukan pasien untuk melakukan aktivitas secara keseluruhan.

- i. Berikan dukungan terhadap perilaku/usaha seperti peningkatan minat/partisipasi pasien dalam kegiatan rehabilitasi.

Rasional :

Mengisyaratkan kemungkinan adaptasi untuk mengubah dan memahami tentang peran diri sendiri dalam kehidupan selanjutnya.

- j. Berikan penguatan terhadap penggunaan alat-alat adaptif, seperti tongkat untuk berjalan, kancing/ritsluiting, saku di paha untuk kateter, dan sebagainya.

Rasional :

Meningkatkan kemandirian, menurunkan ketergantungan terhadap orang lain untuk memenuhi kebutuhan fisik dan pasien dapat bersosialisasi lebih aktif lagi.

- k. Pantau gangguan tidur, meningkatnya kesulitan untuk berkonsentrasi, pernyataan ketidakmampuan untuk mengatasi sesuatu, letargi, dan menarik diri.

Rasional :

Mungkin merupakan indikasi serangan depresi (umumnya setelah adanya pengaruh *stroke*) yang mungkin memerlukan evaluasi dan intervensi lanjut.

Kolaborasi

- a. Rujuk pada evaluasi neuropsikologis dan/atau konseling sesuai kebutuhan

Rasional :

Dapat memudahkan adaptasi terhadap perubahan peran yang perlu untuk perasaan/merasa menjadi orang yang produktif.

7. Risiko tinggi terhadap kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler/perseptual.

Intervensi/Tindakan :**Mandiri**

- a. Tinjau ulang patologi/kemampuan menelan pasien secara individual, catat luasnya paralisis fasial, gangguan lidah, kemampuan untuk melindungi jalan napas, timbang berat badan secara teratur sesuai kebutuhan.

Rasional :

Intervensi nutrisi/pilihan rute makan ditentukan oleh faktor-faktor ini.

- b. Tingkatkan upaya untuk dapat melakukan proses menelan yang efektif, seperti :
- 1) Bantu pasien dengan mengontrol kepala.

Rasional : menetralkan hiperekstensi, membantu mencegah aspirasi dan meningkatkan kemampuan untuk menelan.

- 2) Letakan pasien pada posisi duduk/tegak selama dan setelah makan.

Rasional :

Menggunakan gravitasi untuk memudahkan proses menelan dan menurunkan risiko terjadinya aspirasi.

- 3) Stimulasi bibir untuk menutup dan membuka mulut secara manual dengan menekan ringan di atas bibir/di bawah dagu jika dibutuhkan.

Rasional :

Membantu dalam melatih kembali sensori dan meningkatkan kontrol muskuler.

- 4) Letakan makanan pada daerah mulut yang tidak terganggu.

Rasional :

Memberikan stimulasi sensoris (termasuk rasa kecap) yang dapat mencetuskan usaha untuk menelan dan meningkatkan masukan.

- 5) Sentuh bagian pipi bagian dalam dengan spatel lidah untuk mengetahui adanya kelemahan lidah.

Rasional :

Dapat meningkatkan gerakan dan kontrol lidah (penting untuk menelan) dan menghambat jatuhnya lidah.

- 6) Berikan makan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang.

Rasional :

Pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya distraksi/gangguan dari luar.

- 7) Mulai untuk memberikan makanan per oral setengah cair, makanan lunak ketika pasien dapat menelan air. Pilih/bantu pasien untuk memilih makanan yang kecil atau tidak perlu mengunyah dan mudah ditelan, contoh : telur, agar-agar, makanan kecil yang lunak lainnya.

Rasional :

Makanan lunak/cairan kental lebih mudah untuk mengendalikannya di dalam mulut, menurunkan risiko terjadinya aspirasi.

- 8) Anjurkan pasien menggunakan sedotan untuk neninum cairan.

Rasional :

Menguatkan otot fasial dan otot menelan dan menurunkan risiko terjadinya tersedak.

- 9) Anjurkan orang terdekat untuk membawa makanan kesukaan pasien.

Rasional :

Menstimulasi upaya makan dan meningkatkan menelan/masukan

- c. Pertahankan masukan dan haluaran dengan akurat, catat jumlah kalori yang masuk.

Rasional :

Jika usaha menelan tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan cairan dan makanan harus dicarikan metode alternatif untuk makan.

- d. Anjurkan untuk berpartisipasi dalam program latihan/kegiatan.

Rasional :

Dapat meningkatkan pelepasan endorfin dalam otak yang meningkatkan napsu makan.

Kolaborasi

- a. Berikan cairan melalui IV dan/atau makanan melalui selang.

Rasional :

Mungkin diperlukan untuk memberikan cairan pengganti dan juga makanan jika pasien tidak mampu untuk memasukkan segala sesuatu melalui mulut.

8. Kurang pengetahuan [kebutuhan belajar], mengenai kondisi dan pengobatan berhubungan dengan kurang pematangan, keterbatasan kognitif, kesalahan interpretasi informasi, kurang mengingat, tidak mengenal sumber-sumber informasi.

Intervensi/Tindakan :

Mandiri

- a. Evaluasi tipe/derajat dari gangguan persepsi sensori.

Rasional :

Defisit mempengaruhi pilihan metode pengajaran dan isi/kompleksitas instruksi.

- b. Diskusikan keadaan patologis yang khusus dan kekuatan pada individu.

Rasional :

Membantu dalam membangun harapan yang realistis dan meningkatkan pemahaman terhadap keadaan dan kebutuhan saat ini.

- c. Tinjau ulang keterbatasan saat ini dan diskusikan rencana/kemungkinan melakukan kembali aktivitas (termasuk hubungan seksual).

Rasional :

Meningkatkan pemahaman, memberikan harapan pada masa datang dan menimbulkan harapan dari keterbatasan hidup secara “normal”.

- d. Tinjau ulang/pertegas kembali pengobatan yang diberikan, identifikasi cara meneruskan program setelah pulang.

Rasional :

Aktivitas yang dianjurkan, pembatasan, dan kebutuhan obat/terapi dibuat pada dasar pendekatan interdisiplin terkoordinasi. Mengikuti cara tersebut merupakan suatu hal yang penting pada kemajuan pemulihan/pencegahan komplikasi.

- e. Diskusikan rencana untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.

Rasional :

Berbagai tingkat bantuan mungkin diperlukan/perlu direncanakan berdasarkan pada kebutuhan secara individual.

- f. Berikan instruksi dan jadwal tertulis mengenai aktivitas, pengobatan dan faktor-faktor penting lainnya.

Rasional :

Memberikan penguatan visual dan sumber rujukan setelah sembuh.

- g. Anjurkan pasien untuk merujuk pada daftar/komunikasi tertulis atau catatan yang ada daripada hanya bergantung pada apa yang diingat.

Rasional :

Memberikan bantuan untuk menyokong ingatan dan meningkatkan perbaikan dalam keterampilan daya pikir.

- h. Sarankan pasien menurunkan/membatasi stimulasi lingkungan terutama selama kegiatan berpikir.

Rasional :

Stimulasi yang beragam dapat memperbesar gangguan proses berpikir

- i. Rekomendasikan pasien untuk meminta bantuan dalam proses pemecahan masalah dan memvalidasi keputusan, sesuai kebutuhan.

Rasional :

Beberapa pasien (terutama dengan masalah CSV kanan) mungkin mengalami gangguan dalam cara pengambilan keputusan yang memanjang dan berperilaku impulsif, kehilangan kemampuan untuk mengungkapkan keputusan yang dibuatnya.

- j. Identifikasi faktor-faktor risiko secara individual (seperti hipertensi, kegemukan, merokok, aterosklerosis, menggunakan kontrasepsi oral) dan perubahan pola hidup yang penting.

Rasional :

Meningkatkan kesehatan secara umum dan mungkin menurunkan risiko kambuh.

- k. Identifikasi tanda/gejala yang memerlukan kontrol secara medis, contoh : perubahan fungsi penglihatan, sensorik, motorik; gangguan respons mental atau perilaku, dan sakit kepala yang hebat.

Rasional :

Evaluasi dan intervensi dengan cepat menurunkan risiko terjadinya komplikasi/kehilangan fungsi yang berlanjut.

- l. Rujuk pada perencanaan pemulihan/pengawasan perawatan di rumah dengan mengunjungi perawat

Rasional :

Lingkungan rumah mungkin memerlukan evaluasi dan modifikasi untuk memenuhi kebutuhan individu.

- m. Identifikasi sumber-sumber yang ada di masyarakat, seperti perkumpulan *stroke*, tau program pendukung lainnya.

Rasional :

Meningkatkan kemampuan coping dan meningkatkan penanganan di rumah dan penyesuaian terhadap kerusakan.

- n. Rujuk/tegaskan perlunya evaluasi dengan tim ahli rehabilitas, seperti ahli fisioterapi fisik, terapi okupasi, terapi wicara.

Rasional :

Kerja yang baik pada akhirnya diharapkan/meminimalkan adanya gejala sisa atau penurunan neurologis.

Implementasi/ pelaksanaan keperawatan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Dengan rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang tepat intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien. Pelaksanaan keperawatan merupakan bentuk penanganan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pertimbangan dan pengetahuan klinis yang bertujuan meningkatkan hasil perawatan pasien. Pelaksanaan keperawatan dapat berupa tindakan langsung maupun tidak langsung yang ditunjukkan kepada pasien, keluarga, dan/atau komunitas (Potter & Perry, 2010).

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan pasien. Perawat akan mengaplikasikan seluruh pengetahuan dan pengalaman terkait pasien dan kondisinya untuk mengevaluasi efektivitas asuhan keperawatan. Perawat mengambil tindakan evaluasi untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah terpenuhi, bukan untuk melaporkan intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Hasil yang diharapkan merupakan standar penilaian bagi perawat untuk melihat apakah tujuan telah terpenuhi dan pelayanan telah berhasil (Potter & Perry, 2010).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 29 November 2019. Pasien masuk pada tanggal 28 November 2019 di ruang mawar dengan diagnosa *Stroke Hemoragik*.

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

Pasien Tn. B berusia 38 tahun, jenis kelamin laki-laki, status pasien sudah menikah, beragama Islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan S1 Teknik, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan pegawai swasta, alamat kayuringin jaya dan sumber biaya pribadi. Ada pun informasi yang di dapatkan melalui pasien, keluarga, rekam medis dan perawat ruangan.

b. Resume Pasien

Tn. B datang ke unit gawat darurat rumah sakit mitra Bekasi Barat pada tanggal 21 November 2019 pukul 19.55 WIB dengan keluhan kepala pusing sejak sore, tiba di UGD pasien teriak-teriak, sesaat sudah masuk Rumah Sakit menurut keluarga tampak kejang. Pada saat di unit gawat darurat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital oleh perawat dengan hasil : tekanan darah 212/130 mmHg, *frekuensi* nadi 110 x/menit, *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, saturasi O₂ 98 %, dan suhu 37°C. Keadaan umum sakit berat, Kesadaran apatis.

Tn. B di pindahkan ke ruang IMC untuk dilakukan pemantauan karna pasien mengalami peningkatan tekanan darah dan penurunan kesadaran saat di UGD. Pada tanggal 21 November 2019 Pukul 21.00 WIB dengan keadaan umum sakit berat kesadaran apatis dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital

dengan hasil tekanan darah 190/90 mmHg, *frekuensi* nadi 86 x/menit, *Frekuensi* pernafasan 21 x/menit, saturasi O₂ 100 % dan suhu 36,7 °C. Di IMC dilakukan pemantauan kesadaran dan TIK.

Tn. B di pindahkan ke ruang rawat inap pada tanggal 28 November 2019 pukul 01.30 WIB dengan keadaan umum sakit ringan kesadaran composmentis dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 203/110 mmHg, *frekuensi* nadi 103 x/menit, *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, dan suhu 36,7°C. Dengan keluhan pasien memiliki riwayat kejang di UGD kurang lebih 1 menit, pasien mengeluh pusing. Masalah keperawatan yang diangkat gangguan perfusi jaringan serebral, nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan memonitor tanda-tanda vital, kaji skala nyeri, memonitor peningkatan TIK, lakukan posisi sim kanan dan kiri setiap 4 jam. Tindakan kolaborasi berikan Amlodipine 1x10 mg (oral), Dilantine 3x100 mg (oral), Kepra 2x500 mg(oral), Clobazam 2x5 mg (oral), Blopres 1x16 mg (oral), Nevodio 1x2.5 mg (oral), Venosmil 2x1 cap (oral), Catapros 2x75 mg (oral), Manitol 3x125 mg sesuai instruksi. Evaluasi secara umum tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 140/110 mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, *frekuensi* pernafasan 23 x/menit, dan suhu 36,5 °C, skala nyeri 5.

2. Riwayat Keperawatan

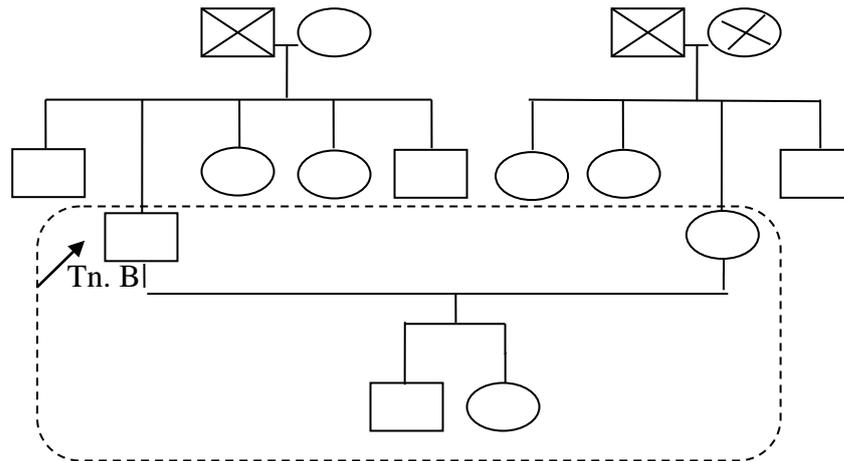
a. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan nyeri skala 5 di bagian tengkuk leher dan kepala pusing. Kronologis keluhan yaitu faktor pencetus peningkatan tekanan darah, timbulnya secara bertahap lamanya kurang lebih 2 menit, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, dan upaya yang dilakukannya adalah diam sesaat ketika sudah merasa sakit dan pusing.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat sakit sebelumnya.

c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan

□ = Laki-laki

↗ = Pasien

○ = Perempuan

— = Flow Keturunan

⊗ = Meninggal

--- = Flow tinggal 1 rumah

Pasien mengatakan ayahnya memiliki riwayat penyakit hipertensi dan sudah meninggal, dan ibunya memiliki riwayat diabetes mellitus. Pasien mengatakan tinggal dengan istri dan kedua anaknya.

d. Riwayat psikososial dan spiritual

- 1) Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah istri, anak dan ibu pasien.
- 2) Interaksi keluarga adalah pola komunikasinya baik, pembuatan keputusan oleh dirinya, dan pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kemasyarakatan karena sibuk dengan pekerjaannya.
- 3) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah anak-anak, istri dan keluarga lainnya menjadi khawatir dengan pasien.
- 4) Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien mengatakan penyakitnya saat ini membuat menjadi takut akan terjadi hal yang serupa kemudian harinya.

- 5) Mekanisme koping terhadap stress yaitu pasien mengatakan kumpul dengan keluarga dan menghabiskan waktu dengan keluarga.
 - 6) Persepsi pasien terhadap penyakitnya
pasien mengatakan syok terhadap yang dialaminya saat ini. Harapan pasien saat ini setelah menjalani perawatan ini adalah ingin cepat pulang dan yang dialaminya sekarang tidak terjadi lagi. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien mengatakan merasa tidak nyaman dan mengganggu aktivitasnya.
 - 7) Sistem nilai kepercayaan
Pasien mengatakan tidak memiliki nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan dan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah sholat 5 waktu dan mengaji.
 - 8) Kondisi lingkungan rumah
Pasien mengatakan kondisi rumah bersih dan aman.
- e. Pola kebiasaan
- 1) Pola Nutrisi
sebelum sakit/sebelum di RS
Pasien mengatakan *frekuensi* makan 3 x/hari, nafsu makan baik tidak ada mual muntah, porsi makanan yang menghabiskan dalam 1 kali makan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak memiliki alergi terhadap makanan, makanan pantangan tidak ada pasien mengatakan makan apa saja sesuai keinginan, makanan diet tidak ada, dan tidak menggunakan alat bantu makan.
di rumah sakit
Pasien mengatakan *frekuensi* makan 3 x/hari, pasien mengatakan nafsu makan baik tidak ada mual muntah, porsi makanan yang menghabiskan dalam 1 kali makan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak memiliki alergi terhadap makanan, makanan pantangan tidak memakan yang dapat memicu tekanan darah meningkat (seperti makanan yang asin-asin), pasien mengatakan

tidak ada masalah saat menelan, pasien mengatakan tidak nyeri saat menelan, makanan diet yang di dapat biasa DL 2, RG 3 1700 kal ekstra jus tinggi kalori, 1x200 neropurin, dan tidak menggunakan alat bantu makan.

2) Pola Eliminasi

sebelum sakit/sebelum di RS

BAK : pasien mengatakan *frekuensi* 7 x/hari, berwarna kuning, tidak ada keluhan saat BAK, setiap berkemih sekitar 150 cc.

BAB : pasien mengatakan *frekuensi* 1 x/hari dengan waktu yang tidak tentu, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan laksatif

di rumah sakit

BAK : pasien mengatakan *frekuensi* 6 x/hari, berwarna kuning, tidak ada keluhan saat BAK, setiap berkemih sekitar 150 cc.

Pasien menggunakan urinal saat BAK

BAB : pasien mengatakan *frekuensi* 1 x/hari pada pagi hari, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan laksatif

3) Pola *personal Hygine*

Sebelum sakit/sebelum di RS

Mandi : pasien mengatakan *frekuensi* 2 x/hari pada pagi dan sore.
Oral hygiene 3 x/hari pada pagi , sore dan malam. Mencuci rambut 7 x/minggu.

di rumah sakit

Mandi : pasien mengatakan tidak mandi hanya di lab saja pada sore hari, *Oral hygiene* 2 x/hari pada pagi dan malam. Mencuci rambut tidak ada.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit/sebelum di RS

Pasien mengatakan jarang tidur siang, lama tidur malam 6-7 jam, dan tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

di rumah sakit

Pasien mengatakan tidur siang 3-4 jam, lama tidur malam 6-7 jam, dan tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit/sebelum di RS

Pasien mengatakan waktu bekerja pada pagi kadang siang dan kadang malam hari, pasien mengatakan jarang berolahraga.

di rumah sakit

pasien mengatakan bisa berjalan dan melakukan aktivitas secara sendiri tetapi secara perlahan.

6) Pola Kesehatan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit/di rumah sakit dan saat di rumah sakit

Pasien mengatakan sudah berhenti merokok 1 tahun yang lalu dan sebelum berhenti merokok, pasien mengatakan setiap merokok 1 hari 1 bungkus rokok, tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA.

3. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Pasien mengatakan berat badan (BB): 80 kg, tinggi badan (TB): 170 cm, indeks massa tubuh (IMT): 27,68 kg/m² (obesitas I), keadaan umum sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal. konjungtiva tampak ananemis, kornea tampak normal, sklera tampak anikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan tampak baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien menggunakan kaca mata baca, pasien tidak menggunakan lensa mata, dan reaksi terhadap cahaya normal +3/+3.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh di telinga tidak ada, tidak

ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak ada pemakaian alat bantu dengar.

d. Sistem Wicara

Sistem wicara normal

e. Sistem Pernafasan

Jalan nafas bersih, pasien mengatakan tidak merasa sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan dan dalam. Pasien ada batuk tidak produktif, tidak ada sputum, palpasi dada tidak teraba, perkusi dada sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas, dan tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem Kardiovaskuler

1) Sirkulasi Perifer

Frekuensi nadi 101 x/menit, irama teratur dan teraba kuat. TD 140/90 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, temperatur kulit hangat, warna kulit kemerahan, pengisian kapiler <3 detik, dan tidak ada edema.

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut nadi apikal 101 x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan tidak ada nyeri dada.

g. Sistem Hematologi

Kulit tampak tidak pucat dan terjadi perdarahan volume +/- 22 cc dibagian temporalis kiri.

h. Sistem Saraf Pusat

Pasien mengeluh sakit kepala dan mengatakan pusing, tingkat kesadaran composmentis, GCS: E: 4, M: 6, V:5, ada tanda-tanda peningkatan *Tekanan Intra Kranial* (TIK) nyeri kepala hebat, ada riwayat kejang keluarga pasien mengatakan saat tiba di rumah sakit pasien mengalami kejang, reflek fisiologis tampak normal, dan reflek patologis tidak ada.

i. Sistem Pencernaan

Gigi tidak tampak caries, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, saliva normal, tidak ada muntah, bising usus 8 x/menit, tidak ada diare, dan tidak ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak teraba dan abdomen lembek.

j. Sistem Endokrin

Pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, nafas tidak berbau keton, dan tidak ada luka ganggren.

k. Sistem Urogenital

Pasien mengatakan minumnya kurang lebih 3 botol air mineral dalam satu hari (1500 ml).

Intake cairan: oral 1500 ml, infusan 1000 ml, output: IWL 1200 ml, urine 1400 ml, balance cairan: - 100 cc/24 jam. Tidak ada gangguan berkemih, warna urine kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem Integumen

Turgor kulit kurang elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit kemerahan, Suhu : 36,5 °C, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik tidak ada tanda-tanda plebitis, tekstur rambut baik dan bersih.

m. Sistem Muskuloskeletal

Tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit pada tulang, sendi dan kulit, tidak ada fraktur, kelainan bentuk tulang tidak ada, kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremitas atas kanan dan kiri 5, ekstremitas bawah kanan dan kiri 5.

n. Data Tambahan

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, pasien mengatakan bahwa penyakitnya hanya masuk angin dan pasien hanya minum obat warung dan meminta istrinya untuk mengerok badannya karena pasien mengira bahwa pasien masuk angin, pasien mengatakan bahwa pasien tidak mengetahui bahwa pasien memiliki hipertensi dan baru mengetahuinya setelah masuk rumah sakit dan

pasien juga mengatakan tidak pernah mengecek kondisinya ke rumah sakit.

4. Data Penunjang

Pemeriksaan *MSCT Scan* Kepala tanggal 23 November 2019

Kesan : *subdural hematoma diregio temporalis* kiri berbentuk *lentiformis* disertai *subarachnoid hematoma* pada *fisula sylvii* kiri dengan volume +/- 22cc, *infark* lama di *periventrikel lateralis kornu anterior*

Pemeriksaan *EKG* tanggal 22 November 2019

Interpretation : *normal sinus rhythm, possible left atrial enlargement, left anterior fascicular blok, left ventricular hypertrophy with, repolarization abnormality, non specific ST abnormality, prolonged QT, abnormal ECG.*

5. Penatalaksanaan Medis

a. Terapi farmakologi

- 1) Obat injeksi : RL 500/12 jam, Manitol 3x125 mg, Tamoliv 3x500 mg. sesuai program medis
- 2) Obat oral : Amlodipine 1x10 mg, Dilantine 3x100 mg, Kepra 2x500 mg, Clobazam 2x5 mg, Blopres 1x16 mg, Nevodio 1x2.5 mg, Venosmil 2x1 cap, Catapros 2x75 mg. sesuai program medis
- 3) Terapi oksigen : Nasal 5 Lpm

b. Terapi non farmakologi

- 1) Diet : biasa DL 2, RG 3 1700 kal ekstra jus tinggi kalori, 1x200 neropurin

6. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: composmentis, GCS: E: 4 V: 5 M: 6, tanda-tanda vital: tekanan darah: 140/90 mmHg, *frekuensi* nadi: 101 x/menit, *frekuensi* nafas: 22 x/menit, suhu: 36,5 °C.

a. Kebutuhan Fisiologis : Oksigenasi

Data Subyektif : pasien mengatakan tidak merasa sesak, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat bernafas, pasien mengatakan batuk, pasien mengatakan sakit kepala.

Data Objektif : jalan nafas bersih, pasien tidak memakai otot bantu pernafasan, irama teratur, *frekuensi* nafas 22 x/menit, pasien tampak batuk non produktif, suara nafas vesikuler, hasil Pemeriksaan *MSCT Scan Kesan* : *subdural hematoma diregio temporalis* kiri berbentuk *lentiformis* disertai *subarachnoid hematoma* pada *fisula sylvii* kiri dengan volume +/- 22cc, *infark* lama di *periventrikel lateralis kornu anterior*, hasil Pemeriksaan *EKG Interpretation* : normal sinus *rhythm*, *possible left atrial enlargement*, *left anterior fascicular blok*, *left ventricular hypertrophy with repolarization abnormality*, *non specific ST abnormality*, *prolonged QT*, *abnormal ECG*, MAP : 1 sistolik + 2 diastolik / 3 = $140 + 2(90) / 3 = 140 + 180 / 3 = 320 / 3 = 106$ mmHg

b. Kebutuhan Fisiologis : Cairan

Data Subyektif : pasien mengatakan minum kurang lebih 3 botol air mineral dalam satu hari (1500 ml).

Data Objektif : pasien terpasang infus RL 500/12 Jam, CRT < 3 detik, turgor kulit Elastis, kalium : 2.98 mmol/l (3.50-5.50 mmol/l), Balance cairan : intake : oral 1500 ml + infus 1000 ml = 2500, output : IWL : 1200 + urine : 1400 = 2600 balance cairan : intake - output = 2500 - 2600 = - 100 ml

c. Kebutuhan Fisiologis : Nutrisi

Data Subyektif : pasien mengatakan nafsu makannya baik, pasien mengatakan tidak ada masalah saat menelan, pasien mengatakan tidak nyeri saat menelan

Data Objektif : pasien makan 3 x/hari, pasien tampak menghabiskan makanannya, BB Sebelum sakit : 80 kg BB Selama sakit : 80 Kg tidak ada penurunan BB Badan, TB 170 CM, IMT : $BB / TB (m^2) = 80 / 170(m^2) = 80 / 1,7^2 = 80 / 2,89 = 27,68$ Kg/m²

d. Kebutuhan Fisiologis : Aktivitas/Istirahat

Data Subyektif : pasien mengatakan bisa berjalan dan melakukan aktivitas secara sendiri tetapi secara perlahan.

Data Objektif : pasien baru di perbolehkan melakukan aktivitas yang ringan seperti miring kanan kiri dan di bolehkan jalan ke kamar mandi dari bedrest nya kurang lebih 6 hari

e. Kebutuhan Rasa Nyaman

Data Subyektif : P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 5, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk.

Data Objektif : pasien tampak meringis, *frekuensi* nadi: 101 x/menit, *frekuensi* nafas: 22 x/menit

f. Kebutuhan aktualisasi diri

Data Subyektif : Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, pasien mengatakan bahwa penyakitnya hanya masuk angin dan pasien hanya minum obat warung dan meminta istrinya untuk mengerok badannya karna pasien mengira bahwa pasien masuk angin, pasien mengatakan bahwa pasien tidak mengetahui bahwa pasien memiliki hipertensi dan baru mengetahuinya setelah masuk rumah sakit dan pasien juga mengatakan tidak pernah mengecek kondisinya ke rumah sakit.

Data Objektif : pasien tampak tidak tahu mengenai penyakitnya

7. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>Data Subyektif :</p> <p>a. pasien mengatakan sakit kepala</p> <p>Data Objektif :</p>	<p>Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral</p>	<p>Hemoragik temporalis kiri</p>

No	Data	Masalah	Etiologi
	<p>a. Kesadaran : Composmentis, GCS: E: 4 V: 5 M: 6</p> <p>b. Tanda-tanda Vital : TD : 140/90, <i>frekuensi</i> nadi : 101 x/menit, dan <i>frekuensi</i> pernafasan 22 x/menit.</p> <p>c. hasil Pemeriksaan <i>MSCT Scan</i> Kesan : <i>subdural hematoma diregio temporalis kiri berbentuk lentiformis disertai subarachnoid hematoma pada fisula sylvii kiri dengan volume +/- 22cc, infark lama di periventrikel lateralis kornu anterior.</i></p> <p>d. MAP : 106 mmHg</p>		
2	<p>Data Subyektif :</p> <p>a. pasien mengatakan sakit kepala</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Tanda-tanda Vital : TD : 140/90, <i>frekuensi</i> nadi : 101 x/menit nadi teratur dan pulsasi kuat, <i>frekuensi</i> pernafasan 22 x/menit</p> <p>b. hasil Pemeriksaan <i>EKG</i> Interpretation : normal <i>sinus rhythm, possible left atrial enlargement, left anterior fascicular blok, left</i></p>	<p>Risiko penurunan curah jantung</p>	<p>Hipertrofi ventikular</p>

No	Data	Masalah	Etiologi
	<p><i>ventricular hypertrophy with, repolarization abnormality, non specific ST abnormality, prolonged QT, abnormal ECG</i></p> <p>c. MAP : 106 mmHg</p> <p>d. CRT <3 detik</p>		
3	<p>Data Subyektif :</p> <p>a. P : peningkatan tekanan darah</p> <p>b. Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk.</p> <p>c. R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing.</p> <p>d. S : pasien mengatakan nyeri skala 5.</p> <p>e. T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. pasien tampak meringis</p> <p>b. Tekanan Darah : 140/90 mmHg</p> <p>c. <i>frekuensi</i> nadi: 101 x/menit</p> <p>d. <i>frekuensi</i> nafas: 22 x/menit</p>	Nyeri akut	Peningkatan tekanan vaskular serebral
4	<p>Data Subyektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya.</p> <p>b. pasien mengatakan bahwa</p>	Kurang pengetahuan mengenai kondisi dan pengobatan	Kurang motivasi dalam gaya hidup

No	Data	Masalah	Etiologi
	<p>penyakitnya hanya masuk angin dan pasien hanya minum obat warung dan meminta istrinya untuk mengerok badannya.</p> <p>c. pasien mengatakan bahwa pasien tidak mengetahui bahwa pasien memiliki hipertensi dan baru mengetahuinya setelah masuk rumah sakit dan pasien juga mengatakan tidak pernah mengecek kondisinya ke rumah sakit.</p> <p>d. Pasien mengatakan tidak ada mengenai makan</p> <p>e. Pasien mengatakan makan apa saja sesuai keinginan</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. pasien tampak tidak tahu mengenai penyakitnya</p> <p>b. berat badan (BB): 80 kg, tinggi badan (TB): 170 cm, indeks massa tubuh (IMT): 27,68 kg/m² (obesitas I)</p>		

B. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hemoragik temporalis kiri.
2. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan Hipertrofi ventikular.

3. Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskular serebral.
4. Kurang pengetahuan mengenai kondisi dan pengobatan berhubungan dengan Kurang motivasi dalam gaya hidup.

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hemoragik temporalis kiri.

Data Subyektif :

- a. pasien mengatakan sakit kepala

Data Objektif :

- a. Kesadaran : Composmentis, GCS: E: 4 V: 5 M: 6
- b. Tanda-tanda Vital : TD : 140/90, *frekuensi* nadi : 101 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 22 x/menit.
- c. hasil Pemeriksaan *MSCT Scan Kesan* : *subdural hematoma diregio temporalis* kiri berbentuk *lentiformis disertai subarachnoid hematoma* pada *fisula sylvii* kiri dengan volume +/- 22cc, *infark* lama di *periventikel lateralis kornu anterior*.
- d. MAP : 106 mmHg.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam gangguan perfusi jaringan kembali efektif

Kriteria Hasil : pusing di bagian kepala pasien hilang, kesadaran composmentis, TTV dalam batas normal (TD: 90-120/ 60-80 mmHg, *frekuensi* nadi: 60-100 x/ menit, *frekuensi* pernafasan 12-20 x/menit), tidak ada peningkatan TIK.

Rencana Tindakan :

- a. Kaji keluhan sakit kepala /shift
- b. Pantau peningkatan TIK (tingkat kesadaran, reflek pupil) /shift
- c. Monitor tanda-tanda vital (TD dan *Frekuensi* nadi) / shift
- d. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
- e. Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam /saat pasien sakit di kepala
- f. Pantau pemberian oksigen nasal 5 lpm /shift

- g. Berikan obat amlodipine 1x10 mg (oral), Blopres 1x16 mg (oral), Catapros 2x75 mg (oral), dilantin 3x100 mg (oral), kepra 2x500 mg (oral), Nevodio 1x2,5 mg (oral) dan manitol 3x125 mg (intravena) sesuai dengan instruksi medis

Pelaksanaan keperawatan tanggal 29 November 2019

Pukul 07.00 WIB memberikan obat amlodipine 10 mg (oral), Blopres 16 mg (oral), Catapros 75 mg (oral), dilantin 100 mg (oral), kepra 500 mg (oral), Nevodio 2,5 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 07.10 WIB** memberikan obat manitol 125 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 08.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/90mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul 08.10 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan sakit dibagian kepalanya, **Pukul 08.20 WIB** memantau peningkatan TIK (tingkat kesadaran, reflek pupil) dengan hasil tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3 **Pukul 08.30 WIB** memantau pemberian oksigen dengan hasil oksigen terpasang dengan baik oksigen menyala dengan 5 Lpm, **Pukul 09.15 WIB** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mengatakan sudah mengerti yang diajarkan perawat dan pasien tampak sudah dapat mengikuti instruksi yang diajarkan perawat, **Pukul 09.20 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 13.00 WIB memberikan obat dilantin 100 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan,

Pukul 14.10 WIB memberikan obat manitol 125 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 14.20 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *dafrekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 130/90mmHg, *frekuensi* nadi 101 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, **Pukul 14.25 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan sakit dibagian kepalanya, **Pukul 14.30 WIB** memantau peningkatan TIK (tingkat kesadaran, reflek pupil) dengan hasil tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3, **Pukul 14.35 WIB** memantau pemberian oksigen dengan hasil oksigen terpasang dengan baik oksigen menyala dengan 5 Lpm, **Pukul 14.40 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat Catapros 75 mg (oral), dilantin 100 mg (oral), kepra 500 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 20.10 WIB** memberikan obat manitol 125 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 21.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/100mmHg, *frekuensi* nadi 102 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 23 x/menit, **Pukul 21.10 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan sakit dibagian kepalanya, **Pukul 21.20 WIB** memantau peningkatan TIK (tingkat kesadaran, reflek pupil) dengan hasil tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3 **Pukul 21.30 WIB** memantau pemberian oksigen dengan hasil oksigen terpasang dengan baik oksigen menyala dengan 5 Lpm, **Pukul 21.35 WIB**

menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Evaluasi keperawatan tanggal 30 November 2019 pukul 06.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan masih merasakan sakit dibagian kepalanya

Objektif : tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3, tanda-tanda vital TD 140/100mmHg, *frekuensi* nadi 102 x/menit, *frekuensi* pernafasan 23 x/menit,

Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Planning : hentikan intervensi ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan lanjutkan semua intervensi .

Pelaksanaan keperawatan tanggal 30 November 2019

Pukul 07.00 WIB memberikan obat amlodipine 10 mg (oral), Blopres 16 mg (oral), Catapros 75 mg (oral), dilantin 100 mg (oral), kepra 500 mg (oral), Nevodio 2,5 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 07.10 WIB** memberikan obat manitol 125 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancer tidak ada hambatan, **Pukul 08.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 130/100mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 20 x/menit, **Pukul 08.10 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan sakit dibagian kepalanya, **Pukul 08.20 WIB** memantau peningkatan TIK (tingkat kesadaran, reflek pupil) dengan hasil tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3 **Pukul 08.30 WIB** memantau

pemberian oksigen dengan hasil oksigen terpasang dengan baik oksigen menyala dengan 5 Lpm, **Pukul 09.20 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 13.00 WIB memberikan obat dilantin 100 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 14.10 WIB** memberikan obat manitol 125 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 14.20 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/90mmHg, *frekuensi* nadi 98 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul 14.25 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan sakit sudah berkurang dibagian kepalanya, **Pukul 14.30 WIB** memantau peningkatan TIK (tingkat kesadaran, reflek pupil) dengan hasil tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3, **Pukul 14.35 WIB** memantau pemberian oksigen dengan hasil oksigen terpasang dengan baik oksigen menyala dengan 5 Lpm, **Pukul 14.40 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan

Pukul 20.00 WIB memberikan obat Catapros 75 mg (oral), dilantin 100 mg (oral), kepra 500 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 20.10 WIB** memberikan obat manitol 125 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 21.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 150/90mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, **Pukul**

21.10 WIB mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan sakit sudah berkurang dibagian kepalanya, **Pukul**

21.20 WIB memantau peningkatan TIK (tingkat kesadaran, reflek pupil) dengan hasil tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3, **Pukul 21.35 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Evaluasi keperawatan tanggal 01 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan sakit sudah berkurang dibagian kepalanya.

Objektif : tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3, tanda-tanda vital TD 150/90mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 22 x/menit.

Analisa : masalah telah teratasi sebageaian, tujuan tercapai sebagian.

Planning : hentikan pemberian terapi oksigen dan lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 01 Desember 2019

Pukul 07.00 WIB memberikan obat amlodipine 10 mg (oral), Blopres 16 mg (oral), Catapros 75 mg (oral), dilantin 100 mg (oral), kepra 500 mg (oral), Nevodio 2,5 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 07.10 WIB** memberikan obat manitol 125 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancer tidak ada hambatan, **Pukul 08.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/100mmHg, *frekuensi* nadi 99 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul**

08.10 WIB mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan sakit sudah sedikit berkurang dibagian kepalanya, **Pukul 08.20 WIB** memantau peningkatan TIK (tingkat kesadaran, reflek pupil) dengan hasil tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3, **Pukul 09.20 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 13.00 WIB memberikan obat dilantin 100 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 14.10 WIB** memberikan obat manitol 125 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 14.20 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 130/90mmHg, *frekuensi* nadi 97 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 20 x/menit, **Pukul 14.25 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan sakit sudah sedikit berkurang dibagian kepalanya, **Pukul 14.30 WIB** memantau peningkatan TIK (tingkat kesadaran, reflek pupil) dengan hasil tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3, **Pukul 14.40 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan

Pukul 20.00 WIB memberikan obat Catapros 75 mg (oral), dilantin 100 mg (oral), kepra 500 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 20.10 WIB** memberikan obat manitol 125 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 21.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan

frekuensi pernafasan) dengan hasil TD 125/90mmHg, *frekuensi* nadi 98 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul 21.10 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan sakit sudah sedikit berkurang dibagian kepalanya,, **Pukul 21.20 WIB memantau peningkatan TIK** (tingkat kesadaran, reflek pupil) dengan hasil tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3, **Pukul 21.35 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Evaluasi keperawatan tanggal 02 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan sakit sudah sedikit berkurang dibagian kepalanya.

Objektif : tingkat kesadaran composmentis GCS E : 4 V : 5 M: 6, reflek pupil +3/+3, TD 125/90mmHg, *frekuensi* nadi 98 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit

Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian

Planning : lanjutkan semua intervensi

2. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan Hipertrofi ventikular.

Data Subyektif :

- a. pasien mengatakan sakit kepala.

Data Objektif :

- a. Tanda-tanda Vital : TD : 140/90, *frekuensi* nadi : 101 x/menit nadi teratur dan pulsasi kuat, *frekuensi* pernafasan 22 x/menit.
- b. hasil Pemeriksaan **EKG Interpretation** : normal *sinus rhythm*, *possible left atrial enlargement*, *left anterior fascicular blok*, *left*

ventricular hypertrophy with, repolarization abnormality, non specific ST abnormality, prolonged QT, abnormal ECG.

c. MAP : 106 mmHg

d. CRT <3 detik

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Hipertrofi ventrikular dapat diatasi.

Kriteria Hasil : sakit kepala pasien hilang, TTV dalam batas normal (TD: 90-120/ 60-80 mmHg, *frekuensi* nadi: 60-100 x/ menit, *frekuensi* pernafasan 12-20 x/menit), CRT dalam batas normal (<3 detik), MAP dalam batas normal (70-100 mmHg).

Rencana Tindakan

- a. Monitor tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, *frekuensi* pernafasan)/shift
- b. Kaji keluhan sakit di kepala /shift
- c. Monitor MAP dan CRT /shift
- d. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
- e. Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam /shift
- f. Pantau pemberian oksigen nasal 5 lpm /shift
- g. Berikan obat Catapros 2x75 mg (oral), Amlodipine 1x10 mg (oral), Blopres 1x16 mg (oral), nevodio 1x2,5 mg (oral).

Pelaksanaan keperawatan tanggal 29 November 2019

Pukul 07.00 WIB memberikan obat Catapros 75 mg (oral), Amlodipine 10 mg (oral), Blopres 16 mg (oral), nevodio 2,5 mg (oral). dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 08.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/90mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul 08.10 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan sakit dibagian kepalanya, **Pukul 08.25 WIB** memonitor MAP dan CRT dengan hasil MAP 106 mmHg, CRT < 3 detik, **Pukul 08.30 WIB**

memantau pemberian oksigen dengan hasil oksigen terpasang dengan baik oksigen menyala dengan 5 Lpm, **Pukul 09.15 WIB** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mengatakan sudah mengerti yang diajarkan perawat dan pasien tampak sudah dapat mengikuti instruksi yang diajarkan perawat, **Pukul 09.20 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 14.20 WIB melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 130/90mmHg, *frekuensi* nadi 101 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, **Pukul 14.25 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan sakit dibagian kepalanya, **Pukul 14.30 WIB** memonitor MAP dan CRT dengan hasil MAP 103 mmHg, CRT < 3 detik, **Pukul 14.35 WIB** memantau pemberian oksigen dengan hasil oksigen terpasang dengan baik oksigen menyala dengan 5 Lpm, **Pukul 14.40 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat Catapros 75 mg (oral)b dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 21.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/100mmHg, *frekuensi* nadi 102 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 23 x/menit, **Pukul 21.10 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan sakit dibagian kepalanya, **Pukul 21.20 WIB** memonitor MAP dan CRT dengan hasil MAP 113 mmHg, CRT < 3 detik, **Pukul 21.30 WIB** memantau pemberian oksigen dengan hasil oksigen terpasang dengan baik oksigen menyala dengan 5 Lpm, **Pukul 21.35 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam

ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Evaluasi keperawatan tanggal 30 November 2019 pukul 06.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan masih merasakan sakit dibagian kepalanya

Objektif : tanda-tanda vital hasil TD 140/100mmHg, *frekuensi* nadi 102 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 23 x/menit, MAP dan CRT dengan hasil MAP 113 mmHg, CRT < 3 detik

Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Planning : hentikan intervensi ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 30 November 2019

Pukul 07.00 WIB memberikan obat Catapros 75 mg (oral), Amlodipine 10 mg (oral), Blopres 16 mg (oral), nevodio 2,5 mg (oral). dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 08.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 130/100mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 20 x/menit, **Pukul 08.10 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan sakit dibagian kepalanya, **Pukul 08.25 WIB** memonitor MAP dan CRT dengan hasil MAP 110 mmHg, CRT < 3 detik, **Pukul 08.30 WIB** memantau pemberian oksigen dengan hasil oksigen terpasang dengan baik oksigen menyala dengan 5 Lpm, **Pukul 09.15 WIB** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mengatakan sudah mengerti yang diajarkan perawat dan pasien tampak sudah dapat mengikuti instruksi yang diajarkan perawat, **Pukul 09.20 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 14.20 WIB melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/90mmHg, *frekuensi* nadi 98 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul 14.25 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan sakit dibagian kepalanya sudah berkurang, **Pukul 14.30 WIB** memonitor MAP dan CRT dengan hasil MAP 106 mmHg, CRT < 3 detik, **Pukul 14.35 WIB** memantau pemberian oksigen dengan hasil oksigen terpasang dengan baik oksigen menyala dengan 5 Lpm, **Pukul 14.40 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat Catapros 75 mg (oral)b dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 21.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 150/100mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, **Pukul 21.10 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan sakit dibagian kepalanya sudah berkurang, **Pukul 21.20 WIB** memonitor MAP dan CRT dengan hasil MAP 110 mmHg, CRT < 3 detik, **Pukul 21.35 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Evaluasi keperawatan tanggal 01 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan sakit dibagian kepalanya sudah berkurang

Objektif : tanda-tanda vital :TD 150/100mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, MAP 110 mmHg, dan CRT < 3 detik

Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Planning : hentikan terapi oksigen dan lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 01 Desember 2019

Pukul 07.00 WIB memberikan obat Catapros 75 mg (oral), Amlodipine 10 mg (oral), Blopres 16 mg (oral), nevodio 2,5 mg (oral). dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 08.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/100mmHg, *frekuensi* nadi 99 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul 08.10 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan sakit dibagian kepalanya berkurang, **Pukul 08.25 WIB** memonitor MAP dan CRT dengan hasil MAP 113 mmHg, CRT < 3 detik, **Pukul 09.15 WIB** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mengatakan sudah mengerti yang diajarkan perawat dan pasien tampak sudah dapat mengikuti instruksi yang diajarkan perawat, **Pukul 09.20 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 14.20 WIB melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 130/90mmHg, *frekuensi* nadi 97 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 20 x/menit, **Pukul 14.25 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan sakit dibagian kepalanya sudah berkurang, **Pukul 14.30 WIB** memonitor MAP dan CRT dengan hasil MAP 103 mmHg, CRT < 3 detik, **Pukul 14.40 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat Catapros 75 mg (oral)b dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, **Pukul 21.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi*

pernafasan) dengan hasil TD 125/90 mmHg, *frekuensi* nadi 98 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul 21.10 WIB** mengkaji sakit kepala pasien dengan hasil pasien mengatakan sakit dibagian kepalanya sudah berkurang, **Pukul 21.20 WIB** memonitor MAP dan CRT dengan hasil MAP 101 mmHg, CRT < 3 detik, **Pukul 21.35 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Evaluasi keperawatan tanggal 02 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan sakit dibagian kepalanya sudah berkurang

Objektif : tanda-tanda vital : TD 125/90 mmHg, *frekuensi* nadi 98 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, MAP 101 mmHg, CRT < 3 detik

Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian

Planning : lanjutkan semua intervensi

3. Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskular serebral.

Data Subyektif :

P : peningkatan tekanan darah.

Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk.

R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing.

S : pasien mengatakan nyeri skala 5.

T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk

Data Objektif :

a. pasien tampak meringis

b. Tekanan Darah : 140/90 mmHg

c. *frekuensi* nadi: 101 x/menit

d. *frekuensi* nafas: 22 x/menit

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kriteria Hasil

Nyeri di bagian tengkuk leher hilang, skala nyeri 0-1, TTV dalam batas normal (Tekanan darah 90-120/ 60-80 mmHg *frekuensi* nadi: 60-100 x/menit, *frekuensi* pernafasan 12-20 x/menit).

Rencana Tindakan

- a. Kaji karakteristik nyeri PQRST /shift
- b. Monitor Tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi dan *frekuensi* pernafasan) /shift
- c. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
- d. Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam /shift
- e. Berikan obat Tamoliv 3x500 mg (intravena)

Pelaksanaan keperawatan tanggal 29 November 2019

Pukul 07.10 WIB memberikan obat tamoliv 500 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infus lancar tidak ada hambatan, **Pukul 08.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/90mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit. **Pukul 09.00 WIB** mengkaji karakteristik nyeri PQRST dengan hasil P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 5, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, **Pukul 09.15 WIB** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mengatakan sudah mengerti yang diajarkan perawat dan pasien tampak sudah dapat mengikuti instruksi yang diajarkan perawat, **Pukul 09.20 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 14.10 WIB memberikan obat tamoliv 500 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada

hambatan, **Pukul 14.20 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *dafrekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 130/90mmHg, *frekuensi* nadi 101 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, **Pukul 14.30 WIB** mengkaji karakteristik nyeri PQRST dengan hasil P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 5, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, **Pukul 14.40 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 20.10 WIB memberikan obat tamoliv 500 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 21.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/100mmHg, *frekuensi* nadi 102 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 23 x/menit, **Pukul 21.30 WIB** mengkaji karakteristik nyeri PQRST dengan hasil P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 5, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, **Pukul 21.35 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Evaluasi keperawatan tanggal 30 November 2019 pukul 06.00 WIB

Subjektif : P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 5, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk,

Objektif : tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/100mmHg, *frekuensi* nadi 102 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 23 x/menit.

Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Planning : hentikan ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 30 November 2019

Pukul 07.10 WIB memberikan obat tamoliv 500 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infus lancar tidak ada hambatan, **Pukul 08.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 130/100mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 20 x/menit, **Pukul 09.00 WIB** mengkaji karakteristik nyeri PQRST dengan hasil P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 4, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, **Pukul 09.20 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 14.10 WIB memberikan obat tamoliv 500 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 14.20 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/90mmHg, *frekuensi* nadi 98 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul 14.30 WIB** mengkaji karakteristik nyeri PQRST dengan hasil P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 4, T

: pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, **Pukul 14.40 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 20.10 WIB memberikan obat tamoliv 500 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 21.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 150/90mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, **Pukul 21.30 WIB** mengkaji karakteristik nyeri PQRST dengan hasil P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 4, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, **Pukul 21.35 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Evaluasi keperawatan tanggal 01 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subjektif : P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 4, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk

Objektif : tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 150/90mmHg, *frekuensi* nadi 100 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 22 x/menit,

Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Planning : lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 01 Desember 2019

Pukul 07.10 WIB memberikan obat tamoliv 500 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infus lancar tidak ada hambatan, **Pukul 08.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 140/100mmHg, *frekuensi* nadi 99 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul 09.00 WIB** mengkaji karakteristik nyeri PQRST dengan hasil P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di cubit, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 3, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, **Pukul 09.20 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 14.10 WIB memberikan obat tamoliv 500 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 14.20 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 130/90mmHg, *frekuensi* nadi 97 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 20 x/menit, **Pukul 14.30 WIB** mengkaji karakteristik nyeri PQRST dengan hasil P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di cubit, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 3, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, **Pukul 14.40 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Pukul 20.10 WIB memberikan obat tamoliv 500 mg (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan aliran infuse lancar tidak ada hambatan, **Pukul 21.00 WIB** melakukan tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD

125/90mmHg, *frekuensi* nadi 98 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit, **Pukul 21.30 WIB** mengkaji karakteristik nyeri PQRST dengan hasil P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti kesemutan, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 2, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, **Pukul 21.35 WIB** menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika pasien merasakan sakit dengan hasil pasien mengatakan akan melakukan instruksi yang diberikan oleh perawat.

Evaluasi keperawatan tanggal 02 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subjektif : P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti kesemutan, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 2, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk

Objektif : tanda-tanda vital (TD, *frekuensi* nadi, dan *frekuensi* pernafasan) dengan hasil TD 125/90mmHg, *frekuensi* nadi 98 x/menit, dan *frekuensi* pernafasan 21 x/menit,

Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Planning : lanjutkan semua intervensi

4. Kurang pengetahuan mengenai kondisi dan pengobatan berhubungan dengan Kurang motivasi dalam gaya hidup.

Data Subyektif :

- a. Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya.
- b. pasien mengatakan bahwa penyakitnya hanya masuk angin dan pasien hanya minum obat warung dan meminta istrinya untuk mengerok badannya.
- c. pasien mengatakan bahwa pasien tidak mengetahui bahwa pasien memiliki hipertensi dan baru mengetahuinya setelah masuk rumah sakit dan pasien juga mengatakan tidak pernah mengecek kondisinya ke rumah sakit.

- d. Pasien mengatakan tidak ada mengenai makan
- e. Pasien mengatakan makan apa saja sesuai keinginan

Data Objektif :

- a. pasien tampak tidak tahu mengenai penyakitnya
- b. berat badan (BB): 80 kg, tinggi badan (TB): 170 cm, indeks massa tubuh (IMT): 27,68 kg/m² (obesitas I)

Tujuan : setelah dilakukan

tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan pemeliharaan kesehatan kembali efektif.

Kriteria Hasil : pasien dapat menjawab dengan benar 4 dari 5 post test yang diberikan setelah penyuluhan.

Rencana Tindakan

- a. Kaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya
- b. Kaji tanda dan gejala tentang penyakitnya
- c. Kaji faktor-faktor tentang penyakitnya
- d. Kaji tentang pola kebiasaan dalam mengontrol makanannya.
- e. Kaji upaya dan dampak dalam penanganan tentang penyakitnya
- f. Berikan penkes tentang *stroke hemoragik*
- g. Berikan post test dan pre test saat penyuluhan

Pelaksanaan keperawatan tanggal 30 November 2019

pukul 13.10 WIB mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya hasil pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya ini selama ini pasien hanya merasa hanya masuk angin saja, **pukul 13.13 WIB** mengkaji kaji tanda dan gejala tentang penyakitnya hasil pasien tidak tahu tentang tanda dan gejala dari penyakitnya, **pukul 13.15 WIB** mengkaji faktor-faktor tentang penyakitnya hasil pasien tidak tahu tentang faktor-faktor dari penyakitnya, **pukul 13.17** mengkaji tentang pola kebiasaan dalam mengontrol makanannya, hasil pasien menatakan makan dengan bebas, tidak ada pantangan dan makan apa saja sesuai keinginan saya. **pukul 13.19 WIB** mengkaji upaya dan dampak dalam

penanganan tentang penyakitnya hasil pasien tidak tahu tentang upaya dari penyakitnya, selama ini pasien mengatakan hanya minum obat dan dikerok saja, **pukul 13.20 WIB** memberikan post test hasil pasien tampak tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan perawat tentang *stroke hemoragik*, **pukul 13.25 WIB** memberikan penkes tentang *stroke hemoragik* hasil pasien tampak memperhatikan perawat saat perawat melakukan penyuluhan, **pukul 13.55 WIB** memberikan pre test saat penyuluhan hasil pasien tampak bisa menjawab 5 pertanyaan dengan benar

Evaluasi keperawatan tanggal 30 november 2029

Subjektif : pasien tidak mengetahui tentang penyakitnya, pasien tampak memperhatikan saat diberikan penyuluhan.

Objektif : pasien tampak bisa menjawab 5 pertanyaan dengan benar

Analisa : masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning : hentikan intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut hasil CT Scan perdarahan terjadi di bagian temporalis kiri yang mempunyai beberapa tanda dan gejala menurut teori namun pada kasus tidak semua tanda dan gejala dimiliki oleh pasien salah satunya sebagai berikut :

Menurut Lemone, Burke, & Bauldoff (2016) dan Ariani (2014) tanda dan gejala penderita *stroke* akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, dan perubahan penilaian, sedangkan pada kasus tidak terjadi, hal ini dikarenakan pasien tidak memiliki gangguan pada lobus temporal serebri yang berfungsi sebagai menyimpan memori jangka pendek dan jangka Panjang. Hal ini dibuktikan saat pengkajian pasien dapat menjawab pertanyaan kesehatan keluarganya di masa lalu dan sekarang.

Menurut Doenges, Moorhouse, & Murr (2018) tanda dan gejala perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa, emosi labil, dan kesulitan mengekspresikan diri sendiri, sedangkan pada kasus tidak terjadi, hal ini dikarenakan pasien tidak gangguan pada bagian hipotalamus yang mengatur pusat emosi. Hal ini dibuktikan saat pengkajian tidak terjadi pada pasien, karena pasien mengatakan ini sudah terjadi dan mungkin saya disuruh untuk istirahat sejenak dari pekerjaan saya selama saya masih dirawat.

Menurut Doenges, Moorhouse, & Murr (2018) pasien dengan *stroke hemoragik* akan mengalami masalah dalam berbicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi, dan perilaku tidak tepat, sedangkan pada kasus hal ini tidak terjadi. Hal ini dikarenakan tidak terjadi gangguan pada lobus frontal yang berfungsi mengatur motorik dan bahasa mengalami gangguan

sehingga pasien akan mengalami ketidakmampuan dalam berbicara, berkomunikasi, dan sulit mengungkapkan pikiran. Hal ini dibuktikan dengan pasien mampu berkomunikasi secara baik walaupun keadaan mulut mencong ke arah kiri tetapi pasien masih bisa kooperatif saat perawat melakukan pengkajian.

Menurut Doenges, Moorhouse, & Murr (2018) tanda dan gejala pasien dengan *stroke hemoragik* akan mengalami masalah dalam pendengaran, sedangkan pada kasus hal ini tidak terjadi, hal ini dikarenakan tidak terjadi gangguan pada lobus temporal yang berfungsi sebagai pusat pendengaran. Hal ini dibuktikan pada saat pengkajian pasien dapat mendengar dengan baik.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pasien sangat terbuka dan kooperatif terkait penyakitnya, data rekam medis lengkap dan perawat ruangan sangat membantu penulis dalam mengumpulkan data, sehingga penulis dapat memperoleh data.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges, Moorhouse, & Murr (2018) diagnosa keperawatan yang dapat di angkat pada pasien dengan *Stroke Hemoragik* ada delapan diagnosa, namun tidak semua terdapat pada kasus. Diagnosa keperawatan yang terdapat dalam teori namun tidak pada kasus adalah sebagai berikut :

1. Mobilitas fisik, kerusakan berhubungan dengan keterlibatan neuromuskuler; kelemahan, parestesia; flaksid/paralisis hipotonik (awal); paralisis spastis.

Diagnosa ini tidak diangkat hal ini dikarenakan tidak terjadi gangguan pada sereblum yang fungsinya memelihara keseimbangan, peningkatan tonus otot, dan koordinasi dan perencanaan aktivitas otot volunter yang terlatih. Hal ini dibuktikan tidak ada tanda dan gejala untuk mengangkat diagnosa tersebut.

2. Komunikasi, kerusakan, verbal, dan/atau [tertulis] berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral; kerusakan neuromuskular, kehilangan tonus/kontrol otot fasial/oral; kelemahan.

Diagnosa ini tidak diangkat hal ini dikarenakan tidak terjadi gangguan pada pons di nervus fasialis yang berfungsi untuk saraf motorik otot-otot ekspresi wajah dan saraf sensorik reseptor pengecapan dua pertiga bagian anterior lidah. Hal ini dibuktikan tidak ada tanda dan gejala untuk mengangkat diagnosa tersebut.

3. Perubahan persepsi-sensori berhubungan dengan perubahan resepsi sensori, transmisi, integrasi (trauma neurologis atau defisit).

Diagnosa ini tidak diangkat hal ini dikarenakan tidak terjadi gangguan pada persepsi dan sensorik seperti gangguan pendengaran dan penglihatan, tidak memiliki kerusakan pada nervus vestibulokoklearis : pendengaran, nervus optikus : penglihatan, nervus okulomotorik : otot mata, nervus trochealis : otot mata, dan nerus abduksen : abduksi mata. Hal ini dibuktikan tidak ada tanda dan gejala untuk mengangkat diagnosa tersebut.

4. Kurang perawatan diri [uraikan] berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/koordinasi otot.

Diagnosa ini tidak diangkat hal ini dikarenakan tidak terjadi gangguan pada cerebrum yang terdapat di bagian lobus frontal yang berfungsi sebagai kemampuan gerak. Hal ini dibuktikan tidak ada tanda dan gejala untuk mengangkat diagnosa tersebut.

5. Harga diri, gangguan [uraikan] berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, perseptual kognitif.

Diagnosa ini tidak diangkat hal ini dikarenakan tidak terjadi gangguan pada cerebrum yang terdapat di bagian lobus frontal yang berfungsi sebagai kontrol perasaan. Hal ini dibuktikan tidak ada tanda dan gejala untuk mengangkat diagnosa tersebut.

6. Risiko tinggi terhadap kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler/perseptual.

Diagnosa ini tidak diangkat hal ini dikarenakan tidak terjadi gangguan pada medulla oblongata yang berada pada nervus vagus yang berfungsi untuk reflek menelan. Hal ini dibuktikan tidak ada tanda dan gejala untuk mengangkat diagnosa tersebut.

Diagnosa keperawatan yang terjadi pada kasus namun tidak ada dalam teori adalah sebagai berikut :

1. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan Hipertrofi ventrikular.

Diagnosa ini diangkat karena pasien memiliki risiko penurunan curah jantung hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan sakit kepala, tanda-tanda vital : TD : 140/90, *frekuensi* nadi : 101 x/menit, *frekuensi* pernafasan 22 x/menit, MAP : 106 mmHg, dan hasil Pemeriksaan EKG **Interpretation** : normal sinus rhythm, possible left atrial enlargement, left anterior fascicular blok, left ventricular hypertrophy with, repolarization abnormality, non specific ST abnormality, prolonged QT, abnormal ECG.

2. Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskular serebral.
Diagnosa ini diangkat karena pasien mengalami nyeri hal ini dibuktikan dengan karakteristik nyeri P : peningkatan tekanan darah, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, S : pasien mengatakan nyeri skala 5, T : pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, Tekanan Darah : 140/90 mmHg, *frekuensi* nadi: 101 x/menit, dan *frekuensi* nafas: 22 x/menit.

Faktor pendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan adalah pasien dan keluarga sangat kooperatif sehingga dapat mengumpulkan data-data dengan komprehensif yang dapat membantu untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

Faktor penghambat pada ada saat menentukan diagnosa keperawatan, penulis mengalami kendala untuk menegakkan diagnosa yaitu sulit untuk berkolaborasi dengan perawat ruangan. Perawat ruangan hanya menegakkan satu diagnosa keperawatan yaitu gangguan perfusi jaringan, sedangkan yang terjadi pada pasien ada lima yaitu gangguan perfusi jaringan, risiko penurunan curah jantung, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan yang juga perlu untuk dilakukan pemantauan untuk mencegah komplikasi yang lebih lanjut.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan vasospasme serebral, berdasarkan hasil Pemeriksaan MSCT Scan **Kesan** : subdural hematoma di regio temporalis kiri berbentuk lentiformis disertai subarachnoid hematoma pada fisula sylvii kiri dengan volume +/- 22cc, infark lama di periventrikel lateralis kornu anterior.

Berdasarkan kebutuhan Maslow yang paling utama adalah kebutuhan oksigen maka dari itu penulis menetapkan prioritas keperawatan perfusi jaringan serebral. Hal ini dikarenakan adanya hambatan aliran ke jaringan serebral yang bisa membuat aliran oksigen terhambat jika hal ini tidak di jadikan prioritas pasien bisa mengalami kekurangan oksigen ke dalam sel-sel jaringan otak dan dapat menyebabkan penurunan kesadaran bahkan kematian.

Pada tujuan dari setiap intervensi terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, dimana pada kasus dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak memiliki keterbatasan waktu. Sedangkan, pada kasus penulis di beri keterbatasan waktu. Sedangkan, pada kasus penulis di beri batasan waktu selama tiga hari dan selama 3x24 jam.

Rencana keperawatan yang terdapat di teori tetapi tidak terdapat di kasus yaitu :

1. Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hemoragik temporalis kiri.

Mandiri

- a. Tentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan keadaan/penyebab khusus selama koma/penurunan perfusi serebral dan potensi terjadinya peningkatan TIK. Tindakan ini tidak direncanakan karena pasien pada pusat kesadaran pada batang otak yang berfungsi sebagai pusat kesadaran masih berfungsi dengan baik.
- b. Catat perubahan dalam penglihatan, seperti adanya kebutaan, gangguan lapang pandang/kedalaman persepsi. Tindakan ini tidak direncanakan karena pada nervus optik tidak mengalami gangguan dan masih berfungsi dengan baik
- c. Kaji fungsi-fungsi yang lebih tinggi, seperti fungsi bicara jika pasien sadar (rujuk pada DK: komunikasi, kerusakan: verbal). Tindakan ini tidak direncanakan karena pada nervus fasialis tidak mengalami gangguan dan masih berfungsi dengan baik.
- d. Manuver valsava. Tindakan ini tidak direncanakan dikarenakan tidak ada tanda-tanda yang dapat meningkatkan TIK dan memperbesar risiko terjadinya perdarahan

Adapun rencana yang dilakukan tetapi tidak ada di teori yaitu :

2. Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hemoragik temporalis kiri.

Mandiri

- a. Anjurkan Teknik relaksasi nafas dalam. Tindakan ini diberikan untuk menurunkan intensitas nyeri pada bagian kepala.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat. Pelaksanaan keperawatan pada pasien Tn. B dilakukan selama 3 hari yaitu tanggal 28 November 2019 sampai dengan 01 Desember 2019. Pelaksanaan berjalan dengan baik dikarenakan pasien bersifat kooperatif dalam perawat melakukan tindakan.

Selama 3 x 24 jam ada beberapa tindakan yang di hentikan

1. Anjarkan teknik relaksasi nafas dalam

Hal ini dikarenakan pasien sudah dapat melakukan relaksasi nafas dalam dengan baik dan benar.

2. Terapi oksigen

Hal ini dikarenakan sudah tidak ada tanda-tanda TIK yang dapat membuat terganggunya oksigen ke otak.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu adanya bantuan dari perawat ruangan sehingga dapat terlaksananya implementasi sesuai dengan yang direncanakan dan sikap pasien yang kooperatif

Faktor penghabat penulis dalam melakukan pelaksanaan adanya keterbatasan waktu yang tersedia sehingga penulis tidak dapat melaksanakan selama 24 jam dikarenakan penulis berkerja secara shift.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan pada Tn. B penulis berpacu pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuay berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi yang dilakukan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lain yang dilakukan selama tiga hari yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuat :

1. Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan vasospasme serebral, tujuannya setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam gangguan

- perfusi jaringan kembali efektif. Masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian. Hal ini dikarenakan keluhan masih merasakan nyeri di kepala dan tekanan darah pasien belum stabil masih naik turun terakhir pemeriksaan tekanan darah pasien 125/90 mmHg.
2. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas, tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan penurunan curah jantung tidak terjadi. Masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.. Hal ini dikarenakan keluhan masih merasakan nyeri dibagian kepala, tekanan darah pasien belum stabil masih naik turun terakhir pemeriksaan tekanan darah pasien 125/90 mmHg, MAP masih dalam batas abnormal 101 mmHg.
 3. Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskular serebral, tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang. Masalah telah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian. Hal ini dikarenakan pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk, pasien mengatakan nyeri seperti kesemutan, pasien mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dan kepala pusing, pasien mengatakan nyeri skala 2, pasien mengatakan nyeri saat akan bergerak/duduk dan tanda-tanda vital : *frekuensi* nadi 102 x/menit dan *frekuensi* pernafasan 23 x/menit,
 4. Kurang pengetahuan mengenai kondisi dan pengobatan berhubungan dengan kurang pemajanan, tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan pemeliharaan kesehatan kembali efektif. Masalah teratasi. Hal ini dikarena pasien sudah mengetahui tentang penyakitnya hal ini dibuktikan dari pasien dapat menjawab pertanyaan 5 dari 5 pertanyaan post test.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan yaitu adanya bantuan dari perawat ruangan sehingga dapat melakukan evaluasi selama 24 jam

Faktor penghabat penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan penulis tidak dapat melaksanakan selama 24 jam dikarenakan penulis berkerja secara shift.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada bagian *intracerebral* dan *subaraknoid*. Hal dapat terjadi karena tingginya tekanan darah yang mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbullah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian. Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah *CT-Scan* untuk melihat bagian perdarahan dan berapa banyak terjadinya perdarahannya.

Diagnosa yang dapat diangkat pada pasien dengan *stroke hemoragik* ada 4 yaitu perfusi jaringan serebral, risiko penurunan curah jantung, nyeri akut, kurang pengetahuan mengenai kondisi dan pengobatan. Namun diagnosa yang menjadi prioritas yaitu perfusi jaringan serebral dikarenakan menurut kebutuhan maslow yang paling utama adalah oksigenasi pada pasien mengalami pecahnya pembuluh darah yang dapat menyebabkan gangguan aliran darah ke otak sehingga otak bisa tidak mendapatkan oksigen dan sel-sel otak akan mati.

Rencana yang perlu diperhatikan dengan *stroke hemoragik* yaitu observasi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi), monitor peningkatan TIK, dan tindakan kolaborasi pemberian obat antihipertensi untuk menurunkan tekanan darah.

Pelaksanaan perawat yang perlu ditekankan pada pasien *stroke hemoragik* yaitu mengatasi perubahan perfusi jaringan serebral. Tindakan yang akan dilakukan yaitu memonitor peningkatan TIK, memonitor tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi).

Evaluasi dilakukan pada akhir proses implementasi dan evaluasi akhir pelaksanaan. Evaluasi didapatkan dari perbandingan antara kriteria hasil dengan hasil yang didapatkan dari pelaksanaan dan implementasi. Evaluasi yang perlu ditekankan yaitu perfusi jaringan serebral kembali efektif.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi petugas kesehatan perawat

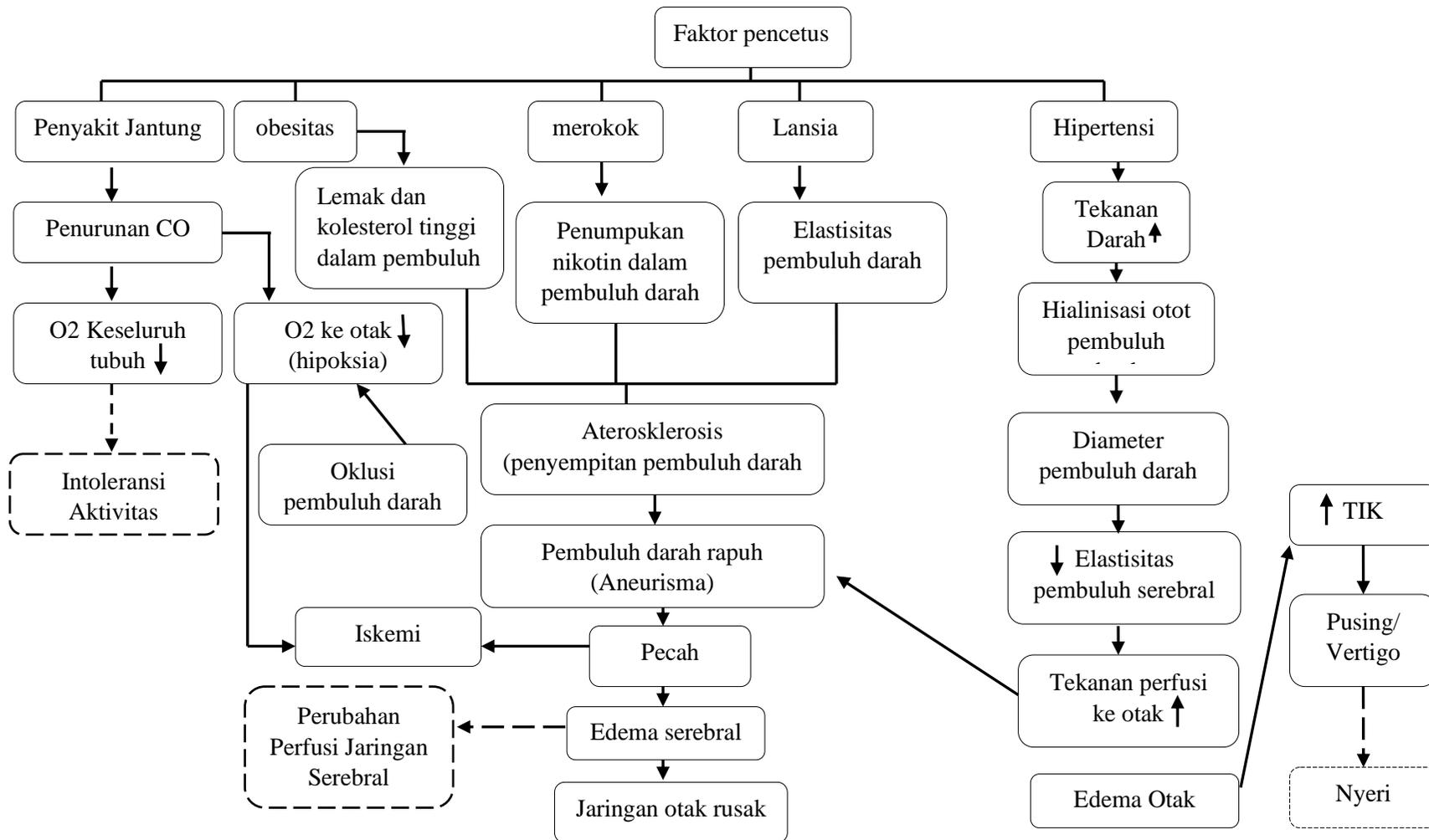
Dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *stroke hemoragik* dalam melakukan pengkajian keperawatan harus benar-benar diperhatikan dalam peningkatan TIK dan control volunter terhadap gerakan motorik. Selain itu, penulis juga menyarankan dalam pendokumentasian setelah tindakan ditulis dengan rapih, jelas, dan lengkap agar setiap tim medis lainnya dapat membaca dengan benar dan tidak menimbulkan ke ambiguan yang membuat persepsi yang salah bagi tim kesehatan lain yang membacanya.

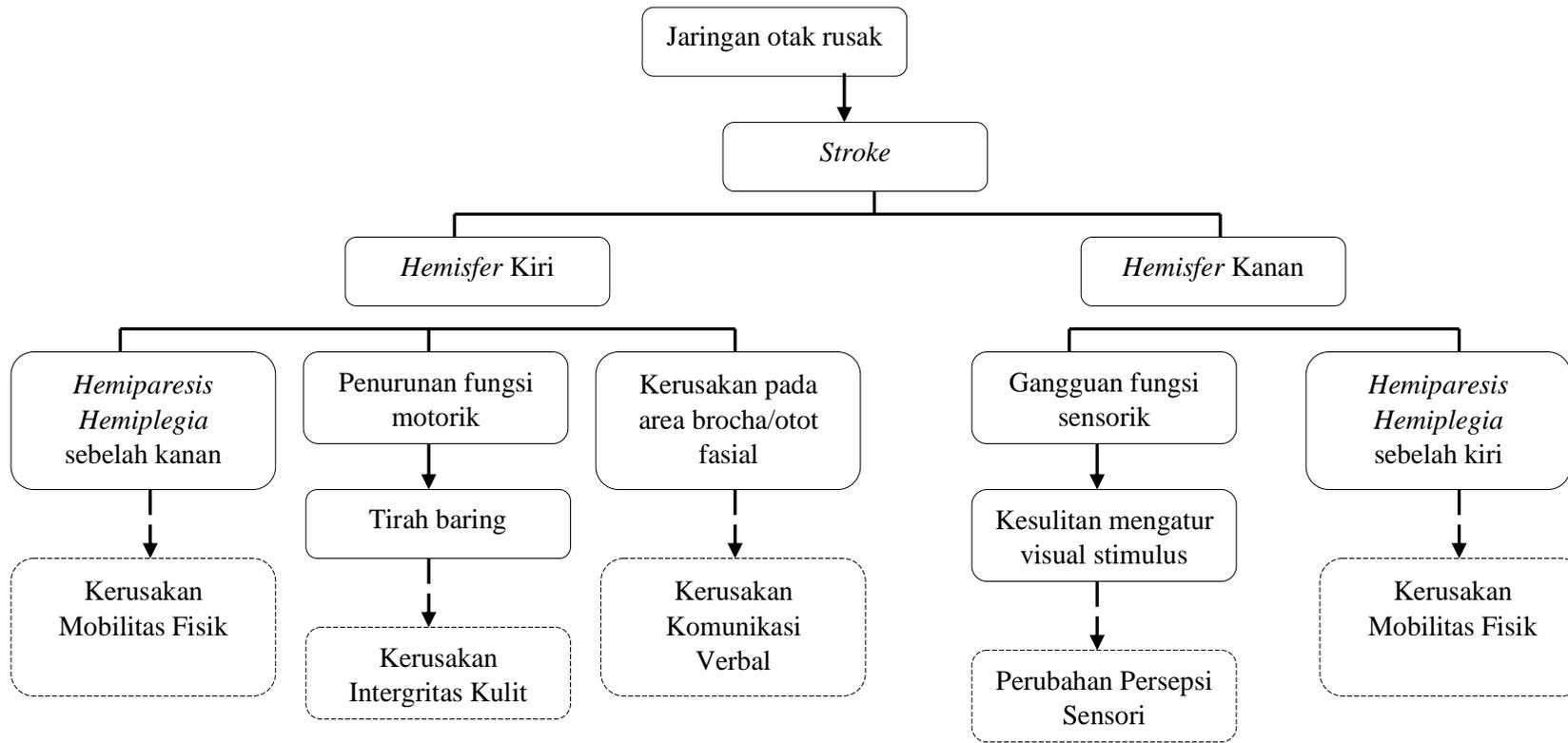
DAFTAR PUSTAKA

- Aminah, D., Krisnawati, & Bachrudin, M. (2009). PENGARUH HIPERTENSI TERHADAP KEJADIAN STROKE. *Keperawatan*, 1.
- Ariani, T. A. (2014). *Sistem Neurobehavior*. Jakarta: Salemba Medik.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2018). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Haryono, R., & Utami, M. P. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Indonesia, K. K. (2019, Desember Kamis). 166. Diambil kembali dari Riskesdas.
- Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Neurologi*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundramental Keperawatan*. Singapore: Elsevier.
- Safiri, R. (2012). Ketidakefektifan Perpusi Jaringan Cerebral. *Ilmu Kesehatan UMP*, 5.
- Satyanegara. (2018). *Ilmu Bedah Saraf Edisi VI*. Jakarta: PT. Sinar surya megah perkasa.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- (WHO), W. H. (2019, Desember Kamis). Diambil kembali dari https://www.who.int/diseases/#tab=tab_1

LAMPIRAN

Pathway Stroke Hemoragik





Sumber : (Safitri, 2012)

SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP)

Diagnosa Keperawatan : Kurang pengetahuan mengenai kondisi dan pengobatan berhubungan dengan Kurang motivasi dalam gaya hidup.

Topik : pendidikan kesehatan tentang *Stroke Hemoagik*

Sasaran : Tn. B

Tanggal / Waktu : 30 November 2020, Pukul 13.00 – 13.30WIB

Tempat : Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga

TIU	TIK	Materi	Kegiatan Belajar Mengajar		Metode	Alat Peraga	Evaluasi
			Mahasiswa	Tn. B			
Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x30 menit, peserta diharapkan Tn. B dapat mengetahui tentang penyakitnya	Setelah diberikan penyuluhan selama 1x30 menit di harapkan : 1. Tn. B mampu mengetahui tentang penyakitnya 2. Tn. B mampu mengetahui tanda dan gejala <i>stroke</i>	1. Penegrtian dari <i>stroke hemoragik</i> 2. Tanda dan gejala <i>stroke hemoragik</i> 3. Penyebab <i>stroke hemoragik</i> 4. Komplikasi <i>stroke hemoragik</i> 5. Penangana	Pembukaan (5 menit) 1. Salam 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu 4. Penjelasan tujuan Penyuluhan (15 menit) 1. Pengertian dari <i>stroke</i>	Menjawab salam Menyetujui Memperhatikan	1. Diskusi 2. Tanya jawab	1. <i>Leaflet</i> 2. Lembar balik	1. Penegrtian dari <i>stroke hemoragik</i> 2. Tanda dan gejala <i>stroke hemoragik</i> 3. Penyebab <i>stroke hemoragik</i> 4. Komplikasi <i>stroke hemoragik</i> 5. Penanganan

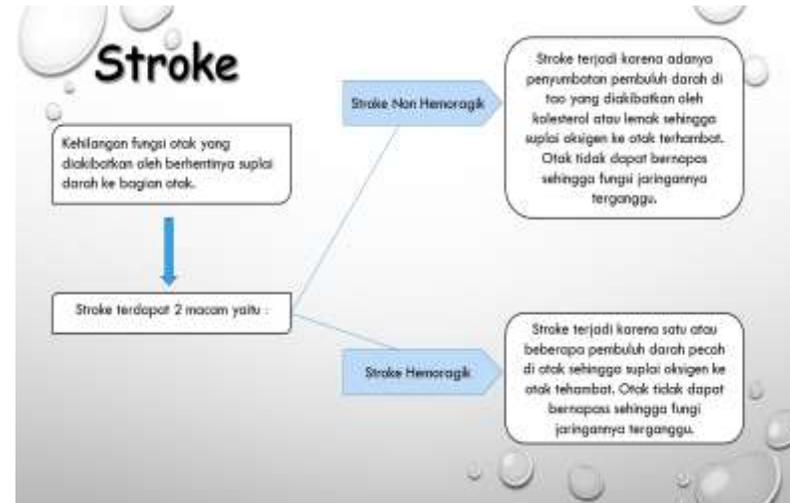


Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

World Stroke Day

INGAT! Stroke

Segera
Terapi dan
Rehabilitasi
Otak
Kendalikan
Emosi



GEJALA DAN TANDA-TANDA STROKE

Ingat Slogan **SeGeRa Ke RS**

- S**enyum tidak simetris (mencong ke satu sisi), terbalak, sulit menahan air minum secara tiba-tiba
- G**erak separuh anggota tubuh melahap tiba-tiba
- B**icara pelo / tiba-tiba tidak dapat bicara / tidak mengerti kata-kata / bicara tidak nyambung
- K**ebar atau baal, atau kesemutan separuh tubuh
- R**abun, pandangan satu mata kabur, terjadi tiba-tiba
- S**akit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, gangguan fungsi keseimbangan, seperti teras berputar, gerakan sulit dikendalikan (tremor / gemetar, sempoyongan)

Se Ge Ra Ke R S

Gejala tambahan lain, pingtan

www.stipm-kemkg.ac.id @stipm-kemkg.ac.id

FAKTOR RISIKO STROKE

YANG TIDAK DAPAT DIUBAH

- UMUR: Diatas 55-tahun
- JENIS KELAMIN: Pria
- RAS TERTENTU
- GENETIK: Riwayat stroke keluarga

YANG DAPAT DIUBAH

- Hipertensi
- Diabetes Mellitus
- Obesitas
- Dislipidemia
- Fibrilasi Atrium
- Pasca Stroke
- Stenosis arteri karotis
- Hiperfibrinogenemia
- Penyakit jantung lainnya
- Sickle cell anemia
- Hiperhomosisteinemia
- Kurang aktifitas fisik
- Penyalahgunaan obat
- Stress mental fisik
- Pemakaian kontrasepsi hormonal
- Migrain
- Merokok, konsumsi alkohol

Sumber: Kementerian Kesehatan, Indonesia / The World Bank / American Heart Association

Jatimnet.com

World Stroke Day

BAHAYA STROKE 1

<p>Kematian</p> <p>Kematian merupakan akibat dan bahaya terbesar dari penderita stroke. Kematian dapat disebabkan Stroke hemoragik (perdarahan) maupun non hemoragik (bukan perdarahan) yaitu kondisi dimana pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah.</p>	<p>Koma</p> <p>Koma akibat Stroke yaitu situasi darurat medis ketika seseorang mengalami gangguan kesadaran dalam jangka waktu tertentu karena memuramnya akibatnya dalam otak.</p>	<p>Kelumpuhan</p> <p>Kelumpuhan akibat Stroke dapat terjadi pada sistem anggota tubuh terutama anggota gerak seperti tangan, kaki dan anggota gerak lainnya yang tidak bisa melakukan gerak lagi/ tidak berfungsi seperti biasanya.</p>
<p>Kerusakan jaringan saraf</p> <p>Stroke juga dapat mengakibatkan rusaknya jaringan saraf pada tubuh sehingga anggota penting dalam tubuh tidak bisa berfungsi lagi dengan baik. Otak tidak bisa sinkron dengan anggota tubuh lainnya dalam bekerja.</p>	<p>Sulit Berbicara</p> <p>Sulit berbicara merupakan gangguan yang terjadi akibat adanya stroke yang menyebabkan serakikan pada area bicara di otak (area Broca). Gangguan bicara serakik dengan gejala bicara yang tidak teratur, pedas serta susah dalam mengucapkan kata-kata.</p>	<p>Penglihatan Kabur</p> <p>Stroke dapat mengakibatkan bagian saraf di otak yang menuju ke penglihatan terganggu sehingga pandangan menjadi kabur dan tidak jelas lagi. Jika dibiarkan berakibat pada kebutaan atau tidak bisa melihat lagi karena fungsi penglihatannya benar-benar telah rusak.</p>

www.p2ptm.kemkes.go.id | @p2ptm.kemkes.go.id

World Stroke Day

BAHAYA STROKE 2

<p>Gangguan Kognitif</p> <p>Gangguan kognitif akan terjadi akibat sel saraf di dalam otak sudah tidak lagi bekerja secara normal karena Stroke. Orang yang terkena Stroke akan mengalami keluputan dalam berpikir/ kesulitan berkonsentrasi.</p>	<p>Kaki dan Tangan Lemah</p> <p>Lemahnya anggota gerak pada kaki dan tangan seperti kesulitan berjalan, memegang benda merupakan salah satu akibat dari Stroke.</p>	<p>Kehilangan Keseimbangan</p> <p>Stroke dapat mengakibatkan ketidakseimbangan pada salah satu anggota gerak tubuh maka waspadalah karena mungkin tersebut Stroke. Kondisi ini dapat menetap bila tidak ditangani segera.</p>
<p>Wajah Terlihat Tidak simetris</p> <p>Otak wajah dikendalikan oleh otak sehingga penderita Stroke akan mengalami gangguan gerak pada wajah dan bisa tidak ditangani dengan segera maka mengakibatkan otak wajah menjadi tidak simetris secara permanen/ menetap.</p>	<p>Cegukan dan Sesak Nafas</p> <p>Penderita Stroke sering mengalami cegukan dan sesak nafas yang tidak wajar dengan tiba-tiba dan dalam waktu lama. Hal ini terjadi akibat komplikasi Stroke yang mengenai saraf pernapasan. Apabila tidak ditangani dengan segera akan berakibat fatal.</p>	

www.p2ptm.kemkes.go.id | @p2ptm.kemkes.go.id

World Stroke Day

REHABILITASI STROKE

Penanganan penderita pasca Stroke dapat dilakukan dengan cara :

Anjuran bagi penderita Stroke :

1. Latihan memperbaiki keseimbangan.
2. Latihan mengenakan sepatu yang lebar, tidak sempit dan tidak licin.
3. Bantu anjuran dokter tentang batasan, kebutuhan, dan alat bantu untuk berjalan yang sesuai.
4. Perkuat pemakatan obat tertentu yang dapat menyebabkan kantuk.
5. Bila masih ada gangguan keseimbangan, hindari berjalan seperti tidak jatuh dan segera atau didampingi keluarga bila perlu.

Aman di Rumah

Buat jalur yang jelas untuk ke kamar, kamar tidur dan kamar mandi.
Pasang karpet/matras di lantai tidur.
Lantai dan tangga tidak boleh licin, tidak berkarpet atau rekatan karpet dengan pernak.
Pasang pegangan tangan untuk naik/turun tangga, toilet dan shower.
Jarak tempat tidur ke lantai tidak boleh terlalu tinggi.
Gunakan alat punggung yang lembut dengan gagang panjang.
Pasang banjaran karet yang melingkari di lantai dekat bak mandi atau shower.

www.p2ptm.kemkes.go.id | @p2ptm.kemkes.go.id

#WorldStrokeDay

BAHAYA STROKE 1

<p>Kematian</p> <p>Stroke merupakan alasan dari kematian tertinggi di Indonesia. Stroke merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Stroke dapat dicegah dengan menjaga pola hidup yang sehat, yaitu dengan menjaga tekanan darah, kolesterol, gula darah, dan merokok.</p>	<p>Koma</p> <p>Stroke adalah Stroke yang dapat menimbulkan kecacatan permanen yang dapat mengakibatkan koma. Koma adalah keadaan dimana orang yang mengalami stroke tidak dapat bangun dan tidak dapat berbicara.</p>	<p>Kelumpuhan</p> <p>Stroke adalah Stroke yang dapat menimbulkan kecacatan permanen yang dapat mengakibatkan kelumpuhan. Kelumpuhan adalah keadaan dimana orang yang mengalami stroke tidak dapat bergerak.</p>
<p>Kerusakan jaringan saraf</p> <p>Stroke juga dapat menyebabkan kerusakan jaringan saraf yang dapat mengakibatkan kelumpuhan. Stroke juga dapat mengakibatkan kerusakan jaringan saraf yang dapat mengakibatkan kelumpuhan.</p>	<p>Sulit Berbicara</p> <p>Stroke adalah Stroke yang dapat menimbulkan kecacatan permanen yang dapat mengakibatkan sulit berbicara. Sulit berbicara adalah keadaan dimana orang yang mengalami stroke tidak dapat berbicara.</p>	<p>Penglihatan Kabur</p> <p>Stroke dapat menyebabkan penglihatan kabur di satu sisi yang mungkin merupakan tanda awal stroke. Penglihatan kabur di satu sisi yang mungkin merupakan tanda awal stroke.</p>

#WorldStrokeDay

BAHAYA STROKE 2

<p>Gangguan Kognitif</p> <p>Stroke dapat mengakibatkan gangguan kognitif yang dapat mengakibatkan gangguan kognitif. Gangguan kognitif adalah keadaan dimana orang yang mengalami stroke tidak dapat berfikir dengan baik.</p>	<p>Kaki dan Tangan Lemah</p> <p>Stroke dapat mengakibatkan kaki dan tangan lemah. Kaki dan tangan lemah adalah keadaan dimana orang yang mengalami stroke tidak dapat bergerak dengan baik.</p>	<p>Ketegangan Asimtotik</p> <p>Stroke dapat mengakibatkan ketegangan asimtotik yang dapat mengakibatkan ketegangan asimtotik. Ketegangan asimtotik adalah keadaan dimana orang yang mengalami stroke tidak dapat bergerak dengan baik.</p>
<p>Wajah Terlihat Tidak Simetris</p> <p>Stroke dapat mengakibatkan wajah terlihat tidak simetris. Wajah terlihat tidak simetris adalah keadaan dimana orang yang mengalami stroke tidak dapat bergerak dengan baik.</p>	<p>Cegukan dan Sesak Napas</p> <p>Stroke dapat mengakibatkan cegukan dan sesak napas. Cegukan dan sesak napas adalah keadaan dimana orang yang mengalami stroke tidak dapat bergerak dengan baik.</p>	

#WorldStrokeDay

REHABILITASI STROKE

Perawatan penderita pasca Stroke dapat dilakukan dengan cara :

Anjuran bagi penderita Stroke :

1. Lakukan olahraga teratur baik di rumah maupun di luar rumah.
2. Lakukan kegiatan motorik yang teratur, baik di rumah maupun di luar rumah.
3. Beri asupan diet yang teratur, baik di rumah maupun di luar rumah.
4. Perhatikan perubahan mood karena yang dapat mempengaruhi mood.
5. Bila masih ada program kesehatan, ikuti kegiatan yang teratur baik di rumah maupun di luar rumah.

Aman di Rumah

Buatlah jalur yang aman untuk berjalan di rumah. Buatlah jalur yang aman untuk berjalan di rumah.

Gunakan alat bantu berjalan yang aman. Gunakan alat bantu berjalan yang aman.

Gunakan alat bantu berjalan yang aman. Gunakan alat bantu berjalan yang aman.

INGAT! Stroke

S Segera
T Terapi dan
R Rehabilitasi
O Otak
K Kendalikan faktor risiko dan
E Emosi

Oleh : Irma Djuwandi

Stroke

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak.

Stroke terdapat 2 macam yaitu :

1. Stroke Non Hemoragik

Stroke terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah di otak yang diakibatkan oleh kolesterol atau lemak sehingga suplai oksigen ke otak terhambat. Otak tidak dapat berfungsi sehingga fungsi otak terganggu.

1. Stroke Hemoragik

Stroke terjadi karena ada ada beberapa pembuluh darah pecah di otak sehingga suplai oksigen ke otak terhambat. Otak tidak dapat berfungsi sehingga fungsi otak terganggu.

GEJALA DAN TANDA-TANDA STROKE

Ingat Slogan
SeGeRa Ke RS

1. Lemah atau tidak bergerak di satu sisi tubuh.

2. Gangguan bicara, seperti kebingungan atau kesulitan berbicara.

3. Muka, tangan, atau kaki sebelah kiri atau kanan meleset.

4. Pandangan kabur atau mendadak hilang.

5. Hilang kesadaran atau pingsan.

6. Sakit kepala hebat yang mendadak dan berbeda dengan biasanya.

Se Ge Ra Ke R S

Segera tanyakan tim ppgan

FAKTOR RISIKO STROKE

YANG TIDAK DAPAT DIUBAH

- UMUR: Di atas 55 tahun
- JENIS KELAMIN: Pria
- RAS TERTENTU
- GENETIK: Riwayat stroke keluarga

YANG DAPAT DIUBAH

- Hipertensi
- Diabetes Mellitus
- Cholesterol
- Dyslipidemia
- Merokok aktif
- Factor Stroke
- Stroke after heart
- Hiperhomosistena
- Penyakit jantung lainnya
- Sakit coll arteria
- Hiperhomosistena
- Kurang aktifitas fisik
- Perubahan gaya hidup
- Stroke mental fisik
- Perawatan kesehatan terminal
- Stroke recovery
- Miyas
- Hindari, konsumsi alkohol

Sumber: Kementerian Kesehatan, Centers for Disease Control and Prevention

jarimnet.com