



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. P DENGAN
STROKE HEMORAGI DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH :
RIZQIANI DWI LESTARI
201701013**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. P DENGAN
STROKE HEMORAGI DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH :
RIZQIANI DWI LESTARI
201701013**

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

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap : Rizqiani Dwi Lestari

NIM : 201701013

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi
DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. P dengan Stroke Hemoragi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020 adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Bekasi, 13 Mei 2020



Rizqiani Dwi Lestari

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. P dengan Stroke Hemoragi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 28 Mei 2020

Pembimbing Makalah



(Ns.Latriyanti, S.Kep.,M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Strudi 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 Tn. P dengan Stroke Hemoragi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Rizqiani Dwi Lestari (201701013) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 9 Juni 2020

Bekasi, 09 Juni 2020

Penguji I



(R. Yeni Mauliawati, SKp,M.Kep)

Penguji II



(Ns.Lastriyanti, S.Kep.,M.Kep)

Nama mahasiswa : Rizqiani Dwi Lestari
NIM : 201701013
Program Studi : D III Nursing
Judul karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Tn. P dengan Stroke Hemoragi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman : xiv + 91 halaman + 1 tabel + 4 lampiran
Pembimbing : Lastriyanti

ABSTRAK

Latar Belakang :

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadinya gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2012). Sekitar 15 juta orang menderita stroke yang pertama kali setiap tahunnya. Di Indonesia sekitar 713.783 orang yang terdiagnosis stroke.

Tujuan Umum :

Laporan kasus ini bertujuan untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragi melalui proses pendekatan proses asuhan keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan :

Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan studi kasus, kepustakaan, dan deskriptif dengan menggunakan data-data yang sudah didapat secara fakta.

Hasil :

Hasil dari pengkajian didapatkan sembilan diagnosa keperawatan yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan perdarahan di basal ganglia paraventricle lateralis kiri, ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan disfungsi pankreas, risiko defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan reflek menelan, risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (ketidakbiasaan merawat pasien stroke). Intervensi pada diagnosa prioritas perfusi serebral tidak efektif adalah kaji tingkat kesadaran dan respon pupil/8jam, observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi)/8jam, atur posisi kepala head up 75°, berikan brainact 2x500mg (NGT), arcalion 1x200mg (NGT), biopres 1x16mg (jika perlu) (NGT), berikan amlodipine 1x5mg (jika perlu) (NGT). Setelah dilakukan evaluasi didapatkan bahwa masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai dengan data keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor E2 V1 M2, TD 130/91mmHg, N 85x/menit (Nadi kuat)

Kesimpulan dan saran :

Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragi perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu perfusi jaringan tidak efektif supaya tidak terjadi komplikasi. Saran perawat dapat mengobservasi tingkat kesadaran dan hemodinamik pada pasien stroke hemoragi.

Keyword : asuhan keperawatan, Stroke hemoragi

Daftar pustaka : 12 (2012-2019)

Name : Rizqiani Dwi Lestari
Student ID number : 201701013
Majors : Diploma III - Nursing
The Tittle of Scientific Paper : Nursing Care to Tn. P with Stroke
Hemorrhagic at Mawar Room in Mitra
Keluarga West Bekasi Hospital
Pages : xiv+ 91 pages + 1 tabel + 4 attachment
Supervisor : Lastriyanti

ABSTRACT

Background :

Stroke is a condition when the blood supply to part of your brain is interrupted it may make the brain cells start to die and damage may start occur which make people suffering in paralysis or death (Batticaca, 2012). There are 15 million who suffer from stroke in each year. In Indonesia, there are 713.783 people who diagnosed stroke.

Main objective:

The purpose of this case report is to obtain the realistic illustration of performing nursing process on patient with hemorrhagic stroke through a comprehensive nursing process.

Method in writing:

This case report is using descriptive method, case study, literatur and using some data that has been obtained in facts.

Results :

After taking some meetings of nursing process, there are nine of nurses diagnoses namely ineffective cerebral tissue perfussion within haemorrhagic in basal ganglia paraventricle lateralis sinistra, ineffective clearence airway related to increasing sputum production, imbalance glucosa in blood related to pankreas disorder, risk for deficit nutrition related to swallowiing refleks dissorder, risk for infection related to immunosupresi, mobility physic dissorder related to neuromuscular dissorde, self care deficit related to neuromuscular deficit, knowledge deficit related to deficit of exposure to information (incapable taking care of stroke patient). The interventions of priority diagnosis called ineffectiveness cerebral perfusione are assessing the level of awereness and pupillary response every 8 hours, observing vital sign every 8 hours, positioning head up (75°) , giving some drugs; Brainact 2x500mg (NGT), arclion 1x200 mg (NGT), biopres 1x16mg (if needed) (NGT), and give amlodipine 1x5 mg (if needed) (NGT). The evaluation is acquired that problem has not been resolved, the goal has not been reached with data on the general condition of severe illness, awareness of sopor E2 V1 M2, blood pressure 130/91 mmHg, pulse 85x/min.

Conclusion and suggestion:

Nurse care in patient with stroke haemorrhagic condition requires pay attention to nurse problem. That is tissue perfusion is not efective in order to there is no complication. Nurse suggests that condition can be observe from awareness level and hemodinamic in patient with strokre haemorrhagic

Keyword : Nursing Care, Stroke Haemorrhagic

Bibliography : 12 (2012-2019)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kami sehingga penulis berhasil menyelesaikan makalah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. P dengan Stroke Hemoragi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan Makalah Ilmiah ini penulis menemukan banyak kesulitan, akan tetapi berkat adanya bantuan, dukungan, bimbingan dari berbagai pihak, makalah ini dapat terselesaikan dengan baik. Kemudian dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih, kepada:

1. Ns.Lastriyanti, S.Kep.,M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penyusunan makalah ilmiah ini sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini.
2. Ns. R. Yeni Mauliawati, SKp.,M.Kep selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis.
3. Susi Hartati S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku koordinator program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
5. Ns. Aprillia Veranita selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan semangat, motivasi, serta kritik yang sangat membangun untuk penulis selama penulisan makalah ilmiah ini,
6. Seluruh staf akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan makalah ilmiah ini.
7. Kepala ruangan, *clinical mentor*, dan perawat ruangan di Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat .
8. Keluarga Tn. P yang telah menerima penulis dengan besar hati dan bekerja sama dalam memberikan informasi kepada penulis selama proses kepeawatan.

9. Ayah tercinta Sunadi, kakak tercinta Rizqo Adiyanti Savitri, adik tercinta Muhammad Teguh Firmansyah yang selalu hadir memberi semangat, motivasi, dukungan moril, dan materiil, dan doa yang tidak ada henti-hentinya untuk penulis.
10. MoodbosterQ : Sakhnur Ramadhani yang selalu memberikan semangat penulis dalam penulisan makalah ilmiah ini.
11. The Babs : Aghis Nufadillah yang telah memberikan semangat dan bagian dari keluarga penulis.
12. Teman tercinta : Elisabet Niken dan Yuni Hermalia yang telah memberikan semangat dalam penulisan makalah ilmiah ini.
13. Teman-teman KTI satu pembimbing : Arieksa Afiani, Sifa Aulia, Yulia Ambar Wati, Anggi Sri Kurniawati.
14. Teman-teman DIII Keperawatan angkatan ke 7 yang memberikan dukungan, semangat, dan motivasi selama perkuliahan dan penyusunan makalah ilmiah ini.
15. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan semangat penulis.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari isi makalah maupun penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis dengan kebesaran hati penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan makalah ini. Akhir kata penulis mengharapkan semoga makalah ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Tn. P dengan Stroke Hemoragi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Bekasi, 28 Mei2020



Rizqiani Dwi Lestari

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
1. Tujuan Umum.....	2
2. Tujuan Khusus.....	2
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Metode Penulisan.....	3
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. Definisi.....	5
B. Etiologi.....	5
C. Patosiologi.....	9
1. Proses perjalanan penyakit	9
2. Manifestasi klinik	11
3. Klasifikasi.....	12
4. Komplikasi	15
D. Penatalaksanaan Medis	16
E. Pengkajian Keperawatan.....	18
F. Diagnosa Keperawatan	22
G. Perencanaan Keperawatan	23

H. Pelaksanaan Keperawatan.....	39
I. Evaluasi Keperawatan.....	39
BAB III TINJAUAN KASUS.....	40
A. Pengkajian Keperawatan.....	40
B. Diagnosa Keperawatan	55
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	55
BAB IV PEMBAHASAN.....	79
A. Pengkajian Keperawatan.....	79
B. Diagnosa Keperawatan	81
C. Perencanaan Keperawatan	83
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	85
E. Evaluasi Keperawatan.....	86
BAB V PENUTUP	89
A. Kesimpulan	89
B. Saran	90
Daftar Pustaka	91
LAMPIRAN.....	93

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa data.....	53
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram

Lampiran 2 : Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 3 : Booklet

Lampiran 4 : Leaflet

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di era modern ini banyak masyarakat yang menunjukkan perubahan gaya hidup. Perubahan gaya hidup yang tidak sehat dapat menimbulkan masalah dalam kesehatan seperti kurangnya olahraga, mengonsumsi alkohol berlebihan mengonsumsi makanan cepat saji yang tinggi lemak dan kolesterol yang akan menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat, berakibat otak kekurangan oksigen pada terjadilah stroke. Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadinya gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2012).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2016) dalam (Pargulatan, dkk, 2019) stroke merupakan penyebab kedua kematian didunia. Sekitar 15 juta orang menderita stroke yang pertama kali setiap tahunnya, dengan sepertiga dari kasus atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan, 3,1 juta laki-laki). Menurut *American Heart Association* (AHA 2019) negara yang memiliki tingkat kematian akibat stroke tertinggi adalah Eropa Timur, Asia Timur, dan sebagian Asia Tenggara, Asia Tengah dan Afrika sub-sahara. Menurut data Risesdas (2018) prevalensi stroke di Indonesia sebesar 10,9% atau sebanyak 713.783 orang yang terdiagnosis stroke, dengan angka kejadian tertinggi pada provinsi Jawa Barat ditemukan 131.846 orang. Menurut data rekam medis di rumah sakit swasta dalam satu tahun terakhir didapatkan 61 orang yang mengalami stroke hemoragi diantaranya 38 (62,3%) laki-laki dan 23 perempuan (37,7%).

Dari data diatas apabila masalah tidak segera ditangani dapat mengakibatkan perdarahan, edema serebral, stroke berulang, aspirasi (Tarwoto, 2013). Untuk itu diperlukan peran perawat sebagai promotif yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang bagaimana cara hidup yang sehat supaya risiko terjadinya stroke dapat diminimalisir. Peran perawat yang kedua adalah sebagai preventif yaitu dengan mencegah terjadinya stroke dengan cara hindari merokok, batasi garam bagi penderita hipertensi usahakan dapat mempertahankan berat badan ideal, batasi makanan berkolesterol dan lemak, banyak makan buah dan sayur, serta olahraga yang teratur. Peran perawat yang ketiga adalah sebagai kuratif yaitu berkolaborasi dengan tim medis lainnya dalam proses penyembuhan pasien. Peran perawat yang keempat adalah sebagai rehabilitatif yaitu dengan melakukan pemulihan baik secara fisik yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi fisik dan mencegah terjadinya komplikasi maupun secara kognitif seperti *speech* terapi yang sangat dibutuhkan mengingat bicara dan komunikasi merupakan modal interaksi sosial (Tarwoto, 2013).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun makalah ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Hemoragi.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Tn. P dengan stroke hemoragi serta memperoleh gambaran dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien tersebut.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Tn. P dengan stroke hemoragi.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. P dengan stroke hemoragi.

- c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien Tn. P dengan stroke hemoragi.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Tn. P dengan stroke hemoragi.
- e. Melakukan evaluasi pada pasien Tn. P dengan stroke hemoragi.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi/alternatif pemecahan masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan ada pasien Tn. P dengan stroke hemoragi.

C. Ruang Lingkup

Asuhan Tn. P dengan Stroke Hemoragi di ruang mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan selama tiga hari dimulai dari tanggal 10 sampai dengan 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode naratif deskriptif. Dalam metode naratif deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana peserta didik mengelola 1 (satu) kasus menggunakan proses asuhan keperawatan. Selain itu penulis menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ilmiah, seperti :

1. Studi kasus yaitu pemberian asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan melakukan pengkajian terlebih dahulu dengan cara wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik hingga berlangsungnya proses keperawatan.
2. Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien stroke hemoragi untuk memperoleh konsep teoritis yang bersifat ilmiah.
3. Studi dokumentasi yaitu pengumpulan data diperoleh melalui wawancara, observasi, perawat ruangan, dokter yang merawat, serta

rekam medik yang tersedia di rumah sakit untuk memperoleh data yang lengkap dan akurat.

E. Sistematika penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini penulis membagi bagian-bagian karya tulis dalam lima bab besar yang secara sistematika disusun sebagai berikut: Bab 1 pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi (proses penyakit, manifestasi klinis, klasifikasi dan komplikasi), penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan termasuk hasil pemeriksaan tes diagnostik, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan perbandingan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan praktik yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. Bab V kesimpulan terdiri saran dan kesimpulan serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadinya gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2012).

Stroke hemoragi adalah perdarahan yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah yang berada pada otak karena ada perdarahan pada intraserebral, subarachnoid, dan aneurisma. (Tarwoto, 2013)

B. Etiologi

Menurut (Black & Hawks, 2014) penyebab dari stroke sendiri ialah:

1. Trombosis

Penggumpalan (trombus) mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis endotelial dari pembuluh darah. Aterosklerosis merupakan penyebab utama. Aterosklerosis menyebabkan zat lemak tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Plak ini terus membesar dan menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri. Stenosis menghambat aliran darah yang biasanya lancar pada arteri. Darah akan berputar-putar di bagian permukaan yang terdapat plak, menyebabkan penggumpalan yang akan melekat pada plak tersebut. Akhirnya rongga pembuluh darah menjadi tersumbat. Selain itu, penyumbatan dapat terjadi karena inflamasi pada arteri atau disebut arteritis atau vaskulitis tetapi hal ini jarang terjadi.

Trombus bisa terjadi disemua bagian sepanjang arteri karotid atau pada cabang-cabangnya. Bagian yang biasa terjadi penyumbatan adalah pada bagian yang mengarah pada percabangan dari karotid utama ke bagian dalam dan luar dari arteri karotid. Stroke karena trombosis adalah tipe yang paling sering terjadi pada orang dengan diabetes.

2. Embolisme

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan karena embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk di bagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Trombus dapat terlepas dari arteri karotis bagian dalam pada bagian luka plak dan bergerak ke dalam sirkulasi serebral. Sumber-sumber penyebab emboli lainnya adalah tumor, lemak, bakteri dan udara. Emboli bisa terjadi pada seluruh bagian pembuluh darah serebral. Kejadian emboli pada serebral meningkat bersamaan dengan meningkatnya usia.

3. Perdarahan

Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya ruptur arterioskleratik dan hipertensi pembuluh darah, yang bisa menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak. Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat dari penyakit hipertensi dan umumnya terjadi setelah usia 50 tahun. Akibat lain dari perdarahan adalah aneurisma.

Stroke yang disebabkan oleh perdarahan seringkali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada pada luar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan. Stroke hemoragi biasanya menyebabkan terjadinya kehilangan fungsi yang banyak dan penyembuhan paling lambat dibandingkan dengan tipe stroke yang lainnya.

4. Penyebab lain

Spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi, menurunkan aliran darah ke arah otak yang disuplay oleh pembuluh darah yang menyempit. Spasme yang berdurasi pendek tidak selamanya menyebabkan kerusakan otak yang permanen. Kondisi hiperkoagulasi adalah kondisi terjadi penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah yang bisa terjadi pada kondisi kekurangan protein C dan protein S, serta gangguan gumpalan aliran darah yang dapat menyebabkan terjadinya stroke trombotik dan stroke iskemik. Tekanan darah pada pembuluh darah serebral bisa disebabkan oleh tumor, gumpalan darah yang besar, pembengkakan pada jaringan otak, perlukaan pada otak, atau gangguan lainnya. Namun, penyebab-penyebab tersebut jarang terjadi pada kejadian stroke.

Menurut Tarwoto (2013) faktor risiko yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke:

1. Hipertensi

Pasien dengan hipertensi yang lama akan berpengaruh terhadap kerusakan arteri, penebalan, arteriosklerosis atau arteri dapat pecah atau ruptur.

2. Penyakit jantung

Penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat terjadinya stroke iskemik. Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor risiko antaranya penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung seperti fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan penurunan *cardiac output*, sehingga terjadi gangguan perfusi serebral.

3. Diabetes Mellitus

Penyakit diabetes mellitus terjadi gangguan atau kerusakan vaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena hiperglikemia sehingga aliran darah menjadi lambat, termasuk juga hambatan dalam aliran darah.

4. Hiperkolestrol dan lemak
Kolestrol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat. Disamping itu hipekolestrol dapat menimbulkan penyakit jantung koroner.
5. Obesitas dan kurang aktivitas
Obesitas dan kurang aktivitas merupakan faktor penyebab terjadinya hiperkolestrol, hipertensi, dan penyakit jantung koroner.
6. Usia
Makin bertambah usia risiko makin tinggi, hal ini berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.
7. Ras dan keturunan
Stroke lebih sering ditemukan pada kulit yang putih.
8. Jenis kelamin
Laki-laki memiliki kecenderungan lebih tinggi.
9. Polisitemia
Kadar hemoglobin yang tinggi ($>16\text{mg/dl}$) menimbulkan darah menjadi lebih kental dengan demikian aliran darah ke otak lebih lambat.
10. Perokok
Rokok dapat menimbulkan *plaque* pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga terjadi aterosklerosis.
11. Alkohol
Pada alkoholik dapat mengalami hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia.
12. Kontrasepsi oral dan terapi estrogen
Estrogen diyakini menyebabkan peningkatan pembekuan darah sehingga berisiko terjadinya stroke.
13. Riwayat *transient ischemic attacks* (TIA)
TIA atau disebut juga ministroke, merupakan gangguan aliran darah otak sesaat yang reversible. Pasien TIA meupakan tanda-tanda awalan terjadiya stroke dan dapat berkembang menjadi stroke komplit sekitar 10-50%.

14. Penyempitan pembuluh darah karotis

Pembuluh darah karotis berasal dari pembuluh darah jantung yang menuju ke otak dan dapat diraba pada leher. Penyempitan pembuluh darah kadang tidak ada gejala dan hanya dapat diketahui dengan pemeriksaan. Penyempitan >50% ditemukan pada 7% pasien laki-laki dan 5% pasien perempuan pada umur diatas 65 tahun. Pemberian obat aspirin dapat mengurangi insiden terjadinya stroke, namun pada beberapa pasien dianjurkan dikerjakan *carotid endarterectomy*.

C. Patosiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Menurut (Batticaca, 2012) proses terjadinya stroke yaitu :

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu yang lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak.

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak aman yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen dapat tidak diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat teratasi. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Gangguan peredaran darah ke otak akan menimbulkan gangguan pada metabolisme sel-sel neuron, dimana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju ke otak. Perdarahan intrakranial termasuk perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Hipertensi mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak. Perdarahan biasanya berhenti karena pembentukan trombus oleh fibrin trombosit dan oleh tekanan jaringan. Setelah 3minggu darah mulai direabsorpsi. Ruptur ulangan merupakan risiko serius yang terjadi sekitar 7-10 hari setelah perdarahan pertama.

Ruptur ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu, menimbulkan iskemik fokal, dan infark jaringan otak. Hal tersebut dapat menimbulkan gegar otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan tekanan cairan cerebrospinal, dan menyebabkan gesekan otak (otak terbelah sepanjang serabut). Pendarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak. Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat meningkatkan tekanan intrakranial yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan intrakranial yang tidak diobati akan mengakibatkan herniasi unkus atau serebellum. Disamping itu, terjadi bradikardi, hipertensi sistemik, dan gangguan pernapasan.

Darah merupakan bagian yang merusak dan bila terjadi hemodialisa, darah dapat mengiritasi pembuluh darah, meningen, dan otak. Darah dan vasoaktif yang dilepas mendorong spasme arteri yang berakibat menurunnya perfusi serebral. Spasme serebri atau vasospasme biasa terjadi pada hari ke-4 sampai hari ke 10 setelah terjadinya perdarahan dan menyebabkan konstiksi arteri otak. Vasospasme merupakan komplikasi

yang menyebabkan terjadinya penurunan fokal neurologis, iskemik otak, dan infark.

2. Manifestasi klinik

Menurut (Tarwoto, 2013) manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke akut gejala klinis meliputi :

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesisi atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
- c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis, memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri.

- e. Disartria (bicara cadel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

f. Gangguan penglihatan, diplopia

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV, VI.

g. Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong, oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.

h. Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

i. Vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

3. Klasifikasi

Menurut Tarwoto (2013) Klasifikasi stroke menjadi dua yaitu :

a. Klasifikasi stroke berdasarkan keadaan patologis

1) Stroke Iskemik

Iskemik menjadi akibat suplay darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak. Hampir 85% pasien stroke merupakan stroke iskemik. Ada banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya hambatan aliran darah otak. Mekanisme terjadinya iskemik secara umum dibagi menjadi 5 kategori yaitu thrombosis, emboli, perfusi sistemik, penyempitan lumen arteri dan venous congestion.

a) Trombosis

Trombosis merupakan pembentukan bekuan atau gumpala di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan terganggunya aliran darah ke otak. Hambatan aliran darah ke otak menyebabkan jaringan otak

kekurangan oksigen atau hipoksia kemudian menjadi iskemik dan berakhir pada infark. Trombosis merupakan penyebab stroke yang paling sering, biasanya berkaitan dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis. Faktor lain terjadinya thrombosis adalah adanya lipohialinosis, invasi vaskuler oleh tumor, penyakit gangguan pembekuan darah seperti *Diseminated Intravaskuler Coagulasi* (DIC) dan Trombotic. *Trombositopenia Purpura* (TTP). Pemberian heparin sangat efektif untuk menghancurkan thrombosis.

b) Emboli

Emboli merupakan benda asing pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak. Sumber emboli diantaranya adalah udara, tumor, lemak, dan bakteri. Paling sering menjadi thrombosis berasal dari dalam jantung, juga berasal dari plak aterosklerosis sinus karotikus atau arteri karotikus interna.

c) Hipoperfusi Siskemik

Hipopefusi siskemik disebabkan menurunnya tekanan arteri misalnya karena *cardiac arrest*, embolis pulmonal, miokardiak infark, aritmia, syok hipovolemik.

d) Penyempitan Lumen, dapat terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme atau karena kompresi massa dari luar

2) Stroke Hemoragi

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 penyakit diabetes mellitus

dan arterosklerosis. Penyebab lain karena perdarahan akibat tumor otak, trauma, malformasi arteriovena.

b) Perdarahan subarachnoid

Perdarahan subarachnoid biasanya akibat aneurisma atau malformasi vaskuler. Kerusakan otak terjadi karena adanya darah yang keluar dan menggumpal sehingga mendorong ke area otak dan pembuluh darah. Gejala klinik yang sering terjadi adalah perubahan kesadaran, mual, muntah kerusakan intelektual dan kejang. Gejala lain tergantung dari ukuran dan lokasi perdarahan.

c) Aneurisma

Merupakan dilatasi pada pembuluh darah arteri otak yang kemudian berkembang menjadi kelemahan pada dinding pembuluh darahnya. Penyebab aneurisma belum diketahui namun diduga karena aterosklerosis, 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 iskemik.

b. Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit

1) *Transien Iskemik Attack (TIA)*

Merupakan gangguan neurologi fokal yang timbul secara tiba-tiba dan menghilang dalam beberapa menit sampai beberapa jam. Gejala yang muncul akan hilang secara spontan dalam waktu kurang dari 24 jam. TIA merupakan tanda-tanda awal terjadinya stroke komplik, hampir 50% pasien TIA berkembang menjadi stroke serta berisiko terjadinya serangan jantung. Penyebab terjadinya TIA adalah terbatasnya aliran darah ke otak karena stenosis arteri karotis dan embolus.

2) Progresif (*Stroke in Evolution*)

Perkembangan stroke terjadi perlahan-lahan sampai akut, munculnya gejala makin memburuk. Proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.

3) Stroke Lengkap (*Stroke Complete*)

Gangguan neurologik yang timbul sudah menetap atau permanen, maksimal sejak awal serangan dan sedikit memperlihatkan perbaikan.

4. Komplikasi

Menurut (Tarwoto, 2013) komplikasi dari stroke yaitu:

a. Fase akut

1) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau *cardiac output*, ketahanan pembuluh darah. Sehingga 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 darah sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

- 3) Peningkatan tekanan intrakranial
Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan.
- 4) Aspirasi
Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang 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 akibat seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin atau bowel.
 - 2) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas otak
 - 3) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala cluster.
 - 4) Malnutrisi, karena intake yang adekuat

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Tarwoto, 2013) penatalaksanaan pada pasien stroke yaitu :

1. Penatalaksanaan umum
 - a. Pada fase akut
 - 1) Terapi cairan, pada fase akut stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. *The American Heart Association* sudah menganjurkan normal saline 50ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah hemodinamik stabil, terapi

cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN. Kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan homeostatis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara homeostatis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.

- 2) Terapi oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragi mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.
 - 3) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intrakranial
Peningkatan tekanan intrakranial 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 paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
 - 10) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.
- b. Fase rehabilitasi
- 1) Pertahankan nutrisi adekuat
 - 2) Program manajemen bladder/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 pulang
2. Pembedahan
- Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrocefalus obstruktif akut.
3. Terapi obat-obatan
- Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke
- a. Stroke iskemik
 - 1) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (*recombinant tissue plasminogen*).
 - 2) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien hipertensi.
 - b. Stroke hemoragik
 - A. Antihipertensi : kaptopril, antagonis kalsium
 - B. Diuretik : manitol 20%, furosemide
 - C. Antikonvulsan : Fenitoin.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) pengkajian pada pasien dengan stroke yaitu :

1. Aktivitas/Istirahat

Gejala: kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi, atau paralisis (hemiplegia), mudah lelah, sulit beristirahat, nyeri, atau kedutan pada otot.

Tanda: adanya perubahan pada tonus otot menjadi lemah atau spastik; kelemahan umum, paralisis di satu sisi, perubahan tingkat kesadaran.

2. Sirkulasi

Gejala: adanya riwayat penyakit jantung seperti infark miokardium (MI), penyakit jantung reumatik dan valvular (katup), gagal jantung (HF), endokarditis bakterial, dan polisitemia.

Tanda: hipertensi arterial, frekuensi nadi yang mungkin beragam karena berbagai faktor, seperti kondisi jantung yang telah ada sebelumnya, medikasi, efek stroke pada pusat vasomotor, disritmia, perubahan elektrokardiografik (EKG).

3. Integritas Ego

Gejala: perasaan tidak berdaya, putus asa.

Tanda: labilitas emosional, respons berlebihan atau tidak tepat terhadap kemarahan, kesedihan, kebahagiaan, kesulitan mengekspresikan diri sendiri.

4. Eliminasi

Perubahan pola berkemih seperti inkontinensia, anuria, adanya distensi abdomen, distensi kandung kemih, bising usus mungkin tidak ada atau berkurang jika terjadi ileus paralitik neurogenik.

5. Makanan/cairan

Gejala: berkurangnya nafsu makan, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pengecap, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

Tanda: masalah menelan, mengunyah dan obesitas.

6. Neurosensori

Gejala: Sinkope/pusing (sebelum serangan CSV/selama TIA). Sakit kepala; akan sangat berat dengan adanya perdarahan intraserebral atau subaraknoid. Kelemahan/kesemutan/kebas (biasanya terjadi selama serangan TIA, yang ditemukan dalam berbagai derajat pada stroke jenis lainnya); sisi yang terkena terlihat seperti “mati/lumpuh”. Penglihatan menurun, seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, (kebutaan monokuler), penglihatan ganda (diplopia) atau gangguan lainnya. Sentuhan: hilangnya rangsang sensorik kontralateral (pada sisi tubuh yang berlawanan) pada ekstremitas dan

kadang-kadang pada ipsilateral (yang satu sisi) pada wajah. Gangguan rasa penciuman dan pengecap.

Tanda: status mental/tingkat kesadaran: biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragis; ketidaksadaran biasanya akan tetap sadar jika penyebabnya adalah trombosis yang bersifat alami; gangguan tingkah laku (seperti letargi, apatis, menyerang); gangguan fungsi kognitif (seperti penurunan memori, pemecahan masalah). Ekstremitas: kelemahan/paralisis (kontralateral pada semua jenis stroke), genggaman tidak sama, reflek tendon melemah secara kontralateral. Pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran pupil tidak sama.

7. Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala: sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda (karena arteri karotis terkena).

Tanda: tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot/fasia

8. Pernapasan

Gejala: merokok (faktor risiko)

Tanda: Ketidakmampuan menelan/batuk/hambatan jalan napas.

Timbulnya pernapasan sulit dan/atau tak teratur

9. Keamanan

Tanda: Motorik/sensorik seperti masalah dengan penglihatan. Perubahan sensori terhadap orientasi tempat tubuh (stroke kanan). Kesulitan untuk melihat obyek dari sisi kiri (pada stroke kanan). Hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit. Tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik. Gangguan berespon terhadap panas dan dingin/gangguan regulasi suhu tubuh. Kesulitan dalam menelan, tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri (mandiri). Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabar/kurang kesadaran diri (stroke kanan).

10. Interaksi sosial

Tanda: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi

11. Penyuluhan pembelajaran

Gejala: Adanya riwayat hipertensi pada keluarga, stroke (faktor risiko).

Pemakaian kontrasepsi oral, kecanduan alkohol (faktor risiko)

12. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Batticaca, 2012) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan yaitu :

- a. Angiografi serebral : membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.
- b. Skan Tomografi Komputer (*Computer Tomography Scan- CT-scan*) : untuk mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarakhnoid dan perdarahan intrakranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus trombosis disertai proses inflamasi.
- c. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) : menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV)
- d. *Ultrasonografi doppler* (USG doppler) : mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis aliran darah atau timbulnya plak) dan arteriosklerosis.
- e. *Elektroensefalogram* (electroencephalogram-EEG) : mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- f. Sinar tengkorak : menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral; kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarakhnoid
- g. Pemeriksaan laboratorium : darah rutin, gula darah, urine, rutin, cairan cerebrospinal, analisa gas darah, biokimia darah, elektrolit.

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) diagnosa keperawatan pada pasien stroke yaitu:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah : gangguan oklusif, hemoragi; vasospasme serebral, edema serebral.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan keterlibatan neuromuskular : kelemahan parestesia: flaksid/paralisis hipotonik (awal) paralisis spatis.
3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral ; kerusakan neuromuskuler, kehilangan tonus/kontrol otot fasial/oral; kelemahan/kelelahan umum.
4. Perubahan persepsi sensori bergubungan dengan perubahan persepsi sensori, trasmisi, integritas (trauma neurologis atau defisit), stress psikologis (penyempitan lapang perseptual yang disebabkan oleh ansietas).
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/koordinasi otot.
6. Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, perseptual kognitif.
7. Risiko gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular.
8. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, prognosis, terapi, perawatan diri, dan kebutuhan pemulangan berhubungan dengan kekurangan pajaran, keterbatasan kognitif, kesalahan interpretasi, kurang mengingat, tidak mengenal sumber-sumber informasi.

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) perencanaan keperawatan pada pasien stroke yaitu:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah : gangguan oklusif, hemoragi; vasospasme serebral, edema serebral. Kriteria hasil :
 - a. Mempertahankan/ meningkatnya tingkat kesadaran, fungsi kognitif, dan motorik/sensorik
 - b. Menunjukkan tanda-tanda vital stabil dan tidak ada tanda-tanda peningkatan intrakranial
 - c. Menunjukkan tidak adanya keadaan yang memburuk

Rencana Tindakan :

- a. Mandiri
 - 1) Tentukan faktor yang berhubungan dengan situasi individual, penyebab koma, penurunan perfusi serebral, dan kemungkinan peningkatan tekanan intrakranial (TIK).
Rasional: mempengaruhi penetapan intervensi. Kerusakan/kemunduran tanda dan gejala neurologis atau kegagalan untuk memperbaikinya setelah fase awal memerlukan tindakan pembedahan dan/atau pasien harus dipindahkan ke ruang perawatan kritis (ICU) untuk melakukan pemantauan terhadap peningkatan TIK.
 - 2) Pantau dan catat status neurologis secara sesering dan bandingkan dengan keadaan normalnya.
Rasional: aktivitas/stimulasi yang kontinu dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk pencegahan terhadap perdarahan dalam kasus stroke hemoragik/perdarahan lainnya.
 - 3) Pantau dan dokumentasikan tanda-tanda vital seperti :
 - a) Adanya hipertensi/hipotensi, bandingkan tekanan darah yang terbaca pada kedua lengan.

Rasional: variasi mungkin terjadi karena tekanan/trauma serebral pada daerah vasomotor otak. Hipertensi atau hipotensi postural dapat menjadi faktor pencetus. Hipotensi dapat terjadi karena syok (kolaps sirkulasi vaskuler). Peningkatan tekanan intrakranial dapat terjadi (karena edema, adanya formasi bekuan darah). Tersumbatnya arteri subklavia dapat dinyatakan dengan adanya perbedaan tekanan pada kedua lengan.

- b) Frekuensi dan irama jantung; auskultasi adanya mur-mur.

Rasional: perubahan terutama adanya bradikardia dapat terjadi sebagai akibat adanya kerusakan otak. Disritmia dan mur-mur mungkin mencerminkan adanya penyakit jantung yang mungkin telah menjadi pencetus CSV (seperti stroke setelah infark miokard (IM)).

- c) Catat pola dan irama pernapasan, seperti adanya periode apnea setelah pernapasan hipeventilasi, pernapasan Cheyne-stroke.

Rasional: ketidakaturan pernapasan dapat memberikan gambaran lokasi kerusakan serebral/peningkatan TIK dan kebutuhan untuk intervensi selanjutnya termasuk kemungkinan perlunya dukungan terhadap pernapasan.

- 4) 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 saraf simpatis dan parasimpatis. Respons terhadap refleksi cahaya mengkombinasikan fungsi dari saraf kranial optikus (II) dan saraf okulomotor (III).

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

Rasional: gangguan penglihatan yang spesifik mencerminkan daerah otak yang terkena, mengindikasikan keamanan yang harus mendapat perhatian dan mempengaruhi intervensi yang akan dilakukan.

- 6) Kaji fungsi-fungsi yang lebih tinggi, seperti fungsi bicara jika pasien sadar.

Rasional: perubahan dalam isi kognitif dan bicara merupakan indikator dari lokasi/derajat gangguan serebral dan kemungkinan mengindikasikan penurunan/peningkatan tekanan intrakranial.

- 7) Letakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan dan posisi anatomis (netral).

Rasional: menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral.

- 8) 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 tekanan intrakranial. Istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk pencegahan terhadap perdarahan dalam kasus stroke hemoragik/perdarahan lainnya.

- 9) Cegah terjadinya mengejansaat defekasi, dan pernapasan yang memaksa (batuk terus- menerus).

Rasional: manuver valsavah dapat meningkatkan tekanan intrakranial dan memperbesar risiko terjadinya perdarahan.

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

Rasional: merupakan indikasi iritasi meningeal. Kejang dapat mencerminkan adanya peningkatan TIK/traumaserebral yang memerlukan perhatian dan intervensi selanjutnya.

b. Kolaborasi

1) Berikan oksigen sesuai indikasi

Rasional: menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral dan tekanan meningkat/terbentuknya edema.

2) Berikan obat sesuai indikasi

a) Antikoagulasi, seperti natrium warfarin (Coumadin); heparin, antitrombosit (ASA); dipridamol (persantine).

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

b) Agens antitrombosit, seperti aspirin (ASA), aspirin dengan dipridamol lepas panjang (Aggrenox), tiklodipin (Ticlid), dan kloidogrel (Plavix).

Rasional: digunakan setelah stroke iskemik atau TIA, atau untuk mencegah stroke akibat peristiwa jantung, atau diskrasia darah (seperti anemia sel sabit).

c) Antihipertensi

Rasional: hipertensi lama atau kronis memerlukan penanganan yang hati-hati, sebab penanganan yang berlebihan meningkatkan risiko terjadinya perluasan kerusakan jaringan. Hipertensi sementara sering kali terjadi selama fase stroke akut dan penanggulangannya seringkali tanpa intervensi terapeutik.

d) Vasodilatasi perifer, seperti siklandelat (syelospasmol); papaverin (Pavabid/vasospan); isoksupresin (Vasodilan).

Rasional: digunakan untuk memperbaiki sirkulasi kolateral atau penurunan spasme.

- e) Steroid, deksametason
Rasional: penggunaanya kontroversial dalam mengendalikan edema serebral.
- f) Fenitoin (dilatin), fenobarbital
Rasional: dapat digunakan untuk mengontrol kejang dan atau untuk aktivitas sedatif. Catatan fenobarbital memperkuat kerja dari anti epilepsi
- g) Pelunak feses
Rasional: mencegah proses mengejan selama defekasi dan yang berhubungan dengan peningkatan TIK.
- 3) Persiapkan untuk pembedahan, endarterektomi, bypass mikrovaskuler
Rasional: mungkin bermanfaat mengatasi situasi
- 4) Pantau pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, seperti masa protrombin, kadar dilantin
Rasional: memberikan informasi tentang keefektifan pengobatan/kadar terapeutik
- 2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan keterlibatan neuromuscular: kelemahan parestesia: flaksid/paralisis hipotonik (awal) paralisis spatis. Kriteria hasil :
 - a. Mempertahakan posisi optimal dari fungsi dibuktikan dengan tidak adanya kontraktur, footdrop.
 - b. Mempertahankan/meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena atau kompensasi
 - c. Mendemonstrasikan teknik/perilaku yang memungkinkan melakukan aktivitas
 - d. Mempertahakan integritas kulit

Rencana tindakan:

a. Mandiri

- 1) Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal dengan cara yang teratur.

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.

- 2) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring) dan jika kemungkinan bias 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, menurunkan sensasi, dan menimbulkan lebih besar pada kulit/dekubitus.

- 3) Letakkan pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika pasien dapat menoleransikannya.

Rasional: membantu mempertahankan ekstensi pinggul fungsional; tetapi akan meningkatkan ansietas terutama mengenai kemampuan pasien untuk bernapas.

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

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

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

Rasional: mencegah ontraktur/footdrop dan memfasilitasi kegunaanya jika berfungsi kembali. Paralisis flaksid dapat mengganggu kemampuan untuk menyangga kepala dilain pihak paralisis spesifik daapt mengarah pada deviasi kepala ke arah salah satu sisi.

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

Rasional: selama paralisis flaksid, penggunaan penyangga dapat menurunkan risikoterjadinya subluksasio lengan dan “sindrom bahu-lengan”

- 8) Tinggikan lengan dan kepala

Rasional: meningkatkan aliran balikvena dan membantu pencegahan edema.

- 9) Bantu pasien mengembangkan keseimbangan saat duduk (seperti meninggikan kepala tempat tidur, membantu untuk duduk di tepi tempat tidur, minta pasien untuk menggunakan lengan yang kuat untuk menopang berat badan dan tungkai bawah yang kuat untuk menggerakan tungkai yang terganggu.

Rasional: membantu pelatihan kembali alur neuronal, meningkatkan proprioepsi dan respons motorik.

- 10) Pertahankan kaki pada posisi netral dengan gulungan/bantalan trokanter

Rasional: mencegah rotasi eksternal pada panggul

- 11) Letakkan lutut dan pinggul dalam posisi ekstensi

Rasional: mempertahankan posisi fungsional.

b. Kolaborasi

- 1) Berikan tempat tidur dengan matras bulat

Rasional: meningkatkan distribusi merata berat badan yang menurunkan tekanan pada tulang-tulang tertentu dan membantu untuk mencegah terbentuknya dekubitus

- 2) Konsultasikan dengan ahlfisioterapi 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.

- 3) Konsultasikan dengan stimulasi elektrik, seperti TENS sesuai indikasi.

Rasional: dapat membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan kontrol otot volunter

- 4) Berikan obat relaksan otot, anti spasmodik sesuai indikasi, seperti baklofen, dan dantrolen.

Rasional: mungkin diperlukan untuk menghilangkan spastisitas pada ekstremitas yang terganggu

3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral; kerusakan neuromuskuler, kehilangan tonus/kontrol otot fasial/oral; kelemahan/kelelahan umum. Kriteria hasil :
 - a. Mengindikasikan pemahaman tentang masalah komunikasi
 - b. Membuat metode komunikasi di mana kebutuhan dapat diekspresikan
 - c. Menggunakan sumber-sumber yang tepat

Rencana tindakan:

- a. Mandiri

- 1) Kaji tipe/derajat disfungsi, seperti pasien tidak dampak memahami kata atau mengalami kesulitan bicara atau membuat pengertian sendiri.

Rasional: membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadidan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi. Pasien mungkin mempunyai kesulitan memahami kata yang diucapkan.

- 2) Mintalah pasien untuk mengikiti perintah sederhana (seperti “buka mata” atau tunjuk ke pintu”) ulangi dengan kata/kalimat sederhana.

Rasional: melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik (afasia sensorik)

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

Rasional: melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan motorik (afasia motorik)

- 4) 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 pasien (agrafis) dan kekurangan dalam membaca yang benar yang juga merupakan bagian dari afasia motorik.

- 5) Katakan secara langsung dengan pasien, bicara perlahan, dan dengan tenang. Gunakan pertanyaan terbuka dengan jawaban “ya/tidak” selanjutnya kembangkan pada pertanyaan yang lebih kompleks sesuai dengan respons pasien

Rasional: menurunkan kebingungan selama proses komunikasi dan merespon pada informasi yang lebih banyak pada satu waktu tertentu.

b. Kolaborasi

- 1) Konsultasi dengan ahli terapi wicara

Rasional: pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensorik, motorik, kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kekurangan/kebutuhan terapi.

4. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan persepsi sensori, transmisi, integritas (trauma neurologis atau defisit), stress psikologis (penyempitan lapang perseptual yang disebabkan oleh ansietas).

Kriteria hasil

- a. Memulai/mempertahankan tingkat kesadaran dan perseptual
- b. Terdapat perubahan dalam kemampuan dan adanya keterlibatan residual

- c. Mendemostrasikan perilaku untuk mengkompensasi terhadap defisit hasil

Rencana tindakan:

a. Mandiri

- 1) Lihat kembali proses patologis kondisi individual.

Rasional: kesadaran akan tipe atau daerah yang terkena membantu dalam mengkaji/mengantisipasi defisit spesifik dan perawatan.

- 2) Evaluasi adanya gangguan penglihatan. Catat adanya penurunan lapang pandang, perubahan ketajaman persepsi (bidang horizontal/vertical), adanya diplopia (pandangan ganda).

Rasional: munculnya gangguan penglihatan akan berdampak negative terhadap kemampuan pasien untuk menerima lingkungan dan mempelajari kembali ketrampilan motorik dan meningkatkan risiko terjadinya cedera.

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

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

- 4) Ciptakan lingkungan yang sederhana, pindahkan benda yang membahayakan.

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

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

Rasional: penurunan kesadaran terhadap sensori dan kerusakan perasaan kinetik berpengaruh buruk terhadap keseimbangan/

posisi tubuh dan kesesuaian dari gerakan yang mengganggu ambulasi, meningkatkan risiko terjadinya trauma.

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

Rasional: membantu melatih kembali jarak sensorik untuk mengintegrasikan persepsi dan interpretasi stimulasi. Membantu pasien untuk mengorientasikan bagian dirinya dan kekuatan penggunaan dari daerah yang terpengaruh.

- 7) 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.

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

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

- 9) 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 mengintegrasikan kembali sisi yang sakit dan memungkinkan pasien untuk mengalami kelalaian sensasi pola gerakan normal.

- 10) Observasi respon perilaku pasien 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 impulsive, mempengaruhi perawatan.

- 11) Hilangkan kebisingan/stimulasi eksternal yang berlebihan sesuai kebutuhan.

Rasional: menurunkan ansietas dan respons emosi yang berlebihan/kebingungan yang berhubungan dengan sensori berlebihan.

- 12) 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

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

Rasional: membantu pasien untuk mengidentifikasi ketidakonsistenan persepsi dan integrasi stimulus dan mungkin menurunkan distorsi persepsi pada realitas.

5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/koordinasi otot.

Kriteria hasil :

- a. Mendemonstrasikan teknik atau perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.

- b. Melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri
- c. Mengidentifikasi sumber pribadi atau komunitas memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

Rencana tindakan:

- a. Kaji kemampuan dan tingkat kekurangan (dengan menggunakan skala 0-4) untuk melakukan kebutuhan sehari-hari
Rasional: membantu faalalm mengantisipasi/merencanakan pemenuhan kebutuhan scara individual
 - b. Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat dilakukan sendiri)
Rasional: pasien ini mungkin menjadi sangat ketakutan dan sangat tergantung, berikan mencegah terjadinya frustrasi.
 - c. Bantu pasien apa bila ingin BAB/BAK.
Rasional: mungkin mengalami gangguan saraf kandung kemih, tidak dapat mengatakan kebutuhanya.
6. Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, perseptual kognitif. Kriteria hasil :
- a. Berkomunikasi dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang telah terjadi
 - b. Mengungkapkan penerimaan pada diri sendiri dalam situasi
 - c. Mengenali dan menggabungkan perubahan dalam konsep diri dalam cara yang akurat.

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi arti dari kehilangan/disfungsi/perubahan pada pasien.
Rasional: kadang-kadang pasien menerima dan mengatasi gangguan fungsi secara efektif dengan sedikit penangana, dilain pihak ada juga orang yang menagalmi kesulitan dalam menerima dan mengatasi kekurangannya.

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

Rasional mendemonstrasikan penerimaan pasien untuk mengenal dan memulai memahami perasaan ini

- c. Tekankan keberhasilan yang kecil sekalipun baik mengenai penyembuhan fungsi tubuh ataupun kemandirian pasien.

Rasional: mengkonsolidasikan keberhasilan membantu menurunkan perasaan marah dan ketidakberdayaan dapat menimbulkan perasaan adanya perkembangan

- d. Dorong orang terdekat agar memberi kesempatan dukungan.

Rasional: membangun kembali rasa kemandirian dan menerima kebanggaan diri dan meningkatkan proses rehabilitasi.

- 7. Risiko gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular. Kriteria hasil :

- a. Mendemonstrasikan metode makan tepat untuk situasi individual dengan mencegah aspirasi.
- b. Mempertahankan berat badan yang diinginkan.

Rencana tindakan:

- a. Mandiri

- 1) Tinjau ulang patologi atau kemampuan menelan pasien secara individual, catat luasnya paralisis parsial, gangguan lidah, kemampuan untuk melindungi jalan nafas. Timbang berat badan secara teratur sesuai kebutuhan. Rasional: intervensi nutrisi/pilihan rute makan ditentukan oleh faktor-faktor ini.
- 2) Bantu pasien dengan mengontrol kepala. Rasional: menetralkan hiperekstensi, membantu mencegah aspirasi dan meningkatkan kemampuan untuk menelan.
- 3) Letakkan pasien pada posisi duduk atau tegak selama dan setelah makan. Rasional: menggunakan gravitasi untuk memudahkan proses menelan dan menurunkan risiko terjadinya aspirasi.

- 4) Stimulasi bibir untuk menutup dan membuka mulut secara manual dengan menekan ringan diatas bibir/dibawah dagu jika diperlukan. Rasional: membantu dalam melatih kembali sensori dan meningkatkan kontrol muskuler.
 - 5) Letakkan makanan pada daerah mulut yang tidak terganggu. Rasional: memberikan stimulasi sensori (termasuk rasa kecap) yang dapat mencetuskan usaha untuk menelan dan meningkatkan masukan.
 - 6) Sentuh bagian pipi dalam dengan spatel lidah/tempatkan es untuk mengetahui adanya kelemahan lidah. Rasional: dapat meningkatkan gerakan dan kontrol lidah (penting untuk menelan) dan menghambat jatuhnya lidah.
 - 7) Berikan makanan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang. Rasional: pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya distraksi atau gangguan dari luar.
 - 8) Mulai untuk memberikan makanan peroral setengah cair, makanan lunak ketika pasien dapat menelan air. Pilih atau bantu pasien untuk memilih makanan yang kecil atau tidak perlu mengunyah atau menelan. Seperti telur, agar-agar, makanan kecil yang lunak lainnya.
- b. Kolaborasi
- 1) Berikan cairan 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 mengenai kondisi, prognosis, terapi, perawatan diri, dan kebutuhan pemulangan berhubungan dengan kekurangan pajanan, keterbatasan kognitif, kesalahan interpretasi, kurang mengingat, tidak menegnal sumber-sumber informasi. Kriteria hasil :
- a. Berpartisipasi dalam proses belajar
 - b. Mengungkapkan pemahaman tentang kondisi atau prognosis dan aturan terapeutik

- c. Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan.

Rencana tindakan:

- a. Evaluasi tipe atau derajat dari gangguan persepsi sensori. Rasional: defisit mempengaruhi pilihan metode pengajaran dan isi atau 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 atau kemungkinan melakukan kembali aktivitas (termasuk hubungan seksual). Rasional: meningkatkan pemahaman, memberikan harapan pada masa dating dan menimbulkan harapan dari keterbatasan hidup secara “normal”.
- d. Tinjau ulang atau pertegas kembali pengobatan yang diberikan. Identifikasikan cara meneruskan program setelah pulang. Rasional: aktivitas yang dianjurkan, pembatasan, dan kebutuhan obat atau terapi dibuat pada dasar pendekatan interdisiplin terkoordinasi. Mengikuti cara tersebut merupakan suatu hal yang penting pada kemajuan pemulihan atau 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 dari pada hanya bergantung pada apa yang di ingat.
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 dapat beragam dapat memperbesar gangguan proses pikir

H. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Kozier (2010) implementasi merupakan fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi

I. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi menentukan efektifitas asuhan keperawatan yang terdiri dari subyektif yaitu respon klien yang secara langsung dikatakan pasien yang merujuk pada kriteria dan standar evaluasi, kedua obyektif yaitu data hasil observasi yang merujuk pada kriteria dan standar evaluasi, ketiga analisa yaitu untuk menentukan apakah asuhan yang diberikan berhasil atau tidak, serta yang keempat planning yaitu mengentikan, meneruskan, atau merevisi rencana keperawatan (Potter & Perry, 2010).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Februari 2020. Pasien masuk pada tanggal 12 Januari 2020 di Ruang Mawar kelas II, nomer register 736.62.4 dengan diagnosa medis stroke hemoragi.

a. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. P berusia 50 tahun, status perkawinan menikah, beragama islam, suku bangsa indonesia, pendidikan terakhir SLTA, bahasa yang digunakan bahasa indonesia, pekerjaan wiraswasta, alamat Jl. Rawa Semut II Bekasi Timur, sumber biaya asuransi DNP. Ada pun informasi yang didapatkan melalui keluarga, rekam medis, dan perawat ruangan.

b. Resume

Tn. P datang ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat melalui unit gawat darurat (UGD) pada tanggal 12 Januari 2020 pukul 20.25 WIB dengan penurunan kesadaran, muntah-muntah dirumah, kelemahan pada sisi kanan. Pasien diperiksa dengan keadaan umum sakit berat, kesadaran somnolen dengan nilai GCS E: 2 V: 2 M: 4, dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 256/122mmHg, nadi 98x/menit, RR 25x/menit, temperature suhu 36,8 °C serta dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 250g/dL, dilakukan pemeriksaan EKG hasil sinus ritme, dilakukan pemeriksaan fotothorax dengan hasil tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru, dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil hemoglobin 14,3g/dl, LED 23mm/jam, leukosit 17.650/ul, hematokrit 41 vol%, trombosit 384.000/ul, eritrosit 5,03 juta/ul, basofil 0*, eosinofil 1%, batang 0%, segmen

87% limfosit , monosit 3%, MCV 82 fl, MCH 28pg, MCHC 35pg, ureum 40mg/dl, creatinin 1,1mg/dl, eLFG (C&G-EP1) 78, HbA1c 79, dilakukan pemeriksaan diagnostik CT scan hasil belum ada. Masalah keperawatan yang muncul ialah perfusi serebral tidak efektif. Tindakan yang sudah dilakukan adalah dilakukan, pemberian oksigen masker 6lpm, pemberian brainact 1g(IV), pantoprazole 40mg (IV), dexametason 5mg (IV), vomceran 4mg (IV), nicardipine hcl 10mg dalam Nacl 50CC diberikan 0,5microgram/kgBB/menit.

Tanggal 12 januari 22.00 dipindahkan ke ruang ICU atas indikasi penurunan kesadaran, keadaan umum sakit berat, kesadaran somnolen dengan nilai GCS E: 2 V: 2 M: 4, tekanan darah 190/100mmHg, frekuensi nadi 76x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit terpasang oksigen mask 6lpm , temperatur suhu 36,9 C, saturasi oksigen 95%. Hasil pemeriksaan CT-scan *thalamic-basal ganglian bleeding kiri, ekstens bleeding ke intraventricle cerebral oedem midline shift <0,5 cc ke kanan ventriculomegali, tanda awal obstructing hydrocephalus tidak tampak infark/neoplasm*. Pasien dirawat di ruang intensive care unit (ICU) dari tanggal 12 Januari 2020 sampai dengan tanggal 31 Januari 2020, selama di ruang intensive care unit (ICU) pasien dilakukan tindakan pemasangan intubasi pada tanggal 13 januari 2020 indikasi gagal napas, penurunan kesadaran keadaan umum sakit berat kesedaran coma dengan GCS E: 1 V: 1 M: 1 hasil pemeriksaan AGD pH 7,49, PCO₂ 36mmHg, PO₂ 186,1, HCO₃ 22mmol/l, BE +0,3, CTCO₂ 25,2, pemasangan *central veneous pressure* (CVP) tanggal 15 januari 2020, dan pemasangan trakeostomi pada tanggal 22 januari 2020. Pada tanggal 22 januari dilakukan pemeriksaan thorax dengan hasil kesan *bronkhopneumonia duplex* serta kultur sputum dengan hasil terdapat bakteri *pseudomonas aeruginosa*. Pada tanggal 25 januari dilakukan pemeriksaan ulang CT-scan dengan hasil *lesi hemoragik*

basal ganglia paraventricle lateralis kiri dengan edema perifocal, IVH di ventricle lateralis kiri dan III, herniasi subfalcine. Masalah keperawatan yang di muncul di ruang intensive care unit (ICU) ialah perfusi cerebral tidak efektif. Tindakan kolaborasi yang sudah diberikan adalah pemberian brainact 2x500mg melalui intravena, manitol 4x125cc/20menit melalui intravena, pranza 2x1gr melalui intravena, biopres 1x16mg, nicardipine hcl 10mg melalui intravena, kalnex 2x500mg melalui intravena, ceftriaxone 2x1g melalui intravena, kalmetason 2x5mg melalui intravena, novorapid 1,5 unit/jam. Evaluasi terakhir pada saat pasien diruang intensive care unit (ICU) adalah hemodinamik stabil ditandai dengan akral hangat, reaksi pupil terhadap cahaya positif, pupil isokor 2mm/2mm, keadaan umum pasien sakit berat kesadaran sopor umum tekanan darah 130/71 mmHg, frekuensi nadi 76x/menit, frekuensi pernapasan 25x/menit, S 36,6°C, terdapat ronchi pada kedua lapang paru, sputum banyak berwarna putih, pernapasan menggunakan Tmask 6lpm pada trakeostomi saturasi oksigen 100%, kelemahan pada seluruh ekstremitas, terdapat kemerahan pada punggung.

Tn. P dipindahkan ke ruangan *intermediate care unit* (IMC) indikasi memonitor tingkat kesadaran dan memonitor hemodinamik pada tanggal 31 Januari 2020 dengan keadaan umum sakit berat kesadaran sopor tekanan darah 133/85mmHg, Frekuensi 100x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, S 36,8 °C, saturasi oksigen 98%, pasien terpasang Tmask 6lpm melalui trakeostomi, terpasang nasogratik tube, terpasang kateter urine, terpasang infus di metacarpal kanan. Dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil hemoglobin 11,1g/dl, LED 75mm/jam, leukosit 12.300/ul, hematokrit 34 vol%, trombosit 462.000/ul, eritrosit 3,87 juta/ul, basofil 0%, eosinofil 2%, batang 0%, segmen 83%, limfosit 12%, monosit 3%, MCV 87 fl, MCH 29pg, MCHC 33pg, ureum 53mg/dl, creatinin 1,1mg/dl, eLFG (C&G-EP1) 104, hasil pemeriksaan AGD

pH 7,4, PCO₂ 33mmHg, PO₂ 195,1mmhg, HCO₃ 22,5 mmol/l, BE - 0,7, CTCO₂ 23,2, hasil pemeriksaan GDS 162g/dl. Pasien di rawat diruang intermedite care unit (IMC) pada tanggal 31 Januari 2020 sampai dengan 6 Februari 2020. Tindakan yang sudah dilakukan selama perawatan di intermedite care unit adalah brainact 2x500mg melalui peroral, lancid 1x20mg peroral, metformin 3x500mg peroral, arcalion 1x200mg peroral, salbutamol 2x2mg peroral, biopres 1x16mg peroral, amlodipine 1x5mg peroral, fartolin 4x2.5mg melalui inhalasi, bisolvon 4x1cc melalui inhalasi, catapres 2x0,75mg peroral, sumagesic 3x600mg peroral, sagestam 2x1gram tropikal, suction/2jam, mika-miki/4jam. Evaluasi terakhir secara umum pada saat di ruang intermedite care unit adalah keadaan umum sakit berat kesadaran sopor, akal hangat, CRT <2detik, pupil isokor 2mm/2mm, reaksi terhadap cahaya positif, terdapat ronchi pada kedua lapang paru, sputum banyak kental, tekanan darah 135/93mmHg, Frekuensi 87x/menit, nadi kuat, frekuensi pernapasan 24x/menit, S 36,8 C, terpasang Tmask 3lpm terdapat kemerahan pada punggung dan bokong.

Pada tanggal 7 Februari 2020 Tn. P dipindahkan ke ruang perawatan mawar dengan indikasi hemodinamik sudah stabil, tekanan darah 130/90mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, suhu 36,8 °C, frekuensi pernapasan 22x/menit, saturasi oksigen 100% terpasang Tmask 3lpm melalui trakeostomi, dengan keadaan umum sakit berat kesadaran sopor E: 2 V: 1 M: 2. Pasien terpasang infus Nacl di metacarpal kanan, terpasang kateter urine, terpasang nasogatrik tube.

Pada tanggal 10 Februari dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil hemoglobin 10,7g/dl, leukosit 19.340/ul, hematokrit 32 vol%, GDS 281gl/dl. Tindakan keperawatan dan tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan selama diruang perawatan adalah suction/2jam, mika-miki/4 jam, brainact 2x500mg melalui

nasogatriktube, metformin 3x500mg nasogatriktube, arcalion 1x200mg nasogatriktube, salbutamol 2x2mg nasogatriktube, biopres 1x16mg nasogatriktube, amlodipine 1x5mg nasogatriktube, fartolin 4x2,5mg melalui inhalasi, bisolvon 4x1cc melalui inhalasi, catapres 2x0,75mg nasogatriktube, resfar 1x200mg drip, ciprofloxacin 2x200mg drip. Evaluasi secara umum adalah kesadaran sopor GCS E: 2 V: 1 M: 2 tekanan darah 125/85 mmHg, frekuensi nadi 85x/menit, frekuensi pernapasan 23x/menit 36,9 °C

c. Riwayat Keperawatan

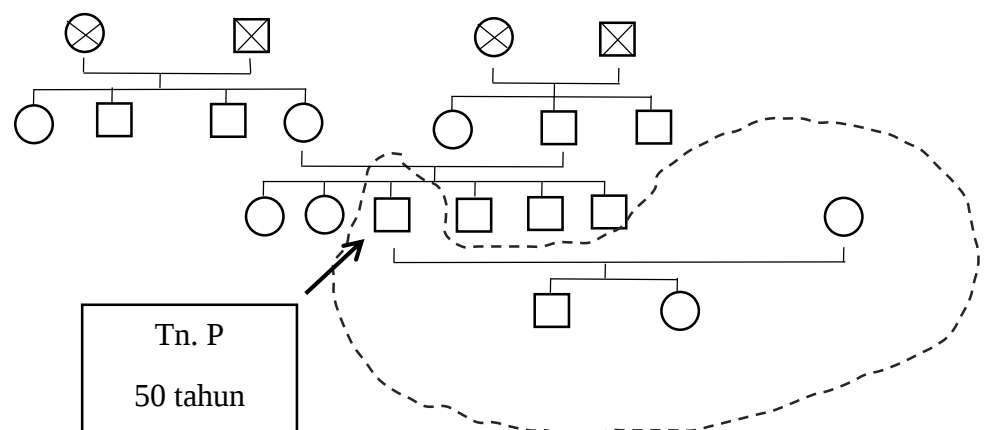
1) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan kesadaran sopor, GCS E: 2 V: 1 M: 2 faktor pencetusnya adalah karena hipertensinya sehingga menyebabkan perdarahan pada otaknya, upaya untuk mengatasinya adalah minum obat.

2) Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sudah 10 tahun, diabetes mellitus, serta memiliki riwayat hernia dan sudah dioperasi pada tahun 2013. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki riwayat alergi baik obat, makanan, binatang, dan lingkungan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengonsumsi obat antihipertensi dan obat diabetes selama di rumah.

3) Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :

- ☐ : Perempuan
- ☐ : Laki-laki
-  : Pasien
- : Tinggal serumah
- ☒ : Perempuan sudah meninggal
- ☒ : Laki-laki sudah meninggal

Keterangan : pasien adalah anak ketiga dari enam bersaudara. Nenek pasien sudah meninggal dikarenakan memiliki riwayat hipertensi, stroke, diabetes mellitus dan ayah pasien memiliki riwayat hipertensi. Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama istri, dan kedua anaknya. Keluarga pasien mengatakan pola komunikasi yang digunakan adalah dua arah ada timbal balik.

- 4) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko adalah nenek pasien memiliki riwayat hipertensi, diabetes, dan stroke dan ayah pasien memiliki riwayat hipertensi.
- 5) Riwayat psikososial dan spiritual
 - a) Keluarga pasien mengatakan orang yang terdekat dengan pasien adalah istri dan anaknya.
 - b) Keluarga pasien mengatakan interaksi keluarga adalah pola komunikasi dua arah, pengambilan keputusan adalah pasien.
 - c) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga, keluarga pasien mengatakan khawatir, pikiran tidak tenang, takut.
 - d) Masalah yang mempengaruhi pasien tidak terkaji dikarenakan pasien penurunan kesadaran.
 - e) Mekanisme koping terhadap stres tidak terkaji dikarenakan pasien penurunan kesadaran.
 - f) Persepsi klien terhadap penyakitnya

Hal yang sangat dipikirkan saat ini tidak terkaji dikarenakan pasien penurunan kesadaran. Harapan setelah menjalani perawatan tidak terkaji dikarenakan pasien penurunan

kesadaran. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit tidak terkaji dikarenakan pasien penurunan kesadaran.

g) Sistem nilai kepercayaan

Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan serta aktivitas agama kepercayaan yang dilakukan adalah sholat.

h) Kondisi lingkungan rumah

Keluarga pasien mengatakan rumahnya bersih, ventilasi cukup.

i) Pola kebiasaan

(1) Pola nutrisi

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x1 hari, nafsu makan baik, hampir semua makanan disukai, tidak ada makanan pantangan, tidak mengonsumsi obat-obatan sebelum makan, tidak menggunakan alat bantu.

Dirumah sakit frekuensi makan 6xsehari, pasien terpasang nasogatrik tube, makanan pantangan pasien adalah garam, makanan diet pasien rendah garam III (1000-1200mg Na) 1700kkalori, tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan.

(2) Pola eliminasi

Sebelum sakit tidak terkaji dikarenakan pasien penurunan kesadaran

Di rumah sakit pasien menggunakan kateter urine silicon, urine berwarna kuning jernih, keluhan tidak terkaji.

(3) Pola personal hygiene

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan pasien mandi 2x1hari pagi dan sore, oral hygiene tidak terkaji, cuci rambut tidak terkaji.

Di rumah sakit pasien mandi 1x1 hari sore hari dimandikan perawat, oral hygien 2x1 hari pagi dan sore, mencuci rambut 3 hari sekali. Pasien tampak kotor, agak bau, berkeringat.

(4) Pola istirahat tidur

Sebelum sakit tidak terkaji pasien penurunan kesadaran
Di rumah sakit pasien bedrest penurunan kesadaran.

(6) Pola aktivitas dan latihan

Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja pagi hari sampai sore, pasien sering olahraga bulu tangkis kira-kira 3x/minggu.

(7) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan pasien tidak merokok, tidak minuman keras/NAPZA.

Di rumah sakit pasien tidak merokok, tidak minuman keras/NAPZA.

d. Pengkajian Fisik

1) Pemeriksaan umum

Berat badan pasien sebelum sakit tidak terkaji, berat badan saat ini 85kg, tinggi badan (TB) 173cm, indeks massa tubuh (IMT) : 28 (obesitas I), keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor E: 2 V: 1 M: 2, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

2) Sistem penglihatan

Posisi mata pasien tidak terkaji, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tidak terkaji dikarenakan pasien penurunan kesadaran, konjungtiva anemis, kornea tampak normal, sklera anikterik, pupil isokor 2mm/2mm, otot mata tidak terkaji karena pasien penurunan kesadaran, fungsi penglihatan tidak terkaji karena pasien penurunan kesadaran, tidak tampak tanda-tanda peradangan, keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kaca mata, pasien tidak menggunakan lensa mata, reaksi terhadap cahaya positif.

3) Sistem pendengaran

Daun telinga tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah normal, cairan dari telinga tampak tidak ada, perasaan penuh ditelinga tidak terkaji karena pasien penurunan kesadaran, tinitus tampak tidak ada, fungsi pendengaran tidak terkaji karena pasien penurunan kesadaran, gangguan keseimbangan tidak terkaji karena pasien penurunan kesadaran, pemakaian alat bantu keluarga pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

4) Sistem wicara

Tidak terkaji karena pasien penurunan kesadaran.

5) Sistem pernapasan

Jalan napas terdapat sumbatan sputum, pasien tampak sesak, tidak menggunakan otot bantu napas, frekuensi napas 25x/menit terpasang oksigen Tmask 3lpm melalui trakeostomi, irama pernapasan teratur, jenis pernapasan spontan, kedalaman napas dalam, batuk ada, terdapat sputum berwarna putih kental tidak terdapat darah, pergerakan dada simetris, tidak ada benjolan pada dada pada saat diperkusi suara paru pekak, saat diauskultasi suara napas ronchi pada kedua lapang paru.

6) Sistem kardiovaskuler

a) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi pasien 107x/menit, irama teratur dan teraba kuat, tekanan darah 139/91mmHg, tidak tampak distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, warna kulit normal, pengisian kapiler <2detik, tidak tampak adanya edema.

b) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut nadi apikal 107x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, sakit dada tidak terkaji tidak terkaji karena pasien penurunan kesadaran.

7) Sistem hematologi

Pasien tampak pucat, tidak ada perdarahan

8) Sistem saraf pusat

Keluhan sakit kepala tidak terkaji karena pasien penurunan kesadaran, tingkat kesadaran sopor, GCS E: 2 V: 1 M: 2, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, terdapat gangguan sistem persarafan yaitu kelemahan pada keempat ekstremitas, pemeriksaan reflek fisiologis normal, reflek patologis tidak ada.

9) Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien gigi tidak ada caries, tidak menggunakan gigi palsu, ada stomatitis, lidah tampak bersih, saliva normal, muntah tidak ada, nyeri perut tidak terkaji karena pasien penurunan kesadaran, bising usus 15x/menit, tidak ada diare, tidak konstipasi, hepar tidak teraba, abdomen lunak.

10) Sistem endokrin

Tidak tampak pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak tampak bau keton, tidak ada luka ganggren, GDS : 281g/dl.

11) Sistem urogenital

Intake : NGT (6x250) setiap pemberian makan bilas air putih 100cc, infus 1000cc = 3100cc

Output : urine 2100/24jam, IWL 850cc = 2950cc

Balance cairan - 150 cc

Bak berwarna kuning jernih, tidak tampak distensi kandung kemih

12) Sistem integumen

Turgor kulit pasien tampak elastis, temperatur kulit hangat, suhu 36,7 C, terdapat kemerahan pada punggung dan bokong, tidak ada flebitis pada lokasi pemasangan infus, rambut pasien baik dan bersih, pasien tidur di alasi Kasur decubitus.

13) Sistem muskuloskeletal

Tidak tampak kelainan bentuk tulang dan sendi kekuatan otot pada keempat ekstremitas

0000	0000
0000	0000

e. Data Tambahan

Keluarga pasien mengatakan pasien sakit karena hipertensinya, keluarga pasien mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara merawat pasien untuk perencanaan pulang, hal-hal apa saja yang harus diperhatikan. Keluarga mengatakan pasien pendiam.

f. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Februari 2020: hemoglobin 10,7g/dl, LED 107mm/jam, leukosit 19.340/ul, hematokrit 32 vol%, trombosit 299.000/ul, eritrosit 3,68 juta/ul, basofil 0%, eosinofil 2%, batang 2%, segmen 86%, limfosit 9%, monosit 3%, MCV 87 fl, MCH 29pg, MCHC 34pg, GDS 281gl/dl. Hasil pemeriksaan thorak pada tanggal 22 Januari 2020 kesan *bronkhopneumonia duplek*. Pemeriksaan sputum *pseudomonas aeruginosa*. Hasil pemeriksaan CT-scan tanggal 12 Januari 2020 *thalamic-basal ganglian bleeding kiri, ekstens bleeding ke intraventricle cerebral oedem midline shift <0,5 cc ke kanan ventriculomegali, tanda awal obstructing hydrocephalus tidak tampak infark/neoplasm* dan tanggal 25 Januari *lesi hemoragik basal ganglian paraventricle lateralis kiri dengan edema perifocal, IVH di ventricle lateralis kiri dan III, herniasi subfalcine*.

g. Penatalaksanaan

Brainact 2x500mg melalui nasogatriktube, metformin 3x500mg melalui nasogatriktube, arcalion 1x200mg melalui nasogatriktube, salbutamol 2x2mg melalui nasogatriktube, biopres 1x16mg(K/P) melalui nasogatriktube, amlodipine 1x5mg nasogatriktube (K/P), fartolin 4x2.5mg melalui inhalasi, bisolvon 4x1cc melalui inhalasi, catapres 2x0,75mg melalui nasogatriktube (K/P), resfar 1x200mg drip,

ciprofloxacin 2x200mg drip, RL/12 jam, diit rendah garam III 1700kkal. Fisioterapi dada 2x1hari (pagi, siang), head up 75°.

h. Data Fokus

Keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor, GCS E: 2, V: 1, M: 2, tanda-tanda vital tekanan darah 139/91mmHg, frekuensi 107x/menit, frekuensi pernapasan 25x/menit, S 36,7 °C.

1) Kebutuhan oksigenasi

Data subyektif: -

Data obyektif : terdapat sputum pada jalan napas, ronchi terdengar pada kedua lapang paru, sputum berwarna putih banyak dan kental, pasien tampak sesak, frekuensi napas 25x/menit terpasang Tmask 3lpm pada trakeostomi, irama teratur, kedalam napas dalam, batuk ada, pergerakan dada simetris, tidak ada benjolan pada dada, tidak menggunakan otot bantu napas, foto thorax tanggal 22 Januari 2020 kesan *bronkhopneumonia duplex*, CT-scan tanggal 25 Januari 2020 *lesi hemoragik basal ganglian paraventricle lateralis kiri dengan edema perifocal, IVH di ventricle lateralis kiri dan III, herniasi subfalicine*.

2) Kebutuhan cairan

Data subyektif: -

Data obyektif: Intake: NGT (6x250) setiap pemberian makan bilas air putih 100cc, infus 1000cc = 3100cc

Output: urine 2100/24jam, IWL 850cc = 2950cc , balance cairan - 150 cc. Hematokrit 32 vol %, turgor elastis, CRT <2detik, mukosa lembab, mata tidak cekung

3) Kebutuhan nutrisi

Data subyektif: -

Data obyektif: hemoglobin 10,7g/dl, berat badan 85kg, tinggi badan 173 cm, Indeks massa tubuh 28 (obesitas I), konjungtiva anemis, GDS 281 g/dl, diit rendah garam III (1000-1200mgNa) 1700kkalori

4) Kebutuhan eliminasi

Data subyektif: -

Data obyektif: pasien terpasang kateter urine, warna kuning jernih, pasien pagi ini belum buang air besar, bising usus 15x/menit

5) Kebutuhan aktifitas dan istirahat

Data subyektif: -

Data obyektif: kekuatan otot pada keempat ekstremitas mengalami kelemahan dengan nilai 0, pasien total care, tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri, pasien tampak kotor, agak bau, berkeringat.

6) Kebutuhan rasa aman

Data subyektif: -

Data obyektif: - temperatur 36,7°C, leukosit 19.349/ul, kultur sputum terdapat bakteri *pseudomonas aeruginosa*, terdapat kemerahan pada punggung dan bokong, pasien terpasang kasur dekubitus

7) Aktualisasi diri : pengetahuan

Data subyektif: Keluarga pasien mengatakan pasien sakit karena hipertensinya, keluarga pasien mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara merawat pasien untuk perencanaan pulang, hal-hal apa saja yang harus diperhatikan.

Data obyektif: keluarga pasien tampak bingung ditanya tentang perawatan pasien stroke.

2. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data subyektif : - Data obyektif : keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor, GCS E: 2 V: 1 M: 2, tekanan darah 139/91 mmhg, frekuensi nadi 107x/menit, saturasi oksigen 100%, CT-scan tanggal 25 Januari 2020 lesi hemoragik basal ganglian paraventricle lateralis kiri dengan edema perifocal, IVH (intraventikular hemoragi) di ventricle lateralis kiri dan III, herniasi subfalcine	Perfusi cerebral tidak efektif	Perdarahan di basal ganglian paraventricle lateralis kiri
2.	Data subyektif : - Data obyektif : terdapat sputum pada jalan napas, pasien tampak sesak, frekuensi pernapasan pasien 25x/menit, terpasang oksigen Tmask 3lpm, terdengar ronchi pada kedua lapang paru, sputum berwarna putih kental, foto thorax terkesan bronkhopneumonia duplek	Ketidakefektif an bersihan jalan napas	Peningkatan produksi sputum
3.	Data subyektif : - Data obyektif : gula darah sewaktu 281 g/dl, urin 2100/24 jam	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Disfungsi pancreas
4.	Data subyektif : Data obyektif : hemoglobin 10,7g/dl, konjungtiva anemis, pasien terpasang nasogatrik tube	Risiko defisit nutrisi	Gangguan menelan
5.	Data subyektif : - Data obyektif : temperatur kulit 36,7 C,	Risiko infeksi	imunosupresi

	kultur sputum hasil pseudomonas auginosa						
6.	Data subyektif :- Data obyektif : - kekuatan otot menurun, <table><tr><td>0000</td><td>0000</td></tr><tr><td>0000</td><td>0000</td></tr></table> Pasien dalam memenuhi kebutuhannya dibantu oleh perawat, terdapat kemerahan pada punggung dan bokong	0000	0000	0000	0000	Gangguan mobilitas fisik	Gangguan neuromuskular
0000	0000						
0000	0000						
7.	Data subyektif : - Data obyektif : pasien tampak kotor, agak bau, berkeringat	Defisit perawatan diri	Gangguan perawatan diri				
8.	Data subyektif : Keluarga pasien mengatakan pasien sakit karena hipertensi, keluarga pasien mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara merawat pasien untuk perencanaan pulang, hal-hal apa saja yang harus diperhatikan. Data obyektif : keluarga pasien tampak bingung ditanya tentang perawatan pasien stroke	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi (ketidakbiasaa n merawat pasien stroke)				

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan perdarahan di basal ganglian paraventricle lateralis kiri.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.
3. Ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan disfungsi pankreas.
4. Risiko defisit nutris berhubungan dengan gangguan reflek menelan.
5. Risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi.
6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (ketidakbiasaan merawat pasien stroke).

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. **Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan perdarahan di basal ganglian paraventricle lateralis kiri**, ditandai dengan :

Data subyektif : -

Data obyektif : Keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor, Tekanan darah 139/91mmHg, frekuensi nadi 107x/menit, saturasi oksigen 100%, CT-scan tanggal 25 Januari 2020 lesi *hemoragik basal ganglian paraventricle lateralis kiri dengan edema perifocal, IVH di ventricle lateralis kiri dan III, herniasi subfalcine*.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali efektif

Kriteria hasil : TTV dalam batas normal (TD : 130/90-150/95), Nadi 60-100x/menit, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (sakit kepala,

mual, muntah, TD meningkat), kesadaran pasien meningkat, GCS pasien meningkat

Rencana tindakan :

- a. Kaji tingkat kesadaran dan respon pupil/8jam
- b. Observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi)/8jam
- c. Atur posisi kepala head up (75°)
- d. Berikan brainact 2x500mg melalui NGT, arcalion 1x200mg melalui NGT, biopres 1x16mg (jika perlu) melalui NGT. berikan amlodipine 1x5mg (jika perlu) melalui NGT.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pagi: Pada pukul 10.00 WIB mengukur TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD 135mmHg, N 98x/menit. Pukul 10.10 mengkaji tingkat kesadaran dan respon pupil dengan hasil keadaan umum sakit berat, kesadaran soporo, GCS E: 2 V: 1 M: 2, respon pupil ada, isokor 2mm/2mm.

Siang: Pukul 15.00 WIB mengukur TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD 125/90 mmHg, N 87x/menit. Pukul 15.00 WIB mengkaji tingkat kesadaran dan respon pupil dengan hasil keadaan umum sakit berat, kesadaran soporo, GCS E: 2 V: 1 M: 2. Pukul 16.00 WIB memberikan brainact 500mg dan arcalion 200mg (melalui NGT) dengan hasil obat berhasil diberikan melalui NGT. Pukul 21.00 WIB mengukur TTV(TD, Nadi) dengan hasil TD 125/90 mmHg, N 87x/menit.

Malam: Pukul 21.00 WIB mengkaji tingkat kesadaran dan respon pupil dengan hasil keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor, GCS E: 2 V: 1 M: 2, respon pupil ada, isokor 2mm/2mm. Pukul 04.00 WIB memberikan brainact 500mg dan arcalion 200mg (melalui NGT) dengan hasil obat berhasil diberikan melalui NGT.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subyektif	: -
Obyektif	: Keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor E: 2 V: 1 M: 2 TD 125/80mmHg, N 103x/menit (Nadi kuat)
Analisa	: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai
Planning	: Lanjutkan intervensi a, b, c, d

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pagi: Pukul 08.00 WIB mengukur TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD 142/88mmHg, N 87x/menit. Pukul 08.05 mengkaji tingkat kesadaran dan respon pupil dengan hasil keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor, GCS E: 2 V: 1 M: 2, respon pupil ada, isokor 2mm/2mm.

Siang: Pukul 15.10 WIB mengukur TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD 125/80 mmHg, N 79x/menit. Pukul 15.15 WIB mengkaji tingkat kesadaran dan respon pupil dengan hasil keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor, GCS E: 2 V: 1 M: 2, respon pupil ada, isokor 2mm/2mm. Pukul 16.00 WIB memberikan brainact 500mg dan arcalion 200mg (melalui NGT) dengan hasil obat berhasil diberikan melalui NGT. Pukul 21.00 WIB mengukur TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD 130/90 mmHg, N 87x/menit.

Malam: Pukul 21.05 WIB mengkaji tingkat kesadaran dan respon pupil dengan hasil keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor, GCS E: 2 V: 1 M: 2, respon pupil ada, isokor 2mm/2mm. Pukul 04.00 WIB memberikan brainact 500mg dan arcalion 200mg (melalui NGT) dengan hasil obat berhasil diberikan melalui NGT.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subyektif	: -
Obyektif	: Keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor E: 2 V: 1 M: 2, TD 147/91mmHg, N 93x/menit (Nadi kuat)
Analisa	: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai
Planning	: Lanjutkan intervensi a, b, c, d

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pagi: Pukul 08.00 WIB mengukur TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD 160/95 mmHg, N 87x/menit. Pukul 08.10 WIB mengkaji tingkat kesadaran dan respon pupil dengan hasil keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor, GCS E: 2 V: 1 M: 2, respon pupil ada, isokor 2mm/2mm. Pukul 08.30 WIB memberikan obat amlodipin 5mg (melalui NGT) dengan hasil obat berhasil diberikan melalui NGT.

Siang: Pukul 15.00 mengukur TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD 130/85 mmHg, Nadi 101x/menit. Pukul 15.00 mengkaji tingkat kesadaran dan respon pupil dengan hasil keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor, GCS E: 2 V: 1 M: 2, respon pupil ada, isokor 2mm/2mm. Pukul 16.00 memberikan brainact 500mg dan arcalion 200mg (melalui NGT) dengan hasil obat berhasil diberikan melalui NGT. Pukul 21.00 WIB mengukur TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD 135/85 mmHg, N 87x/menit.

Malam: Pukul 21.00 WIB mengkaji tingkat kesadaran dan respon pupil dengan hasil keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor, GCS E: 2 V: 1 M: 2, respon pupil ada, isokor 2mm/2mm. Pukul 04.00 WIB memberikan brainact 500mg dan arcalion 200mg (melalui NGT) dengan hasil obat berhasil diberikan melalui NGT.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subyektif	: -
Obyektif	: Keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor E: 2 V: 1 M: 2, TD 130/91mmHg, N 85x/menit (Nadi kuat)
Analisa	: Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
Planning	: Lanjutkan intervensi a, b, c, d

2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, ditandai dengan :

Data subyektif	: -
Data obyektif	: Terdapat sputum pada jalan napas, pasien tampak

	sesak, frekuensi pernapasan pasien 25x/menit, terpasang oksigen Tmask 3lpm terdengar ronchi pada kedua lapang paru, sputum berwarna putih kental, foto thorax terkesan bronkopneumonia duplek.
Tujuan	: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, 3x24 jam diharapkan jalan napas bersih
Kriteria hasil	: Sputum tidak ada, suara napas bersih, jalan napas, suara napas bersih, pasien tidak sesak napas, frekuensi napas dalam batas normal (16-20x/menit), irama napas teratur, kedalaman napas dalam.

Rencana tindakan :

- Auskultasi suara napas/2jam
- Berikan posisi semifowler
- Lakukan fisioterapi dada/2jam
- Kaji frekuensi napas, irama napas, kedalaman napas/8jam
- Lakukan penghisapan lendir/2jam
- Berikan obat fartolin 4x2,5mg (melalui inhalasi), bisolvon, 4x2,5mg (melalui inhalasi), berikan resfar 1x200mg (melalui drip), Berikan salbutamol 2x2mg (melalui peroral)

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pagi: pukul 10.00 WIB mengkaji frekuensi napas, irama, kedalaman napas dengan hasil RR 24x/menit, pernapasan dalam, pernapasan cepat dan teratur. Pukul 10.30 WIB mengauskultasi suara napas dengan hasil terdapat suara ronchi pada kedua lapang paru. Pukul 10.35 WIB memberikan posisi semifowler dengan hasil pasien sudah diposisikan semifowler. Pukul 11.00 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc (melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi. Pukul 11.30 WIB melakukan fisioterapi dada dengan hasil pasien sudah diberikan fisioterapi dada, ada reflek batuk,

sputum keluar. Pukul 11.40 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil Sputum banyak, warna putih, kental, ada reflek batuk. Pukul 14.10 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental, ada reflek batuk.

Siang: pukul 15.00 WIB mengkaji frekuensi napas, irama, kedalaman napas dengan hasil RR 22x/menit, pernapasan dalam, pernapasan cepat dan teratur . Pukul 16.00 WIB memberikan obat salbutamol 2mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 16.05 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil Sputum banyak, warna putih, kental, ada reflek batuk. Pukul 18.00 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc (melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi. Pukul 18.30 WIB melakukan fisioterapi dada dengan hasil pasien sudah diberikan fisioterapi dada. Pukul 18.45 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental.

Malam: pukul 21.00 WIB mengkaji frekuensi napas, irama, kedalaman napas dengan hasil RR 23x/menit, pernapasan dalam, pernapasan cepat dan teratur. Pukul 23.30 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil Sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 01.00 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc (melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi. Pukul 01.30 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 04.00 WIB memberikan obat salbutamol 2mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 04.10 melakukan penghisapan lendir dengan hasil Sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 06.00 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc (melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi. Pukul 06.00 memberikan obat resfar 200mg (drip) dengan hasil obat sudah diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subyektif : -

Obyektif : Suara napas ronchi pada kedua lapang paru, sputum berwarna putih kental, banyak, pasien tampak sesak napas, frekuensi napas 21x/menit, tidak menggunakan otot bantu napas, tidak menggunakan cuping hidung, irama napas cepat, kedalaman napas dalam, terpasang oksigen Tmask 3lpm

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pagi: pukul 08.00 WIB pukul 10.00 WIB mengkaji frekuensi napas, irama, kedalaman napas dengan hasil RR 23x/menit, pernapasan dalam, pernapasan cepat dan teratur Pukul 09.00 WIB mengauskultasi suara napas dengan hasil terdapat suara ronchi pada kedua lapang paru. Pukul 09.05 WIB melakukan fisioterapi dada dengan hasil pasien sudah diberikan fisioterapi dada. Pukul 09.10 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental, ada reflek batuk. Pukul 11.25 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc (melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi. Pukul 11.35 WIB melakukan fisioterapi dada dengan hasil pasien sudah diberikan fisioterapi dada. Pukul 11.40 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil Sputum banyak, warna putih, kental, ada reflek batuk. Pukul 14.10 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental.

Siang: Pukul 15.00 WIB mengkaji frekuensi napas, irama, kedalaman napas dengan hasil RR 21x/menit, pernapasan dalam, pernapasan cepat dan teratur. Pukul 16.00 WIB memberikan obat salbutamol 2mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul

16.05 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 18.00 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc (melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi. Pukul 18.20 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental. sputum. Pukul 20.30 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental.

Malam: pukul 21.00 WIB mengkaji frekuensi napas, irama, kedalaman napas dengan hasil RR 25x/menit, pernapasan dalam, pernapasan cepat dan teratur Pukul 01.00 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental, Pukul 01.20 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 04.00 WIB memberikan obat salbutamol 2mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT Pukul 04.05 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 06.00 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc (melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi. Pukul 06.00 memberikan obat resfar 200mg (drip) dengan hasil obat sudah diberikan. Pukul 06.10 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 Pukul 06.00 WIB

Subyektif : -

Suara napas ronchi pada kedua lapang paru,

Obyektif : sputum

berwarna putih kental, banyak, pasien tampak sesak napas, frekuensi napas 25x/menit, irama napas cepat, kedalaman napas dalam, tidak menggunakan pernapasan cuping

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pagi: Pukul 08.00 mengkaji frekuensi napas, irama, kedalaman napas dengan hasil RR 24x/menit, pernapasan dalam, pernapasan cepat dan teratur. Pukul 08.05 WIB mengauskultasi suara napas dengan hasil terdapat suara ronchi pada kedua lapang paru. Pukul 08.10 WIB melakukan fisioterapi dada dengan hasil pasien sudah diberikan fisioterapi dada. Pukul 08.20 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil Sputum banyak, warna putih, kental, ada reflek batuk. Pukul 11.00 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc (melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi. Pukul 11.10 WIB melakukan fisioterapi dada dengan hasil pasien sudah diberikan fisioterapi dada. Pukul 11.20 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental, ada reflek batuk. Pukul 13.10 WIB mengauskultasi suara napas dengan hasil terdapat suara ronchi pada kedua lapang paru. Pukul 13.15 WIB melakukan fisioterapi dada dengan hasil pasien sudah diberikan fisioterapi dada Pukul 13.30 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental, ada reflek batuk.

Siang: Pukul 15.00 mengkaji frekuensi napas, irama, kedalaman napas dengan hasil RR 22x/menit, pernapasan dalam, pernapasan cepat dan teratur Pukul 15.00 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 16.00 WIB memberikan obat salbutamol 2mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT Pukul 17.00 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc (melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi. Pukul 17.20 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil Sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 20.00 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental.

Malam: Pukul 21.00 mengkaji frekuensi napas, irama, kedalaman napas dengan hasil RR 25x/menit, pernapasan dalam, pernapasan cepat dan teratur Pukul 23.00 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc

(melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi. Pukul 23.10 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 01.00 WIB melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 03.30 wib melakukan penghisapan lendir dengan hasil sputum banyak, warna putih, kental. Pukul 04.00 WIB memberikan obat salbutamol 2mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT Pukul 06.00 WIB memberikan fartolin 2mg dan bisolvo 5cc (melalui inhalasi) dengan hasil pasien sudah diberikan obat inhalasi melalui trakeostomi.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 Pukul 06.00 WIB

Subyektif : -

Obyektif : Suara napas ronchi pada kedua lapang paru, sputum berwarna putih kental, banyak, pasien tampak sesak napas, frekuensi pernapasan 22x/menit, irama napas cepat, kedalaman napas dalam, tidak menggunakan otot bantu napas, tidak menggunakan cuping hidung.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f

3. Ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan disfungsi pancreas ditandai dengan :

Data subyektif : -

Data obyektif : Gula darah sewaktu 281 g/dl, urin 2100/24 jam

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, 3x24 jam diharapkan gula dalam darah pasien stabil

Kriteria hasil : GDS dalam batas normal (60-140g/dl)

Rencana tindakan :

- a. Monitor kadar glukosa darah 1x1 hari (pagi)
- b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi (poliuri, polidipsia, polifagia, malaise, kelemahan)/8jam
- c. Monitor intake dan output/8jam
- d. Berikan metformin 3x500mg (melalui NGT)

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pagi: Pukul 12.00 WIB memberikan metformin 500mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 14.00 WIB memonitor tanda dan gejala hiperglikemi dengan hasil urine 1150cc/8jam. Pukul 14.00 WIB monitor intake dan output cairan dengan hasil intake (infus 340cc, NGT 2x250cc = 500cc, bilas NGT 2x100cc = 200cc), Output (urine 860 cc/8jam).

Siang: Pukul 20.00 WIB memberikan metformin 500mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 21.00 WIB memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake (infus 340cc, NGT 2x250cc = 500cc, Bilas NGT 2x100cc = 200cc), Output : urine 700 cc/8jam.

Malam: Pukul 04.00 WIB memberikan metformin 500mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 06.00 WIB mengukur kadar glukosa darah dengan hasil 200gl/dl. Pukul 06.05 WIB memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake (infus 320cc, NGT 2x250cc = 500cc, Bilas NGT 2x100cc = 200cc), output : urine 1050 cc/8jam.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 Pukul 06.05 WIB

Subyektif : -

Obyektif : - GDS 200g/dl
 - intake : $1040 + 1040 + 1020 = 3100$
 - output urine (2610cc) + IWL (850cc) = 3460c
 - BC = - 360

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
 Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pagi: Pukul 12.00 WIB memberikan metformin 500mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 14.00 WIB memonitor tanda dan gejala hiperglikemi dengan hasil urine 750cc/8jam. Pukul 14.00 WIB monitor intake dan output cairan dengan hasil intake (infus 340cc, NGT 2x250cc = 500cc, bilas NGT 2x100cc = 200cc), output (urine 750 cc/8jam).

Siang: Pukul 20.00 WIB memberikan metformin 500mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 21.00 WIB memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake (infus 320cc, NGT 2x250cc = 500cc, Bilas NGT 2x100cc = 200cc), output: urine 650 cc/8jam.

Malam: Pukul 04.00 WIB memberikan metformin 500mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 06.00 WIB mengukur kadar glukosa darah dengan hasil 190gl/dl . Pukul 06.00 WIB memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake (infus 340cc, NGT 2x250cc = 500cc, Bilas NGT 2x100cc =200cc), output: Urine 900 cc/8jam, BAB 400cc.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 Pukul 06.00 WIB

Subyektif : -

Obyektif : - GDS 190g/dl
 - intake : $1040+1040+1020=3100$
 - output urine (cc) + IWL (2300cc) =3150c
 -BC = - 50

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
 Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pagi: pukul 12.00 memberikan metformin 500mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 14.00 memonitor tanda dan gejala hiperglikemi dengan hasil urine 1150cc/8jam. Pukul 14.00 monitor intake dan output cairan dengan hasil intake (infus 310cc, NGT 2x250cc = 500cc, bilas NGT 2x100cc = 200cc), output (Urine 750 cc/8jam).

Siang: pukul 20.00 memberikan metformin 500mg (PO) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 21.00 memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake (infus 340cc, NGT 2x250cc = 500cc, Bilas NGT 2x100cc = 200cc), output: Urine 650 cc/8jam, bab 250cc.

Malam: pukul 04.00 memberikan metformin 500mg (melalui NGT) dengan hasil obat sudah diberikan melalui NGT. Pukul 06.00 mengukur kadar glukosa darah dengan hasil 196g/dl. Pukul 06.05 memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake (infus 360cc, NGT 2x250cc = 500cc, Bilas NGT 2x100cc = 200cc), output: urine 1050cc/8jam.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subyektif : -

Obyektif : - GDS 196g/dl
 - intake : $1010 + 1030 + 1060 = 3100$
 - output urine (2700cc) + IWL (850cc) = 3550c
 - BC = - 450cc

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d

4. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan reflek menelan ditandai dengan :

Data subyektif : -

Data obyektif : Hemoglobin 10,7g/dl, konjungtiva anemis, pasien terpasang nasogatrik tube

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, 3x24 jam diharapkan risiko tidak terjadi

Kriteria hasil : Hemoglobin dalam batas normal (12,5-15g/dl), konjungtiva ananemis.

Rencana tindakan :

- a. Monitor asupan makanan/8jam
- b. Monitor hasil laboratorium (hemoglobin)
- c. Berikan makanan dengan diit Rendah garam III 1700kkalori

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pagi: Pukul 12.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah.

Siang: Pukul 16.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah. Pukul 20.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah.

Malam: Pukul 24.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah. Pukul 04.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 Pukul 06.00 WIB

Subyektif : -

Obyektif : Konjungtiva anemis, tidak ada residu, pasien terpasang NGT

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pagi: Pukul 08.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah. Pukul 12.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah.

Siang: Pukul 16.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah. Pukul 20.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah.

Malam: Pukul 24.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah. Pukul 04.00 memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 Pukul 06.00 WIB

Subyektif	: -
Obyektif	: Konjungtiva anemis, tidak ada residu, pasien terpasang NGT
Analisa	: Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
Planning	: Lanjutkan intervensi a, b, c

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pagi: Pukul 08.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah. Pukul 12.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah.

Siang: Pukul 16.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil

sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah. Pukul 20.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah.

Malam: Pukul 24.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah. Pukul 04.00 WIB memberikan makanan via NGT dengan hasil sudah diberikan makanan via NGT 250cc dibilas dengan air 100cc, tidak ada residu, tidak ada muntah.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subyektif : -
 Obyektif : Konjungtiva anemis, tidak ada residu, pasien terpasang NGT
 Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
 Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c

5. Risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi ditandai dengan :

Data subyektif : -
 Data obyektif : Temperatur kulit 36,7 °C, kultur sputum hasil pseudomonas auginosa.
 Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, 3x24 jam diharapkan tidak ada infeksi
 Kriteria hasil : Suhu dalam batas normal (36,5-37,5°C), leokosit dalam batas normal (5.000-10.000/ul), kemerahan pada punggung dan bokong berkurang

Rencana tindakan :

- a. Ukur suhu pasien/8jam
- b. Pertahankan teknik aseptik
- c. Monitor nilai laboratorium (leukosit)
- d. Berikan ciprofloxacin 2x200mg (drip).

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB mengukur suhu pasien dengan hasil suhu 36,7°C.
Pukul 18.00 WIB memberikan obat ciprofloxacin 200mg (Drip) dengan hasil obat sudah diberikan kepada pasien. Pukul 06.00 WIB memberikan obat ciprofloxacin 200mg (Drip) dengan hasil obat sudah diberikan kepada pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subyektif : -
Obyektif : Pasien terpasang NGT, terpasang infus tidak ada flebitis, terpasang kateter urine, suhu 37°C
Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB mengukur suhu pasien dengan hasil suhu 36,9°C
Pukul 18.00 Memberikan obat ciprofloxacin 200mg (Drip) dengan hasil obat sudah diberikan kepada pasien. Pukul 06.00 memberikan obat ciprofloxacin 200mg (Drip) dengan hasil obat sudah diberikan kepada pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subyektif : -
Obyektif : Suhu pasien 36,6°C, terpasang infus tidak ada Flebitis, pasien terpasang NGT, terpasang kateter urine
Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai
Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB mengukur suhu pasien dengan hasil suhu 36,7°C
 Pukul 18.00 WIB memberikan obat ciprofloxacin 200mg (Drip) dengan hasil obat sudah diberikan kepada pasien. Pukul 06.00 WIB memberikan obat ciprofloxacin 200mg (Drip) dengan hasil obat sudah diberikan kepada pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subyektif : -
 Obyektif : Suhu 36,5°C, terpasang infus tidak ada flebitis pasien terpasang NGT, terpasang Kateter urine
 Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai
 Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d

6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan :

Data subyektif : -
 Data obyektif : Pasien dalam memenuhi kebutuhannya dibantu oleh perawat, kekuatan otot menurun, terdapat kemerahan pada punggung dan bokong.

0000	0000
0000	0000

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat
 Kriteria hasil : Kekuatan otot pasien pada keempat ekstremitas mengalami peningkatan.

Rencana tindakan :

- a. Kaji tekanan darah dan nadi saat akan memulai ROM
- b. Lakukan ROM pasif 2x1hari

- c. Lakukan mobilisasi kana/kiri pasien setiap 4 jam
- d. Beri minyak zaitun/4jam

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pagi : Pukul 12.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke kanan. Pukul 14.00 WIB melakukan ROM pasif pada ke empat ekstremitas dengan hasil pasien sudah dilakukan ROM pasif.

Siang: Pukul 16.00 WIB memberikan minyak zaitun dengan hasil pasien sudah diberikan minyak zaitun pada bokong dan punggung. Pukul 16.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien di miringkan. Pukul 20.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke kiri.

Malam: Pukul 24.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke telentang. Pukul 04.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke kanan.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020 pukul 06.00 WIB

Subyektif : -

Obyektif : Kekuatan otot pasien lemah pada ke empat ekstremitas
Terdapat kemerahan pada punggung dan bokong.

0000	0000
0000	0000

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pagi: Pukul 08.00 memberikan minyak zaitun dengan hasil pasien sudah diberikan minyak zaitun pada bokong dan punggung. Pukul 08.00 melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke telentang. Pukul 08.00 WIB melakukan ROM pasif pada ke empat ekstremitas dengan hasil pasien sudah dilakukan ROM pasif Pukul 12.00 melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke kiri. Pukul 14.00 WIB melakukan ROM pasif pada ke empat ekstremitas

dengan hasil pasien sudah dilakukan ROM pasif.

Siang: Pukul 16.00 memberikan minyak zaitun dengan hasil pasien sudah diberikan minyak zaitun pada bokong dan punggung. Pukul 16.00 melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan kanan. Pukul 20.00 memberikan minyak zaitun dengan hasil pasien sudah diberikan minyak zaitun pada bokong dan punggung. Pukul 20.00 melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke kanan.

Malam: Pukul 24.00 melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke telentang.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 06.00 WIB

Subyektif : -

Obyektif : Kekuatan otot pasien lemah pada ke empat ekstremitas terdapat kemerahan pada punggung dan bokong

0000	0000
0000	0000

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pagi : Pukul 08.00 WIB memberikan minyak zaitun dengan hasil pasien sudah diberikan minyak zaitun pada bokong dan punggung. Pukul 08.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke kiri. Pukul 08.00 WIB melakukan ROM pasif pada ke empat ekstremitas dengan hasil pasien sudah dilakukan ROM pasif. Pukul 12.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke telentang. Pukul 14.00 WIB melakukan ROM pasif pada ke empat ekstremitas dengan hasil pasien sudah dilakukan ROM pasif.

Siang: Pukul 16.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke kanan. Pukul 20.00 WIB memberikan minyak zaitun dengan hasil pasien sudah diberikan minyak zaitun pada bokong

dan punggung. Pukul 20.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke kanan.

Malam: Pukul 24.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke kanan. Pukul 04.00 WIB melakukan mika-miki pasien dengan hasil pasien dimiringkan ke kanan

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 Pukul 06.00 WIB

Subyektif : -

Obyektif : Kekuatan otot pasien lemah pada ke empat ekstremitas terdapat kemerahan pada punggung dan bokong

0000	0000
0000	0000

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c, d

7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan :

Data subyektif : -

Data obyektif : Pasien setiap mandi, mencuci rambut, oral hygien dibantu oleh perawat

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, 3x24 jam diharapkan perawatan diri pasien terpenuhi

Kriteria hasil : Pasien tampak bersih, napas pasien tidak bau,

Rencana tindakan :

- a. Bantu pasien mandi
- b. Bantu pasien mengganti pakaian
- c. Bantu pasien melakukan oral hygien

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 17.00 WIB memandikan pasien dengan menggunakan washlap dengan hasil pasien sudah dimandikan. Pukul 17.00 WIB membantu

pasien oral hygien dengan hasil pasien sudah dibersihkan Pukul 06.00 WIB membantu pasien membersihkan badan dengan washlap dan oral hygien dengan hasil pasien sudah dibersihkan.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 06.00 WIB

Subyektif : -
 Obyektif : Pasien tampak bersih, badan agak bau
 Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
 Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 17.00 WIB memandikan pasien menggunakan washlap dengan hasil pasien sudah dimandikan. Pukul 17.00 WIB membantu pasien oral hygien dengan hasil pasien sudah dibersihkan. Pukul 06.15 memandikan pasien menggunakan washlap dengan hasil pasien sudah dimandikan Pukul 06.20 WIB membantu pasien oral hygien dengan hasil pasien sudah dibersihkan.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 06.00 WIB

Subyektif : -
 Obyektif : Pasien tampak bersih, badan berkeringat, agak bau
 Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
 Planning : Lanjutkan intervensi a, b, c

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 17.00 WIB memandikan pasien dengan hasil pasien sudah dimandikan. Pukul 17.00 WIB membantu pasien oral hygien dengan hasil pasien sudah dibersihkan. Pukul 06.10 memandikan pasien menggunakan washlap dengan hasil pasien sudah dimandikan. Pukul 06.10 WIB membantu pasien oral hygien dengan hasil pasien sudah dibersihkan.

Evaluasi keperawatan tanggal 13 Februari 2020 06.00 WIB

Subyektif	: -
Obyektif	: Pasien tampak bersih, agak bau
Analisa	: Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
Planning	: Lanjutkan intervensi a, b, c

8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (ketidakbiasaan merawat pasien stroke) ditandai dengan :

Data subyektif	: Keluarga pasien mengatakan pasien sakit karena hipertensi, keluarga pasien mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara merawat pasien untuk perencanaan pulang, hal-hal apa saja yang harus diperhatikan.
Data obyektif	: Keluarga pasien tampak bingung ditanya tentang perawatan pasien stroke
Tujuan	: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pengetahuan keluarga meningkat
Kriteria hasil	: Keluarga pasien dapat mengetahui tentang penyakit pasien, bagaimana cara merawat pasien dengan stroke.

Rencana tindakan :

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- Identifikasi faktor yang dapat meningkatkan kemampuan informasi
- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- Jadwalkan pendidikan kesehatan

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 11.00 WIB Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil keluarga pasien mengatakan bersedia untuk

menerima pendidikan kesehatan untuk pasien dengan stroke. Pukul 11.00 WIB menjadwalkan pendidikan kesehatan dengan hasil keluarga pasien mengatakan bersedia menerima pendidikan kesehatan pada tanggal 12/2/20

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020 06.00 WIB

- Subyektif : Keluarga pasien menyatakan bersedia menerima pendidikan kesehatan selasa 11 Februari 2020
- Obyektif : keluarga pasien menunjukkan sikap bersedia Menerima pedidikan kesehatan
- Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
- Planning : Lanjutkan intervensi c , hentikan intervensi a, b, d
Indikasi keluarga pasien bersedia menerima pendidikan kesehatan, serta sudah menentukan jadwal untuk dilakukan pendidikan kesehatan.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 13.00 WIB melakukan pendidikan kesehatan dengan hasil keluarga pasien sudah diberikan penyuluhan kesehatan berjudul “perawatan pasien pasca stroke”

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 06.00 WIB

- Subyektif : sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan pada Keluarga pasien tidak tahu melakuka cara merawat pasien dengan stroke
- Obyektif : Keluarga pasien dapat mendemosntrasikan ROM pasif Pada pasien
- Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai
- Planning : Hentikan intervensi a,b,c,d dengan indikasi keluarga Mengetahui perawatan pada pasien stroke

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan kasus asuhan keperawatan stroke hemoragi pada Tn.P.

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) tanda dan gejala pada stroke hemoragi mengalami perubahan berkemih seperti inkontinensia, anuria, adanya distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus tidak ada atau berkurang, sedangkan pada kasus tidak terjadi hal ini dikarenakan pada kasus pasien tidak mengalami kelemahan tonus otot abdomen. Hal ini dibuktikan dengan produksi urin cukup, tidak ada distensi abdomen, bising usus 15x/menit.

Menurut (Doenges, 2012) tanda dan gejala pada stroke hemoragic mengalami ukuran pupil yang tidak sama, sedangkan pada kasus tidak terjadi. Hal ini dikarenakan lobus oksipital yang berfungsi untuk pusat penglihatan tidak mengalami cedera, melainkan bagian yang mengalami cedera adalah bagian basal ganglia yang berfungsi untuk koordinasi gerak. Hal ini dibuktikan dengan ukuran pupil pasien isokor dengan ukuran 2mm/2mm.

Menurut (Batticaca, 2012) pasien dengan stroke tidak mengalami kenaikan leukosit, tetapi dikasus terjadi hal ini dikarenakan pada kasus terdapat penyakit lain yaitu bronchopneumonia, dibuktikan dengan hasil thorax dengan kesan bronchopneumonia duplek serta hasil cek sputum terdapat *bakteri pseudomonas aeruginosa* dan jumlah leukosit 19.349/ul.

Menurut (Tarwoto, 2013) penatalaksanaan pada pasien dengan stroke dilakukan pembedahan, sedangkan pada kasus tidak dilakukan pembedahan. Hal ini dikarenakan perdarahan yang terjadi <0,5cc, dilakukan pembedahan apabila perdarahan serebrum diameter lebih dari 3cm volume lebih dari 50cc.

Menurut (Batticaca, 2012) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien stroke hemoragi adalah angiografi serebral, CT-scan, MRI, USG doppler, EEG, sinar thorak, pemeriksaan laboratorium. Namun pada kasus hanya dilakukan pemeriksaan CT-scan dengan hal ini dikarenakan kesan dari pemeriksaan CT-scan sudah menunjukkan hasil yang cukup jelas bagian yang mengalami perdarahan yaitu dengan kesan *lesi hemoragik basal ganglia paraventricle lateralis kiri dengan edema perifokal, IVH di ventricle lateralis kiri dan III, herniasi subfalcine*.

Menurut kowalski (2010) dalam (Setyawan, 2018) stress mempercepat produksi senyawa berbahaya dalam tubuh, meningkatkan kecepatan denyut jantung dan kebutuhan akan suplay darah, dan tidak lama kemudian meningkatkan tekanan darah serta menimbulkan serangan jantung dan stroke. Kondisi stress membuat tubuh menghasilkan hormon adrenalin lebih banyak, membuat jantung bekerja lebih kuat dan cepat. Apabila terjadi dalam jangka waktu yang lama maka akan timbul rangkaian reaksi dari organ tubuh lain. Stress yang dialami oleh penderita hipertensi akan mempengaruhi peningkatan tekanan darah yang cenderung menetap atau bahkan dapat bertambah tinggi sehingga menyebabkan kondisi hipertensinya menjadi lebih berat (Lawson, 2007) dalam (Islami, 2015).

Pada dasarnya pasien yang mengalami penurunan kesadaran tidak diperbolehkan untuk dirawat di ruang perawatan biasa minimal intermediate care unit (IMC) karena membutuhkan perawatan yang lebih intensif, tetapi dalam kasus pasien dengan penurunan kesadaran ditempatkan di ruang perawatan keluarga atas permintaan dari keluarga pasien pasien dipindahkan ke ruang biasa karena faktor biaya.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu keluarga pasien kooperatif terkait penyakit pasien, data rekam medis lengkap, dan perawat ruangan sangat membantu penulis dalam mengumpulkan data-data, sehingga penulis dapat memperoleh data secara akurat.

Faktor pengambat dalam melakukan pengkajian pasien yang dikelola mengalami penurunan kesadaran, sehingga data-data diatas didapatkan dari keluarga, rekam medis, perawat ruangan. Solusinya dengan menanyakan kepada keluarga dan perawat ruangan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada (Doenges, 2012), tetapi tidak ada pada kasus adalah :

1. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral ; kerusakan neuromuskuler, kehilangan tonus/kontrol otot fasial/oral; kelemahan/kelelahan umum. Kondisi ini terjadi apabila ada kerusakan pada lobus frontalis yang berfungsi sebagai pusat intelektual dan pusat bahasa dan bicara. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian perawat tidak dapat mengkaji kemampuan komunikasi pasien karena pasien mengalami penurunan kesadaran.
2. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan resepsi sensori, transmisi, integrasi (trauma neurologis/defisit), stress psikologis (penyempitan lapang perseptual disebabkan oleh ansietas). Kondisi ini terjadi apabila terjadi kerusakan pada lobus parietal yang berfungsi sebagai pusat sensibilitas/pusat sensori. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pengkajian perawat tidak dapat mengkaji kemampuan persepsi sensori pasien karena pasien mengalami penurunan kesadaran.
3. Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, perseptual kognitif. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian perawat tidak dapat menggali harga diri pasien, karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

Diagnosa keperawatan yang tidak ada pada (Doenges, 2012) tetapi ada pada kasus antara lain :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas kondisi ini terjadi akibat kurang stimulus organ pankreas untuk mengeluarkan insulin. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian nilai kadar glukosa dalam darah pasien tinggi yaitu 281g/dl.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum. Kondisi ini terjadi karena akibat tirah baring yang lama, reflek batuk tidak ada sehingga terjadi peningkatan produksi sputum. Dibuktikan dengan suara ronchi pada kedua lapang paru, hasil foto thorax pasien terdapat bronchopneumonia duplex, frekuensi pernapasan pasien 25x/menit, pasien tampak sesak napas.
3. Risiko defisit nutrisi bergubungan dengan gangguan menelan. Kondisi ini dikarenakan kerusakan pada saraf vagus yang berfungsi untuk menelan. Hal ini dibuktikan dengan pasien terpasang nasogatriktube.
4. Risiko infeksi berhubungan dengan imunosupresi. Kondisi ini terjadi karena terjadi peradangan pada organ paru-paru. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian batuk berdahak, nilai leukosit 19.349/ul, hasil kultur sputum terdapat *pseudomonas aeginosa*,.

Faktor pendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan yaitu data-data pasien mendukung dalam menegakkan diagnosa dan terdapat buku sumber yang dapat membantu penulis untuk menegakkan diagnosa.

Faktor penghambat dalam menyusun diagnosa keperawatan yaitu terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien, tetapi tidak terdapat pada teori. Solusinya mencari referensi terkait diagnosa yang ditemukan pada pasien, tetapi tidak terdapat pada teori.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas pada kasus adalah perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan perdarahan di basal ganglia paraventricle lateralis kiri . Penulis mengangkat diagnosa prioritas berdasarkan kebutuhan hierarki maslow yang pertama yaitu kebutuhan fisiologi (oksigenasi). Hal ini dibuktikan bahwa dengan pemeriksaan CT-scan didapatkan kesan *lesi hemoragik basal ganglia paraventricle lateralis kiri dengan edema perifocal, IVH di ventricle lateralis kiri dan III, herniasi subfalcine*. Maka penulis menetapkan diagnosa keperawatan ini menjadi prioritas utama pada kasus. Menurut teori penyusunan waktu dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak ada batasan waktu, sedangkan pada kasus penulis menetapkan waktu yaitu selama 3x24 jam untuk mencapai intervensi pada diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan oleh penulis.

Berikut ini merupakan kesenjangan pada rencana keperawatan yang ada dalam teori tetapi tidak terdapat pada kasus :

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan perdarahan di basal ganglia paraventricle lateralis kiri.
 - a. Catat perubahan dalam penglihatan, seperti adanya kebutaan, gangguan lapang pandang/ kedalaman persepsi, rencana tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga tidak memungkinkan untuk merencanakan tindakan ini..
 - b. Cegah terjadinya muntah saat defekasi, dan pernapasan yang memaksa (batuk terus-menerus) rencana tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus pasien mengalami penurunan kesadaran, tidak ada masalah dalam defekasi. Penulis pada saat melakukan pengkajian tidak menemukan pernapasan memaksa (batuk terus menerus).
 - c. Kaji fungsi-fungsi yang lebih tinggi, seperti fungsi bicara jika pasien sadar rencana ini tidak direncanakan karena pasien mengalami

- penurunan kesadaran sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan intervensi ini.
- d. Persiapkan untuk pembedahan, endarterektomi, bypass mikrovaskuler rencana tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus pasien mengalami perdarahan $<0,5\text{cc}$.
 - e. Berikan pelunak feses, rencana tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus pasien tidak mengalami gangguan dalam defekasi.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
 - a. Gunakan papan kaki secara bergantian, rencana tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus pasien keterbatasan alat.
 - b. Berikan obat relaksan otot, antispasmodik, sesuai indikasi, rencana tindakan ini tidak direncanakan karena pada kasus pasien tidak mendapatkan obat relaksan.
 3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (ketidakbiasaan merawat pasien stroke)
 - a. Evaluasi tipe atau derajat dari gangguan persepsi sensori rencana tindakan ini tidak dilakukan karena intervensi dilakukan pada keluarga pasien
 - b. Anjurkan pasien untuk merujuk pada daftar/komunikasi tertulis atau catatan yang ada dari pada hanya tergantung pada apa yang diingat rencana tindakan ini tidak dilakukan karena pasien mengalami penurunan kesadaran

Faktor pendukung dalam menyusun intervensi adalah adanya referensi dalam pembuatan intervensi yang mempermudah penulis untuk menyusun intervensi sehingga dapat dilakukan dengan baik.

Dalam penyusunan rencana keperawatan, penulis tidak menemukan hambatan karena sudah tersedianya referensi sebagai panduan dalam penyusunan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan kepada pasien dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 10-12 Februari 2020.

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan perdarahan di basal ganglia paraventricle lateralis kiri. Penulis membuat rencana sebanyak 4 rencana keperawatan dan penulis melakukan semua rencana tindakan keperawatan.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum. Penulis membuat rencana sebanyak 6 rencana keperawatan dan penulis melakukan semua rencana tindakan keperawatan.
3. Ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan disfungsi pankreas. Penulis membuat rencana sebanyak 4 rencana keperawatan dan penulis melakukan semua rencana tindakan keperawatan.
4. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan reflek menelan. Penulis membuat rencana sebanyak 3 rencana keperawatan dan penulis melakukan semua rencana tindakan keperawatan.
5. Risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi. Penulis membuat rencana sebanyak 4 rencana keperawatan dan penulis melakukan semua rencana tindakan keperawatan.
6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis membuat rencana sebanyak rencana keperawatan dan penulis melakukan semua rencana tindakan keperawatan.
7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis membuat rencana sebanyak 3 rencana keperawatan dan penulis melakukan semua rencana tindakan keperawatan.
8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (ketidakbiasaan merawat pasien stroke). Penulis membuat rencana sebanyak 4 rencana keperawatan dan penulis melakukan semua rencana tindakan keperawatan.

Faktor pendukung yaitu adanya sikap kooperatif pasien dan keluarga yang membantu untuk melakukan perencanaan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat agar berjalan dengan baik terutama penyakit yang dialami pasien. Serta sikap kooperatif tim medis yaitu ahli fisioterapi dalam melakukan kolaborasi ROM pasif.

Faktor penghambat yang ditemukan dalam pelaksanaan keperawatan yaitu adanya keterbatasan waktu sehingga pelaksanaan tidak dapat dilakukan seluruhnya dengan maksimal. Solusi yang dilakukan penulis dalam menghadapi faktor penghambat yaitu dengan melakukan kolaborasi bersama perawat ruangan sebagai tim dan monitor perkembangan pasien melalui tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan dan disesuaikan dengan intervensi yang telah disusun agar asuhan keperawatan tetap berjalan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dibuat setiap hari dengan mengacu pada tujuan yang telah dibuat.

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan perdarahan di basal ganglia paraventricle lateralis kiri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali efektif. Selama pasien dirawat selama 3 hari masalah belum teratasi tujuan belum tercapai ditandai dengan keadaan umum sakit berat, kesadaran sopor E: 2 V: 1 M: 2, TD 130/91mmHg, N 85x/menit (Nadi kuat). Lanjutkan intervensi a, b, c, d.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan napas bersih. Selama pasien dirawat 3 hari masalah belum teratasi tujuan belum tercapai ditandai dengan suara napas ronchi pada kedua lapang paru, sputum, berwarna putih kental, banyak, pasien tampak sesak napas, frekuensi pernapasan 22x/menit, irama napas cepat, Kedalaman napas dalam, tidak menggunakan otot bantu napas, tidak menggunakan pernapasan cuping hidung Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f
3. Ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan disfungsi pankreas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, 3x24 jam

diharapkan gula darah pasien stabil. Selama pasien dirawat 3 hari masalah belum teratasi tujuan belum tercapai ditandai dengan GDS 196g/dl, intake : $1010+1030+1060=3100\text{cc}$, output urine (2700cc) + IWL (850cc) =3550c, BC = - 450cc.

4. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan reflek menelan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko deficit nutrisi tidak terjadi. Selama pasien dirawat selama 3 hari masalah belum teratasi tujuan belum tercapai ditandai dengan konjungtiva anemis, tidak ada residu, pasien terpasang NGT a, b, c, d.
5. Risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi. Selama pasien dirawat selama 3 hari masalah belum teratasi tujuan belum tercapai ditandai dengan suhu pasien $36,5^{\circ}\text{C}$, pasien terpasang NGT, terpasang infus, terpasang kateter urine
6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat. Selama pasien dirawat selama 3 hari masalah belum teratasi tujuan belum tercapai ditandai dengan terdapat kemerahan pada punggung dan bokong, kekuatan otot pasien lemah pada keempat ekstremitas

0000	0000
0000	0000
7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri pasien terpenuhi. Selama pasien dirawat selama 3 hari masalah belum teratasi tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien bersih, badan berkeringat agak bau.
8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (ketidakbiasaan merawat pasien stroke). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pengetahuan keluarga pasien meningkat. Selama pasien dirawat selama 3 hari masalah teratasi tujuan tercapai ditandai sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan pada Keluarga pasien tidak tahu melakuka cara merawat pasien dengan stroke, keluarga

pasien dapat mendemonstrasikan ROM pasif pada pasien. Hentikan intervensi a,b,c,d dengan indikasi keluarga mengetahui perawatan pasca stroke dan dapat mendemonstrasikan ROM pasif.

Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan yaitu tidak ditemukan data subyektif pada pasien serta masalah keperawatan belum teratasi tujuan belum tercapai. Solusi yang dilakukan penulis dalam menghadapi faktor penghambat yaitu penulis melihat perkembangan pasien dengan melihat data obyektif dan data dari catatan keperawatan ruangan.

BAB V

PENUTUP

Dalam bab ini penulis menyimpulkan karya tulis ilmiah berdasarkan bab satu sampai bab empat.

A. Kesimpulan

Pasien dengan stroke hemoragi disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang biasanya disebabkan karena tekanan darah yang meningkat. Peningkatan tekanan darah yang kronis dapat menyebabkan pembuluh darah mengalami perubahan struktur yang berakibat menipisnya pembuluh darah. Peningkatan tekanan darah yang mendadak dapat mengakibatkan pembuluh darah pecah. Pada pasien ditemukan riwayat hipertensi, serta pasien tidak mengonsumsi obat antihipertensi yang membuat tekanan darahnya meningkat. Data yang ditemukan pada pasien dengan stroke hemoragi saat pengkajian pasien mengalami penurunan kesadaran dengan sopor E: 2 V: 1 M: 2. Pemeriksaan diagnostic yang dilakukan pada pasien yaitu CT-scan.

Ditemukan delapan diagnosa keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragi yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan perdarahan di basal ganglia paraventricle lateralis kiri, ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, ketidakstabilan glukosa dalam darah berhubungan dengan disfungsi pankreas, risiko defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan reflek menelan, risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (ketidakbiasaan merawat pasien stroke). Diagnosa yang menjadi prioritas utama adalah perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan perdarahan di basal ganglia paraventricle lateralis kiri.

Perencanaan keperawatan pasien stroke hemoragik terdapat perencanaan mandiri ataupun kolaborasi kaji tingkat kesadaran dan respon pupil, kaji tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial, observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi), atur posisi kepala head up (75°), beri obat antihipertensi, berikan vitamin untuk otak.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan untuk pasien dengan stroke hemoragik adalah mengkaji tingkat kesadaran dan respon pupil, mengkaji tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial, mengobservasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi), mengatur posisi kepala head up (75°), memberi obat antihipertensi, vitamin untuk otak.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada akhir proses keperawatan. Evaluasi didapatkan dengan melihat antara kriteria hasil dengan hasil terakhir yang didapatkan dari implementasi. Pada kasus evaluasi yang lebih ditekankan adalah perfusi jaringan serebral menjadi adekuat.

B. Saran

1. Bagi penulis untuk stroke hemoragik
Diharapkan penulis mampu memahami kasus berdasarkan teori yang ada pada kasus yang dikelola memperhatikan pasien secara holistik.
2. Bagi perawat ruangan untuk stroke hemoragik
 - a. Diharapkan perawat ruangan meningkatkan kerjasama tim dalam proses asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik dengan mengklarifikasikan antara tenaga medis lainnya dalam pendokumentasian terapi pada pasien dengan stroke hemoragik.
 - b. Diharapkan perawat ruangan untuk meningkatkan ketrampilan dalam merawat pasien dengan stroke hemoragik.
 - c. Diharapkan perawat ruangan meningkatkan pengetahuan mengenai perjalanan penyakit stroke hemoragik.

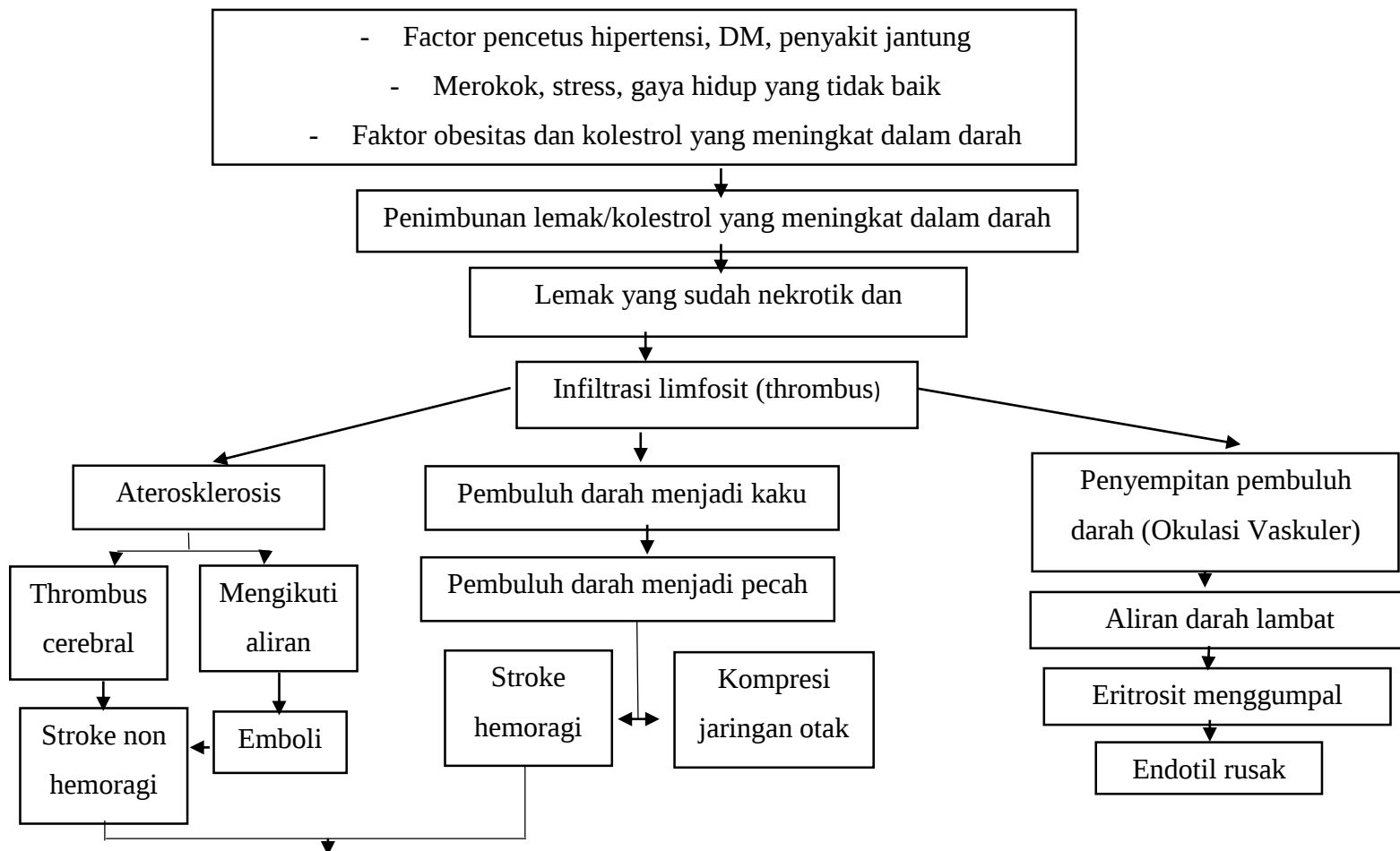
DAFTAR PUSTAKA

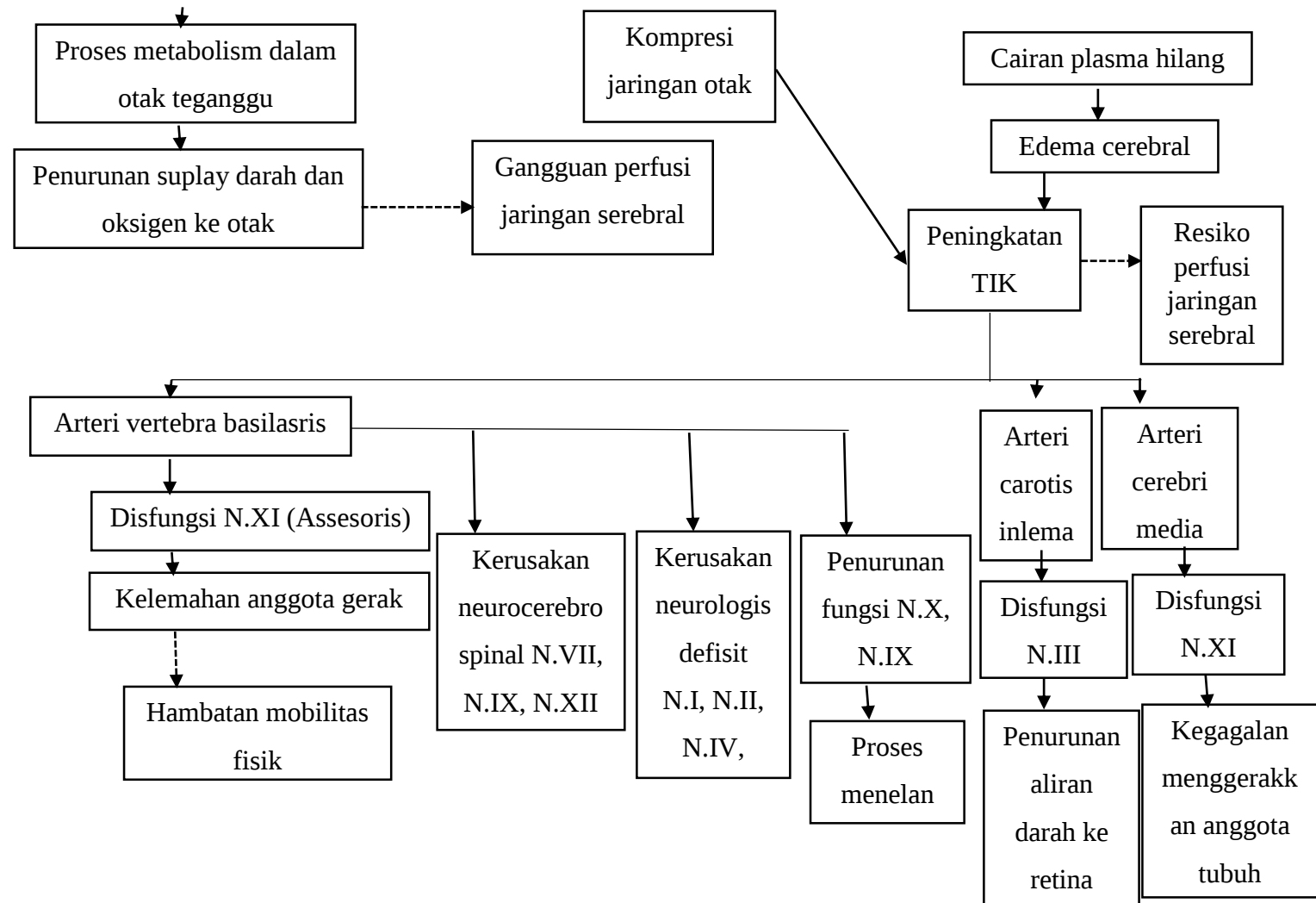
- Association, A. H. (2019). Heart Disease and Stroke Statistics-2019 At-a-Glance. *American Heart Associaton*, 1-5.
- Batticaca, F. B. (2012). *Asuhan keperawatan klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Doenges, M. E. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. jakarta: EGC.
- Haryono, R., & Utami, M. P. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Islami, K. I. (2015). Hubungan Antara Stres dengan hipertensi Pada Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Rapak Mahang Kabupaten Kutai Kartanegara Provinsi Kalimantan Timur. 1-10. Retrieved Juni Sabtu, 2020
- Kozier, B. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik* . Jakarta: EGC.
- Pargulatan, M. T., Khairani, A. I., & Simanjutak, N. (2019). Studi Kasus Pemenuhan Kebutuhan Perfusi Jaringan Cerebral Pasien Stroke Haemoragik di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan Tahun 2018. 1, 37-51. Retrieved Mei Rabu , 2020, from <http://jurnal.stikes-sitihajar.ac.id/index.php/jhsp/article/view/13/9>
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamental Keperawatan Buku 1 Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- Riskesdas. (2018). Laporan Nasional Rikesdas. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 1-614. Retrieved Februari 8, 2020

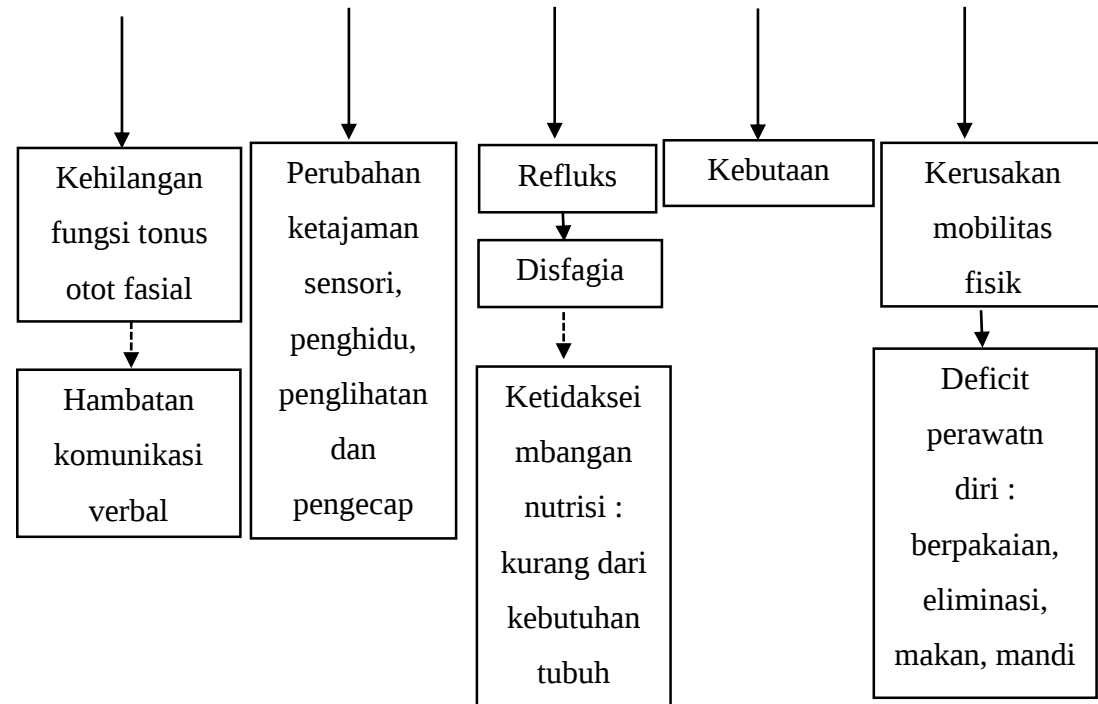
- Setyawan, A. B. (2018). Hubungan Antara Tingkat Stres dan Kecemasan Dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia di Klinik Islamic Center Samarinda Tahun 2017. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6, 1-9. Retrieved Juni sabtu, 2020
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan medikal bedah gangguan sistem persarafan*. Jakarta: Cv Sagung Seto.

LAMPIRAN

A. Patoflowdiagram







(Haryono & Utami, 2019)

B. Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Diagnosa Keperawatan : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (ketidakbiasaan merawat pasien stroke)

Topic : Perawatan Pasca stroke (ROM pasif)

Sasaran : keluarga pasien (Tn. P)

Waktu : 11 februari 2020, pukul 13.00-13.30 WIB

Tempat : Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat (Ruang Mawar)

TIU	TIK	Materi	Kegiatan Belajar Mengajar			Alat Peraga	Evaluasi
			Penyuluh	Peserta	Metode		
Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x30menit,	Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 1x30 menit di harapkan:	1. Pengertian stroke 2. Penyebab stroke	Pembukaan 2 menit 1. salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Mengenali dan menerima	1. Diskusi 2. Tanya jawab	Booklet	1. Peserta dapat mengetahui pengertian stroke

peserta diharapkan dapat memahami perawatan pasca stroke (ROM pasif)	1. Peserta dapat mengetahui pengertian stroke 2. Peserta dapat mengetahui penyebab stroke 3. Peserta dapat mengetahui prinsip perawatan pasca stroke 4. Peserta dapat mengetahui	3. Prinsip perawatan pasca stroke 4. Pencegahan stroke berulang 5. Pengertian rom pasif 6. Tujuan rom pasif 7. Gerakan rom pasif	4. Penjelasan tujuan Topik penyuluhan 15 menit 6. Pengertian stroke 8. Penyebab stroke 9. Prinsip perawatan pasca stroke	kehadiran penyuluhan 3. Menyetujui 4. Memperhatikan Mendengarkan			2. Peserta dapat menyebutkan penyebab stroke 3. Peserta dapat menyebutkan prinsip perawatan pasca stroke 4. Peserta dapat menyebutkan pencegahan stroke berulang 5. Peserta dapat
--	---	--	---	---	--	--	--

	pencegahan stroke berulang 5. Peserta dapat mengetahui pengertian rom pasif 6. Peserta dapat mengetahui tujuan rom pasif 7. Peserta dapat melakukan rom pasif pada pasien sroke		10. Pencegahan stroke berulang 11. Pengertian rom pasif 12. Tujuan rom pasif 13. Gerakan rom pasif Penutup 3menit 14. Memberi kesempatan bertanya 15. Bertanya / evaluasi.	1. Bertanya 2. Menjawab 3. Mendengarkan			mengetahui pengertian rom pasif 6. Peserta dapat menyebutkan tujuan rom pasif 7. Peserta dapat mendemonstrasikan rom pasif pada pasien sroke
--	---	--	---	--	--	--	---

			16. Menyimpulk an 17. Salam penutup	4. Menjawab salam			
--	--	--	--	----------------------	--	--	--

C. Booklet



TUJUAN



- Melatih pergerakan agar dapat mempertahankan fungsi otot/sendi
- melatih pergerakan untuk pemulihan fungsi otot/sendi akibat sakit, cedera, maupun penurunan fungsi

1. Gerakan memutar dan menundukan kepala



2. Tekuk dan luruskan siku



3. Gerakan Bahu



4. putar ke dalam dan luar pada bahu



5. tekuk dan luruskan jari-jari pergelangan tangan



6. Tekuk dan luruskan ibu jari



7. Putar pergelangan kaki



8. gerakan jari kaki di tekuk dan di tarik ke arah muka (tarikan tumit)



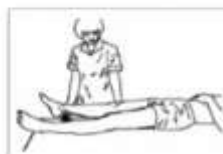
9. pangkal paha dan lutut di tekuk



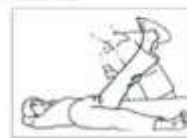
10. perputaran pangkal paha



11. gerakan pinggul menjauhi tubuh



12. tarikan lutut



D. Leaflet

 Tekuk dan luruskan siku  Gerakan Bahu  Putar ke dalam dan luar pada bahu  Tekuk dan luruskan jari-jari pergelangan tangan  Tekuk dan luruskan jari-jari pergelangan tangan  Tekuk dan luruskan ibu jari  Putar pergelangan kaki	gerakan jari kaki di tekuk dan di tarik ke arah muka (tarikan tumit)    pankai paha dan lutut di tekuk  perputaran pangkal Paha  gerakan pinggul menaiki tubuh  tarikan lutut	 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan MITRA KELUARGA PERAWATAN PASCA-STROKE (ROM PASIF)  Diusun : RIZQIANI DWI LESTARI (201701013)
PRINSIP PERAWATAN STROKE 1. Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi 2. Mencegah terjadinya luka di kulit pasien akibat tekanan 3. ciptakan lingkungan yang aman 	 LATIHAN GERAK PASCA-STROKE  Sejumlah pergerakan yang dilakukan pada bagian-bagian tubuh untuk menghindari adanya kekakuan sebagian dampak dari perjalanan penyakit.	TUJUAN • Melatih pergerakan agar dapat mempertahankan fungsi otot/sendi • Melatih pergerakan untuk pemulihan fungsi otot/sendi akibat sakit, cedera, maupun penurunan fungsi GERAKAN LATIHAN GERAK PASCA-STROKE Gerakan memutar dan menundukan kepala. 