

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE HEMORAGIK
DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA



Oleh :

Rosa Amelia
P07220120037

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2023

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE HEMORAGIK

DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

**Rosa Amelia
P07220120037**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN

SAMARINDA

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 22 Juni 2023

Yang menyatakan

Matrai
Rp.10000

ROSA AMELIA
P07220120037

**LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH
DISETUIJUI UNTUK DIUJIKAN**

TANGGAL, 12 Juni 2023

Oleh

Pembimbing



Ns. Hesti Prawita W., SST., M. Kes
NIDN. 4011088501

Pembimbing Pendamping




Ns. Diah Setiani., SST., M. Kes
NIDN. 401008860

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Tini. S. Kep., M. Kep.
NIP. 198107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

Seminar Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke

Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Telah Diuji

Pada Tanggal, 22 Juni 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji,

1. Dr. M. Drs. H Lamri B., M. Kes
NIDN: 4017115801



(.....)

Penguji Anggota :

- 1) Ns. Hesti Prawita W., SST., M. Kes.
NIDN. 4011088501


(.....)

- 2) Ns. Diah Setiani., SST., M. Kes
NIDN. 401008860


(.....)

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,



Ns. Wiyadi. S. Kep. M. Sc
NIP. 196803151991021002

Ketua Program Studi D- III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,



Ns. Tini. S. Kep., M. Kep
NIP. 198107012006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Rosa Amelia

Tempat/ Tanggal Lahir : Balikpapan, 05 Agustus 2002

Agama : Islam

Alamat : Sidomulyo, Kec. Anggana

B. Riwaya Pendidikan

1. Tahun 2008 – 2014 : SD 007 Anggana
2. Tahun 2014 – 2017 : SMP 1 Anggana
3. Tahun 2017 – 2020 : SMA 1 Anggana
4. Tahun 2020 – Sekarang : Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan

Poltekkes Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT serta shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada baginda Rasulullah SAW, atas berkat rahmat, dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda” sesuai dengan waktu yang telah direncanakan.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dan bimbingan dari dosen serta berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Dr. H. Supriadi B., S, Kp., M. Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ns. Wiyadi, S. Kep.M.Sc, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Tini. S. Kep., M. Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Hesti Prawita W., SST., M. Kes, selaku Dosen Pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, masukan, dan saran dalam penulisan karya tulis ilmiah.

5. Ns. Diah Setiani., SST,.M. Kes, selaku Dosen Pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan, masukan, serta saran dalam penulisan karya tulis ilmiah.
6. Para dosen dan staff Pendidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
7. Untuk kedua orang tua saya, yaitu Bapak Fajar dan Ibu saya Saodah yang selalu mendukung dan mendoakan saya.
8. Teman dekat saya selama menuntut ilmu di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur, Penghuni rumah dan kontrakan yaitu, Yasmin, Linda, Purnamawati, Rosi, Tutus, Aina, Rusti yang telah mendukung untuk kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dan berharap semoga penulis ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Samarinda, 22 Juni 2023

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE

HEMORAGIK DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE

Rosa Amelia¹⁾, Hesti Prawita Widiastuti²⁾, Diah Setiani³⁾

¹⁾Mahasiswa Program Studi D-III Kepewatan Poltekkes Kaltim

²⁾³⁾Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan : Stroke adalah penyakit serebrovaskular (pembuluh darah otak), yang ditandai dengan kematian jaringan otak yang terjadi akibat berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Aliran darah dan oksigen yang berkurang ini dapat disebabkan oleh penyumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah.

Metode : Jenis penulisan proposal ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplor asuhan keperawatan pasien dengan stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian , diagnosis keperawatan, perencanaan, peaksanaan, evaluasi.

Hasil dan Pembahasan : Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan bahwa pengkajian membutuhkan keterampilan komunikasi dan observasi yang efektif, diagnosis keperawatan yang muncul bersihan jalan nafas tidak efektif, penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, berduka, resiko infeksi. Perencanaan dan pelaksanaan dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara formatif dan sumatif.

Kesimpulan: Pada pasien 1 dan 2 terdapat masalah keperawatan yang masih menurun, yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri. Pada pasien 1 dan 2 terdapat masalah keperawatan yang meningkat yaitu, bersihan jalan nafas tidak efektif, berduka, resiko infeksi. Pada pasien 1 terdapat masalah keperawatan yang menurun, yaitu hipertermi.

Saran : Diharapkan untuk kedepannya dapat menjadi literasi maupun wawasan untuk meningkatkan keterampilan dalam memberika asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Stroke Hemoragik

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
1) Ns. Hesti Prawita W., SST., M. Kes.	iv
NIDN. 4011088501.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 <u>P</u>ENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4.1 Bagi Peneliti.....	5
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian.....	5
1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan	5
BAB 2 <u>T</u>INJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Dasar Medis	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3 Klasifikasi.....	7
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	8
2.1.5 Patofisiologi.....	10
2.1.7 Komplikasi	14

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.1.9 Penatalaksanaan.....	17
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	21
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	21
2.2.2 Diagnosis Keperawatan	32
2.2.3 Perencanaan Keperawatan	33
2.2.4 Implementasi Keperawatan	48
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	48
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	51
3.1 Pendekatan (Desain Penelitian).....	51
3.2 Subyek Penelitian	51
3.3 Batasan Istilah	53
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	53
3.5 Prosedur Penelitian.....	54
3.6 Teknik Dan Instrumen Pengumpulan Data	54
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	54
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	55
3.7 Keabsahan Data.....	55
3.8 Analisis Data	56
BAB 4 HASIL PEMBAHASAN.....	58
4.1 Gambaran Lokasi Penelitian	58
4.2 Data Pengkajian Asuhan keperawatan	59
4.3 Pembahasan	127
4.3.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sputum	127
4.3.2 Penurunan kapasitas adaptif intrkranial berhubungan dengan edema serebral.....	129
4.3.3 Hipertermi berhubungan dengan respon trauma.....	131
4.3.4 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	133

4.3.5 Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler...	134
4.3.6 Berduka b.d antisipasi kematian orang yang berarti.....	135
4.3.4 Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif	137
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	140
5.1 Kesimpulan.....	140
5.2 Saran	141
5.1.1 Bagi Penulis	141
5.1.2 Bagi Instansi Rumah Sakit.....	142
5.1.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	142
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Score Sirirac Stroke	10
Tabel 2. 2 Pemeriksaan Kesadaran	26
Tabel 2. 3 evaluasi respons refleks	31
Tabel 2. 4 Skala peringkat untuk kekutan otot.....	31
Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan.....	33
Tabel 4. 1 Pengkajian pasien 1 Tn A dan Pasien 2 Tn F dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	59
Tabel 4. 2 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn.A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	64
Tabel 4. 3 Hasil CT Scan pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn. A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda	65
Tabel 4. 4 Hasil penatalaksanaan pada Pasien I (Tn.A) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	67
Tabel 4. 5 Hasil penatalaksanaan pada Pasien II (Tn.F) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	68
Tabel 4. 6 Diagnosis keperawatan pada Pasien I (Tn. A) dan Pasien II (Tn. F) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	69

Tabel 4. 7 Intervensi keperawatan pada Pasien I (Tn. A) dan Pasien II (Tn. F) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	70
Tabel 4. 8 Implementasi keperawatan pada Pasien I (Tn. A) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda	80
Tabel 4. 9 Implementasi keperawatan pada Pasien II (Tn. F) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda	92
Tabel 4. 10 Evaluasi keperawatan pada Pasien I (Tn. A) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda	104
Tabel 4. 11 Evaluasi keperawatan pada Pasien II (Tn. F) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda	115

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	14
------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Balance Cairan

Lampiran 2 Form Informed Consent

Lampiran 3 Form Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah

Lampiran 4 Verifikasi Judul

Lampiran 5 Kesedian Membimbing

Lampiran 6 Izin Praktik Askep Dan Studi Kasus

Lampiran 7 Surat Balasan Izin Praktik Askep

Lampiran 8 Nota Dinas Ujian Hasil

Lampiran 9 Lembar Konsul



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Stroke adalah defisit neurologis (fokal atau global), yang disebabkan oleh iskemia (penyumbatan) atau perdarahan yang dapat menyebabkan kecacatan atau kematian pada seseorang. Stroke adalah penyakit serebrovaskular (pembuluh darah otak), yang ditandai dengan kematian jaringan otak yang terjadi akibat berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Aliran darah dan oksigen yang berkurang ini dapat disebabkan oleh penyumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah (Annisa, 2022).

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga setelah penyakit jantung coroner dan kanker baik di Negara maju, maupun Negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke Data world health organization menunjukkan bahwa setiap tahun terdapat 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat stroke (Setiawan, 2020).

Menurut data riskesdes tahun 2018 disebutkan, prevalensi stroke (permil) berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk berusia >15 tahun provinsi dengan penderita stroke tertinggi berada di provinsi Kalimantan Timur sebesar 14,7%, dan terendah di papua provinsi sebesar 4,1%. Prevelensi penderita stroke berdasarkan diagnosis dokter meningkat sering bertambahnya usia > 75 tahun yaitu sebesar 50,2% (Setiawan, 2020).

Dalam profile RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tahun 2021, Dari 10 penyakit terbanyak rawat inap tahun 2021. stroke masuk ke urutan ke 6, pasien dengan diagnosa stroke berjumlah 499 orang. Dari 10 penyakit terbanyak penyebab kematian pada tahun 2021, stroke masuk ke nominasi ke 2, dengan jumlah 121 orang (Profil RSUD Abdul Wahab Sjahranie, 2021).

Stroke merupakan masalah kesehatan utama bagi masyarakat. karena penyakit stroke dapat menyebabkan kerusakan yang menyebabkan muncul secara tiba-tiba, progresif, dan cepat akibat gangguan peredaran darah otak non traumatik (Riskesdas,2018).

Pada stroke hemoragik penyebab utamanya adalah hipertensi. Hipertensi dapat menyebabkan pecahnya atau penyempitan pembuluh darah otak tertentu, Hal ini menyebabkan darah masuk ke jaringan otak dan menyebabkan edema otak. Ketika terjadi peningkatan TIK, terjadi ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yang bila terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian mendadak akibat herniasi otak (Suandari, 2021).

Masalah yang biasanya muncul akibat penyakit stroke hemoragik yaitu resiko perfusi serebral, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, bersihan jalan nafas tidak efektif. Gejala neurologis yang terjadi secara tiba – tiba dan seringkali diikuti dengan gejala sakit kepala hebat saat beraktivitas akibat tekanan ruang atau peningkatan tekanan intrakranial (ICP) atau bisa masuk kedalam peningkatan adaptatif kranial. Pada stroke hemoragik yang didominasi gejala peningkatan tekanan intrakranial memerlukan penanganan segera sebagai tindakan penyelamatan. Oleh karena itu, penegakan diagnosis

stroke hemoragik sangat penting untuk memberikan terapi yang efektif (Suandari, 2021).

Pencegahan stroke sangat penting dilakukan kelompok yang berisiko dengan menghindari berbagai penyebab stroke. dapat dilakukan dengan mengontrol hipertensi, dan mengontrol diabetes melitus dan dapat menghindari gaya hidup yang tidak sehat dan berbagai polusi. Manajemen stroke umum tujuannya adalah untuk mengurangi kematian dan kecacatan. Kunci masuk pengobatan stroke tersedia setiap saat pertama kali pasien terkena stroke, jadi itu perlu ditangani dengan cepat dan tepat sehingga mengurangi jumlah stroke sebesar 30%. Manajemen awal tekanan darah yang tidak terkontrol membutuhkan obat antihipertensi yang bekerja cepat dengan target tekanan darah kurang dari 140/90 mmHg. Ada kecurigaan peningkatan tekanan intrakranial yang menyebabkan perdarahan pada dalam hal ini, pengobatan diperlukan secara tepat mencakup pemberian agen osmotik, seperti manitol cara lain yang dapat membantu menurunkan tekanan intrakranial adalah meninggikan kepala tempat tidur pasien sebesar 30 derajat. Selain itu pengobatan lain yang bisa diberikan dalam mengontrol pengendalian gula darah, pengendalian kejang, pengendalian suhu (Ridhowati, 2022).

Berdasarkan latar belakang di atas, penyakit stroke hemoragik merupakan masalah serius baik di Indonesia atau di Dunia. Maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dengan pasien “stroke hemoragik” Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang di atas, maka rumusan masalah sebagai berikut: “bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menjelaskan bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1.1.1 Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- 1.1.2 Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- 1.1.3 Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- 1.1.4 Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.1.5 Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah wawasan serta pengalaman untuk peneliti dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat serta informasi atau referensi khususnya untuk membantu peneliitian selanjutnya terkait asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik.

1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi perkembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Definisi

Stroke adalah defisit neurologis (fokal atau global), yang disebabkan oleh iskemia (penyumbatan) atau perdarahan yang dapat menyebabkan kecacatan atau kematian pada seseorang. Stroke adalah penyakit serebrovaskular (pembuluh darah otak), yang ditandai dengan kematian jaringan otak yang terjadi akibat berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Aliran darah dan oksigen yang berkurang ini dapat disebabkan oleh penyumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah (Ridhowati, 2022).

Stroke hemoragik adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah disekitar atau di dalam otak, sehingga suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat. Darah yang pecah bisa membanjiri otak yang ada disekitarnya, sehingga fungsi akan terganggu (Ningrum, 2022).

2.1.2 Etiologi

Hipertensi adalah penyebab paling umum stroke hemoragik. Perubahan hipertensi menyebabkan perdarahan intrakanial non-lobar (ICH). Hipertensi akut, seperti yang terlihat pada eklampsia, juga dapat menyebabkan ICH, yang dikenal sebagai ICH postpartum.

Infark serebral masif adalah faktor yang paling berbahaya dari pengembangan HT. Korelasi positif antara area infark dan insiden HT, resiko HT meningkat ketika infark otak masif. Infark otak besar sering disertai dengan edema otak yang subtansial, yang menghasilkan kompresi vaskuler perifer. Permeabilitas dinding vaskular yang ditingkatkan karena iskemia dan hipoksia yang berkepanjangan yang disebabkan oleh kompresi vaskular sangat meningkatkan kemungkinan HT setelah pelepasan edema. Pada pasien dengan infark serebral masif, penting untuk melakukan CT kranial atau *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) secara teratur, terlepas dari apakah gejala klinis memburuk atau membaik (Basyir, 2021).

2.1.3 Klasifikasi

Menurut (Junaidi, 2011 dalam putri 2017), klasifikasi stroke hemoragik dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Perdarahan Intraserebral (PIS)

Perdarahan intraserebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak. Penyebab PIS biasanya karena hipertensi yang berlangsung lama lalu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Faktor pencetus lain adalah spesifik, emosi, peningkatan tekanan darah mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS disebabkan oleh hipertensi.

2. Perdarahan Subarachnoid (PSA)

Perdarahan subarachnoid adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarchnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer). Sebagian kasus PSA terjadi tanpa sebab dari luar tetapi sepertiga kasus terkait dengan mental dan fisik. Kegiatan fisik yang menonjol seperti mengangkat beban, menekuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan hubungan intim kadang bisa jadi penyebab (Sendy, 2021).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gejala yang sering timbul pada stroke hemoragik menurut Ningrum, 2022) yaitu:

- 1) Kejang tanpa riwayat kejang sebelumnya
- 2) Mual atau muntah
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Kelumpuhan pada wajah atau sebagian anggota tubuh (hemiparise)
- 5) Kesulitan bicara
- 6) Bicara cadel atau pelo
- 7) Kesulitan menelan. Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan saraf kranial IX.
- 8) Penurunan kesadaran
- 9) Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala terjadi karena meningkatannya tekanan intrakranial, edema serebri.

10) Siriraj Score Stroke

Siriraj Stroke Score (SSS) merupakan salah satu penilaian yang dikembangkan oleh Pongvarin dan Viriyavejakul tahun 1991 untuk menilai diagnosa klinis awal terkait dengan jenis penyebab stroke yaitu iskemik dan hemoragik. SSS dikembangkan dengan alasan bahwa pemeriksaan CT-Scan belum tentu dapat dilakukan pada daerah-daerah terpencil dimana fasilitas kesehatannya masih sangat terbatas dan transportasi yang masih sangat terbatas untuk dapat membawa pasien ke rumah sakit dimana tersedia CT-Scan (McGee, 2012; Adams, Zoppo, & Kummer, 2007) SSS di antaranya memiliki kelebihan yaitu perawat yang melakukan pengkajian awal menggunakan sistem penilaian ini tidak membutuhkan waktu yang lama karena perawat Hanya melakukan pengkajian lalu menilai interpretasi yang sangat mudah dihapal sehingga tidak membutuhkan pelatihan khusus untuk menggunakan alat ukur SSS ini (McGee, 2012) didalam (Pujiastuti, 2018)

Hal-hal yang menjadi variabel penilaian dalam SSS ini meliputi penilaian tingkat kesadaran menggunakan GCS maupun alat ukur tingkat kesadaran yang lain, misalnya FOUR Score, kejadian muntah sebelum sakit, adanya keluhan sakit kepala selama dua jam sebelum sakit, nilai tekanan darah diastolik, adanya penanda atheroma yang berasal dari riwayat diabetes, angina, atau penyakit pembuluh darah yang lain (McGee, 2012).

Adapun interpretasi dari SSS adalah apabila skor SSS > 1 berarti pasien mengalami stroke hemoragik (perdarahan), dan apabila skor SSS < -1 maka pasien mengalami stroke iskemik. Apabila skor antara -1 dan 1 maka hasilnya adalah samar-samar dan membutuhkan intervensi pemeriksaan CT-Scan sesegera mungkin

Tabel 2. 1 Score Sirirac Stroke

$$(2,5 \times \text{tingkat kesadaran}) + (2 \times \text{muntah}) + (2 \times \text{sakit kepala}) + (0,1 \times \text{tekanan diastolik darah}) - (3 \times \text{penanda ateroma}) - 12$$

Variabel	Tanda Klinis	Indeks	Skors
Kesadaran	(0) Compos mentis (1) Supor, drowsy,semi coma (3) Koma	X2,5	+
Muntah	(0) Tidak (1) Ya	X2	+
Sakit Kepala	(0) Tidak (1) Ya	X2	+
Tekanan darah diastolik	... Mmhg	X 0,1	+
Penanda Atheroma (Diabetes, Angina)	(0) Tidak (1) ! atau lebih dari 1	X (3)	-
Konstanta		-12	-12
	Total SSS		

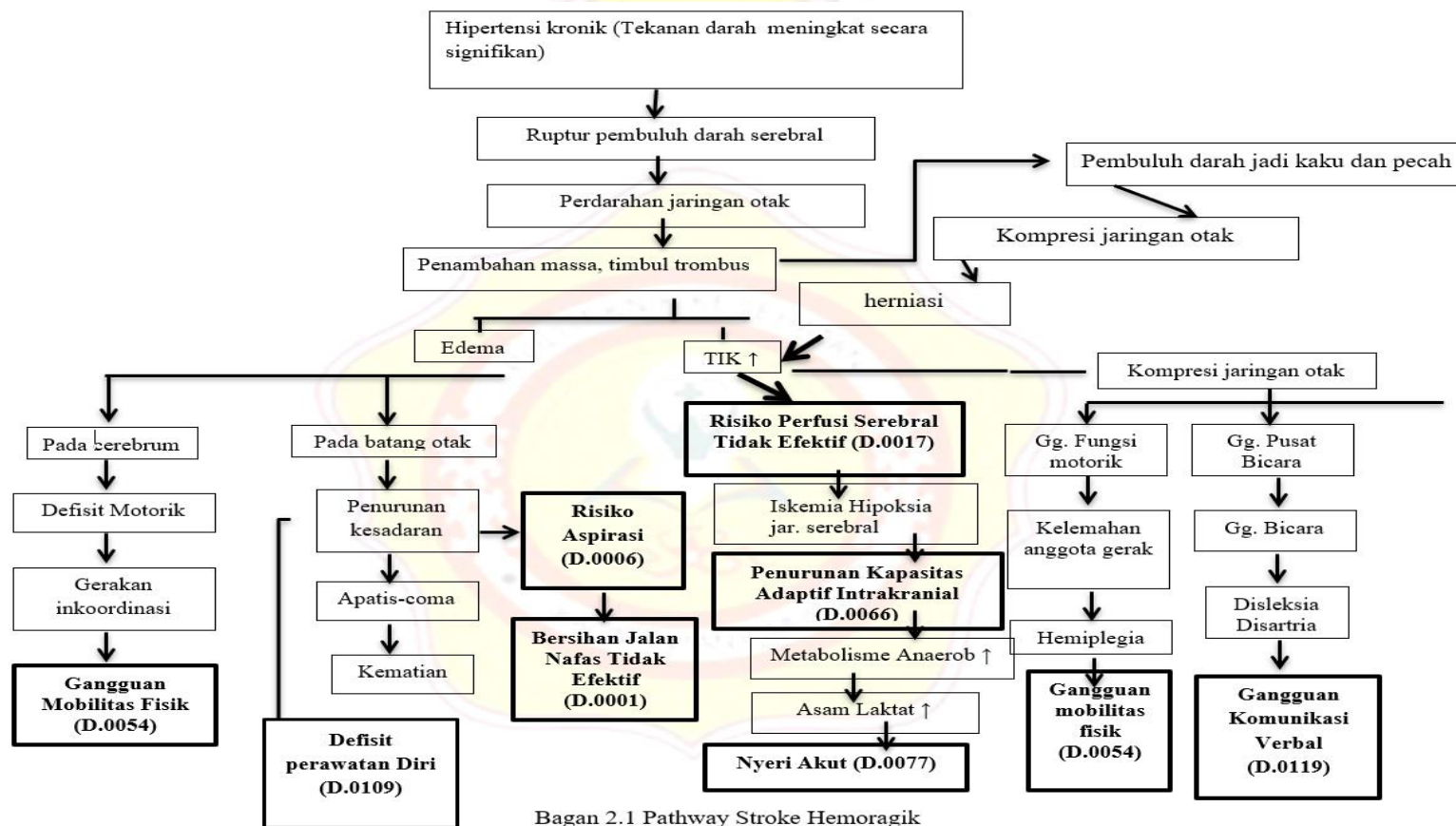
2.1.5 Patofisiologi

Otak merupakan bagian tubuh yang sangat sensitif oksigen dan glukosa karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan

glukosa seperti halnya pada otot. Meskipun berat otak sekitar 2% dari seluruh badan, namun menggunakan sekitar 25% suplai oksigen dan 70% glukosa. Penyebab dari stroke hemoragik disebabkan hipertensi kronik ketika peningkatan tekanan darah secara emergency akan mengakibatkan pembuluh darahnya akan menebal dan menciptakan nekrosis fibrinoid sehingga menimbulkan aneurisme buncard, biasanya pada pembuluh darah kecil halnya menyebabkan rupture pembuluh darah serebral sehingga terdapat perdarahan jaringan otak intaserebral hal menimbulkan penambahan masa, adanya thrombus (gumpalan pada dinding pembuluh darah jadi pembuluh darah akan kaku dan pecah sehingga mengakibatkan kompresi jaringan otak, kompresi ini akan menyebabkan herniasi (kondisi ketika jaringan dan cairan otak bergeser dari posisinya sehingga mendesak area sekitar), hal ini mengakibatkan terjadinya peningkatan intracranial sehingga muncul diagnosis resiko perfusi serebral tidak efektif karena adanya peningkatan tekanan intracranial hal ini membuat iskemia hipoksia jaringan serebral (kurangnya aliran darah ke otak, sehingga kekurangan oksigen) memunculkan diagnosis penurunan kapasitas adaptif intracranial. Karena kurangnya pasokan oksigen ini membuat timbulnya metabolisme anaerob meningkat diikuti asam laktat yang meningkat sehingga membuat pasien mengalami nyeri kepala timbulnya diagnosis nyeri akut. Akibat dari peningkatan tekanan intracranial ini akan membuat kompresi jaringan otak sehingga akan membuat berbagai

gangguan pada beberapa saraf. Ada gangguan fungsi motoric sehingga pasien mengalami kelemahan anggota gerak hal akan menimbulkan diagnosis gangguan mobilitas fisik. Apabila pasien mengalami gangguan di pusat bicara maka akan membuat gangguan bicara sehingga akan mengalami disfeksia, disartia sehingga timbul diagnosis gangguan komunikasi verbal. Pada saat ada penambahan masa, dan timbul thrombus maka akan terdapat edema pada cerebrum sehingga akan mengalami deficit motoric sehingga adanya gerakan inkordinasi timbulah diagnosis gangguan mobilitas fisik. Kalau ada edema pada batang otak maka pasien akan mengalami penurunan kesadaran sehingga menimbulkan diagnosis resiko aspirasi karena adanya penurunan kesadaran sehingga akumulasi secret meningga dan menimbulkan diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif. Dan apabila pada penurunan kesadaran GCS pasien sudah di tahap apatis-koma maka terjadinya kematian. Penurunan kesadaran juga membuat pasien sulit merawat diri timbulnya diagnosis defisit perawatan diri.

2.1.6 Pathway



2.1.7 Komplikasi

Stroke adalah penyakit dimana mempunyai resiko tinggi sebagai terjadinya komplikasi medis, terdapat kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, biasanya sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontensia, dan depresi adalah komplikasi pada pasien stroke.

Pada pasien stroke akut beresiko tinggi untuk terjadinya infeksi. Infeksi yang sering terjadi pada pasien stroke pada umumnya adalah pneumonia dan infeksi saluran kemih. Kajian sistematis yang melibatkan pada pasien stroke *Academic Medical Center Di Netherland* menunjukkan bahwa angka kejadian infeksi secara keseluruhan pada pasien stroke sebesar 30%, angka kejadian pneumonia 10% dan angka kejadian

infeksi saluran kemih sebesar 10%. Pneumonia secara bermakna dapat membuat penyebab kematian di rumah sakit. Salah satu komplikasi medis yang paling sering terjadi pada pasien stroke adalah pneumonia. Pneumonia adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas stroke. Penelitian mengatakan bahwa resiko pneumonia pasca stroke lebih tinggi terjadi pada pasien dengan usia lanjut (>65 tahun) dengan gangguan bicara, tingkat keparahan kecacatan pasca stroke, gangguan kognitif dan disfagia. Organisme yang menyebabkan pneumonia biasanya resistensi terhadap antibiotik standar dan penilaian kesehatan mulut sangat penting untuk mencegah pneumonia (Mutiarasari, 2019).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wati (2019), pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan untuk pasien dengan stroke hemoragik adalah;

- 1) *Angiografi serebral*, membantu menentukan dimana penyebab stroke secara spesifik, contohnya pertahanan atau sumbatan arteri, memperlihatkan secara tepat letak oklusi atau ruptur.
- 2) Scan tomografi komputer (*computer tomography scan- CT scan*), melihat adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli, serebra, tekanan intrakrania (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarakhnoid dan perdarahan intrakranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus trombosis disertai proses inflamasi. CT secara sensitif mendeteksi perdarahan subarachnoid akut, tetapi

semakin lama interval antara kejadian akut dengan CT-scan, semakin adanya temuan CT-scan normal, fungsi lumbai harus dilakukan.

- 3) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV).
- 4) *Ultrasonografi doppler (USG doppler)*. Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah atau timbulnya plak) dan aterioklerosis (Munir, 2015) didalam (Ridhowati, 2022). Pemeriksaan sinar x kepala dapat menunjukkan perubahan pada glandula pineal pada sisi yang berlawanan dari asa yang meluas, klarifikasi karotis internal yang dapat dilihat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial pada dinding aneurisme pada perdarahan subarakhnoid.
- 5) *Elektroensefalogram* mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 6) Sinar tengkorak menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dan masa yang meluas, klasifikasi karotis internaterdapat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisme pada perdarahan subarakhnoid.
- 7) Pemeriksaan Laboratorium
 - (1) Pemeriksaan gula darah bisa meningkat, karena keadaan hiperglikemia.
 - (2) Faktor resiko stroke hemoragic yang dapat dimodifikasi,

sebagian besar memiliki hipertensi (82,30%), kadar gula darah meningkat (63, 54%), kolestrol total meningkat (69,79%).

(Ridhowati,, 2022)

2.1.9 Penatalaksanaan

Tindakan medis pada stroke hemoragik ditujukan agar penderita hidup dengan harapan pendarahan dapat berhenti secara spontan. Tindakan medis yang dilakukan pada penderita stroke perdarahan meliputi:

1) Penanganan Awal

Perawatan awal untuk pasien yang mengalami peningkatan TIK adalah dengan meninggikan kepala tempat tidur hingga 30 derajat dan pemberian agen osmotik seperti manitol, salin hipertonik. Manitol 20%.

Penatalaksanaan pada pre rumah sakit dibutuhkan reaksi cepat dan tepat dalam menangani stroke. Kewaspadaan kejadian stroke dengan pengenal tanda dan gejala stroke sangat diperlukan karena hampir 95% pasien stroke dimulai sejak dirumah atau luar rumah sakit. Hal ini penting diketahui oleh masyarakat luas terutama petugas kesehatan professional untuk mengenal stroke dan perawatan penanganan kedaruratan pada pasien stroke (AHA, 2014). Golden Period atau jendela emas adalah waktu yang sangat berharga bagi klien ketika serangan stroke awal untuk segera mendapatkan pertolongan oleh rumah sakit terdekat. Golden Period pasien stroke adalah 3-6 jam untuk mengurangi efek atau komplikasi serius

(Hudak et al., 2012) didalam (Akbar, 2021).

Penatalaksanaan prehospita yang bisa dilakukan untuk klien yang kita curigai sebagai stroke dikenal sebagai “Stroke Chain of Survival” atau “7Ds” yaitu :

1. Detection (pengenalan) yaitu mengidentifikasi onset dan terjadinya gejala stroke.
2. Dispatch (mengirimkan) yaitu memanggil ambulans secepat mungkin atau mengaktifkan sistem kegawatdaruratan.
3. Delivery (perjalanan) yaitu intervensi oleh petugas medis selama perjalanan.
4. Door (sampai dirumah sakit) yaitu penerimaan di trias Unit Gawat Darurat.
5. Data (data) yaitu melakukan evaluasi secara teratur, pemeriksaan laboratorium dan melakukan pencitraan.
6. Decision (keputusan) yaitu mendiagnosis dan memberikan terapi yang tepat.
7. Drug (obat) yaitu memberikan pengobatan secara tepat (Hudak et al.,2012) didalam (Akbar, 2021).

2) Tindakan Operatif

Pertimbangan untuk melakukan operasi biasanya apabila perdarahan berada di daerah superfisial (lobar) hemisfer serebri atau perdarahan serebrsl. Penentuan waktu untuk operasi masih bersifat kontroversial. Berdasarkan data mortalitas pasca operasi,

disimpulkan bahwa waktu untuk operasi adalah antara 7-9 pasca perdarahan.

3) Tindakan Konservatif

Pencegahan peningkatan TIK lebih lanjut. Upaya pencegahan peningkatan TIK lebih lanjut adalah pengendalian hipertensi dan pengobatan kejang. Hipertensi yang menetap akan meningkatkan edema otak dan TIK. Pengendalian hipertensi harus hati-hati karena apabila terjadi hipotensi maka otak akan terancam iskemia dan kerusakan neuron. Obat yang dianjurkan dalam mencegah peningkatan TIK adalah penyekat beta atau obat yang mempunyai aksi penyekat beta dan alfa diberikan secara intravena dikombinasikan dengan deuretika. Kejang biasanya terjadi pada perdarahan lobar sehingga pemberian anti kovulsan secara rutin tidak dianjurkan. Pada hiperglikemia tidak dianjurkan untuk diberi difenilhidantion karena glukosa darah akan meniggi dan kejang tidak terkontrol. Secara umum antikonvulsan yang dianjurkan adalah difenilhidatoin dan diazepam.

4) Pengendalian TIK

Terapi untuk hipertensi intrakranial meliputi hiperventilasi, diuretika, dan kortikostreoid. Hiperventilasi paling efektif untuk menurunkan hipertensi intrakranial secara cepat, biasanya dalam beberapa menit untuk mencapai tingkat hipokapnia antara 25-30 mmHg. Urea intravena (0,30 gr/KgBB), atau lebih umum dipakai

manitol dapat menurunkan TIK secara cepat, sering diberikan bersama-sama dengan hiperventilasi pada kasus hernasi otak yang mengancam (Julianti, 2018).

5) Terapi Farmakologi pada stroke hemoragik:

(1) Protamin

Dosis: injeksi intravena (kecepatan tidak lebih 5mg/menit).

Dosis 1 mg protamin dapat menetralkan 80-100 unit heparin bila diberikan dalam waktu lebih panjang, diperlukan protamin lebih sedikit karena heparin diekresi dengan cepat: dosis maksimal 50 mg. Digunakan untuk mengatasi over dosis heparin, namun jika berlebihan memiliki efek antikoagulan. Jika perdarahan yang terjadinya saat pemberian heparin hanya ringan protamin sulfat tidak perlu diberikan.

(2) Asam Traneksamat

Asam traneksamat adalah obat antifibrinolitik yang menghambat pemutusan benang fibrin. Asam traneksamat digunakan untuk profilaksis yang pengobatan perdarahan yang disebabkan fibrinolisis yang berlebihan dan angiodema hereditas.

(3) Calcium Channel Blocker (CCB)

Nimodipin merupakan CCB dengan aktivitas serebrovaskuler preferensial. Hal ini ditandai dengan efek dilatasi tekanan darah serebrovaskuler. Dosis oral 60 mg/4jam selama 21 hari berturut-turut. memulai terapi dalam

waktu 96 jam perdarahan subarachnoid.

(5) Terapi Suportif

Infus manitol menurunkan tekanan intrakranial yang tinggi karena adanya edema serebral. Kenaikan tekanan intrakranial dan adanya edema serebral pada perdarahan dapat terjadi karena dari efek gumpalan hematoma. Manitol bekerja untuk meningkatkan osmolaritas plasma darah, mengakibatkan peningkatan air dan jaringan, termasuk otak dan cairan serebrospinal, kedalam cairan interstisial dan plasma. Akibatnya edema otak, peningkatan tekanan intrakranial serta volume dan cairan serebrospinal serta volume dan cairan serebrospinal dapat dikurangi (Julianti, 2018).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada klien stroke hemoragik menurut Khaira (2018) adalah sebagai berikut:

1. Identitas Klien

1) Umur

Stroke bisa menyerang semua umur, tetapi lebih sering dijumpai pada usia tua. Setelah beumur 55 tahun, resikonya berlipat ganda setiap kurang waktu sepuluh tahun. Pada stroke hemoragik dengan perdarahan intraserebral lebih sering ditemukan pada usia 45-60

tahun, sedangkan stroke hemoragik dengan perdarahan subarachnoid lebih sering ditemukan pada usia 20-40 tahun.

2) Jenis Kelamin

Laki-laki lebih cenderung terkena stroke lebih tinggi dibandingkan wanita, dengan perbandingan 1:3, kecuali pada usia lanjut laki-laki dan wanita hampir tidak berbeda. Laki-laki yang berumur 45 tahun bila bertahan hidup sampai 85 tahun kemungkinan terkena stroke 25%, sedangkan resiko bagi wanita hanya 20%. Pada laki-laki laki-laki cenderung terkena stroke iskemik sedangkan wanita lebih sering menderita stroke hemoragik subarachnoid dan kematiannya 2x lebih tinggi dibandingkan laki-laki.

a. Pekerjaan

Stroke dapat menyerang jenis pekerjaan lainnya dan beberapa ahli menyebutkan bahwa stroke cenderung diderita oleh golongan dengan sosial ekonomi yang lebih tinggi karena berhubungan dengan pola hidup, pola makan, istirahat dan aktivitas. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar (50%) berpendidikan sarjana, yang memiliki kecenderungan adanya perubahan gaya dan pola hidup yang dapat memicu terjadinya stroke.

2. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran (Gefani, 2017) didalam (Hutalagung, 2020).

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak pada saat pasien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar selain gejala kelumpuhan separuh badan arau gangguan fungsi otak yang lain (Rahmayanti, 2019) didalam (Hutalagung, 2020).

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasolidator, obat-obat adiktif, kegemukan. Selain itu, pada riwayat penyakit dahulu juga ditemukan riwayat tinggi kolestrol, merokok, riwayat pemakaian kontrasepsi yang disertai hipertensidan meningkatnya kadar estrogen, dan riwayat konsumsi alkohol (Khaira, 2018) didalam. (Hutalagung, 2020).

4) Riwayat Penyakit Keluarga

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

terdahulu (Kahira, 2018) Didalam (Hutalagung, 2020).

3. Pola Fungsi Kesehatan (Wati, 2019)

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan

Berkaitan dengan fungsi peran yang tergambar dari penyesuaian atau pencerminan diri yang tidak adekuat terhadap peran baru setelah stroke seta masih menerapkan pola tidak sehat yang dapat memicu stroke serangan berulang. Pengkajian perilaku adaptasi ini interdependen pad pasien pasca stroke anatar lain identifikasi sistem dukungan sosial pasien baik dari keluarga,teman,maupun masyarakat.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien stroke sering mengalami disfagia yang menyebabkan gangguan intake dan pola nutrisi. Respons adaptasi tidak efektif yang sering ditujukan anatar lain mual, muntah, penurunan asupan nutrisi dan perubahan pola nutrisi. Stimulus fokal yang sering menyebabkan respon adaptasi tidak efektif pada pola nutrisi pasien stroke yaitu disfagia dan penurunan kemampuan mencerna makanan. Stimulus konsektual yaitu kelumpuhan saraf kranial, faktor usia dan kurangnya pengetahuan tentang cara pemberian makan pada pasien stroke yang mengalami disfagia. Stimulus residual yaitu faktor budatya serta pemahaman pasien dan keluarga tentang manfaat nutrisi bagi tubuh.

3) Pola Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi BAB dan BAK, konsistensi feses, jumlah dan warna urin, inkontensia urin, inkontensia bowel, dan kontsipasi. Selama periode ini, dilakukan katering intermiten dengan teknik steril. Inkontensia urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Sulit beraktivitas, kehilangan sensasi penglihatan, gangguan tonus otot, gangguan tingkat kesadaran.

5) Pola Tidur dan Istirahat

Mudah lelah, kesulitan istirahat (nyeri atau kejang otot).

6) Pola Hubungan dan Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

7) Pola Sensori dan Kognitif

Sinkop atau pingsan, vertigo, sakit kepala, penglihatan berkurang atau ganda, hilang rasa sensorik kontralateral, afasia motorik, reaksi pupil tidak sama.

8) Pola Penanggulan Stress

Dalam hubungannya dengan kejadian stroke, keadaan stres dapat memproduksi hormone kortisol dan adrenalin yang berkontribusi pada proses aterosklerosis. Hal ini disebabkan oleh kedua hormon tadi meningkat jumlah trombosit dan produksi kolesterol. Kortisol dan adrenalin juga dapat merusak sel yang melapisi arteri,

sehingga lebih mudah bagi jaringan lemak untuk tertimbun di dalam di dinding arteri.

9) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pasien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

4. Pemeriksaan Fisik (Amanda, 2018)

1) Keadaan Umum

Tingkat kesadaran menurun karena terjadinya pendarahan yang menyebabkan kerusakan otak kemudian menekan batang otak. Evaluasi tingkat kesadaran secara sederhana dapat dibagi atas: Compos mentis: GCS 15, apatis: GCS 13-14, samnolen: GCS 9-7, supor: GCS 6-5, semi-coma GCS 4, coma GCS 3.

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah: pasien stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah dengan tekanan systole >140 dan diastole > 80 mmHg, Nadi: pasien stroke nadi terhitung normal, pernafasan: pasien stroke mengalami nafas cepat dan terdapat gangguan pada bersihan jalan nafas, suhu tubuh: pada pasien stroke tidak ada masalah pada pasien dengan stroke hemoragik.

3) Pemeriksaan Kesadaran Glasgow Coma Scale

Tabel 2. 2 Pemeriksaan Kesadaran

Aspek Pemeriksaan	Kondisi yang Dialami Pasien	Skor
-------------------	-----------------------------	------

Aspek Pemeriksaan	Kondisi yang Dialami Pasien	Skor
MATA (<i>EYES</i>)	Mata terbuka spontan	4
	Pasien membuka mata terhadap suara	3
	Pasien membuka mata dengan rangsang nyeri (penekanan pada supraorbita : area di atas kelopak mata)	2
	Tidak ada reaksi (dengan rangsang nyeri pasien tidak membuka mata)	1
VERBAL	Baik dan tidak disorientasi (dapat menjawab dengan kalimat yang baik dan tahu dimana ia berada)	5
	Pasien bingung (tidak ada korelasi antara pertanyaan pemeriksa dengan jawaban pasien, meski pasien mampu menjawab dengan kalimat)	4
	Pasien hanya menjawab dengan kata-kata (contoh : aduh, ibu, rumah)	3
	Pasien mengerang	2
MOTORIK	Tidak ada jawaban	1
	Pasien mampu mengikuti perintah pemeriksa (contoh : mengangkat lengan)	6
	Pasien mampu melokalisasi nyeri (saat pasien dirangsang nyeri pada area supraorbita : area di atas kelopak mata, pasien mengangkat lengan melebihi dagu, artinya pasien mengetahui lokasi nyeri)	5
	Pasien menghindar saat dirangsang nyeri (saat pemeriksa memberi rangsang nyeri, pasien hanya membuang muka untuk menghindari nyeri)	4
	Reaksi fleksi abnormal (saat dirangsang nyeri, pasien memberi respon berupa menekuk/fleksi siku dan pergelangan tangan)	3
	Reaksi ekstensi abnormal (saat dirangsang nyeri, pasien memberi respon berupa meluruskan/ekstensi siku dan menekuk pergelangan tangan ke arah dalam)	2
	Tidak ada reaksi	1

Sumber: Handoko, 2019

4) Pemeriksaan head To Toe

(1) Pemeriksaan Kepala

Kepala: Pada umumnya bentuk kepala pada pasien stroke normocephalik,

rambut: pada umumnya tidak ada kelaianan pada rambut pasien, wajah:

Biasanya pada wajah klien stroke terlihat miring kesalah satu sisi.

(2) Pemeriksaan Integumen

Kulit: Biasanya pada pasien yang kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek, kuku: Biasanya pada pasien stroke hemoragik ini capillary refill time nya <3 detik bila ditangani secara cepat dan baik.

(3) Pemeriksaan Dada

Pada inspeksi biasanya didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Pada auskultasi biasanya terdengar bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pada pengkajian inspeksi biasanya pernafasan tidak ada kelainan. Palpasi thoraks didapatkan femitus kiri dan kanan, dan pada auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

(4) Pemeriksaan Abdomen

Biasanya pada klien stroke didapatkan distensi pada abdomen, didapatkan penurunan peristaltik usus, dan kembung.

(5) Pemeriksaan Genitalia

Biasanya klien stroke dapat mengalami inkontensia urinarius sementara karena konfusi dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinial karena kerusakan kontrol motorik dan postual. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama priode ini, dilakukan

katerisasi intermiten dengan teknik steril, inkontenesia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

(6) Pemeriksaan Neurologis (*Nervus Cranials*)

- Nervus I (*Olfaktorius*). Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- Nervus II (*Optikus*). Disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan kortkeks visual. Gangguan hubungan viual-spasial biasanya sering terlihat pada klien hempipegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa banuan karena ketidakmampuan untuk mencocokan pakaian ke bagian tubuh.
- Nervus III (*Okulomotoris*), IV (*Troklearis*), dan VI (*Abdusen*). Pemeriksaan ini diperiksa secara bersamaan, karena saraf ini bekerjasama dalam mengatur otot-otot ekstraokular. Jika akibat stroke menyebabkan paralisis, pada satu sisi okluris biasanya didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.
- Nervus V (*Trigeminus*). Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi pterigoideus internus dan eksternus.
- Nervus VII (*fasialis*). Pada keadaan stroke biasanya persepsi

pengecapan dalam batas normal, namun wajah asimetris, dan otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat.

- Nervus VIII (*Vestibulokoklearis/akustikus*). Biasanya tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- Nervus IX (*Glossofarineus*) dan X (*Vagus*). Secara anatomi dan fisiologi berhubungan erat karena glossofarineus mempunyai bagian sensori yang mengantarkan rangsangan pengecapan, mempersyarati sinus karotikus, dan mengatur sensasi faring. Bagian dari faring dipersarafi oleh saraf vagus. Biasanya pada klien stroke mengalami penurunan kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut.
- Nervus XI (*Aksesoris*). Biasanya tidak ada atrofi ototsternoklisomastoideus dan trapezius.
- Nervus XII (*hipoglosus*). Biasanya lidah simetris, terdapat devisiasi pada satu sisi dan fasikulasi serta indera pengecapan normal.

(8) Pemeriksaan Motorik

Biasanya didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparise atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain. Juga biasanya mengalami gangguan keseimbangan dan koordinasi karena hemiplegia dan hemiparese. Pada penilaian dengan menggunakan kekuatan otot, tingkat kekuatan otot pada sisi

yang sakit adalah.

(9) Pemeriksaan Refleks

Pada pemeriksaan refleks patologis. Biasanya pada fase akut reflek fisiologis akan muncul kembali didahului dengan reflek patologis, fisiologis, kaku kuduk. (Hutalagung, 2020).

Tabel 2. 3 evaluasi respons refleks

Skala	Respons
0	Tidak ada respons
1	Berkurang (+)
2	Normal (++)
3	Lebih dari normal (+++)
4	Hiperaktif (++++)

(10) Kekuatan Otot

Biasanya pada pasien stroke hemoragik ditemukan hemiplegi, paralisa atau hemiprase, mengalami kelemahan otot dan perlu dilakukan pemeriksaan kekuatan otot, nilai normal: 5

Tabel 2. 4 Skala peringkat untuk kekutan otot

0	Tidak didapatkan sedikitpun kontaksi otot; lumpuh total.
1	Terlihat kontraksi tetap; tidak ada gerakan pada sendi
2	Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat menahan tahanan pemeriksa

3	Dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan pemeriksa
4	Dapat bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang
5	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal

Sumber: Doenges dalam Susilo (2019)

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat mengenai masalah kesehatan aktual dan potensial, dimana didasarkan pendidikan dan juga pengalamannya, perawat secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah status kesehatan klien (Herdman, 2012).

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d Edema serebral d.d sakit kepala, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure), penurunan kesadaran refleks neurologis terganggu, dan tekanan intracranial ≥ 20 mmHg (D.0066)
2. Gangguan mobilitas fisik b.d Penurunan kekuatan otot dan Gangguan neuromuscular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun (D.0054)
3. Gangguan komunikasi verbal b.d Gangguan neuromuskular dan penurunan sirkulasi serebral d.d tidak mampu berbicara dan pelo

(D.0119)

4. Bersihan jalan tidak efektif b.d Disfungsi neuromuskuler d.d dipsnea dan sulit bicara (D.0001)
5. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, sulit tidur dan tekanan darah meningkat (peningkatan TIK) (D.0077)
6. Resiko Aspirasi ditandai dengan penurunan kesadaran (D.0006)
7. Resiko perfusi serebral ditandai dengan hipertensi (D.0017)
8. Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, berpakaian, toileting b.d Gangguan Neurovaskular d.d tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ketoilet/ berhias secara mandiri (D.0109).

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d Edema serebral d.d sakit kepala, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure), penurunan	Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kapasitas intrakranial membaik dengan kriteria hasil: 1. Sakit kepala	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (1.06194) <i>Observasi</i> 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK 1.2 Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	<p>kesadaran refleks neurologis terganggu, dan tekanan intracranial \geq 20 mmHg (D.0066) Gejala dan tanda mayor: <i>Subjektif</i> 1.Sakit Kepala <i>Objektif</i> 1.Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar. 2. Bradikardia 3.Pola nafas iregular. 4. Tingkat kesadaran 5. Respon pupil melambat atau tidak sama 6. Refleks neurologis terganggu</p> <p>Gejala dan tanda minor: <i>Subjektif</i> (tidak tersedia) <i>Objektif</i> 1. Gelisah 2. Agitasi 3. Muntah (tanpa disertai mual) 4. Tampak lesu/lemah 5. Fungsi kognitif terganggu 6. Tekanan intrakranial (TIK) $>$20 mmHg</p>	<p>menurun (5) 2. Tekanan darah membaik (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Muntah menurun (5) 5. Bradikardia membaik (5) 6. Pola nafas membaik (5) 7. Respon pupil membaik (5) 8. Refleks neurologis membaik (5) 9. Tekanan Intrakranial membaik (5)</p>	<p>1.3 Monitor MAP 1.4 Monitor status pernapasan 1.5 Monitor intake dan output cairan</p> <p>Teraupetik 1.6 Menimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.7 Berikan posisi semi fowler 1.8 Cegah terjadinya kejang 1.9 Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Edukasi 1.12 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.13 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>Kolaborasi 1.10 Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan 1.11 Kolaborasi pemberian dieuretik osmosis</p> <p>Pemantauan Tekanan Intrakranial (1.06198) Observasi 1.14 Identifikasi penyebab peningkatan TIK 1.15 Monitor peningkatan TD 1.16 Monitor pelebaran tekanan nadi 1.17 Monitor penurunan tingkat kesadaran</p>

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	7. Papiedema 8. Postur deserebrasi (ekstensi)		1.18 Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil 1.19 monitor kadar CO ₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan 1.20 Monitor tekanan perfusi serebral 1.21 Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal 1.22 Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK Teraupetik 1.23 Ambil sampel drainase cairan serebrospinal 1.24 Kalibrasi transduser 1.25 Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan 1.26 Pertahankan posisi kepala leher netral 1.27 Bilas sistem pemantauan, jika perlu 1.28 Atur interval pemantauan 1.29 Dokumentasi hasil pemantauan Edukasi 1.30 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.31 Informasikan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			hasil pemantauan jika perlu
2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot dan Gangguan neuromuscular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun (D.0054) Gejala dan tanda mayor: Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan tanda minor: Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah 	<p>Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 5. Kecemasan menurun (5) 6. Kaku sendi menurun (5) 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun (5) 8. Gerakan terbatas menurun (5) 9. Kelemahan fisik menurun (5) 	<p>Dukungan Ambulasi (1.06171) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.5 Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu 2.6 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik 2.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 2.8 Anjurkan melakukan ambulasi dini 2.9 ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan <p>Dukungan Mobilisasi (1.05173) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.10 Identifikasi adanya nyeri atau

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>keluhan fisik lainnya</p> <p>2.11 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.12 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>Teraupetik</p> <p>2.13 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>2.14 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>2.14 Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>2.15 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.16 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2.17 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>2.18 Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur,</p>

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			pindah dari tempat tidur ke kursi)
3	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d Gangguan neuromuskular dan penurunan sirkulasi serebral d.d tidak mampu berbicara dan pelo (D.0119) Gejala Tanda mayor: Subjektif Tidak tersedia Objektif 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai.</p> <p>Gejala tanda Minor: Subjektif 1. Tidak tersedia Objektif 1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan</p>	<p>Komunikasi Verbal (L.13118) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan bicara meningkat (5) 2. Kemampuan mendengar meningkat (5) 3. Kontak mata meningkat (5) 4. Afasia menurun (5) 5. Pelo menurun (5) 6. Pemahaman komunikasi membaik (5) 7. Disfasia menurun (5) 8. Apraksia menurun (5)</p>	<p>Promosi komunikasi: Defisit bicara (1.13492) Observasi 3.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 3.2 Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis, yang berkaitan dengan bicara 3.3 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 3.4 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Teraupetik 3.5 Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer). 3.6 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 3.7 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 3.8 Berikan dukungan psikologis</p>

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	<p>nkan komunikasi</p> <p>13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh</p> <p>14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh</p> <p>15. Sulit menyusun kalimat</p> <p>16. Verbalisasi tidak tepat</p> <p>17. Sulit mengungkapkan kata kata</p> <p>18. Disorientasi orang, ruang, waktu</p> <p>19. Defisit penglihatan</p> <p>20. Delusi</p>		<p>3.9 Gunakan juru bicara, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>3.10 Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>3.11 Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.12 Rujuk ahli patologi bicara atau terapis</p> <p>Promosi Komunikasi: defisit pendengaran (1.13493)</p> <p>Observasi</p> <p>3.13 Periksa kemampuan pendengaran</p> <p>3.14 Monitor akumulasi serumen yang berlebihan</p> <p>3.15 Identifikasi metode komunikasi yang disukai pasien</p> <p>Teraupetik</p> <p>3.16 Gunakan bahasa sederhana</p> <p>3.17 Gunakan bahasa isyarat, jika perlu</p> <p>3.18 Verifikasi apa yang dikatakan atau di tulis</p> <p>3.19 Berhadapan dengan pasien secara langsung selama berkomunikasi</p> <p>3.20 Pertahankan kontak mata selama berkomunikasi</p> <p>3.21 Hindari merokok,</p>

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>mengunyah makanan atau permen karet, dan menutup mulut saat bicara</p> <p>3.22 Hindari kebisingan saat berkomunikasi</p> <p>3.23 Pertahankan kebersihan telinga</p> <p>Edukasi</p> <p>3.24 Anjurkan menyampaikan pesan dengan isyarat</p> <p>3.25 Anjurkan membersihkan serumen dengan tepat.</p>
4	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d Disfungsi neuromuskuler d.d dipsnea dan sulit bicara (D.0001)</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p><i>Subektif</i> (tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk 2. Sputum berlebih/obstruksi di jalan napas/mekonium di jalan napas 3. Mengi, wheezing atau ronkhi kering 	<p>Bersihkan Jalan Nafas (L.01001)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum menurun (5) 2. Dispnea menurun (5) 3. Frekuensi napas membaik (5) 4. Pola napas membaik (5) 5. Batuk efektif meningkat (5) 6. Mengi menurun (5) 7. Wheezing menurun (5) 8. Ortopnea menurun (5) 	<p>Manajemen jalan napas (1.01011)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor pola napas 4.2 Monitor bunyi napas tambahan 4.3 Monitor sputum 4.4 Posisikan semi fowler atau fowler 4.5 Berikan oksigen <p><i>Edukasi</i></p> <p>4.6 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>4.7 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektora, mukolitik</p> <p>Pemantauan Respirasi (1.01014)</p> <p><i>Observasi</i></p>

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	<p>Gejala dan tanda minor</p> <p><i>Subjektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Sulit bicara 3. Ortopnea <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi napas menu run 4. Frekuensi napas berubah 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Sulit bicara menurun (5) 10. Sianosis menurun (5) 11. Gelisah menurun (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 4.8 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 4.9 Monitor pola nafas 4.10 Monitor kemampuan batuk efektif 4.11 Monitor adanya produksi sputum 4.1.2 Monitor adanya sumbatan jalan nafas 4.13 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 4.14 Auskultasi bunyi nafas 4.15 Monitor saturasi oksigen 4.16 Monitor hasil x-ray thoraks <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.17 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 4.18 Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.19 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 4.20 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
5	<p>Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, sulit tidur dan tekanan darah meningkat (peningkatan TIK) (D.0077)</p> <p>Gejala dan tanda mayor <i>Subjektif</i> 1. Mengeluh nyeri <i>Objektif</i> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Gelisah menurun (5) 3. Kesulitan tidur menurun (5) 4. Frekuensi nadi membaik (5) 5. Meringis menurun (5) 6. Menarik diri menurun (5) 7. Diaforesis menurun (5) 8. Anoreksia menurun (5) 9. Ketegangan otot menurun (5) 10. Muntah menurun (5) 11. Mual menurun (5) 12. Pola nafas membaik (5) 13. Tekanan darah membaik (5) 14. Proses berpikir membaik (5) 15. Fokus membaik (5) 16. Fungsi berke mih memb 	<p>Manajemen Nyeri (1.08238) <i>Observasi</i> 5.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 5.2 Identifikasi skala nyeri 5.3 Identifikasi respons nyeri non verbal 5.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <i>Terapeutik</i> 5.5 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5.6 Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Edukasi</i> 5.7 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 5.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri <i>Kolaborasi</i> 5.9 Kolaborasi pemberian analgetik</p>

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		aik (5) 17. Perilaku membaik (5) 18. Nafsu makan membaik(5) 19. Pola tidur membaik(5)	Pemberian Analgesik (1.08243) Observasi 5.10 Identifikasi karakteristik nyeri 5.11 Identifikasi riwayat alergi obat 5.12 Identifikasi kesesuaian jenis analgesik 5.13 Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5.14 Monitor efektifitas analgesik Terapeutik 5.15 Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu 5.16 Pertimbangan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 5.17 Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>efek yang tidak diinginkan</p> <p>Edukasi</p> <p>5.18 Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.19 Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, jika perlu</p>
6	<p>Resiko aspirasi d.d penurunan kesadaran (D.0006)</p> <p>Faktor Risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan tingkat kesadaran 2. Penurunan refleks batuk 	<p>Tingkat Aspirasi (L. 01006)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 4 jam maka tingkat aspirasi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kemampuan menelan meningkat 3. Kebersihan mulut meningkat 4. Dispnea menurun 5. Kelemahan otot menurun 6. Akumulasi sekret menurun 7. Wheezing menurun 8. Batuk menurun 9. Penggunaan otot aksesori menurun 10. Sianosis menurun 11. Gelisah menurun 12. Frekuensi napas membaik 	<p>Pencegahan Aspirasi (I. 01018) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan 6.2 Monitor status pernapasan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.3 Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral 6.4 Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan cairan oral 6.5 Posisikan semi fowler (30 -45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral 6.6 Pertahankan posisi semi fowler (30 – 45 derajat) pada pasien tidak sadar 6.7 Pertahankan kepatenan jalan napas 6.8 Lakukan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>penghisapan jalan napas jika produksi sekret meningkat</p> <p>6.9 Sediakan suction di ruangan</p> <p>6.10 Hindari memberika makan melalui selang gastrointestinal jika residu banyak</p> <p>6.11 Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak</p> <p>6.12 Berikan obat oral dalam bentuk cair</p> <p>Edukasi</p> <p>6.13 Anjurkan makan secara perlahan</p> <p>6.14 Ajarkan strategi mencegah aspirasi</p> <p>Manajemen Jalan Napas (I. 01011) Observasi</p> <p>6.1 Monitor pola napas</p> <p>6.2 Monitor bunyi napas</p> <p>6.3 Monitor sputum</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.5 Pertahankan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)</p> <p>6.6 Posisikan semo-fowler atau fowler</p> <p>6.7 Berikan minum</p>

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			hangat 6.8 Lakukan fisioterapi dada 6.9 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6.10 Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 6.11 Berikan oksigen Edukasi 6.12 Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 6.13 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik
8	Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, berpakaian, toileting b.d Gangguan Neurovaskular d.d tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ makan/ ketoilet/ berhias secara mandiri (D.0109).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan Mandi Meningkat 2. Kemampuan Mengenakan Pakaian Meningkat 3. Kemampuan Makan Meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat Verbalisasi Keinginan melakukan perawatan diri Meningkat	Dukungan Perawatan Diri (1.11348) Observasi 5.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 5.2 Monitor tingkat kemandirian 5.3 Identifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 5.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik 5.5 Siapkan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>keperluan pribadi</p> <p>5.6 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>5.7 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>5.8 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>5.9 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>5.10 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap ke empat dimana ini berasal dari proses keperawatan yang dikembangkan selama fase perencanaan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. 3 tahap implementasi keperawatan;

- 1. Tahap 1:** Tahap awal tindakan keperawatan dimana mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan. Seperti review tindakan pada tahap perencanaan, menganalisa pengetahuan dan keterampilan perawat yang diperlukan.
- 2. Tahap 2:** Intervensi adalah tahap yang berfokus pada pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan ini meliputi independen, interdependen, dependen.
- 3. Tahap 3:** Dokumentasi merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan berupa pencatatan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang diprsiapkan pada tahap intervensi. Evaluasi disisn menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan sumatif dan formatif.

1. Evaluasi berjalan (sumatif)

Dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan

berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga.

2. Evaluasi Akhir (Formatif)

Cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional.

S: Ungkapan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh pasien ataupun keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif langsung kepada pasien.

A: Suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah diagnosis baru akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam subjektif dan objektif. Dengan skor menurun, cukup menurun, sedang, cukup meningkat, dan meningkat.

P: Perencanaan keperawatan yang bisa saja dilanjutkan, dihentikan, diubah, tambahkan dari rencana yang sudah atau yang telah dipersiapkan sebelumnya (Ridhowati, 2022).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)

Jenis penulisan proposal ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplor asuhan keperawatan pasien dengan stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Metode deskriptif adalah metode yang digunakan untuk menggambarkan atau menganalisis, suatu hasil penelitian tetapi tidak digunakan untuk membuat kesimpulan yang lebih luas (Sugiyono, 2011). Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

Berdasarkan pendapat para ahli tersebut maka disimpulkan bahwa penelitian deskriptif yaitu penelitian yang memusatkan perhatian kepada masalah, sebagaimana adanya saat peneliti dilaksanakan, dikatakan deskriptif karena bertujuan memperoleh pemaparan yang objektif.

3.2 Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan adalah individu dengan kasus yang sama, yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subyek yang akan diteliti sebagai kriteria inklusi dan eksklusi :

3.2.1 Kriteria Inklusi

1. Pasien stroke hemoragik diikuti penyakit penyerta yang sama apabila ada penyakit penyerta
2. Rentang usia 40-60 tahun
3. Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden

3.2.2 Kriteria Ekslusi

1. Pasien yang telah dinyatakan meninggal sebelum penelitian

3.3 Batasan Istilah

Asuhan keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan.

Stroke hemoragik adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah disekitar atau di dalam otak, sehingga suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat. Darah yang pecah bisa membanjiri otak yang ada disekitarnya, sehingga fungsi akan terganggu (Ningrum, 2022)

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda selama 3-6 hari perawat yang dilaksanakan selama 3-6 hari perawatan yang dilaksanakan pada bulan April 2023.

3.5 Prosedur Penelitian

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan penelitian dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh tim penguji porposal maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Data penelitian berupa hasil pengukuran berupa obsevasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek penelitian.

3.6 Teknik Dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara adalah metode pengumpulan data yang disepakati oleh pasien dan perawat. Tujuan dari metode wawancara adalah untuk mengetahui informasi mengenai masalah pasien dan mengevaluasinya.
2. Mengobservasi adalah tindakan yang dilakukan untuk mengobservasi kondisi dari pasien, seperti keadaan umum pasien, selain itu juga mengobservasi tindakan apa saja yang telah dilakukan, pemantauan tanda-tanda vital dan pemantauan laboratorium.
3. Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum. (Ali, 2009)

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan.

3.7 Keabsahan Data

Dalam menghasilkan kualitas data yang diperoleh, penulis perlu memvalidasi data yang ada untuk menghasilkan data yang akurat. Beberapa sumber data atau sumber informasi antara lain:

3.7.1 Data Primer

Data primer merupakan sumber data yang diperoleh dari pasien secara langsung yang dapat memberikan informasi yang lengkap mengenai masalah kesehatan yang tengah dirasakannya

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data yang diperoleh dari orang terdekat pasien seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti kondisi dan keadaan pasien saat ini.

3.7.3 Data Tersier

Data tersier merupakan sumber data yang diperoleh yang berasal dari catatan medis atau rekam medik, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan diagnostik, dari perawat lain serta bisa dari kepustakaan atau literatur yang berhubungan dengan masalah yang ada pada pasien.

3.8 Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti pengumpulan data dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

3.8.1 Reduksi data, data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3.8.2 Penyajian data, penyajian data disesuaikan dengan desain studi kasus deskriptif yang dipilih untuk studi kasus, data disajikan secara tekstular atau narasi dan dapat disertai dengan cuplikan ungkapan verbal dari subyek studi kasus yang merupakan data pengukurannya. Penyajian data juga dapat dilakukan dengan tabel, gambar, grafik, flip

chart, dan lain sebagainya. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

3.8.3 Verifikasi dan penarikan kesimpulan setelah data disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil- hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.



BAB 4

HASIL PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

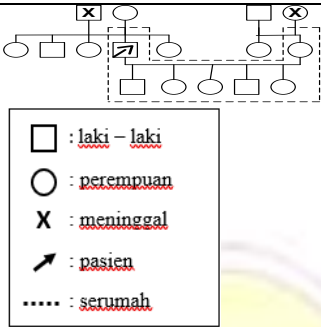
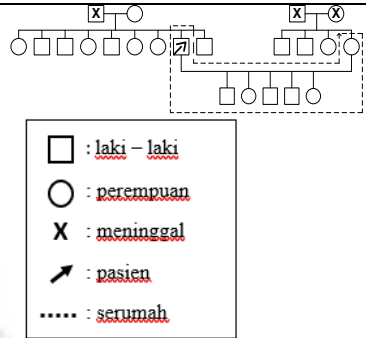
Penelitian dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No.1 Kelurahan Sidodadi, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah rumah sakit tipe A sebagai rumah sakit rujukan. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie antara lain instalasi gawat darurat 24 jam, instalasi rawat jalan, instalasi bedah sentral, instalasi gizi, laboratorium, radiologi, radioterapi, farmasi, hemodialisa, histologi/kamar mayat, ruang kemoterapi, CSSD, ruang intensif terpadu, ruang bersalin/VK, gedung paviliun, instalasi rawat inap (kelas I, II, III, dan VIP). Untuk instalasi rawat inap terdapat beberapa rangan di antaranya yaitu ruang sakura, seroja, flamboyan, Dahlia, Seruni, Tulip, Melati, Mawar, Cempaka, Aster, Edelweis, Anggrek, Bougenvil, teratai, Intensive Care Unit (ICU), dan Intensive Cardiology Care Unit (ICCU).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan ruang seroja terdiri dari 3 kamar rawat inap yang digunakan bagi pasien dengan masalah system persyarafan. Bangunan pada ruang inap disetiap kamarnya memiliki 5 tempat tidur pasien, 5 ruang VIP, nurse station, ruang dokter, ruang kepala ruangan, ruang perawat, ruang alat dan obat, ruang gymnasium, pantry, ruang terapi wicara, ruang okupasi terapi, ruang ortotik prostetik, dan 1 kolam renang. Dalam studi kasus pada tanggal 1 Mei 2023.

4.2 Data Pengkajian Asuhan keperawatan

Tabel 4. 1 Pengkajian pasien 1 Tn A dan Pasien 2 Tn F dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Data anamnesis	Pasien 1 Tn.A	Pasien 2 Tn.F
1.	Identitas pasien	Pasien bernama Tn.A berjenis kelamin laki laki, dengan tanggal lahir 12 Oktober 1986 berusia 36 tahun. Bersuku Banjar/ Indonesia, pasien beragama islam , pendidikan terakhir SLTA. Paisein bekerja sebagai karwayan swasta. Pasien beralamat di Jl. K.H Wahid hasyim no 40. Gg Unggul. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 1 mei 2023. Dengan nomor rekam medis 01.90.33.37	Pasien bernama Tn.F berjenis kelamin laki laki, dengan tanggal ahir 02 November 1967 berusia tahun. Bersuku kutai/Indonesia, pasien beragama Kristen. Pendidikan terakhir SLTA. Pasien bekerja sebagai karyawn swasta. Pasien beralamat di j lotto iskandar dinata gg Budiman. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 3 Mei 2021. Dengan rekam medis 01.90.15.22
2.	Diagnosa Medis	SH batang Otak 4.9 cc	SH batang otak, post evd, post tc
3.	Tanggal MRS	1 Mei 2023	3 Mei 2023
4.	Tanggal Pengkajian	1 Mei 2023	3 Mei 2023
5.	Keluhan Utama	Penurunan Kesadaran	Penurunan Kesadaran
6.	Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang ke IGD pada tanggal 30 April 2023 pukul 23.00 dengan keluhan jatuh saat pasien bangun dari tempat tidur ingin berjalan ke kamar mandi. Pasien mengalami penurunan kesadaran pasien sehingga dibawa ke ugd rsud aws. Pada tanggal 1 Mei 2023 pasien dipindahkan dari ugd ke ruang seroja.	Pasien datang ke IGD pada tanggal 28 april 2023 pukul 07.46 dengan keluhan jatuh saat sedang bekerja lalu pasien di rawat selama 2 hari di puskesmas. Pasien mengalami penurunan kesadaran pasien sehingga di rujuk ke rumah sakit parikesit dan di lakukan perawatan selama 12 hari karena tidak ada perubahan pada kondisi pasien maka pasien di rujuk kerumah sakit abdul wahab sjahranie dan di rawat selama 4 hari di ruang ICU dan pada tanggal 02/05/2023 pasien di pindahkan ke ruang seroja (stroke centre).
7.	Riwayat penyakit	Pasien memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol	Pasien memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol

	terdahulu		
8.	Riwayat Penyakit keluarga	Hipertensi (ibu)	Pasien tidak memiliki riwayat penyakit keluarga
9.	Genogram		
10.	Keadaan Umum	Keadaan umum pasien terbaring dengan posisi semi fowler, dengan kepala 30*, kesadaran GCS E3VopaM4 Berat badan pasien 90kg, Tinggi badan 170cm. Pasien terpasang kateter terpasang hari pertama, pasien terpasang NGT hari pertama Terpasang Infus, Terpasang SP pada tanggal 1/05/2023	Keadaan umum pasien terbaring dengan posisi semi fowler, dengan kepala 30*, kesadaran GCS E2VtcM4 Berat badan pasien 55kg, Tinggi badan 170cm Pasien terpasang kateter terpasang hari Kedua , pasien terpasang NGT hari Kedua Terpasang Infus, Terpasang SP pada tanggal 2/05/2023
11.	Kesadaran	Kesadaran pasien somnolen dengan nilai GCS E3VopaM4	Kesadaran pasien sopor dengan nilai GCS E2VTcM4
12.	Tanda tanda vital	tekanan darah: 200/116 mmHg , nadi: 115 x/menit ,suhu: 38,2 °C , saturasi oksigen: 98%, frekuensi nafas: 30x/menit	tekanan darah: 137/90 mmHg , nadi: 98 x/menit ,suhu: 37,6 °C , frekuensi nafas: 21 x/menit , saturasi oksigen: 99%
12.	Kenyamanan atau Nyeri	Pasien tidak dapat dikaji: penurunan kesadaran	Pasien tidak dapat dikaji: penurunan kesadaran
13.	Status fungsional Bartel Indeks	Total skor 0 Dengan kategori ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.	Total skor 0 Dengan kategori ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.
14.	Pemeriksaan kepala	Kepala : finger print ditengah frontal menunjukkan pasien terhidrasi. Kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, tidak mudah patah, tidak bercabang, rambut cerah Mata : sklera mata putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak terdapat	Kepala : finger print ditengah frontal menunjukkan pasien terhidrasi. Kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, tidak mudah patah, tidak bercabang, rambut cerah dan terdapat bekas luka operasi pada bagian kepala sebelah kanan dan terpasang EVD.

		<p>edema, kornea jernih, refleks cahaya +, pupil isokor dan tidak ditemukan kelainan.</p> <p>Hidung : ada pernapasan cuping hidung, septum nasal median, lubang hidung terdapat secret kental yang kadang terkeluar, terpasang NGT.</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : bibir merah gelap, tidak ada karies gigi, lidah merah muda, mukosa , terpasang opa, tampak secret terkadang terkeluar lewat mulut</p>	<p>Mata : sklera mata putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak terdapat edema, kornea jernih, refleks cahaya +, pupil isokor dan tidak ditemukan kelainan.</p> <p>Hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung, septum nasal median, lubang hidung bersih, terpasang NGT.</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : bibir merah muda, tidak ada karies gigi, lidah merah muda, mukosa lembab, tidak ditemukan kelainan.</p>
15.	Pemeriksaan thorax	<p>Pada inspeksi : ditemukan bentuk dada simetris, irama napas tidak teratur, ada pernapasan cuping hidung, ada penggunaan otot bantu pernapasan dada dan perut.</p> <p>Pada palpasi : vocal fremitus tidak dapat dikaji, ekspansi paru simetris di paru kanan dan kiri.</p> <p>Pada perkusi : ditemukan suara sonor di dada sebelah kanan di ics 3</p> <p>Pada auskultasi : ditemukan suara napas ronki basah di dada sebelah kanan, di ics 3</p>	<p>Pada inspeksi : ditemukan bentuk dada simetris, irama napas teratur, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan.</p> <p>Pada palpasi : vocal fremitus tidak dapat dikaji, ekspansi paru simetris di paru kanan dan kiri.</p> <p>Pada perkusi : ditemukan suara sonor di dada sebelah kanan, ics 2</p> <p>Pada auskultasi : ditemukan suara rongki basah didada sebelah kanan, di ics 2</p>
16.	Pemeriksaan Jantung	<p>Pada inspeksi : Tidak tampak ictus cordis</p> <p>Pada palpasi : didapatkan ictus cordis teraba pada ICS 5 midline clavicula sinistra tapi lemah,</p> <p>Pada perkusi : didapatkan batas atas berada di ICS II line sternal dextra, batas bawah berada di ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan berada di ICS III line sternal dekstra, batas kiri berada di ICS III line sternal sinistra.</p> <p>Pada auskultasi : didapatkan bunyi jantung S1 S2 irama regular, intensitas kuat, terdengar tunggal tidak ada</p>	<p>Pada inspeksi : Tidak tampak ictus cordis</p> <p>Pada palpasi : didapatkan ictus cordis teraba pada ICS 5 midline clavicula sinistra tapi lemah,</p> <p>Pada perkusi : didapatkan batas atas berada di ICS II line sternal dextra, batas bawah berada di ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan berada di ICS III line sternal dekstra, batas kiri berada di ICS III line sternal sinistra.</p> <p>Pada auskultasi : didapatkan bunyi jantung S1,S2 irama regular, intensitas kuat, terdengar tunggal tidak ada</p>

		bunyi jantung tambahan	bunyi jantung tambahan
17.	Pemeriksaan system pencernaan dan nutrisi	BB: 80kg, TB: 175cm, IMT: 26,2 (berlebih). BAB belum ada Diet pada pasien cair padat per NGT, jenis diet peptibren. Frekuensi pemberian 6 x 200cc	BB: 60kg, TB: 160cm, IMT: 23,4 (Normal). BAB belum ada Diet pada pasien cair padat per NGT, jenis diet peptibren. Frekuensi pemberian 6 x 200cc
		Pemeriksaan Abdomen Pada inspeksi : tidak ada bayangan vena, tidak ada terlihat adanya benjolan dan massa, tidak ada luka operasi. Pada auskultasi : peristaltik usus 7x/menit Pada palpasi : tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar,lien maupun ginjal. Pada perkusi :	Pemeriksaan Abdomen Pada inspeksi : tidak ada bayangan vena, tidak ada terlihat adanya benjolan dan massa, tidak ada luka operasi. Pada auskultasi : peristaltik usus 6x/menit Pada palpasi : tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar,lien maupun ginjal. Pada perkusi :
18.	Pemeriksaan Sistem Saraf	Memori, bahasa ,kognisi, orientasi tidak dapat dilakukan pemeriksaan karena pasien mengalami penurunan kesadaran. Reflek Patologis : <ul style="list-style-type: none"> • reflek babinski kiri(+) kanan(-) • reflex chaddock kanan(-) kiri (-) • reflek gordon kanan (-) kiri (-) • reflek hofman dan tromner kanan(-) kiri(-) Reflek patologis : tidak dapat dikaji Keluhan pusing : tidak dapat dikaji Istirahat/tidur : tidak dapat dikaji Pemeriksaan syaraf kranial : <ul style="list-style-type: none"> - N1 : tidak dapat dikaji - N2 : tidak dapat dikaji - N3 : tidak dapat dikaji - N4 : tidak dapat dikaji - N5 : tidak dapat dikaji - N6 : tidak dapat dikaji - N7 : tidak dapat dikaji 	Memori, bahasa ,kognisi, orientasi tidak dapat dilakukan pemeriksaan karena pasien mengalami penurunan kesadaran. Reflek Patologis : <ul style="list-style-type: none"> • reflek babinski kiri(+) kanan(+) • reflex chaddock kanan(-) kiri (-) • reflek gordon kanan (-) kiri (-) • reflek hofman dan tromner kanan(-) kiri(-) Reflek patologis : tidak dapat dikaji Keluhan pusing : tidak dapat dikaji Istirahat/tidur : tidak dapat dikaji Pemeriksaan syaraf kranial : <ul style="list-style-type: none"> - N1 : tidak dapat dikaji - N2 : tidak dapat dikaji - N3 : tidak dapat dikaji - N4 : tidak dapat dikaji - N5 : tidak dapat dikaji - N6 : tidak dapat dikaji - N7 : tidak dapat dikaji -N8 : tidak dapat dikaji

		-N8 : tidak dapat dikaji - N9 : tidak dapat dikaji - N10 : tidak dapat dikaji - N11 : tidak dapat dikaji -N12 : tidak dapat dikaji	- N9 : tidak dapat dikaji - N10 : tidak dapat dikaji - N11 : tidak dapat dikaji -N12 : tidak dapat dikaji
19.	Pemeriksaan system perkemihan	Area genitalia bersih, pasien menggunakan DC urine ukuran 16 hari setelah pemasangan hari pertama setelah pemasangan produksi urine 1100 ml/hari, tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kandung kemih	Area genitalia bersih, pasien menggunakan DC urine ukuran 16. hari setelah pemasangan hari ketiga setelah pemasangan produksi urine 1500 ml/hari, tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kandung kemih
20.	Pemeriksaan system muskuloskeletal dan integumen	Inspeksi: Pergerakan sendi pada pasien didapatkan keterbatasan sendi tidak dapat dikaji, kekuatan otot pasien tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran, Tidak ada kelainan pada tulang belakang. Tidak ada fraktur pada pasien, tidak terpasang traksi gips maupun spalk pada pasien, tidak ada kompartemen sindrom, kulit pasien tidak ikterik, tidak sianosis, tidak ada kemerahan dan tidak hiperpigmentasi. Turgor kulit pasien baik, tidak ditemukan adanya luka dan edema serta tidak ada eksoriasis, psoriasis dan urikaria. Nilai resiko dekubitus pasien pada kategori pasien dengan resiko tinggi yaitu dengan nilai 12.	Inspeksi: Pergerakan sendi pada pasien didapatkan keterbatasan sendi tidak dapat dikaji, kekuatan otot pasien tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran, Tidak ada kelainan pada tulang belakang. Tidak ada fraktur pada pasien, tidak terpasang traksi gips maupun spalk pada pasien, tidak ada kompartemen sindrom, kulit pasien tidak ikterik, tidak sianosis, tidak ada kemerahan dan tidak hiperpigmentasi. Turgor kulit pasien baik, tidak ditemukan adanya luka dan edema serta tidak ada eksoriasis, psoriasis dan urikaria. Nilai resiko dekubitus pasien pada kategori pasien dengan resiko tinggi yaitu dengan nilai 12.
21.	Pemeriksaan system endokrin	Inspeksi: Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid pada pasien, Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Tidak ada tanda dan gejala trias DM, Tidak ada Riwayat luka sebelumnya dan tidak ada riwayat amputasi	Inspeksi: Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid pada pasien, Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Tidak ada tanda dan gejala trias DM, Tidak ada Riwayat luka sebelumnya dan tidak ada riwayat amputasi
22.	Seksuaitas dan Reproduksi	Inspeksi: Pasien tampak tidak	Inspeksi: Pasien tampak tidak

		pembesaran skrotum, terdapat rambut kubis disekitar penis pasie, miatus uretra terpasang kateter	pembesaran skrotum, terdapat rambut kubis disekitar penis pasie, miatus uretra terpasang kateter
23.	Keamanan Lingkungan	Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah: 45 Pasien masuk dalam kategori : risiko tinggi	Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah: 45 Pasien masuk dalam kategori : risiko tinggi
24.	Pengkajian Psikososial dan Spritual	Pasien tidak dapat dikaji karena penurunan kesadaran, Keluarga pasien tampak cemas dengan kondisi pasien	Pasien tidak dapat dikaji karena penurunan kesadaran, Keluarga pasien tampak cemas dengan kondisi pasien
25.	Personal hygiene	Pasien mandi dan keramas 1 x/hari (dibantu oleh perawat), Memotong kuku 1 x/minggu (dibantu oleh perawat), Pasien ganti pakaian 1 x/hari (dibantu oleh perawat), Pasien sikat gigi 1 x/hari (dibantu oleh perawat), Pasien sebelum dirawat mempunyai riwayat merokok, Pasien sebelum dirawat mempunyai riwayat mengkonsumsi alcohol	Pasien mandi dan keramas 1 x/hari (dibantu oleh perawat), Memotong kuku 1 x/minggu (dibantu oleh perawat), Pasien ganti pakaian 1 x/hari (dibantu oleh perawat), Pasien sikat gigi 1 x/hari (dibantu oleh perawat), Pasien sebelum dirawat mempunyai riwayat merokok, Pasien sebelum dirawat mempunyai riwayat mengkonsumsi alcohol

Tabel 4. 2 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn.A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan			
		Pasien I (Tn. A)	Pasien II (Tn. F)	Nilai Normal	Unit
		Tanggal 01/05/2023	Tanggal 03/05/2023		
1.	Leukosit	10,80	11.17	4.80 – 10.80	10 ³ /μL
2.	Eritrosit	6,32	4.14	4.70 – 6.10	10 ⁶ /μL
3.	Hemoglobin	17,9	12.0	14.0 – 18.0	g/dL
4.	Hematokrit	51,8	35.7	37.0 – 54.0	%
5.	MCV	81,92	86.2	81.0 – 99.0	fL
6.	MCH	28,4	29.0	27.0 – 31.0	Pg
7.	MCHC	34,6	33.6	33.0 – 37.0	g/dL
8.	PLT	229	608	150 - 450	10 ³ /μL

9.	RDW-SD	40,9	41.6	35.0 – 47.0	fL
10.	RDW-CV	14,2	12.7	11.5 – 14.5	%
11.	PDW	16,1	15.0	9.0 – 13.0	fL
12.	MPV	9,0	7.1	7.2 – 11.1	fL
13.	P-LCR	21	8	15 - 25	%
14.	PCT	0,21	0.43	0.15 – 0.40	%
15.	Neutrofil #	7,1	7.5	1.5 – 7.0	10 ³ /μL
16.	Neutrofil %	64	73	40 - 74	%
17.	Limfosit #	3,10	1.40	1.00 – 3.70	10 ³ /μL
18.	Limfosit %	28	14	19 - 48	%
19.	Monosit #	0,63	1,18	0.16 – 1.00	10 ³ /μL
20.	Monosit %	6	12	3 - 9	%
21.	Eosinofil #	0,21	0.06	0.00 – 0.80	10 ³ /μL
22.	Eosinofil %	2	1	0 - 7	%
23.	Basofil #	0,1	0.1	0.0 – 0.2	10 ³ /μL
24.	Basofil %	1	1	0 - 1	%
25.	Bleeding Time (BT)	3	-	1 – 6	Menit
26.	Clotting Time (CT)	9	-	1 – 15	Menit
27.	Glukosa sewaktu	153		70 – 200	Mg/dL
28.	Ureum	16,3	16.3	19.3 – 49.2	Mg/dL
29.	Creatinin	0,9	0.9	0.7 – 1.3	Mg/dL
30.	Natrium	143	143	135 – 155	mmol/L
31.	Kalium	3,4	3.4	3.6 – 5.5	mmol/L

Tabel 4. 3 Hasil CT Scan pada Pasien I (Tn. F) dan Pasien II (Tn. A) dengan Stroke Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	
		Pasien I (Tn. A) 01 Mei 2023	Pasien II (Tn.F) 28 April 2023
1.	Hasil <i>CT Scan</i>	<p>di dilakukan pemeriksaan MSCT kepala tanpa kontras, irisan axial dan reformat coronal / sagital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak lesi hiperdens (59 HU) di pons, dengan estimasi volume hematoma sekitar 4,9 cc - Densitas dan differensiasi white and grey matter normal, tidak tampak lesi hipodens / hiperdens patologik intracerebral - Sulci / gyri normal ; tidak 	<p>Telah dilakukan pemeriksaan MSCT kepala di RSUD Aji Parikesit</p>

		<p>tampak shifting midline</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistem ventrikel dan ruang subarachnoid normal ; tidak tampak mass intraventrikel - Cerebellum tidak tampak lesi hipodens / hiperdens patologik - Kalsifikasi fisiologik di pineal body dan plexus choroideus - Sinus – sinus paranasalis dan kedua aircells mastoid yang terscan normal - Kedua bullbus oculi dan struktrus retrobulbarnya tang terscan normal, kedua orbita intak - Os calvaria cranii dan maxillofacial yang terscan intak <p>Kesan : Pontine hemorrhage</p>	
	Tanggal	01 Mei 2023	28 April 2023
2.	Hasil Foto Thorax AP	<p>eriksa foto thorax proyeksi AP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corakan vaskular paru normal ; tidak tampak bercak konsolidasi pada kedua lapangan paru - Sinus kanan dan sinus kiri lancip ; diafragma normal - Cor ukuran normal ; aorta normal - Tulang – tulang yang tervisualisasi intak <p>Kesan : Foto thorax normal</p>	<p>Cor : besar dan bentuk kesan normal</p> <p>Pulmo : tak tampak infiltrate</p> <p>Sudut costophrenicus kanan kiri tajam</p> <p>Diafragma kanan kiri tampak baik</p> <p>Tulang - tulang dan soft tissue yang tervisualisasi tampak baik</p> <p>Kesimpulan: Cor dan pulmo tak tampak kelainan</p>

Tabel 4. 4 Hasil penatalaksanaan pada Pasien I (Tn.A) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

TERAPI FARMAKOLOGIS				
PASIEN I (Tn. A)				
Obat	Kandungan	Bentuk/sediaan	Dosis	Rute/ Cara Pemberian
Kalnex	Untuk menghentikan pendarahan	Vial	3x1gr	IV
Santagesik	Mengatasi nyeri akut dan nyeri kronik	Vial	3x 1 gr	IV
Ranitidine	Menurunkan produksi asam lambung berlebih	Plabot	2x 1gr	IV
Metoclopramide	obat yang digunakan untuk meredakan mual dan muntah	Vial	3x1gr	IV
Paracetamol	Untuk pengobatan jangka pendek nyeri sedang (terutama sesudah operasi) dan demam.	Plabot	3x 1gr	IV
Omeprazole	Mengurangi produksi asam lambung	Vial	2x 1gr	IV
Sp.Nicardipine	Menurunkan tekanan darah hipertensi	Vial	1 mag/BB 90kg	IV
Nacl 0,9%	kandungan cairan elektrolit dalam tubuh agar tetap seimbang	Plabot	500 cc (20 tpm)	IV
Ceftriaxone	mengurangi infeksi bakteri	Vial	3 x 1 gr	IV
Terapi Diet		Peptibren 200 cc		

Tabel 4. 5 Hasil penatalaksanaan pada Pasien II (Tn.F) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

TERAPI FARMAKOLOGIS				
PASIEN II (Tn. F)				
Obat	Kandungan	Bentuk/sediaan	Dosis	Rute/ Cara Pemberian
Amplodipin	Menurunkan tekanan darah pada hipertensi dan mengobati angina	Tablet	1x5mg	Oral
Ceftazidime	Mengatasi infeksi bakteri	Vial	3x2gr	IV
Levofloxacin	Mengatasi infeksi bakteri	Plabot	1x750mg	IV
Kalnex	Untuk menghentikan pendarahan	Vial	3x 1g	IV
Paracetamol	Untuk pengobatan jangka pendek nyeri sedang (terutama sesudah operasi) dan demam.	Plabot	4x1gr	IV
Ranitidine	Menurunkan produksi asam lambung berlebih	Vial	2x50mg	IV
Manitol	Menurunkan tekanan intrakranial, intraokular, mengurangi cerebral edema,	Plabot	1x 150cc	IV
Nebu ventolin +pulmic Ort	berfungsi untuk meredakan sesak.	Vial	1x	Uap
Nacl 0,9%	untuk menjaga kandungan cairan elektrolit dalam tubuh agar tetap seimbang	Plabot	500 cc (20 tpm)	IV
Terapi Diet		Peptibren 200cc		

Tabel 4. 6 Diagnosis keperawatan pada Pasien I (Tn. A) dan Pasien II (Tn. F) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Hari/Tanggal	Diagnosis keperawatan Tn.A	No	Hari/Tanggal	Diagnosis keperawatan Tn.F
1.	Senin 01/05/2023	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan sputum d.d dyspnea otot bantu bantu dada dan perut, terdengar ronki basah, pernapasan cepat dan dangkal	1.	Rabu 03/05/2023	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d adanya jalan nafas buatan d.d sputum berlebih sering terkeluar di tempat trakeostomi
2.	Senin 01/05/2023	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral d.d penurunan kesadaran, HR meningkat, dispnea	2.	Rabu 03/05/2023	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral d.d penurunan kesadaran
3.	Senin 01/05/2023	Hipertermi b.d respon trauma (perdarahan di batang otak) d.d suhu tubuh diatas nilai normal, takikardi	3.	Rabu 03/05/2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d rentang gerak px menurun, gerakan px terbatas, fisik px lemah
4.	Senin 01/05/2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d rentang gerak px menurun, gerakan px terbatas, fisik px lemah	4.	Rabu 03/05/2023	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler d.d ketidakmampuan mandi, berhias, ketoilet secara mandiri
5.	Senin 01/05/2023	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler d.d ketidakmampuan mandi, berhias, ketoilet secara mandiri	5.	Rabu 03/05/2023	Berduka b.d antisipasi kematian orang yang berarti d.d merasa sedih, merasa bersalah, merasa tidak ada

No	Hari/Tanggal	Diagnosis keperawatan Tn.A	No	Hari/Tanggal	Diagnosis keperawatan Tn.F
					harapan
6.	Senin 01/05/2023	Berduka b.d antisipasi kematian orang yang berarti d.d merasa sedih, merasa bersalah, merasa tidak ada harapan	6.	Rabu 03/05/2023	Resiko infeksi b.d terpasangnya alat medis invasif (terpasang trakeostomi) d.d peningkatan suhu tubuh
7.	Senin 01/05/2023	Resiko infeksi b.d terpasangnya alat medis invasif (terpasang trakeostomi) d.d peningkatan suhu tubuh			

Tabel 4. 7 Intervensi keperawatan pada Pasien I (Tn. A) dan Pasien II (Tn. F) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Senin 1/5/2023	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d Disfungsi neuromuskuler d.d dipsnea dan sulit bicara (D.0001)	Bersihkan Jalan Nafas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan bersihkan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Produksi sputum menurun (5) 2. Dispnea menurun (5) 3. Frekuensi napas membaik (5) 4. Pola napas membaik (5) 5. Wheezing menurun (5) 6. Gelisah menurun (5)	Manajemen jalan napas (1.01011) Observasi 4.12 Monitor pola napas 4.13 Monitor bunyi napas tambahan 4.14 Monitor sputum Teraupetik 4.15 Posisikan semi fowler atau fowler 4.16 Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head tilt chin lift 4.17 Berikan minuman hangat 4.18 Lakukan

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				<p>fisioterapi dada</p> <p>4.19 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 deik</p> <p>4.20 Lakukan hiperoksigenisasi sebelum penghisapan endotrakeal</p> <p>4.21 Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p> <p>4.22 Berikan oksigen</p> <p>Edukasi</p> <p>4.23 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.24 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektora, mukolitik</p> <p>Perawatan</p> <p>Trakheostomi I.01023</p> <p>Observasi</p> <p>1. 21 Monitor adanya sekresi, balutan yang kotor, lembab, atau tanda gejala sumbatan jalan nafas yang membutuhkan pengisapan</p> <p>1.22 Monitor tanda tanfa peradangan, infeksi, edema, atau sekresi yang berubah warna pada sama</p> <p>Teraupetik</p> <p>1.23 Posisikan semi</p>

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				fowler 1.24 Pasang sarung tangan steril, gaun, dan pelindung mata 1.25 Lakukan pengisapan trakheostomi, sesuai indikasi 1.26 Lepaskan balutan kotor, lepaskan sarung tangan dan cuci tangan 1.27 Siapkan set ganti balutan steril 1.28 Pasang sarung tangan steril 1.29 lepaskan selang oksigen, jika terpasang 1.30 Lepaskan kanula bagian dalam dengan tangan non dominan 1.31 Bersihkan stoma dan kulit sekitar dengan kain kasa dan atau kapas lidi 1.32 Keringkan kulit sekitar stoma dengan kaa steril 1.33 Lepaskan ikatan trakheostomi yang kotor 1.34 Lepaskan balutan steril dan ikatan pada trakheastomi Edukasi 1.35 Jelaskan prosedur tindakan 1.36 Anjurkan tand dan gejala yang perlu dilaporkan
2 .	Senin 1/3/202	Penurunan kapasitas adaptif	Kapasitas Adapatif Intrakranial	Manajemen peningkatan

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	3	intrakranial b.d Edema serebral d.d sakit kepala, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure), penurunan kesadaran refleks neurologis terganggu, dan tekanan intracranial ≥ 20 mmHg (D.0066)	(L.06049) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kapasitas intrakranial membaik dengan kriteria hasil: 1. Tekanan darah membaik 2. Gelisah menurun 3. Pola nafas membaik 4. Respon pupil membaik 5. Refleks neurologis membaik 6. Tekanan Intrakranial membaik	tekanan intrakranial (1.06194) Observasi 2.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2.2 Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 2.3 Monitor MAP 2.4 Monitor status pernapasan 2.5 Monitor intake dan output cairan Teraupetik 2.6 Menimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2.7 Berikan posisi semi fowler 2.8 Cegah terjadinya kejang 2.9 Pertahankan suhu tubuh normal Edukasi 2.10 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2.11 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Kolaborasi 2.12 Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan 2.13 Kolaborasi pemberian diuretik osmosis Pemantauan

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				<p>Tekanan Intrakranial (1.06198)</p> <p>Observasi</p> <p>2.14 Identifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>2.15 Monitor peningkatan TD</p> <p>2.16 Monitor pelebaran tekanan nadi</p> <p>2.17 Monitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>2.18 Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</p> <p>2.19 monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan</p> <p>2.20 Monitor tekanan perfusi serebral</p> <p>2.21 Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</p> <p>2.22 Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK</p> <p>Teraupetik</p> <p>2.23 Ambil sampel drainase cairan serebrospinal</p> <p>2.24 Kalibrasi transduser</p> <p>2.25 Pertahankan sterilisasi sistem</p>

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				<p>pemantauan</p> <p>2.26 Pertahankan posisi kepala leher netral</p> <p>Pemberian Obat Intravena</p> <p>Observasi</p> <p>2.27 Identifikasi kemungkinan alergi, intereaksi, kontraindikasi obat</p> <p>2.28 verikasi obat sesuai dengan indikasi</p> <p>2.29 periksa tanggal kadaluwarsa obat</p> <p>2.30 monitor efek teraupetik obat samping,interea ksi obat</p> <p>Teraupetik</p> <p>2.31 campurkan obat kedalam kantung, botol sesuai kebutuhan</p> <p>2.32 Berikan obat IV dengan kecepatan yang tepat</p>
3	Senin 1/5/202 3	Hipertermi b.d respon trauma (perdarahan di batang otak) d.d suhu tubuh diatas nilai normal, takikardi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Termoregulasi (L.14134) Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik 	<p>Manajemen Hipertermia (1.15506)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</p>

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				3.2 Monitor suhu tubuh 3.3 Monitor kadar elektrolit 3.4 Monitor haluaran urin Terapeutik 3.5 Sediakan lingkungan yang dingin 3.6 Longgarkan atau lepaskan pakaian 3.7 Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 3.8 Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 3.9 Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 3.10 Anjurkan tirah baring Kolaborasi 3.11 Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
5	Senin 1/5/2023	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot dan Gangguan neuromuscular d.d	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan	Perawatan Tirah Baring L.14572 Observasi 4.1 Monitor kondisi kulit 4.2 Monitor komplikasi tirah

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun (D.0054)	kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstermitas meningkat (2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Rentang gerak (ROM) meningkat 5. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 6. Gerakan terbatas menurun 7. Kelemahan fisik menurun	baring Teraupetik 4.3 Tempatkan pada kasur teraupetik 4.4 Posisikan senyaman mungkin 4.5 Pertahankan spreng tetap kering, bersih dan tidak kusut 4.6 pasang sideralis, jp 4.7 posisikan tempat tidur dekat dengan nurse station, jp 4.8 Dekatkan posisi meja tempat tidur 4.9 berikan latihan gerakan aktif fan non pasif 4.10 Pertahankan kebersihan pasien 4.11 Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari hari 4.12 Ubah posisi setiap 2 jam sekali Edukasi 4.13 Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring
6 .	Senin 1/5/202 3	Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, berpakaian, toileting b.d Gangguan Neurovaskular d.d tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ketoilet/ berhias secara mandiri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkat dengan kriteria hasil : 1.Kemampuan Mandi Meningkat 2.Kemampuan Mengenakan Pakaian Meningkat 3.Kemampuan Makan Meningkat 4.Kemampuan ke toilet	Dukungan Perawatan Diri (1.11348) Observasi 5.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 5.2 Monitor tingkat kemandirian 5.3 Identifikasi kebutuhan

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		(D.0109).	(BAB/BAK) Meningkat	<p>alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik 5.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik 5.4 Siapkan keperluan pribadi 5.5 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5.6 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5.7 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 5.8 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi 5.9 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> <p>Dukungan Perawatan Diri : Makan dan Minum (I.11351) Terapeutik 5.10 Berikan bantuan saat</p>

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				makan dan minum
7	Senin 1/5/2023	Berduka b.d antisipasi kematian orang yang berarti d.d merasa sedih, merasa bersalah, merasa tidak ada harapan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat berduka menurun 1. verbalisasi menerima kehilangan membaik 2. verbalisasi harapan membaik 3. verbalisasi perasaan sedih menurun 4 verbalisasi perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain membaik 5. menangis menurun	Konseling Observasi 6.1 Identifikasi kemampuan dan beri penguatan 6.2 Identifikasi perilaku keluarga yang memengaruhi pasien Teraupetik 6.3 bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya 6.4 Berikan empati, kehangatan dan kejjuran Edukasi 6.5 Anjurkan mengekspresikan perasaan 6.6 anjurkan membuat ddaftar alternatif penyelesaian masalah 6.7 Anjurkan untuk menunda mengambil keputusan saat stress
8	Rabu 3/5/2023	Resiko infeksi b.d terpasangnya alat medis invasive d.d peningkatan suhu tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Tingkat Infeksi (L.14137)Menurun dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan badan	Pencegahan Infeksi (1.14539) Observasi 7.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			meningkat 2. Demam menurun	<p>Terapeutik</p> <p>7.2 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>7.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>7.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>7.5 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.6 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>

Tabel 4. 8 Implementasi keperawatan pada Pasien I (Tn. A) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	Senin 1/Mei/2023	<p>(08.00) 5.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p>5.5 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>5.6 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>(09.00) 1.1 Memonitor pola nafas</p>	<p>pasien tampak tidak mampu untuk mandi, makan, ketoilet, berhias karena tidak sadarkan diri dengan gcs E3,Vopa,M4</p> <p>Px dibantu untuk mandi pagi hari sehari 1x, oral hygiene sehari 1x, makan peptibren 6x200cc.</p> <p>Pasien tampak frekuensi nafas cepat, pola nafas cepat dan dangkal frukuensi nafas: 30x/l. saturasi oksigen 96%. pasien tampak terpasang opa</p>

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	(09.20)	2.28 melakukan vertisifikasi obat sesuai dengan indikasi	Pasien tampak akan diberikan sesuai dengan indikasi yang tertera
	(09.30)	2.30 monitor efek terapeutik obat samping, intereaksi obat	Pasien tampak tidak ada alergi ketika diberikan obat
	(09.45)	2.34 melakukan pemberian obat melalui IV monitor reaksi obat	Pasien tampak diberikan terapi farmakologi 1. kalnex 3x1gr 2. santagesik 3x1gr 3. ranitidine 2x1gr 4. metoclopramide 3x1gr 6. nicardipine
	(10.00)	1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan	Pasien tampak saat diauskultasi terdengar suara ronki basah pada saat inspirasi
	(10.30)	1.3 Memonitor sputum	Pasien tampak frekuensi nafas cepat, terdapat sputum terkadang terkeluar di sekitar hidung dan disekitar opa, warna hijau jernih, terdengar ronki basah, frekuensi nafas 30x/i.
	(10.45)	1.8 Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	Pasien tampak dilakukan suction ketika sputum meningkat <15 detik sputum berwarna jernih agak kehijauan, frekuensi nafas: 28x/i
	(11.00)	1.11 Memberikan oksigen	Pasien tampak diberikan oksigen NRM 15 lpm, frekuensi nafas: 28x/I saturasi oksigen: 97%
	(11.20)	2.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	keluarga pasien mengatakan pasien ada riwayat HT tidak terkontrol, pasien tampak

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
			tekanan darah masih 200/116 mmHg, Map 151, fruekensi nadi: 115x/menit
		(11.30) 2.2 Memonitor tanda gejala peningkatan TIK	pasien tampak tekanan darah 241/128 mmhg, MAP: 169,
		(12.00) 2.4 Memonitor status pernafasan	pasien tampak tampak frukuensi nafas cepat 28x/idngan sptum masih ada, terdengar ronki basah.
		(12.25) 2.5 Memonitor output dan intake cairan	Pasien tampak mendapatkan ngt pepribrent 200cc, tampak dc: 100cc warna kuning keruh
		(12.35) 5.10 memberikan bantuan saat makan dan minum	Masuk ngt peptibren 200cc tanpa residu
		(12.45) 2.7 Memberikan posisi semi fowler	pasien tampak diberikan posisi dengan kepala lebih tinggi 30°
		(13.00) 2.9 Mempertahankan suhu tubuh norma	Pasien tampak suhu tubuh hangat, tampak dilakukan kompres. Suhu: 37,8°C
		(13.05) 5.10 memberikan bantuan saat makan dan minum	peptibren 200cc tanpa residu
		(13.20) 2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran	pasien tampak mengalami penurunan kesadaran E:3,V:opa,M:4
		(13.30) 2.18 Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan pupil	pasien tampak respon pupil isokor, reflex cahaya+, diameter pupil kanan kiri 3.
		(13.35) 3.1 Mengidentifikasi penyebab hipetemia	Pasien tampak mengalami peningkatan suhu tubuh dikarenakan terdapat bekuan darah di darah batang otak sebanyak 4,9cc

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	(13.45)	3.2 memonitor suhu tubuh	Pasien tampak suhu tubuh hangat, pasien tampak gelisah, berkeringat, suhu: 38°C
	(13.55)	3.6 melonggarkan pakaian	pasien tampak dilonggarkan pakaiannya, sampil dikompres suhu: 38,2°C
	(14.10)	3.8 Melakukan pendinginan ekstrnal yaitu kompres	pasien tampak dilakukan kompres di dahi, suhu: 38,1°C
	(14.20)	4.1 Memonitor kondisi kulit	pasien tampak kondisi kulit lembab dikarenakan tubuh sering berkeringat
	(14.30)	4.4 memposisikan senyaman mungkin	pasien tampak lingkungan dibuat senyaman mungkin, spreng diganti setiap hari, melakukan latihan rom, pasien kadang di miringkan kanan atau kekiri
	(14.30)	4.7 memberikan latihan gerak pasif	pasien tampak diberikan ngt peptibren 200cc tanpa residu
	(14.40)	4.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali	pasien tampak dilakukan latihan rom pada tangan dan kaki
	(15.00)	7.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	pasien tampak di lakukan pengubahan posisi setiap 2 jam sekali kearah kanan atau kiri
	(15.10)	7.3 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 7.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	pada area sekitar uretra yang terpasang kateter idak ada pembengkan, area sekitar tangan kanan yang terpasang infus tidak ada kemerahan, pembengkan Tampak perawat dan keluarga pasien mencuci

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
		<p>(15.15) 6.1 melakukan identifikasi kemampuan keluarga dalam menghadapi kondisi pasien dan beri penguatan untuk keluarga</p> <p>(15.20) 6.3 melakukan bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya keluarga pasien terhadap perawat</p> <p>(15.25) 6.4 memberikan empati, kehangatan dan kejujuran</p>	<p>tangan sebelum bertemu, dan akan tindakan dengan pasien</p> <p>Keluarga tampak sedih dengan kondisi yang sekarang terjadi oleh pasien, tampak cemas, tampak khawatir dan merasa kehilangan</p> <p>Tampak keluarga pasien mulai terbuka, keluarga pasien mulai tapa kraut cemas sedikit berkurang</p> <p>Tampak perawat memberikan kata kata penyemangat untuk keluarga pasien, agar keluarga mampu menjalani permasalahan tersebut</p>
1	<p>Selasa 2/Mei/2023</p> <p>(08.00)</p> <p>(08.15)</p> <p>(08.25)</p>	<p>5.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p>5.5 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>5.6 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>1.1 Memonitor pola nafas</p> <p>1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan</p>	<p>pasien tampak tidak mampu untuk mandi, makan, ketoilet, berhias karena tidak sadarkan diri dengan gcs E3V1M3 Pasien dibantu untuk mandi pagi hari sehari 1x, oral hygiene sehari 1x, makan peptibren 6x200cc.</p> <p>Pasien tampak frukensi nafas cepat, pola nafas cepat dan dangkal fruekensi nafas: 29x/I. saturasi oksigen:97 %.</p> <p>Pasien tampak saat diauskutasi terdengar suara ronki basah pada saat inspirasi</p>

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	(08.35)	1.3 Memonitor sputum	Pasien tampak frukensi nafas cepat, tampak sputum terkadang terkeluar di sekitar hidung, hijau jernih, terdngar ronki basah, rr: 26x/i.
	(08.50)	1.8 Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 dteik	Pasien tampak di lakukan suction ketika sputum meningkat <15 detik sputum berwarna jernih agak kehijauan, fruekensi nafas: 25x/I saturasi oksigen:96%
	(08.58)	1.11 Memberikan oksigen	Pasien tampak diberikan oksigen NRM 15 lpm, fruekensi nafas:24x/I saturasi oksigen:98%
	(09.15)	2.28 melakukan vertisifikasi obat sesuai dengan indikasi	Pasien tampak akan diberikan sesuai dengan indikasi yag tertera
	(09.35)	2.30 memonitor efek teraupetik obat samping,intereaksi obat	Pasien tampak tidak ada alergi ketika diberikan obat
	(09.50)	2.34 melakukan pemberian obat melalui IV monitor reaksi obat	Pasien tampak diberikan terapi farmakalogi 1.kalnex 3x1gr 2. santagesik 3x1gr 3. Omeprazole 3x1gr 4. metoclopramide 3x1gr 6. nicardipine 7. ceftriaxone 2x1gr
	(10.00)	2.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	pasien tampak tekanan darah 177/97 mmhg, Map 106, fruekensi nadi:155x/I
	(10.10)	2.2 Memonitor tanda gejala peningkatan TIK	pasien tampak tekanan darah 175/108 mmhg, MAP: 139, fruekensi nadi:155x/i
	(10.20)	2.4 Memonitor status	Pasien tampak frukuensi nafas cepat 35x/I. saturasi

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
		pernafasan	oksigen: 97% dengan sptom masih ada, terdengar ronki basah.
	(10.30)	2.5 Memonitor output dan intake cairan	Pasien mendapatkan ngt pepribrent 200cc, tampak dc: 100cc warna kuning keruh
	(10.40)	2.7 Memberikan posisi semi fowler	Pasien tampak diberikan posisi dengan kepala lebih tinggi 30°
	(10.45)	2.9 Mempertahankan suhu tubuh norma	Pasien tampak suhu tubuh hangat, tampak dilakukan kompres. Suhu: 38,8°C
	(10.55)	5.10 memberikan bantuan saat makan dan minum	Pasien tampak diberikan NGT peptibren 200 cc tanpa ada residu
	(11.10)	2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran	Pasien tampak mengalami penurunan kesadaran E:3,V:opa,M:4
	(11.20)	2.18 Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan pupil	Pasien tampak respon pupil isokor, reflex cahaya+, diameter pupil kanan kiri 3.
	(11.30)	3.1 Mengidentifikasi penyebab hipetemia	Pasien tampak mengalami peningkatan suhu tubuh dikarenakan terdapat bekuan darah di darah batang otak sebanyak 4,9cc. suhu: 38,4*c tampak diberikan terapi paracetamol iv
	(11.40)	3.2 memonitor suhu tubuh	Pasien tampak suhu tubuh hangat, tampak gelisah, berkeringat,suhu: 38°C
	(11.50)	3.6 melonggarkan pakaian	Pasien tampak dilonggarkan pakaiannya, sampil dikompres suhu: 38,°C
	(12.00))	3.8 Melakukan pendinginan ekstrnal yaitu kompres	Pasien tampak dilakukan kompres di dahi, suhu: 38,1°C
			pasien tampak kondisi kulit

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	(12.05)	4.1 Memonitor kondisi kulit	lembab dikarenakan tubuh sering berkeringat
	(12.10)	5.10 memberikan bantuan saat makan dan minum	pasien tampak diberikan NGT peptibren 200cc tanpa residu
	(12.15)	4.4 memposisikan senyaman mungkin	pasien tampak lingkungan dibuat senyaman mungkin, sprei diganti setiap hari, melakukan latihan rom, px kadang di miringkan kanan atau kekiri
	(12.30)	4.7 memberikan latihan gerak pasif	pasien tampak dilakukan latihan rom pada tangan dan kaki
	(12.40)	4.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali	pasien tampak di lakukan pengubahan posisi setiap 2 jam sekali kearah kanan atau kiri
	(12.50)	7.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	pada area sekitar uretra yang terpasang kateter idak ada pembengkan, area sekitar tangan kanan yang terpasang infus tidak ada kemerahan, pembengkan
	(13.00)	7.3 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Tampak perawat dan keluarga pasien mencuci tangan sebelum bertemu, dan akan tindakan dengan pasien
	(13.20)	7.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	Keluarga tampak sedih dengan kondisi yang sekarang terjadi oleh pasien, tampak cemas, tampak khawatir dan merasa kehilangan
	(13.30)	6.1 melakukan identifikasi kemampuan keluarga dalam menghadapi kondisi pasien dan beri penguatan untuk keluarga	Tampak keluarga pasien mulai terbuka, keluarga pasien mulai tapa kraut

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	(13.50)	6.3 melakukan bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya keluarga pasien terhadap perawat	cemas sedikit berkurang
	(14.00)	6.4 meberikan empati, kehangatan dan kejujuran	Tampak perawat memberikan kata kata penyemangat untuk keluarga pasien, agar keluarga mampu menjalani permasalahan tersebut
No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	Rabu 3/Mei/2023		
	(07.50)	5.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	pasien tampak tidak mampu untuk mandi, makan, ketoilet, berhias karena tidak sadarkan diri dengan gcs E3V1M3 Pasien dibantu untuk mandi pagi hari sehari 1x, oral hygiene sehari 1x, makan peptibren 6x200cc.
	(08.00)	5.5 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5.6 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	
	(08.15)	1.1 Memonitor pola nafas	Pasien tampak frukensi nafas cepat, pola nafas cepat. Fruekensi nafas: 25x/menit. saturasi oksigen: 97%.
	(08.20)	1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan	Pasien tampak saat diauskutasi terdengar suara ronki basah menurun pada saat inspirasi
		1.3 Memonitor sputum	Pasien tampak frukensi nafas cepat, tampak sputum terkadang terkeluar di sekitar hidung, warna hijau jernih, terdngar ronki basah,frukuensi nafas: 26x/menit.
	(08.30)	6.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	pasien tampak tidak mampu untuk mandi, makan, ketoilet, berhias karena tidak sadarkan diri dengan gcs

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
			E3V1M3 Pasien dibantu untuk mandi pagi hari sehari 1x, oral hygiene sehari 1x, makan peptibren 6x200cc.
	(08.45)	1.8 Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	Pasien tampak dilakukan suction ketika sputum meningkat <15 detik sputum berwarna jernih agak kehijauan, frekuensi nafas: 25x/menit, saturasi oksigen:98%
	(09.00)	1.11 Memberikan oksigen	Pasien tampak diberikan oksigen NRM 15 lpm, frekuensi nafas:24x/I saturasi oksigen:98%
	(09.15)	2.28 melakukan verifikasi obat sesuai dengan indikasi	Pasien tampak akan diberikan sesuai dengan indikasi yang tertera
	(09.30)	2.30 monitor efek terapeutik obat samping,interaksi obat	Pasien tampak tidak ada alergi ketika diberikan obat
	(09.45)	2.34 melakukan pemberian obat melalui IV monitor reaksi obat	Pasien tampak diberikan terapi farmakologi 1. kalnex 3x1gr 2. santagesik 3x1gr 3. Omeprazole 3x1gr 4. metoclopramide 3x1gr 6. nicardipine 7. ceftriaxone 21gr
	(10.00)	2.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	Pasien tampak tekanan darah 195/98 mmhg, MAP 114, frekuensi nadi:142x/I
	(10.20)	2.2 Memonitor tanda gejala peningkatan TIK	Pasien tampak tekanan darah 181/92 mmhg, MAP: 114, frekuensi nadi:142x/i
	(10.35)	2.4 Memonitor status pernafasan	Pasien tampak frekuensi nafas cepat frekuensi nafas 26x/I. saturasi oksigen: 98% dengan sputum masih ada, terdengar ronki basah.

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	(10.45)	2.5 Memonitor output dan intake cairan	Pasien mendapatkan ngt pepribrent 200cc, tampak dc: 200cc warna kuning keruh
	(11.00)	2.7 Memberikan posisi semi fowler	Pasien tampak diberikan posisi dengan kepala lebih tinggi 30*
	(11.20)	6.21 memberikan bantuan saat makan dan minum	Pasien diberikan NGT peptibren 200cc tanpa residu
	(11.35)	2.9 Mempertahankan suhu tubuh norma	Pasien tampak suhu tubuh hangat, tampak dilakukan kompres. Suhu: 39°C
	(11.45)	2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran	Pasien tampak mengalami penurunan kesadaran E:1,V:1,M:2
	(12.10)	2.18 Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan pupil	Pasien tampak respon pupil isokor, reflex cahaya+, diameter pupil kanan kiri 3.
	(12.30)	3.1 Mengidentifikasi penyebab hipetemia	Pasien tampak mengalami peningkatan suhu tubuh dikarenakan terdapat bekuan darah di darah batang otak sebanyak 4,9cc. suhu: 39,8°C tampak diberikan terapi paracetamol iv
	(12.50)	3.2 memonitor suhu tubuh	Pasien tampak suhu tubuh hangat, px tampak gelisah, berkeringat,suhu: 39°C
	(13.00)	3.6 melonggarkan pakaian	Pasien tampak dilonggarkan pakaiannya, sampil dikompres suhu: 39,6°C
	(13.30)	3.8 Melakukan pendinginan ekstrnal yaitu kompres	Pasien tampak dilakukan kompres di dahi, suhu: 39,1°C
	(13.40)	4.1 Memonitor kondisi kulit	Pasien tampak kondisi kulit lembab dikarenakan tubuh sering berkeringat

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
		4.4 memposisikan senyaman mungkin (13.55)	pasien tampak lingkungan dibuat senyaman mungkin, sprei diganti setiap hari, melakukan latihan rom, px kadang di miringkan kanan atau kekiri
		4.7 memberikan latihan gerak pasif (14.05)	pasien tampak dilakukan latihan rom pada tangan dan kaki
		4.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali (14.15)	pasien tampak di lakukan pengubahan posisi setiap 2 jam sekali kearah kanan atau kiri
		7.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik (14.25)	pada area sekitar uretra yang terpasang kateter idak ada pembengkan, area sekitar tangan kanan yang terpasang infus tidak ada kemerahan, pembengkan
		7.3 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 7.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi (14.35)	Tampak perawat dan keluarga pasien mencuci tangan sebelum bertemu, dan akan tindakan dengan pasien
		6.1 melakukan identifikasi kemampuan keluarga dalam menghadapi kondisi pasien dan beri penguatan untuk keluarga (14.45)	Keluarga tampak sedih dengan kondisi yang sekarang terjadi oleh pasien, tampak cemas, tampak khawatir dan merasa kehilangan
		6.3 melakukan bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya keluarga pasien terhadap perawat (14.55)	Tampak keluarga pasien mulai terbuka, keluarga pasien mulai tapa kraut cemas sedikit berkurang
		6.4 memberikan empati,	Tampak perawat memberikan kata kata penyemangat untuk keluarga

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
		kehangatan dan kejujuran	pasien, agar keluarga mampu menjalani permasalahan tersebut

Tabel 4. 9 Implementasi keperawatan pada Pasien II (Tn. F) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Hari/ Tanggal	Implmentasi	Evaluasi
1.	Rabu 3 Mei 2023		
	(08.00)	1.1 memonitor pola nafas	Pasien tampak terpasang trakeostomi, frekuensi nafas cepat 26x/menit. saturasi oksigen:96%
	(08.15)	4.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 4.5 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4.6 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	pasien tampak tidak mampu untuk mandi, makan, ke toilet, berhias karena tidak sadarkan diri dengan gcs E3VtcM3 Pasien dibantu untuk mandi pagi hari sehari 1x, oral hygiene sehari 1x, makan peptibren 6x200cc.
	(08.30)	1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan	pasien tampak terdengar ronki basah ketika pasien insprasi pada saat diauskultasi
	(08.45)	1.3 Memonitor sputum	pasien tampak terdapat sputum berwarna hijau jernih frukuensi 24x/I, saturasi oksigen: 97%
	(09.00)	1.4 Memposisikan semi fowler	pasien tampak dilakukan posisi semifowler dengan meninggikan kepala 30*
	(09.15)	1.8 melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik	pasien tampak dilakukan suction penghisapan lendir di daerah treakeostomi da hidung, frukuensi nafas:24x/I. saturasi oksigen:97%

	(09.30)	1.11 Memberikan oksigen	pasien tampak tempat trakeostomi di berikan oksigen nasal kanul 5 lpm
	(09.45)	1.13 berkolaborasi memberikan bronkidilator	pasien tampak diberikan terapi nebu ventolin+ pumicort, tampak frekuensi nafas 23x/I, saturasi oksigen: 98%
	(10.00)	2.28 melakukan vertifikasi obat sesuai dengan indikasi	Pasien tampak akan diberikan sesuai dengan indikasi yang tertera
	(10.30)	2.30 monitor efek teraupetik obat samping,interaksi obat	Pasien tampak tidak ada alergi ketika diberikan obat
	(10.40)	2.34 melakukan pemberian obat melalui IV monitor reaksi obat	Pasien tampak diberikan terapi farmakologi Amplodipin 1x5mg Ceftazidime 3x2gr Levofloxacin 1x750mg Kalnex 3x1gr Paracetamol 4x1gr Ranitidine 2x50mg Manitol 1x150cc
	(10.55)	5.10 memberikan bantuan saat makan dan minum	pasien tampak diberikan NGT peptibren 200cc tidak ada residu
	(11.20)	1.21 Memonitor adanya sekresi, balutan yang kotor tanda gejala yang membუuhkan pengisapan 1.23 Memosisikan semi fowler	pasien tampak dilakukan suction apabila sputum menumpuk frekuensi nafas: 25x/I, saturasi oksigen: 98%
	(12.00)	1.24 memasang sarung tangan steril 1.25 Melakukan pengisapan sputum di trakeostomi	pasien tampak dilakukan suction, sputum berwarna hijau jernih, frekuensi nafas 25x/menit, saturasi oksigen 98%
	(12.10)	1.26 Melepaskan balutan kotor, lepaskan sarung tangan dan cuci tangan	pasien tampak diganti perban, dilakukan perawatan trakeostomi, perban diganti

		1.27 Menyiapkan set ganti balutan steril 1.28 Memasang sarung tangan	yang baru, kanula dibersihkan atau disikat, disekitar trakeostomi
	(12.30)	1.30 melepaskan kanula bagian dalam dengan tangan non dominan	
	(12.45)	1.31 Membersihkan stoma dan kulit sekitar dengan kain kasa 1.32 Meringkn kulit sekitar stoma dengan kasa steril	
	(12.50)	1.33 Lepaskan ikatan trakheostomi yang kotor 1.34 Lepaskan balutan steril dan ikatan pada trakheostomi	pasien tampak diganti perban, dilakukan perawatan trakeostomi, perban diganti yang baru, kanula dibersihkan atau disikat, disekitar trakeostomi
	(12.55)	2.1 Mengidentifikasi peningkatan TIK	pasien tampak tekanan darah 135/80mmHg, fruekensi nadi 80x/menit, fruekensi nafas 23x/menit
	(13.00)	2.2 memonitor tanda gejala peningkatan TIK	Pasien tampak tekanan darah 130/80 mmhg, fruekensi nadi; 85x/menit, fruekensi nafas: 23x/I , suhu tubuh: 37,3°C
	(13.15)	4.10 memberikan bantuan saat makan dan minum	Pasien tampak diberikan NGT peptibren 200cc tanpa residu
	(13.25)	2.3 Memonitor MAP	Pasien tampak tekanan darah 135/82 MAP: 95, frukuensi nadi:80x/menit, fruekensi nafas: 23x/menit. Pasien tampak diberikan terapi manitol
	(13.35)	2.5 Memonitor intake dan output cairan	Pasien tampak diberikan ngt peptibren 6x 200cc, output 500cc
	(13.50)	2.6 Menimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang aman	Pasien tampak di gant spreï dan baju 1x sehari, spreï tidak kusut, pagar handrall

			selalu terpasang.
		2.9 Mempertahankan suhu tubuh normal	Pasien tampak diberikan selimut, , tampak diberi terapi paracetamol. Suhu:37,3°C
(14.00)		2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran	Pasien tampak GCS E:2,V:tc,:M:4, reflex Babinski +
(14.10)		2.21 Memonitor jumlah kecepatan dan karakteristik drinase	pasien tampak post evd dengan drainase dikepala 100cc
(14.20)		6.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	Pada sekitar trakeostomi tidak ada tampak kemerahan dan bengkak, suhu: 37,5°C leukosit 11,87
(14.30)		6.3 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 6.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	Tampak perawat dan keluarga pasien mencuci tangan sebelum bertemu, dan akan tindakan dengan pasien
(14.35)		3.1 Memonitor kondisi kulit	Pasien tampak bersih, tidak terlalu lembab
(14.40)		3.4 memposisikan senyaman mungkin	Pasien tampak diberikan posisi nyaman, degan kepala lebih tinggi 30°
(14.50)		3.7 memberikan latihan gerak pasif	Pasien tampak dilakukan latihan ROM pada tangan dan kaki
(14.55)		3.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali	Pasien tampak diubah/ dimiringkan posisi kekan ataupun kekiri
(14.10)		5.1 melakukan identifikasi kemampuan keluarga dalam menghadapi kondisi pasien dan beri penguatan untuk	Keluarga tampak sedih dengan kondisi yang

		keluarga	sekarang terjadi oleh pasien, tampak cemas, tampak khawatir dan merasa kehilangan
	(14.15)	5.3 melakukan bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya keluarga pasien terhadap perawat	Tampak keluarga pasien mulai terbuka, keluarga pasien mulai tapa kraut cemas sedikit berkurang
	(14.20)	5.4 meberikan empati, kehangatan dan kejujuran	Tampak perawat memberikan kata kata penyemangat untuk keluarga pasien, agar keluarga mampu menjalani permasalahann tersebut
No	Hari/ Tanggal	Implmentasi	Evaluasi
1.	Kamis 04 Mei 2023	4.1 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan (08.00) 4.5 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4.6 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	pasien tampak tidak mampu untuk mandi, makan, ketoilet, berhias karena tidak sadarkan diri dengan gcs E3V1M3 Pasien dibantu untuk mandi pagi hari sehari 1x, oral hygiene sehari 1x, makan peptibren 6x200cc.
	(08.20)	1.1 memonitor pola nafas	Pasien tampak terpasang trakeastom, frekuensi nafas cepat, fruekuensi nafas: 22x/I. saturasi oksigen:98%
	(08.35)	1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan	Pasien tampak terdengar ronki basah ketika insprasi pada saat diauskultasi
	(08.45)	1.3 Memonitor sputum	Pasien tampak terdapat sputum berwarna hijau jernih, fruekuensi nafas:22x/menit, saturasi

			oksigen: 98%
(09.00)	1.4 Memposisikan semi fowler		Pasien tampak dilakukan posisi semifowler dengan meninggikan kepala 30°
(09.15)	2.28 melakukan vertifikasi obat sesuai dengan indikasi		Pasien tampak akan diberikan sesuai dengan indikasi yang tertera
(09.35)	2.30 monitor efek terapeutik obat		Pasien tampak diberikan terapi farmakologi
(09.45)	2.34 melakukan pemberian obat melalui IV monitor reaksi obat		Amplodipin 1x5mg Ceftazidime 3x2gr Levofloxacin 1x750mg Kalnex 3x1gr Paracetamol 4x1gr Ranitidine 2x50mg Manitol 1x150cc
(10.00)	1.8 melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik		Pasien tampak dilakukan suction penghisapan lendir di daerah trakeostomi dan hidung, frekuensi nafas: 23x/menit. Saturasi oksigen: 98%
(10.25)	1.11 Memberikan oksigen		Pasien tampak tempat trakeostomi diberikan oksigen nasal kanul 5 lpm
(10.45)	1.13 berkolaborasi memberikan bro		Pasien tampak diberikan terapi nebu ventolin+ pumicort, tampak frekuensi nafas 23x/menit, saturasi oksigen: 98%
(10.55)	1.21 Memonitor adanya sekresi, balutan yang kotor atau tanda gejala yang membutuhkan pengisapan		Pasien tampak dilakukan suction apabila sputum menumpuk frekuensi nafas: 22x/l, saturasi oksigen 98%
(11.10)	1.23 Memposisikan semi fowler		Pasien tampak disikat dibagian kanula agar tidak menutup jalan nafas, dan

		1.24 memasang sarung tangan steril	disuction
	(11.25)	1.25 Melakukan pengisapan sputum di trakeostomi	
	(11.35)	1.26 Melepaskan balutan kotor, lepaskan sarung tangan dan cuci tangan	Pasien tampak diberi makan melalui NGT dengan peptibren 200cc, tanpa residu
		5.10 memberikan bantuan saat makan dan minum	
	(11.45)	2.1 Mengidentifikasi peningkatan TIK	Pasien tampak tekanan darah: 161/107 mmhg, frukuensi nadi; 101x/menit, frukuensi nafas 23x/I , pasien tampak terpasang evd dengan jumlah 150cc
	(12.00)	2.2 memonitor tanda gejala peningkatan TIK	Pasien tampak tekanan darah: 157/93mmHg MAP: 107, frukuensi nadi :91x/menit, frukuensi nafas: 23x/menit
	(12.15)	2.3 Memonitor MAP	Pasien tampak TD: 150/90 mmhg, MAP: 100
	(12.40)	2.5 Memonitor intake dan output cairan	Pasien tampak diberikan ngt peptibren 6x 200cc, output 500cc
	(13.00)	2.6 Menimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang aman	Pasien tampak di ganti spreid dan baju 1x sehari, spreid tidak kusut, pagar handrall selalu terpasang.
	(13.20)	2.9 Mempertahankan suhu tubuh normal	Pasien tampak diberikan selimut,, tampak diberi terapi paracetamol. Suhu:37,5°C
	(13.25)	2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran	Pasien tampak gcs E:2,V:tc.;M:3, reflex Babinski +
	(13.30)	5.10 memberikan bantuan saat makan dan minum	Pasien tampak diberikan NGT peptibren 200cc, tanpa residu

	(13.45)	2.21 Memonitor jumlah kecepatan dan karakteristik drinase	Pasien tampak post evd dengan drainase dikepala 100cc
	(13.55)	6.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	Pada sekitar trakeostomi tidak ada tampak kemerahan dan bengkak, suhu: 37,5*c, leukosit 11,87
	(14.05)	6.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 6.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	tampak keluarga pasien, perawat mencuci tangan sebelum bertemu, dan akan tindakan dengan pasien
	(14.20)	4.1 Memonitor kondisi kulit	pasien tampak bersih, tidak terlalu lembab
	(14.30)	4.4 memposisikan senyaman mungkin	pasien tampak diberikan posisi nyaman, degan kepala lebih tinggi 30°
	(14.45)	4.7 memberikan latihan gerak pasif	pasien tampak dilakukan latihan ROM pada tangan dan kaki
	(14.55)	4.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali	pasien tampak diubah/ dimiringkan posisi kekan ataupun kekiri
	(15.00)	.1 melakukan identifikasi kemampuan keluarga dalam menghadapi kondisi pasien dan beri penguatan untuk keluarga	Keluarga tampak sedih dengan kondisi yang sekarang terjadi oleh pasien, tampak cemas, tampak khawatir dan merasa kehilangan
	(15.00)	7.3 melakukan bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya keluarga pasien terhadap perawat	Tampak keluarga pasien mulai terbuka, keluarga pasien mulai tapa kraut cemas sedikit berkurang
	(15.05)	7.4 memberikan empati, kehangatan dan kejujuran	Tampak perawat

			memberikan kata kata penyemangat untuk keluarga pasien, agar keluarga mampu menjalani permasalahan tersebut
No	Hari/ Tanggal	Implmentasi	Evaluasi
1.	Jumat 05 Mei 2023		
	(08.00)	1.1 memonitor pola nafas	Pasien tampak terpasang trakeostom, frekuensi nafas cepat, frukuensi nafas: 26x/menit. Saturasi oksigen:97%
	(08.20)	1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan	Pasien tampak suara ronki basah berkurang ketika pasien insprasi pada saat diauskultasi
	(08.40)	5.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 4.5 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4.6 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	pasien tampak tidak mampu untuk mandi, makan, ketoilet, berhias karena tidak sadarkan diri dengan gcs E3V1M3 Pasien dibantu untuk mandi pagi hari sehari 1x, oral hygiene sehari 1x, makan peptibren 6x200cc
	(08.55)	1.3 Memonitor sputum	Pasien tampak terdapat sputum berwarna hijau jernih, fruekensi nafas:24x/menit, saturasi oksigen: 98%
	(09.10)	1.4 Memposisikan semi fowler	Pasien tampak dilakukan posisi semifowler dengan meninggikan kepala 30°
	(09.40)	1.8 melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik	Pasien tampak dilakukan suction penghisapan lendir di daerah treakestomi da

			hidung, frukuensi nafas:24x/menit. Saturasi oksigen:98%
(09.55)	2.28 melakukan vertisifikasi obat sesuai dengan indikasi		Pasien tampak akan diberikan sesuai dengan indikasi yang tertera
(10.25)	2.30 monitor efek teraupetik obat samping,interaksi obat		Pasien tampak tidak ada alergi ketika diberikan obat
(10.55)	2.34 melakukan pemberian obat melalui IV monitor reaksi obat		Pasien tampak diberikan terapi farmakalogi Amplodipin 1x5mg Ceftazidine 3x2gr Levofloxacin 1x750mg Kalnex 3x1gr
(11.25)	6.21 memberikan bantuan saat makan dan minum		Pasien tampak diberikan NGT peptibren 200cc, tanpa residu
(11.40)	1.11 Memberikan oksigen		Pasien tampak tempat trakeostomi di berikan oksigen nasal kanul 5 lpm
(12.00)	1.13 berkolaborasi memberikan bronkidilator		Pasien tampak diberikan terapi nebu ventolin+ pumicort, tampak frukuensi nafas 23x/I, sturasi oksigen: 98%
(12.25)	1.21 Memonitor adanya sekresi, balutan yang kotor atau tanda gejala yang membუuhkan pengisapan 1.23 Memosisikan semi fowler		Pasien tampak dilakukan suction apabila sputum menumpuk frukuensi nafas: 23x/I, spo2: 98%
(12.40)	1.24 memasang sarung tangan steril 1.25 Melakukan pengisapan sputum di trakeostomi 1.26 Melepaskan balutan		Pasien tampak diganti perban, dilakukan perawatan trakeostomi,perban diganti yang baru, kanula dibersihkan atau disikat, disekitar trakeostomi

	(13.00)	kotor, lepaskan sarung tangan dan cuci tangan	
	(13.25)	2.1 Mengidentifikasi peningkatan TIK	Pasien tampak tekanan darah: 135/80 mmhg, frukuensi nadi; 80x/menit, frukuensi nadi 23x/I , tampak terpasang evd dengan jumlah 200cc
	(13.30)	2.2 memonitor tanda gejala peningkatan TIK	Pasien tampak tekanan darah: 135/82 mmHg MAP: 95,frukuensi nadi:80x/menit, frukuensi nafas: 23x/i Px tampak diberikan terapi manitol
	(13.35)	5.10 memberikan bantuan saat makan dan minum	Tampak pasien diberikan NGT peptibren 200cc, tidak ada residu
	(13.40)	2.3 Memonitor MAP	Pasien tampak tekanan darah: 130/80 mmhg, MAP: 90
	(13.45)	2.5 Memonitor intake dan output cairan	Pasien tampak diberikan ngt peptibren 6x 200cc, output 500cc
	(13.55)	2.6 Menimalkkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang aman	Pasien tampak di gant sprei dan baju 1x sehari, sprei tidak kusut, pagar handrall selalu terpasang.
	(14.00)	2.9 Mempertahankan suhu tubuh normal	Pasien tampak diberikan selimut, , tampak diberi terapi paracetamol. Suhu:37,6°C
	(14.15)	2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran	Pasien tampak GCS E:2,V:tc,:M:3, reflex Babinski -
	(14.20)	2.21 Memonitor jumlah kecepatan dan karakteristik drinase	Pasien tampak post evd dengan drainase dikepala 200cc Pada sekitar trakeostomi tidak ada tampak kemerahan

	(14.30)	6.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	dan bengkak, suhu: 37,5°C, leukosit 11,87
	(14.35)	6.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 6.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	Pasien tampak perawat mencuci tangan sebelum bertemu, dan akan tindakan dengan pasien
	(14.40)	4.1 Memonitor kondisi kulit	pasien tampak bersih, tidak terlalu lembab
	(14.45)	4.4 memposisikan senyaman mungkin	pasien tampak diberikan posisi nyaman, degan kepala lebih tinggi 30°
	(14.50)	4.7 memberikan latihan gerak pasif	Pasien tampak dilakukan latihan ROM pada tangan dan kaki
	(14.55)	4.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali	Pasien `tampak diubah/ dimiringkan posisi kekan ataupun kekiri
	(15.00)	5.1 melakukan identifikasi kemampuan keluarga dalam menghadapi kondisi pasien dan beri penguatan untuk keluarga	Keluarga tampak sedih dengan kondisi yang sekarang terjadi oleh pasien, tampak cemas, tampak khawatir dan merasa kehilangan
	(15.00)	5.3 melakukan bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya keluarga pasien terhadap perawat	Tampak keluarga pasien mulai terbuka, keluarga pasien mulai tapa kraut cemas sedikit berkurang
	(15.00)	5.4 memberikan empati, kehangatan dan kejujuran	Tampak perawat memberikan kata kata penyemangat untuk keluarga pasien, agar keluarga mampu menjalani permasalahan tersebut

--	--	--	--

Tabel 4. 10 Evaluasi keperawatan pada Pasien I (Tn. A) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Senin 01/05/2023	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan sputum d.d dyspnea otot bantu bantu dada dan perut, terdengar ronki basah,pernapasan cepat dan dangkal	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji O: - pasien terpasang oksigen NRM 15 Lpm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang opa - Pasien terdengar ronki basah pada saat auskultasi di dada sebelah kanan, ics 3 - Tampak sputum berwarna hijau jernih - Tampak dilakukan suction apabila untuk mengurangi sputum - Frekuensi nafas 30x/menit - Saturasi oksigen 96% <p>A: Masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif menurun</p> <p>P: lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Memonitor pola nafas 1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan 1.3 Memonitor sputum 1.8 Melakukan penghisapan lendir kurang dri 15 dteik 1.11 Memberikan oksigen
Senin 01/05/2023	Penurunan kapasitas adaptif intrkranial b.d edema serebral d.d penurunan kesadaran, HR meningkat, dispnea	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji O: - Tekanan darah 200/116 mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> - MAP 115 - Nadi 115x/ menit - Saturasi oksigen 96%

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		<ul style="list-style-type: none"> - Frukuensi nafas 26x/menit - Suhu tubuh 37,8°C - Terpasang oksigen NRM 15 lpm - Kesadaran somnolen GCS E3VopaM4 - Pasien tampak gelisah - Pupil isokor <p>A: Masalah penurunan kapasitas adaptif intrkranial menurun</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2.2 Memonitor tanda gejala peningkatan TIK 2.4 Memonitor status pernafasan 2.5 Memonitor output dan intake cairan 2.7 Memberikan posisi semi fowler 2.9 Mempertahankan suhu tubuh norma 2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran 2.18 Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan pupil
<p>Senin 01/05/2023</p>	<p>Hipertermi b.d respon trauma (perdarahan di batang otak) d.d suhu tubuh diatas nilai normal, takikardi</p>	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: - pasien tampak suhu tubuh hangat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh pasien 38,2°C - Nadi pasien 115x/menit - Frukuensi nafas 26x/menit - Pasien tampak dilakukan kompres dngin <p>A: masalah hipertermi menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Mengidentifikasi penyebab hipetemia 3.2 memonitor suhu tubuh

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<p>Senin 01/05/2023</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d rentang gerak px menurun, gerakan px terbatas, fisik px lemah</p>	<p>3.6 melonggarkan pakaian 3.8 Melakukan pendinginan ekstrnal yaitu kompres</p> <p>S: Pasien tidak dapat dikaji O: - tampak pasien gelisah dengan gerakan tidak terkoordinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak tampak gerakan pada anggota sebelah kanan - Gerakan pasien tampak terbatas <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 5.1 Memonitor kondisi kulit 5.4 memposisikan senyaman mungkin 5.7 memberikan latihan gerak pasif 5.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali</p>
<p>Senin 01/05/2023</p>	<p>Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler d.d ketidakmampuan mandi, berhias, ketoilet secara mandiri</p>	<p>S: Pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak tidak sadar, dengan GCS E3VopaM4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak mampu mandi, ketoilet,berhias, makan - Pasien tampak dibantu untuk mandi pagi 1x sehari oleh perawat - Pasien tampak dibantu melakukan oral hygiene 1x sehari - Pasien tampak dibantu makan melalui NGT dengan peptibren 6x 200cc tidak ada residu - Tampak pasien diganti pakaian 1x sehari oleh perawat <p>A: Defisit perawatan diri menurun</p>

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		P: lanjutkan intervensi 6.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
Senin 01/05/2023	Berduka b.d antisipasi kematian orang yang disayag d.d merasa sedih, merasa kehilangan	S: Pasien tidak dapat dikaji O: - keluarga pasien tampak merasa sedih dengan keadaan pasien -keluarga pasien tampak merasa cemas A: Masalah berduka menurun P: Lanjutkan intervensi 7.1 Identifikasi kemampuan dan beri penguatan 7.3 bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya 7.4 Berikan empati, kehangatan dan kejujuran 7.5 Anjurkan mengekspresikan perasaan
	Resiko infeksi b.d terpasangnya alat medis invasive (NGT,Kateter, infus) d.d peningkatan suhu tubuh	S: pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak suhu tubuh hangat - Suhu tubuh pasien 38°C - Nadi pasien 102x/menit - Fruekensi nafas 26x/menit - Pasien tampak dilakukan kompres dngin - Leukosit 10,18 A: masalah resiko infeksi menurun P: Lanjutkan intervensi 4.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Selasa 02/05/2023	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan sputum d.d dyspnea otot bantu bantu dada dan perut, terdengar ronki basah,pernapasan cepat dan dangkal	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji O: - pasien terpasang oksigen NRM 15 Lpm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang opa - Pasien terdengar ronki basah pada saat auskultasi di dada sebelah kanan, ics 3 - Tampak sputum berwarna hijau jernih - Tampak dilakukan suction apabila untuk mengurangi sputum - Frekuensi nafas 30x/menit - Saturasi oksigen 96% <p>A: Masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif menurun</p> <p>P: lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Memonitor pola nafas 1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan 1.3 Memonitor sputum 1.8 Melakukan penghisapan lendir kurang dri 15 dteik 1.11 Memberikan oksigen
Selasa 1/5/2023	Penurunan kapasitas adaptif intrkranial b.d edema serebral d.d penurunan kesadaran, HR meningkat, dispnea	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji O: - Tekanan darah 200/116 mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> - MAP 115 - Nadi 115x/ menit - Saturasi oksigen 96% - Frukuenasi nafas 26x/menit - Suhu tubuh 37,8°C - Terpasang oksigen NRM 15 lpm - Kesadaran somnolen GCS E2V1M3 - Pasien tampak gelisah - Pupil isokor <p>A: Masalah penurunan</p>

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		<p>kapasitas adaptif intrkraniel menurun</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2.2 Memonitor tanda gejala peningkatan TIK 2.4 Memonitor status pernafasan 2.5 Memonitor output dan intake cairan 2.7 Memberikan posisi semi fowler 2.9 Mempertahankan suhu tubuh norma 2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran 2.18 Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan pupil</p>
<p>Selasa 02/05/2023</p>	<p>Hipertermi b.d respon trauma (perdarahan di batang otak) d.d suhu tubuh diatas nilai normal, takikardi</p>	<p>S: pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak suhu tubuh hangat - Suhu tubuh pasien 38,2°C - Nadi pasien 115x/menit - Fruekensi nafas 26x/menit - Pasien tampak dilakukan kompres dngin</p> <p>A: masalah hipertermi belum menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 3.1 Mengidentifikasi penyebab hipetemia 3.2 memonitor suhu tubuh 3.6 melonggarkan pakaian 3.8 Melakukan pendinginan ekstrnal yaitu kompres</p>
<p>Selasa 02/05/2023</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d rentang gerak px menurun, gerakan px terbatas, fisik px lemah</p>	<p>S: Pasien tidak dapat dikaji O: - tampak pasien gelisah dengan gerakan tidak terkoordinasi - Tidak tampak gerakan pada anggota sebelah kanan - Gerakan pasien tampak</p>

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		terbatas A: Masalah gangguan mobilitas fisik menurun P: Lanjutkan intervensi 5.1 Memonitor kondisi kulit 5.4 memposisikan senyaman mungkin 5.7 memberikan latihan gerak pasif 5.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali
Selasa 02/05/2023	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler d.d ketidakmampuan mandi, berhias, ketoilet secara mandiri	S: Pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak tidak sadar, dengan GCS E2V1M2 - Pasien tampak tidak mampu mandi, ketoilet,berhias, makan - Pasien tampak dibantu untuk mandi pagi 1x sehari oleh perawat - Pasien tampak dibantu melakukan oral hygiene 1x sehari - Pasien tampak dibantu makan melalui NGT dengan peptibren 6x 200cc tidak ada residu - Tampak pasien diganti pakaian 1x sehari oleh perawat A: Defisit perawatan diri menurun P: lanjutkan intervensi 6.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
	Berduka b.d antisipasi kematian orang yang disayag d.d merasa sedih, merasa kehilangan	S: Pasien tidak dapat dikaji O: - keluarga pasien tampak merasa sedih dengan keadaan pasien -keluarga pasien tampak merasa cemas

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		<p>A: Masalah berduka cukup menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 7.1 Identifikasi kemampuan dan beri penguatan 7.3 bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya 7.4 Berikan empati, kehangatan dan kejujuran 7.5 Anjurkan mengekspresikan perasaan</p>
	<p>Resiko infeksi b.d terpasangnya alat medis invasive (NGT,Kateter, infus) d.d peningkatan suhu tubuh</p>	<p>S: pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak suhu tubuh hangat - Suhu tubuh pasien 38°C - Nadi pasien 102x/menit - Fruekensi nafas 26x/menit - Pasien tampak dilakukan kompres dngin - Leukosit 10,18</p> <p>A: masalah resiko infeksi menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 4.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p>
Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<p>Rabu 03/05/2023</p>	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan sputum d.d dyspnea otot bantu bantu dada dan perut, terdengar ronki basah,pernapasan cepat dan dangkal</p>	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji O: - pasien terpasang oksigen NRM 15 Lpm - Pasien terdengar ronki basah pada saat auskultasi di dada sebelah kanan, ics 3 - Tampak sputum berwarna hijau jernih</p>

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		<ul style="list-style-type: none"> - Tampak dilakukan suction apabila untuk mengurangi sputum - Frekuensi nafas 30x/menit - Saturasi oksigen 96% <p>A: Masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif meningkat</p> <p>P: lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Memonitor pola nafas 1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan 1.3 Memonitor sputum 1.8 Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 1.11 Memberikan oksigen
Rabu 03/05/2023	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral d.d penurunan kesadaran, HR meningkat, dispnea	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O: - Tekanan darah 200/116 mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> - MAP 115 - Nadi 115x/ menit - Saturasi oksigen 96% - Frekuensi nafas 26x/menit - Suhu tubuh 37,8°C - Terpasang oksigen NRM 15 lpm - Kesadaran somnolen GCS E2V1M2 - Pasien tampak gelisah - Pupil isokor <p>A: Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial menurun</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2.2 Memonitor tanda gejala peningkatan TIK 2.4 Memonitor status pernafasan 2.5 Memonitor output dan

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		intake cairan 2.7 Memberikan posisi semi fowler 2.9 Mempertahankan suhu tubuh norma 2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran 2.18 Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan pupil
Rabu 03/05/2023	Hipertermi b.d respon trauma (perdarahan di batang otak) d.d suhu tubuh diatas nilai normal, takikardi	S: pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak suhu tubuh hangat - Suhu tubuh pasien 38,2°C - Nadi pasien 115x/menit - Fruekensi nafas 26x/menit - Pasien tampak dilakukan kompres dngin A: masalah hipertermi belum menurun P: Lanjutkan intervensi 3.1 Mengidentifikasi penyebab hipetemia 3.2 memonitor suhu tubuh 3.6 melonggarkan pakaian 3.8 Melakukan pendinginan ekstral yaitu kompres
Rabu 03/05/2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d rentang gerak px menurun, gerakan px terbatas, fisik px lemah	S: Pasien tidak dapat dikaji O: - tampak pasien gelisah dengan gerakan tidak terkoordinasi - Tidak tampak gerakan pada anggota sebelah kanan - Gerakan pasien tampak terbatas A: Masalah gangguan mobilitas fisik menurun P: Lanjutkan intervensi 5.1 Memonitor kondisi kulit 5.4 memposisikan senyaman mungkin 5.7 memberikan latihan gerak

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		pasif 5.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali
Rabu 03/05/2023	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler d.d ketidakmampuan mandi, berhias, ketoilet secara mandiri	<p>S: Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: - pasien tampak tidak sadar, dengan GCS E1V1M2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak mampu mandi, ketoilet,berhias, makan - Pasien tampak dibantu untuk mandi pagi 1x sehari oleh perawat - Pasien tampak dibantu melakukan oral hygiene 1x sehari - Pasien tampak dibantu makan melalui NGT dengan peptibren 6x 200cc tidak ada residu - Tampak pasien diganti pakaian 1x sehari oleh perawat <p>A: Defisit perawatan diri menurun</p> <p>P: lanjutkan intervensi 6.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p>
	Berduka b.d antisipasi kematian orang yang disayag d.d merasa sedih, merasa kehilangan	<p>S: Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: - keluarga pasien tampak merasa sedih dengan keadaan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> -keluarga pasien tampak merasa cemas <p>A: Masalah berduka menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 7.1 Identifikasi kemampuan dan beri penguatan 7.3 bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya 7.4 Berikan empati, kehangatan dan kejujuran</p>

Hari/Tanggal	Dian gnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		7.5 Anjurkan mengekspresikan perasaan
	Resiko infeksi b.d terpasangnya alat medis invasive (NGT,Kateter, infus) d.d peningkatan suhu tubuh	<p>S: pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak suhu tubuh hangat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh pasien 38°C - Nadi pasien 102x/menit - Fruekensi nafas 26x/menit - Pasien tampak dilakukan kompres dngin - Leukosit 10,18 <p>A: masalah resiko infeksi menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 4.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p>

Tabel 4. 11 Evaluasi keperawatan pada Pasien II (Tn. F) dengan Stroke Hemoragik Diruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Rabu 03/05/2023	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan sputum d.d dyspnea otot bantu bantu dada dan perut, terdengar ronki basah,pernapasan cepat dan dangkal	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji O: - pasien terpasang oksigen Nasal kanul 5 Lpm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang trakeostomi - Pasien terdengar ronki basah pada saat auskultasi di dada sebelah kanan, ics 3 - Tampak sputum berwarna hijau jernih - Tampak dilakukan suction apabila untuk mengurangi sputum - Frekuensi nafas 26x/menit - Saturasi oksigen 96%

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		<p>A: Masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif menurun</p> <p>P: lanjutkan Intervensi</p> <p>1.1 Memonitor pola nafas</p> <p>1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan</p> <p>1.3 Memonitor sputum</p> <p>1.8 Melakukan penghisapan lendir kurang dri 15 dteik</p> <p>1.11 Memberikan oksigen</p>
<p>Rabu 03/05/2023</p>	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrkranial b.d edema serebral d.d penurunan kesadaran, HR meningkat, dispnea</p>	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O: - Tekanan darah 135/180 mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> - MAP 90 - Nadi 80x/ menit - Saturasi oksigen 97% - Frukuensi nafas 26x/menit - Suhu tubuh 37°C - Terpasang oksigen nasal kanul 5 lpm - Kesadaran somnolen GCS E2VtM4 - Pasien tampak gelisah - Pupil isokor <p>A: Masalah penurunan kapasitas adaptif intrkranial menurun</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>2.2 Memonitor tanda gejala peningkatan TIK</p> <p>2.4 Memonitor status pernafasan</p> <p>2.5 Memonitor output dan intake cairan</p> <p>2.7 Memberikan posisi semi fowler</p> <p>2.9 Mempertahankan suhu tubuh norma</p> <p>2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>2.18 Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan pupil</p>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Rabu 03/05/2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d rentang gerak px menurun, gerakan px terbatas, fisik px lemah	<p>S: Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: - tampak pasien gelisah dengan gerakan tidak terkoordinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak tampak gerakan pada anggota sebelah kanan - Gerakan pasien tampak terbatas <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Memonitor kondisi kulit</p> <p>5.4 memposisikan senyaman mungkin</p> <p>5.7 memberikan latihan gerak pasif</p> <p>5.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali</p>
Rabu 03/05/2023	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler d.d ketidakmampuan mandi, berhias, ketoilet secara mandiri	<p>S: Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: - pasien tampak tidak sadar, dengan GCS E2VtcM4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak mampu mandi, ketoilet,berhias, makan - Pasien tampak dibantu untuk mandi pagi 1x sehari oleh perawat - Pasien tampak dibantu melakukan oral hygiene 1x sehari - Pasien tampak dibantu makan melalui NGT dengan peptibren 6x 200cc tidak ada residu - Tampak pasien diganti pakaian 1x sehari oleh perawat <p>A: Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>6.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri,</p>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		berpakaian, berhias dan makan
	Berduka b.d antisipasi kematian orang yang disayang d.d merasa sedih, merasa kehilangan	<p>S: Pasien tidak dapat dikaji O: - keluarga pasien tampak merasa sedih dengan keadaan pasien -keluarga pasien tampak merasa cemas</p> <p>A: Masalah berduka menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 7.1 Identifikasi kemampuan dan beri penguatan 7.3 bina hubungan terapeutik berdasarkan rasa percaya 7.4 Berikan empati, kehangatan dan kejujuran 7.5 Anjurkan mengekspresikan perasaan</p>
Rabu 03/05/2023	Resiko infeksi b.d terpasangnya alat medis invasive (terpasang trakeostomi) d.d peningkatan suhu tubuh	<p>S: pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak suhu tubuh hangat - Suhu tubuh pasien 37,2°C - Nadi pasien 80x/menit - Frekuensi nafas 24x/menit - Pasien tampak dilakukan kompres dingin - Leukosit 11,17</p> <p>A: masalah resiko infeksi meningkat</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 4.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p>
Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Kamis 04/05/2023	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan sputum d.d dyspnea otot bantu dada dan perut, terdengar ronki	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji O: - pasien terpasang oksigen Nasal kanul 5 Lpm - Pasien terpasang</p>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	basah,pernapasan cepat dan dangkal	trakeostomi - Pasien terdengar ronki basah pada saat auskultasi di dada sebelah kanan, ics 3 - Tampak sputum berwarna hijau jernih - Tampak dilakukan suction apabila untuk mengurangi sputum - Frekuensi nafas 26x/menit - Saturasi oksigen 97% A: Masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif menurun P: lanjutkan Intervensi 1.1 Memonitor pola nafas 1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan 1.3 Memonitor sputum 1.8 Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 1.11 Memberikan oksigen 1.13 berkolaborasi memberikan bronkodilator 1.21 Memonitor adanya sekresi, balutan yang kotor atau tanda gejala yang membuahkan pengisapan 1.23 Memosisikan semi fowler 1.24 memasang sarung tangan steril 1.25 Melakukan pengisapan sputum di trakeostomi 1.26 Melepaskan balutan kotor, lepaskan sarung tangan dan cuci tangan 1.27 Menyiapkan set ganti balutan steril 1.28 Memasang sarung tangan 1.30 melepaskan kanula bagian dalam dengan tangan non dominan 1.31 Membersihkan stoma dan kulit sekitar dengan kain kasa 1.32 Mengeringkan kulit sekitar stoma dengan kasa steril 1.33 Lepaskan ikatan trakheostomi

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Kamis 04/05/2023	Penurunan kapasitas adaptif intrkranial b.d edema serebral d.d penurunan kesadaran, HR meningkat, dispnea	<p>yang kotor 1.34 Lepaskan balutan steril dan ikatan pada trakheostomi</p> <p>S: Pasien tidak dapat di kaji O: - Tekanan darah 135/180 mmhg - MAP 90 - Nadi 80x/ menit - Saturasi oksigen 97% - Frukuensi nafas 26x/menit - Suhu tubuh 37°C - Terpasang oksigen nasal kanul 5 lpm - Kesadaran somnolen GCS E2VtM4 - Pasien tampak gelisah - Pupil isokor</p> <p>A: Masalah penurunan kapasitas adaptif intrkranial menurun</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2.2 Memonitor tanda gejala peningkatan TIK 2.4 Memonitor status pernafasan 2.5 Memonitor output dan intake cairan 2.7 Memberikan posisi semi fowler 2.9 Mempertahankan suhu tubuh norma 2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran 2.18 Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan pupil</p>
Kamis 04/05/2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d rentang gerak px menurun, gerakan pasien terbatas, fisik pasien lemah	<p>S: Pasien tidak dapat dikaji O: - tampak pasien gelisah dengan gerakan tidak terkoordinasi - Tidak tampak gerakan pada anggota sebelah kanan - Gerakan pasien tampak terbatas</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas</p>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		fisik menurun P: Lanjutkan intervensi 5.1 Memonitor kondisi kulit 5.4 memposisikan senyaman mungkin 5.7 memberikan latihan gerak pasif 5.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali
Kamis 04/05/2023	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler d.d ketidakmampuan mandi, berhias, ketoilet secara mandiri	S: Pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak tidak sadar, dengan GCS E2VtM4 - Pasien tampak tidak mampu mandi, ketoilet,berhias, makan - Pasien tampak dibantu untuk mandi pagi 1x sehari oleh perawat - Pasien tampak dibantu melakukan oral hygiene 1x sehari - Pasien tampak dibantu makan melalui NGT dengan peptibren 6x 200cc tidak ada residu - Tampak pasien diganti pakaian 1x sehari oleh perawat A: Defisit perawatan diri belum menurun P: lanjutkan intervensi 6.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
	Berduka b.d antisipasi kematian orang yang disayag d.d merasa sedih, merasa kehilangan	S: Pasien tidak dapat dikaji O: - keluarga pasien tampak merasa sedih dengan keadaan pasien -keluarga pasien tampak merasa cemas A: Masalah berduka menurun

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		P: Lanjutkan intervensi 7.1 Identifikasi kemampuan dan beri penguatan 7.3 bina hubungan terapeutik berdasarkan rasa percaya 7.4 Berikan empati, kehangatan dan kejujuran 7.5 Anjurkan mengekspresikan perasaan
Kamis 03/05/2023	Resiko infeksi b.d terpasangnya alat medis invasive (terpasang trakeostomi) d.d peningkatan suhu tubuh	S: pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak suhu tubuh hangat - Suhu tubuh pasien 37,2°C - Nadi pasien 80x/menit - Frekuensi nafas 24x/menit - Pasien tampak dilakukan kompres dingin - Leukosit 11,17 A: masalah resiko infeksi meningkat P: Lanjutkan intervensi 4.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Jumat 05/05/2023	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan sputum d.d dyspnea otot bantu bantu dada dan perut, terdengar ronki basah, pernapasan cepat dan dangkal	S: Pasien tidak dapat di kaji O: - pasien terpasang oksigen Nasal kanul 5 Lpm - Pasien terpasang trakeostomi - Pasien terdengar ronki basah pada saat auskultasi di dada sebelah kanan, ics 3 - Tampak sputum berwarna hijau jernih - Tampak dilakukan suction apabila untuk mengurangi sputum - Frekuensi nafas 26x/menit

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		<p>- Saturasi oksigen 98%</p> <p>A: Masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif meningkat</p> <p>P: lanjutkan Intervensi</p> <p>1.1 Memonitor pola nafas</p> <p>1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan</p> <p>1.3 Memonitor sputum</p> <p>1.8 Melakukan penghisapan lendir kurang dri 15 dteik</p> <p>1.11 Memberikan oksigen</p> <p>1.13 berkolaborasi memberikan bronkidilator</p> <p>1.21 Memonitor adanya sekresi, balutan yang kotor aau tanda gejala yang membუuhkan pengisapan</p> <p>1.23 Memosisikan semi fowler</p> <p>1.24 memasang sarung tangan steril</p> <p>1.25 Melakukan pengisapan sputum di trakeostomi</p>
<p>Jumat 05/05/2023</p>	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrkranial b.d edema serebral d.d penurunan kesadaran, HR meningkat, dispnea</p>	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O: - Tekanan darah 135/180 mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> - MAP 90 - Nadi 80x/ menit - Saturasi oksigen 97% - Frukuenasi nafas 26x/menit - Suhu tubuh 37°C - Terpasang oksigen nasal kanul 5 lpm - Kesadaran GCS E2VtM2 - Pasien tampak gelisah - Pupil isokor <p>A: Masalah penurunan kapasitas adaptif intrkranial menurun</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>2.2 Memonitor tanda gejala peningkatan TIK</p> <p>2.4 Memonitor status pernafasan</p>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		2.5 Memonitor output dan intake cairan 2.7 Memberikan posisi semi fowler 2.9 Mempertahankan suhu tubuh norma 2.17 Memonitor penurunan tingkat kesadaran 2.18 Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan pupil
Jumat 05/05/2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d rentang gerak pasien menurun, gerakan terbatas, fisik pasien lemah	S: Pasien tidak dapat dikaji O: - tampak pasien gelisah dengan gerakan tidak terkoordinasi - Tidak tampak gerakan pada anggota sebelah kiri - Gerakan pasien tampak terbatas A: Masalah gangguan mobilitas fisik menurun P: Lanjutkan intervensi 5.1 Memonitor kondisi kulit 5.4 memposisikan senyaman mungkin 5.7 memberikan latihan gerak pasif 5.11 mengubah posisi setiap 2 jam sekali
Jumat 05/05/2023	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler d.d ketidakmampuan mandi, berhias, ketoilet secara mandiri	S: Pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak tidak sadar, dengan GCS E2VtM2 - Pasien tampak tidak mampu mandi, ketoilet,berhias, makan - Pasien tampak dibantu untuk mandi pagi 1x sehari oleh perawat - Pasien tampak dibantu melakukan oral hygiene 1x sehari - Pasien tampak dibantu makan melalui NGT dengan peptibren 6x 200cc tidak ada residu

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		<p>- Tampak pasien diganti pakaian 1x sehari oleh perawat</p> <p>A: Defisit perawatan diri menurun</p> <p>P: lanjutkan intervensi 6.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p>
	<p>Berduka b.d antisipasi kematian orang yang disayag d.d merasa sedih, merasa kehilangan</p>	<p>S: Pasien tidak dapat dikaji O: - keluarga pasien tampak merasa sedih dengan keadaan pasien -keluarga pasien tampak merasa cemas</p> <p>A: Masalah berduka menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 7.1 Identifikasi kemampuan dan beri penguatan 7.3 bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya 7.4 Berikan empati, kehangatan dan kejujuran 7.5 Anjurkan mengekspresikan perasaan</p>
<p>Jumat 05/05/2023</p>	<p>Resiko infeksi b.d terpasangnya alat medis invasive (terpasang trakeosto mi) d.d peningkatan suhu tubuh</p>	<p>S: pasien tidak dapat dikaji O: - pasien tampak suhu tubuh hangat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh pasien 37,2°C - Nadi pasien 80x/menit - Fruekensi nafas 24x/menit - Pasien tampak dilakukan kompres dngin - Leukosit 11,17 <p>A: masalah resiko infeksi menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 4.1 Memonitor Tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		4.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi



4.3 Pembahasan

4.3.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sputum

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif yang muncul pada 2 pasien, pasien (Tn.A) dan (Tn.F) yang ditandai dengan tampak pernapasan sesak pada kedua pasien, terdengarnya rongki basah di dada sebelah kanan, pada ics 3 pada kedua pasien, adanya penggunaan otot bantu nafas pada kedua pasien, frkuensi nafas(Tn.A) 30x/ menit, frkuensi nafas (Tn.F) 26x/menit. Pada pasien (Tn.A) terpasang NRM 15 lpm dan terpasang opa. Pada pasien (Tn.F) pasien terpasang trakeostomi dengan oksigen nasal kanul 5 lpm. Gangguan neurologis vokal, gangguan persepsi sensori, dan defisit neurologis. Kejang dapat mengakibatkan bersihan jalan nafas tidak efektif, obstruksi jalan nafas, dispnea, henti nafas, perubahan pola nafas, sehingga terjadi diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas (Amin Huda Nurarif, 2013).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan berupa manajemen jalan nafas pada pasien (Tn.A) dan pada pasien (Tn.F) dilakukan intervensi berupa manajemen jalan nafas dan perawatan trakeostomi untuk mengurangi sputum yang terdapat pada pasien dilakukan suction kurang dari 15 detik dan terapi oksigen selain itu pada (Tn.F) mendapatkan terapi bronkidilator berupa nebulizer ventolin dan pulmicort 1x1 sehari.

Hasil evaluasi masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien I (Tn.A) di hari pertama didapatkan masalah belum membaik karena data yang ditemukan belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusun yaitu, produksi sputum pada pasien belum membaik, dyspnea belum membaik, frekuensi nafas 28x/menit, pola nafas cepat dan dangkal belum membaik, suara auskultasi ronki basah di dada sebelah kanan, sehingga intervensi manajemen jalan nafas perlu dilanjutkan. Sedangkan hasil evaluasi yang didapatkan hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana pasien sudah tidak memakai opa, karena data yang telah ditemukan baru sebagian yang memenuhi kriteria hasil yang disusun yaitu, produksi sputum pada pasien cukup membaik, dyspnea mulai cukup membaik, frekuensi nafas 26x/menit, pola nafas cukup menurun, suara auskultasi ronki basah didada sebelah kanan mulai meningkat. Penulis berasumsi pemberian suction di bawah 15 detik pada pasien I (Tn.A) dan pemberian oksigen masih belum mampu mengatasi permasalahan bersihan jalan nafas tidak efektif sehingga kriteria hasil yang didapat hanya bisa mengatasi sebagian masalah.

Hasil evaluasi masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien II (Tn.F) dihari pertama didapatkan masalah belum Memurun karena data yang ditemukan belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusun yaitu, produksi sputum pada pasien belum membaik, dyspnea belum membaik, frekuensi nafas 26x/menit, pola nafas cepat, suara auskultasi ronki basah di dada sebelah kanan belum menurun, sehingga

dilakukan intervensi manajemen jalan nafas dan perawatan trakeostomi perlu dilanjutkan. Hasil evaluasi masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif masalah teratasi sebagian karena data yang ditemukan belum semua memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusun yaitu, produksi sputum pada pasien cukup membaik, dyspnea membaik, frekuensi nafas 23x/menit, pola nafas membaik, suara auskultasi ronki basah pada dada sebelah kanan menurun. Penulis berasumsi intervensi yang diberikan seperti melakukan suction di bawah 15 detik, pemberian bronkodilator, pemberian terapi oksigen membantu pemenuhan suplai oksigen sehingga masalah bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien II (Tn.F) meningkat.

4.3.2 Penurunan kapasitas adaptif intrkranial berhubungan dengan edema serebral

Hasil pengkajian kedua pasien (Tn.A) dan (Tn.F) didapatkan riwayat hipertensi yang tidak terkontrol, hasil pemeriksaan tanda tanda vital pada hari pertama (Tn.A) tekanan darah 200/100 mmhg, frukuensi nadi 115x/menit, pasien mengalami penurunan kesadaran somnolen dengan nilai GCS E3vopaM4. Sedangkan tanda tanda vital pada hari pertama (Tn.F) tekanan darah 135/90 mmhg, frukuensi nadi 80x/menit, pasien mengalami penurunan kesadaran somnolen dengan GCS E2VTcM4 Penulis berasumsi masalah penurunan kapasitas adaptif intrkranial yang muncul pada kedua pasien dikarenakan kondisi penurunan kesadaran yang mengidentifikasi adanya cedera otak yang terjadi sehingga mengalami

penurunan kapasitas adaptif intracranial pada kedua pasien.

Penurunan kapasitas adaptif intracranial terjadi karena ruptur pada pembuluh darah di otak menyebabkan terjadinya edema serebral yang menekan jaringan yang ada di otak sehingga terjadi iskemia bahkan infark pada jaringan di otak (Nurarif & Kusuma, 2012).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada kedua pasien (Tn.A) dan (Tn.F) berupa manajemen peningkatan tekanan intracranial. Adapun pemberian intervensi ini ditujukan untuk mencegah keparahan yang akan terjadi seperti kematian dan cedera otak yang disebabkan oleh cedera otak (Pramesti & Krisnawati, 2020)

Adapun tindakan keperawatan yang diberikan kepada kedua pasien selama tiga hari berupa mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intracranial, memantau tanda dan gejala peningkatan tekanan intracranial, memantau tekanan darah dan *mean arterial pressure* (MAP), memantau tingkat kesadaran, memberikan posisi semi fowler dan memberikan terapi farmakologis kepada pasien (Tn.A) yaitu dengan terapi kalnex 3x1gr, santagesik 3x1gr, ranitidine 2x1gr, metoclopramide 3x1gr, omeprazole 2x1gr, nicardipine 1mg/BB kg. Sedangkan pada (Tn.F) diberikan terapi farmakologis yaitu dengan amlodipin 1x5mg, ceftazidime 3x2gr, levofloxacin 1x750mg, kalnex 3x1gr, ranitidine 2x50mg, manitol 1x150cc.

Hasil evaluasi pada pasien (Tn.A) didapatkan masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intracranial belum menurun karena data yang

didapatkan belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusun, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan. Adapun hasil evaluasi yang didapatkan di hari ketiga pada pasien (Tn.A) masalah penurunan kapasitas adaptif intracranial pada hari ketiga belum menurun, tekanan darah 182/100 mmhg, nilai MAP 120, kesadaran E2V1M2 sehingga pada pasien (Tn.A) intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial perlu dilanjutkan.

Hasil evaluasi pada pasien (Tn.F) didapatkan masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum menurun karena data yang didapatkan belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusun sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan. Adapun hasil evaluasi yang didapatkan di hari ketiga cukup membaik, karena tekanan darah 130/80mmhg, MAP 90, kesadaran E2VtcM2 sehingga pada pasien (Tn.F) intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial masih perlu dilanjutkan. Penulis berasumsi manajemen peningkatan tekanan intracranial bertujuan untuk mencegah keparahan pada cedera otak yang dialami pasien, pasien masih mengalami penurunan kesadaran sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan untuk mencegah keparahan cedera otak yang berlebih pada pasien.

4.3.3 Hipertermi berhubungan dengan respon trauma

Hasil pengkajian ditemukan adanya masalah keperawatan hipertermi yang hanya muncul pada pasien I (Tn.A) yang ditandai dengan suhu tubuh hangat, pasien mengalami takikardi, pasien mengalami takipnea, suhu tubuh (Tn.A) 38,9°C, dan pasien tampak gelisah. Penulis berasumsi tidak

munculnya masalah keperawatan hipertermi pada pasien II (Tn.F) karena (Tn.F) sebelum di rujuk keruang seroja pasien (Tn.F) telah diberikan terapi paracetamol sehingga suhu tubuh masih dalam batas normal. Lesi (kerusakan) otak akan menjadi lebih berat apabila hipertermi timbul selama atau setelah onset iskemik otak. Oleh karena itu hubungan antara hipertermi dan stroke atau volume infark lebih bermakna bila demam terjadi lebih awal, dan suhu tubuh dalam 24 jam pertama merupakan kunci kerusakan otak yang lebih besar. Mekanisme timbulnya keadaan neurologis (outcome) yang buruk penderita stroke yang terlihat setelah hipertermi (Fauzi, 2022).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan berupa manajemen hipertermia. Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari yaitu dengan melakukan kompres dingin pada pasien (Tn.A) memantau suhu tubuh (Tn.A) dan memberikan terapi infus paracetamol pada pasien (Tn.A).

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien I (Tn.A), masalah keperawatan hipertermi belum menurun karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun oleh karena itu intervensi manajemen hipertermia perlu dilanjutkan, sampai pada hari ketiga masalah keperawatan hipertermi pada (Tn.A) masih belum menurun dengan suhu tubuh 39,2°C, suhu tubuh terasa hangat, pasien tampak gelisah, frekuensi nafas 26x/menit, nadi 120x/menit. Penulis berasumsi pemberian manajemen hipertermia belum mampu mengurangi peningkatan suhu tubuh yang dirasakan oleh pasien, sehingga intervensi perlu dilanjutkan.

4.3.4 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Hasil pengkajian pada kedua pasien ditemukan adanya masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, pada kedua pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS (Tn.A) E2V1M2 dan GCS (Tn.F) E2VtcM2 sehingga terlihat gerakan inkordinasi pada pasien tampak (Tn.A) hanya melakukan pergerakan inkordinasi pada anggota tubuh sebelah kiri dan anggota tubuh pasien sebelah kanan tampak tidak ada pergerakan. Sedangkan gerakan inkordinasi pada pasien (Tn.F) tampak gerakan anggota tubuh di sebelah kanan, pada anggota sebelah kiri tidak tampak ada pergerakan.

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada kedua pasien yaitu perawatan tirah baring. Perawatan tirah baring bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan dan keamanan serta mencegah komplikasi pasien yang menjalani tirah baring (PPNI, 2018).) tindakan keperawatan yang diberikan selama dua hari berupa memantau adanya komplikasi tirah baring, mempertahankan seprei bersih dan tetap kering, memasang siderails pada bed pasien, dan memberikan latihan rom pasif.

Hasil evaluasi pada pasien kedua pasien di hari pertama dan ketiga juga didapatkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum membaik karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun, data yang ditemukan pada hari kedua yaitu, gerakan pasien inkoordinasi, pasien gelisah, tidak tampak pergerakan pada anggota tubuh sebelah kiri dan

gerakan pasien terbatas pada pasien (Tn.A), sedangkan pada pasien (Tn.F) tampak gerakan anggota tubuh di sebelah kanan, pada anggota sebelah kiri tidak tampak ada pergerakan. Oleh karena itu intervensi perawatan tirah baring masih perlu dilanjutkan. Penulis berasumsi belum membaiknya pada kedua pasien karena gangguan neuromuskuler yang terjadi membutuhkan waktu cukup lama untuk pulih kembali sehingga intervensi dukungan mobilisasi dan perawatan tirah baring perlu untuk dilanjutkan dan di edukasikan kepada keluarga pasien untuk mencegah adanya atrofi otot pada pasien, serta mencegah komplikasi yang terjadi akibat tirah baring

4.3.5 Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Hasil pengkajian pada kedua pasien ditemukan masalah keperawatan defisit perawatan diri pada kedua pasien didapatkan pasien penurunan kesadaran, terdapat gangguan pada anggota tubuh pasien, dan pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri. Defisit perawatan diri terjadi karena adanya defisit motorik yang disebabkan oleh edema pada cerebellum sehingga mengakibatkan gangguan fungsi gerak pada anggota tubuh, hal ini menyebabkan pasien tidak dapat melakukan perawatan terhadap dirinya sendiri (Nurarif & Kusuma, 2012).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada kedua pasien berupa dukungan perawatan diri khususnya mandi. Dukungan perawatan diri khususnya mandi pada pasien bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kebersihan diri pasien (PPNI, 2018). Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada kedua pasien selama dua hari berupa

mengkaji skala fungsional dan aktivitas dengan Barthel indeks untuk menentukan kategori ketergantungan pasien, memantau kebersihan tubuh, membersihkan mulut dan gigi pasien, dan menyeka atau memandikan pasien. Hasil evaluasi pada kedua pasien di hari pertama didapatkan masalah defisit perawatan diri belum meningkat karena data yang ditemukan pada kedua pasien belum memenuhi kriteria hasil yang disusun. Hasil evaluasi pada hari ketiga didapatkan masalah deficit perawatan diri belum meningkat karena kedua pasien masih mengalami penurunan kesadaran sehingga semua kebutuhan mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri oleh karena itu intervensi dukungan perawatan diri khususnya mandi masih perlu dilanjutkan. Penulis berasumsi belum meningkatnya masalah pada kedua pasien karena gangguan neuromuskuler yang membutuhkan waktu cukup lama untuk pulih sehingga intervensi dukungan perawatan diri khususnya mandi masih perlu dilanjutkan dan diajarkan kepada keluarga pasien untuk memenuhi kebutuhan diri pasien

4.3.6 Berduka b.d antisipasi kematian orang yang berarti

Hasil pengkajian dari kedua pasien ditemukan masalah keperawatan berduka, pada kedua pasien ditemukan adanya penurunan kesadaran, sehingga keluarga tampak gelisah, merasa sedih, dan merasa tidak ada harapan dari kedua pasien tersebut. Dari masalah yang muncul dilakukan intervensi konseling sebagai memberikan bimbingan untuk meningkatkan atau mendukung penanganan, pemecahan masalah pada keluarga pasien untuk

menghadapi ancaman terburuk pasien. Proses berkabung dipengaruhi oleh banyak faktor salah satunya dukungan keluarga, jika dukungan keluarga tidak baik maka akan mempengaruhi mekanisme koping yang digunakan sehingga proses berkabung menjadi tidak akan sukses atau berhenti disalah satu fase berkabung. Menurut peneliti proses berkabung tidak baik berada di fase denial, anger, bargaining, and depression. Menurut peneliti proses berkabung baik ada difase menerima (Acceptance) sedangkan untuk proses berkabung tidak baik ada di fase menyangkal (Denial), marah (Anger), tawar-menawar (Bargaining), dan depresi (Depression). Berduka atau berkabung adalah respon yang normal terhadap kehilangan (Potter & Perry, 2005). Respon berduka juga akan dipengaruhi oleh karakteristik pribadi, status sosio-ekonomi, hubungan yang alami, sistem pendukung sosial, mekanisme koping, kehilangan yang alami, tujuan, dan harapan (Suseno, 2005). Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi respon berduka adalah mekanisme koping dan dukungan sosial. Koping harus tersedia ketika klien yang berduka melalui proses berkabung (Potter & Perry, 2005). Kurangnya penerapan mekanisme koping maladaptif biasanya menyebabkan kesulitan dalam keberhasilan resolusi berduka (Rando dalam Potter & Perry, 2005). Menurut Stuart dan Laraia (2005), mekanisme koping dipengaruhi oleh faktor eksternal dan faktor internal. Salah satu faktor eksternal adalah dukungan social terutama dukungan keluarga (Deni, 2018). Hasil evaluasi pada hari pertama berduka belum menurun, karena didapatkan keluarga masih tampak merasa kebingungan dan keluarga tampak masih merasa

sedih, dan tidak menerima kehilangan dengan keadaan pasien yang sekarang. Pada evaluasi hari ketiga berduka meningkat, karena keluarga masih tampak merasa sedih tetapi sudah mulai tidak kebingungan lagi, dan menerima kehilangan apabila keadaan pasien semakin memburuk. Penulis berasumsi mulai diterimanya keadaan sekarang pasien oleh keluarga dikarenakan adanya intervensi konseling, sehingga keluarga diberikan penguatan sehingga mampu mulai menerima keadaan pasien.

4.3.4 Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif

Pada hasil pengkajian ditemukan masalah keperawatan resiko infeksi yang muncul pada kedua pasien, pasien I (Tn.A) yang ditandai dengan terpasangnya kateter, NGT, infus karena pasien yang telah terpasang alat medis invasive pasti ada resiko infeksi tersebut dan pasien II (Tn.F) yang ditandai dengan pasien terpasang trakeostomi dan pasien post EVD dan pasien juga terpasang NGT, kateter, infus sehingga penulis berasumsi pasien II (Tn.F) beresiko infeksi lebih besar dari pada pasien I (Tn.A), yang ditandai dengan leukosit 11,17, suhu tubuh pasien II (Tn.F), pasien tampak terpasang trakeostomi, telah dilakukan post EVD, tekanan darah 130/80mmhg, frekuensi nadi 80x/menit. Pada pasien I (Tn.A) pasien tampak suhu tubuh 39°C, tekanan darah 180/100 mmHg, frekuensi nadi 115x/ menit dengan hasil leukosit 10,18. Menurut SDKI resiko infeksi yaitu beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik, karena adanya: penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder.

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan berupa pencegahan infeksi pada pasien, pencegahan infeksi dipakai untuk mengurangi faktor resiko terjadinya infeksi daerah operasi antara lain kondisi pasien, prosedur operasi, jenis operasi, dan perawatan pasca infeksi (Kemenkes RI, 2011).

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari berupa memonitor kondisi luka pasien, memonitor suhu tubuh pasien, memberikan terapi antibiotik pada pasien I (Tn.A) dan pasien II (Tn.F). Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien I (Tn.A) dan pasien II (Tn.F), masalah keperawatan resiko infeksi cukup membaik, karena data yang ditemukan pada pasien I (Tn.A) sebagian sudah memenuhi kriteria hasil yaitu suhu tubuh $38,5^{\circ}\text{C}$, disekitar area uretra yang terpasang kateter tidak ada gejala infeksi, seperti kemerahan, pembengkakan, dan sama halnya di sekitar area infus tangan kanan tidak ada gejala infeksi seperti pembengkakan, dan kemerahan, NGT tidak ada residu.

Pada pasien II (Tn.F) didapatkan data, sekitar trakeostomi tidak ada pembengkakan dan kemerahan, area uretra yang terpasang kateter tidak ada pembengkakan, dan pada tangan kanan yang terpasang infus tidak ada pembengkakan ataupun kemerahan, NGT tidak ada residu, leukosit 11,16 sehingga pencegahan infeksi perlu dilanjutkan. Hasil evaluasi pada hari ketiga masalah keperawatan resiko infeksi cukup membaik pada pasien I (Tn.A) dan pasien II (Tn.F) karena data yang ditemukan memenuhi sebagian kriteria hasil yang disusun yaitu, suhu tubuh pada pasien I (Tn.A) $38,8^{\circ}\text{C}$,

tidak ada kemerahan atau pun bengkak pada sekitar tangan yang terpasang infus, NGT tidak ada residu, kateter tidak ada bengkak.

Dan pada pasien II (Tn.F) suhu tubuh $37,3^{\circ}\text{C}$ tidak ada kemerahan atau pun bengkak pada sekitar tangan yang terpasang infus, NGT tidak ada residu, kateter tidak ada bengkak. Pada sekitar trakeostomi dan post evd tidak ada gejala infeksi. Penulis berasumsi intervensi pencegahan infeksi masih perlu dilanjutkan karena pasien masih terpasang alat medis invasive.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan pada pasien 1 dan 2 dengan Penyakit Stroke Hemoragik di RSUD Abduk Wahab Sjahrabie Samarinda, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1 Kesimpulan

1. Dari hasil pengkajian dua pasien kelolaan, ditemuka persamaan dan perbedaan data. Pada persamaan data ditemukan : tekanan darah tinggi dan tidak terkontrol pada pasien, pasien I (Tn.A) (181/100mmHg) dan pasien II (Tn.F) (130/80mmHg). Adapun persamaan data yang didapatkan adalah penurunan kesadaran pada kedua pasien.
2. Dari diagnosis yang ditemukan pada kedua pasien terdapat kesamaan dan perbedaan yang muncul pada kedua pasien. Diagnosis keperawatan yang muncul sama pada kedua pasien yaitu, bersihan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan sputum, penurunan kapasitas adaktif intracranial b.d edema serebral, gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler, dan deficit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler, berduka b.dantisipasi ancaman kehilangan orang disayang, resiko infeksi b.d terpasangnya alat medis invasive. Sedangkan diagnosis yang berbeda terdapat pada pasien I (Tn,A) yaitu diagnosis hipertermi.
3. Perencanaan keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria mayor dan minor serta

kondisi terkini dari pasien itu sendiri.

4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan kepada pasien selama dua hari disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun berdasarkan teori dan kebutuhan yang ada pada pasien dengan stroke hemoragik.
5. Hasil evaluasi keperawatan dari pemberian asuhan pada kedua pasien stroke hemoragik. Didapatkan pada pasien I (Tn.A) diagnosis keperawatan yang menurun berjumlah 4 yaitu, penurunan kapasitas adaptif intracranial, hipertermia, gangguan mobilitas fisik, deficit perawatan diri, sedangkan diagnosis keperawatan yang meningkat pada pasien (Tn.A) 3 yaitu, bersihan jalan nafas tidak efektif, resiko infeksi, berduka. Pada pasien II (Tn.F) diagnosis keperawatan yang menurun 3 yaitu, penurunan kapasitas adaptif intrkranial, gangguan moobilitas fisik, deficit perawatan diri, diagnosis keperawatan yang meningkat pada (Tn.F) yaitu, bersihan jalan nafas tidak efekif, resiko infeksi, berduka.

5.2 Saran

Guna terciptanya peningkatan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronis, maka diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan, diantaranya :

5.1.1 Bagi Penulis

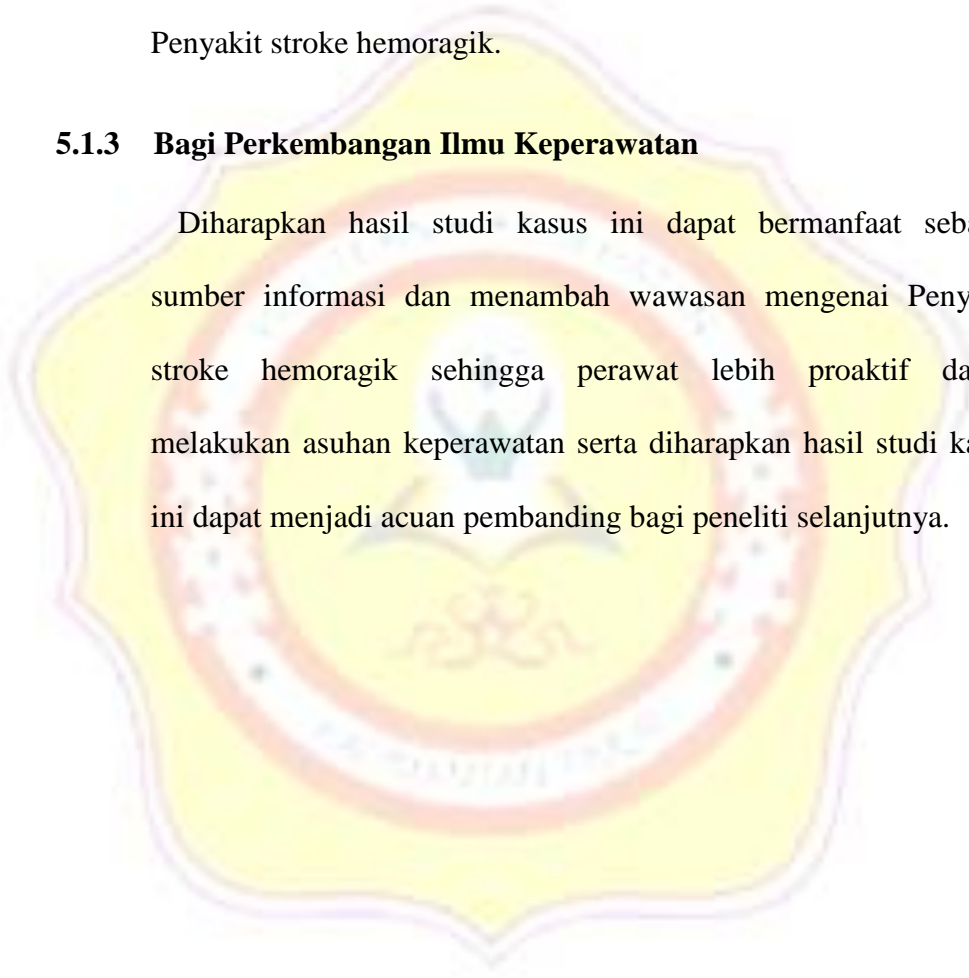
Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan sebagai ilmu pengetahuan dan menambah wawasan dalam melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit stroke hemoragik, dan dapat mengaplikasikan ilmu kepada masyarakat.

5.1.2 Bagi Instansi Rumah Sakit

Instansi Rumah Sakit dapat menjadikan hasil studi kasus ini sebagai dasar pertimbangan dalam meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien terutama pasien dengan Penyakit stroke hemoragik.

5.1.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat bermanfaat sebagai sumber informasi dan menambah wawasan mengenai Penyakit stroke hemoragik sehingga perawat lebih proaktif dalam melakukan asuhan keperawatan serta diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi acuan pembanding bagi peneliti selanjutnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Annisa, L., Rohmah, M. D., Sholihah, F., Amalina, N., Kalista, W., Maulida, S., Rayhan, G. F., Purnama, S., Ardeny, R. D., & Lorel, A. (2022). *HIPERTENSI*. 11(3), 976–979.
- Artini, Ni Nyoman Sri (2021) *ASUHAN KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK EFEKTIF PADA PASIEN DENGAN CEDERA KEPALA BERAT DI IGD RSUD KARANGASEM TAHUN 2021*. Diploma thesis, Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan 2021.
- American Heart Association. (2014). Heart Disease and Stroke Statistics. Retrieved from <http://www.strokeaha.org>
- Basyir, Khalifah, Linggabudi. (2021). *Gambaran Neurologis Radiologis Pada Bidang Neurologis Stroke*. <http://www.ufrgs.br/actavet/31-1/artigo552.pdf>
- Fauzi Akhmad, ETC. 2022. *Hubungan Tanda Tanda Vital dengan GCS Pasien Stroke*. Jurnal Keperawatan Malang
- Hutalagung, Ignasius Joel. (2020) *Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Stroke Hemoragik Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Dalam Penerapan Range Of Motion Di Rumah Sakit Umum*. Poltekkes Kemenkes Medan.
- Hartati, J. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat Di Ruang Neurologi Rsud Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi*. <http://repo.stikesperintis.ac.id/1182/>
- Juliardi, Rizki Akbar (2021) *Studi Kasus Pemberian Tindakan Range Of Motion (Rom) Pasif Dalam Meningkatkan Activity Daily Living (Adl) Pada Pasien Stroke Di Poli Rehab Medik Rs Siti Khodijah Muhammadiyah Cabang Sepanjang*. Undergraduate Thesis, Profesi Ners.
- Julianti, N. (2018). *Haemorrhagic Stroke on Elderly Man With Uncontrolled Hypertension*. *Jurnal Agromed Unila*, 2(1), 33–38.
- Kurniawan Deni etc. 2018. *Hubungan mekanisme koping dengan proses bergabung pada pasien pre operasi kanker*. Poltekkes Tanjung
- Kusuma, H., & Nurarif, A. H. (2012). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC*. Media Action
- Mutiarasari, D. (2019). *Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention*. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73.
- Ningrum, Alfiana Tirta. (2022). *Laporan Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Alamanda 1 RSUD Sleman Yogyakarta*, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.

- PPNI. (2019). *Siki (standart intervensi keperawatan indonesia)* (i (ed.)). Persatuan perawat nasional indonesia.
- PPNI. (2018). Standar diagnosis keperawatan indonesia (sdki). *Persatuan perawat nasional indonesia*.
- PPNI. (2019). Slki. “standar luaran keperawatan indonesia (slki).” *Persatuan perawat nasional indonesia*.
- Profil RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2021. Diakses pada tanggal 8 Februari 2023. file:///C:/Users/Administrator/Downloads/PROFILE%20RSUD%20AWS%20TAHUN%202021%20Revisi%20-compressed%20(1).pdf
- Pujiastuti, 2018. *Pentingnya Siriraj Stroke Score Di Area Keperawatan Gawat Darurat*. Jurnal Kesehatan
- Potter & Perry. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik, Ed.4, Vol.2. Jakarta: EGC
- Ridhowati, Ageng. (2022). *Proposal asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sahrhanie Samarinda*. Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.
- Ridhowati, Ageng. (2022). *Proposal asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sahrhanie Samarinda*. Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.
- Sendy Pradana, Nikolas. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Resiko Aspirasi*. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Setiawan, P. A. (2020). *Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik*. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406.
- Suandari. (2021). *Pasien stroke di rumah sakit umum daerah Buleleng Bali Tahun 2021*. Poltekkes Denpasar Repository, 1–7. <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7167/>
- Ningrum, Alfiana Tirta. (2022). *Laporan Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Alamanda 1 RSUD Sleman Yogyakarta*, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.