

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.J
DENGAN *STROKE HEMORAGIK* (SH)
DI RUANG ICU RSUD CURUP
TAHUN 2022



DISUSUN OLEH :

BADRIYANSAH
NIM.P00320119003

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.J
DENGAN *STROKE HEMORAGIK* (SH)
DI RUANG ICU RSUD CURUP
TAHUN 2022

Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan



DISUSUN OLEH :


BADRIYANSAH
NIM.P00320119003

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh BADRIYANSAH, NIM : P00320119003 dengan Judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragic (SH) Di Ruangan ICU RSUD Curup Tahun 2022”, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing Utama



Chandra Buana, MPH
NIP: 197101041991021001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN STROKE HEMORAGIC (SH)
DIRUANGAN ICU RSUD CURUP
TAHUN 2022**

Disusun oleh :
Badriyansah
NIM. P00320119003

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 29 Juli 2022, dan dinyatakan

LULUS

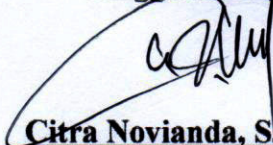
Ketua Penguji



Almaini, M.Kes

NIP. 196406101986031001

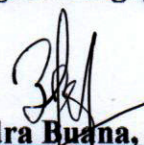
Anggota Penguji I



Citra Novianda, S.Kep,Ners

NIP. 1990112920190220002

Anggota Penguji II



Chandra Buana, MPH

NIP: 197101041991021001

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

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



Ns.Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep

NIP.197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA TN.J DENGAN STROKE HEMORAGIC (SH)
DI RUANGAN ICU RSUD CURUP
(Badriyansah, 2022, 000 halaman)**

ABSTRAK

Stroke hemoragik terjadi paling sering dari pecahnya aneurisma atau pembuluh darah yang abnormal terbentuk (Kasuba, Ramli, & Nasrun, 2019). Stroke hemoragik menjadi penyebab kematian dari 5,7 juta jiwa diseluruh dunia dan diperkirakan meningkat menjadi 6,5 juta penderita, dan di Indonesia sendiri angka kejadian tiap tahunnya terserang stroke dengan insiden 12,1 % (Kasuba et al., 2019). Adapun keluhan utama yang sering dijumpai yaitunya klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, biasanya klien mengalami bicara pelo, dan juga biasanya klien kesulitan dalam berkomunikasi serta penurunan tingkat kesadaran.

Tujuan penulisan KTI ini untuk mengetahui keefektifan tindakan Range Of Motion (ROM) terhadap kekakuan sendi pada klien yang mengalami Stroke Hemoragik (SH). Hasil penelitian yang didapatkan dari pengkajian klien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 4 (Semicoma), Berdasarkan data tersebut diangkat diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik. Rencana Keperawatan yaitu pemberian tindakan Range Of Motion (ROM), dan implementasi pada klien dilaksanakan berdasarkan dari intervensi selama 3 hari.

Evaluasi akhir teratasi sebagian dimana klien tidak mengalami kekakuan sendi dan keluarga sudah bisa menerapkan tindakan ROM sendiri serta sudah memahami langkah-langkah tindakan ROM.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragic (SH), Gangguan Mobilitas Fisik, Range Of Motion (ROM)

***Nursing Care for Mr. J with Stroke Hemoragic (SH)
in the ICU Room of the Curup Hospital
(Badriyansah, 2022, 102 page)***

ABSTRACT

Hemorrhagic stroke occurs most often from rupture of an aneurysm or abnormally formed blood vessel (Kasuba, Ramli, & Nasrun, 2019). Hemorrhagic stroke is the cause of death of 5.7 million people worldwide and is estimated to increase to 6.5 million sufferers, and in Indonesia alone the annual incidence of stroke is 12.1% (Kasuba et al., 2019). The main complaints that are often encountered are that the client experiences weakness of the limbs of the body, usually the client experiences slurred speech, and also usually the client has difficulty in communicating and decreased level of consciousness.

The purpose of writing this KTI is to determine the effectiveness of the Range Of Motion (ROM) action on joint stiffness in clients who experience Hemorrhagic Stroke (SH). The results obtained from the assessment of the client experiencing decreased consciousness with GCS 4 (Semicoma), Based on these data, the diagnosis of Physical Mobility Disorder was appointed. The Nursing Plan is the provision of Range Of Motion (ROM) actions, and the implementation to the client is carried out based on the intervention for 3 days.

The final evaluation was partially resolved where the client did not experience joint stiffness and the family was able to apply ROM actions themselves and had understood the steps for ROM actions.

Keywords: Hemorrhagic Stroke (SH) Nursing Care, Physical Mobility Disorders, Range Of Motion (ROM)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunianya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Stroke Hemoragic* (SH).

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

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

1. Eliana, S.KM,MPH selaku direktur Poltekes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S.Kep, M.Pd selaku ketua jurusan keperawatan di Poltekes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara,S.Kep,M.Kep selaku ketua program studi diploma III Keperawatan
4. Chandra Buana, SST, MPH. selaku pembimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang senantiasa selalu memberi saran positif dan kritik yang membangun, serta selalu dapat menyediakan waktu untuk memberikan konsultasi.
5. Kedua orang tua saya Bapak Robani dan Ibu Sinar yang selalu memberikan dukungan kepada saya baik moril maupun materil.

6. Seluruh Civitas Akademik yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah serta teman-teman saya yang sudah banyak membantu dan mendukung saya.
7. Dan kepada yang terhormat adik saya Asmarty Sholihah terima kasih banyak atas bantuannya dalam pembuatan KTI ini.
8. Dan teman-teman seperjuangan saya seluruh mahasiswa keperawatan curup angkatan 2019.

Mudah-mudahan Karya Tulis Ilmiah ini dapat dilaksanakan penelitiannya.

Curup 29 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SKEMA	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit.....	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Etiologi	7
2.1.3 Manifestasi Klinik	8
2.1.4 Anatomi Fisiologi.....	10
2.1.5 Patofisiologi.....	15
2.1.6 <i>Web Of Caution</i> (WOC).....	17
2.1.7 Klasifikasi.....	18
2.1.8 Faktor-faktor Resiko.....	18
2.1.9 Komplikasi	20
2.1.10 Pemeriksaan Penunjang.....	20
2.1.11 Penatalaksanaan.....	20
2.1.12 Pencegahan	22
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	23
2.2.1 Pengkajian	23

2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	32
2.2.3 Rencana Keperawatan	33
2.2.4 Impelementasi Keperawatan.....	40
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	40
2.3 Range of motion	42
2.3.1 Hasil publikasi implementasi.....	42
2.3.2 Pengertian	43
2.3.3 Tujuan.....	44
2.3.4 Manfaat	45
2.3.3 Sop Tindakan.....	46
BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	51
3.1.1 Biodata	51
3.1.2 Riwayat Keperawatan	52
3.1.3 Pemeriksaan Fisik	59
3.1.4 Penatalaksanaan	67
3.1.5 Analisa Data	69
3.2 Diagnosa Keperawatan	71
3.3 Perencanaan Keperawatan.....	72
3.3.1 Intervensi	72
3.4 Implementasi dan Evaluasi.....	76
3.4.1 Implementasi	76
3.4.2 Evaluasi	87
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	92
BAB V PENUTUP	97
5.1 Kesimpulan.....	97
5.2 Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
1	Anatomi Otak	12
2	Anatomi Batang Otak	13

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
1.	Tabel Rencana Keperawatan	33
2.	Tabel SOP	46
3.	Tabel Pola kebiasaan sehari-hari	56
4.	Tabel Pemeriksaan Laboratorium	65
5.	Tabel Penatalaksanaan (Pemberian Terapi Obat)	67
6.	Tabel Analisa Data	69
7.	Tabel diagnosa keperawatan	71
8.	Tabel Intervensi Keperawatan	72
9.	Tabel Implementasi Keperawatan	76
10.	Tabel Evaluasi Keperawatan Hari Ke-1	87
11.	Tabel Evaluasi Keperawatan Hari Ke-2	88
12.	Tabel Evaluasi Keperawatan Hari Ke-3	90

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
1.	Skema WOC (Web of Causation)	17
2.	Genogram	54

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1.	Lembar konsul
2.	Pernyataan
3.	Biodata
4.	Surat pengambilan kasus
5.	Surat selesai pengambilan kassus
6.	Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke adalah disfungsi neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan aliran darah yang timbul secara mendadak dengan tanda dan gejala sesuai daerah fokal pada otak yang terganggu (Hasan, Abdul. Khadir 2018). Stroke dibagi menjadi hemoragik dan non hemoragik. Stroke hemoragik terjadi paling sering dari pecahnya aneurisma atau pembuluh darah yang abnormal terbentuk (Kasuba, Ramli, & Nasrun, 2019). Hambatan mobilitas fisik dapat memengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan kardiovaskular, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (Manurung, 2018).

WHO menyatakan setiap tahunnya terdapat sekitar 800,000 kasus stroke baru dan sekitar 130,000 orang meninggal akibat stroke di Amerika Serikat. Stroke hemoragik menjadi penyebab kematian dari 5,7 juta jiwa diseluruh dunia dan diperkirakan meningkat menjadi 6,5 juta penderita, dan di Indonesia sendiri angka kejadian tiap tahunnya terserang stroke dengan insiden 12,1 % (Kasuba et al., 2019). Prevalensi stroke di Jawa Timur sebesar 16 per 1000 penduduk (Susanti & Bistara, 2019).

Jumlah penderita stroke di Indonesia menduduki peringkat pertama sebagai negara terbanyak yang mengalami stroke di seluruh Asia. Prevalensi

stroke di Indonesia mencapai 8,3 dari 1000 populasi. Angka prevalensi ini meningkat dengan meningkatnya usia (Irdelia, 2014). Peningkatan prevalensi stroke juga terjadi di Indonesia, berdasarkan data hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 diketahui bahwa terjadi peningkatan kasus stroke yang terdiagnosis tenaga kesehatan dari 8,3 per 1000 pada tahun 2007 menjadi 12,1 per 1000 pada tahun 2013. Bahkan, stroke juga menjadi penyebab kematian nomor 1 di Indonesia (15,4%). Peningkatan ini terjadi akibat pola hidup tidak sehat yang dipacu oleh urbanisasi, modernisasi dan globalisasi (Mulyati, S, 2015).

Kejadian stroke di Provinsi Bengkulu menunjukkan angka yang cukup tinggi. Data yang di peroleh dari RSUD dr. M.Yunus yang merupakan rumah sakit rujukan untuk pemulihan stroke di Propinsi Bengkulu, memiliki angka kunjungan stroke 612 pasien (10,09%) dari 6068 pasien (RSUD Dr. M.Yunus, 2011) dengan kunjungan stroke berulang sebesar 367 pasien (59,98%). Diperkirakan angka kejadian stroke bertambah tiap tahunnya (Mulyati, S, 2015). Di Rumah Sakit Umum Daerah Curup pada tahun 2013-2020 didapatkan bahwa data pasien dengan stroke pada tahun 2013 menduduki rangking 12 besar dengan jumlah kasus yaitu 23 kasus, sedangkan pada tahun 2019 terdapat 21 kasus, Pada tahun 2020, data tentang stroke menurun menjadi 2 kasus. (Medical Record RSUD CURUP ,2020).

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

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

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

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada pasien stroke hemoragik adalah latihan rentang gerak atau yang disebut dengan Range of Motion (ROM) dapat meningkatkan kekuatan otot karena latihan pergerakan pada pasien stroke dapat meningkatkan kemampuan untuk menggerakkan persendian secara normal. Pemberian terapi ROM pasif berupa latihan gerakan pada bagian pergelangan tangan, siku, bahu, jari-jari kaki atau pada bagian ekstermitas yang mengalami hemiparesis sangat bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi . (Irfan 2010).

Menurut penelitian Ulliyah, et, al, (2007) latihan ROM untuk meningkatkan fleksibilitas sendi lutut kiri sebesar 43,75% Terapi dibutuhkan

segera untuk mengurangi cedera lanjut salah satu program penyembuhan yang dapat di berikan pada pasien stroke yaitu mobilitas persendian dengan latihan Range Of Motion (ROM) dan terapi menggunakan obat. Latihan ini berfungsi untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan pergerakan sendi secara normal dan meningkatkan massa otot dan tonus otot.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan latar belakang penulis merumuskan masalah bagaimana gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien stroke hemoragik di Ruang ICU RSUD rejang lebong.

1.3 Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komperhensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik di RSUD curup.

2. Tujuan khusus

- a. Memberikan gambaran tentang pengkajian keperawatan pada Kasus Stroke Hemoragik terhadap pasien di Ruang ICU RSUD rejang lebong.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada Kasus Stroke Hemoragik terhadap pasien di Ruang ICU RSUD rejang lebong
- c. Merumuskan rencana keperawatan pada Kasus Stroke Hemoragik terhadap pasien di Ruang ICU RSUD rejang lebong.

- d. Melakukan tindakan asuhan keperawatan keperawatan pada Kasus Stroke Hemoragik terhadap pasien di Ruang ICU RSUD rejang lebong.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Kasus Stroke Hemoragik, terhadap pasien di Ruang ICU RSUD rejang lebong.

1.4 Manfaat

1. Bagi klien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat, sehingga dapat mengatasi dan mengaplikasikan perawatan ringan secara mandiri. Salah satunya yaitu penerapan Range Of Motion (ROM) pada pasien dengan Stroke Hemoragik

2. Bagi Perawat

Sebagai bahan informasi mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Hemoragik, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di Rumah Sakit.

3. Bagi Institusi Pendidikan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke Hemoragik

2.1.1 Definisi

Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian dan semata-mata disebabkan gangguan pendarahan darah otak non traumatik (Bararah, 2013).

Stroke hemoragik adalah perdarahan ke dalam jaringan otak atau perdarahan subarachnoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak. Stroke ini merupakan jenis stroke yang paling mematikan dan merupakan sebagian kecil dari keseluruhan stroke yaitu sebesar 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subarachnoid (Felgin, V., 2017).

Menurut Pudiastuti (2011) *stroke* dibagi menjadi 2 yaitu hemoragik dan non hemoragik :

a. *Stroke* hemoragik

Stroke hemoragik dibagi menjadi dua jenis yaitu :

- 1) Hemoragik intraserebral adalah pendarahan yang terjadi di dalam jaringan otak

2) Hemoragik subaraknoid adalah pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

b. *Stroke* Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik di bagi menjadi 3 jenis yaitu :

1) *Stroke* trombotik adalah proses terbentuknya trombus hingga menjadi gumpalan.

2) *Stroke* embolik adalah tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.

3) *Hipoperfusion* sistemik adalah aliran darah keseluruhan bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung.

4) *Transient Ischemic Attack* (TIA)

Gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak akan menghilang dalam waktu 24 jam.

2.1.2 Etiologi

Terdapat banyak faktor yang berperan dalam menentukan seseorang terkena stroke atau tidak. Menurut Magistris (2013) factor tersebut diantaranya adalah:

1. Usia
2. Hipertensi
3. Riwayat stroke sebelumnya
4. Alkohol
5. Narkoba

2.1.3 Manifestasi Klinis

Gejala stroke yang paling umum adalah kelemahan mendadak atau mati rasa pada wajah, lengan atau kaki, paling sering pada satu sisi tubuh.

(WHO, 2014). Manifestasi klinis Stroke Hemoragik menurut Misbach (2011) antara lain :

1. Kehilangan Motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

2. Kehilangan Komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut :

- a. Disartia (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk berbicara.
- b. Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara) yang terutama ekspresif atau reseptif

- c. Apraksia (ketidakmampuan melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisirnya.

3. Gangguan Persepsi

Ketidakmampuan untuk mengintegrasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam visual-spasial dan kehilangan sensoris. Disfungsi persepsi visual, homonimus hemianopsi yaitu kehilangan setengah lapang pandang, tidak menyadari otak atau objek di tempat kehilangan penglihatan mengabaikan salah satu sisi tubuh, dan kesulitan menilai jarak.

4. Kerusakan Fungsi Kognitif

Menurut Lemon dan Burke (2004), mengatakan bahwa perubahan tingkah laku termasuk emosi labil, kehilangan kontrol diri dan menurunnya toleransi terhadap stres disebabkan oleh kerusakan jaringan.

5. Disfungsi Kandung Kemih

Pada pasien stroke mungkin mengalami inkontenensia urinarius sementara karena konfusi (mengganggu orientasi), ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal / bendapan karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

- 6. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebi

7. Peningkatan Tekanan Intrakranial

Peningkatan tekanan intrakranial pada gilirannya akan menimbulkan herniasi jaringan otak dan menekan batang otak sehingga terjadi penurunan kesadaran (Kasuba et al., 2019).

2.1.4 Anatomi Fisiologi

a Susunan Saraf pusat

1. Medula Spinalis

- a Otak besar (serebrum) adalah bagian otak yang paling besar. Organ yang sangat kompleks ini memiliki berbagai fungsi penting bagi tubuh, seperti mengatur gerakan tubuh, kemampuan berbahasa, berpikir dan menyimpan memori. Otak besar terbagi menjadi dua bagian, yaitu otak kiri dan otak kanan. Belahan otak kiri mengontrol gerakan sisi kanan tubuh, sedangkan belahan otak kanan mengontrol sisi kiri tubuh. Kedua bagian ini dihubungkan oleh serabut saraf yang disebut corpus callosum.
- b Otak kecil memiliki fungsi yang besar bagi tubuh. Organ yang terletak di bagian belakang kepala ini berfungsi untuk mengatur kerja sama antar otot, mengendalikan keseimbangan, dan menjaga postur tubuh. Otak kecil disebut juga dengan cerebellum. Otak ini terletak di belakang kepala, tepatnya di bawah lobus oksipital otak besar dan di dekat batang otak. Gangguan pada organ ini tidak hanya dapat memengaruhi kemampuan bergerak Anda, tapi juga kemampuan berbicara.

- c Batang otak Fungsinya sebagai stasiun pemancar yang menghubungkan otak besar ke saraf tulang belakang, serta mengirim dan menerima pesan antara berbagai bagian tubuh dan otak. Batang otak terdiri dari 3 struktur utama, yakni otak tengah, pons, dan medulla oblongata. Otak tengah adalah pusat pengatur gerakan otot mata, sedangkan pons terlibat dalam koordinasi gerakan mata dan otot wajah, pendengaran, dan keseimbangan.
- b Susunan saraf perifer/tepi
 - 1. Susunan saraf somatic

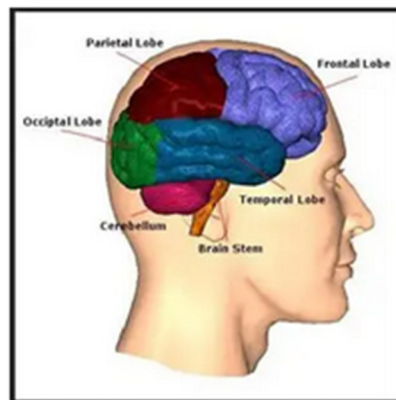
Susunan saraf yang mempunyai peranan spesifik untuk mengatur aktivitas otot sadar atau serat lintang.
 - 2. Susunan saraf otonom

Susunan saraf yang mempunyai peranan penting memengaruhi pekerjaan otot involunter (otot polos) seperti jantung, hati, pancreas, jalan pencernaan, kelenjar dan lain-lain.

 - a. Susunan saraf simpatis Fungsi utama sistem saraf simpatik adalah mengatur respons fight of flight, yaitu mekanisme pertahanan tubuh terhadap situasi atau sesuatu yang dianggap sebagai ancaman atau bahaya. Ketika tubuh dihadapi oleh ancaman, saraf simpatik akan merangsang berbagai organ tubuh untuk bereaksi supaya terhindar dari bahaya. Misalnya, ketika Anda takut menghadapi hewan tertentu, tubuh secara otomatis

akan berlari untuk menghindari hewan tersebut yang Anda anggap berbahaya.

- b. Susunan saraf parasimpatis Fungsi utama sistem saraf parasimpatis adalah mengatur respons rest and digest, yaitu mengontrol berbagai aktivitas tubuh saat sedang istirahat serta mengaktifkan pencernaan dan metabolisme. Fungsi saraf ini dianggap berlawanan dengan fungsi sistem saraf simpatik, karena membantu tubuh menjadi lebih rileks.



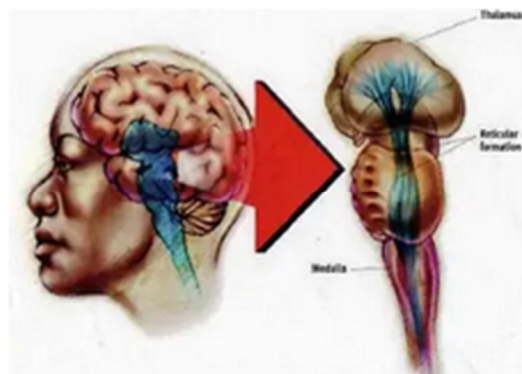
Gambar 2.1 Anatomi Otak (Syaifuddin, 2011)

Korteks serebri selain dibagi dalam lobus dapat juga dibagi menurut fungsi dan banyaknya area. Campbell membagi bentuk korteks serebri menjadi 20 area. Secara umum korteks serebri dibagi menjadi empat bagian:

1. Korteks sensoris. Pusat sensasi umum primer suatu hemisfer serebri yang mengurus bagian badan, luas daerah korteks yang menangani suatu alat atau bagian tubuh bergantung pada

fungsi alat yang bersangkutan. Di samping itu juga korteks sensoris bagian fisura lateralis menangani bagian tubuh bilateral lebih dominan.

2. Korteks asosiasi. Tiap indra manusia, korteks asosiasi sendiri merupakan kemampuan otak manusia dalam bidang intelektual, ingatan, berpikir, rangsangan yang diterima diolah dan disimpan serta dihubungkan dengan daya yang lain. Bagian anterior lobus temporalis mempunyai hubungan dengan fungsi luhur dan disebut psikokorteks.
3. Korteks motoris menerima impuls dari korteks sensoris, fungsi utamanya adalah kontribusi pada traktur piramidalis yang mengatur bagian tubuh kontralateral. Korteks pre-frontal terletak pada lobus frontalis berhubungan dengan sikap mental dan kepribadian.



Gambar 2.2 Anatomi Batang Otak.

Batang otak terdiri dari:

1. Diensefalon, ialah bagian otak yang paling rostral, dan tertanam di antara ke-dua belahan otak besar (haemispherium cerebri). Diantara diensefalon dan mesencephalon, batang otak membengkok hampir sembilan puluh derajat ke arah ventral. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di bagian depan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap kesamping. depan lobus temporalis terdapat kapsula interna dengan sudut menghadap kesamping. Fungsi dari diensefalon:
 - a. Vasokonstriktor, mengecilkan pembuluh darah
 - b. Respiratori, membantu proses persarafan.
 - c. Mengontrol kegiatan refleks.
 - d. Membantu kerja jantung.
2. Mesensefalon, atap dari mesensefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas. Dua di sebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua di sebelah bawah disebut korpus kuadrigeminus inferior. Serat saraf okulomotorius berjalan ke ventral di bagian medial. Serat nervus troklearis berjalan ke arah dorsal menyilang garis tengah ke sisi lain. Fungsinya:
 - a. Membantu pergerakan mata dan mengangkat kelopak mata.
 - b. Memutar mata dan pusat pergerakan mata.
3. Pons varoli, brakium pontis yang menghubungkan mesensefalon dengan pons varoli dengan serebelum, terletak di depan serebelum di antara otak

tengah dan medula oblongata. Disini terdapat premotoksid yang mengatur gerakan pernapasan dan refleks. Fungsinya:

- a. Penghubung antara kedua bagian serebelum dan juga antara medula oblongata dengan serebelum atau otak besar.
 - b. Pusat saraf nervus trigeminus
4. Medula oblongata merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medula spinalis. Bagian bawah medula oblongata merupakan persambungan medula spinalis ke atas, bagian atas medula oblongata yang melebar disebut kanalis sentralis di daerah tengah bagian ventral medula oblongata. Fungsi medula oblongata:
- a. Mengontrol kerja jantung.
 - b. Mengecilkan pembuluh darah (vasokonstriktor).
 - c. Pusat pernapasan.
 - d. Mengontrol kegiatan refleks

2.1.5 Patofisiologi

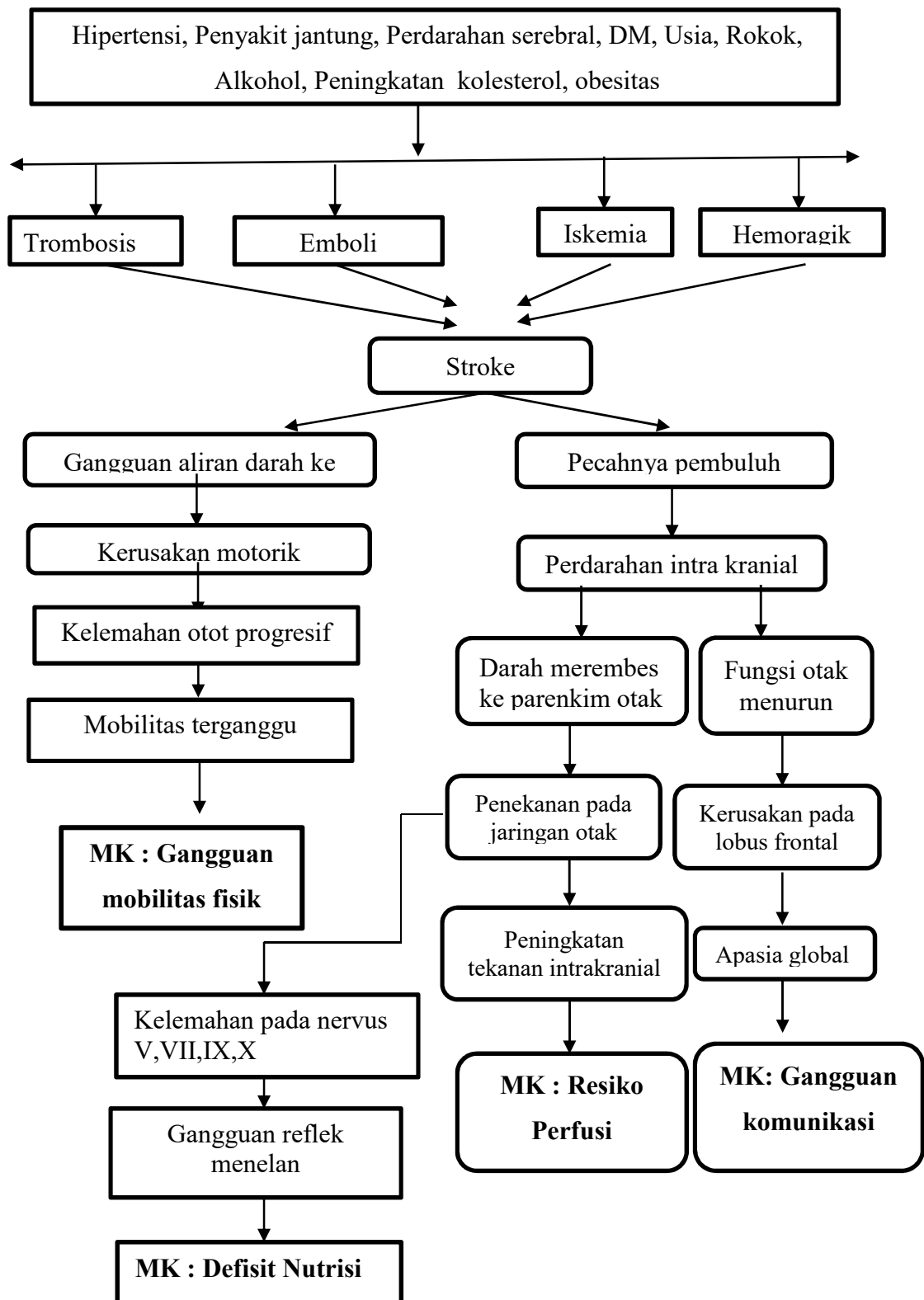
Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia umum

(karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat proses anemia dan kesukaran untuk bernafas. Stroke karena embolus dapat merupakan akibat dari bekuan darah, udara, palque, ateroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah hemorrhagi maka faktor pencetus adalah hipertensi. Abnormalitas vaskuler, aneurisma serabut dapat terjadi ruptur dan dapat menyebabkan hemoragi (Syaifuddin, 2011).

Pada stroke trombosis atau metabolik maka otak mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertamasehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena (Wilson, 2011).

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi willisi: arteria karotis interna dan system vertebrobasilar dan semua cabang-cabangnya. Secara umum, apabila aliran darah ke otak terputus selama 15 sampai 20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark didaerah otak yang diperdarahi oleh *arteri* tersebut (Price, 2006).

2.1.6 WOC



Gambar 2.3 Bagan WOC Sumber (Price & Wilson, 2006)

2.1.7 Klasifikasi

Berdasarkan jenisnya stroke hemoragik dibagi menjadi 2 (Juwono, 2016) yaitu:

1. Perdarahan intra serebri (PIS).

Yakni perdarahan akibat pecahnya pembuluh darah arteri di dalam otak, dan perdarahan ini merupakan jenis stroke hemoragik yang paling umum terjadi

2. Perdarahan Subarakhnoid (PSA)

Perdarahan subarachnoid, yakni perdarahan pada pembuluh darah di ruang antara otak dan selaput pembungkus otak (ruang subarachnoid)

2.1.8 Faktor–Faktor Risiko Stroke

Faktor resiko dari stroke dibagi menjadi 2 yaitu faktor yang dapat dikendalikan dan faktor yang tidak dapat dikendalikan (Purwani,2017).

- a. Jenis kelamin ; Pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibandingkan wanita
- b. Usia ; Makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke
- c. Keturunan ; adanya riwayat keluarga yang terkena stroke

- d. Hipertensi; dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah / menimbulkan pendarahan.
- e. Penyakit jantung ; misalnya embolisme serebral berasal dari jantung seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongesti, MCI, hipertrofi ventrikel kiri. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke. Pada arterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga pada akhirnya terjadi stroke.
- f. Kolestrol tinggi ; peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan arterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat termasuk ke otak, maka perfusi otak menurun.
- g. Obesitas / kegemukan ; pada obesitas kadar kolesterol tinggi. Selain itu dapat mengalami hipertensi karena terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi pada stroke.
- h. Diabetes melitus ; pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

- i. Kebiasaan / gaya hidup seperti ; merokok, peminum alkohol, obat-obatan terlarang, serta aktivitas yang tidak sehat seperti kurang olahraga dan makan makanan berkolestrol.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut sudoyo (2017) meliputi:

1. Hipoksiaserebra
2. Penurunan aliran darah serebral
3. Luasnya area cedera
4. Distritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian trombus lokal.

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan untuk memastikan penyebab stroke ringan antara lain (Purwani,2017).

1. CT Scan
2. Electro Encephalo gram(EEG)
3. Ultrasonografi Doppler (USG Doppler)
4. Pemeriksaan Darah Lengkap

2.1.11 Penatalaksanaan

1. Penanganan Medis (Brunner & Suddarth, 2016)
 - a) Rekombinan aktivator plasmino gen jaringan (t-PA), kecuali di kontraindikasikan, pantau perdarahan
 - b) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intracranial (TIK): diuretikosmotik, pertahankan PaCO₂ pada 30 sampai 35 mmHg,

posisi untuk mencegah hipoksia (tinggikan kepala tempat tidur untuk meningkatkan drainase vena dan menurunkan TIK yang meningkat).

- c) Kemungkinan hemikraniektomi untuk mengatasi peningkatan TIK akibat edema otak pada stroke yang sangat luas.
- d) Intubasi dengan selang endotrakeal untuk menetapkan kepatenan jalan nafas, jika perlu.
- e) Pantau hemodinamika secara kontinu (target tekanan darah tetap kontroversial bagi pasien yang tidak mendapatkan terapi trombolitik; terapi antihipertensi dapat ditunda kecuali tekanan darah sistolik melebihi 220 mmHg atau tekanan darah diastolik melebihi 120 mmHg).
- f) Pengkajian neurologis untuk menentukan apakah stroke berkembang dan apakah terdapat komplikasi akut lain yang sedang terjadi.

2. Penanganan Komplikasi (Brunner & Suddarth,2016)

- a) Penurunan aliran darah serebral: perawatan pulmonal, pemeliharaan kepatenan jalan napas dan berikan suplemen oksigen sesuai kebutuhan.
- b) Pantau adanya infeksi saluran kemih, disritmia jantung dan komplikasi berupa mobilisasi.

3. Penanganan Farmakologi (Purwani,2017)

1. Obat Anti hipertensi

a Captopril

b Lisinopril

c Hidroklorotiazid

2. Obat Antidiabetes

a. Metformin

b. Acarbose

2.1.12 Pencegahan

Dalam upaya pencegahan stroke berulang maka hal-hal yang perlu dilakukan yaitu (Purwani, 2017):

1. Hindari faktor risiko dengan melakukan aktivitas fisik, konsumsi sayur dan buah, memeriksa kesehatan berkala
2. Pemeriksaan rutin bagi anda yang memiliki keluarga dengan riwayat stroke
3. Tatalaksana faktor risiko stroke dengan baik: menurunkan TD:10mmHg– risiko stroke turun 1/3
4. Pemberian obat-obatan: aspirin, statin, darah tinggi, warfarin
5. Berhenti merokok
6. Lakukan olahraga secara rutin
7. Kurangi konsumsi garam terlalu banyak
8. Kurangi stress dan istirahat yang cukup

1.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Stroke Hemoragik

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

2.2.1 Pengkajian

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

1. Keluhan Utama :Adapun keluhan utama yang sering dijumpai yaitu klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, biasanya klien mengalami bicara pelo, biasanya klien kesulitan dalam berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.
2. Riwayat Penyakit Sekarang : Keadaan ini berlangsung secara mendadak baik sedang melakukan aktivitas ataupun tidak sedang melakukan aktivitas. Gejala yang muncul seperti mual, nyeri kepala, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain
3. Riwayat Penyakit Dahulu : Adapun riwayat kesehatan dahulu yaitunya memiliki riwayat hipertensi, riwayat DM, memiliki penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, riwayat kotrasepsi oral yang lama, riwayat penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.
4. Riwayat Penyakit Keluarga : Adanya riwayat keluarga dengan hipertensi, adanya riwayat DM, dan adanya riwayat anggota keluarga yang menderita stroke.

5. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara sistematis, bisa berupa inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi. Pemeriksaan fisik ini dapat dilakukan secara head to toe (Kepala sampai dengan kaki) dan dapat dilakukan secara review of system (system tubuh) (Tarwoto, 2013).

a. Keadaan Umum : Yaitu seorang klien dapat mengalami suatu gangguan musculoskeletal dan mendapatkan keadaan umum yang lemah.

b. Tanda-Tanda Vital Menurut Tarwoto (2013)

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

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

3. Suhu : Tidak terdapat masalah suhu pada pasien stroke hemoragik

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

c. Pemeriksaan Data Dasar

1) Aktivitas/istirahat

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

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

Tanda: gangguan tonus otot, paralitik (*hemiplegi*), kelemahan umum, gangguan penglihatan dan gangguan tingkat kesadaran.

2) Sirkulasi

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

Gejala: adanya penyakit jantung, polisitemia.

Tanda : hipertensi arterial, frekuensi nadi dapat bervariasi, distritmia, perubahan EKG

3) Integritas ego

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

Gejala : perasaan tidak berdaya dan putus asa.

Tanda : emosi yang labil, ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

4) Eliminasi

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

Gejala : perubahan pola kemih, *distensi abdomen* dan bising usus negatif.

5) Makan/minum

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

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

Tanda : kesulitan menelan, obesitas.

6) Neurosensori

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

Gejala : pusing, sakit kepala, kelemahan/kesemutan, kebas, penglihatan menurun, penglihatan ganda, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

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

7) Nyeri/kenyamanan

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

Gejala : sakit kepala

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

8) Pernafasan

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

Gejala : merokok

Tanda : ketidakmampuan menelan/batuk/tambatan jalan nafas, pernafasan sulit, suara nafas terdengar *ronchi*.

9) Keamanan

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

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

10) Interaksi sosial

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

Tanda : masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

11) Pemeriksaan neurologis

a. Status mental

- a) Tingkat kesadaran : kualitatif dan kuantitatif
- b) Pemeriksaan kemampuan bicara
- c) Orientasi (tempat, waktu, orang)
- d) Pemeriksaan daya pertimbangan
- e) Pemeriksaan daya ingat

b. Nervus kranial

- a) *Olfactorius* : penciuman
- b) *Opticus* : penglihatan
- c) *Oculomotorius* : gerak mata, kontriksi pupil akomodasi
- d) *Troclearis* : gerak mata
- e) *Trigeminus* : sensasi umum pada wajah, kulit kepala, gigi, gerak mengunyah.
- f) *Abducent* : gerak mata
- g) *Facialis* : pengecap, sensasi umum pada palatum dan telinga luar, sekresi kelenjar lakrimalis, submandibula, sublingual, ekspresi wajah.
- h) *Vestibulococlearis* : pendengaran dan keseimbangan

- i) *Glossofaringeus* : fungsi motorik, refleks gangguan faringeal, menelan.
 - j) *Vagus* : pengkajian pita suara berbicara dengan jelas tanpa serak dan reflek muntah
 - k) *Accesorius* : gerakan kepala, leher dan bahu
 - l) *Hipoglosus* : gerak lidah
- c. Fungsi motorik
- a) Masa otot, kekuatan otot dan tonus otot
 - b) *Fleksi* dan ekstensi lengan
 - c) *Abduksi* lengan dan *adduksi* lengan
 - d) *Fleksi* dan *ekstensi* pergelangan tangan
 - e) *Adduksi* dan *abduksi* jari
Abduksi dan *adduksi* pinggul
 - f) *Fleksi* dan *ekstensi* lutut
- 12) Kesadaran : Biasanya pada pasien stroke memiliki tingkat kesadaran samnolen, apatis, soporoscoma hingga coma dengan GCS<12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan composmetis dengan GCS 13-15.
- 13) Uji Saraf Cranial
- Saraf-Saraf Kepala Menurut Evelyn C. Pearce tahun 2013 Ada dua belas pasang saraf kranial. Beberapa dari padanya adalah

serabut campuran, yaitu gabungan saraf motorik dan saraf sensorik, sementara yang lain hanya saraf motorik, ataupun hanya saraf sensorik, misalnya saraf pancaindra.

1. Nervus olfaktorius (sensorik), urat saraf penghirup.
2. Nervus optikus (sensorik), urat saraf penglihat.
3. Nervus okulo-motorius melayani sebagian besar otot eksterna mata. Juga menghantar serabut-serabut saraf parasimpatis untuk melayani otot siliari dan otot iris. Secara klinis, kerusakan pada saraf ini akan mengakibatkan ptosis, juling, dan kehilangan refleks terhadap cahaya dan daya akomodasi.
4. Nervus troklearis (motorik) ke arah sebuah otot mata, yaitu muskulus oblikus eksterna.
5. Nervus Trigeminus. Inilah saraf otak yang terbesar. Pada hakikatnya, nervus trigeminus merupakan urat saraf sensorik yang melayani sebagian besar kulit kepala dan wajah; juga melayani selaput lendir mulut, hidung, sinus paranasalis serta gigi, dan dengan perantaraan sebuah cabang motorik kecil mempersarafi otot-otot pengunyah. Nervus Trigeminus terbagi menjadi tiga cabang utama, yang bergerak kedepan dari ganglion trigeminus: nervus oftalmikus, maksilaris, dan mandibularis, yang berfungsi menampung sensibilitas dari berbagai daerah wajah, mulut, gigi, dan sebagian tengkorak

6. Saraf abducens (motorik), menuju satu otot mata, yaitu rektus lateralis.
7. Saraf fasialis. Saraf ini terutama motorik untuk otot-otot mimik (pada wajah) dan kulit kepala. Saraf fasialis juga merupakan saraf sensorik yang menghantarkan rasa pengecap dari lidah
8. Saraf pendengaran atau nervus akustikus (sensorik) untuk pendengaran. Saraf ini terdiri atas dua bagian yaitu nervus koklearis, saraf yang sesungguhnya untuk pendengaran, dan nervus vestibularis, yang berfungsi untuk menjaga keseimbangan tubuh.
9. Nervus glosso-jaringeiks mengandung serabut motorik dan sensorik. Serabut motorik menuju salah satu konstriktor faring, sementara serabut motorik menuju kelenjar parotis, dan saraf sensorik menuju posterior ketiga pada lidah dan sebagian palatum lunak.
10. Nervus vagus terdiri atas serabut motorik dan sensorik yang fungsi-fungsinya telah disebutkan
11. Nervus aksesorius. Saraf ini terbelah menjadi dua bagian: yang pertama menyertai vagus menuju laring dan faring, yang kedua adalah saraf motorik yang menuju otot sterno-mastoid

(nervus sterno-kleidosterno-kleido-mastoideus) dan otot trapezius.

12. Nervus hipoglosus (motorik), menuju otot lidah.

2.2.2 Diagnosa keperawatan:

Menurut SDKI (2017) :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d infark miokard akut, hipertensi
2. Defisit Nutrisi b/d Ketidakmampuan Menelan Makanan
3. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak
4. Gangguan Komunikasi verbal b/d Gangguan Neuromuskuler

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi		
		Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Gangguan mobilitas fisik b/d neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang Gerak (ROM) meningkat 4. Kaku sendi menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun 	<p>DUKUNGAN AMBULASI</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu menentukan derajat kerusakan dan kesulitan terhadap keadaan yang dialami. 2. Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. 3. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah 4. Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan ambulasi 5. Membantu dalam peningkatan aktifitas dengan menggunakan alat bantu.

<p>6. Meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, mencegah terjadinya kontraktur.</p> <p>7. Agar keluarga mampu membantu pasien meningkatkan ambulasi</p> <p>8. Memberikan pemahaman mengenai manfaat tindakan yang diusahakan.</p> <p>9. Meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, mencegah terjadinya kontraktur.</p> <p>10. Membantu kembali jaras saraf, meningkatkan respon proprioseptif dan motorik.</p>	<p>6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</p> <p>7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</p> <p>9. Anjurkan melakukan ambulasi dini</p> <p>10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).</p>		
---	---	--	--

2.	Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan otot pengunyah meningkat 2. Kekuatan oto menelan meningkat 3. Berat badan membaik 4. Bising usus membaik 5. Membran Mukosa Membaik	MANAJEMEN NUTRISI Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 3. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan 6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 7. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 8. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 9. Berikan suplemen makanan, jika perlu	1. Mengetahui status Nutrisi pasien 2. Mengetahui Kebutuhan kalori dan jenis nutrient 3. Mengetahui perlunya penggunaan selang nasogastric 4. Untuk memonitor asupan makanan 5. Untuk mengetahui BB sesudah dan sebelum 6. Untuk memantau hasil pemeriksaan laboratorium 7. Untuk mencegah konstipasi 8. Untuk meminimalkan keperluan kalori dan protein pada tubuh pasien 9. Untuk meningkatkan nafsu makan 10. Untuk Meminimalkan asupan
----	--	---	--	---

			<p>10. Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>12. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>14. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p>	<p>makanan</p> <p>11. Agar pasien nyaman</p> <p>12. Agar kebutuhan kalori terpenuhi</p> <p>13. Bila pasien merasakan nyeri</p> <p>14. Agar kalori dan jenis nutrien yang masuk tepat</p>
--	--	--	---	--

3.	Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d infark miokard akut, hipertensi	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral pasien menjadi efektif dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran kognitif meningkat 2. Gelisah menurun 3. Tekanan intracranial menurun 4. Kesadaran membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial Observasi 1. Identikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor status pernapasan 4. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 5. Berikan posisi semifowler 6. Cegah terjadinya kejang 7. Atur ventilator agar PaCO2 optimal 8. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian	1. Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan. 2. Suatu keadaan normal bila sirkulasi serebral terpelihara dengan baik atau fluktuasi ditandai dengan tekanan darah sistemik. 3. Untuk memantau status pernafasan pasien 4. Untuk memantau intake dan output cairan pasien 5. Untuk membantu pernafasan pasien 6. Untuk mengantisipasi terjadinya kejang
----	---	---	---	---

			sedasi dan anti konvulsan, jika perlu	<p>7. Agar PaCO₂ pasien optimal</p> <p>8. Agar suhu tubuh pasien normal</p> <p>9. Untuk mengantisipasi terjadinya kejang</p>
4.	Gangguan Komunikasi Verbal b/d Gangguan Neuromuskuler	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan bicara meningkat 2. Afasia menurun 3. Disatria menurun 4. Respons perilaku membaik 	<p>Defisit Berbicara</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 2. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Gunakan metode Komunikasi alternative (mis: menulis, berkedip,) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar komunikasi pasien bisa di pahami. 2. Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 3. Agar bisa berkomunikasi dengan pasien 4. Agar klien mampu meminimalkan bantuan 5. Agar pasien merasa puas 6. Agar pasien merasa semangat 7. Agar klien mampu berbicara 8. Agar komunikasi pasien bisa di pahami. 9. Membantu klien agar bisa

				berbicara lagi
			<ol style="list-style-type: none">4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan5. Ulangi apa yang disampaikan pasien6. Berikan dukungan psikologis <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">7. Anjurkan berbicara perlahan8. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">9. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	

2.2.4 Implementasi

Pelaksanaan (Implementasi) adalah berkesinambungan dan interaktif dengan komponen lain dari proses keperawatan. Sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan dokter (Potter and Perry, 2005).

2.2.5 Evaluasi

Menurut Nursalam (2006) evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan tindakannya sudah berhasil dicapai. Dalam menentukan masalah teratasi atau tidak teratasi cara membandingkannya yaitu dengan menggunakan SOAP dan SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan.

a. Subjective, Objective, Analisis, dan Planning (SOAP) meliputi :

1. S (Subjective) : Adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
2. O (Objective) : Adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan format penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
3. A (Analisis) : Adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil,

kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi sebagian.

4. P (Planning) : Adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

b. Subjective, Objective, Pengkajian, Perencanaan, Evaluasi, dan Revisi (SOAPIER), meliputi :

1) S (Subjective) : Adalah masalah yang di utarakan pasien dan pandangannya terhadap masalah.

2) O (Objective) : Meliputi tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan meliputi data fisiologi dan informasi dari pemeriksaan.

3) A (Pengkajian) : Analisa dari data subjective dan objective dalam menentukan pasien.

4) P (Perencanaan) : Tindakan untuk mencukupi status kesehatan yang optimal.

5) I (Intervensi) : Intervensi mengikuti diagnosa yang ada.

6) E (Evaluasi) : Merupakan analisis respon pasien terhadap intervensi yang diberikan.

7) R (Revisi) : Data yang mengalami perubahan respon pasien yang akan di revisi untuk rencana perawatan. (Hidayat, 2001)

2.3 Konsep Range Of Motion

2.3.1 Hasil Publikasi Implementasi Penelitian (Data Base)

Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan Ulliya, et al (2007), di Panti Werdha Wening Wardoyo Unggaran. Subyek sebanyak 8 yang dilakukan latihan ROM sebanyak 5 kali dalam seminggu selama 6 minggu. Fleksibilitas sendi diukur pada sebelum, setelah 3 minggu dan setelah 6 latihan ROM (Range Of Motion). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara pengukuran pertama-kedua pada fleksi sendi lutut kanan dan kiri dan antara pengukuran pertama-ketiga pada fleksi sendi lutut kiri. Simpulan pada penelitian ini adalah latihan ROM (Range Of Motion) meningkatkan fleksibilitas sendi lutut kiri sebesar 35° atau 43,75%. (Ulliya,2007).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Setyawan dkk.,2017) dengan hasil adanya pengaruh antara latihan ROM dengan penyembuhan stroke. Menurut penulis latihan yang paling optimal adalah latihan yang membuat kelelahan, durasi pendek tapi dapat dilakukan sesering mungkin. ROM berguna dalam meningkatkan kekuatan pada otot, dan mempertahankan fungsi pada jantung dan melatih pernafasan, sehingga dapat menghindari munculnya kontraktur serta kaku sendi.

Berdasarkan hasil penelitian Yuniarto (2011) menyimpulkan, bahwa terapi ROM efektif terhadap penurunan tingkat nyeri sendi pada lansia. Waginah, (2010) menyatakan bahwa subyek penelitian dengan ROM yang sangat aktif mempunyai peluang perbaikan activity daily living atau kemandirian lebih baik. Penelitian Sarah Uliya (2006) menyimpulkan, selama melakukan ROM selama 6 minggu dapat meningkatkan fleksibilitas sendi pergelangan tangan sebesar 74,2%.

2.3.2 Pengertian Range Of Motion

Range Of Motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan masa dan tonus otot sehingga dapat mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur (Nurhidayat et al, 2014). Range of motion (ROM) adalah gerakan dalam keadaan normal yang dapat dilakukan oleh sendi bersangkutan. ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu ROM aktif (gerakan yang dilakukan oleh seseorang dengan menggunakan energi sendiri, kekuatan otot 75%), dan ROM pasif (energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain atau alat mekanik, kekuatan otot 50%). Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang.

2.3.3 Tujuan

ROM bertujuan meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, dan bermanfaat untuk menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan. Prinsip ROM diantaranya yaitu, ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien, ROM harus diulang 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, perhatikan umur, diagnosa, tanda-tanda vital dan lamanya tirah baring, ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit, dan melakukan ROM harus sesuai waktunya (misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan) (Fitriyani, 2015).

Hal yang perlu diperhatikan selama terapi latihan, yaitu posisi tengkurap dan trendelenburg, kepala pasien harus dalam posisi netral tanpa rotasi ke kiri atau ke kanan, fleksi atau ekstensi dari leher, meminimalisasi stimulus yang berbahaya, dan berikan jarak antara aktivitas keperawatan paling sedikit 15 menit. Pasien akan disarankan untuk menggunakan rehabilitasi medik untuk member kemampuan kepada penderita yang telah mengalami disabilitas fisik dan atau penyakit kronis, agar dapat hidup atau bekerja sepenuhnya sesuai dengan kapasitasnya. Program rehabilitasi medik yang dapat diikuti pasien dapat berupa fisioterapi, terapi wicara, psikoterapi (Nasution, 2013).

Menurut Asmadi (2013) latihan ROM mempunyai beberapa tujuan antara lain:

- 1) Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan kelenturan otot sehingga dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas.
- 2) Mempertahankan fungsi kardiorespirasi
- 3) Menjaga fleksibilitas dari masing-masing persendian
- 4) Mencegah kontraktur/kekakuan pada persendian
- 5) Memelihara mobilitas persendian

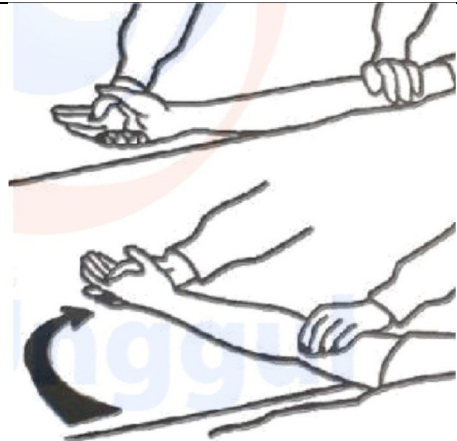
2.3.4 Manfaat Range Of Motion

Menurut Nurhidayat et al (2014) menyatakan bahwa manfaat ROM adalah:

- 1) Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
- 2) Mengkaji ulang tulang sendi dan otot
- 3) Mencegah terjadinya kekakuan sendi
- 4) Memperlancar sirkulasi darah
- 5) Memperbaiki tonus otot
- 6) Meningkatkan mobilitas sendi
- 7) Memperbaiki toleransi otot untuk latihan

2.3.5 SOP

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR	SOP RANGE OF MOTION (ROM)
Pengertian	Latihan gerak aktif-pasif atau range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap.
Tujuan	Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak
Prosedur Kerja	<p>Gerakan Rom</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lengan/Pundak Angkat tangan keatas lalu kembali ke bawah, setelah itu kesamping dan kebawah lagi.



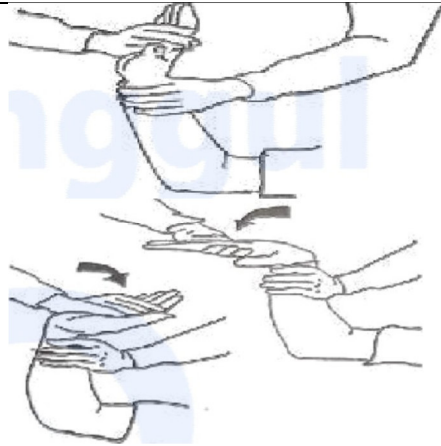
2) Siku

Dengan menekuk lengan, gerakan lengan keatas dan kebawah.



3) Pergelangan tangan

Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping kiri dan kanan



4) Jari Tangan

Tekuk keempat jari tangan ke arah dalam lalu renggangkan kembali.

Kepalkan seluruh jari lalu buka.

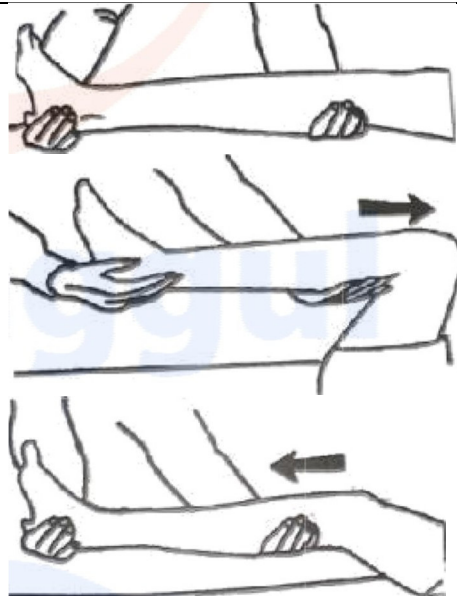
Tekuk tiap jari satu persatu.



5) Lutut

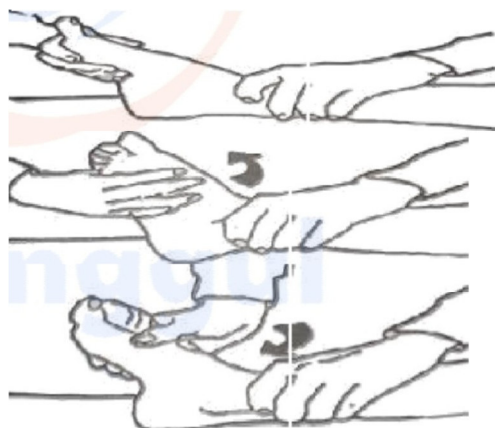
Angkat kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian diturunkan lagi.

Gerakkan kaki ke samping kanan dan kiri lalu putar ke arah dalam dan luar.



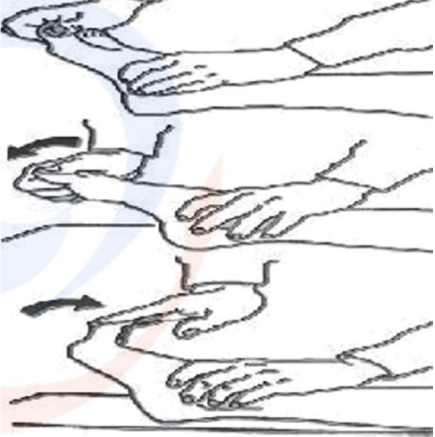
6) Pergelangan kaki

Tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki keatas dan kebawah



7) Jari-jari Kaki

Perawat memegang pergelangan kaki pasien dengan satu tangan, tangan lainnya membantu pasien membuat gerakan menekuk jari-jari

	<p>kaki dan kemudian meluruskan jari-jari kaki pasien.</p> <p>Tangan perawat membantu melebarkan jari-jari kaki pasien kemudian merapatkan kembali.</p>  <p>8) INGAT: Tidak dipaksakan dalam latihan, lakukan sesering mungkin.</p>
Evaluasi	<p>a.Respon</p> <p>Respon verbal : klien mengatakan tidak kaku lagi</p> <p>Respon non verbal : klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku.</p> <p>b.Beri reinforcement positif</p> <p>c.Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>d.Mengakhiri kegiatan dengan baik.</p>

BAB III
TINJAUAN KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN *STROKE HEMORAGIC* (SH) DI
RUANGAN ICU RSUD CURUP KABUPATEN REJANG LEBONG TAHUN
2022

3.1 Pengkajian

3.1.1 Biodata

1. Identitas klien

Nama klien	: Tn.J
Usia/jenis kelamin	: 56 Tahun/Laki-laki
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Air Lanang
Golongan Darah	: O
Suku bangsa	: Rejang
Sumber informasi	: Istri dan Anak
Tanggal MRS	: 23 April 2022/ 05:30 WIB
Tanggal Pengkajian	: 24 April 2022/ 10:00 WIB
Diagnosa Medis	: <i>Stroke Hemoragic</i> (SH)

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.S
Usia : 46 Tahun
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Agama : Islam
Alamat : Air Lanang

3.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama MRS

Klien datang ke UGD pada tanggal 23 April 2022 pada pukul 05:30 WIB dengan keluhan penurunan kesadaran dengan GCS E1V1M2 (Semi coma) dan ada riwayat Hipertensi dari 5 tahun yang lalu

2) Keluhan Saat Ini

Pada saat pengkajian pada tanggal 24 April 2022 pada pukul 10:00 kondisi klien masih tidak sadarkan diri, terpasang ETT + Ventilator mode SPN-CPAP O2 80 l, PEEP 4, VT : 680, T1 : 1 : 2, Apsupp 10, dan terpasang selang NGT dan Kateter dengan GCS E1V1M2 (semi coma)

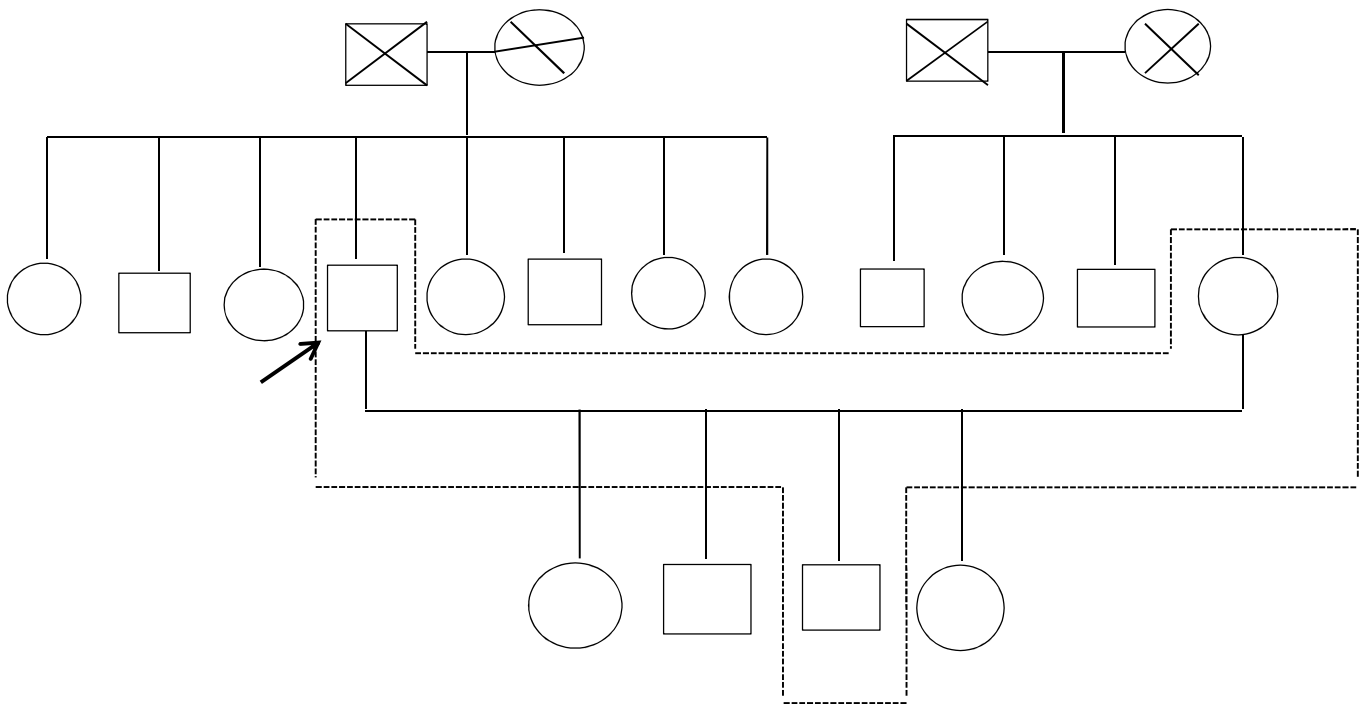
3) Keluhan Kronologis

- a. Factor pencetus : Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui penyebab klien sampai mengalami penurunan kesadaran dan baru pertama kalinya klien mengalami penurunan kesadaran
- b. Timbulnya keluhan : 1 hari yang lalu
- c. Lamanya : 1 hari
- d. Upaya mengatasi : Langsung dibawa ke RSUD Curup

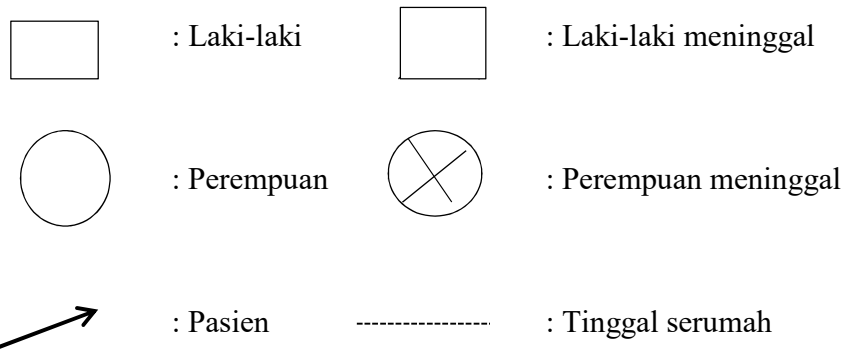
2. Riwayat keluhan masa lalu

- 1) Riwayat Alergi : Tidak ada riwayat alergi apapun
- 2) Riwayat Kecelakaan : Klien tidak ada riwayat kecelakaan
- 3) Riwayat Dirawat di Rs : Keluarga klien mengatakan klien
- 4) Riwayat Operasi : Klien tidak pernah menjalankan operasi sebelumnya
- 5) Riwayat Pemakaian Obat : Klien meminum obat rutin untuk penyakit HT yaitu candesartan
- 6) Riwayat Merokok : Klien tidak merokok.

3. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan:



4. Penyakit yang pernah diderita : Hipertensi sudah dari 5 tahun yang lalu

5. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- 1) Adanya orang terdekat : Istri dan Anak-anaknya
- 2) Interaksi dalam keluarga

- a. Pola komunikasi : Klien memiliki komunikasi yang baik didalam keluarganya maupun dimasyarakat
 - b. Pembuatan keputusan : Tn.J sebagai pembuatan keputusan dirumah
 - c. Kegiatan kemasyarakatan : Keluarga klien mengatakan klien aktif di kegiatan bermasyarakat, klien juga sering mengikuti kegiatan kemasyarakatan seperti gotong royong dan klien juga mengikuti kegiatan yang dilakukan di masjid.
- 3) Dampak penyakit pasien : Kelurga klien mengatakan karena penyakit yang dideritanya sekarang keluarga mengalami kesulitan dalam hal ekonomi karena klien atau Tn.J yang mencari nafkah untuk keluarga.
- 4) Masalah yang mempengaruhi: Tidak ada

6. Persepsi pasien terhadap penyakitnya

- 1) Hal yang sangat dipikir : Tidak dapat terkaji karena klien mengalami penurunan kesadaran.
- 2) Harapan telah menjalani : Tidak dapat terkaji karena klien mengalami penurunan kesadaran.

- 3) Perubahan yang diharapkan : Tidak dapat terkaji karena klien mengalami penurunan kesadaran.

7. System nilai kepercayaan

- 1) Nilai-nilai yang di percayai : Agama islam
- 2) Aktivitas agama : Keluarga Klien mengatakan saat sebelum sakit klien rajin menjalankan sholat lima waktu.

8. Pola kebiasaan

No	Hal yang dikaji	Pola kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat sakit
1	Pola nutrisi: 1. Frekuensi makan 3x/hari 2. Nafsu makan baik/tidak 3. Porsi makan yang dihabiskan 4. Makan yang tidak disukai 5. Makanan yang membuat alergi 6. Makanan pantangan 7. Penggunaan obat-obatan 8. Penggunaan alat bantu (NGT,dll)	3 kali Baik 1 porsi Tidak ada Captopril Tidak ada Tidak ada Tidak ada	2 kali Tidak baik 1 porsi (melalui ngt) Tidak ada Tidak ada Sayuran dan buah-buahan Candesartan Pasien terpasang selang NGT
2	Pola eliminasi: 1. BAK a. Frekuensi		

	<ul style="list-style-type: none"> b. Warna c. Keluhan d. Penggunaan alat bantu (kateter,dll) <p>2. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Waktu c. Warna d. Konsistensi e. Keluhan f. Penggunaan <i>Laxatif</i> <p>3. Gangguan eliminasi</p>	<p>4-5 kali</p> <p>Jernih</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>1 kali</p> <p>Pagi hari</p> <p>Kekuningan</p> <p>Lembek</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Klien terpasang selang kateter (400/6 jam)</p> <p>Kuning pekat</p> <p>Tidak ada</p> <p>Klien terpasang kateter</p> <p>Tidak ada BAB</p> <p>Tidak ada BAB</p> <p>Tidak ada BAB</p> <p>Tidak ada BAB</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
3	<p>Pola personal hygiene</p> <p>1. Mandi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Waktu <p>2. Oral hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Waktu <p>3. Cuci rambut</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Waktu <p>4. Gangguan personal hygiene</p>	<p>2 kali</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>2 kali</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>2 kali</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>Tidak ada</p>	<p>1 kali, klien dimandikan oleh perawat dengan cara di lap dengan washlap</p> <p>Pagi</p> <p>1 kali dan dilakukan oleh perawat</p> <p>Pagi</p> <p>Belum ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Ada, klien mengalami</p>

			penurunan kesadaran sehingga tidak bisa melakukan personal hygiene sendiri.
4	<p>Pola istirahat dan tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lama tidur siang 2. Lama tidur malam 3. Kebiasaan sebelum tidur 4. Gangguan istirahat dan tidur 	<p>Tidak ada</p> <p>6-8 jam</p> <p>Menonton TV</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Klien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>Klien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
5	<p>Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merokok: Ya/Tidak <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Jumlah 2. Minuman Keras: Ya/Tidak <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi b. Jumlah c. Lama pemakaian 3. Gangguan kesehatan 	<p>Tidak</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tidak</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
6	<p>Pola Aktivitas dan latihan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Makan dan minum 2. Mandi 3. Toileting 4. Berpakain 5. Mobilitas ditempat tidur 6. Berpindah/berjalan 7. Ambulasi/rom 8. Gangguan aktivitas 	<p>Mandiri</p> <p>Mandiri</p> <p>Mandiri</p> <p>Mandiri</p> <p>Mandiri</p>	<p>Dibantu Perawat</p> <p>Dibantu Perawat</p> <p>Dibantu Perawat</p> <p>Dibantu Perawat</p> <p>Dibantu Perawat</p>

		Mandiri Mandiri Tidak ada	Dibantu Perawat Dibantu Perawat Ada, klien mengalami gangguan mobilitas fisik dimana klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri karena penurunan kesadaran yang dialami.
--	--	---------------------------------	--

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum	: Klien mengalami penurunan kesadaran
Tingkat kesadaran	: Semi coma
Glasgow coma scale (GCS)	: E1V1M2
Berat badan	: 60 kg
Tinggi badan	: 160 cm
Tekanan darah	: 187/102 mmHg
Nadi	: 66 x/menit
Frekuensi nafas	: 23 x/menit
Suhu tubuh	: 36,5

2. System penglihatan

Posisi mata	: Simetris antara kanan dan kiri
Kelopak mata	: Tidak terdapat pembekakan pada

	kelopak mata klien
Pergerakan bola mata	: Tidak ada pergerakan bola mata
Konjungtiva	: anemis
Kornea	: normal
Sclera	: an-ikterik
Pupil	: isokor
Fungsi penglihatan	: Keluarga klien mengatakan penglihatan klien sudah mulai kabur
Tanda-tanda radang	: tidak ada tanda-tanda radang
Pemakaian kaca mata	: keluarga klien mengatakan klien memakai kaca mata
Pemakaian lensa kontak	: klien tidak menggunakan lensa kontak
3. System pendengaran	
Daun telinga	: simetris antara kanan dan kiri, daun telinga bersih, tidak ada pembekakan,
Kondisi telinga tengah	: telinga bersih dan tidak ada infeksi
Cairan dan telinga	: tidak ada perdarahan dalam telinga, tidak ada cairan yang keluar
Pemakaian alat bantu	: tidak ada
4. System pernafasan	
Jalan nafas	: Terdapat secret
Frekuensi	: 24x/menit

Irama	: irreguler
Jenis pernafasan	: takipneu
Batuk	: ada
Sputum	: sputum berwarna putih
Terdapat darah	: tidak ada
Suara nafas	: ronchi

5. System kardiovaskular

1) Sirkulasi perifer

- | | |
|----------------------------|---------------|
| a. Frekuensi nadi | : 80x/m |
| a) Irama | : reguler |
| b. Distensi vena jugularis | : |
| a) Kanan | : tidak ada |
| b) Kiri | : tidak ada |
| c) Temperature kulit | : 36,5 |
| c. Warna kulit | : sawo matang |
| d. Edema | : tidak ada |
| e. Capilarey refill time | : < 3 detik |

6. System saraf pusat

- | | |
|--------------------------------|---|
| a. Keluhan sakit kepala | : Keluarga klien mengatakan klien sering sakit kepala |
| b. Tanda-tanda Peningkatan TIK | : ada, terdapat peningkatan tekanan darah, gelisah |

c. Pemeriksaan nervus I-XII

1. Nervus olfaktorius : Klien mengalami penurunan kesadaran
(4 Semi coma)
2. Nervus optikus : Keluarga mengatakan penglihatan
klien sudah mulai kabur
3. Nervus okulomotoris : Dilatasi reaksi pupil normal, terjadi
pengecilan pupil ketika ada pantulan
cahaya
4. Nervus trochlearis : Tidak ada gangguan dalam pergerakan
bola mata
5. Nervus trikuspidalis : Reflek kornea
6. Nervus abducens : Tidak dapat menggerakkan bola mata
7. Nervus fasialis : Pemeriksaan ekspresi wajah normal
8. Nervus vestibulochlearis : Keluarga mengatakan pendengaran
klien sudah mulai terganggu
9. Nervus glossofaringeus : Tidak terkaji (klien mengalami
penurunan kesadaran)
10. Nervus vagus : Tidak terkaji (GCS 4 semi coma)
11. Nervus asesoris : tidak terkaji aktivitas klien dibantu
(klien mengalami penurunan kesadaran)
12. Nervus hipoglosus : Klien terpasang ventilator

7. System pencernaan

- a. Keadaan mulut
 - a) Gigi : gigi lengkap
 - b) Gigi palsu : tidak ada
 - c) Stomatitis : tidak ada
 - d) Lidah kotor : tidak ada
- b. Mukosa bibir : kering
- c. Muntah : tidak ada
- d. Bising usus : 12x/menit
- e. Konsistensi feces : tidak ada BAB
- f. Konstipasi : tidak ada BAB
- g. Hepar dan limfa : hepar dan limfa tidak teraba dan tidak ada pembekakan dan pembesaran
- h. Abdomen :
 - a) Inspeksi : simetris, tidak ada lesi
 - b) Palpasi : tidak pembekakan
 - c) Auskultasi : bising usus normal 12x/menit
 - d) Perkusi : bunyi pekak

8. System endokrin

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

9. System urogenital

- a. Perubahan Pola Kemih
 - BAK : terpasang voley kateter
 - Warna : kuning pekat
 - Jumlah : \pm 800 ml/24 jam
- b. Distensi/ketegangan : tidak ada
- Kandung kemih : tidak ada

10. System integument

- a. Turgor kulit : elastis
- b. Warna kulit : sawo matang
- c. Keadaan kulit
 - a) Luka, lokasi : tidak ada
 - b) Insisi operasi, lokasi : tidak ada
 - c) Kondisi : tidak ada
 - d) Gatal-gatal : tidak ada
 - e) Kelainan pigmen : tidak ada
 - f) Decubitus, lokasi : tidak ada
- d. Kelainan kulit : tidak ada
- e. Kondisi kulit daerah infus : tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak.

11. System musculoskeletal

- a. Sakit tulang, sendi, kulit : tidak ada
- b. Fraktur

- a) Lokasi : tidak ada
- b) Kondisi : tidak ada
- c. Keadaan tonus : lemas
- d. Kekuatan otot : $\frac{1111}{1111}$ | $\frac{1111}{1111}$

12. Ekstremitas

- a. Atas : Terpasang IV line di sebelah kiri
dengan cairan Nacl 0,9% 60cc/jam
- b. Bawah : tidak ada edema

13. Data penunjang

Tanggal pemeriksaan 23 april 2022

Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Satuan	Metode	Nilai rujukan
1	2	3	4	5
Hematologi				
Hemoglobin	13,3	g/dL	Cyanmet Hb	W : 11,7-15,5 L : 13.2-17.3
Jumlah lekosit	16,200	uL	Turk/Hema analyzer	W : 3.600-11.000 L : 3.800-10.600
Jumlah eritrosit	4.29	Juta/uL	Hayem/Hema analyzer	W : 3,8 – 5,2 L : 4,4 – 5,9
Jumlah trombosit	276.000	uL	Direk/Hema analyzer	150.000 – 440.000

Laju endap darah	18	Mm	Westegren	W : 0 – 20 L : 0 – 10
Hiff count	0/0/0/90/4/6	%	Mikroskopis giemsa	0-1/2-4/3-5/50- 70/25-40/2-8
Hematocrit	38	%	Kapiler/Hema analyzer	W : 35 . 47 L . 40 – 52
Golongan darah			Aglutinasi	
Malaria			Mikroskopis giemsa	Negatif
Masa pendarahan		Menit	Duke	1-3
Masa pembekuan		Menit	Tabung	8-18
Letikulosit		%	BCD	05, - 1,5
MCV	88	fL	Indirek	80-100
MCH	31	Pg	Indirek	26-34
MCHC	35	g/dL	Indirek	32-36
RDW / sebaran ukuran eritrosit		%	Hema analyzer	11,5-14,5

Tanggal pemeriksaan 23 April 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Rujukan
Glukosa sewaktu	138	mg/dL	74-106
Ureum	26	mg/dL	17-43
Kreatinin	1,35	mg/dL	W:0,45-0,75 L:0,62-1,10

3.4.1 Penatalaksanaan

Terapi hari minggu, 24 April 2022

No	Obat	Fungsi obat	Pemberiaan obat	Dosis
1.	IVFD Nacl 0,9%	Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh	Lewat iv	60 cc
2.	Mecobalamin inj	Untuk mengatasi kekurangan vitamin B12	Lewat iv	2x1
3.	Omeprazole inj	Obat untuk menangani penyakit asam lambung.	Lewat iv	1x1
4.	Kalnex inj	Untuk membantu menghentikan pendarahan	Lewat iv	3x1
5.	Mannitol	Untuk mengurangi tekanan dalam otak	Lewat iv	100cc
6.	Ceftriaxone	Untuk mengobati infeksi bakteri	Lewat iv	2x1
6.	Citicoline	Untuk mengatasi gangguan memori	Lewat iv	2x1
7.	Candesartan	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Lewat oral	1x1

Terapi hari Senin 25 April 2022

No	Nama obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1.	Ceftriaxone	Untuk mengobati infeksi bakteri	Lewat iv	2x1
2.	Citicoline inj	Untuk mengatasi gangguan	Lewat iv	2x1

		memori		
3.	Mecobalamine inj	Untuk mengatasi kekurangan vitamin B12	Lewat iv	2x1
4.	Kalnex inj	Untuk membantu menghentikan pendarahan	Lewat iv	2x1
7.	Manitol	Untuk mengurangi tekanan dalam otak	Lewat iv	3x1
8.	Paracetamol	Untuk menurunkan suhu tubuh klien	Lewat iv	3x1

Terapi hari Selasa, 26 April 2022

No	Nama obat	Fungsi obat	Pemberian oba	Dosis
1.	Drip mannitol	Untuk mengurangi tekanan dalam otak	Lewat iv	100 cc
2.	Kalnex inj	Untuk membantu menghentikan pendarahan	Lewat iv	500 mg
3.	Citicoline inj	Untuk mengatasi gangguan memori	Lewat iv	500 mg
4.	Mecobalamine inj	Untuk mengatasi kekurangan vitamin B12	Lewat iv	1500 mg x 2
5.	Esomax inj	Untuk mengurangi produksi jumlah asam lambung	Lewat iv	40 mg
6.	Paracetamol	Untuk menurunkan suhu tubuh klien	Lewat iv	100 ml

		<p>ronchi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nafas klien meningkat <p>R : 24x/m</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat sekret pada jalan nafas klien 						
3.	Minggu, 24 April 2022	<p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 4 (E1V1M2) - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak (ROM) menurun - Semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat - Klien lemah dan hanya berbaring saja 	1	1	1	1	Defisit neurologis secara mendadak	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
1	1							
1	1							
4.	Senin, 25 April 2022	<p>Ds:</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh klien diatas normal 	Proses penyakit	Hipertermi				

RENCANA TINDAKAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Resiko Perfusi Serebral Tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah keotak (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi/meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun 3. Tidak ada tanda-tanda pasien gelisah 4. TTV membaik	Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3. Monitor status pernafasan 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor status neurologis dengan GCS 6. Berikan posisi semi fowler 7. Cegah terjadinya kejang 8. Atur ventilator agar PaCO2 optimal 9. Pertahankan suhu tubuh normal

2.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Bersihan jalan nafas dapat teratasi/membaik dengan kriteria hasil : 1. Produksi sputum menurun 2. Frekuensi nafas membaik 3. Pola nafas membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift Posisikan semi-fowler atau fowler 5. Berikan minum hangat 6. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 7. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 9. Keluarkan sumbatan
----	---	--	--

3	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis secara mendadak (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Gangguan Mobilitas Fisik dapat teratasi/meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik menurun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya 2. Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan 3. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi 4. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 5. Anjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang bisa dilakukan seperti duduk ditempat tidur, miring kanan/kiri, dan latihan rentang gerak (ROM)
4	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Termoregulasi dapat teratasi/membaik dengan kriteria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh. 2. Sediakan lingkungan yang dingin. 3. Longgarkan atau lepaskan pakaian.

		hasil : 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik	4. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 5. Berikan cairan oral. 6. Anjurkan tirah baring. 7. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.
--	--	---	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	Tanggal	Jam	No Dx	Implementasi	Respon Hasil				
1	Minggu, 24 April 2022	08.30 09.00 09.10 10.00 10.30 14.00	1 1,2 3 3 2 1,4	1. Cek kesadaran klien 2. Memonitor status pernafasan klien 3. Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan klien 4. Melakukan teknik ROM pasif 5. Melakukan suction 6. Mengobservasi TTV	1. Tingkat kesadaran klien Semicoma (E1V1M2) R : 20x/menit 2. Nilai kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </table> 3. Menggerakkan tubuh klien karena klien mengalami penurunan kesadaran 4. Klien hanya respon bergerak 5. TD: 187/102 R: 21x/m N: 66x/m T: 35,8 SpO2: 100%	1	1	1	1
1	1								
1	1								

14.00	1	7. Monitor intake dan output cairan	7.	Intake : 995 ml Output : $\frac{800 \text{ ml} - 195}{24}$ IWL : $\frac{15 \times \text{BB}}{24}$: $\frac{15 \times 60}{24}$: 37,5 cc/jam		

Resume operan dinas sore

Tanggal 24 April 2022

Klien masih mengalami penurunan kesadaran

Klien makan dan minum sebanyak 300cc

Jumlah urine saat dibuang jam 19.00 sebanyak 600cc

Klien tidak BAB

Kesadaran klien masih semicomma mengalami penurunan kesadaran

Obat yang diberikan

- Inj. Citicoline 500 mg jam 17.00
- Inj. Ceftriaxone 1g jam 17.00
- Inj. Mecobalamine 1500 mg jam 17.00

Resume operan dinas malam

Tanggal 24 April 2022

Klien tampak tidur tenang

Klien makan minum menggunakan ngt sebanyak 300 cc

Kesadaran klien semicomma, klien mengalami penurunan kesadaran

Jumlah urine klien dibuang pada pagi hari jam 07.00 sebanyak 500cc

Klien tidak BAB

Obat yang diberikan dinas malam

- Inj. Citicoline 500mg jam 04.50
- Inj. Mecobalamine 1500mg jam 04.50
- Inj. Kalnex 500mg jam 22.50 dan 06.50

NO	Tanggal	Jam	No Dx	Implementasi	Respon Hasil				
2	Senin, 25 April 2022	08.00 08.30 09.00 09.15 09.30 10.00 14.00	1 1 3 3 2 2 1,4	1. Cek kesadaran klien 2. Memonitor status pernafasan klien 3. Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan klien 4. Melakukan teknik ROM pasif 5. Memberi rangsangan suara kepada klien 6. Melakukan suction 7. Mengobservasi TTV	1. Tingkat kesadaran klien Semicoma (E1V1M2) 2. R : 20x/menit 3. Nilai kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </table> 4. Menggerakkan tubuh klien karena klien mengalami penurunan kesadaran 5. Klien hanya respon suara mengeram 6. Klien hanya respon bergerak 7. TD: 172/102 R: 18x/m N: 68x/m SpO2: 100%	1	1	1	1
1	1								
1	1								

	14.00	1	8. Menghitung balance cairan	8. Intake :1342 Output : $\frac{850}{+492}$ - IWL : $\frac{15 \times BB}{24}$: $\frac{15 \times 60}{24}$: 37,5 cc/jam 9. S : 38,0 c
13.00	4	9.	9. Memberikan paracetamol pada klien	

Resume Operan Dinas Sore

Tanggal 25 April 2022

Klien tenang tidak ada keluhan

Klien makan dan minum sebanyak 300cc

Jumlah urine saat dibuang jam 19.00 sebanyak 400cc

Klien tidak BAB

Kesadaran klien masih semicomma mengalami penurunan kesadaran

Keluarga klien melakukan kegiatan rom mandiri di sore hari

Obat yang diberikan

- Inj. Citicoline 500 mg jam 14.50
- Inj. Mecobalamine 1500 mg jam 14.50
- Inj. Esomax 40 mg jam 14.50

Resume operan dinas malam

Tanggal 25 April 2022

Klien tenang dan tidak ada keluhan

Klien makan dan minum sebanyak 300cc

Jumlah urine klien 700cc saat dibuang pagi hari jam 07.00

Klien tidak BAB

Kesadaran masih semicomma

Obat yang diberikan

- Inj. Mecobalamine 1500 mg jam 04.50
- Ink. Citicoline 500 mg jam 04.50

3	Selasa, 26 April 2022	08.00	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan personal hygiene 2. Melakukan oral hygiene 3. Melakukan evaluasi terapi ROM pasif pada pasien yg dilakukan keluarga 4. Memonitor status pernapasan klien 5. Melakukan suction 6. Memberikan ransangan kepada pasien 7. Memberikan paracetamol 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minyak dan kotoran di badan dan wajah klien sudah dibersihkan 2. Mulut klien lebih bersih dari sebelumnya 3. Keluarga sangat antusias dan kooperatif 4. Klien terpasang ETT (terpasang intubasi trakea on ventilator) F102 : 90 VT : 480 O2 : 60 T1 : 1,6 RR : 12 PEEP : 5 AP SUP : 10 5. Klien tidak merespon 6. Klien tidak ada respon 7. Suhu klien 36,0 c
---	--------------------------	-------	---	--	--

Resume Operan Dinas Sore

Tanggal 26 April 2022

Klien tenang tidak ada keluhan

Klien makan dan minum sebanyak 300cc

Jumlah urine saat dibuang jam 20.00 sebanyak 300cc dan berwarna kehitaman

Klien tidak bab

Kesadaran klien masih semicomma mengalami penurunan kesadaran

Keluarga klien melakukan kegiatan rom mandiri di sore hari

Obat yang diberikan

- Inj. Citicoline 500 mg jam 14.50
- Inj. Mecobalamine 1500 mg jam 14.50
- Inj. Esomax 40 mg jam 14.50
- Paracetamol IV 100 ml

Resume operan dinas malam

Tanggal 26 April 2022

Kedadaan klien gelisah TTV klien menurun TD : 63/50 mmHg RR : 11 x/m

Kesadaran klien semicomma masih mengalami penurunan kesadaran

Kedadaan klien kembali stabil TTV meningkat menjadi normal pada jam 00.16

TD : 130/100 mmHg

SPO2 : 99%

RR : 19 x/m

HR : 112 x/m

Pada jam 03.08 TTV klien kembali menurun

TD : 65/50 mmHg

R: 10x/m

HR: 68x/m

Kedadaan pasien tidak stabil dan semakin memburuk

Dilakukan RJP dan injeksi Norepinephrin 1mg

Pada jam 03.34 pasien dinyatakan meninggal dunia

Melakukan perawatan jenazah

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : Tn.J Umur : 56 tahun
 Ruangan : ICU Diagnose Medis : SH
 Tanggal : 24 April 2022 No.Mr : 235640

No	Hari/tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf/ Nama																												
1.	Hari pertama Minggu, 24 April 2022	14.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E1V1M2)</p> <p>- Tanda Vital</p> <p>TD : 164/109 mmHg HR : 98 x/m</p> <p>T : 36,5 °c RR : 20 x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tekanan intra kranial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan darah</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan pada no 1,2,4,5,6</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	Tingkat kesadaran	√					2.	Tekanan intra kranial				√		3	Tekanan darah	√					Badri
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1	Tingkat kesadaran	√																														
2.	Tekanan intra kranial				√																											
3	Tekanan darah	√																														
2.		14.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>-Masih terdapat sputum pada jalan nafas klien</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Produksi sputum</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Pola Nafas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,3,7</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	Produksi sputum	√					2.	Frekuensi nafas			√			3	Pola Nafas			√			
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1	Produksi sputum	√																														
2.	Frekuensi nafas			√																												
3	Pola Nafas			√																												

3.		14.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Klien hanya berbaring <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 3,4,6,7,8</p>	1	2	1	2	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Kekuatan otot	√					2.	Rentang gerak (ROM)	√					3.	Kelemahan fisik					√	Badri
1	2																																			
1	2																																			
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																														
1.	Kekuatan otot	√																																		
2.	Rentang gerak (ROM)	√																																		
3.	Kelemahan fisik					√																														

No	Hari/tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf/ Nama																												
1.	Hari kedua Senin, 25 April 2022	14.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E1V1M2) - Tanda Vital <p>TD : 200/124 mmHg HR : 120</p> <p>T : 36,8°C RR : 18 x/m</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1. Tingkat kesadaran</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tekanan intra kranial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	1. Tingkat kesadaran	√					2.	Tekanan intra kranial				√		3	Tekanan darah				√		Badri
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1	1. Tingkat kesadaran	√																														
2.	Tekanan intra kranial				√																											
3	Tekanan darah				√																											

			P : Intervensi dilanjutkan pada no 1,2,4,5,7,8,9																													
2.		14.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>-Masih terdapat sputum pada jalan nafas klien</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Produksi sputum</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Pola Nafas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,3,7</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	Produksi sputum		√				2.	Frekuensi nafas			√			3	Pola Nafas			√			
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1	Produksi sputum		√																													
2.	Frekuensi nafas			√																												
3	Pola Nafas			√																												
3.		14.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- Terjadi penurunan kekuatan otot</p> <p>1 1</p> <p>1 1</p> <p>- Rentang gerak menurun</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N o</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 3,4,6,8,10,11</p>	N o	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Kekuatan otot	√					2.	Rentang gerak (ROM)	√					3.	Kelemahan fisik				√		Badri
N o	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Kekuatan otot	√																														
2.	Rentang gerak (ROM)	√																														
3.	Kelemahan fisik				√																											
4.		14.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- suhu tubuh klien menurun</p> <p>S : 38 c</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Suhu tubuh</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Suhu tubuh	√					Badri														
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Suhu tubuh	√																														

			2.	Suhu kulit	√					
P : Intervensi dilanjutkan 1,7										

No	Hari/tanggal	Jam	Evaluasi							Paraf/ Nama																											
1.	Hari ketiga Selasa, 25 April 2022	14.00	S : - O : - Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E1V1M2) - Tanda Vital TD : 68/40 mmHg HR : 124 x/m T : 36,6 RR : 12 x/m A : Masalah belum teratasi							Badri																											
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1.Tingkat kesadaran</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tekanan intra kranial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan darah</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> P : Intervensi di hentikan klien meninggal								No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	1.Tingkat kesadaran	√					2.	Tekanan intra kranial				√		3	Tekanan darah	√			
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																															
1	1.Tingkat kesadaran	√																																			
2.	Tekanan intra kranial				√																																
3	Tekanan darah	√																																			
2.		14.00	S : - O : -Masih terdapat sputum pada jalan nafas klien A : Masalah belum teratasi							Badri																											
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Produksi sputum</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Pola Nafas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> P : Intervensi dihentikan klien meninggal								No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	Produksi sputum		√				2.	Frekuensi nafas			√			3	Pola Nafas			√	
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																															
1	Produksi sputum		√																																		
2.	Frekuensi nafas			√																																	
3	Pola Nafas			√																																	
3.		14.00	S : - O :							Badri																											

			<p>- Terjadi penurunan kekuatan otot</p> <p>1 1</p> <p>1 1</p> <p>- Klien hanya berbaring saja</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi di hentikan klien meninggal</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Kekuatan otot	√					2.	Rentang gerak (ROM)	√					3.	Kelemahan fisik					√	
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Kekuatan otot	√																														
2.	Rentang gerak (ROM)	√																														
3.	Kelemahan fisik					√																										
3.	Kamis, 19 Mei 2022	12.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- suhu tubuh klien menurun</p> <p>S : 36 c</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Suhu tubuh</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Suhu kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Suhu tubuh					√	2.	Suhu kulit				√		Badri							
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Suhu tubuh					√																										
2.	Suhu kulit				√																											

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.J dengan *Stroke Hemoragik* maka langkah selanjutnya membahas hasil dari tinjauan kasus yang telah dilaksanakan dengan tinjauan teoritis yang ada. Pembahasan ini meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Sehingga dapat di ambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah serta dapat digunakan sehingga tindakan lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus Asuhan Keperawatan pada Tn.J dengan Stroke Hemoragik RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong antara lain :

4.1 Pengkajian

Pengkajian dalam proses keperawatan adalah langkah awal untuk mengumpulkan data, dimana pengkajian yang terdapat dalam tinjauan kepustakaan pada umumnya tidak begitu jauh berbeda dengan yang penulis temui.

Dari pengkajian ini penulis menemukan data-data yang menunjukkan Tn.J mengalami Stroke Hemoragik yaitu keadaan umum lemah, hemiparese pada ekstremitas sebelah kanan, darah tinggi dan tidak terkontrol. Tn.J sebelumnya memang sudah mempunyai riwayat Hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Klien sering minum obat rutin captopril untuk menurunkan tekanan darah tingginya.tinggi yang tidak terkontrol. Pasien juga mengalami kesulitan dalam menggerakkan tubuh bagian sebelah kanan dan tidak bisa berbicara, dan klien

juga mengalami penurunan kesadaran ini disebabkan karena adanya hemiparese kanan yang terjadi karena adanya kerusakan otak sebelah kiri. kelumpuhan sebagian badan termasuk dalam jenis hemiparesis murni yaitu pasien akan mengalami kelemahan pada kaki, lengan juga otot wajah seperti yang dialami oleh Tn.J dari pengkajian terhadap Tn.J penulis menemukan bahwa data yang ditemukan penulis pada Tn.J tersebut sesuai dengan teori menurut Wijaya (2013) dimana tanda dan gejalanya kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis), gangguan bicara, kehilangan sensori terhadap nyeri .

Hasil laboratorium pada Tn.J hanya dilakukan pemeriksaan glukosa : 138 mg/dL , Ureum : 26 mg/dL, Kreatinin : 1,35 mg/dL, sedangkan pada pasien tidak ada riwayat diabetes tetapi kadar diatas normal. Seharusnya pada Tn.J dilakukan pemeriksaan kolestrol karena kolestrol merupakan lemak jenuh didalam darah, jika kadar kolestrol lebih dari normal maka bisa menyebabkan resiko penyumbatan pada pembuluh darah otak.

Pemeriksaan penunjang yang tidak dilakukan seperti pemeriksaan *CT-Scan* untuk melihat serta mengetahui daerah yang rusak pada bagian otak yang berwarna kehitaman. Tidak dilakukan karena tidak adanya alat penunjang, sehingga dilakukan sirsute pada pasien ke rumah sakit yang memiliki pemeriksaan CT-Scan, tetapi keluarga menolak penawaran rujukan dari pihak rumah sakit setelah melakukan perundingan antar keluarga.

4.2 Diagnosa keperawatan

Dari analisa data pada Tn.J dapat disimpulkan beberapa diagnosa keperawatan. Ternyata tidak semua diagnosa pada landasan teori dapat ditemukan pada kasus sebenarnya. Dari analisa data dan berdasarkan keadaan umum klien serta respon klien, hanya ada 4 diagnosa yang di tegakkan pada klien dengan *Stroke Hemoragik*, yaitu :

- a. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif yang berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak.
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
- c. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan defisit neurologis secara mendadak
- d. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Diagnosa yang tidak muncul secara teori menurut Doenges (2000) yaitu diagnosa keperawatan Defisit nutrisi kurang dari yang berhubungan dengan gangguan reflek menelan, dan menurunnya nafsu makan dikarenakan data yang menunjang untuk diangkatnya diagnosa tersebut tidak ada. Untuk diagnosa Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan apasia global, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/koordinasi otot tanda dan gejala sudah dimasukkan dan telah terlaksana bersamaan dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik.

Pada saat pengkajian hari kedua ditegakkan diagnosa baru yang tidak sesuai dengan teori menurut (Price & Wilson, 2006) pada pasien *Stroke*

Hemoragic yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan serta Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit karena adanya data yang menunjang untuk ditegakkan diagnosa tersebut.

4.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahap selanjutnya yang merupakan penyusunan rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah yang telah di tentukan. Rencana keperawatan yang terdapat di laporan pendahuluan tidak semua penulis angkat pada rencana asuhan keperawatan, di karenakan penulis sesuaikan dengan kondisi klien dan di angkat sesuai dengan apa yang telah di tetapkan oleh Rumah Sakit tersebut dan keterbatasan kami sebagai seorang mahasiswa.

4.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan yang di lakukan dari rencana keperawatan yang telah di tetapkan. Pelaksanaan perawatan ini penulis bekerja sama dengan perawat ruangan, tim kesehatan lain dan keluarga pasien sehingga pelaksanaan perawatan ini dapat dilakukan. Penulis dalam melakukan asuhan keperawatan tidak berada 24 jam di ruangan tetapi penulis berusaha melakukan askep sesuai dengan rencana keperawatan, sedangkan untuk catatan perkembangan klien maka penulis melihat catatan keperawatan, catatan dokter dan menanyakan langsung kepada perawat jaga.

Sebelum pasien meninggal dunia penulis telah mengajarkan kepada keluarga pasien cara melatih kekuatan otot pasien sebelah kanan dengan ROM

pasif serta memberikan leaflet yang berhubungan dengan tindakan yang dijelaskan.

Ada baiknya intervensi yang dilakukan oleh penulis seperti melatih pasien untuk melakukan ROM pasif bisa dilakukan pula oleh perawat ruangan sehingga keberhasilan tindakan bisa maksimal.

4.5 Evaluasi

Dalam melaksanakan evaluasi tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek terbukti sebagian sudah teratasi dengan metode SOAP. Dari hasil evaluasi didapatkan : Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah keotak belum teratasi, Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan belum teratasi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan defisit neurologis secara mendadak belum teratasi, dan Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit teratasi.

Masalah yang belum teratasi tidak dapat dilanjutkan karena pasien dinyatakan meninggal dunia pada tanggal 30 April 2022 jam 03.34 WIB. Sebelum pasien meninggal dunia penulis sudah melakukan tindakan ROM pasif pada pasien serta penulis sudah memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga pasien cara melatih kekuatan otot dengan tindakan ROM

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dari jurnal oleh Kharisma Isnaini rahmawati & Nurul Devi yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Melalui Latihan Range Of Motion (ROM)”. Sehingga penulis tertarik untuk mengangkat karya tulis ilmiah dengan judul “asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang ICU RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022” dengan pendekatan implementasi latihan rentang gerak range of motion (ROM) untuk mengatasi kekakuan otot pada masalah stroke hemoragik.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapat dari kasus yaitu saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 April 2022 pukul 10.00 WIB, menunjukkan adanya tanda dan gejala yaitu pasien ditemukan tidak sadarkan diri saat sedang berkebun dan langsung di bawa ke RSUD mengalami penurunan kesadaran

2. Diagnosa keperawatan

Pada penegakkan diagnosa keperawatan diagnosa yang ditemukan yaitu Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis secara mendadak, dan Gangguan

komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral gangguan pendengaran.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi merupakan tahap selanjutnya yang merupakan penyusunan rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah yang telah ditentukan. Dalam penyusunan rencana tindakan ini penulis tidak menemukan hambatan sehingga keseluruhan intervensi dapat dilaksanakan karena penulis mengacu pada teori dan di dukung dengan sumber – sumber buku yang dapat dijadikan acuan dalam membuat rencana tindakan terhadap pasien Ny. S dengan *Stroke Hemoragik*.

4. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah di tetapkan melalui proses keperawatan yang di buat, dan pelaksanaan keperawatan diperlukan hubungan saling terbuka antara perawat dengan pasien serta melibatkan keluarga dalam melakukan tindakan

5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien selama 3 hari perawatan di rumah sakit pada tanggal 24 sampai 26 April 2022 oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang di lakukan oleh peneliti pada klien menunjukkan bahwa masalah yang dialami klien belum teratasi sesuai rencana karena pasien meninggal.

5.2 Saran

1. Bagi klien

Diharapkan klien dapat kooperatif dalam menjalani proses asuhan keperawatan yang diberikan, menjalankan pola hidup yang sehat untuk mencegah terjadinya kekakuan otot.

2. Bagi keluarga

Peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan klien, pada penatalaksanaan stroke hemoragik keluarga berperan dalam memantu aktivitas rentang gerak (ROM) pada pasien.

3. Bagi peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa menjadi gambaran dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien stroke hemoragik dengan tepat, peneliti selanjutnya diharapkan dapat menguasai konsep teori tentang penyakit stroke hemoragik tersebut. Selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tetap dan akurat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien.

Begitupun untuk menegakkan diagnosa keperawatan peneliti harus teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik yang data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI). Pada intervensi keperawatan diharapkan merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku panduan Standar Luaran Keperawatan Indonesia(SLKI)

DAFTAR PUSTAKA

- Andarwati, Aini Nur. 2013. *Pengaruh Latihan Rom Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Post Stroke*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Surakarta
- Asmadi. (2013). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta. EGC
- Bararah, T dan Jauhar, M. 2013. *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta : Prestasi Pustakaraya
- Bergman et.al (2012). *Assessment Of Stroke: A Review For Ed Nurses*. *Journal of Emergency Nursing*, 38(1), 36. doi: 10.1016/j.jen.2011.08.006
- Brunner & Suddarth. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Felgin, V. 2006. *Stroke*. PT Bhuana Ilmu Populer. Jakarta
- Hasan, Abdul. Khadir. (2018). *Study Kasus Gangguan Perfusi Jaringan Serebral dengan Penurunan Kesadaran pada Klien Stroke Hemoragik setelah diberikan Posisi Kepala Elevasi 30 Derajat*. *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 9(2). Retrieved from <http://www.jurnal.stikes-aisyiahpalembang.ac.id/index.php/Kep/article/view/135>
- Irdelia, R. R., Joko, A. T., & Bebasari, E. (2014). *Profil faktor risiko yang dapat dimodifikasi pada kasus stroke berulang di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau*. *Jom FK Vol 1(2)*
- Irfan, M. (2014). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Juwono Mardihusodo, S. (2012). *Buku Terapi Emotional Freedom Technique*. (FINT, Ed.). Yogyakarta: NQ.

Juwono, R., 2016, *Ilmu Penyakit Dalam, Jilid 1*, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.

Kasuba, Y., Ramli, R. R., & Nasrun. (2019). *Gambaran Kadar Elektrolit Darah Pada Penderita Stroke Hemoragik Dengan Kesadaran Menurun Yang Di Rawat Di Bagian Neurologi RSUD Anutapura Palu Tahun 2017*. Jurnal Medika Alkhairaat 1(1): 28-32, 1(April), 59–66.

LeMone, Burke, & Bauldoff, (2016). *Keperawatan Medikal Bedah, Alih bahasa*. Jakarta: EGC

Magistris, F., Bazak, S., & Martin, J. (2013). *Intracerebral Hemorrhage: Pathophysiology, Diagnosis and Management*. MUJM , 10 (1), 15-22.

Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Konsep, Mind Mapping dan NANDA NIC NOC*. Jakarta: TIM

Misbach J., 2011. *Stroke, Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.

Mulyati, S. (2015). Pengaruh Range Of Motion Pasif Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Dengan Penurunan Kesadaran Di Ruang ICU IGD RSUD Dr. Moerwardi Di Surakarta. *Kosala, vol.3*.

Muliawati, Ratna. 2015. *Beberapa Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Stroke Iskemik Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2*. Program Pascasarjana Magister Epidemiologi Universitas Diponegoro Semarang. Semarang.

- Nurhidayat, S. (2015). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi*. In Jurnal Kesehatan.
- Nursalam (2006) *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan System Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika
- Pearce Evelyn C. 2013. *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakata: PT Gramedia Pustaka Utama
- Perry and Potter. 2005. *Fundamental Keperawatan Edisi IV*. Jakarta : EGC
- Pudiasuti, Dewi Ratna. 2011. *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Price Sylvia, A. 2006. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jilid 2* . edisi 4. Jakarta:EGC
- RSUD Curup. 2018. *Medical record*. Rejang Lebong: RSUD Curup
- RSUD Curup. 2019. *Medical record*. Rejang Lebong: RSUD Curup
- RSUD Curup. 2020. *Medical record*. Rejang Lebong: RSUD Curup
- Susanti, S., & Bistara, D. N. (2019). Pengaruh Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(2), 112.<https://doi.org/10.22146/jkesvo.44497>Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II edisi V*. Jakarta: Interna Publishing; 2009
- Syaifuddin, 2011. *Buku Ajar Keperawatan Anatomi Fisiologi Manusia*. Jakarta: Salemba Medika
- Tarwoto, Wartono, Taufiq I. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin* Jakarta: CV Trans Info Media; 2018.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017.*Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018.*Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Peratuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018.*Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Peratuan Perawat Nasional Indonesia.

Uliyah dan Hidayat. 2014. *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika Amin dan Kusuma. 2015. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Hernia*. Jakarta: Nuha Medika.

Wilson, 2011. *Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologi*. Salemba medika. Jakarta

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



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Badriyansah
NIM : P00320119003
NAMA PENGUJI : Citra Novianda S.Kep Ners
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Diruangan ICU Di RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Kamis 04 Agustus 2022	1. Rapikan KTI 2. Perbaiki bab 4 dan bab 5 3. Masukkan jurnal terapi pada pembahasan	
2	Jumat 05 Agustus 2022	Acc perbaikan KTI	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



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



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

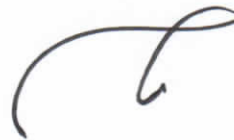
**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Badriyansah
NIM : P00320119003
NAMA PENGUJI : Almaini, M.Kes
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Diruangan ICU Di RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Kamis 05 Agustus 2022	1. Perbaiki penulisan KTI 2. Tambahkan Diagnosa	
2	Rabu 10 Agustus 2022	Acc perbaikan KTI	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup







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












**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Badriyansah
NIM : P00320119003
NAMA PEMBIMBING : Chandra Buana, SST, MPH
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Stroke Hemoragik (SH) Diruangan ICU Di RSUD Curup
Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Kamis 23 Desember 2021	1. Acc judul Stroke Hemoragik	
2	Jumat 01 Januari 2022	1. Perbaiki bab 1 2. Dilatar belakang ditambahkan diagnosa dan terapi yang akan dilakukan serta intervensi keperawatan	
3.	Senin 31 Januari 2022	1. Perbaiki latar belakang 2. Jangan copy paste 3. Perbaiki konsep askep	
4.	Rabu 09 Februari 2022	1. Buat PPT 2. Perbaiki Latar Belakang 3. Perbaiki WOC 4. Cari daftar pustaka	

5.	Kamis 17 Februari 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek buku pedoman KTI 2. Perbaiki PPT 3. Pelajari teori stroke 	
6.	Selasa 22 Februari 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengkapi semua keperluan KTI 	
7.	Rabu 02 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Abstrak 	
8.	Jumat 04 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilengkapi daftar tabel dan gambar 2. Pada WOC sebutkan sumber 3. Pelajari anatomi otak dan persyarafan 	
10.	Rabu 09 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC Ujian Proposal 	
11.	Jumat 01 Juli 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki bab 3 2. Lanjutkan sampai bab 5 3. Masukkan pembahasan tentang jurnal 	
12.	Jumat 08 Juli 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Pembahasan bab 4 2. Rapikan SOP 3. Rapikan Implementasi 	
13.	Jumat 15 Juli 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1 Perbaiki pembahasan 	
14.	Rabu 27 Juli 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan Implementasi di PPT 2. ACC Ujian KTI 	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



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

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Badriyansah

NIM : P00320119003

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Stroke Hemoragic* di Ruang ICU RSUD Curup

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

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

Curup, 10 Maret 2022

Yang Menyatakan



Badriyansah

Poltekkes Kemenkes Bengkulu

BIODATA

Nama : Badriyansah
Tempat dan tanggal lahir : Taba Padang, 02 Juni 2001
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Taba Padang
Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 02 Binduriang
2. SMP Negeri 01 Padang Ulak Tanding
3. SMA Negeri 9 Lubuk Linggau



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 29.a /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Curup, 19 April 2022
Kepada Yth :
Karu ICU
Di

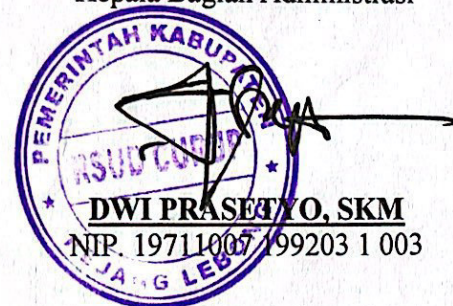
RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Program Diploma Tiga Kemenkes Bengkulu Nomor :DM.01.04/079/6/IV/2022 Tanggal 19 April 2022, Perihal Permohonan Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa :

Nama : **BADRIYANSAH**
NIM : P00320119003
Prodi : D.III Keperawatan
Tanggal : 24 April s.d 26 April 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragic (SH) di Ruangan ICU Di RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.**

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

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup
Kepala Bagian Administrasi





PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 100 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan
Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di
RSUD Curup

Curup, 22 Julil 2022
Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -

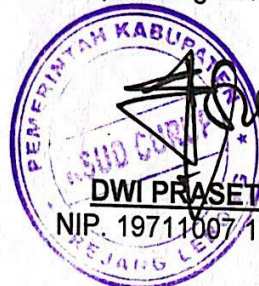
Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor:
DM.01.04/079/6/IV/2022 tanggal 19 April 2022, Perihal Surat Pengantar
Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

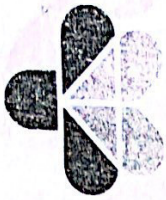
Nama : **BADRIYANSAH**
NIM : P0 0320119003
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga
Waktu Penelitian : 24 April s/d 26 April 2022
Judul : ***Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan
Stroke Hemoragic (SH)di diruang ICU di
RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong
Tahun 2022.***

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

An. Direktur RSUD Curup
Kepala Bagian Administrasi



DWI PRASETYO, SKM
NIP. 19711007 199203 1 003



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



19 April 2022

Nomor : DM.01.04/079 /6/IV/2022
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Kepada Yth

Direktur RSUD Curup
Kabupaten Rejang Lebong

Di
Tempat

Dengan Hormat

Sehubungan dengan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Laporan Kasus bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Curup Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, maka bersama ini kami mohon ketersediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami tersebut dibawah ini untuk melakukan Asuhan Keperawatan yang berkaitan dengan judul: *Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragic (SH) Diruangan ICU RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.*

Adapun nama mahasiswa yang akan melakukan kegiatan tersebut adalah:

Nama : Badriyansah
Nim : P00320119003

Demikianlah atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga
DIREKTORAT JENDERAL
TENAGA KESEHATAN
Ns. Derison Marsinova B.S.Kep,M.Kep
NIP.197402171991021001

Tembusan :

- Arsip



DOKUMENTASI

