

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN STROKE HEMORAGIK**  
**DI RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG**



**OLEH:**

**FEBRINA YUSIDHA**  
**P07220120017**

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

**2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN STROKE HEMORAGIK**  
**DI RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Pada Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**OLEH:**

**FEBRINA YUSIDHA**  
**P07220120017**

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

**2023**

## SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari 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, 21 September 2023

Yang menyatakan



**Febrina Yusidha**  
**P07220120017**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**  
**UNTUK DIUJIKAN**  
**TANGGAL... 12 Juli 2023 .....**

Oleh  
Pembimbing




**Ismansyah, S.Kp., M.Kep**  
**NIDN : 4012186802**

Pembimbing Pendamping



**Ns. Frana Andrianur, S.Kep., M.Kep**  
**NIDN : 4012127901**

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



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



**LEMBAR PENGESAHAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN**  
**DENGAN STROKE HEMORAGIK DI RSUD AJI MUHAMMAD**  
**PARIKESIT TEGGARONG**

Telah Diuji

Pada Tanggal ... 18 Juli 2023 .....

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

**Dr. Dwi P Era, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB** (.....)  
NIP : 19771230200112002

Penguji Anggota :

1. **Ismansyah, S.Kp., M.Kep** (.....)  
NIDN : 4018126802

2. **Ns. Frana Andrianur, S.Kep., M.Kep** (.....)  
NIDN : 4012127901

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



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



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

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Febrina Yusidha  
Tempat Tanggal Lahir : Muara Muntai, 15 Februari 2003  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Muara Aloh, RT.007

### B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008 – 2014 : SDN 006 Muara Muntai
2. Tahun 2014 – 2017 : SMPN 5 Muara Muntai
3. Tahun 2017 – 2020 : SMAN 1 Muara Muntai
4. Tahun 2020 – Sekarang : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien dengan Stroke Hemoragik di RSUD A.M.Parikesit Tenggarong” dapat terselesaikan dengan sebaik-baiknya.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dalam penulisan banyak sekali pihak yang telah membantu penulis baik dalam memberi doa, motivasi, bimbingan materi, dan lain sebagainya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang sebesar-sebesarnya kepada yang terhormat :

1. Dr. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming Gandini, M. Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Dr. Dwi Prihatin Era, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB, selaku Penguji Utama yang telah memberikan saran dan arahan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.



5. Ismansyah, S.Kp., M.Kep, selaku Pembimbing 1 yang telah memberikan motivasi dan masukan sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai pada waktunya.
6. Ns. Frana Andrianur, S.Kep., M.Kep, selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan motivasi dan masukan sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai pada waktunya.
7. Para dosen dan seluruh Staf Tenaga Kependidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
8. Kepada kedua orang tua saya yaitu, Ayahanda saya Yosdi, Ibunda saya Rusda, Kakak saya Desnita Yusidha serta adik-adik saya Naufal Hisyam Maulana dan Khofifah dirumah atas semua doa dan dukungan yang tiada henti diberikan kepada saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Kepada Rio Pratama Putra, selaku teman dekat saya yang selalu memberi dukungan yang tiada henti diberikan kepada saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada sahabat-sahabat saya. Rahmawati, Sahidah, Widya Kumala Sari, Khumairah yang selalu mendukung dan menemani saya dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman-teman Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan angkatan 2020 yang telah memberikan dukungan serta masukan, dan juga kritik untuk laporan ini.



Semoga motivasi dan dorongan serta doa yang telah diberikan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas mendapatkan rahmat dan karunia dan Allah Azza Wa Jalla, Aamiin Ya Rabbal Alamin.

Samarinda, Februari 2023

Febrina Yusidha



**ABSTRAK**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT STROKE  
HEMORAGIK DI RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG**

Febrina Yusidha<sup>1)</sup>, Ismansyah<sup>2)</sup>, Frana Andrianur<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

<sup>2) 3)</sup> Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

**Pendahuluan** : . Menurut definisi WHO (*World Health Organization*), stroke adalah suatu kondisi dimana tanda-tanda klinis yang berkembang pesat diamati dalam bentuk defisit neurologis fokal dan global, yang dapat parah dan berlangsung 24 jam atau lebih dan/atau menyebabkan kematian tanpa alasan lain yang jelas selain vaskuler.

**Metode** : penulisan ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil 2 responden yang dirawat di RSUD Aji Muhammad Parikesit. Responden adalah pasien dengan Stroke Hemoragik di RSUD Aji Muhammad Parikesit. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan.

**Hasil dan Pembahasan** : Berdasarkan analisa data yang diperoleh melalui pengkajian, yang membutuhkan keterampilan komunikasi yang efektif dan observasi, diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan didapatkan masalah keperawatan pola napas tidak efektif, penurunan kapasitas adaptif intrakranial, risiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, risiko gangguan integritas kulit/jaringan dan risiko jatuh. Berdasarkan analisa data yang diperoleh melalui pengkajian, yang membutuhkan keterampilan komunikasi yang efektif dan observasi, diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan didapatkan.

**Kesimpulan** : Pada pasien 1 terdapat 4 masalah keperawatan yang teratasi sebagian dan pada pasien 2 terdapat 3 masalah yang teratasi sebagian.

**Saran** : Hasil dari studi kasus ini diharapkan pihak tenaga kesehatan lebih meningkatkan edukasi cara pengelolaan pada pasien dengan stroke, dan memotivasi pasien agar dapat mematuhi cara tersebut.

**Kata Kunci** : Asuhan Keperawatan, Stroke Hemoragik

## DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat	
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	i
<b>SURAT PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	xiv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	4

1.4.1 Bagi Peneliti .....	4
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian .....	4
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan .....	4

## **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Dasar Stroke Hemoragik .....	5
2.1.1 Definisi .....	5
2.1.2 Etiologi .....	6
2.1.3 Patofisiologi .....	7
2.1.4 Penatalaksanaan .....	10
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	11
2.2.1 Pengkajian .....	11
2.2.2 Diagnosis Keperawatan .....	19
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	21
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	40
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	41

## **BAB 3 METODE PENELITIAN**

3.1 Pendekatan (Desain Penelitian) .....	41
3.2 Subyek Penelitian .....	41
3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	41
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	42
3.5 Prosedur Penelitian .....	42
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	42
3.6.1 Metode Pengumpulan Data .....	42



3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data .....	43
3.7 Keabsahan Data .....	43
3.7.1 Data Primer.....	43
3.7.2 Data Sekunder .....	43
3.7.3 Data Tersier .....	44
3.8 Analisa Data .....	44
 <b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil Studi Kasus .....	45
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian .....	45
4.1.2 Data Hasil Asuhan Keperawatan .....	46
4.2 Pembahasan .....	100
4.2.1 Pola Nafas Tidak Efektif b.d Depresi Pusat Pernapasan .....	100
4.2.2 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d Edema Serebral .....	101
4.2.3 Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi .....	103
4.2.4 Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis .....	105
4.2.5 Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Pasien Mengalami Penurunan Mobilitas dan Tirah Baring .....	106
4.2.6 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromukuler .....	108
4.2.7 Defisit Perawatan Diri b.d Gangguan Neuromuskuler .....	110
4.2.8 Risiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun .....	112
 <b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan .....	114
5.1.1 Pengkajian Keperawatan .....	114

5.1.2	Diagnosis Keperawatan .....	114
5.1.3	Intervensi Keperawatan .....	115
5.1.4	Implementasi Keperawatan .....	115
5.1.5	Evaluasi Keperawatan .....	115
5.2	Saran .....	116
5.2.1	Bagi Peneliti .....	116
5.2.2	Bagi Instalasi Rumah Sakit .....	116
5.2.3	Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan .....	116
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>117</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>		<b>119</b>



## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Glasgow Coma Scale .....	14
Tabel 2.2 Skala Peringkat Untuk Kekuatan Otot .....	15
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan .....	20
Tabel 4.1 Hasil Pengkajian Pasien .....	46
Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 .....	53
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 2 .....	54
Tabel 4.4 Penatalaksanaan Terapi Farmakologi Pasien .....	54
Tabel 4.5 Diagnosis Keperawatan Pasien .....	55
Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan Pasien 1 .....	59
Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan Pasien 2 .....	64
Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Pasien 1 .....	68
Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan Pasien 2 .....	73
Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 .....	77
Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Pasien 2 .....	90

## DAFTAR BAGAN

Halaman

Bagan 2.1 Pathway Stroke Hemoragik .....	9
--	---





## DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Perdarahan pada Stroke Hemoragik ..... 5



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Verifikasi Judul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 2 Surat Pernyataan Kesiediaan Membimbing Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 3 Surat Izin Penelitian/Askep Studi Kasus

Lampiran 4 Nota Dinas Mengikuti Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 5 Lembar Konsultasi Penyusunan Karya Tulis Ilmiah



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah di otak. Menurut definisi WHO (*World Health Organization*), stroke adalah suatu kondisi dimana tanda-tanda klinis yang berkembang pesat diamati dalam bentuk defisit neurologis fokal dan global, yang dapat parah dan berlangsung 24 jam atau lebih dan/atau menyebabkan kematian tanpa alasan lain yang jelas selain vaskuler (Othadinar et al., 2019).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke setiap tahun, 5 juta diantaranya meninggal dunia dan 5 juta lainnya cacat permanen. Prevalensi kejadian stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis populasi penderita stroke meningkat pada tahun 2018, pada tahun 2013 jumlah penderita stroke sebesar 7% dan pada tahun 2018 sebesar 10,9% (Kusuma et al., 2022). Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker pada negara maju ataupun negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke.

Data *World Stroke Organization* (WSO) menunjukkan bahwa 13,7 juta stroke baru terdiagnosa dan sekitar 5,5 juta meninggal akibat stroke setiap tahunnya (Setiawan, 2020). Angka kejadian stroke di Indonesia juga meningkat. Di Indonesia penyakit ini menempati urutan ketiga setelah penyakit jantung dan kanker. Pada tahun 2007, hasil Survei Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan 8,3 orang per 1000 penduduk menderita stroke.

Pada 2013, pertumbuhannya mencapai 12,1%. Stroke juga menjadi penyebab utama kematian di hampir semua rumah sakit di Indonesia, terhitung 14,5%. Jumlah penderita stroke di Indonesia menurut diagnosis tenaga kesehatan pada tahun 2013 diperkirakan sebanyak 1.236.825 dari seluruh penderita stroke yang terdaftar, dimana 80% diantaranya merupakan jenis stroke iskemik (Permatasari, 2020).

Data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan pelanggaran stroke tertinggi di Indonesia. Peringkat Indonesia berada di provinsi Kalimantan Timur (14,7%) dan terendah di provinsi Papua (4,1%). Prevalensi stroke di provinsi Sumatera Selatan sebesar 10% (Kemenkes, 2019). Insiden stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Sebagian besar kasus terjadi pada orang berusia 75 tahun ke atas (50,2%) dan paling sedikit pada orang berusia 15 hingga 24 tahun (0,6%) diukur berdasarkan jenis kelamin, prevalensi stroke pada pria (11%) hampir sama dengan wanita (10,95) (Hisni et al., 2022).

Berdasarkan fenomena di atas penulis berkeinginan untuk melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Stroke Hemoragik Di RSUD A.M Parikesit Tenggarong”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Melihat masih tingginya angka kasus stroke di Indonesia khususnya di Kalimantan Timur itu sendiri, maka penulis ingin mendalami lebih lanjut mengenai kasus stroke dan bagaimana mengatasinya sesuai dengan prosedur yang ada, membantu mengatasi keluhan-keluhan yang dialami oleh penderita stroke, serta melakukan upaya pencegahan pada faktor risiko penyebab stroke.



Oleh karena itu di susunlah proposal Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Stroke Hemoragik di RSUD A.M Parikesit Tenggarong”.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Secara umum studi kasus ini di lakukan untuk mengetahui gambaran “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Penyakit Stroke Hemoragik Di RSUD AM Parikesit Tenggarong”.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Penulis mampu memahami gambaran asuhan keperawatan dengan stroke hemoragik dalam :

- 1) Mengkaji pasien dengan penyakit stroke hemoragik.
- 2) Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke hemoragik.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke hemoragik.
- 4) Melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke hemoragik.
- 5) Mengevaluasi pasien dengan penyakit stroke hemoragik.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Peneliti**

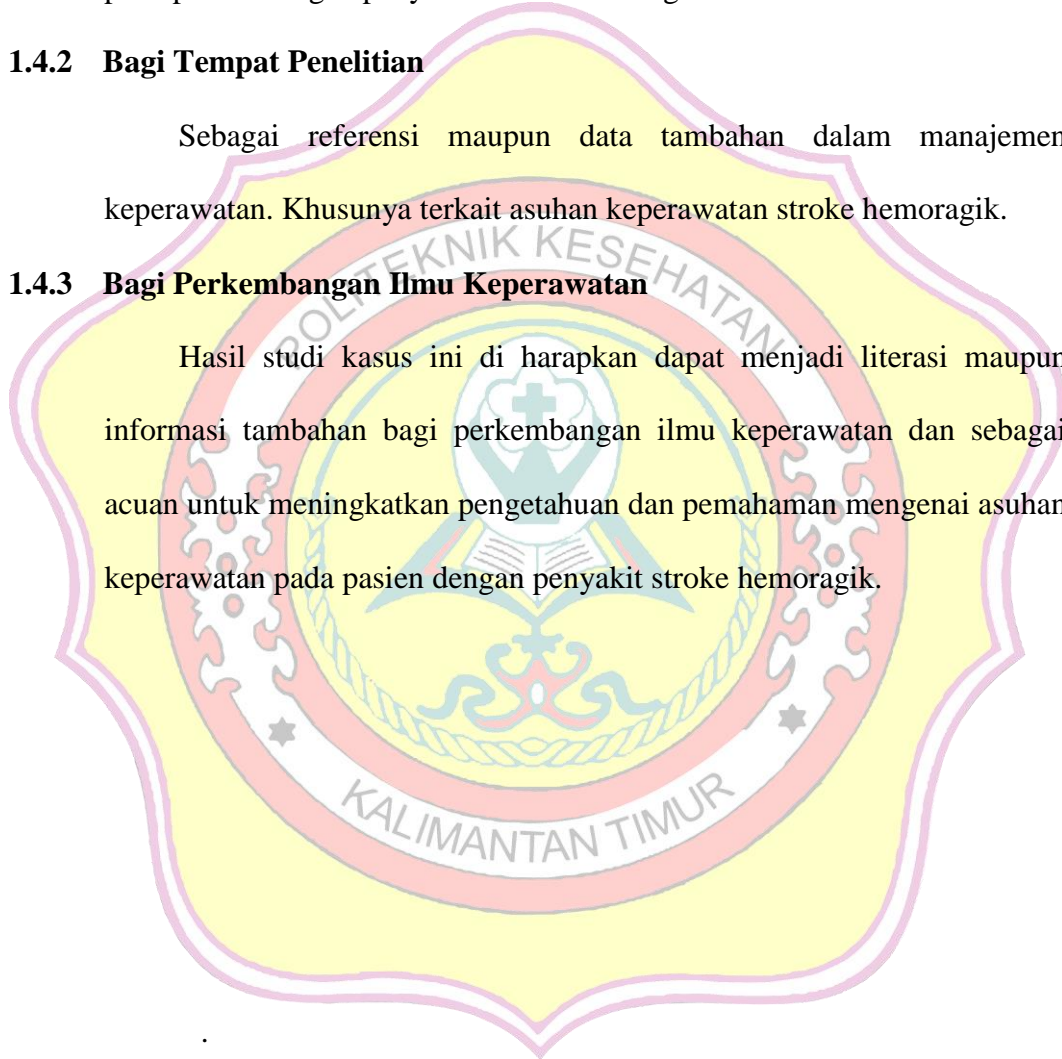
Hasil dari studi kasus ini di harapkan dapat menjadi sebagai bahan ilmu pengetahuan dan wawasan dalam menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke hemoragik.

### **1.4.2 Bagi Tempat Penelitian**

Sebagai referensi maupun data tambahan dalam manajemen keperawatan. Khususnya terkait asuhan keperawatan stroke hemoragik.

### **1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil studi kasus ini di harapkan dapat menjadi literasi maupun informasi tambahan bagi perkembangan ilmu keperawatan dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke hemoragik.



## BAB 2

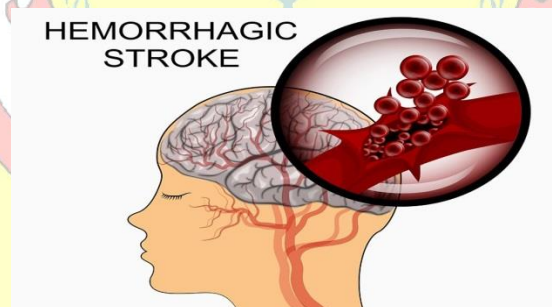
### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Stroke Hemoragik

##### 2.1.1 Definisi

Stroke hemoragik adalah peristiwa pecahnya pembuluh darah sehingga menyebabkan aliran darah menjadi tidak normal. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena gumpalan darah menyumbat pembuluh darah. (Tamburion et al., 2020).

Stroke hemoragik adalah suatu kondisi yang ditandai dengan pecahnya satu atau lebih pembuluh darah di otak. Darah mengalir di sekitar jaringan otak melalui pembuluh darah yang rusak, mengumpulkan dan menekan jaringan otak di sekitarnya. Bekuan darah juga dapat terbentuk dan memutus aliran darah ke jaringan otak lainnya (Soegimin Ardi, Soewarno dan Annisa, 2017).



Gambar 2. 1 Perdarahan pada stroke hemoragik

Stroke Hemoragik dibagi lagi menjadi 2 jenis, yaitu :

##### 2.1.1.1 *Intra Cerebral Hemorrhage (ICH)*

Perdarahan intra serebral adalah jenis perdarahan intrakranial yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di jaringan otak. Deteksi fokal darah dihasilkan dari regangan rotasional atau cedera laserasi pada

pembuluh darah intraparenkimal di otak, atau terkadang cedera penetrasi. (Ibrahim et al., 2021).

#### **2.1.1.2 Sub Arachnoid Hemorrhage (SAH)**

Perdarahan subarachnoid adalah suatu kondisi di mana perdarahan terjadi di ruang subarachnoid. Perdarahan subarachnoid merupakan masalah kesehatan global dengan mortalitas tinggi dan kecacatan permanen (Putri et al., 2019).

#### **2.1.2 Etiologi**

Stroke hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel di dalam otak. Stroke hemoragik umumnya didahului oleh penyakit hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko paling penting pada kejadian stroke hemoragik baik bagi laki-laki ataupun perempuan.

Tekanan darah iskemik yang meningkat cukup tinggi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun akan mengakibatkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral mengakibatkan diameter lumen pada pembuluh darah akan menjadi tetap. Apabila hal ini terjadi akan berbahaya, karena pembuluh serebral tidak dapat berdilatasi dengan leluasa guna mengatasi fluktuasi dari tekanan darah iskemik yang terjadi. Jika terjadi penurunan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi ke jaringan otak menjadi tidak adekuat, hingga dapat mengakibatkan iskemik serebral.



Sebaliknya, apabila terjadi kenaikan tekanan darah iskemik akan mengakibatkan tekanan perfusi pada dinding kapiler menjadi tinggi yang dapat menyebabkan terjadinya hiperemia, edema, dan kemungkinan ada perdarahan pada otak (Setiawan, 2020). Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi :

- 2.1.1.1 Aneurisma berry, biasanya defek kongenital.
- 2.1.1.2 Aneurisma fusiformis, bersumber dari adanya aterosklerosis.
- 2.1.1.3 Aneurisma myokotis, bersumber dari vaskulitis dan emboli septis.
- 2.1.1.4 Malformasi arteriovenous, terhubungnya arteri dengan vena tanpa adanya perantara kapiler.
- 2.1.1.5 Ruptur arteriol serebral, yang disebabkan karena hipertensi.

### **2.1.3 Patofisiologi**

Patofisiologi stroke iskemik : Oklusi iskemik menyumbang sekitar 85% dari korban stroke, dengan sisanya karena pendarahan otak. Oklusi iskemik menyebabkan kondisi trombotik dan emboli di otak. Trombosis adalah ketika penyempitan arteri yang disebabkan oleh arteriosklerosis mengganggu aliran darah. Akumulasi plak kemudian mempersempit ruang pembuluh darah dan membentuk gumpalan, menyebabkan stroke trombotik. Pada stroke emboli, aliran darah ke otak berkurang, menyebabkan stres berat dan kematian sel prematur (nekrosis), yang menurunkan aliran darah ke area otak dan menyebabkan stroke emboli. (Widyaningsih & Herawati, 2022).

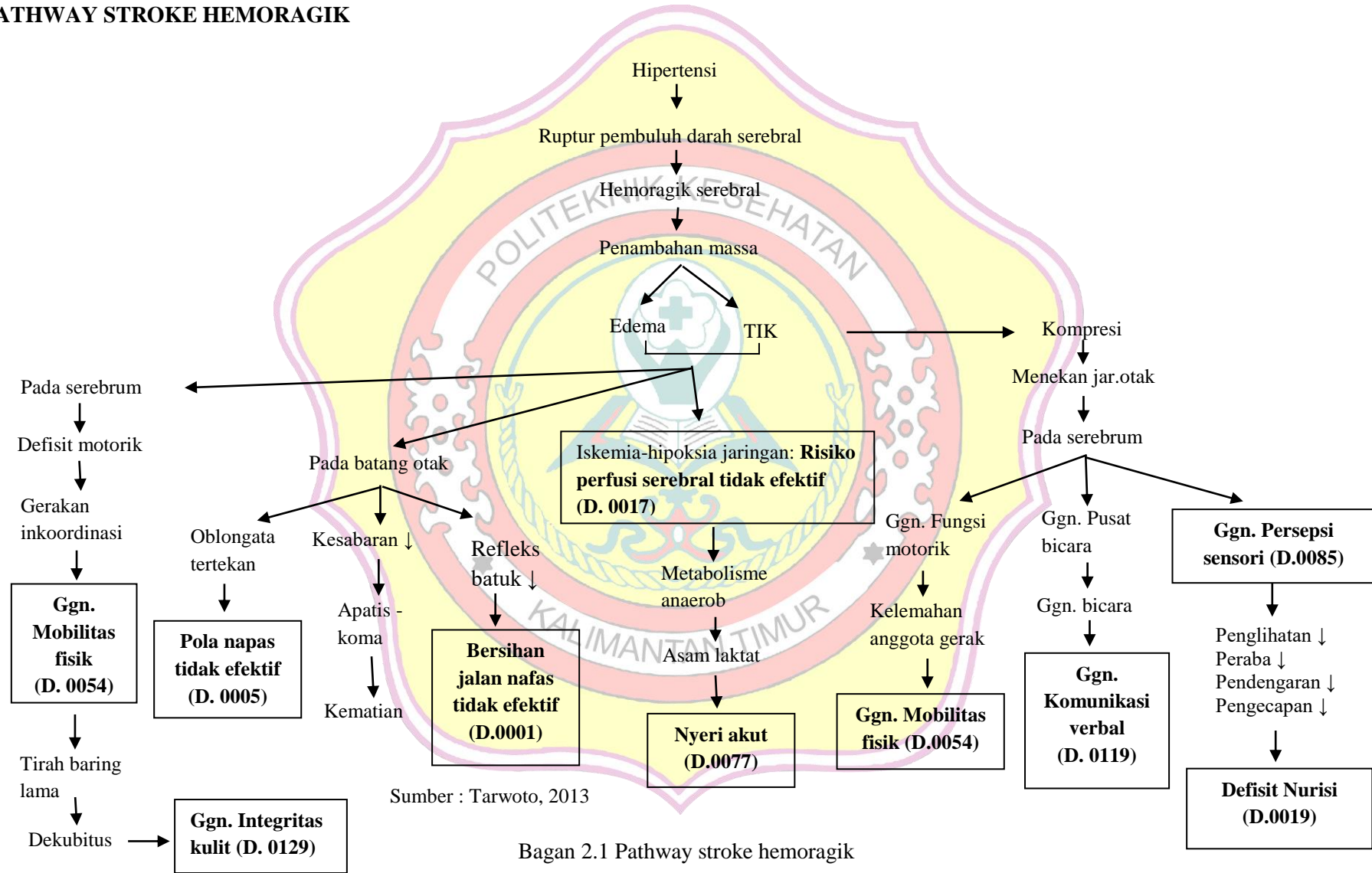
Stroke hemoragik memiliki bentuk yang heterogen. Pecahnya pembuluh otak memulai patologi. Namun, ada kontras yang mencolok antara lokus yang

mungkin robek, sebagian besar stroke hemoragik diklasifikasikan sebagai perdarahan intrakranial (ICH) dan melibatkan perdarahan ke dalam parenkim otak. Pecahnya biasanya terjadi pada ujung pembuluh darah yang berangsur-angsur melemah akibat tekanan darah tinggi.

Selain itu, pecahnya yang pertama memicu pecahnya pembuluh darah lain melalui mekanisme adhesi. Pada akhirnya, ruptur ini menyebabkan ruptur lain dengan mekanisme yang sama, dan dengan demikian ruptur tersebut berulang saat hematoma tumbuh. Lokasi kaskade pada ICH biasanya adalah arteri kecil yang menembus parenkim otak.

Pada perdarahan subaraknoid dengan aneurisma prekursor, beberapa penyakit, termasuk kerusakan sel endotelial dan kerusakan septum arteri, mungkin berinteraksi dengan respon inflamasi untuk memicu ruptur. Aneurisma timbul terutama dari sirkulasi anterior cabang arteri lingkaran Willis, terutama arteri komunikans anterior (Change et al., 2021).

# PATHWAY STROKE HEMORAGIK



Bagan 2.1 Pathway stroke hemoragik

## 2.1.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke hemoragik terbagi menjadi dua (Hartati, 2020), yaitu:

### 2.1.4.1 Penatalaksanaan Medis

#### **Menurunkan kerusakan iskemik serebral :**

Tindakan awal berfokus pada menghindari area iskemik sebanyak mungkin dengan menyediakan oksigen, glukosa, dan aliran darah yang cukup sambil mengontrol atau memperbaiki aritmia dan tekanan darah.

#### **Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK :**

Dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethasone.

#### **Pengobatan :**

Anti Koagulan : Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut.

Obat Anti Trombotik : Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik.

Diuretika : Untuk menurunkan edema serebral.

#### **Pembedahan :**

Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.



#### **2.1.4.2 Penatalaksanaan Keperawatan**

Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring saat muntah dan mobilisasi bertahap dapat dimulai saat hemodinamik stabil, buka jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat, usahakan stabilisasi tanda vital, tirah baring, pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, kenaikan suhu, batuk, konstipasi atau berlebihan hindari cairan suction berlebih.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Adapun fokus pengkajian pada klien dengan stroke hemoragik menurut Tarwoto (2013) yaitu :

#### **2.2.1.1 Identitas Klien**

Meliputi identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat).

#### **2.2.1.2 Keluhan Utama**

Adapun keluhan utama yang sering di jumpai yaitu klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, biasanya klien mengalami bicara pelo, biasanya klien kesulitan dalam berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

### **2.2.1.3 Riwayat Kesehatan Sekarang**

Keadaan ini berlangsung secara mendadak baik sedang melakukan aktivitas ataupun tidak sedang melakukan aktivitas. Gejala yang muncul seperti mual, nyeri kepala, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

### **2.2.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu**

Adapun riwayat kesehatan dahulu yaitu memiliki riwayat hipertensi, riwayat DM, memiliki penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, riwayat kotrasepsi oral yang lama, riwayat penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

### **2.2.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga**

Adanya riwayat keluarga dengan hipertensi, adanya riwayat DM, dan adanya riwayat anggota keluarga yang menderita stroke.

### **2.2.1.6 Riwayat Psikososial**

Adanya keadaan dimana pada kondisi ini memerlukan biaya untuk pengobatan secara komprehensif, sehingga memerlukan biaya untuk pemeriksaan dan pengobatan serta perawatan yang sangat mahal dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga.

### 2.2.1.7 Pemeriksaan Fisik

#### 1) Tingkat Kesadaran

Gonce (2002) tingkat kesadaran merupakan parameter utama yang sangat penting pada penderita stroke. Perlu dikaji secara teliti dan secara komprehensif untuk mengetahui tingkat kesadaran dari klien dengan stroke. Macam-macam tingkat kesadaran terbagi atas:

**Composmentis** : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik.

**Apatis** : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.

**Derilium** : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi srta meronta-ronta.

**Somnolen** : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali.

**Sopor** : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

**Semi-Coma** : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respon terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.

**Coma** : yaitu penurunan kesadaran yang salangat dalam, memberikan respon terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respon terhadap rangsang nyeri.

Berikut tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai dari skor yang didapat dari penilaian *Glasgow Coma Scale* (GCS) klien :

Nilai GCS Composmentis : 15–14

Nilai GCS Apatis : 13–12

Nilai GCS Derilium : 11–10

Nilai GCS Somnolen : 9–7

Nilai GCS Semi Coma : 4

Nilai GCS Coma : 3

Skala Koma Glasgow, pada keadaan perawatan sesungguhnya dimana waktu untuk mengumpulkan data sangat terbatas, skala koma glasgow dapat memberikan jalan pintas yang sangat berguna.

Tabel 2. 1 *Glasgow Coma Scale*

<b>Respon Membuka Mata</b>	<b>Nilai</b>
Spontan	4
Terhadap bicara	3
Terhadap nyeri	2



Tidak ada respon	1
<b>Respon Verbal</b>	<b>Nilai</b>
Terorientasi	5
Percakapan yang membingungkan	4
Penggunaan kata-kata yang tidak sesuai	3
Suara menggemam	2
Tidak ada respon	1
<b>Respon Motorik</b>	<b>Nilai</b>
Mengikuti perintah	6
Menunjuk tempat rangsangan	5
Menghindar dari stimulus	4
Fleksi abnormal (dekortikasi)	3
Ekstensi abnormal (deserebrasi)	2
Tidak ada respon	1

## 2) Gerakan, Kekuatan dan Koordinasi

Tanda dari terjadinya gangguan neurologis yaitu terjadinya kelemahan otot yang menjadi tanda penting dalam stroke. Pemeriksaan kekuatan otot dapat dilakukan oleh perawat dengan menilai ekstremitas dengan memberikan tahanan bagi otot dan juga perawat bisa menggunakan gaya gravitasi.

Tabel 2. 2 Skala peringkat untuk kekuatan otot

0	Tidak tampak ada kontraksi otot
1	Adanya tanda-tanda dari kontraksi
2	Dapat bergerak tapi tak mampu menahan gaya gravitasi
3	Bergerak melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan otot pemeriksa

4	Bergerak dengan lemah terhadap tahanan dari otot pemeriksa
5	Kekuatan dan regangan yang normal

Reflek : Respon motorik dihasilkan dari refleksi yang terjadi melalui stimulasi sensorik. Kontrol dan kesadaran otak tidak diperlukan agar refleksi terjadi. Respons abnormal (babinski) adalah dorsofleksi jempol kaki atau gerakan jempol kaki ke atas dengan atau tanpa jari kaki lainnya.

Perubahan pupil : Ukuran dan bentuk pupil harus diperkirakan (sebaiknya dalam milimeter). Minta pasien untuk fokus pada titik yang jauh di ruangan. Pemeriksa harus meletakkan ujung jari tangan lainnya sejajar dengan hidung pasien. Arahkan cahaya terang pada satu mata dan amati kontraksi pupil yang cepat (respons segera).

Perhatikan bahwa pupil yang lain juga harus ikut kontriksi (respon konsensual). Anisokor (pupil yang tidak sama) dapat normal pada populasi yang presentasinya kecil atau mungkin menjadi indikasi adanya disfungsi neural.

Tanda-tanda vital : Tanda klasik peningkatan tekanan intrakranial adalah peningkatan tekanan sistolik dengan peningkatan tekanan nadi, nadi lemah atau lambat, dan pernapasan tidak teratur.

Saraf Kranial :

**Nervus I Olfaktorius (*Olfactory*)** : Saraf kranial I berisi serabut sensorik untuk indera penciuman. Mata pasien terpejam dan letakkan bahan-bahan aromatik dekat hidung untuk diidentifikasi.

**Nervus II Optikus (*Opticus*)** : Akuitas visual kasar dinilai dengan menyuruh pasien membaca tulisan cetak. Kebutuhan akan kacamata sebelum pasien sakit harus diperhatikan.

**Nervus III Akulomotoris (*Oculomotorius*)** : Menggerakkan sebagian besar otot mata.

**Nervus IV Troklear (*Trochlear*)** : Menggerakkan beberapa otot mata.

**Nervus V Trigeminal (*Trigeminus*)** : Saraf trigeminal mempunyai 3 bagian: optalmikus, maksilaris, dan madibularis. Bagian sensori dari saraf ini mengontrol sensori pada wajah dan kornea. Bagian motorik mengontrol otot mengunyah. Saraf ini secara parsial dinilai dengan menilai reflak kornea; jika itu baik pasien akan berkedip ketika kornea diusap kapas secara halus. Kemampuan untuk mengunyah dan mengatup rahang harus diamati.

**Nervus VI Abdusen (*Abducens*)** : Saraf kranial ini dinilai secara bersamaan karena ketiganya mempersarafi otot ekstraokular. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien untuk mengikuti gerakan jari pemeriksa ke segala arah.

**Nervus VII Fasial (*Facialis*)** : Bagian sensori saraf ini berkenaan dengan pengecapan pada dua pertiga anterior lidah. Bagian motorik dari saraf ini mengontrol otot ekspresi wajah. Tipe yang paling umum dari paralisis fasial perifer adalah *bell's palsy*.

**Nervus VIII Akustikus (*Acustikus*)** : Saraf ini dibagi menjadi cabang-cabang koklearis dan vestibular, yang secara berurutan mengontrol

**Nervus IX Glosfaringeal (*Glossopharyngeal*)** : Sensori menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa motorik mengendalikan organ-organ dalam. pendengaran dan keseimbangan. Saraf koklearis diperiksa dengan konduksi tulang dan udara. Saraf vestibular mungkin tidak diperiksa secara rutin namun perawat harus waspada, terhadap keluhan pusing atau vertigo dari pasien.

**Nervus X Vagus (*Vagus*)** : Saraf kranial ini biasanya dinilai bersama-sama. Saraf Glosfaringeus mempersarafi serabut sensori pada sepertiga lidah bagian posterior juga uvula dan langit-langit lunak. Saraf vagus mempersarafi laring, faring dan langit-langit lunak serta memperlihatkan respon otonom pada jantung, lambung, paru-paru dan usus halus. Ketidakmampuan untuk batuk yang kuat, kesulitan menelan dan suara serak dapat merupakan pertanda adanya kerusakan saraf ini.



**Nervus XI Asesoris spinal (*Accessorius*)** : Saraf ini mengontrol otot-otot *sternokliedomostoid* dan otot trapesius. Pemeriksa menilai saraf ini dengan menyuruh pasien mengangkat bahu atau memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain terhadap tahanan, bisa juga di bagian kaki dan tangan.

**Nervus XII Hipoglosus (*Hypoglossus*)** : Saraf ini mengontrol gerakan lidah. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien menjulurkan lidah. Nilai adanya deviasi garis tengah, tremor dan atropi. Jika ada deviasi sekunder terhadap kerusakan saraf, maka akan mengarah pada sisi yang terjadi lesi.

### 2.2.2 **Diagnosis Keperawatan**

- 1) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.
- 2) Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskular d.d batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, ronkhi, dispnea, dan frekuensi napas berubah.
- 3) Pola napas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan dan gangguan neurologis d.d dispnea, gangguan otot bantu napas, dan pola napas abnormal.

- 4) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular d.d tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo, sulit memahami komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, dan disorientasi orang, tempat waktu.
- 5) Gangguan persepsi sensori b.d gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penciuma, gangguan perabaan d.d melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, pendengaran, atau pengecap, dan bersikap seolah melihat, menengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu.
- 6) Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d aneurisma serebri dan hipertensi.
- 7) Gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas d.d kerusakan jaringan atau kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, dan hematoma.
- 8) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
- 9) Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan.

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI, 2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI, 2019)	Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)
1	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler (D.0054)</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kekuatan otot menurun</li> <li>Rentang gerak menurun (ROM) menurun</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nyeri saat bergerak</li> <li>Enggan melakukan pergerakan</li> <li>Merasa cemas saat bergerak</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sendi kaku</li> <li>Gerakan tidak</li> </ol>	<p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>Kekuatan otot meningkat</li> <li>Rentang gerak meningkat</li> <li>Nyeri menurun</li> <li>Kecemasan menurun</li> <li>Kaku sendi menurun</li> <li>Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>Gerakan terbatas menurun</li> <li>Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya</li> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol> <p><b>Dukungan Ambulasi (I.06171)</b></p>

	terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah		<i>Observasi :</i> 1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 1.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 1.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi <i>Terapeutik :</i> 1.4 Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 1.5 Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 1.6 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <i>Edukasi :</i> 1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 1.8 Anjurkan melakukan ambulasi dini 1.9 Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan
2	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d disfungsi neuromuskuler <b>(D.0001)</b>  <b>Gejala dan tanda mayor</b>	<b>Bersihan Jalan Napas (L.01001)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka pola napas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun	<b>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</b> <i>Observasi :</i> 2.1 Monitor pola napas 2.2 Monitor bunyi napas 2.3 Monitor sputum <i>Terapeutik :</i> 2.4 Pertahankan jalan napas



	<p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk tidak efektif</li> <li>2. Tidak mampu batuk</li> <li>3. Sputum berlebih</li> <li>4. Mengi, wheezing dan/ ronkhi kering</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea</li> <li>2. Sulit bicara</li> <li>3. Ortopnea</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah</li> <li>2. Sianosis</li> <li>3. Bunyi napas menurun</li> <li>4. Frekuensi napas berubah</li> <li>5. Pola napas berubah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mengi menurun</li> <li>4. Wheezing menurun</li> <li>5. Dispnea menurun</li> <li>6. Ortopnea menurun</li> <li>7. Sulit bicara menurun</li> <li>8. Sianosis menurun</li> <li>9. Gelisah menurun</li> <li>10. Frekuensi napas membaik</li> <li>11. Pola napas membaik</li> </ol>	<p>dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.5 Posisikan semo-fowler atau fowler</li> <li>2.6 Berikan minum hangat</li> <li>2.7 Lakukan fisioterapi dada</li> <li>2.8 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>2.9 Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</li> <li>2.10 Berikan oksigen</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.11 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</li> <li>2.12 Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.13 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik</li> </ol> <p><b>Stabilisasi Jalan Napas (I.01025)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi ukuran dan tipe selang orofaringeal atau nasofaringeal</li> <li>2.2 Monitor suara napas setelah selang jalan napas terpasang</li> <li>2.3 Monitor komplikasi pemasangan selang jalan napas</li> </ol>
--	---	---	--

		<p><i>Terapeutik :</i></p> <p>2.4 Gunakan alat pelindung diri</p> <p>2.5 Posisikan kepala pasien sesuai dengan kebutuhan</p> <p>2.6 Lakukan penghisapan mulut dan orofaring</p> <p>2.7 Insersikan selang oro/nasofaring</p> <p>2.8 Pastikan selang oro/nasofaring mencapai dasar lidah dan menahan lidah tidak jatuh ke belakang</p> <p>2.9 Fiksasi selang oro/nasofaring dengan cara yang tepat</p> <p>2.10 Ganti selang oro/nasofaring sesuai dengan prosedur</p> <p>2.11 Insersikan laryngeal mask airway (LMA) dengan tepat</p> <p>2.12 Pastikan pemasangan selang endotrakeal dan trakeostomi hanya oleh tim medis yang kompeten</p> <p>2.13 Fasilitasi pemasangan selang endotrakeal dengan menyiapkan peralatan intubasi dan peralatan darurat yang dibutuhkan</p> <p>2.14 Berikan oksigen 100% selama 3–5 menit</p> <p>2.15 Auskultasi dada setelah</p>
--	--	---

			<p>intubasi</p> <p>2.16 Gembungkan manset dan tipe selang endotrakeal/trakeostomi</p> <p>2.17 Tandai selang endotrakeal pada bibir atau mulut</p> <p>2.18 Verifikasi posisi selang dengan menggunakan x-ray dada, pastikan trakea 2 – 4 cm diatas karina</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>2.19 Jelaskan tujuan dan prosedur stabilisasi jalan napas</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>2.20 Kolaborasi pemilihan ukuran dan tipe selang endotrakeal atau selang trakeostomi yang memiliki volume tinggi, manset yang memiliki tekanan rendah</p>
3	<p>Pola napas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan dan gangguan neurologis (D.0005)</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Dispnea</p> <p>Objektif :</p>	<p><b>Pola Napas (L.01004)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka pola napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ventilasi semenit meningkat</li> <li>2. Kapasitas vital meningkat</li> <li>3. Diameter throaks anteriorposterior meningkat</li> <li>4. Tekanan ekspirasi</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Respirasi (L.01014)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas</li> <li>3.2 Monitor pola napas</li> <li>3.3 Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>3.4 Monitor adanya sputum</li> <li>3.5 Monitor adanya</li> </ol>

	<p>1. Penggunaan otot bantu napas</p> <p>2. Fase ekspirasi memanjang</p> <p>3. Pola napas abnormal</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Ortopnea</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Pernapasan pursedlip</p> <p>2. Pernapasan cuping hidung</p> <p>3. Diameter thoraks anterior-posterior</p> <p>4. Ventilasi semenit menurun</p> <p>5. Kapasitas</p> <p>6. Tekanan ekspirasi menurun</p> <p>7. Tekanan inspirasi</p> <p>8. Ekskursi dada berubah</p>	<p>meningkat</p> <p>5. Tekanan inspirasi meningkat</p> <p>6. Dispnea menurun</p> <p>7. Penggunaan otot bantu napas menurun</p> <p>8. Pemanjang fase ekspirasi menurun</p> <p>9. Ortopnea menurun</p> <p>10. Pernapasan pursed-tip menurun</p> <p>11. Pernapasan cuping hidung menurun</p> <p>12. Frekuensi napas membaik</p> <p>13. Kedalaman napas membaik</p> <p>14. Ekskursi dada menurun</p>	<p>sumbatan jalan napas</p> <p>3.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</p> <p>3.7 Auskultasi bunyi napas</p> <p>3.8 Monitor saturasi oksigen</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>3.9 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>3.10 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>3.11 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>3.12 Informasikan hasil pemantauan</p> <p><b>Terapi Oksigen (I.01026)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>3.1 Monitor aliran kecepatan oksigen</p> <p>3.2 Monitor posisi alat terapi oksigen</p> <p>3.3 Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</p> <p>3.4 Monitor efektifitas terapi oksigen</p> <p>3.5 Monitor tanda-tanda hipoventilasi</p> <p>3.6 Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelectasis</p> <p>3.7 Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</p>
--	---	--	--



			<p>3.8 Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>3.9 Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea</p> <p>3.10 Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>3.11 Siapkan dan atur alat pemberian oksigen</p> <p>3.12 Berikan oksigen tambahan</p> <p>3.13 Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi</p> <p>3.14 Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>3.15 Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>3.16 Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>3.17 Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan tidur</p>
4	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler (D.0119)</p> <p><b>Gejala dan tanda</b></p>	<p><b>Komunikasi Verbal (L.13118)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:</p>	<p><b>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>4.1 Monitor keceoatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>4.2 Monitor proses kognitif,</p>

	<p><b>mayor</b></p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Tidak mampu berbicara atau mendengar</p> <p>2. Menunjukkan respon tidak sesuai</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Afasia</p> <p>2. Disfasia</p> <p>3. Apraksia</p> <p>4. Disleksia</p> <p>5. Disartria</p> <p>6. Afonia</p> <p>7. Dislaila</p> <p>8. Pelo</p> <p>9. Gagap</p> <p>10. Tidak ada kontak mata</p> <p>11. Sulit memahami komunikasi</p> <p>12. Sulit mempertahankan komunikasi</p> <p>13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh</p>	<p>1. Kemampuan berbicara meningkat</p> <p>2. Kemampuan mendengar meningkat</p> <p>3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat</p> <p>4. Kontak mata meningkat</p> <p>5. Afasia menurun</p> <p>6. Disfasia menurun</p> <p>7. Apraksia menurun</p> <p>8. Disleksia menurun</p> <p>9. Disartria menurun</p> <p>10. Afonia menurun</p> <p>11. Dislaila menurun</p> <p>12. Pelo menurun</p> <p>13. Gagap menurun</p> <p>14. Respon perilaku membaik</p> <p>15. Pemahaman komunikasi membaik</p>	<p>anatomis, fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p> <p>4.3 Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>4.4 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>4.5 Gunakan metode komunikasi alternatif</p> <p>4.6 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</p> <p>4.7 Berikan dukungan psikologis</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>4.8 Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>4.9 Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>4.10 Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis.</p> <p><b>Promosi Komunikasi : Defisit Pendengaran (I.13493)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>4.1 Periksa kemampuan pendengaran</p> <p>4.2 Identifikasi metode</p>
--	---	--	---

			<p>komunikasi yang disukai pasien</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>4.3 Gunakan bahasa sederhana</p> <p>4.4 Gunakan bahasa isyarat, jika perlu</p> <p>4.5 Verifikasi apa yang dikatakan atau ditulis pasien</p> <p>4.6 Fasilitasi penggunaan alat bantu dengan</p> <p>4.7 Berhadapan dengan pasien secara langsung ketika sedang berkomunikasi</p> <p>4.8 Hindari merokok, mengunyah makanan atau permen karet, dan menutup mulut saat berbicara</p> <p>4.9 Hindari berkomunikasi lebih dari 1 meter dari pasien</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>4.10 Anjurkan menyampaikan pesan dengan isyarat.</p>
5	<p>Gangguan persepsi sensori b.d gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penciuma, gangguan perabaan</p> <p><b>(D. 0085)</b></p>	<p><b>Persepsi Sensori (L.09083)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam makan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Verbalisasi mendengar bisikan meningkat</p> <p>2. Verbalisasi melihat bayangan meningkat</p>	<p><b>Minimalisasi Rangsangan (I.08241)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>5.1 Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>5.2 Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban</p>

	<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan</li> <li>2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distorsi sensori</li> <li>2. Respon tidak sesuai</li> <li>3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p>Subjektif ;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatakan kesal</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyendiri</li> <li>2. Melamun</li> <li>3. Konsentrasi buruk</li> <li>4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi</li> <li>5. Curiga</li> <li>6. Melihat ke satu arah</li> <li>7. Mondar – mandir</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan</li> <li>4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan</li> <li>5. Distorsi sensori menurun</li> <li>6. Perilaku halusinasi menurun</li> <li>7. Menarik diri menurun</li> <li>8. Melamun menurun</li> <li>9. Curiga menurun</li> <li>10. Mondar – mandir menurun</li> <li>11. Respon sesuai stimulus membaik</li> <li>12. Konsentrasi membaik</li> <li>13. Orientasi membaik</li> </ol>	<p>sensori</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.3 Batasi stimulus lingkungan</li> <li>5.4 Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat</li> <li>5.5 Kombinasikan prosedur atau tindakan dalam satu waktu</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.6 Ajarkan cara meminimalisasi stimulus</li> </ol> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.7 Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur atau tindakan</li> <li>5.8 Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus</li> </ol> <p><b>Dukungan Pengungkapan Kebutuhan (I.09266)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Periksa gangguan komunikasi verbal</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.2 Ciptakan lingkungan yang tenang</li> <li>5.3 Hindari berbicara keras</li> <li>5.4 Ajukan pertanyaan dengan jawaban singkat, dengan isyarat anggukan kepala jika mengalami kesulitan berbicara</li> <li>5.5 Jadwalkan waktu istirahat sebelum waktu</li> </ol>
--	---	--	--



	8. Bicara sendiri		<p>kunjungan dan sesi terapi wicara</p> <p>5.6 Fasilitasi komunikasi dengan media</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>5.7 Informasikan keluarga dan tenaga kesehatan lain teknik berkomunikasi, dan gunakan secara konsisten</p> <p>5.8 Anjurkan keluarga dan staf mengajak bicara meskipun tidak mampu berbicara</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>5.9 Rujuk pada terapis wicara</p>
6	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d aneurisma serebri dan hpertensi (D.0017)</p> <p><b>Faktor Risiko :</b></p> <p>1. Aneurisma serebral</p> <p>2. Hipertensi</p>	<p><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Kognitif meningkat</li> <li>3. Tekanan intra kranial menurun</li> <li>4. Sakit kepala menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kecemasan menurun</li> <li>7. Agitasi menurun</li> <li>8. Demam menurun</li> <li>9. Nilai rata – rata tekanan darah membaik</li> <li>10. Kesadaran membaik</li> <li>11. Tekanan darah sistolik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>6.2 Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK</li> <li>6.3 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>6.4 Monitor CVP (Central Venous Pressure)</li> <li>6.5 Monitor ICP (Intra Cranial Pressure)</li> <li>6.6 Monitor status pernapasan</li> <li>6.7 Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>6.8 Monitor intake output cairan</li> </ol>

		<p>membaik</p> <p>12. Tekanan darah diastolik membaik</p> <p>13. Refleks saraf membaik</p>	<p><i>Terapeutik :</i></p> <p>6.9 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>6.10 Berikan posisi semi fowler</p> <p>6.11 Hindari manuver valsava</p> <p>6.12 Cegah terjadinya kejang</p> <p>6.13 Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>6.14 Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan</p> <p>6.15 Kolaborasi pemberian diuretic osmosis</p> <p>6.16 Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p> <p><b>Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>6.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>6.2 Monitor peningkatan tekanan darah</p> <p>6.3 Monitor penurunan frekuensi jantung</p> <p>6.4 Monitor iregularitas irama napas</p> <p>6.5 Monitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>6.6 Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan pupil</p>
--	--	--	--

			<p><i>Terapeutik :</i></p> <p>6.7 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</p> <p>6.8 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</p> <p>6.9 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>6.10 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>6.11 Informasikan hasil pemantauan</p>
7	<p>Gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas (<b>D.0129</b>)</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif : 1. Kerusakan jaringan dan/ atau lapisan kulit</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif : 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma</p>	<p><b>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> <li>3. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>4. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>5. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>6. Nyeri menurun</li> <li>7. Perdarahan menurun</li> <li>8. Kemerahan menurun</li> <li>9. Hematoma menurun</li> <li>10. Pigmentasi abnormal menurun</li> <li>11. Jaringan parut menurun</li> <li>12. Nekrosis menurun</li> <li>13. Abrasi kornea menurun</li> <li>14. Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1 Monitor karakteristik luka</li> <li>7.2 Monitor tanda – tanda infeksi</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>7.4 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik</li> <li>7.5 Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>7.6 Berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi</li> <li>7.7 Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>7.8 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>7.9 Ganti balutakn sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>7.10 Jadwalkan perubahan</li> </ol>

	<p>15. Sensasi membaik 16. Tekstur membaik 17. Pertumbuhan rambut membaik</p>	<p>posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>7.11 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>7.12 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>7.13 Kolaborasi prosedur debridement</p> <p>7.14 Kolaborasi pemberian antibiotic</p> <p><b>Latihan Rentang Gerak (1.05177)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>7.1 Identifikasi indikasi dilakukan latihan</p> <p>7.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>7.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>7.4 Gunakan pakaian yang longgar</p> <p>7.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>7.6 Fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</p> <p>7.7 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai</p>
--	---	--



			<p>dengan indikasi</p> <p>7.8 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>7.9 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>7.10 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>7.11 Anjurkan duduk di tempat tidur atau di kursi</p> <p>7.12 Ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>7.13 Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan</p>
8	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Tampak meringis</p> <p>2. Bersikap protektif</p> <p>3. Gelisah</p> <p>4. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>5. Sulit tidur</p> <p><b>Gejala dan tanda</b></p>	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</p> <p>2. Keluhan nyeri menurun</p> <p>3. Kesulitan tidur menurun</p> <p>4. Ketegangan otot menurun</p> <p>5. Tekanan darah membaik</p> <p>6. Meringis menurun</p> <p>7. Gelisah menurun</p> <p>8. Polan nafas membaik</p> <p>9. Frekuensi nadi membaik</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (1.08238)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>8.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>8.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>8.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>8.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>8.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>8.6 Identifikasi pengaruh</p>

	<p><b>minor</b></p> <p>Subjektif :</p> <p>(Tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola napas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berpikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>7. Diaforesis</li> </ol>		<p>budaya terhadap respon nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>8.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8.10 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi</li> <li>8.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>8.12 Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>8.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8.14 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>8.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>8.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan me</li> <li>8.17 nggunakan analgesik secara tepat</li> <li>8.18 Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol>
--	---	--	---

		<p>Kalaborasi :</p> <p>8.19 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p><b>Pemberian Analgesik (I.08243)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>8.1 Identifikasi karakteristik nyeri</p> <p>8.2 Identifikasi Riwayat alergi obat</p> <p>8.3 Identifikasi kesesuaian jenis analgesic, dengan tingkat keparahan nyeri</p> <p>8.4 Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik</p> <p>8.5 Monitor efektifitas analgesik</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>8.6 Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</p> <p>8.7 Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</p> <p>8.8 Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien</p> <p>8.9 Dokumentasikan respons</p>
--	--	---

			<p>terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>8.10 Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p><i>Kalaborasi :</i></p> <p>8.11 Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi.</p>
9	<p>Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan <b>(D.0019)</b></p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p>Subjektif : (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Cepat kenyang setelah makan</p> <p>2. Kram/nyeri abdomen</p> <p>3. Nafsu makan menurun</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Bising usus hiperaktif</p>	<p><b>Status Nutrisi (L.03030)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</p> <p>2. Berat badan membaik</p> <p>3. Frekuensi makan membaik</p> <p>4. Nafsu makan membaik</p>	<p><b>Manajemen Nutrisi (1.03119)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>9.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>9.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>9.3 Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>9.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>9.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric</p> <p>9.6 Monitor asupan makanan</p> <p>9.7 Monitor berat badan</p> <p>9.8 Monitor hasil laboratorium</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>9.9 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>9.10 Fasilitasi menentukan pedoman diet</p> <p>9.11 Sajikan makanan secara</p>



	<p>2. Otot pengunyah lemah</p> <p>3. Otot menelan lemah</p> <p>4. Membran mukosa pucat</p> <p>5. Sariawan</p> <p>6. Serum albumin turun</p> <p>7. Rambut rontok berlebihan</p> <p>8. Diare</p>		<p>menarik</p> <p>9.12 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi</p> <p>9.13 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>9.14 Berikan suplemen makanan, jika perlu.</p> <p>9.15 Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik, jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>9.16 Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>9.17 Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>9.18 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p> <p>9.19 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. Jika perlu</p> <p><b>Pemantauan Cairan (I.03121)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>9.1 Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>9.2 Monitor frekuensi napas</p> <p>9.3 Monitor tekanan darah</p> <p>9.4 Monitor berat badan</p> <p>9.5 Monitor waktu pengisian kapiler</p>
--	--	--	---

			<p>9.6 Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>9.7 Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin</p> <p>9.8 Monitor intake dan output cairan</p> <p>9.9 Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>9.10 Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>9.11 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>9.12 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>
--	--	--	---

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari pekerjaan keperawatan, yang dimulai setelah perawat membuat rencana asuhan. Implementasi adalah pelaksanaan rencana kerja keperawatan oleh perawat dan pasien.

2.2.4.1 Mengidentifikasi daya tahan fisik dari gerakan tersebut

2.2.4.2 Amati kondisi umum selama mobilisasi

2.2.4.3 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

2.2.4.4 Mengajarkan cara melakukan gerakan sederhana (misalnya duduk di atas tempat tidur, duduk di tepi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)

2.2.4.5 Mengaktifkan aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya rel tempat tidur)

2.2.4.6 Libatkan keluarga dalam membantu pasien meningkatkan mobilitas (Dinarti.R, 2017).

### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif adalah evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan ialah SOAP.

S : Subjektif yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien,

O : Objektif yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga,

A : Analisis yaitu kesimpulan dari subjektif dan objektif,

P : Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dinarti.R, 2017).

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)**

Jenis penelitian pada Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di RSUD AM Parikesit Kutai Kartanegara. Adapun pendekatan yang digunakan pada saat penelitian adalah dengan asuhan keperawatan.

#### **3.2 Subyek Penelitian**

Subyek penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah pasien yang terdiagnosa Stroke Hemoragik di RSUD AM Parikesit Kutai Kartanegara pada saat penelitian dilakukan. Subyek penelitian yang diteliti berjumlah dua responden yang mengalami Stroke Hemoragik dengan kriteria yang sesuai, yaitu:

- 1) Pasien berusia 30 – 65 tahun,
- 2) Pasien dengan masa perawatan minimal 1 – 2 hari.

#### **3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (UU No. 38, 2014 ; Tentang Keperawatan).

Stroke hemoragik terjadi akibat dari pembuluh darah yang melemah yang pecah dan berdarah ke otak sekitarnya. Darah menumpuk dan menekan jaringan



otak di sekitarnya. Dua jenis stroke hemoragik adalah perdarahan intraserebral dan perdarahan subaraknoid (Susilo, 2019).

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong yang terletak di Jalan Ratu Agung No.1, Teluk Dalam, Kec. Tenggarong, Kabupaten Kutai Kartanegara, Kalimantan Timur. Studi kasus ini dilakukan sejak pertama kali masuk rumah sakit sampai dengan pulang atau pasien yang di rawat minimal 3 sampai 6 hari.

### **3.5 Prosedur Penelitian**

Penulisan diawali dengan penyusunan usulan penulisan dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian di lanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data penelitian berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek penelitian.

### **3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.6.1 Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

- 3.6.1.1 Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dll yang bersumber dari klien, keluarga, dan perawat.

3.6.1.2 Observasi dan pemeriksaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi) pada sistem tubuh pasien.

3.6.1.3 Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan).

### **3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data**

Pada studi kasus ini, alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi.

## **3.7 Keabsahan Data**

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data dan informasi yang diperoleh dalam studi kasus sehingga menghasilkan data yang akurat. Data dapat diperoleh dari beberapa sumber, yaitu :

### **3.7.1 Data Primer**

Data yang di dapatkan langsung dari pasien, dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang sedang dialami oleh pasien. Contohnya yaitu data yang diperoleh melalui hasil wawancara langsung dengan pasien.

### **3.7.2 Data Sekunder**

Data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien yaitu seperti keluarga, orangtua, saudara yang mengerti dan dekat dengan pasien.

### 3.7.3 Data Tersier

Data yang diperoleh dari catatan pasien yaitu dokumen perawatan atau rekam medis pasien yang merupakan riwayat penyakit pasien dan perawatan pasien di masa lalu.

## 3.8 Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis 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 dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil Studi Kasus

##### 4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi studi kasus ini dilakukan di RSUD AM Parikesit Tenggara yang berada di Jl. Ratu Agung No. 1, Tenggara Seberang, Kutai Kartanegara, Provinsi Kalimantan Timur, RSUD AM Parikesit merupakan Rumah Sakit Tipe B yang terakreditasi Paripurna oleh Lembaga Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). RSUD AM Parikesit merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas seperti Instalasi Gawat Darurat dengan pelayanan 24 jam, Poliklinik Spesialis, Laboratorium Sentral, Instalasi Radiologi, Instalasi Bedah Sentral, Depo Farmasi Rawat Inap dan Apotek, Kamar Jenazah, HCU/ICU/CCU, Ruang Maternitas, PICU/NICU, Perinatologi, Hemodialisa, Instalasi Rawat Inap (VIP, Kamar utama, Kelas 1, Kelas 2 dan Kelas 3).

Penelitian studi kasus dilaksanakan di ruang Punai 3, yang berada di gedung Punai lantai 3. Ruangan ini merupakan ruangan rawat inap kelas 3 yang diperuntukan bagi pasien laki-laki maupun perempuan dewasa yang diterima langsung dari ruang IGD maupun poliklinik. Kasus yang dirawat di ruang Punai 3 meliputi kasus Tuberkulosis, PPOK, Stroke (hemoragik dan non hemoragik), Diabetes melitus tanpa gangren, Efusi Pleura, Asma, gagal ginjal kronis, pneumotoraks, dan lain-lain.



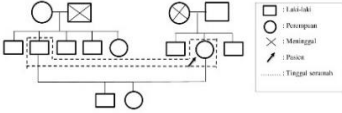
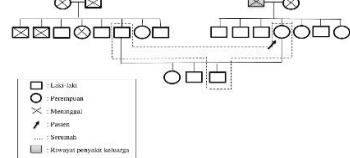
#### 4.1.2. Data Hasil Asuhan Keperawatan

##### A. Pengkajian Keperawatan

**Tabel. 4.1**

Pengkajian Pasien 1 (Ny.S) dan Pasien 2 (Ny.SH) dengan Stroke Hemoragik di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Tahun 2023

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Ny. S)	Pasien 2 (Ny. SH)
1	Identitas Pasien	Pasien bernama Ny.S, berjenis kelamin perempuan, dengan tanggal lahir 21 Juni 1973 berusia 49 tahun, bersuku bangsa Jawa/Indonesia, pasien beragama Islam, pendidikan terakhir pasien Tamat SD/Sederajat, pasien bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, dan beralamat Jonggon RT. 05 Loa Kulu, Nomor rekam medis yang terdaftar di rumah sakit adalah 12104xxx	Pasien bernama Ny.SH, berjenis kelamin perempuan, dengan tanggal lahir 05 Mei 1975 berusia 47 tahun, bersuku bangsa Kutai/Indonesia, pasien beragama Islam, pendidikan terakhir pasien Tamat SD/Sederajat, pasien bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, dan beralamat Mangkuraja RT. 02 Tenggarong, Nomor rekam medis yang terdaftar di rumah sakit adalah 05030xxx
2	Diagnosa Medis	Stroke Hemoragik dan <i>Intracerebral Hemorrhage</i>	Stroke Hemoragik dan Hipertensi
3	Tanggal MRS	01 April 2023	05 April 2023
4	Tanggal Pengkajian	08 April 2023	08 April 2023
5	Keluhan Utama	Kelemahan anggota tubuh	Nyeri kepala
6	Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang ke IGD pada pukul 11.00 WITA, diantar oleh keluarga dengan keluhan jatuh tidak sadarkan diri di dapur saat ingin memasak. Bicara pelo tidak ada dan kejang juga tidak ada, pasien hanya ada mengeluh sakit kepala	Pasien datang ke IGD pada pukul 19.08 WITA, diantar oleh keluarga dengan keluhan nyeri kepala kemudian tidak sadarkan diri saat sebelum makan malam, kemudian pasien diantar segera ke IGD segera oleh keluarga
7	Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengalami stroke ringan kurang lebih sudah 8 tahun dan memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol	Pasien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol
8	Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien tidak memiliki riwayat penyakit keluarga	Hipertensi (Bapak)

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Ny. S)	Pasien 2 (Ny. SH)
9	Genogram		
10	Keadaan Umum	Lemah	Lemah
11	Kesadaran	Kesadaran pasien samnolen dengan nilai GCS 8 : E2M4V2	Kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS 15 : E4M6V5
12	Tanda-Tanda Vital	Pemeriksaan tanda-tanda vital pasien didapatkan tekanan darah : 160/100 mmHg, nadi : 105 x/menit, RR : 25 x/menit, suhu : 36,8°C, dan SpO2 : 98%	Pemeriksaan tanda-tanda vital pasien didapatkan tekanan darah : 170/100 mmHg, nadi : 97 x/menit, RR : 22 x/menit, suhu : 37°C, dan SpO2 : 99%
13	Kenyamanan atau Nyeri	Tidak dapat dikaji : pasien penurunan kesadaran	Pasien menyatakan dengan gestur tubuh nyeri dirasakan dikepala seperti berdenyut, skor nyeri 5
14	Status Fungsional Barthel Indeks	Total skor 0 Dengan kategori ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat	Total skor 0 Dengan kategori ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat
15	Pemeriksaan Kepala	<p><b>Kepala :</b> Kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, tidak mudah patah, tidak bercabang, rambut cerah dan tidak ditemukan kelainan</p> <p><b>Mata :</b> Mata putih, konjungtiva merah muda, tidak ada edema pada palpebra, kornea bersih, pupil isokor, pupil mengecil saat disorot cahaya, tidak ditemukan kelainan</p> <p><b>Hidung :</b> Tidak ada pernapasan cuping hidung, septum nasal median, ketajaman penciuman tidak dapat dikaji pasien penurunan kesadaran</p> <p><b>Rongga Mulut dan Lidah :</b> Bibir merah muda, tidak ada</p>	<p><b>Kepala :</b> Kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, tidak mudah patah, tidak bercabang, rambut cerah dan tidak ditemukan kelainan</p> <p><b>Mata :</b> Mata putih, konjungtiva merah muda, tidak ada edema pada palpebra, kornea bersih, pupil isokor, pupil mengecil saat disorot cahaya, tidak ditemukan kelainan</p> <p><b>Hidung :</b> Tidak ada pernapasan cuping hidung, septum nasal median, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman</p> <p><b>Rongga Mulut dan Lidah :</b> Bibir merah muda, tidak ada karies gigi, lidah merah muda</p>

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Ny. S)	Pasien 2 (Ny. SH)
		karies gigi, lidah merah muda, mukosa lembab, letak uvula simetris ditengah	mukosa lembab, letak uvula simetris ditengah
16	Pemeriksaan Thorax	<p>Keluhan tidak dapat dikaji</p> <p>Pada inspeksi didapatkan bentuk dadasimetris, frekuensi 25 x/menit, irama napas tidak teratur, cepat dan dangkal, tidak ada pernapasan cuping hidung, adanya retraksi dada, terdapat penggunaan otot bantu napas pada pasien, alat bantu napas oksigen <i>simple mask</i> 8 liter/menit</p> <p>Pada palpasi didapatkan vocal fremitus tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran, ekspansi paru simetris di paru kanan dan kiri</p> <p>Pada perkusi didapatkan suara sonor, batas paru hepar terletak di ICS 5 dextra</p> <p>Pada auskultasi didapatkan suara napas vesikuler, suara ucapan bersih</p>	<p>Pasien tidak ada keluhan</p> <p>Pada inspeksi ditemukan bentuk dadasimetris, frekuensi 22 x/menit, irama napas teratur, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, alat bantu napas oksigen nasal kanul 3 liter/menit</p> <p>Pada palpasi ditemukan vocal fremitus teraba diseluruh lapang paru, ekspansi paru simetris di paru kanan dan kiri</p> <p>Pada perkusi ditemukan suara sonor, batas paru hepar terletak di ICS 5 dextra</p> <p>Pada auskultasi ditemukan suara napas vesikuler, suara ucapan bersih</p>
17	Pemeriksaan Jantung	<p>Keluhan nyeri dada tidak dapat dikaji</p> <p>Pada inspeksi didapatkan CRT &lt;2 detik, tidak ada sianosis dan tidak ada jari tabuh</p> <p>Pada palpasi didapatkan ictus cordis teraba pada ICS 5 midline clavicula sinistra, akral teraba hangat</p> <p>Pada perkusi didapatkan batas atas berada di ICS 2 parasternal</p>	<p>Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>Pada inspeksi didapatkan CRT &lt;2 detik, tidak ada sianosis dan tidak ada jari tabuh</p> <p>Pada palpasi didapatkan ictus cordis teraba pada ICS 5 midline clavicula sinistra, akral teraba hangat</p> <p>Pada perkusi didapatkan batas atas berada di ICS 2 parasternal dextra, batas bawah berada di</p>



No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Ny. S)	Pasien 2 (Ny. SH)
		<p>dextra, batas bawah berada di ICS 5 midline clavicula sinistra, batas kanan berada di ICS 3 parasternal dextra, batas kiri berada ICS 3 parasternal sinistra</p> <p>Pada auskultasi didapatkan BJ II Aorta irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, BJ II Pulmonal irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, BJ I Trikuspidalis irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, BJ I Mitral iramaregular, tunggal dengan intensitas kuat dan tidak didapatkan bunyi jantung tambahan serta kelainan</p>	<p>ICS 5 midline clavicula sinistra, batas kanan berada di ICS 3 parasternal dextra, batas kiri berada ICS 3 parasternal sinistra</p> <p>Pada auskultasi didapatkan BJ II Aorta irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, BJ II Pulmonal irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, BJ I Trikuspidalis irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, BJ I Mitral iramaregular, tunggal dengan intensitas kuat dan tidak didapatkan bunyi jantung tambahan serta kelainan</p>
18	Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	<p><b>Sistem Pencernaan dan Nutrisi:</b> BB : 72 kg, TB : 160 cm, IMT : 27,5 kg/m<sup>2</sup> BAB 1 x/hari dengan konsistensi lunak, diet pasien cair padat per NGT, jenis diet rendah garam tinggi kalori (1900 kkal), frekuensi pemberian 6 x 200cc</p> <p><b>Abdomen :</b> Pada inspeksi didapatkan bentuk abdomen bulat, tidak terlihat bayangan vena, tidak terlihat ada benjolan atau massa, tidak ada luka operasi, dan tidak terpasang drain pada abdomen</p> <p>Pada auskultasi didapatkan peristaltik usus 15 x/menit</p> <p>Pada palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa dan tidak ada pembesaran pada hepar, lien maupun ginjal</p> <p>Pada perkusi didapatkan tidak ada</p>	<p><b>Sistem Pencernaan dan Nutrisi :</b> BB : 75 kg, TB : 157 cm, IMT : 22,9 kg/m<sup>2</sup> BAB 1 x/hari dengan konsistensi lunak, diet pasien cair padat per NGT, jenis diet rendah garam tinggi kalori (1600 kkal), frekuensi pemberian 6 x 200cc</p> <p><b>Abdomen :</b> Pada inspeksi didapatkan bentuk abdomen bulat, tidak terlihat bayangan vena, tidak terlihat adanya benjolan atau massa, tidak ada luka operasi, dan tidak terpasang drain pada abdomen</p> <p>Pada auskultasi didapatkan peristaltik usus 12 x/menit</p> <p>Pada palpasi didapatkan tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa dan tidak ada pembesaran pada hepar, lien maupun ginjal</p> <p>Pada perkusi didapatkan tidak ada</p>



No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Ny. S)	Pasien 2 (Ny. SH)
		shifting dullnes, dan tidak ada nyeri ketuk pada ginjal	shifting dullnes, dan tidak ada nyeri ketuk pada ginjal
19	Pemeriksaan Sistem Saraf	<p>Memori pasien tidak dapat dikaji, perhatian pasien tidak dapat dikaji, bahasa pasien tidak dapat dikaji, kemampuan berpikir pasien tidak dapat dikaji, orientasi pasien tidak dapat dikaji, reflek fisiologis pasien tidak dapat dikaji, terdapat refleks babinski pada pasien, keluhan pusing tidak dapat dikaji, didapatkan hasil pemeriksaan 12 saraf kranial :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. N1 (Olfaktorius) : Tidak dapat dikaji</li> <li>2. N2 Optikus : Tidak dapat dikaji</li> <li>3. N3 (Okulomotor) : Refleks pupil mengecil saat disorot cahaya, pasien membuka mata jika diberi rangsangan nyeri</li> <li>4. N4 (Troklearis) : Tidak dapat dikaji</li> <li>5. N5 (Trigeminus) : Tidak dapat dikaji</li> <li>6. N6 (Abdusen) : Tidak dapat dikaji</li> <li>7. N7 (Fasialis) : Tidak dapat dikaji</li> <li>8. N8 (Akustikus) : Tidak dapat dikaji</li> <li>9. N9 (Glossopharyngeal) : Tidak dapat dikaji</li> <li>10. N10 (Vagus) : Tidak dapat dikaji</li> <li>11. N11 (Aksesorius) : Tidak dapat dikaji</li> <li>12. N12 (Hipoglossus) : Tidak dapat dikaji</li> </ol>	<p>Pasien dapat mengingat masa lalunya, pasien dapat mengulang pembicaraan sebelumnya, pasien berbahasa Indonesia tetapi terdapat gangguan bicara pada pasien, kemampuan berpikir pasien baik, orientasi pasien baik, pada reflek fisiologis didapatkan :</p> <p>Patella : 2 (Normal)  Achilles : 2 (Normal)  Bisep : 2 (Normal)  Trisep : 2 (Normal)  Brankiordalis : 2 (Normal)  Keluhan pusing pada pasien tidak ada, pada pemeriksaan 12 saraf kranial didapatkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. N1 (Olfaktorius) : Pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan sabun</li> <li>2. N2 Optikus : Pasien dapat melihat dalam jarak 30 cm</li> <li>3. N3 (Okulomotor) : Refleks pupil terhadap cahaya (+/+), pasien mampu membuka mata</li> <li>4. N4 (Troklearis) : Tidak ada deviasi bola mata, tidak ada diplopia dan nystagmus</li> <li>5. N5 (Trigeminus) : Pasien mengalami kelemahan sehingga kesulitan untuk mengunyah</li> <li>6. N6 (Abdusen) : Pasien dapat menggerakkan mata ke kiri dan ke kanan</li> <li>7. N7 (Fasialis) : Senyum pasien tidak simetris, wajah sebelah kanan mengalami kelemahan</li> <li>8. N8 (Akustikus) : Pasien dapat mendengar dengan baik</li> <li>9. N9 (Glossopharyngeal) : Pasien dapat membedakan rasa</li> <li>10. N10 (Vagus) : Pasien mengalami gangguan menelan</li> </ol>

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Ny. S)	Pasien 2 (Ny. SH)
			<p data-bbox="1034 412 1326 472">pasien batuk saat diberikan air minum</p> <p data-bbox="975 479 1326 651">11. N11 (Aksesorius) : Pasien tidak dapat menahan tahanan pada bahu kanan, pada bahu kiri pasien dapat menahan tahanan</p> <p data-bbox="975 658 1326 757">12. N12 (Hipoglossus) : Pasien dapat menggerakkan lidahnya</p>
20	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	<p data-bbox="571 804 938 1077">Area genitalia bersih, tidak terdapat keluhan kencing, pasien menggunakan kateter urine ukuran 16 hari pertama setelah pemasangan, produksi urine 2500 ml/hari, tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kandung kemih</p>	<p data-bbox="970 804 1337 1043">Area genitalia bersih, tidak terdapat keluhan kencing, pasien menggunakan kateter urine ukuran 16 hari kedua setelah pemasangan, produksi urine 2000 ml/hari, tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kandung kemih</p>
21	Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integrumen	<p data-bbox="571 1122 954 1957">Pergerakan sendi pada pasien didapatkan keterbatasan sendi pada ekstremitas atas dan bawah sisi kanan pasien, kekuatan otot pasien tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran, ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri pasien tidak ditemukan adanya pergerakan. Tidak ada kelainan pada tulang belakang. Tidak ada fraktur pada pasien, tidak terpasang traksi gips maupun spalk pada pasien, tidak ada kompartemen syndrome. Kulit pasien tidak ikterik, tidak sianosis, tidak ada kemerahan dan tidak ada hiperpigmentasi. Turgor kulit pasien baik, tidak ditemukan adanya luka dan edema serta tidak ada eksoriasis, psoriasis dan urtikaria. Nilai risiko dekubitus pasien pada kategori pasien dengan risiko tinggi yaitu dengan nilai 12.</p>	<p data-bbox="970 1122 1353 1984">Pergerakan sendi pada pasien didapatkan keterbatasan sendi pada ekstremitas bawah sisi kanan pasien. Kekuatan otot pasien 5 pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, 1 pada ekstremitas atas bawah sebelah kanan. Ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan pasien mengalami kelemahan. Tidak ada kelainan pada tulang belakang. Tidak ada fraktur pada pasien, tidak terpasang traksi, gips maupun spalk padapatient, tidak ada kompartemen syndrome. Kulit pasien tidak ikterik, tidak sianosis, tidak ada kemerahan dan tidak ada hiperpigmentasi. Turgor kulit pasien baik, tidak ditemukan adanya lukadan edema serta tidak ada eksoriasis, psoriasis dan urtikaria. Nilai risiko dekubitus pasien pada kategori pasien dengan risiko rendah yaitu dengan nilai 16.</p>

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Ny. S)	Pasien 2 (Ny. SH)
22	Pemeriksaan Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, trias DM tidak dapat dikaji, nilai GDS Ny.S 124 mg/dL, tidak terdapat luka gangrene, pasien tidak memiliki riwayat luka sebelumnya dan tidak memiliki riwayat amputasi	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada tanda dan gejala trias DM, nilai GDS Ny.SH 186 mg/dL tidak terdapat luka gangrene, pasien tidak memiliki riwayat luka sebelumnya dan tidak memiliki riwayat amputasi
23	Seksualitas dan Reproduksi	Pasien tidak memiliki masalah pada prostat dan tidak ditemui kelainan lainnya	Pasien tidak memiliki benjolan pada payudara, tidak sedang hamil. Pasien juga tidak memiliki flour albus dan prolaps uteri
24	Keamanan Lingkungan	Total skor dari hasil penilaian dengan menggunakan <i>Morse Fall Scale</i> didapatkan skor pasien 60 dengan kategori risiko tinggi	Total skor dari hasil penilaian dengan menggunakan <i>Morse Fall Scale</i> didapatkan skor 45 dengan kategori risiko tinggi
25	Pengkajian Psikososial	Tidak dapat dikaji ; pasien penurunan kesadaran	Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah sebagai cobaan tuhan, ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah murung/diam, pasien kooperatif saat interaksi dan tidak ada gangguan konsep diri
26	Personal Hygiene	Pasien mandi dan keramas 1x/hari dibantu oleh keluarga, kuku pasien dipotong 1 x/minggu, pasien ganti pakaian 1 x/hari dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien sikat gigi 1 x/hari dibantu oleh keluarga, pasien tidak merokok dan tidak minum alkohol	Pasien mandi dan keramas 1x/hari dibantu oleh keluarga, kuku pasien dipotong 1 x/minggu, pasien ganti pakaian 1 x/hari dibantu oleh perawat, pasien sikat gigi 1 x/hari dibantu oleh perawat, pasien tidak merokok dan tidak minum alkohol
27	Pengkajian Spiritual	Suami pasien mengatakan pasien sering beribadah sebelum sakit, karena sakit pasien tidak pernah beribadah	Pasien mengatakan sering beribadah sebelum sakit, karena sakit pasien tidak pernah beribadah



**Tabel 4.2**

Hasil Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien 1 (Ny.S) dengan Stroke Hemoragik di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan
1	Hemoglobin	10,7	P 13 – 16- W 12 - 14	gr/100ml
2	Hematokrit	33	P 40 – 48 – W 37 - 43	vol%
3	Leukosit	10.400	5.000 – 10.000	/mm <sup>3</sup>
4	Thrombosit	305.000	150.000 – 450.000	/mm <sup>3</sup>
5	Glukosa Sewaktu	137	60 - 150	mg/dl
6	SGOT	47	P < 35 – W < 31	U/L
7	SGPT	139	P < 41 – W < 31	U/L
8	Ureum	61	17 - 43	mg/dl
9	Creatinin	0,5	P 0,7 – 1,2 – W 0,5 – 0,9	mg/dl
10	Natrium	138	135 - 155	mmol/L
11	Kalium	3,3	3,4 – 5,3	mmol/L
12	Chlorida	101	98 – 106	mmol/L

**Tabel 4.3**

Hasil Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien 2 (Ny.SH) dengan Stroke Hemoragik di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan
1	Hemoglobin	13,8	P 13 – 16- W 12 - 14	gr/100ml
2	Hematokrit	42	P 40 – 48 – W 37 - 43	vol%
3	Leukosit	18.200	5.000 – 10.000	/mm <sup>3</sup>
4	Thrombosit	326.000	150.000 – 450.000	/mm <sup>3</sup>
5	Glukosa Sewaktu	151	60 - 150	mg/dl
6	SGOT	22	P < 35 – W < 31	U/L
7	SGPT	19	P < 41 – W < 31	U/L
8	Ureum	19	17 - 43	mg/dl
9	Creatinin	0,9	P 0,7 – 1,2 – W 0,5 – 0,9	mg/dl
10	Natrium	140	135 - 155	mmol/L
11	Kalium	2,9	3,4 – 5,3	mmol/L
12	Chlorida	99	98 – 106	mmol/L



**Tabel 4.4**

Hasil Penatalaksanaan Pada Pasien 1 (Ny.S) dan Pasien 2 (Ny.SH) dengan Stroke Hemoragik di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

<b>Terapi Farmakologi</b>	
<b>Ny.S</b>	<b>Ny.SH</b>
Omeprazole 2 × 1 mg Micardis 1 × 80 mg Amlodipine 1 × 10 mg Meropenem 3 × 1 g Atorvastatin 1 × 40 mg Clonidine 2 × 1 mg Curcuma 3 × 1 mg Furosemide 1 × 1 Combivent + Pulmicort 3 × 1 Gentamicin drip Ns 0,9% 100 cc 1 × 80 mg AHEP 500 cc/hari Asering 20 tpm NAC 2 × 6.25	Omeprazole 2 × 1 mg Micardis 1 × 80 mg Amlodipine 1 × 10 mg Kalnex 2 amp/8 jam Atorvastatin 1 × 20 mg Ceftriaxone 2 × 1 g Nicardipine 0,75 mg Paracetamol 3 × 100 gr Sucralfate syrup 3 × 1 Asering 14 tpm

### B. Diagnosis Keperawatan

**Tabel 4.5**

Diagnosis Keperawatan Pada Pasien 1 (Ny.S) dan Pasien 2 (Ny.SH) dengan Stroke Hemoragik di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

<b>No</b>	<b>Pasien 1 (Ny.S)</b>		<b>Pasien 2 (Ny.SH)</b>	
	<b>Analisa Data</b>	<b>Diagnosis Keperawatan (SDKI)</b>	<b>Analisa Data</b>	<b>Diagnosis Keperawatan (SDKI)</b>
1	DS : Tidak dapat dikaji  DO : 1. Pola napas pasien cepat 2. Tampak adanya retraksi	Pola N apas Tidak Efektif (D.0005) b.d depresi pusat pernapasan d.d tampak adanya retraksi dada, adanya penggunaan otot bantu napas, frekuensi napas 25	DS : Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dari sejak lama  DO : 1. Tekanan darah	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) b.d hipertensi d.d tekanan darah 170/100 mmHg

	<p>dada dan penggunaan otot bantu napas</p> <p>3. Frekuensi napas 25 x/menit</p> <p>4. Pasien menggunakan alat bantu alat bantu napas oksigen <i>simple mask</i> 8 liter/menit</p>	<p>x/menit, pola napas pasien cepat</p>	<p>pasien 170/100 mmHg</p> <p>2. MAP 147 mmHg</p>	
2	<p>DS: Tidak dapat dikaji</p> <p>DO :</p> <p>1. Tingkat kesadaran pasien menurun GCS : E2M4V2</p> <p>2. Kesadaran Somnolen</p> <p>3. Tekanan darah 160/100 mmHg</p>	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066) b.d edema serebral d.d tekanan darah 160/100 mmHg nadi 105 x/menit, pola napas irregular, kesadaran somnolen</p> <p>GCS : E2M4V2</p>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan merasa nyeri dibagian kepala</p> <p>DO :</p> <p>1. Pasien tampak meringis</p> <p>2. Frekuensi nadi pasien meningkat (97 x,menit)</p> <p>3. Tekanan darah meningkat(170/100 mmHg)</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, frekuensi nadi meningkat (97 x/menit), dan tekanan darah meningkat (170/100 mmHg)</p>
3	<p>DS : Tidak dapat dikaji</p> <p>DO :</p> <p>1. Pada pemeriksaan status fungsional/ barthel indeks</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d gangguan neuromuskuler d.d rentang gerak pasien menurun dan gerakan pasien terbatas</p>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan</p> <p>DO :</p> <p>1. Kekuatan otot</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d gangguan neuromuskuler d.d mengeluh sulit menggerakkan kaki kanan, kekuatan otot menurun,</p>

	<p>skor pasien adalah 0 dengan kategori ketergantungan berat</p> <p>2. Aktivitas dan mobilisasi pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>3. Rentang gerak pasien menurun dan Gerakan terbatas</p>		<p>pasien menurun</p> <p>2. Kekuatan otot pasien 5 pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, 1 pada ekstremitas atas bawah sebelah kanan.</p> <p>3. Pada pemeriksaan status fungsional/ barthel indeks skor pasien adalah 0 dengan kategori ketergantungan berat</p> <p>4. Rentang gerak pasien menurun dan Gerakan terbatas</p>	<p>rentang gerak pasien menurun dan gerakan pasien terbatas</p>
4	<p>DS : Tidak dapat dikaji</p> <p>DO : 1. Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS : E2M4M2)</p> <p>2. Personal hygiene pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</p>	<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109) b.d gangguan neuromuskuler d.d pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri</p>	<p>DS : Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>DO : 1. Personal hygiene pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>2. Pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan</p>	<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109) b.d gangguan neuromuskuler d.d pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri</p>

	3. Pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri		pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri	
5	<p>DS : Tidak dapat dikaji</p> <p>DO : 1. Pasien mengalami penurunan mobilitas 2. Pasien tirah baring 3. Nilai risiko dekubitus pasien pada kategori pasien dengan risiko tinggi yaitu 12</p>	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139) d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring</p>	<p>DS : Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan</p> <p>DO : 1. Kekuatan otot pasien 5 pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, 1 pada ekstremitas atas bawah sebelah kanan. 2. Total skor dari hasil penilaian dengan menggunakan <i>Morse Fall Scale</i> didapatkan skor 45 dengan kategori risiko tinggi</p>	<p>Risiko Jatuh (D.0143) b.d kekuatan otot menurun d.d pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan</p>
6	<p>DS : Tidak dapat dikaji</p> <p>DO :</p>	<p>Risiko Jatuh (D.0143) b.d penurunan tingkat kesadaran d.d GCS : E2M4M2</p>		



1. Pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran GCS : E2M4V2			
2. Total skor dari hasil penilaian dengan menggunakan Morse Fall Scale didapatkan skor pasien 60 dengan kategori risiko tinggi			

### C. Intervensi Keperawatan

**Tabel 4.6**

Intervensi Keperawatan pada Pasien 1 (Ny.S) dengan Stroke Hemoragik di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggara

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Selasa 09 Mei 2023	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) b.d depresi pusat pernapasan d.d tampak adanya retraksi dada, adanya penggunaan otot bantu napas, frekuensi napas 25 x/menit, pola	<b>Pola Napas (L.01004)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam maka pola napas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun	<b>Terapi Oksigen (I.01026)</b> <i>Observasi :</i> 1.1 Monitor aliran kecepatan oksigen 1.2 Monitor efektifitas terapi oksigen 1.3 Monitor

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		napas pasien cepat	3. Frekuensi napas membaik 4. Kedalaman napas membaik	integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <i>Terapeutik :</i> 1.4 Berikan oksigen tambahan 1.5 Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi <i>Edukasi :</i> 1.6 Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah <i>Kolaborasi :</i> 1.7 Kolaborasi penentuan dosis oksigen
2	Selasa 09 Mei 2023	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066) b.d edema serebral d.d tekanan darah 160/100 mmHg nadi 105 x/menit, pola napas irregular, kesadaran somnolen GCS : E2M4V2	<b>Perfusi Serebral (L.02014)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Gelisah menurun 3. Nilai rata – rata tekanan darah membaik	<b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b> <i>Observasi :</i> 2.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2.2 Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 2.3 Monitor MAP ( <i>Mean Arterial Pressure</i> ) 2.4 Monitor penurunan tingkat kesadaran

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			4. Tekanan darah sistolik membaik 5. Tekanan darah diastolik membaik	<i>Terapeutik :</i> 2.5 Berikan posisi semi fowler <i>Kolaborasi :</i> 2.6 Kolaborasi pemberian diuretik osmosis
3	Selasa 09 Mei 2023	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d gangguan neuromuskuler d.d rentang gerak pasien menurun dan gerakan pasien terbatas	<b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam maka mobilitas fisik meningkat kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 4. Gerakan terbatas menurun 5. Kelemahan fisik menurun	<b>Perawatan Tirah Baring (I.14572)</b> <i>Observasi :</i> 3.1 Monitor kondisi kulit 3.2 Monitor komplikasi tirah baring <i>Terapeutik :</i> 3.3 Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 3.4 Pasang <i>siderails</i> 3.5 Berikan latihan gerak aktif atau pasif <i>Edukasi :</i> 3.6 Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring
4	Selasa 09 Mei 2023	Defisit Perawatan Diri (D.0109) b.d gangguan neuromuskuler d.d pasien tidak mampu mandi, berhias,	<b>Perawatan Diri (L.11103)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam maka perawatan diri meningkat dengan	<b>Dukungan Perawatan Diri :Mandi(I.11352)</b> <i>Observasi :</i> 4.1 Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 4.2 Monitor kebersihan

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri	kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) meningkat 5. Mempertahankan kebersihan diri	tubuh <i>Terapeutik :</i> 4.3 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4.4 Fasilitasi menggosok gigi 4.5 Fasilitasi mandi <b>Dukungan Perawatan Diri : Makan dan Minum (I.11351)</b> <i>Terapeutik :</i> Berikan bantuan saat makandan minum
5	Selasa 09 Mei 2023	Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139) d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring	<b>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan lapisan kulit menurun 2. Kemerahan menurun 3. Tekstur membaik	<b>Perawatan Integritas Kulit ( 1.11353)</b> <i>Observasi :</i> 5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <i>Terapeutik :</i> 5.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 5.3 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering <i>Edukasi :</i> 5.4 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya



No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
6	Selasa 09 Mei 2023	Risiko Jatuh (D.0143) b.d penurunan tingkat kesadaran d.d GCS : E2M4M2	<b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun	<b>Pencegahan Jatuh (1.14540)</b> <i>Observasi :</i> 6.1 Identifikasi faktor risiko jatuh 6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 6.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall morse scale, humpty dumpty scale</i> ), jika perlu <i>Terapeutik :</i> 6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 6.5 Pasang handrail tempat tidur <i>Edukasi :</i> 6.6 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

Tabel 4.7

Intervensi Keperawatan pada Pasien 2 (Ny.SH) dengan Stroke Hemoragik di  
RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Selasa 09 Mei 2023	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) b.d hipertensi d.d tekanan darah 170/100 mmHg	<b>Perfusi Serebral (L.02014)</b> Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3×24 jam maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Sakit kepala menurun 2. Gelisah menurun 3. Nilai rata - rata tekanan darah membaik 4. Tekanan darah sistolik membaik 5. Tekanan darah diastolik membaik	<b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b> <i>Observasi :</i> 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK 1.2 Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 1.3 Monitor MAP ( <i>Mean Arterial Pressure</i> ) 1.4 Monitor penurunan tingkat kesadaran <i>Terapeutik :</i> 1.5 Berikan posisi semi fowler <i>Kolaborasi :</i> 1.6 Kolaborasi pemberian diuretik osmosis
2	Selasa 09 Mei 2023	Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri,	<b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3×24 jam maka tingkat nyeri menurun	<b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b> <i>Observasi :</i> 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		pasien tampak meringis, frekuensi nadi meningkat (97 x/menit), dan tekanan darah meningkat (170/100 mmHg)	dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik	2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <i>Terapeutik :</i> 2.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Edukasi :</i> 2.5 Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi :</i> 2.6 Kolaborasi pemberian analgesik
3	Selasa 09 Mei 2023	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d gangguan neuromuskuler d.d mengeluh sulit menggerakkan kaki kanan, kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien menurun dan gerakan pasien terbatas	<b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak	<b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b> <i>Observasi :</i> 3.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya 3.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <i>Terapeutik :</i> 3.3 Fasilitasi melakukan pergerakan <i>Edukasi :</i>

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			meningkat 4. Gerakan terbatas menurun 5. Kelemahan fisik menurun	3.4 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 3.5 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
4	Selasa 09 Mei 2023	Defisit Perawatan Diri (D.0109) b.d gangguan neuromuskuler d.d pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri	<b>Perawatan Diri (L.11103)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) meningkat 5. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	<b>Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352)</b> <i>Observasi :</i> 4.1 Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 4.2 Monitor kebersihan tubuh <i>Terapeutik :</i> 4.3 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4.4 Fasilitasi menggosok gigi 4.5 Fasilitasi mandi <b>Dukungan Perawatan Diri : Makan dan Minum (I.11351)</b> <i>Terapeutik :</i> 4.6 Berikan bantuan saat makan dan minum
5	Selasa 09 Mei 2023	Risiko Jatuh (D.0143) b.d kekuatan otot	<b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b> Setelah dilakukan tindakan	<b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b> <i>Observasi :</i>



No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		menurun d.d pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan	keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun	5.1 Identifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 5.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall morse scale</i> , <i>humpty dumpty scale</i> ), jika perlu <i>Terapeutik :</i> 5.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 5.5 Pasang handrail tempat tidur <i>Edukasi :</i> 5.6 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

## D. Implementasi Keperawatan

**Tabel 4.8**

Implementasi Keperawatan pada Pasien 1 (Ny.S) dengan Stroke Hemoragik di  
RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1	Selasa, 09 Mei 2023		
	07.05	1.1 Memantau kecepatan aliran oksigen	Pasien terpasang O2 simple mask 8 lpm
	07.08	2.6 Memberikan obat injeksi furosemid 10 mg (IV)	Obat telah diberikan kepada pasien, observasi TTV dan kesadaran pasien
	07.10	4.4 Menyeka pasien dan mengganti pakaian pasien	Pasien tampak bersih
	07.40	5.3 Menggunakan minyak pada pasien	Kulit pasien tampak lembab
	07.45	4.3 Verbedent tempat tidur pasien dengan yang baru	Bed pasien tampak bersih dan rapi
	08.10	4.4 Membersihkan mulut pasien	Oral hygiene dilakukan, mulut pasien terlihat bersih
	08.20	4.5 Memberikan nutrisi enteral 200 cc kepada pasien melalui NGT	Tidak ada residu, makanan terserap
	08.55	1.2 Memantau efektifitas terapi oksigen dengan melihat saturasi pasien	- Spo2 98% - RR 26 x/menit
	09.00	1.3 Memantau kondisi hidung pasien	Kondisi hidung pasien tidak ada masalah
	09.26	2.4 Memantau tanda dan gejala peningkatan TIK	Pasien penurunan kesadaran, somnolen dengan GCS : E2M4V2, tekanan darah 170/110 mmHg, pasien tenang

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.39	2.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	Adanya <i>intracerebral haemorrhage</i> sebanyak 23,18ml pada pasien dari hasil CT Scan
	09.35	2.2 Mengukur tekanan darah dan MAP pasien	- TD 170/110 mmHg - MAP 150 mmHg
	09.40	2.3 Memantau penurunan kesadaran	Kesadaran pasien somnolen, GCS : E2M4V2
	09.54	3.1 Memeriksa kondisi kulit pasien	Kulit tidak ada kemerahan, elastis, hidrasi baik dan suhu kulit baik
	10.35	6.2 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	Pasien masuk kategori risiko tinggi dengan jumlah skala morse 60
	10.23	3.2 Memantau kemungkinan terdapat luka pada bagian tubuh pasien	Pasien tirah baring beresiko mengalami luka
	10.46	4.6 Memantau kebersihan tubuh pasien	Tubuh pasien bersih, dan pakaian pasien juga bersih
	10.47	4.1 Mengkaji status fungsional atau aktivitas mobilisasi pasien dengan <i>Barthel Indeks</i>	Skor pasien 0 dengan kategori ketergantungan berat, pasien membutuhkan bantuan total
	10.50	6.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh	Lingkungan sekitar pasien terlihat aman
	11.30	2.4 Memberikan pasien posisi kepala berada pada 30 derajat	Posisi telah diberikan, pasien terlihat lebih nyaman
	11.45	3.4 Memasang handrail pada tempat tidur pasien	Handrail terpasang, pasien dalam posisi aman
	12.10	2.5 Memberikan cairan infus mannitol kepada pasien	Kesadaran pasien somnolen, GCS : E2M4V2

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
2	Rabu, 10 Mei 2023		
	08.35	2.5 Memberikan posisi semi fowler kepada pasien	Posisi telah diberikan, pasien tampak merasa nyaman
	08.42	1.1 Memonitor aliran kecepatan oksigen	Pasien terpasang O2 simple mask 8 lpm
	08.45	4.6 Memfasilitasi pasien mandi	Pasien tampak bersih
	08.10	4.7 Menggunakan minyak pada pasien	Kulit pasien tampak lembab
	08.14	4.8 Mengganti sprei tempat tidur pasien	Bed pasien tampak bersih dan rapi
	08.30	2.3 Mengukur tekanan darah dan MAP pasien	- TD 160/90 mmHg - MAP 137 mmHg
	08.54	2.4 Memonitor penurunan tingkat kesadaran	Kesadaran pasien somnolen, GCS : E2M4V2
	09.26	4.7 Memberikan lingkungan yang aman dan nyaman	Lingkungan sekitar pasien terlihat aman dan nyaman
	09.33	6.3 Mengecek roda tempat tidur pasien selalu dalam kondisi terkunci	Pasien dalam keadaan aman
	09.40	3.1 Memonitor kondisi kulit pasien	Kulit tidak ada kemerahan, elastis, hidrasi baik dan suhu kulit baik
	09.55	3.5 Memberikan latihan gerak pasif	Pasien terlihat kaku saat dilakukan gerak pasif
	10.04	3.4 Memasang handrail tempat tidur	Pasien tampak aman
	10.11	1.2 Memonitor efektifitas terapi oksigen	- Spo2 99% - RR 25 x/menit



No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	10.30	1.3 Memantau kondisi hidung pasien	Kondisi hidung pasien tidak ada masalah
	10.32	3.2 Mengubah posisi pasien tiap 2 jam	Pasien tirah baring dan posisi pasien telah diubah
	10.49	3.3 Memantau kemungkinan terdapat luka pada bagian tubuh pasien	Pasien tirah baring beresiko mengalami luka
	11.30	4.2 Memantau kebersihan tubuh pasien	Tubuh pasien bersih, dan pakaian pasien juga bersih
	13.27	2.4 Memantau tanda dan gejala peningkatan TIK	Pasien penurunan kesadaran, somnolen dengan GCS : E2M4V2, tekanan darah 160/90 mmHg, pasien tenang
	14.03	2.5 Memberikan pasien posisi kepala berada pada 30 derajat	Posisi telah diberikan, pasien terlihat nyaman
3	Kamis, 11 Mei 2023		
	15.00	1.1 Monitor kecepatan aliran oksigen	Pasien terpasang O2 simple mask 6 lpm
	15.05	2.3 Memonitor MAP	- TD 155/100 mmHg - MAP 137 mmHg
	15.10	2.4 Memonitor penurunan tingkat kesadaran	Kesadaran pasien apatis, GCS: E3M5V3
	15.25	2.5 Memberikan pasien posisi kepala berada 30 derajat	Posisi telah diberikan, pasien terlihat lebih nyaman
	15.30	3.3 Memonitor kemungkinan terjadinya luka pada pasien	Tirah baring dapat beresiko menyebabkan luka
	15.52	3.4 Memasang handrail	Handrail terpasang, pasien dalam posisi aman

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	16.35	6.4 Memastikan pasien aman dan merapikan bantal dan selimut pasien	Pasien aman terhindar dari berbagai risiko, dan pasien terlihat nyaman
	17.05	1.2 Memonitor efektifitas terapi oksigen	- Spo2 99% - RR 25 x/menit
	17.08	1.3 Memonitor kondisi hidung pasien	Kondisi hidung pasien tidak ada masalah
	17.10	4.5 Memberikan nutrisi enteral 200 cc melalui NGT	Tidak ada residu, makanan terserap
	17.42	6.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh	Lingkungan sekitar pasien terlihat aman
	18.05	4.2 Memantau kebersihan tubuh pasien	Tubuh dan pakaian pasien masih terlihat bersih
	18.09	3.3 Mempertahankan tempat tidur pasien tetap bersih	Bed pasien terlihat bersih dan pasien tampak nyaman
	18.27	4.2 Memonitor MAP pasien	MAP 137 mmHg
	18.55	5.1 Mengubah posisi pasien tiap 2 jam	Posisi telah diberikan, pasien terlihat lebih nyaman
	19.30	2.6 Berkolaborasi pemberian obat minum Amlodipine 10 mg	Obat telah diberikan, observasi tanda-tanda vital
	20.03	2.2 Mengukur tekanan darah dan MAP pasien	- TD 150/90 mmHg - MAP 130 mmHg
	20.12	3.1 Memeriksa kondisi kulit pasien	Kulit tidak ada kemerahan, hidrasi baik dan suhu kulit baik
	20.19	5.4 Mengecek roda tempat tidur pasien selalu dalam kondisi terkunci	Pasien dalam keadaan aman

**Tabel 4.9**

Implementasi Keperawatan pada Pasien 2 (Ny.SH) dengan Stroke Hemoragik di  
RSUD Aji Muhammad Parikesit T e n g g a r o n g

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1	Rabu, 10 Mei 2023		
	08.04	2.1 Menanyakan keluhan nyeri 2.2 Menanyakan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien	Pasien menyatakan dengan gestur tubuh pasien merasakan nyeri di bagian kepala, skala nyeri pasien 5
	08.11	2.3 Menanyakan dampak nyeri yang dirasakan	Pasien tampak gelisah dan tidak nyaman
	08.15	1.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK pada pasien	Pasien mengalami stroke pada tanggal 05 april 2023
	08.23	1.2 Memantau tanda dan gejala peningkatan TIK	Pasien menyatakan merasa sakit di kepalanya
	09.25	1.3 Mengukur tekanan darah dan MAP pasien	- TD 150/90 mmHg - MAP 130 mmHg
	09.28	1.4 Memantau tingkat kesadaran pasien	Kesadaran pasien compos mentis, GCS : E4M6V5
	09.35	3.1 Menanyakan adanya nyeri atau keluhan fisik yang dialami	Pasien menyatakan dengan gestur tubuh pada tangan dan kaki kanan pasien tidak dapat digerakkan
	10.10	3.2 Mengobservasi pasien saat bergerak untuk melihat adanya kelainan atau gangguan	Pasien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki kanannya
	10.23	5.1 Identifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse	Pasien masuk kategori risiko tinggi dengan jumlah skala morse 45

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	10.42	4.1 Mengkaji status fungsional atau aktivitas mobilisasi pasien dengan <i>Barthel indeks</i>	Skor pasien 0 dengan kategoriketergantungan berat, pasien membutuhkan bantuan total
	11.10	5.3 Mengecek roda tempat tidur pasien selalu dalam kondisi terkunci	Pasien dalam keadaan aman
	11.12	1.5 Memberikan pasien posisi semi fowler	Posisi diberikan, pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan
	11.49	2.4 Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri	Pasien dapat melakukan teknik napas dalam
	12.15	3.3 Membantu pasien untuk miring ke kanan dan kiri	Posisi diberikan, pasien tampak nyaman
	12.50	4.6 Memberikan nutrisi enteral 200 cc melalui NGT	Tidak ada residu, makanan teresap
2	Kamis, 11 Mei 2023		
	08.05	4.5 Membantu perawat ruangan memandikan pasien	Pasien sudah dimandikan, pakaian sudah diganti dan pasien terlihat bersih
	08.50	4.8 Membersihkan mulut pasien	Oral hygiene telah dilakukan, mulut pasien terlihat bersih
	09.15	4.6 Memberikan nutrisi enteral 200 cc melalui NGT	Tidak ada residu, makanan teresap
	09.30	1.5 Memberikan pasien posisi semi fowler	Pasien terposisikan dan pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan
	09.35	5.4 Mengecek roda tempat tidur pasien selalu dalam kondisi terkunci	Pasien dalam keadaan aman



No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.38	2.1 Menanyakan apakah keluhan nyeri masih ada 2.2 Menanyakan berapa skala nyeri yang dirasakan	Pasien menyatakan dengan gestur kepalanya sakit tapi sudah berkurang, skala nyeri pasien 3
	09.50	1.2 Memantau tanda dan gejala peningkatan TIK	Pasien masih mengeluh sakit pada kepalanya
	10.00	1.3 Mengukur tekanan darah dan MAP pasien	- TD 165/90 mmHg - MAP 140 mmHg
	10.02	1.4 Memantau tingkat kesadaran pasien	GCS : E4M6V5, kesadaran compos mentis
	11.10	3.5 Membantu pasien untuk miring kanan dan kiri	Posisi diberikan, pasien merasa nyaman dengan posisi nya
	11.15	5.4 Memasang handrail pada tempat tidur pasien	Handrail terpasang, pasien dalam lingkungan aman
	11.25	3.2 Memeriksa tangan dan kaki kanan pasien yang mengalami kelemahan	Tangan dan kaki kanan pasien masih mengalami kelemahan
	12.05	3.4 Mengajarkan pasien untuk berlatih menggerakkan perlahan tangan dan kaki kanan nya	Pasien mampu sedikit-sedikit melakukan nya perlahan
	12.40	4.9 Memberikan nutrisi enteral 200 cc melalui NGT	Tidak ada residu, makanan teresap
	13.00	1.6 Berkolaborasi pemberian amlodipine 10mg 2.7 Berkolaborasi pemberian paracetamol IV 100 gr	Obat telah diberikan, observasi tekanan darah
	13.38	1.4 Memonitor Tekanan darah dan MAP pasien	- TD 155/90 mmHg - MAP 133 mmHg
	13.45	2.5 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurasi rasa nyeri	Pasien dalam melakukan teknik napas dalam yang diajarkan

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
3	Jumat, 12 Mei 2023		
	15.07	2.1 Menanyakan apakah keluhan nyeri masih ada	Pasien menyatakan sakit kepalanya sudah berkurang
	15.19	3.1 Menanyakan adanya nyeri nyeri atau keluhan fisik lainnya	Pasien menyatakan kalau tidak keluhan lain selain tangan dan kaki kanan nya tidak bisa digerakkan
	16.10	1.4 Mengukur tekanan darah dan MAP	- TD 150/80 mmHg - MAP 127 mmHg
	16.36	1.5 Memberikan pasien posisi semi fowler	Pasien terposisikan dan merasa nyaman
	16.51	2.6 Memberikan infus paracetamol 100gr IV	Obat telah diberikan, observasi tanda-tanda vital
	17.00	5.5 Memasang handrail pada tempat tidur	Pasien terlihat aman
	17.22	4.2 Memantau kebersihan tubuh pasien	Tubuh pasien bersih,serta pakaian pasien juga masih bersih
	17.30	1.4 Memantau tingkat kesadaran pasien	GCS : E4V5M6, kesadaran compos mentis
	18.00	5.3 Mengecek roda tempat tidur pasien selalu dalam kondisi terkunci	Pasien tampak lebih aman
	18.13	4.10 Memberikan nutrisi enteral 200 cc melalui NGT	Tidak terdapat residu, makan terserap dengan baik
	19.38	1.2 Berkolaborasi pemberian amlodipine 10mg	Obat telah diberikan, observasi tekanan darah pasien
	19.45	4.3 Menganjurkan pasien melakukan relaksasi napas dalam secara mandiri	Pasien mampu melakukan relaksasi naps dalam untuk mengurangi rasa nyeri

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	19.57	3.3 Membantu pasien untuk miring kanan dan kiri	Posisi diberikan, pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan
	20.10	3.4 Mengajarkan pasien untuk berlatih menggerakkan perlahan tangan dan kaki kanan nya	Pasien mampu melakukan secara perlahan
	20.36	1.5 Memberikan pasien posisi semi fowler	Posisi diberikan, pasien terlihat nyaman
	20.40	5.4 Memasang handrail tempat tidur pasien	Handrail terpasang, pasien dalam keadaan aman

### E. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 4.10**

Evaluasi Keperawatan pada Pasien 1 (Ny.S) dengan Stroke Hemoragik di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Selasa, 09 Mei 2023 14.05	Pola Napas Tidak Efektif b.d depresi pusat pernapasan d.d adanya retraksi dada, penggunaan otot bantu napas, pola napas abnormal (D.0005)	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang simple mask 8 lpm</li> <li>- RR : 28 x/menit Spo2 : 98%</li> <li>- Retraksi dada pada pasien belum menurun</li> <li>- Tampak penggunaan otot bantu napas belum menurun</li> <li>- Pola napas cepat dan dangkal belum membaik</li> </ul> <p>A : Pola Napas (L.01004) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea sedang (3)</li> <li>2. Penggunaan otot bantu napas sedang (3)</li> <li>3. Frekuensi napas sedang (3)</li> <li>4. Kedalaman napas cukup</li> </ol>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor aliran kecepatan oksigen</li> <li>1.2 Monitor efektifitas terapi oksigen</li> <li>1.3 Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</li> <li>1.4 Berikan oksigen tambahan</li> <li>1.7 Kolaborasi penentuan dosis oksigen</li> </ol>
	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 105 x/menit, pola napas irregular, kesadaran somnolen GCS : E2M4V2 (D.0066)</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah 151/104 mmHg</li> <li>- MAP : (106)</li> <li>- Nadi : 103x/menit</li> <li>- RR : 28 x/menit</li> <li>- Temp : 36,9C</li> <li>- Spo2 : 98%</li> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran somnolen GCS E2M4V2</li> </ul> <p>A : Perfusi Serebral (L.02014) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran cukup menurun (2)</li> <li>2. Gelisah cukup menurun (4)</li> <li>3. Nilai rata-rata tekanan darah sedang (3)</li> <li>4. Tekanan darah sistolik sedang (3)</li> <li>5. Tekanan darah diastolik cukup membaik (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2 Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK</li> <li>2.3 Monitor MAP</li> <li>2.4 Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>2.5 Berikan posisi semi fowler</li> </ol>



Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)				
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskuler d.d rentang gerak pasien menurun dan Gerakan pasien terbatas (D.0054)	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tampak adanya pergerakan pada ekstremitas atas dan bawah bagian kanan pada pasien</li> <li>- Gerakan pasien tidak terkoordinasi, gerakan terbatas</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Mbilitas Fisik (L.14572) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas cukup menurun (2)</li> <li>2. Kekuatan otot cukup menurun (2)</li> <li>3. Rentang gerak cukup menurun (2)</li> <li>4. Gerakan terbatas cukup meningkat (2)</li> <li>5. Kelemahan fisik sedang (3)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.2 Monitor komplikasi tirah baring</li> <li>3.3 Pertahankan seprei tetap kering dan tidak kusut</li> <li>3.4 Pasang handrail</li> <li>3.5 Berikan latihan gerak aktif atau pasif</li> </ol>	1	5	1	5
1	5					
1	5					
	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskuler d.d pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri (D.0109)	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</li> <li>- Pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri</li> <li>- Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat</li> </ul>				

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>A : Perawatan Diri (L.11103) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi menurun (1)</li> <li>2. Kemampuan menggunakan pakaian menurun (1)</li> <li>3. Kemampuan makan menurun (1)</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) menurun (1)</li> <li>5. Mempertahankan kebersihan diri sedang (3)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.2 Monitor kebersihan tubuh</li> <li>4.4 Fasilitasi menggosok gigi</li> <li>4.5 Fasilitasi mandi</li> </ol>
	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring (D.0139)</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tirah baring</li> <li>- Risiko decubitus pasien mendapatkan nilai 12 dengan kategori risiko tinggi</li> <li>- Tekstur kulit cukup membaik</li> </ul> <p>A : Integritas Kulit/Jaringan (L.14125) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan lapisan kulit sedang (3)</li> <li>2. Kemerahan sedang (3)</li> <li>3. Tekstur sedang (3)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.3 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit</li> <li>5.4 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ol>
	<p>Risiko Jatuh b.d penurunan tingkat kesadaran d.d GCS : E2M4V2 (D.0143)</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan</li> </ul>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- kesadaran dengan GCS E2M4V2</li> <li>- Kekuatan otot pasien menurun</li> <li>- Pasien tirah baring lama</li> <li>- Penilaian skala morse pasien berisiko tinggi jatuh dengan jumlah skor 45</li> <li>- Roda tempat tidur selalu terkunci dan handrall selalu terpasang</li> <li>- Jatuh dari tempat tidur cukup menurun</li> </ul> <p>A : Tingkat Jatuh (L.14138) cukup menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur cukup menurun (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>6.3 Pastikan roda tempat tidur dan kunci roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>6.4 Pasang handrail tempat tidur</li> </ol>
Rabu, 10 Mei 2023 15.00	Pola Napas Tidak Efektif b.d depresi pusat pernapasan d.d adanya retraksi dada, penggunaan otot bantu napas, pola napas abnormal (D.0005)	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retraksi dada pada pasien cukup menurun</li> <li>- Tampak penggunaan otot bantu napas cukup menurun</li> <li>- Pola napas masih cepat</li> <li>- RR 24 x/menit, Spo2 99%</li> <li>- Terpasang simple mask 6 lpm</li> </ul> <p>A : Pola Napas (L.01004) cukup meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea cukup menurun (4)</li> <li>2. Penggunaan otot bantu napas cukup menurun (4)</li> <li>3. Frekuensi napas cukup membaik (4)</li> <li>4. Kedalaman napas membaik (5)</li> </ol>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor pola napas 1.2 Monitor bunyi napas 1.3 Posisikan semi fowler 1.4 Berikan oksigen
	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 105 x/menit, pola napas irregular, kesadaran somnolen GCS : E2M4V2 (D.0066)	S : Pasien tidak dapat dikaji  O : - Tekanan darah 161/100 mmHg - MAP : 108 mmHg - Nadi : 109 x/menit - RR : 24 x/menit - Temp : 36,9°C - Spo2 : 97% - Tingkat kesadaran pasien somnolen GCS : E2M4V2 - Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik  A : Perfusi Serebral (L.02014) belum meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran sedang (3) 2. Gelisah menurun (5) 3. Nilai rata-rata tekanan darah sedang (3) 4. Tekanan darah sistolik sedang (3) 5. Tekanan darah diastolik cukup membaik (4)  P : Lanjutkan intervensi 2.2 Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 2.3 Monitor MAP 2.4 Monitor penurunan tingkat kesadaran 2.5 Berikan posisi semi fowler 2.6 Kolaborasi pemberian diuretik osmosis
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskuler d.d rentang gerak pasien	S : Pasien tidak dapat dikaji



Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)				
	menurun dan Gerakan pasien terbatas (D.0054)	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerakan pasien tidak terkoordinasi, pasien tampak tenang</li> <li>- Tidak tampak pergerakan pada anggota tubuh sebelah kiri</li> <li>- Gerakan pasien tampak terbatas</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Mabilas Fisik (L.14572) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas cukup menurun (2)</li> <li>2. Kekuatan otot cukup menurun (2)</li> <li>3. Rentang gerak cukup menurun (2)</li> <li>4. Gerakan terbatas cukup meningkat (2)</li> <li>5. Kelemahan fisik sedang (3)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.2 Monitor komplikasi tirah baring</li> <li>3.3 Pertahankan seprei tetap kering dan tidak kusut</li> <li>3.4 Pasang siderails</li> <li>3.5 Berikan latihan gerak aktif atau pasif</li> </ol>	1	5	1	5
1	5					
1	5					
	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskuler d.d pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri (D.0109)	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</li> <li>- Pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri</li> <li>- Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat</li> </ul> <p>A : Perawatan Diri (L.11103) belum meningkat, dengan kriteria</p>				

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi menurun (1)</li> <li>2. Kemampuan menggunakan pakaian menurun (1)</li> <li>3. Kemampuan makan menurun (1)</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) menurun (1)</li> <li>5. Mempertahankan kebersihan diri sedang (3)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.2 Monitor kebersihan tubuh</li> <li>4.3 Fasilitasi menggosok gigi</li> <li>4.4 Fasilitasi mandi</li> </ol>
	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring (D.0139)</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tirah baring</li> <li>- Risiko dekubitus pasien mendapatkan nilai 12 dengan kategori risiko tinggi decubitus Tekstur cukup membaik</li> </ul> <p>A : Integritas Kulit/Jaringan (L.14125) cukup meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan lapisan kulit sedang(3)</li> <li>2. Kemerahan cukup menurun (4)</li> <li>3. Tekstur cukup membaik (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>5.3 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> <li>5.4 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ol>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Risiko Jatuh b.d penurunan tingkat kesadaran d.d GCS : E2M4V2 (D.0143)	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih penurunan kesadaran dengan GCS : E2V2M4</li> <li>- Kekuatan otot pasien menurun</li> <li>- Pasien tirah baring</li> <li>- Roda tempat tidur selalu terkunci dan handrail selalu terpasang</li> <li>- Jatuh dari tempat tidur cukup menurun</li> </ul> <p>A : Tingkat Jatuh (L.14138) cukup menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur cukup menurun (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>6.3 Pastikan roda tempat tidur dan kunci roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>6.5 Pasang handrail tempat tidur</li> </ol>
Kamis, 11 Mei 2023 21.00	Pola Napas Tidak Efektif b.d depresi pusat pernapasan d.d adanya retraksi dada, penggunaan otot bantu napas, pola napas abnormal (D.0005)	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang simple mask 4 lpm</li> <li>- RR : 23 x/menit</li> <li>- Pasien dalam posisi semi fowler</li> <li>- Dispnea cukup menurun</li> <li>- Frekuensi napas cukup membaik</li> </ul> <p>A : Pola Napas (L.01004) cukup meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea cukup menurun (4) Penggunaan otot bantu napas cukup menurun (4)</li> <li>2. Frekuensi napas membaik (5)</li> <li>3. Kedalaman napas membaik (5)</li> </ol>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Monitor aliran kecepatan oksigen Monitor efektifitas terapi oksigen</p> <p>1.2 Monitor efektifitas terapi oksigen</p> <p>1.3 Monitor integritas mukosa hidung kibat pemasangan oksigen</p> <p>1.8 Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p>
	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 105 x/menit, pola napas irregular, kesadaran somnolen GCS : E2M4V2 (D.0066)</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah 163/108 mmHg</li> <li>- MAP 110 mmHg</li> <li>- Nadi 96 x/menit</li> <li>- RR 23 x/menit</li> <li>- Temp : 37,2°C</li> <li>- Spo2 : 98%</li> <li>- Tingkat kesadaran pasien meningkat apatis GCS E3M5V3</li> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik</li> </ul> <p>A : Perfusi Serebral (L.02014) cukup meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran sedang (3)</li> <li>2. Gelisah menurun (5)</li> <li>3. Nilai rata-rata tekanan darah sedang (3)</li> <li>4. Tekanan darah sistolik sedang (3)</li> <li>5. Tekanan darah diastolik cukup membaik (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.3 Monitor MAP</p> <p>2.4 Monitor penurunan tingkat kesadaran</p>



Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		2.5 Berikan posisi semi fowler 2.6 Kolaborasi pemberian diuretik osmosis
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskuler d.d rentang gerak pasien menurun dan gerakan pasien terbatas (D.0054)	S : Pasien tidak dapat dikaji  O : - Pergerakan ekstremitas menurun - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak menurun - Gerakan terbatas cukup meningkat - Kelemahan fisik cukup meningkat 1   5 --- 1   5  A : Mobilitas Fisik (L.14572) belum meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas cukup menurun (2) 2. Kekuatan otot cukup menurun (2) 3. Rentang gerak cukup menurun (2) 4. Gerakan terbatas sedang (3) 5. Kelemahan fisik sedang (3)  P : Lanjutkan intervensi 3.1 Monitor kondisi kulit 3.2 Monitor komplikasi tirah baring 3.5 Pasang siderail 3.6 Berikan latihan gerak aktif atau pasif
	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskuler d.d pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri (D.0109)	S : Pasien tidak dapat dikaji  O : - Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri - Pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri - Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat - Kemampuan mandi menurun

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan makan menurun</li> <li>- Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) menurun</li> </ul> <p>A : Perawatan Diri (L.11103) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi menurun (1)</li> <li>2. Kemampuan menggunakan pakaian menurun (1)</li> <li>3. Kemampuan makan menurun (1)</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) menurun (1)</li> <li>5. Mempertahankan kebersihan diri sedang (3)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.2 Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>4.3 Monitor kebersihan tubuh</li> <li>4.3 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>4.4 Fasilitasi mandi</li> <li>4.5 Berikan bantuan saat makan dan minum</li> </ol>
	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan d.d pasien mengalami penurunan mobilitas dan tirah baring (D.0139)</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tirah baring</li> <li>- Tekstur membaik</li> <li>- Risiko dekubitus pasien mendapat nilai 12 dengan kategori risiko tinggi decubitus</li> </ul> <p>A : Integritas Kulit/Jaringan (L.14125) cukup meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan lapisan kulit sedang (3)</li> <li>2. Kemerahan cukup menurun (4)</li> <li>3. Tekstur cukup membaik (4)</li> </ol>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.3 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>5.4 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
	<p>Risiko Jatuh b.d penurunan tingkat kesadaran d.d GCS : E2M4V2 (D.0143)</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E3M5V3</li> <li>- Kekuatan otot pasien menurun</li> <li>- Pasien tirah baring lama</li> <li>- Skala morse pasien 45 dengan kategori risiko tinggi</li> <li>- Jatuh dari tempat tidur cukup menurun</li> </ul> <p>A : Tingkat Jatuh (L.14138) cukup menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur cukup menurun (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>6.6 Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>6.7 Pasang handrail tempat tidur</p>

**Tabel 4.11**  
Evaluasi Keperawatan pada Pasien 2 (Ny.SH) dengan Stroke Hemoragik di  
RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Rabu, 10 Mei 2023 14.20	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d hipertensi d.d tekanan darah 170/100 mmHg (D.0017)	<p>S : Pasien mengatakan merasa sakit di kepalanya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang O2 Nasal kanul 3 lpm</li> <li>- Tekanan darah 168/84 mmHg</li> <li>- MAP 109 mmHg</li> <li>- Nadi : 104 x/menit</li> <li>- RR : 24 x/menit</li> <li>- Temp : 37,3°C</li> <li>- SpO2 : 98%</li> <li>- Kesadaran compos mentis, GCS E4M6V5</li> <li>- Tampak gelisah pada pasien</li> </ul> <p>A : Perfusi Serebral (L.02014) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sakit kepala sedang (3)</li> <li>2. Gelisah sedang (3)</li> <li>3. Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik (4)</li> <li>4. Tekanan darah sistolik sedang (3)</li> <li>5. Tekanan darah diastolik membaik (5)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.2 Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK</li> <li>1.3 Monitor MAP</li> <li>1.4 Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>1.5 Berikan posisi semi fowler</li> <li>1.6 Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</li> </ol>
	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, frekuensi nadi meningkat (D.0077)	S : Pasien menyatakan dengan gestur sakit di kepala masih ada tetapi sedikit berkurang, skor nyeri pasien 4



Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)				
		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tampak meringis dan masih gelisah</li> <li>- Tekanan darah 168/84 mmHg</li> <li>- Nadi 102x/menit</li> </ul> <p>A : Tingkat Nyeri (L.08066) belum menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri sedang (3)</li> <li>2. Meringis sedang (3)</li> <li>3. Gelisah sedang (3)</li> <li>4. Frekuensi nadi sedang (3)</li> <li>5. Tekanan darah sedang (3)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.1 Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2.2 Kolaborasi pemberian obat analgetik</li> </ol>				
	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskuler d.d mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan, kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien menurun dan gerakan pasien terbatas (D.0054)</p>	<p>S : Pasien menyatakan tangan dan kaki kanannya sulit digerakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah</li> <li>- Gerakan pasien terbatas</li> <li>- Skala kekuatan otot :</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Mobilitas Fisik (L.05042) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas sedang (3)</li> <li>2. Kekuatan otot sedang (3)</li> <li>3. Rentang gerak sedang (3)</li> <li>4. Gerakan terbatas cukup</li> </ol>	1	5	1	5
1	5					
1	5					

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>menurun (4)</p> <p>5. Kelemahan fisik cukup menurun (4)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Fasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>3.3 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
	<p>Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskuler d.d pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri (D.0109)</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan sebagian anggota tubuhnya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</li> <li>- Pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri</li> </ul> <p>A : Perawatan Diri (L.11103) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi cukup menurun (2)</li> <li>2. Kemampuan menggunakan pakaian cukup menurun (2)</li> <li>3. Kemampuan makan cukup menurun (2)</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) cukup menurun (2)</li> <li>5. Mempertahankan kebersihan diri sedang (3)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.2 Monitor kebersihan tubuh</p> <p>4.4 Fasilitasi menggosok gigi</p> <p>4.5 Fasilitasi mandi</p>
	<p>Risiko Jatuh b.d kekuatan otot menurun d.d pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan (D.0143)</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak mampu menggerakkan kaki dan tangan kanan nya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot pasien menurun</li> </ul>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penilaian skala morse pasien berisiko tinggi jatuh dengan jumlah skor 45</li> <li>- Roda tempat tidur selalu terkunci dan</li> <li>- handrail selalu terpasang</li> <li>- Jatuh dari tempat tidur cukup menurun</li> </ul> <p>A : Tingkat Jatuh (L.14138) belum menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur sedang (3)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>5.5 Pastikan roda tempat tidur dan kunci roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>5.6 Pasang handrail tempat tidur</li> </ol>
<p>Kamis, 10 Mei 2023 14.18</p>	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d hipertensi d.d tekanan darah 170/100 mmHg (D.0017)</p>	<p>S : Pasien menyatakan kalau sakit kepalanya sudah mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah 155/95 mmHg</li> <li>- MAP 105 mmHg</li> <li>- Nadi : 98 x/menit</li> <li>- RR : 22 x/menit</li> <li>- Temp : 36,7°C</li> <li>- Spo2 : 98%</li> <li>- Kesadaran compos mentis</li> <li>- GCS : E4M6V5</li> <li>- Sakit kepala cukup menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> </ul> <p>A : Perfusi Serebral (L.02014) cukup meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sakit kepala cukup menurun (4)</li> <li>2. Gelisah menurun (5)</li> <li>3. Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik (4)</li> <li>4. Tekanan darah sistolik</li> </ol>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>cukup membaik (4)</p> <p>5. Tekanan darah diastolik membaik (5)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Monitor MAP</p> <p>1.2 Berikan posisi semi fowler</p> <p>1.3 Kolaborasi pemberian diuretik osmosis</p>
	<p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, frekuensi nadi meningkat (D.0077)</p>	<p>S : - Pasien menyatakan nyeri dikepalanya masih terasa</p> <p>- Skala nyeri 3</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak lebih rileks</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah 155/95 mmHg</li> <li>- Nadi 98 x/menit</li> <li>- Keluhan nyeri cukup menurun</li> <li>- Meringis cukup menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Frekuensi nadi membaik</li> <li>- Tekanan darah cukup membaik</li> </ul> <p>A : Tingkat Nyeri (L.08066) cukup menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri cukup menurun (4)</li> <li>2. Meringis cukup menurun (4)</li> <li>3. Gelisah menurun (5)</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik (5)</li> <li>5. Tekanan darah cukup membaik (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.3 Identifikasi skala nyeri</p> <p>2.4 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>2.5 Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2.6 Kolaborasi pemberian analgesik</p>
	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskuler d.d</p>	<p>S : Pasien menyatakan dengan</p>



Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)				
	<p>mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan, kakuatan otot menurun, rentang gerak pasien menurun dan gerakan pasien terbatas (D.0054)</p>	<p>gestur kaki dan tangan kanannya masih sulit digerakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah</li> <li>- Gerakan pasien terbatas</li> <li>- Pasien tampak mencoba menggerakkan anggota tubuh yang lemah</li> <li>- Kelemahan fisik cukup menurun</li> <li>- Skala kekuatan otot :</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; padding: 0 10px;">1</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 0 10px;">1</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Mobilitas Fisik (L.05042) cukup meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas sedang (3)</li> <li>2. Kekuatan otot sedang (3)</li> <li>3. Rentang gerak cukup meningkat (4)</li> <li>4. Gerakan terbatas cukup menurun (4)</li> <li>5. Kelemahan fisik cukup menurun (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.3 Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>3.4 Ajarkan mobilisasi sederhana</li> </ol>	1	5	1	5
1	5					
1	5					
	<p>Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskuler d.d pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri (D.0109)</p>	<p>S : Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas dan lainnya secara mandiri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</li> <li>- Pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri</li> <li>- Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga</li> </ul>				

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan mandi menurun</li> <li>- Kemampuan mengenakan pakaian menurun</li> <li>- Kemampuan makan menurun</li> <li>- Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) menurun</li> </ul> <p>A : Perawatan Diri (L.11103) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi cukup menurun (2)</li> <li>2. Kemampuan menggunakan pakaian cukup menurun (2)</li> <li>3. Kemampuan makan cukup menurun (2)</li> <li>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) cukup menurun (2)</li> <li>5. Mempertahankan kebersihan diri cukup meningkat (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>4.2 Monitor kebersihan tubuh</li> <li>4.3 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>4.6 Fasilitasi mandi</li> </ol> <p>Berikan bantuan saat makan dan minum</p>
	<p>Risiko Jatuh b.d kekuatan otot menurun d.d pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan (D.0143)</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih belum mampu menggerakkan sebagian anggota tubuhnya, terutama kaki dan tangan sebelah kanannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot pasien menurun</li> <li>- Penilaian skala morse pasien berisiko tinggi jatuh dengan jumlah skor 45</li> <li>- Roda tempat tidur selalu terkunci dan handrail selalu terpasang</li> <li>- Jatuh dari tempat tidur cukup menurun</li> </ul>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>A : Tingkat Jatuh (L.14138) belum menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat cukup menurun (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>5.5 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>5.6 Pasang handrail tempat tidur</li> <li>5.7 Anjurkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</li> </ol>
<p>Jumat, 11 Mei 2023 21.09</p>	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d hipertensi d.d tekanan darah 170/100 mmHg (D.0017)</p>	<p>S : Pasien menyatakan kalau sakit kepalanya sudah mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang O2 Nasal kanul 3 lpm</li> <li>- Tekanan darah 150/90 mmHg</li> <li>- MAP 105 mmHg</li> <li>- Nadi : 96 x/menit</li> <li>- RR : 23 x/menit</li> <li>- Temp : 37°C</li> <li>- Spo2 : 99%</li> <li>- Sakit kepala cukup menurun</li> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah membaik</li> </ul> <p>A : Perfusi Serebral (L.02014) cukup meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sakit kepala cukup menurun (4)</li> <li>2. Gelisah menurun (5)</li> <li>3. Nilai rata-rata tekanan darah</li> <li>4. cukup membaik (4)</li> <li>5. Tekanan darah sistolik cukup membaik (4)</li> <li>6. Tekanan darah diastolik membaik (5)</li> </ol>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		P : Lanjutkan intervensi 1.3 Monitor MAP 1.4 Berikan posisi semi fowler
	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, frekuensi nadi meningkat (D.0077)	S : Pasien mengatakan sakit kepala nya masih terasa hilang timbul, skala nyeri 2  O : - Pasien tampak lebih rileks - Tekanan darah 150/90 mmHg - Nadi 96 x/menit - Keluhan nyeri cukup menurun - Meringis cukup menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nadi membaik - Tekanan darah membaik  A : Tingkat Nyeri (L.08066) cukup menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri cukup menurun (4) 2. Meringis cukup menurun (4) 3. Gelisah menurun (5) 4. Frekuensi nadi membaik (5) 5. Tekanan darah membaik (5)  P : Lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi skala nyeri Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2.2 Kolaborasi pemberian analgetik
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuskuler d.d mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan, kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien menurun dan gerakan pasien terbatas (D.0054)	S : Pasien mengatakan kaki dan tangan kanannya masih sulit digerakkan  O : - Pasien masih tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah - Gerakan pasien masih terbatas - Pasien tampak mencoba



Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- menggerakkan anggota tubuh yang lemah</li> <li>- Kelemahan fisik cukup menurun</li> </ul> <p>A : Mobilitas Fisik (L.05042) cukup meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas sedang (3)</li> <li>2. Kekuatan otot sedang (3)</li> <li>3. Rentang gerak cukup meningkat (4)</li> <li>4. Gerakan terbatas cukup menurun (4)</li> <li>5. Kelemahan fisik cukup menurun (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya</li> <li>3.2 Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>3.5 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol>
	<p>Defisit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuskuler d.d pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri (D.0109)</p>	<p>S : Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas dan lainnya secara mandiri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</li> <li>- Pasien masih belum dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri</li> <li>- Perawatan diri pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>A : Perawatan Diri (L.11103) belum meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi cukup menurun (2)</li> <li>2. Kemampuan menggunakan pakaian cukup menurun (2)</li> <li>3. Kemampuan makan cukup menurun (2)</li> <li>4. Kemampuan ke toilet</li> </ol>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>5. (BAB/BAK) cukup menurun (2)</p> <p>6. Mempertahankan kebersihan diri cukup meningkat (4)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.2 Monitor kebersihan tubuh</p> <p>4.3 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>4.4 Fasilitasi mandi</p> <p>4.5 Berikan bantuan saat makan dan minum</p>
	<p>Risiko Jatuh b.d kekuatan otot menurun d.d pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan (D.0143)</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih belum mampu menggerakkan sebagian anggota tubuhnya, tetutama kaki dan tangan sebelah kanannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot pasien menurun</li> <li>- Gerakan pasien terbatas</li> <li>- Penilaian skala morse pasien berisiko tinggi jatuh dengan jumlah skor 45</li> <li>- Roda tempat tidur selalu terkunci</li> <li>- Handrail selalu terpasang</li> <li>- Jatuh dari tempat tidur cukup menurun</li> </ul> <p>A : Tingkat Jatuh (L.14138) belum menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat cukup menurun (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>5.4 Pasang roda tempat tidur selalu terkunci</p> <p>5.5 Pasang handrail tempat tidur</p>

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Pola Nafas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Depresi Pernapasan (D.0005)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan pola napas tidak efektif yang muncul hanya pada pasien 1 (Ny.S) yang ditandai dengan, tampak pernapasan sesak pada pasien, adanya penggunaan otot bantu napas, frekuensi napas 25 x/menit, pola napas cepat dan dangkal, pada pasien terpasang oksigen simple mask 8 liter/menit. Penulis berasumsi munculnya masalah pola napas yang hanya terjadi pada pasien 1 (Ny.S) dikarenakan kondisi penurunan kesadaran yang mengindikasikan adanya peningkatan tekanan intrakranial menyebabkan depresi pada pusat pernapasan, hal ini tidak terjadi pada pasien 2 (Ny.SH), karena pasien tidak mengalami penurunan kesadaran. Pola napas tidak efektif terjadi karena edema serebral yang menyebabkan depresi pada medulla oblongata, depresi tersebut menyebabkan gangguan fungsi dari medulla oblongata itu sendiri (Nurarif & Kusuma, 2015).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi keperawatan yang dilaksanakan berupa terapi oksigen, pemberian terapi oksigen bertujuan untuk memaksimalkan proses bernapas, meminimalkan beban pernapasan serta membantu tubuh untuk memenuhi suplai oksigen ke jaringan (Wardani et al., 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan selama dua hari pada pasien adalah memantau kecepatan aliran oksigen, memantau kondisi mukosa

hidung saat diberikan oksigen, memantau efektifitas terapi oksigen dan memberikan terapi oksigen melalui simple mask dengan dosis oksigen 8 liter/menit.

Hasil evaluasi masalah keperawatan pola napas tidak efektif pada pasien 1 (Ny.S) di hari pertama didapatkan pola napas belum meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusun yaitu, tampak pernapasan sesak pada pasien belum menurun, penggunaan otot bantu napas belum menurun, frekuensi napas 28 x/menit, pola napas cepat dan dangkal belum membaik, sehingga intervensi terapi oksigen masih perlu dilanjutkan. Sedangkan hasil evaluasi yang didapatkan pada hari kedua dan hari ketiga yaitu pola napas cukup meningkat karena data yang ditemukan ada beberapa yang telah memenuhi kriteria hasil yang disusun yaitu, pernapasan sesak pada pasien cukup menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas 23 x/menit, pola napas cepat dan dangkal menurun. Penulis berasumsi pemberian terapi oksigen pada pasien 1 (Ny.S) membantu meminimalkan beban pernapasan serta membantu pemenuhan suplai oksigen sehingga masalah pola napas tidak efektif pada pasien 1 (Ny.S) cukup menurun, sehingga intervensi masih tetap dilanjutkan.

#### **4.2.2 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Berhubungan Dengan Edema Serebral (D.0066)**

Hasil pengkajian pada pasien 1 (Ny.S) didapatkan adanya riwayat hipertensi yang tidak terkontrol, hasil pemeriksaan tanda – tanda vital



pasien didapatkan tekanan darah 160/100 mmHg, frekuensi nadi 105 x/menit, pasien mengalami penurunan kesadaran somnolen dengan nilai GCS E<sub>2</sub>M<sub>4</sub>V<sub>2</sub>. Penulis berasumsi masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang hanya muncul pada pasien 1(Ny.S) dikarenakan kondisi penurunan kesadaran yang mengindikasikan adanya cedera otak yang terjadi sehingga perfusi serebral tidak efektif, masalah ini tidak muncul pada pasien 2 (Ny.SH) karena tidak terjadi penurunan kesadaran. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial 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, 2015).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien 1 (Ny.S) berupa manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Adapun pemberian intervensi ini ditujukan untuk mencegah keparahan yang akan terjadi seperti kematian dan cedera otak yang disebabkan oleh edema otak (Pramesti & Kristinawati, 2020).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien 1 (Ny.S) selama tiga hari berupa mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial, memantau tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial, memantau tekanan darah dan *mean arterial pressure* (MAP), memantau tingkat kesadaran, memberikan posisi semi fowler dan memberikan cairan infus manitol kepada pasien.

Hasil evaluasi pada pasien 1 (Ny.S) di hari pertama dan hari kedua

didapatkan penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum membaik 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 1 (Ny.S) masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial cukup membaik karena data yang didapatkan sebagian telah memenuhi kriteria hasil yang disusun yaitu, tekanan darah cukup membaik (163/108 mmHg), nilai MAP membaik (110 mmHg), dan kesadaran apatis E3M5V3, sehingga pada pasien 1 (Ny.S) intervensi manajemen peningkatan intrakranial masih perlu dilanjutkan. Penulis berasumsi manajemen peningkatan intrakranial 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.

#### **4.2.3 Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dibuktikan Dengan Hipertensi (D.0017)**

Hasil pengkajian pada pasien 2 (Ny.SH) ditemukan adanya masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif. Pada pasien 2 (Ny.SH) didapatkan adanya riwayat hipertensi yang tidak terkontrol, pasien menyatakan nyeri di kepala dan pada hasil pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah 170/100 mmHg, frekuensi nadi 97 x/menit, kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS E4V5M6. Penulis berasumsi masalah risiko perfusi serebral tidak efektif yang

muncul hanya pada pasien 2 (Ny,SH) disebabkan tekanan darah yang terlalu tinggi dapat berisiko menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak yang dapat menyebabkan perfusi serebral menjadi tidak efektif, masalah ini tidak muncul pada pasien 1 (Ny.S) karena telah terjadi penurunan kesadaran yang mana mengindikasikan terjadinya cedera otak yang menyebabkan perfusi serebral tidak efektif. Risiko perfusi serebral tidak efektif terjadi karena ruptur pada pembuluh darah di otak yang menyebabkan penambahan massa di otak, hal tersebut mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial sehingga otak mengalami iskemia yang mana menyebabkan suplai oksigen ke jaringan di otak tidak adekuat (Nurarif & Kusuma, 2015).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien 2 (Ny.SH) berupa manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Adapun pemberian intervensi ini ditujukan untuk mencegah keparahan yang akan terjadi seperti kematian dan cedera otak yang disebabkan oleh edema otak (Pramesti & Kristinawati, 2020).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien 2 (Ny.SH) selama tiga hari berupa mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial, memantau tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial, memantau tekanan darah dan *mean arterial pressure* (MAP), memantau tingkat kesadaran, memberikan posisi semi fowler dan memberikan cairan infus manitol kepada pasien.

Hasil evaluasi yang didapatkan di hari pertama pada pasien 2

(Ny.SH), perfusi serebral belum meningkat karena data yang didapatkan belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusun, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan. Adapun hasil evaluasi yang didapatkan di hari kedua dan ketiga pada pasien 2 (Ny.SH), perfusi serebral cukup meningkat karena data yang didapatkan ada beberapa yang telah memenuhi kriteria hasil yang disusun, yaitu keluhan nyeri kepala pada pasien cukup menurun, tekanan darah pasien cukup membaik (150/90 mmHg), nilai MAP membaik (105 mmHg). Penulis berasumsi pemberian manajemen peningkatan tekanan intrakranial mencegah terjadinya keparahan cedera otak yang terjadi pada pasien, sehingga pada pasien tidak terjadi penurunan kesadaran dan cedera otak yang berlebihan.

#### **4.2.4 Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)**

Pada hasil pengkajian ditemukan masalah keperawatan nyeri akut yang hanya muncul pada pasien 2 (Ny.SH) yang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada kepala, dengan skala 5, pasien tampak meringis dan gelisah tekanan darah (170/100 mmHg), frekuensi nadi 97 x/menit. Penulis berasumsi tidak munculnya masalah keperawatan nyeri akut pada pasien 1 (Ny.S) karena pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga tidak dapat dilakukan pengkajian nyeri. Nyeri akut terjadi karena iskemia pada otak yang memicu terjadinya metabolisme anaerob yang juga memicu peningkatan asam laktat sehingga menyebabkan nyeri pada pasien (Nurarif & Kusuma, 2015).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang



dilaksanakan berupa manajemen nyeri pada pasien. Manajemen nyeri bertujuan untuk mengurangi rasa sakit yang dialami oleh pasien sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien (Dewi & Ropyanto, 2018).

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari berupa mengidentifikasi keluhan nyeri yang dirasakan, mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan, mengajarkan teknik napas dalam kepada pasien, dan memberikan infus paracetamol pada pasien.

Hasil evaluasi hari pertama yang didapatkan pada pasien 2 (Ny.SH), tingkat nyeri belum menurun karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun oleh karena itu intervensi manajemen nyeri masih perlu dilanjutkan, sedangkan hasil evaluasi pada hari kedua dan hari ketiga didapatkan tingkat nyeri cukup menurun karena data yang ditemukan ada beberapa yang telah memenuhi kriteria hasil yang disusun yaitu, keluhan nyeri pada kepala cukup menurun, skala nyeri yang dirasakan pasien berkurang menjadi 2, pasien tampak lebih rileks dan tidak gelisah, tekanan darah 150/90 mmHg, frekuensi nadi 96 x/menit. Karena masih adanya keluhan nyeri kepala pada pasien 2 (Ny.SH) maka intervensi masih tetap dilanjutkan.

#### **4.2.5 Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Dibuktikan Dengan Pasien Mengalami Penurunan Mobilitas dan Tirah Baring (D.0139)**

Pada hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien 1 (Ny.S) ditemukan adanya masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit /

jaringan. Pada pasien 1 (Ny.S) didapatkan kedua pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien tirah baring, total skor barthel indeks pasien 0 dengan kategori ketergantungan berat, pada penilaian dekubitus total skor pasien adalah 12 dengan kategori pasien berisiko tinggi dekubitus. Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien 1 (Ny.S) berupa perawatan integritas kulit, yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembaban, dan mencegah perkembangan mikroorganisme (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien 1 (Ny.S) selama tiga hari yaitu menggunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering, menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

Hasil evaluasi pada pasien 1 (Ny.S) pada hari pertama dan kedua didapatkan integritas kulit/jaringan belum meningkat dikarenakan belum menunjukkan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan. Pada hari ketiga integritas kulit/jaringan cukup meningkat karena pasien menunjukkan beberapa yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah di susun, yaitu suhu kulit membaik dan tekstur cukup membaik, tetapi pasien masih penurunan kesadaran dan tirah baring lama yang dapat menimbulkan risiko luka dekubitus. Sehingga intervensi perawatan integritas kulit masih tetap dilanjutkan untuk merawat kulit, menjaga keutuhan, kelembaban, dan mencegah perkembangan mikroorganisme agar mencegah luka dekubitus terjadi.

#### 4.2.6 Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromusukuler (D.0054)

Hasil pengkajian pada kedua pasien ditemukan adanya masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Pada pasien 1 (Ny.S ) didapatkan terlihat gerakan inkoordinasi pada pasien tampak pergerakan pada anggota tubuh sebelah kiri pasien dan anggota tubuh sebelah kanan pasien tidak tampak adanya pergerakan, rentang gerak pasien menurun dan gerakan pasien terbatas. Sedangkan hasil pengkajian pada pasien 2 (Ny.SH) didapatkan pasien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan, kekuatan otot menurun pada tangan dan kaki kanan nilai kekuatan otot (1), rentang gerak pasien menurun dan gerakan pasien terbatas. Gangguan mobilitas fisik terjadi karena adanya edema pada *cerebellum* sehingga mengganggu fungsi dari *cerebellum* itu sendiri, dan menyebabkan terjadinya defisit motorik pada pasien (Nurarif & Kusuma, 2015).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada kedua pasien, pada pasien 1 (Ny.S) penulis menyusun intervensi berupa perawatan tirah baring. Perawatan tirah baring bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan dan keamanan serta mencegah komplikasi pasien yang menjalani tirah baring (PPNI, 2018). Pada pasien 2 (Ny.SH) penulis menyusun intervensi berupa dukungan mobilisasi. Dukungan mobilisasi bertujuan memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien 1 (Ny.S) tindakan keperawatan yang diberikan selama tiga hari berupa memantau adanya komplikasi tirah baring, mempertahankan seprei bersih dan tetap kering, memasang *handrail* padabed pasien, dan memberikan latihan rom pasif. Sedangkan pada pasien 2 (Ny.SH) selama tiga hari berupa mengkaji adanya keluhan fisik, mengkaji toleransi fisik saat bergerak, memberikan posisi miring kiri dan kanan, dan mengajarkan pasien untuk melakukan pergerakan sederhana untuk melatih otot.

Hasil evaluasi pada pasien 1 (Ny.S) di hari pertama sampai hari ketiga didapatkan mobilitas fisik belum meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun, data yang ditemukan pada hari ketiga yaitu, gerakan pasien inkoordinasi, tidak tampak pergerakan pada anggota tubuh sebelah kanan dan gerakan pasien terbatas oleh karena itu intervensi perawatan tirah baring masih perlu dilanjutkan. Hasil evaluasi pada pasien 2 (Ny.SH) di hari pertama sampai hari ketiga mobilitas fisik belum meningkat karena data yang ditemukan pada belum memenuhi kriteria hasil yang disusun, data yang ditemukan pada hari ketiga yaitu, pasien mengeluh tangan dan kaki kanannya masih sulit digerakkan, pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah, kekuatan otot tidak ada perubahan, gerakan pasien tampak terbatas, dan pasien tampak mencoba menggerakkan anggota tubuh yang lemah, oleh karena itu intervensi dukungan mobilisasi masih perlu dilanjutkan.



Penulis berasumsi belum teratasinya masalah 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

#### **4.2.7 Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0109)**

Hasil pengkajian pada kedua pasien ditemukan masalah keperawatan defisit perawatan diri, pada pasien 1 (Ny.S) didapatkan pasien penurunan kesadaran, terdapat gangguan pada anggota tubuh pasien, dan pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri. Pada pasien 2 (Ny.SH) didapatkan pasien lemah, terdapat gangguan pada anggota tubuh pasien, 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, 2015). 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 tiga 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 pasien 1 (Ny.S) di hari pertama sampai hari ketiga perawatan diri meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun yaitu, pasien penurunan kesadaran, pasien tirah baring, pasien tidak mampu mandi, berhias, mengenakan pakaian, makan, dan ke toilet secara mandiri oleh karena itu intervensi dukungan perawatan diri khususnya mandi masih perlu dilanjutkan. Sedangkan hasil evaluasi pada pasien 2 (Ny.SH) di hari pertama sampai hari ketiga perawatan diri juga belum meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun yaitu, pasien masih mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan sehingga pasien tidak mampu 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 teratasinya 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.

#### 4.2.8 Risiko Jatuh Berhubungan Dengan Kekuatan Otot Menurun (D.0143)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua pasien ditemukan adanya masalah keperawatan risiko jatuh. Pada pasien 1 (Ny.S) didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran, kekuatan otot pasien menurun, pasien tirah baring, total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 60 dengan kategori pasien berisiko tinggi terjatuh. Sedangkan pada pasien 2 (Ny.SH) didapatkan pasien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah, total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 45 dengan kategori pasien berisiko tinggi terjatuh. Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien 1 (Ny.S) dan pasien 2 (Ny.SH) berupa pencegahan jatuh, yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien 1 (Ny.S) dan pasien 2 (Ny.SH) selama tiga hari yaitu mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, memasang handrail tempat tidur.

Hasil evaluasi pada pasien 1 (Ny.S) di hari pertama, kedua dan hari ketiga didapatkan risiko jatuh cukup menurun karena pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang telah di susun, yaitu jatuh dari tempat tidur cukup menurun serta tindakan yang dilakukan oleh perawat agar

pasien terhindar dari risiko jatuh. Maka intervensi tetap dilanjutkan. Sedangkan pasien 2 (Ny.SH) pada hari pertama didapatkan risiko jatuh belum menurun karena belum menunjukkan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan., kemudian pada hari kedua dan ketiga didapatkan risiko jatuh cukup menurun karena pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang telah di susun, yaitu jatuh dari tempat tidur cukup menurun serta tindakan yang dilakukan oleh perawat agar pasien terhindar dari risiko jatuh. Maka intervensi tetap dilanjutkan.





## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan pada pasien 1 dan 2 dengan Penyakit Stroke Hemoragik di RSUD Aji Muhammad Parikest Tenggarong, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

#### 5.1 Kesimpulan

- 5.1.1 Dari hasil pengkajian dua pasien kelolaan, ditemukan persamaan dan perbedaan data. Pada persamaan data ditemukan : tekanan darah tinggi dan tidak terkontrol pada kedua pasien, pasien 1 (Ny.S) (160/100 mmHg) dan pasien 2 (Ny.SH) (170/100 mmHg). Adapun perbedaan data yang ditemukan : pada pasien 1 (Ny.S) keluhan utama yang didapatkan adalah penurunan kesadaran, sedangkan pada pasien 2 (Ny.SH) keluhan utama yang didapatkan ialah nyeri pada kepala. Selain itu ditemukan juga adanya disartria pada pasien 1 (Ny.S).
- 5.1.2 Dari diagnosis keperawatan yang ditemukan pada kedua pasien terdapat kesamaan dan perbedaan yang muncul pada kedua pasien. Diagnosis keperawatan yang ada pada kedua pasien adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dan risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun. Diagnosis keperawatan yang muncul berbeda pada kedua pasien yaitu, pada pasien 1 (Ny.S) ditemukan adanya pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan, penurunan kapasitas adaptif intrakranial edema

serebral dan risiko gangguan integritas kulit/jaringan, sedangkan pada pasien 2 (Ny.SH) ditemukan adanya risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

5.1.3 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.

5.1.4 Implementasi keperawatan yang dilaksanakan kepada pasien selama tiga hari disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun berdasarkan teori dan kebutuhan yang ada pada pasien dengan stroke hemoragik.

5.1.5 Hasil evaluasi keperawatan dari pemberian asuhan pada kedua pasien dengan stroke hemoragik. Didapatkan pada pasien 1 (Ny.S) diagnosis keperawatan yang belum teratasi berjumlah 2 yaitu, gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri. Sedangkan diagnosis keperawatan yang teratasi sebagian pada pasien 1 (Ny.S) berjumlah 4 yaitu, pola napas tidak efektif, penurunan kapasitas adaptif intrakranial, risiko gangguan integritas kulit/jaringan dan risiko jatuh. Pada pasien 2 (Ny.SH) didapatkan diagnosis keperawatan yang belum teratasi berjumlah 2 yaitu, gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri. Diagnosis keperawatan yang teratasi sebagian berjumlah 3 yaitu, risiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut dan risiko jatuh.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Peneliti**

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan pengetahuan dan menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke hemoragik, dan dapat mengaplikasikan ilmu tersebut kepada masyarakat.

### **5.2.2 Bagi Instansi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan, referensi, maupun data tambahan bagi manajemen keperawatan, khususnya terkait asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke hemoragik agar pelayanan yang diberikan komprehensif sehingga dapat meningkatkan kualitas mutu dan pelayanan di bidang keperawatan.

### **5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi literasi maupun wawasan tambahan bagi perkembangan ilmu keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke hemoragik, sekaligus, dapat dijadikan sebagai acuan serta pembanding bagi penelitian selanjutnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Change, G., Cimino, M., York, N., Alifah, U., Mayssara A. Abo Hassanin Supervised, Affiifi., Chinatown, Y., Staff, C., & Change, G. (2021). No Analisis Struktur Kovarian Indeks Terkait Kesehatan Pada Lansia Di Rumah Dengan Fokus Pada Perasaan Subjektif Tentang Kesehatan. Title. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(2), 6.
- 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 Tahun 2020. *Dm*, 1–126.
- Hisni, D., Evelianti Saputri, M., & Sujarni. (2022). Stroke Iskemik Di Instalasi Fisioterapi Rumah Sakit Pluit Jakarta Utara Periode Tahun 2021. *Penelitian Keperawatan Kontemporer*, 2(1), 140–149.
- Ibrahim, R., Lalenoh, D. Ch., & Laihad, M. L. (2021). Penanganan Pasien Perdarahan Intracerebral di Ruang Rawat Intensif. *E-CliniC*, 9(1), 8–14. <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i1.31705>
- Kusuma, A. P., Utami, I. T., & Purwono, J. (2022). Pengaruh Terapi ‘Menggengam Bola Karet Bergerigi’ Terhadap Perubahan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Diukur Menggunakan Hangryp Dynamometer Di Ruang Syaraf Rsud Jend a Yani Kota Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(1), 17–23.
- Othadinar, K., Alfarabi, M., & Maharani, V. (2019). Faktor Risiko Pasien Stroke Iskemik dan Hemoragik. *Majalah Kedokteran UKI*, 35(3), 115–120.
- Permatasari, N. (2020). Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus dan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 298–304. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.273>
- Putri, A. U., Saragih, S. G. R., & Ilmiawan, M. I. (2019). Hubungan antara World Federation of Neurosurgical Societies Subarachnoid Hemorrhage Grading scale dan Mortalitas Pada Pasien Cedera Kepala dengan Perdarahan Subarachnoid. *Jurnal Cerebellum*, 5(1), 1225–1233.
- Setiawan, P. A. (2020). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406.
- Soegimin Ardi , Soewarno dan Annisa, Y. (2017). Pengaruh Hipertensi Terhadap Terjadinya Stroke Hemoragik Berdasarkan Hasil CT-scan Kepala di Instalasi Radiologi RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo. *Jurnal Ilmiah Ilmu Ilmu Kesehatan*, 15(1), 39–46.



- Tamburian, Andrytha, G., Ratag, Tarmady, Budi, Nelwan, & Ester, J. (2020). Hubungan antara hipertensi, diabetes melitus dan hiperkolesterolemia dengan kejadian stroke iskemik. *Journal of Public Health and Community Medicine*, 1(1), 27–33.
- Widyaningsih, D. A. D., & Herawati, I. (2022). Peran Fisioterapi Dalam Meningkatkan Kemampuan Fungsional pada Kasus Post Stroke Hemiparrese Dextra E. C Non Hemoragik (Case Study). *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 2(3), 797–804.
- Kusuma, H., & Nurarif, A. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC. Media Action*.
- Wardani, W. I., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Gangguan Pola Nafas Tidak Efektif pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF). (JKG) *Jurnal Keperawatan Global*, 3(2). <https://doi.org/10.37341/jkg.v3i2.57>
- Pramesti, A. P., & Kristinawati, B. (2020). Manajemen Medis Dan Keperawatan Untuk Penanganan Peningkatan Tekanan Intrakranial pada Pasien Kritis di Intensive Care Unit. *University Research Colloquium*.
- Dewi, B. A. M., & Ropyanto, C. B. (2018). Hubungan Sikap dan Pengalaman Pelaksanaan Manajemen Nyeri pada Perawat terhadap Pelaksanaan Manajemen Nyeri Pasien Paska Operasi. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 1(1). <https://doi.org/10.32584/jikmb.v1i1.97>
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- WHO. (2020). *The top 10 causes of death - Factsheet*. WHO Reports.
- WHO. (2020). *WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019*. World Health Organization (WHO).