

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. T.M
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE HEMORAGIK
DI RUANG PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH

**HASNI NUR BAITI IMRAN
NIM. PO5303202210051**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. T.M
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE HEMORAGIK
DI RUANG PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
pada Program Studi Keperawatan Ende**



OLEH

**HASNI NUR BAITI IMRAN
NIM. PO5303202210051**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2024**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Hasni Nur Baiti Imran

NIM : PO.5303202210051

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.T.M dengan
Diagnosa Medis Stroke Hemoragik di Ruang Penyakit
Dalam III RSUD Ende.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 27 September 2024
Yang Membuat Pernyataan



Hasni Nur Baiti Imran
PO. 5303202210051

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK DI
RSUD ENDE TAHUN 2024**

OLEH

HASNI NUR BAITIMRAN
NIM.P05303202210051

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 25 September 2024

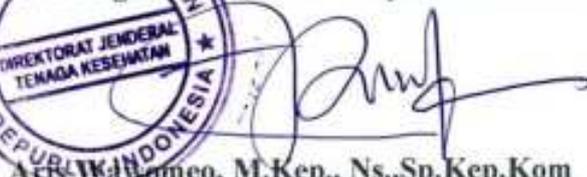
Pembimbing



Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001



Mengetahui
Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns.,Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. T.M
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE HEMORAGIK
DI RUANG PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE

OLEH

HASNI NUR BAITI IMRAN
NIM.P0.5303202210051

Karya Tulis Ilmiah ini akan Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal 27 September 2024

Penguji Ketua

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 19690409 198903 2 002

Penguji Anggota

Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp. Kep., Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

Disahkan Oleh:
Konsil Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp. Kep., Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien STROKE HEMORAGIK di RSUD Ende tahun 2024” dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Sebagai manusia yang lemah, Penulis menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat dilalui. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini dan sekaligus pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Dr. Corolina M. Viany Sunty, Sp.PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan studi kasus di RSUD Ende

4. Ibu Yustina P. M. Pachalia, S.Kep.,Ns., M.Kes, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Pasien Ny. T. M dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
6. Kedua Orang Tua yang paling berjasa dalam hidup saya, bapak Imran dan Ibu Simin H. Kiah menjadi sumber alasan penulis tetap kuat, yang telah memberi kepercayaan dan kesempatan penulis untuk menempuh jenjang perkuliahan. Atas segala pengorbanan, motivasi, do'a, serta nasihat yang telah diberikan dalam proses perjalanan perkuliahan penulis, mendukung keputusan dan pilihan dalam hidup panulis kalian sangat berarti.
7. Teman seperjuangan utamanya dari mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende atas dukungan dan kerjasamanya selama menempuh Pendidikan serta membantu penyelesaian penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
8. Cristiano Ronaldo sosok idola penulis yang selalu ditatap gambarnya setiap saat penulis merasa bosan dalam pengerjaan Karya Tulis Ilmiah, sebagai motivator penulis yang menggambarkan kerja keras dalam meraih sesuatu dan semangat untuk pantang menyerah.
9. Diri Sendiri yang sudah berproses dan berjuang untuk menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Terimakasih karena sudah memberikan yang terbaik.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang

bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, 24 September 2024

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Ny. T.M Dengan Diagnosa Keperawatan Stroke Hemoragik Di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

Hasni Nur Baiti Imran (1)

Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp. Kep., Kom (2)

Latar Belakang: Stroke Hemoragik (SH) adalah stroke perdarahan yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak. Darah yang keluar dari pembuluh darah yang pecah mengenai dan merusak sel-sel otak di sekitarnya. Selain itu, sel otak juga mengalami kematian karena aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi terhenti. Tujuan studi kasus: Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. T.M dengan melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis, memberikna intervensi, implementasi, dan evaluasi. Penelitian ini menggunakan Metode studi kasus pada pasien dengan Stroke Hemoragik yang dirawat di RSUD Ende pada tanggal 17-19 Agustus 2024 dengan menggunakan Format asuhan keperawatan medical bedah. Hasil studi kasus Ny. T.M ditemukan data kesadarannya menurun, tidak mampu melakukan aktivitas, tidak berbicara, mulut mencong ke sebelah kiri, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak, lemah, batuk, muntah, tidak makan per oral tapi menggunakan NGT, sesak, takipnea, otot bantu pernapasan diafragma, retraksi dinding dada ringan, bunyi napas wheezing, kekuatan otot tidak terlihat kontraksi sama sekali, kesadaran somnolen, Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5), Klien memiliki Riwayat hipertensi dan kolestrol. klien terpasang NGT, terpasang kateter, terpasang oksigen nasa kanul 4 liter, terpasang infus Nacl 20 Tpm. Dengan masalah kesehatan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Intervensi dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan Manajemen peningkatan tekanan intracranial, manajemen jalan napas, dukungan mobilisasi, manajemen nutrisi, promosi komunikasi verbal: defisit bicara. Implementasi dilaksanakan selama 3 hari mulai tanggal 17-19 Agustus 2024 yang didukung oleh perawat dan keluarga, dibuat berdasarkan rencana yang sudah ditetapkan namun tidak semua perencanaan dapat dilaksanakan. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa semua masalah keperawatan belum teratasi.

Kesimpulan bahwa Stroke Hemoragik merupakan penyakit yang berbahaya dan mengancam nyawa. Penyakit ini sulit ditangani dalam waktu yang singkat harus dalam kurun waktu yang lama. Oleh karena itu butuh peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien selama masa perawatan serta mengikuti anjuran dan ajaran yang diberikan petugas Kesehatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik

Kepustakaan: 20 buah (Tahun 2008-2023)

ABSTRACT

Nursing Care for Mrs. T.M with a nursing diagnosis of hemorrhagic stroke at the Ende Regional General Hospital

Hasni Nur Baiti Imran (1)

Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp. Kep., Kom (2)

Background: Hemorrhagic Stroke (SH) is a bleeding stroke that occurs due to rupture of blood vessels in the brain. The blood that comes out of the ruptured blood vessels hits and damages the surrounding brain cells. Apart from that, brain cells also die because blood flow which carries oxygen and nutrients stops. Case study objective: Carry out nursing care for Mrs. T.M by conducting assessments, establishing diagnoses, providing interventions, implementation and evaluation. This research uses a case study method on hemorrhagic stroke patients treated at Ende Regional Hospital on 17-19 August 2024 using a medical-surgical nursing care format. The results of the case study Mrs. T.M was found to have decreased consciousness, unable to carry out activities, did not speak, mouth turned to the left, left side of the body did not move, weak, coughing, vomiting, not eating orally but using a NGT, shortness of breath, tachypnea, diaphragmatic breathing muscles, retractions light chest wall, wheezing breath sounds, no visible muscle contractions at all, somnolence, Gcs: 9 (E: 3, V: 1, M: 5), Client has a history of hypertension and cholesterol. The client has an NGT installed, a catheter installed, a 4 liter Nasa oxygen cannula installed, a 20 Tpm Nacl infusion installed. With health problems: ineffective cerebral perfusion related to embolism, ineffective breathing patterns related to neuromuscular disorders, impaired physical mobility related to neuromuscular disorders, swallowing disorders related to cranial nerve disorders, nutritional deficits related to inability to swallow food, impaired verbal communication related to neuromuscular disorders. Interventions are carried out based on the nursing problems found. Management of increased intracranial pressure, airway management, mobilization support, nutritional management, improving verbal communication: speech deficits. The implementation was carried out for 3 days on 17-19 August 2024, supported by nurses and families, based on plans that had been determined, but not all plans could be implemented. The results of the evaluation of the nursing care process for 3 days showed that all nursing problems had not been resolved.

In conclusion, hemorrhagic stroke is a dangerous and life-threatening disease. This disease is difficult to treat in a short time but rather over a long period of time. Therefore, the family needs to play a role in meeting the patient's needs during the treatment period and follow the recommendations and teachings given by health workers.

Keywords: Hemorrhagic Stroke Nursing Care

Bibliography: 20 pieces (From 2008-2023).

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Penyakit Stroke Hemoragik	7
1. Defenisi	7
2. Klasifikasi.....	7
3. Etiologi	8
4. Faktor Resiko	8
5. Patofisiologi.....	9
6. Pathway	10
7. Manifestasi Klinis.....	11
8. Pemeriksaan Diagnosis.....	11

9. Penatalaksanaan.....	12
10. Kompilasi.....	13
11. Pencegahan	14
B. Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik.....	16
1. Pengkajian	16
2. Diagnosa Keperawatan.....	31
3. Perencanaan Tindakan (SLKI & SIKI)	33
4. Implementasi	41
5. Evaluasi	41
BAB III METODE STUDI KASUS	42
A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus	42
B. Subjek Studi Kasus	42
C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional).....	42
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	43
E. Prosedur Studi Kasus	43
F. Teknik Pengumpulan Data.....	43
G. Instrument Pengumpulan Data.....	44
H. Keabsahan Data.....	44
I. Analisis Data	45
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	46
A. Hasil Studi Kasus	46
1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus	46
2. Pelaksanaan Studi kasus	47

B. Pembahasan.....	114
1. Pengkajian	114
2. Diagnosa keperawatan.....	116
3. Intervensi Keperawatan	117
4. Implementasi	117
5. Evaluasi	118
BAB V PENUTUP	120
A. Kesimpulan	120
B. Saran.....	121
DAFTAR PUSTAKA	123

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke menjadi masalah Kesehatan utama dan menjadi salah satu program Prioritas Kementerian Kesehatan karena saat ini stroke menjadi penyebab utama nomor dua terhadap kematian serta penyebab ketiga terhadap kecacatan. karena angka kesakitan dari tahun ke tahun terus meningkat yang tidak dapat dihindari dengan mudah oleh kalangan remaja maupun usia muda (Marbun et al.,2016 dalam Amila et al.,2022).

Data terbaru dari *World Stroke Organization* (WSO) dikutip (Dalam Ahyana dkk, 2022) menunjukkan bahwa terdapat lebih dari 13,7 juta kasus baru stroke setiap tahunnya dan lebih dari 101 juta orang yang hidup dengan penyakit tersebut. Data tersebut juga menunjukkan bahwa sekitar 6,5 juta orang meninggal setiap tahunnya akibat stroke serta 143 juta orang yang menderita kecacatan terkait dengan stroke. Menurut (Sri dkk, 2022) Menyatakan kasus stroke hemoragik sebesar 15%.

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes) Nasional tahun 2018, dikutip (Dalam Ahyana dkk, 2022). Kasus stroke di Indonesia hingga saat ini yaitu sebanyak 2.120.362 orang atau (10,9%). Hasil Riskesdes 2018 juga menunjukkan prevelensi stroke tertinggi di Indonesia pada Kalimantan Timur (14,7%), dan yang terendah adalah Papua dengan (4,1%). Prevelensi Stroke di Nusa Tenggara Timur sendiri adalah (6,06%). Menurut Data penelitian dari NTT (Riskesdas NTT), angka stroke tertinggi terdapat di Sikka (9%).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang didapat melalui laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, pada hari Senin tanggal 11 September 2023, tercatat 3 tahun terakhir kasus stroke mengalami perubahan yakni pada tahun 2020 sebanyak 466 kasus, pada tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak 488 kasus, pada tahun 2022 mengalami penurunan, yakni 428 kasus, sedangkan pada tahun 2023 kasus stroke dari bulan Januari sampai Desember yakni 339 kasus, dan pada tahun 2024 dari bulan Januari sampai bulan Mei terakhir mengalami peningkatan menjadi 379 kasus. Berdasarkan pengambilan Data di RSUD Ende Ruang RPD III pada tanggal 8 Desember 2023 dengan hasil laporan tahunan 2022 di ruangan penyakit dalam III kasus stroke dengan jumlah 53 orang diantaranya 32 laki-laki dan 21 perempuan. Tahun 2023 mengalami penurunan pada bulan Januari sampai dengan Desember terakhir ini dengan jumlah 47 orang diantaranya 24 laki-laki dan 23 perempuan (RSUD ENDE, 2023).

Dampak Serangan stroke hemoragik dapat menyebabkan kecacatan fisik seperti kelumpuhan yang bisa berlangsung lama dan juga bisa sampai kematian. Kecacatan pada stroke usia muda akan menimbulkan masalah ekonomi dan penurunan kualitas hidup, ketergantungan hidup pada orang lain (Amila dkk,2022). Perawatan penderita stroke memerlukan waktu yang panjang sehingga dapat menimbulkan banyak perubahan pada kehidupan penderita dan keluarganya, salah satunya saat menjalani perawatan untuk penderita stroke, biaya akan sering dikeluarkan untuk masa perawatannya,

dan keluarga juga harus memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari mereka. (Ristina M, Dkk, 2017 dalam Honesty & Vety, 2019).

Penyebab stroke hemoragik yaitu perdarahan yang terjadi di otak akibat pecahnya pembuluh darah karena itu fungsi otak terhenti dan penurunan fungsi otak (Fransiska, 2011 dalam Lestarida, 2019). Faktor resiko pencetus terjadinya stroke hemoragik ialah hipertensi, dm, penyakit jantung, gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, dan minum-minuman alcohol. Hipertensi menjadi salah satu faktor pencetus utama terjadinya kejadian stroke hemoragik karena hipertensi menyebabkan peningkatan tekanan darah perifer sehingga menyebabkan sistem hemodinamik yang buruk dan terjadilah penebalan pembuluh darah serta hipertrofi dari otot jantung. Hal ini dapat diperburuk dengan kebiasaan merokok dan mengonsumsi makanan tinggi lemak serta garam oleh pasien yang mana dapat menimbulkan plak aterosklerosis (Sarini, 2008 dalam Puti, 2020).

Menurut Taft et al., 2021 (Dalam Erfin F., 2023). Upaya yang dilakukan pemerintah dalam penurunan kejadian stroke hemoragik yaitu dengan pencegahan primer dilakukan pada orang sakit dan kelompok resiko, dengan mencegah kemungkinan pertama dan mendeteksi stroke hemoragik sejak dini. Menurut Jeon & Jeong, 2015 (Dalam Erfin F., 2023) program pemerintah dilakukan dalam pencegahan primer CERDIK meliputi pemeriksaan kesehatan rutin, merokok, aktivitas fisik teratur, pola makan sehat, istirahat yang cukup, dan mengelola stress dengan baik. Program ini

adalah upaya melakukan intervensi dalam masyarakat untuk mengurangi risiko stroke hemoragik.

Perlu peran perawat menjadi educator untuk meningkatkan pengetahuan dalam mencegah dan menangani stroke hemoragik, akibat dari kurang pengetahuan menyebabkan ketidakpatuhan penderita dalam masa pengobatan karena itu perlunya memberi edukasi pada keluarga dalam memenuhi kebutuhan pengobatan dan ADL sehari-hari pasien. Selain itu, perawat juga sebagai *care giver* yaitu pemberi asuhan keperawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar pasien dan mengembalikan fungsi-fungsi yang maksimal dari pasien misalnya dengan melakukan Intervensi dan tindakan asuhan keperawatan diantaranya dengan memantau tanda-tanda vital, memantau kebutuhan nutrisi, melatih rentang gerak, melatih komunikasi, sehingga dapat memperbaiki kondisi pasien, perawat menjadi fasilitator, sebagai pemberi solusi ketika menangani masalah keluarga, saat keluarga bertanya hal yang tidak dipahami tentang mengatasi masalah pasien, dan perawat juga dapat membantu pasien untuk mempermudah sarana yang dibutuhkan pasien yang sakit dalam memenuhi kebutuhan untuk mencapai kesembuhan.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis terdorong untuk melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Stroke Hemoragik di RSUD Ende”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah yang terdapat dalam penulisan proposal karya tulisan ilmiah ini adalah “Bagaimanakah Gambaran pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende tahun 2024?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Studi Kasus ini akan menggambarkan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien stroke hemoragik yang dirawat di Ruang Penyakit Dalam III RSUD ENDE Tahun 2024

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pasien stroke hemoragik di Ruang Rawat Penyakit Dalam III RSUD Ende
- b. Menentukan diagnosa keperawatan yang ditemukan pasien stroke hemoragik di Ruang Rawat Penyakit Dalam III RSUD Ende
- c. Menyusun rencana tindakan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien stroke hemoragik di Ruang Rawat Penyakit Dalam III RSUD Ende
- d. Melakukan implementasi untuk mengatasi masalah keperawatan pasien stroke hemoragik di Ruang Rawat Penyakit Dalam III RSUD Ende
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pasien stroke hemoragik di Ruang Rawat Penyakit Dalam III RSUD Ende

- f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata dalam perawatan pasien stroke hemoragik di Ruang Rawat Penyakit Dalam III RSUD Ende

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman penulis sehingga dapat meningkatkan kemampuan dalam pelaksanaan keperawatan bagi penderita stroke hemoragik.

2. Bagi Tempat Pelaksanaan Praktik

Sebagai bahan tambahan informasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya kasus stroke hemoragik.

3. Bagi Institusi

Dengan adanya studi kasus ini, Poltekkes Kemenkes Kupang jurusan keperawatan Ende dapat mengevaluasi kemampuan penulis dalam memahami Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik di RSUD Ende.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Stroke Hemoragik

1. Defenisi

Menurut (Wiwit, 2010 dalam Tunik, dkk 2022). Stroke atau CVA (*Cerebral Vaskuler Accident*) adalah penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficile neurologis*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang terjadi dengan cepat dan berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan suplai darah otak. Stroke dibagi menjadi dua kategori diantaranya adalah stroke non hemoragik (Iskemik) dan stroke hemoragik.

Stroke hemoragik adalah stroke perdarahan yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak. Darah yang keluar dari pembuluh darah yang pecah mengenai dan merusak sel-sel otak di sekitarnya. Selain itu, sel otak juga mengalami kematian karena aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi terhenti.

2. Klasifikasi

Menurut letaknya, stroke hemoragik dibagi menjadi dua jenis, sebagai berikut:

- a. *Hemoragik intraserebral* yakni perdarahan terjadi didalam jaringan otak

- b. *Hemoragik subaraknoid*, yakni perdarahan terjadi di ruang subarachnoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

3. Etiologi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk dalam perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena arteriosklerosis dan hipertensi. Hipertensi bisa menyebabkan kelemahan dinding pembuluh darah sehingga rapuh dan mudah pecah, Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak membengkak, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak (Tunik dkk, 2022).

4. Faktor Resiko

Menurut *University of Pittsburgh Medical Center* (2003) dan *American Heart Association* (2007) (Dikutip dalam Tunik dkk, 2022). Ada sejumlah faktor risiko yang dapat memicu terjadinya stroke. Ada dua jenis faktor risiko stroke yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat diubah.

- a. Faktor risiko stroke yang tidak dapat diubah: keturunan, umur, jenis kelamin, ras

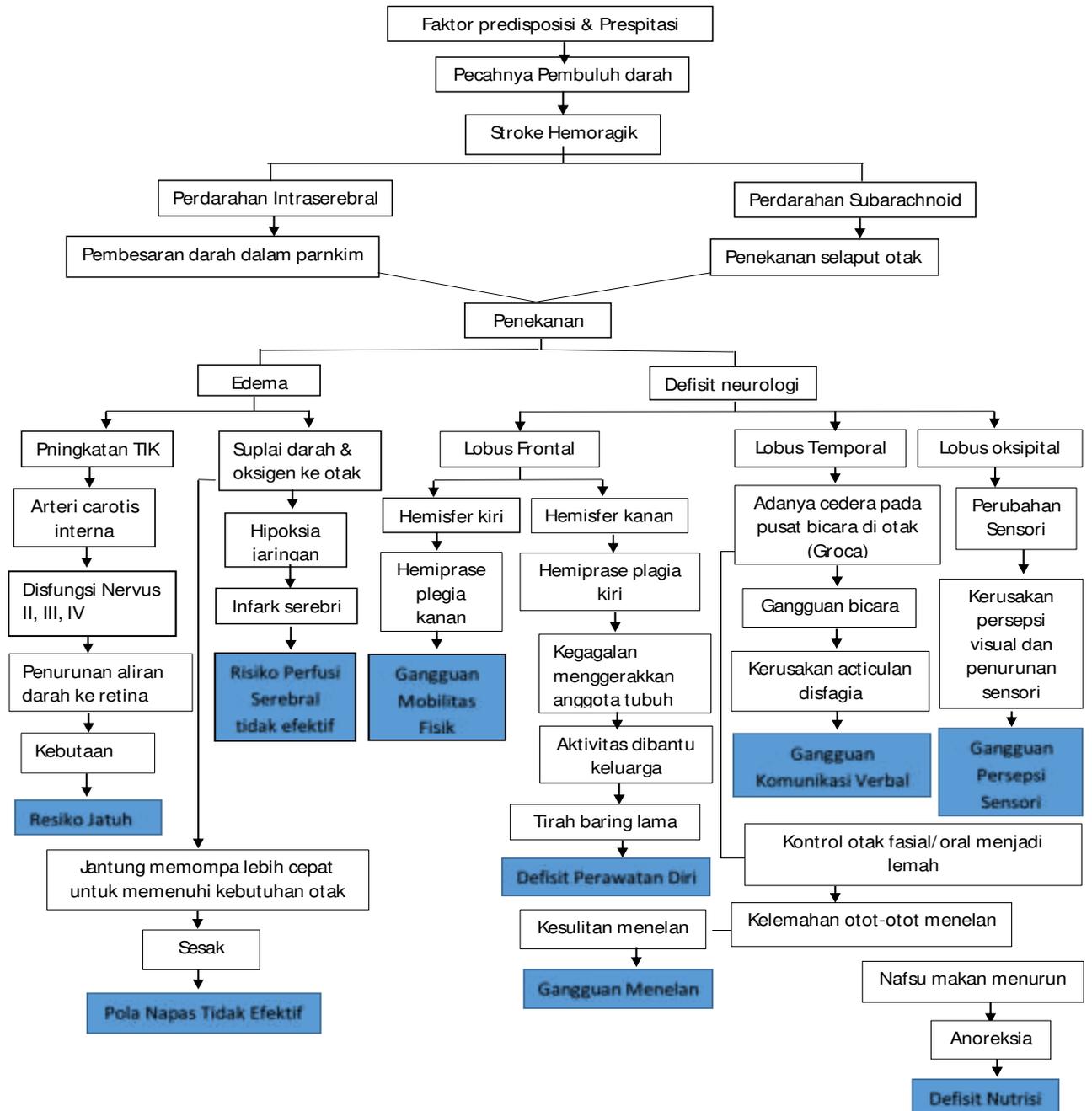
- b. Faktor risiko yang dapat diubah: hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, hiperkolesterol, dan gaya hidup: gaya hidup yang tidak sehat, stress, merokok, konsumsi alcohol & obat-obatan.

5. Patofisiologi

Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi sesuai dengan penyebab perdarahan otak dan lokasi perdarahannya. Perdarahan subaraknoid dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling utama adalah kebocoran aneurisma pada area sirkulus willis dan kelainan bentuk arteri vena (AVM). Perdarahan tersebut dapat menyebabkan meningkatnya tekanan dalam otak yang menimbulkan terjadinya proses menekan dan merusak jaringan otak sekitarnya. Daerah yang tertekan tersebut selanjutnya akan mengalami edema sekunder akibat iskemia dan menambah tekanan intracranial semakin berat. Perdarahan subarachnoid juga disebabkan oleh efek sekunder iskemia pada otak akibat terjadinya penurunan tekanan perfusi dan vasospasme. Perdarahan intraserebral paling sering terjadi pada pasien stroke dengan hipertensi dan aterosklerosis (*decussation of pyramids*) (Maita S, 2023).

6. Pathway



Sumber (Rahmayanti, D., 2019)

7. Manifestasi Klinis

- a. Nyeri kepala disertai penurunan kesadaran, bahkan bisa mengalami koma (perdarahan di otak)
- b. Adanya serangan pada defisit neurologis atau kelumpuhan fokal, seperti: kelumpuhan sebelah badan yang kanan atau kiri saja.
- c. Gangguan kesadaran seperti pingsan bahkan sampai koma (tidak sadarkan diri).
- d. Susah untuk makan dan meneguk minuman. Fungsi menelan pada penderita stroke mengalami penurunan, karena fungsi menelan dikendalikan oleh saraf yang berasal dari kedua hemisfer otak.
- e. Gangguan penglihatan (mata kabur) pada satu atau dua mata
- f. Kehilangan sebagian atau seluruh kemampuan bicara (afasia)
- g. Mulut mencong, hal ini dikarenakan lidah mencong apabila jika diluruskan, sehingga individu mengalami kesulitan untuk berbicara atau mengungkapkan, kata kata yang diucapkan tidak sesuai dengan keinginan dan ataupun mengalami gangguan berbicara berupa pelo, rero, sengau dan kata-katanya kurang dapat mengerti.
- h. Sebelah badan terasa mati rasa, sering terasa kesemutan.
- i. Keterbatasan untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Slempangpasir, 2022 dalam Dwi Retnaningsih, 2023).

8. Pemeriksaan Diagnosis

Menurut (Rudi Haryono, 2021). Ada beberapa tes yang perlu dilakukan untuk menentukan risiko stroke, termasuk:

- a. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui gejala apa yang dialami, kapan gejala dimulai, dirasakan, dan reaksi pasien terhadap gejala tersebut.
- b. Tes darah pasien harus menjalani serangkaian tes darah agar tim perawatan mengetahui seberapa cepat gumpalan darah berkembang, apakah gula darah tinggi atau rendah secara abnormal, apakah zat kimia darah tidak seimbang, atau apakah pasien mengalami infeksi.
- c. Pemeriksaan CT Scan menggunakan serangkaian sinar-x untuk membuat menunjukkan pendarahan tumor, stroke, dan kondisi lainnya.
- d. Pencitraan resonansi magnetik menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat untuk menciptakan tampilan rinci otak
- e. USG
- f. Ekokardiogram

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

9. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan medis menurut (Smeltzer & Bare 2010 dalam Widoyono, 2023) meliputi:
 - 1) Diuretik untuk menurunkan edema serebral yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark.
 - 2) Anti koagulan untuk mencegah terjadinya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler.

- 3) Anti trombotik karena trombosit memainkan peran sangat penting pembentukan trombus dan embolisasi.
- b. Penatalaksanaan keperawatan menurut (Nurarif & Hardhi 2015 dalam Widoyono, 2023) penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien stroke adalah:
- 1) Letakkan kepala pasien pada posisi 30 derajat (kepala dan dada pada satu bidang).
 - 2) Ubah posisi tidur setiap 2 jam.
 - 3) Mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
 - 4) Restorasi atau rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien) yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
 - 5) Edukasi pada keluarga
 - 6) Discharge planning
 - a) Mencegah terjadinya luka dikulit akibat tekanan
 - b) Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi
 - c) Memulai latihan dengan mengaktifkan batang tubuh atau torso.
 - d) Mengontrol faktor resiko, mengetahui gejala ketika stroke
 - e) Diet rendah lemak, garam, dan berhenti merokok.
 - f) Kelola stres dengan baik

10. Kompilikasi

Komplikasi stroke hemoragik yaitu meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga

ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak. Komplikasi stroke menurut pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional di antaranya: bekuan darah (trombosis), dekubitus, pneumonia, osteopenia dan osteoporosis, depresi, inkontinensia dan konstipasi, spastisitas dan kontraktur, kelumpuhan, hidrocefalus (Dwi.R., 2023).

11. Pencegahan

Pada Konsensus Nasional pengelolaan stroke di Indonesia tahun 1999 dikemukakan upaya yang dapat dilakukan untuk pencegahan stroke hemoragik yaitu:

a. Pencegahan Primordial

Tujuan pencegahan primordial adalah mencegah timbulnya faktor risiko stroke bagi individu yang belum mempunyai faktor risiko. Pencegahan primordial dapat dilakukan dengan cara melakukan promosi kesehatan, (Bustan, MN, 2000 dalam M Siregar, 2021).

b. Pencegahan Primer

Pencegahan primer ditujukan pada orang-orang yang belum pernah menderita stroke agar tidak mendapat stroke. Upaya yang dapat dilakukan sebagai pencegahan primer penyakit stroke adalah:

Memasyarakatkan gaya hidup sehat bebas stroke dengan:

- 1) Menghindari merokok, stres mental, alkohol, kegemukan, konsumsi garam berlebihan.
- 2) Mengurangi kolesterol, lemak dalam makanan.

- 3) Mengendalikan penyakit yang merupakan faktor risiko stroke seperti: Hipertensi, Dm, penyakit jantung dan penyakit vaskular aterosklerotik lainnya.
- 4) Menganjurkan konsumsi gizi yang seimbang

c. Pencegahan Sekunder.

Pencegahan sekunder ditujukan pada orang-orang yang pernah mengalami stroke, agar tidak terjadi stroke ulangan. Pada tahap ini ditekankan pada pengobatan terhadap penderita stroke agar stroke tidak berlanjut menjadi kronis.

Bagi mereka yang pernah mendapatkan stroke dianjurkan:

- 1) Modifikasi gaya hidup berisiko stroke dan faktor risiko stroke menjadi lebih baik
- 2) Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin dalam proses pemulihan penderita.

d. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier meliputi terapi fisik, latihan berbicara, terapi okupasi dan psikoterapi dengan tujuan agar individu yang telah menderita stroke tidak mengalami serangan ulangan, kelumpuhan tidak bertambah berat, dan agar individu tersebut dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari tanpa tergantung pada orang lain. Pencegahan tersier ini dapat dilakukan dalam bentuk rehabilitasi mulai dari stadium akut, sub akut, Mental dan Social (M Siregar, 2021).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan data dan analisis informasi secara sistematis dan berkelanjutan mengenai klien. Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data dan menempatkan data ke dalam format yang terorganisir. Pengumpulan data mengenai klien dapat dilakukan melalui observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik (Rosdahl & Kowalski, 2014)

a. Pengumpulan Data

Data spesifik yang dikaji pada pasien stroke meliputi:

1) Identitas

Data identitas meliputi Nama pasien, Usia, Jenis kelamin, Tempat tinggal/wilayah, Pekerjaan, Pendidikan, Suku Bangsa, Tanggal Masuk, Tanggal Pengkajian, No Register, Diagnosa medis.

Pengkajian identitas yang lebih fokus terkait stroke hemoragik ialah:

a) Usia

Pada usia 55 tahun ke atas berpotensi besar terkena stroke dikarenakan proses degenerasi akan selalu mengiringi proses menua, termasuk pembuluh darah otak, kerentanan terhadap penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya usia, sedang pada kaum muda, serangan stroke sangat berkaitan dengan gaya hidup serta temperamen yang cenderung ambisius, gaya hidup kaum muda yang disinyalir memicu stroke.

b) Jenis Kelamin

Stroke lebih banyak menyerang pada laki-laki dibandingkan pada wanita, risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi dibandingkan wanita, hal ini tidak lepas karena laki-laki memiliki pola gaya hidup yang tidak sehat. Pola makan yang salah, merokok, meminum, alkohol, dan kurang berolahraga.

c) Tempat tinggal/wilayah

Wilayah yang paling beresiko ialah daerah perkotaan karena memiliki gaya hidup yang sering mengkonsumsi produk makanan yang serba instan. Kepadatan penduduk dan hunian rumah juga dapat memicu suatu suhu yang panas di wilayah tersebut. Paparan suhu panas yang tinggi mencapai 30oc atau lebih, akan menyebabkan kenaikan tekanan darah atau stroke.

d) Pekerjaan

Orang yang bekerja dengan memiliki banyak tekanan akan beresiko mengalami stress sehingga dapat menyebabkan stroke

e) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah dapat berpengaruh terhadap kesehatan, dikarenakan pasien tidak paham dengan penyakit yang dialami

b. Status Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan hilang kesadaran, gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran.

2) Riwayat penyakit sekarang

Biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak, terjadi nyeri kepala, pusing, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, batuk saat menelan, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

4) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes militus atau penyakit jantung adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu. Menurut (Muttaqin, 2008). Keturunan-sejarah stroke dalam keluarga nampaknya faktor genetik yang sangat

berperan antara lain adalah tekanan darah tinggi, penyakit jantung, diabetes dan cacat pada bentuk pembuluh darah. Gaya hidup dan pola suatu keluarga juga dapat mendukung risiko stroke, cacat pada bentuk pembuluh darah (cadasil) merupakan faktor genetik yang paling berpengaruh.

5) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga

c. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pada pasien, adanya Riwayat kebiasaan merokok dan penggunaan minuman beralkohol, penggunaan obat-obatan

2) Pola makan

Terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik sehingga menyebabkan penurunan berat badan. mengeluh sulit menelan batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan, menggunakan ogt

3) Pola tidur dan istirahat

Pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot, nyeri kepala, pusing, gelisah.

4) Pola aktivitas dan latihan

Pasien tidak dapat beraktivitas karena adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kelemahan anggota gerak sebelah badan saat klien sedang melakukan aktivitas, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, mudah lelah, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian, ke toilet/berhias secara mandiri

5) Pola eliminasi

Terjadi inkontinensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus

6) Pola kognitif perseptual sensori

Mendeskripsikan status mental pasien, kemampuan bicara pasien, kemampuan memahami pasien, tingkat ansietas, tingkat pendengaran pasien, vertigo, tingkat nyeri, dan penatalaksanaan terhadap nyeri. Pada pasien stroke hemoragik biasanya dengan pasien dengan status mental sadar, tidak sadar, orientasi baik atau orientasi tidak baik, mengalami penurunan kemampuan berbicara serta biasanya mengalami ansietas

7) Pola hubungan dan peran

Pada pasien yang mengalami stroke biasanya akan mengalami kesulitan berinteraksi sosial dengan lingkungan sekitarnya. Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara

8) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif.

9) Pola mekanisme koping

Pola koping dan toleransi diri terganggu karena pasien merasa gelisah dan khawatir tidak akan bisa lagi kembali aktivitas normal dalam jangka waktu yang lama.

10) Pola reproduksi dan seksua

Pola kepuasan seksual dan pola reproduksi kesulitan pra dan pasca menopause, pap smear terakhir, dan masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit. Pada penderita stroke hemoragik biasanya mengalami penurunan gairah seksual.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Mendeskripsikan bagaimana sikap klien dalam mengambil keputusan atau beribadah sesuai dengan agama yang dianutnya, pasien dengan stroke nilai keyakinan akan lebih meningkat karena ingin lebih cepat mendapatkan kesembuhan.

d. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran somnolen, apatis, sopor, soporo coma, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan memiliki tingkat kesadaran letargi dan composmetis dengan GCS 13-15

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Pasien dengan stroke memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole >140 dan diastole >80

b) Nadi

Biasanya nadi cepat dan halus

c) Pernafasan

Pasien stroke hemoragik biasanya mengalami penurunan kesadaran dan merasa sesak, frekuensi napas diatas nilai normal

3) Kepala

Pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi

Inspeksi: bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan

Palpasi: apakah ada luka atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak

4) Mata

Inspeksi: konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak edema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90° , visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris): diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis): pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen): pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan

5) Hidung

Inspeksi: simetris, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda

6) Mulut dan gigi

Pada pasien apatis, sopor, soporos coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. bicara pelo, tidak mampu berbicara, menunjukkan respon tidak sesuai, mengerang. Mengalami gangguan pengecap (lidah).

7) Leher

Pada pemeriksaan nervus x (Vagus), pasien mengalami gangguan menelan. Pemeriksaan kaku kuduk (+)

8) Dada

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak adanya masa dan benjolan

Perkusi : nyeri tidak ada bunyi jantung lup-dup

Auskultasi : nafas cepat dan dalam, adanya ronchi, suara jantung I dan II mumur atau gallop.

9) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran

Auskultasi : bising usus agak lemah

Perkusi : nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

10) Ekstermitas

Pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot, kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas, tirah baring lama dan perlu juga dilakukan pengukuran kekuatan otot, normal:

(5)

a) Atas

CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius): pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, saat siku diketuk tidak ada respon apaapa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi. Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek patella (+)). Pengukuran kekuatan otot yaitu:

2) Nilai 0: bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.

3) Nilai 1: bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi.

- 4) Nilai 2: bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi.
- 5) Nilai 3: bila dapat melawan gravitasi tetapi tidak melawan tekanan pemeriksaan.
- 6) Nilai 4: bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya kurang.
- 7) Nilai 5: bila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh

e. Pemeriksaan Neurologi

1) Pemeriksaan fungsi saraf kranial

Fungsi saraf kranial pada pasien stroke

- a) Nervus I (Olfaktorius) Biasanya pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- b) Nervus II (Optikus) Biasanya pada pasien stroke tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidak mampuan untuk mencocokkan pakaiannya.
- c) Nervus III (Okulomotori) Gerakan mata kontraksi pupil akomodasi
- d) Nervus IV (Troklaris) Biasanya pasien dapat melihat mengikuti arah tangan perawat.
- e) Nervus V (Trigeminus) Biasanya pasien dapat menyebut lokasi rangsangan nyeri

- f) Nervus VI (Abducens) Biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.
 - g) Nervus VII (Facialis) Pada pasien stroke saat mengembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergantung lokasi kelemahan.
 - h) Nervus VIII (Auditoris) Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.
 - i) Nervus IX (Glossofaringeus) Pada pasien stroke biasanya uvula terangkat simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah.
 - j) Nervus X (Vagus) Pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan menelan.
 - k) Nervus XI (Accessory) Pada pasien stroke biasanya tidak kuat saat diperintahkan untuk mengangkat bahu.
 - l) Nervus XII (Hypoglossus) Pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara.
- f. Pemeriksaan Refleks fisiologis dan Reflek patologis
- 1) Refleks Fisiologis

Pasien stroke hemoragik biasanya tidak mampu duduk untuk dilakukan pemeriksaan refleks fisiologis hanya dilakukan dengan tidur, pemeriksaan refleks tidak terasa pada pasien stroke dengan

kelumpuhan penuh atau kelumpuhan anggota gerak sebelah, refleks fisiologis bisa terasa pada anggota gerak sebelah yang tidak mengalami kelumpuhan.

2) Reflek patologis

Pada pasien stroke hemoragik pemeriksaan yang didapat dengan hasil:

a) Reflek hoffiman tromer

Pasien dengan hilang kesadaran dan mengalami kelumpuhan biasanya Jari pasien tidak mengembang Ketika diberi refleksi.

b) Grasping refleksi

Jari pasien tidak menggenggam jari pemeriksa saat diberi refleksi pada bagian tubuh sebelah yang mengalami kelemahan

c) Refleksi palmomental

Garukan pada telapak tangan pasien biasanya menimbulkan rangsangan pada pasien, biasanya pasien menggerakkan atau tidak.

d) Refleksi Babinski

Pasien stroke hemoragik yang mengalami kelemahan tidak timbul refleksi respon jempol kaki akan dorsofleksi, sedangkan jari-jari lain tidak akan menyebar atau membuka jika sudah sedikit pulih akan tampak ada refleksi.

e) Reflek rossolimo

Jika mengalami kelemahan reflek tidak akan terjadi fleksi jari-jari kaki.

f) Reflek Mendel-Bacctrerew

Pukulan telapak kaki bagian depan akan memberikan respon fleksi jari-jari kaki. Jika mengalami kelemahan tidak ada respon.

b. Tabulasi Data

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, lemah, kesulitan menggerakkan ekstremitas, nyeri kepala, pusing, kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah, membrane mukosa pucat, otot menelan lemah, kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran: mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan, lemah, kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri. Berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu. TD: >140/80, tidak mampu mandi, makan, mengenakan pakaian, ke toilet, berhias, mengatakan merasa sesak, mengalami gangguan pengecap (lidah), hilangnya daya sensori pada bagian ekstermitas/mati rasa, kurang mendengar, mata kabur, pasien mengatakan merasa sesak, pernafasan diatas nilai normal

c. Klasifikasi Data

Data Subjektif: kelemahan anggota gerak sebelah badan, nyeri kepala, pusing, kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, dan muntah, sulit menelan, lemah, mengeluh tidak dapat menggerakkan anggota tubuh, mengaeluh gangguan pengecapan (lidah), hilangnya daya sensori pada bagian ekstermitas/mati rasa, kurang mendengar, mata kabur

Data obyektif: bicara pelo, tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, kesulitan menggerakkan ekstermitas, kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan, kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri. tidak mampu mandi, makan, mengenakan pakaian, ke toilet, berhias, berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu, TD: >140/80 mmh, membrane mukosa pucat, otot menelan lemah.

d. Analisa Data

No.	Sign/symptom	Etiologi	Masalah
1.	Ds: - Do: -	Embolisme	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2.	Data Subjektif: kelemahan anggota gerak sebelah badan Data Objektif: kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas, tirah baring lama, tidak dapat melawan tekanan bahu	Gangguan neuromuskuler, penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

3.	Data Subketif: - Data Objektif: Bicara pelo, tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, mengerang	Gangguan neuromuskular	Gangguan komunikasi verbal
4.	Data Subjektif: Mual dan muntah, kesulitan menelan, nafsu makan menurun Data Objektif: Mual dan muntah, membrane mukosa pucat, otot menelan lemah	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit nutrisi
5.	Data Subjektif: Lemah Data Objektif: Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri, tidak mampu mandi, makan, mengenakan pakaian, ke toilet, berhias	Gangguan neuromuskular, kelemahan	Defisit perawatan diri
6.	Data subjektif: - Data objektif: -	penurunan tingkat kesadaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, kekuatan otot menurun	Resiko jatuh
7.	Data subjektif: mengeluh sulit menelan Data objektif: batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan, menggunakan ogt	Gangguan saraf kranial	Gangguan menelan
8.	Data Subjektif: Mengalami gangguan pengecap (lidah), hilangnya daya sensori pada bagian ekstermitas/mati rasa, kurang mendengar, mata kabur Data Objektif: -	Hipoksia serebral	Gangguan persepsi sensori

9.	Data Subjektif: Pasien mengatakan merasa sesak, Data Objektif: Pernafasan diatas nilai normal	Gangguan neuromuskular	Pola nafas tidak efektif

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien, berisi tentang pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan, masalah aktual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya (Wilkinson, 2012).

Berdasarkan data menurut (SDKI, 2016)

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Embolisme, ditandai dengan:

Ds: -

Do: -

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, penurunan kekuatan otot ditandai dengan

Ds: kelemahan anggota gerak sebelah badan

Do: kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas, tirah baring lama

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular, penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan:

Ds: -

Do: Bicara pelo, tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, mengerang

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan:

Ds: Mual dan muntah, kesulitan menelan, nafsu makan menurun

Do: Mual dan muntah, membrane mukosa pucat, otot menelan lemah

- e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial ditandai dengan:

Ds: mengeluh sulit menelan

Do: batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan, menggunakan

Ogt

- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, dan gangguan neuromuskuler ditandai dengan:

Ds: Lemah

Do: Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri, tidak mampu mandi, makan, mengenakan pakaian, ke toilet, berhias

- g. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, kekuatan otot menurun ditandai dengan: Ds & Do: -.

h. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Hipoksia serebral ditandai dengan

Ds: Mengalami kehilangan sensasi pada lidah, pipi, dan tenggorokkan, hilangnya daya sensori pada bagian ekstermitas/mati rasa, kurang mendengar, mata kabur

Do: -

i. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan

Ds: Pasien mengatakan merasakan sesak

Do: Pasien tampak menggunakan oksigen, pernafasan diatas nilai normal

3. Perencanaan Tindakan (SLKI & SIKI)

Perencanaan adalah suatu kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan berpusat pada klien dan hasil yang di perkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Tahap perencanaan berfokus pada memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan dan kriteria hasil, membuat instruksi keperawatan, dan mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan.

a. Diagnosa 1: Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan dengan Embolisme

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi

Kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Pusing menurun
- 3) Tekanan darah menurun
- 4) Sakit kepala menurun
- 5) Gelisah menurun
- 6) Meringis menurun

Rencana keperawatan

- 1) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tingkat kesadaran, keluhan sakit kepala, tanda-tanda vital).

Rasional: Deteksi dini peningkatan tekanan intrakranial untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

- 2) Monitor penurunan tingkat kesadaran
- 3) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure).

Rasional: Dengan memantau tanda-tanda vital dan pengisian kapiler dapat dijadikan pedoman untuk penggantian cairan atau menilai respons dari kardiovaskuler.

- 4) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

Rasional: Memberikan kenyamanan pada pasien.

- 5) Berikan posisi semi fowler.

Rasional: Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral.

6) kolaborasi pemberian obat

b. Diagnosa 2: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, penurunan kekuatan otot

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah mobilitas fisik dapat teratasi

Kriteria Hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuaran otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Kaku sendi menurun

Intervensi:

Dukungan mobilisasi:

- 1) Kaji tingkat aktivitas/toleran klien

Rasional: Tindakan ini untuk mengidentifikasi kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan

- 2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

- 3) Ajarkan gerakan ROM aktif dan pasif pada semua ekstermitas

Rasional: meminimalkan atropi otot, meningkatkan sirkulasi mencegah terjadinya kontraktur

- 4) Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi pasien minimal 2 jam sekali

Rasional: Tindakan ini membantu menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan

c. Diagnosa 3: Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular, penurunan sirkulasi serebral

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah komunikasi verbal dapat teratasi

Kriteria hasil:

- 1) Kemampuan berbicara meningkat
- 2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
- 3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
- 4) Kontak mata meningkat
- 5) Pemahaman komunikasi membaik
- 6) Respons perilaku meningkat

Intervensi:

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara

Rasional: untuk mengetahui perkembangan bicara pasien

- 2) Gunakan metode komunikasi alternative (Mis, menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, computer)
- 3) Anjurkan berbicara perlahan
- 4) Ulangi apa yang disampaikan

d. Diagnosa 4: Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah nutrisi dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- (1) Porsi makan dihabiskan
- (2) Berat badan membaik
- (3) Mampu menelan makanan
- (4) Membrane mukosa membaik

Intervensi:

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi perlunya selang nasogatrik
- 3) Monitor asupan makanan
- 4) Lakukan oral hygiene sebelum makan
- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan protein
- 6) Ajarkan diet yang diprogramkan

e. Diagnosa 5: Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan status menelan klien membaik.

Kriteria hasil:

- (1) Tidak ada keluhan sulit menelan
- (2) Tidak ada batuk saat menelan
- (3) Tidak ada keluhan tersedak
- (4) Tidak ada keluhan makanan tertinggal di rongga mulut

(5) Tidak ada Muntah

Rencana keperawatan:

- 1) Monitor kemampuan menelan
- 2) Periksa posisi nasogastric tube (NGT) dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara
- 3) Gunakan Teknik bersih dalam pemberian makanan via selang
- 4) Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan

f. Diagnosa 6: Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, dan gangguan neuromuskuler

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan status perawatan diri klien membaik.

Kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) meningkat
- 4) Melakukan perawatan diri meningkat
- 5) Mempertahankan kebersihan diri meningkat

Intervensi:

Dukungan perawatan diri:

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- 2) Monitor tingkat kemandirian

- 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
 - 4) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
 - 5) Anjurkan keluarga melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kondisi pasien
- g. Diagnosa 7: risiko jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, gangguan penglihatan, kekuatan otot menurun
- Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan Resiko jatuh pada klien teratasi
- Kriteria hasil:
- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun
 - 2) Jatuh saat dipindahkan menurun
- Intervensi:
- Pencegahan jatuh:
- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis gangguan penglihatan)
 - 2) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
 - 3) Pasang handrail tempat tidur
 - 4) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- h. Diagnosa 8: Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan hipoksia serebral
- Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam

diharapkan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan, pengecapan meningkat
- 2) Respon sesuai stimulus membaik

Intervensi :

Minimalisasi rangsangan

- 1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan
- 2) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori
- 3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat
- 4) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengurangi kebisingan, membatasi pengunjung)
- 5) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

- i. Diagnosa 9: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Gngguan Neuromuskular

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola napas tidak efektif membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Tampak sesak menurun
- 2) Takipnea menurun
- 3) Retraksi dinding dada menurun
- 4) Penggunaan otot bantu pernapasan menurun
- 5) Frekuensi napas membaik
- 6) Kedalaman napas membaik

Intrvensi:

Manajemen jalan napas

- 1) Monitor pola napas (Frekuensi, kealaman, usaha napas)
- 2) Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- 3) Monitor bunyi napas tambahan
- 4) Berikan Oksigen, jika perlu
- 5) Anjurkan Teknik napas dalam (SIKI, 2018).

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus kepada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan, sebagaimana digambarkan dalam rencana yang suda dibuat.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi yang diharapkan pada pada akhir studi kasus stroke hemoragik yakni Resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi. Gangguan mobilitas fisik dapat teratasi. Defisit nutrisi dapat teratasi. Gangguan menelan dapat teratasi. Intoleransi aktivitas dapat teratasi. Defisit perawatan diri dapat teratasi. Resiko jatuh tidak terjadi. Gangguan persepsi sensori dapat teratasi. Pola napas tidak efektif dapat teratasi.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus

Jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien stroke hemoragik di RPD RSUD Ende.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistik pada pasien stroke hemoragik di RPD RSUD Ende.

C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional)

Istilah yang digunakan dalam karya tulis ilmiah yaitu asuhan keperawatan dan stroke hemoragik.

1. Asuhan keperawatan adalah rangkaian proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.
2. Stroke hemoragik adalah stroke perdarahan yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak. Darah yang keluar dari pembuluh darah yang pecah mengenai dan merusak sel-sel otak di sekitarnya

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus Asuhan Keperawatan ini dilakukan selama 3 hari di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende Tahun 2024 pada tanggal 17,18 Agustus sampai 19 Agustus 2024

E. Prosedur Studi Kasus

Adapun tahapan proses studi kasus yaitu :

1. Mengajukan surat permohonan ijin kepada Direktur rumah sakit umum daerah Ende pada tanggal 12 Juli 2024
2. Pada tanggal 15 Juli 2024 surat telah disetujui oleh Direktur rumah sakit Ende, kemudian mengajukan ijin kepada kepala ruangan penyakit dalam III untuk melakukan studi kasus
3. Memilih pasien untuk dijadikan subjek penilaian sesuai dengan judul yang akan diteliti, dengan membuat *inform consent* pada tanggal 17 agustus 2024.
4. Melakukan studi kasus mulai dari pengkajian sampai evaluasi yang meliputi pengumpulan data dengan dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien dengan metode head to toe melalui pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA)

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara di pergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara

berlangsung, riwayat penyakit terdahulu, riwayat sosial kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental dan perkembangan pasien selama dirawat.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada pasien prinsip *head to toe* dan hal ini dilakukan dengan cara pendekatan IPPA yaitu inspeksi palpasi, perkusi, auskultasi dengan menggunakan instrumen seperti stetoskop, thermometer dan tensi meter dan observasi dilakukan selama 3 hari.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis, dan keperawatan pasien.

G. Instrument Pengumpulan Data

Instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan actual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari:

1. Data Primer

Merupakan data yang diperoleh langsung dari pasien baik melalui wawancara maupun pemeriksaan fisik.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga) meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien dirumah maupun dirumah sakit dan studi dokumentasi.

I. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Ruang RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruangan perawat, 1 ruangan farmasi, 1 ruangan gudang, 1 ruangan pantry, dan 3 ruang perawatan.

Kasus-kasus yang dirawat di Rpd III meliputi hipertensi, asma, pneumonia, anemia, DM, CHF, CKD, stroke hemoragik dan strok non hemoragik dan kasus terbanyak 1 bulan terakhir adalah Stroke dengan berjumlah 17 kasus dan yang kedua DM 12 kasus.

Kapasitas 19 tempat tidur yang terdiri dari ruangan A jumlah 7 tempat tidur, ruangan B 7 tempat tidur dan ruangan C 5 tempat tidur, dengan rata – rata tempat tidur yang terpakai dalam 1 bulan terakhir 90% dan dalam sehari yang dipakai sebanyak 17 tempat tidur

Secara struktural RPD III RSUD Ende terdiri atas 1 kepala ruangan yang dibantu 1 administrasi, 16 orang tenaga perawat, 2 orang cleaning servis dengan tindakan yang dilakukan perawat adalah berkolaborasi bersama dokter dan sesama teman perawat dalam pemberian obat, memberikan edukasi terkait kondisi pasien dengan keluarga pasien, melatih dan meningkatkan kesembuhan pasien.

2. Pelaksanaan Studi kasus

a. Pengkajian

1) Pengumpulan Data

a) Wawancara/anamneses

(1) Biodata

Studi kasus ini dilakukan pada Ny.T.M umur 75 tahun, berjenis kelamin perempuan, pendidikan tamat SD, beragama khatolik, alamat Nangapenda, pekerjaan petani, suku bangsa Ende, tanggal masuk ruangan penyakit dalam III 16 Agustus 2024, tanggal pengkajian 17 Agustus 2024, No register 130753. Identitas penanggung jawab Tn S.R. umur 53 tahun, pendidikan tamat SMP, pekerjaan petani, hubungan dengan pasien anak kandung.

(2) Keluhan Utama

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, tidak mampu melakukan aktivitas, tidak berbicara, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak dan lemah

(3) Riwayat keluhan sekarang

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, tidak mampu melakukan aktivitas, tidak berbicara, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak, lemah, batuk, muntah, klien tidak bisa makan dan minum, Keluarga mengatakan

keadaannya seperti ini sudah dari kemarin tanggal 16 agustus 2024.

(4) Alasan masuk dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga mengatakan tanggal 16 agustus 2024, kejadian di siang hari saat itu klien hendak keluar mengumpulkan biji buah coklat yang sedang dijemur di halaman rumah ketika sedang mengumpulkan, klien tiba-tiba merasa sakit kepala bagian belakang dan merasa lemah lalu klien jatuh terduduk dengan menopang dengan kedua tangannya, klien digendong dan dibawa masuk kedalam rumah oleh anak lelakinya, saat didalam rumah klien digosok minyak kayu putih pada bagian leher hingga seluruh badan, keluarga juga memberikan minum dan makan tapi klien batuk dan mengeluarkan kembali makanannya. 5 menit berlalu suara klien sudah pelan dan kecil, setelah itu lalu klien dibawa dari rumahnya menuju rumah sakit, jam 17:00 tiba dirumah sakit diruangan IGD. Saat ini diruang IGD klien mengalami muntah, kesadarannya sudah menurun, mata klien tertutup tidak ada respon saat dipanggil tangan kanan bergerak dan kaki kanan ditekuk secara mandiri, bagian kiri tidak bergerak sama sekali, klien juga tidak berbicara lagi lalu dipindahkan ke ruang RPD III malam harinya jam 19:00. Saat ini tanggal 17 Agustus 2024 Gcs 9 somnolen (E3 V1

M5) kekuatan otot bagian ekstermitas kiri mengalami kelemahan, sulit digerakkan dan diagnosis Stroke hemoragik.

(5) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasinya adalah menggosok dengan minyak kayu putih, memberikan minum dan makan serta pergi ke rumah sakit untuk melakukan pemeriksaan, Saat ini tanggal 17 agustus 2024 klien terpasang infus Nacl 20 Tpm/menit, terpasang kateter, Terpasang Ngt, terpasang oksigen nasa kanul 4 liter

(6) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga mengatakan klien pernah mempunyai, hipertensi dan kolestrol. Klien pernah dirawat di Rumah sakit umum daerah ende, dirawat selama satu minggu diruangan RPD III ditahun 2023 dibulan Februari, dengan diagnosa hipertensi, tindakan yang diberikan adalah pemberian obat, memberi edukasi tentang diet hipertensi. keluarga mengatakan klien tidak mempunyai alergi. keluarga juga mengatakan dalam keluarga tidak ada riwayat penyakit gula, hipertensi atau pun lainnya

(7) Pola Kesehatan

(a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Sebelum sakit: keluarga mengatakan hanya mengetahui klien memiliki penyakit hipertensi dan kolestrol

Saat sakit: keluarga mengatakan ketika pasien sakit keluarga baru mengetahui klien terdiagnosis stroke hemoragik

(b) Pola nutrisi metabolic

Sebelum sakit: keluarga klien mengatakan klien makan sehari 3x, klien dirumah hanya memakan jagung yang dilembekann, sayur-sayur bening dan ikan mentah yang dipanggang lalu dibeningkan jika tidak terdapat jagung ia makan bubur, setiap hari ia hanya suka memakan itu saja tanpa lauk nasi dan lainnya. klien minum sekitar 8 gelas 1.600 cc/hari. Berat badan : 40 kg, Tinggi badan : 152 cm. IMT:17,3 kategori: kurus (nilai normal: 18,5 - 25).

Saat sakit: klien tidak makan per oral tetapi klien menggunakan NGT yang diberi susu setiap 4 jam 200 cc.

(c) Pola eliminasi

Sebelum sakit: keluarga mengatakan klien BAB 1-2x/sehari dengan konsistensi padat dan lembek, berbau

khas feses, berwarna kuning kecoklatan tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 6- kali sehari, berbau khas urin, berwarna kuning bening dan tidak ada keluhan saat BAK.

Saat sakit: keluarga mengatakan klien menggunakan diapers dari masuk kemarin sampai hari ini di rawat baru 1 kali BAB dengan konsistensi encer, berwarna kuning tidak pekat dan tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK klien menggunakan kateter dengan 300-500 cc, berwarna kuning bening.

(d) Pola aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : keluarga klien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitasnya seperti mandi, makan, berpakaian, berpindah, BAB dan BAK secara mandiri tanpa bantuan alat maupun orang lain.

Saat sakit : tampak seluruh aktivitas klien seperti berpindah, personal hygiene, berpakaian, dibantu oleh keluarga, toileting di bantu alat dan keluarga, makan minum klien dibantu alat dan keluarga,

(e) Pola kognitif dan sensori

Sebelum sakit: keluarga mengatakan untuk pendengaran pasien masih berfungsi dengan baik, pengeihatan baik, daya ingat sedikit menurun dan perasa masih berfungsi dengan baik

Saat sakit: keluarga mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran, untuk pendengaran pasien mendengar dengan baik, penglihatan kurang memperhatikan saat diajak bicara, daya ingat menurun, tidak berbicara sama sekali.

(f) Pola persepsi dan konsep diri

Sebelum sakit: keluarga mengatakan klien selalu merawat diri dengan baik dan menganggap dirinya tidak akan sakit

Saat sakit: keluarga mengatakan klien tampak tidak berdaya dan tidak kooperatif, merasa seperti takut disaat melakukan suatu Tindakan.

(g) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit: keluarga mengatakan klien tidur mulai dari jam 21.00-05.30 total tidur 8 jam untuk tidur malam tidak ada keluhan saat tidur pasien selalu tidur nyenyak, pasien jarang tidur siang karena selalu menghabiskan waktu di kebun untuk bersih kebun.

Saat sakit : keluarga mengatakan klien lebih sering tidur mulai jam 19.00 sudah tertidur dan kadang ketika merasa tidak nyaman klien bangun tapi berapa menit kemudian ia tertidur lagi.

(h) Pola peran hubungan

klien merupakan ibu rumah tangga dan memiliki empat orang anak, klien juga memiliki hubungan baik dengan anggota keluarganya, Ia memiliki hubungan yang baik dengan lingkungannya baik tetangga, teman, maupun keluarganya.

(i) Pola seksual-reproduksi

Sebelum sakit : klien tidak mengalami masalah pada sistem reproduksinya masih berfungsi dengan baik

Saat sakit : klien tidak mengalami masalah pada sistem reproduksinya masih berfungsi dengan baik.

(j) Pola toleransi stress koping

Keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki masalah dengan siapapun dan yang membuatnya stress.

(k) Pola nilai kepercayaan

Klien beragama katolik setiap hari minggu selalu ke gereja untuk beribadah, dan klien tidak aktif dalam kegiatan rohani di masyarakat.

b) Pemeriksaan fisik

- (1) Keadaan umum : lemah kesadaran somnolen , Gcs:9 (E:3, V:1, M:5) TD : 155/110 mmHg, Nadi : 96x/menit, Suhu : 36,2°C, RR : 36x/menit, Spo2: 90%. Pasien tampak rapi dan bersih.

(2) Pemeriksaan fisik head to toe

(a) Mulut

Inspeksi : bibir tampak tidak simetris tampak mulut mencong ke sisi kiri

(b) Dada

Inspeksi : bentuk simetris, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan diafragma(+), ada retraksi dinding dada(+) ringan, frekuensi pernapasan 36x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri dada saat ditekan

Auskultasi : wheezing(+)

(c) Ekstremitas

Inspeksi : Atas : bagian kiri tampak tidak bergerak, tidak dapat diangkat secara mandiri ketika diangkat oleh peneliti terjatuh kembali kebawah, tidak dapat melawan tahanan bahu, tidak ada reflek, bagian kanan digerakkan dan diangkat dengan aktif, dapat melawan tangan peneliti ketika melakukan pegangan padanya

Inspeksi: Bawah: bagian kiri tidak dapat digerakkan dan tidak dapat diangkat ketika diangkat terjatuh kembali kebawah, bagian kanan dapat digerakkan selalu ditebuk klien.

Kekuatan otot	
0	5
0	5

Kesimpulan: ekstermitas bagian kiri tidak terlihat kontraksi, ekstermitas bagian kanan dapat melawan tahanan peneliti dengan kekuatan penuh.

Palpasi : Akral dingin, turgor kulit elastis (-), capillary refill time (CRT) \leq 3detik,

c) Pemeriksaan neurlogis

(1) Pemeriksaan saraf kranial:

- (a) Nervus I (Olfaktorius): mencoba apakah fungsi penciuman klien masih bisa/tidak. Hasil: (klien ketika diberi minyak kayu putih ke hidung klien tampak berpaling kearah kiri)
- (b) Nervus II (optikus): saat berdiri jauh dari klien dan mencoba berpindah ke kiri dan kanan (Hasil: sulit dinilai karena klien tidak membuka mata lebar)
- (c) nervus III (okomotori): berhubungan dengan fungsi motoric yang mengendalikan Gerakan bola mata, berkedip, mengontrol respons pupil. (Hasil: ada gerakan kontraksi pupil, bisa buka tutup mata tidak sepenuhnya, Gerakan bola mata sesekali)

- (d) Nervus IV (trochlearis): mencoba Gerakan mata klien dengan menggunakan ujung belpoint kearah samping kiri kanan dan atas bawah, (Hasil: sulit dinilai karena tidak sepenuhnya membuka mata, klien tidak mengerti dan tidak melihat mengikuti tangan peneliti)
- (e) Nervus V (trigeminus): klien dapat membedakan benda yang halus dan tajam. Disaat klien menutup mata dan memberikan rangsangan pada area wajah dengan menggunakan kapas dan ujung belpoint (Hasil: sulit dinilai karena klien hanya terdiam dan tidak bisa membedakan)
- (f) Nervus VI (Abducens) mencoba melakukan arah tangan gerak ke samping kiri dan kanan (Hasil: sulit dinilai karena klien matanya tidak terbuka penuh hanya melihat kebawah, tidak bisa melihat kearah kiri dan kanan mengikuti tangan peneliti, hanya sesekali ada gerakan mata)
- (g) Nervus VII (facialis): disaat klien mengembungkan pipi terlihat simetris kanan dan kiri (Hasil: saat klien tidur biasanya mengembungkan pipi jadi yang tampak saat itu tidak simetri pipi kanan mengembung dengan besar pipi kiri kecil)

- (h) Nervus VIII (Auditoris): melakukan gesekkan kertas
(Hasil: klien menggerakkan tangan kanan ke arah sumber suara berarti klien dapat mendengar dengan baik)
- (i) Nervus IX (Glossofaringeus): (Hasil: tampak mulut klien mencong ke bagian kiri, klien tidak dapat membedakan rasa karena klien tidak dapat makan minum per oral)
- (j) Nervus X (Vagus): (Hasil: klien tidak bisa makan minum per oral klien menggunakan NGT mengalami gangguan menelan)
- (k) Nervus XI (Assesorius): klien tidak mengikuti perintah untuk mengangkat bahu (Hasil: ekstermitas kiri atas bawah lemah, kanan dapat bergerak seperti biasanya tidak mampu mengangkat bahu)
- (l) Nervus XII (Hipoglasus): tampak klien menjulurkan lidahnya disaat klien mengeluarkan banyak saliva (Hasil: mampu menjulurkan lidah dan dapat ke arah kiri dan kanan.)

(2) Pemeriksaan Reflek

(a) Refleks Fisiologis

Jenis-jenis dari reflek fisiologis adalah sebagai berikut:

a) Reflek Biceps

Dilakukan dengan pasien baring, membiarkan tangan disamping membentuk sudut sedikit lebih

telapak tangan diletakkan dibawah umbilikal. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara ketukan jari pemeriksa yang ditempatkan pada tendon biceps brachii, posisi lengan tengah setengah diketuk pada sendi siku. (Hasil pada ekstermitas atas kanan ditemukan normal, ekstermitas atas kiri terdapat hyper refleks)

b) Reflek Triceps

Dilakukan dengan pasien baring dengan perlahan tarik lengan keluar dari tubuh pasien, sehingga membentuk sudut kanan di bahu atau lengan bawah harus menjuntai ke bawah langsung di siku. Peemeriksaan ini dilakukan dengan ketukkan pada tendon otot tricep, posisi lengan fleksi padaa sendi siku dan sedikit pronasi. Respon ekstensi lengan bawah pada sendi siku (Hasil pada ekstermitas atas kanan ditemukan normal, ekstermitas atas kiri terdapat hyper refleks)

c) Reflek Brachioradialis

Dapat dilakukan dengan klien baring lalu ketukkan pada tendon otot brachioradialis (tendon melintasi sisi ibu jari pada lengan bawah). Jari-jari sekitar 10cm proksimal pergelangan tangan posisi

lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi. respon fleksi pada lengan bawah, supinasi pada siku dan tangan (Hasil pada ekstermitas bawah kanan ditemukan normal, ekstermitas bawah kiri terdapat hyper refleks)

d) Reflek Pattela

Dapat dilakukan dengan klien baring atau berbaring terlentang dengan cara ketukkan pada tendon patella. Respon ekstensi tungkai bawah karena kontraksi mquadriceps femoris (Hasil pada ekstermitas bawah kanan ditemukan normal, ekstermitas bawah kiri terdapat hyper refleks)

e) Reflek Achilles

Dilakukan dengan berbaring terlentang dengan posisi kaki di atas kaki yang lain, ketukan hammer pada tendon achiles. Respon plantar fleksi kaki karena kontraksi m.gastroenemius (Hasil pada ekstermitas bawah kanan ditemukan normal, ekstermitas bawah kiri terdapat hyper refleks)

(b) Refleks Patologis

a) Reflek hoffiman tromer

Tangan pasien ditumpu oleh tangan pemeriksa, kemudian ujung jari tangan pemeriksa yang lain

disentilkan ke ujung jari tengah tangan penderita. Kita lihat respon jari tangan penderita, yaitu fleksi jari-jari yang lain, aduksi dari ibu jari. Reflek positif bilateral bisa dijumpai pada 25 % orang normal, sedangkan unilateral Hoffmann indikasi untuk suatu lesi UMN (Hasil pada ekstremitas atas kanan tidak ditemukan positif, ekstremitas atas kiri tidak ditemukan positif)

b) Grasping reflek

Gores palmar penderita dengan telunjuk jari pemeriksa diantara ibu jari dan telunjuk penderita. Maka timbul genggamannya dari jari penderita, menjepit jari pemeriksa. Jika reflek ini ada maka penderita tidak dapat membebaskan jari pemeriksa (Hasil ekstremitas kiri tidak ada reaksi dan atas kanan ada reaksi pada telunjuk dan ibu jari klien)

c) Mayer reflek

Fleksikan jari manis di sendi metacarpophalangeal, secara firmly normal akan timbul adduksi dan aposisi dari ibu jari. Absennya respon ini menandakan lesi di tractu pyramidalis (hasil: tidak ditemukan positif pada ekstremitas kanan bawah dan ditemukan positif jari fleksi pada ekstremitas kiri bawah).

d) Reflek Babinski

Lakukan goresan pada telapak kaki dari arah tumit ke arah jari melalui sisi lateral, orang normal akan memberikan respon fleksi jari-jari kaki penarikan tungkai. Pada lesi UMN maka akan timbul respon jempol kaki akan dorsofleksi, sedangkan jari-jari lain akan menyebar atau membuka (tidak ditemukan positif pada ekstremitas kanan bawah dan ditemukan positif ibu jari mekar pada ekstremitas kiri bawah)

e) Reflek Chaddock

Lakukan goresan sepanjang tepi lateral punggung kaki di luar telapak kaki, dari tumit ke depan. Jika positif maka akan timbul refleksi seperti Babinski. (hasil: tidak ditemukan positif pada ekstremitas kanan bawah dan ditemukan positif jari fleksi pada ekstremitas kiri bawah)

f) Reflek Rossolimo

Pukulkan hammer refleksi pada dorsal kaki pada tulang cuboid. Refleksi akan terjadi fleksi jari-jari kaki (hasil: tidak ditemukan positif pada ekstremitas kanan bawah dan ditemukan positif jari fleksi pada ekstremitas kiri bawah).

g) Reflek Mendel-Bacctrerew

Pukulan telapak kaki bagian depan akan memberikan respon fleksi jari-jari kaki (hasil: tidak ditemukan positif pada ekstremitas kanan bawah dan ditemukan positif jari fleksi pada ekstremitas kiri bawah).

d) Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.1
Pemeriksaan Darah Lengkap (RSUD Ende)
Tanggal pemeriksaan 02 agustus 2024

WBC	10.80	[10 ³ /uL]	(3.60 - 11.00)
NEUT#	8.87	[10 ³ /uL]	(1.50 -7.00)
LYMPH%	11.2	[%]	(25.0 - 40.0)
NEUT%	82.1	[%]	(50.0 -70.0)
RBC	5.44	[10 ⁶ /uL]	(3.80 -5.20)
HGB	14.0	[g/dL]	(11.7 – 15.5)
MCV	72.4	[f/L]	(80.0 – 100.0)
MCH	25.7	[pg]	(26.0 – 34.0)
RDW-CV	15.7	[%]	(11.5 – 14.5)
PLT	270	[10 ³ /uL]	(150 - 440)

Tabel 4.2
Pemeriksaan Laboratorium
Tanggal Pemeriksaan 02 agustus 2024

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
GLUKOSA DARAH		
Glukosa Sewaktu	146	70-140 mg/dl
Glukosa Puasa		<100 mg/dl
FAAL HATI		
SGOT/AST	19.7	0-35 U/L
SPG/ALT	10.7	4-36 U/L
LEMAK DARAH		
CHOLESTEROL TOTAL		<200 mg/dl
HDL-CHOLESTEROL		>45 mg/dl
LDL-CHOLESTEROL		<130 mg/dl
TRIGLISERIDA		<150 mg/dl
FAAL GINJAL		
UREUM	19.7	10-50 mg/dl
CREATININ	0.73	0.6-1.2 mg/dl
ELEKTROLIT		
NATRIUM	140.6	135-145 mmol/L
KALIUM	2.83	3.5-5.1 mmol/L
CHLORIDA	108.5	98-106 mmol/L

Tabel 4.3
Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis
a)	Infus NaCl 0,9%	20 tetes/menit (IV)
b).	Omeprazole	2x40 mg
c)	Ondansentron	3x4mg
d)	Citicolin	2x500 mg (IV)
e).	Micobalamin	2x500 mg (IV)
f)	Diet cair	6x200cc/Ngt
g)	KSR	2x1 tab (oral)
h)	Atorvastatin	1x20 mg (oral)
i)	Manitol	200 cc (IV)
j)	asam tranexamid	3x500 mg (IV)

1) Tabulasi Data

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, tidak mampu melakukan aktivitas, tidak berbicara, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak dan lemah, batuk, muntah, klien

tidak bisa makan dan minum, kekuatan otot bagian ekstermitas kiri mengalami kelemahan, keluarga baru mengetahui klien terdiagnosis stroke hemoragik, klien tidak makan per Oral tetapi klien menggunakan NGT yang diberi susu setiap 4 jam 200cc, tampak seluruh aktivitas klien seperti berpindah, personal hygiene, berpakaian, dibantu oleh keluarga, toileting di bantu alat dan keluarga, makan minum klien dibantu alat dan keluarga, keadaan umum : lemah, kesadaran somnolen, Gcs:9 (E:3, V:1, M:5) TD : 155/110 mmHg, Nadi : 96x/menit, Suhu : 36,2°C, RR : 36x/menit, Spo2: 90%, berat badan : 40 kg, tinggi badan : 152 cm. IMT:17,3 kategori: kurus (nilai normal: 18,5 -25), klien tidak berbicara sama sekali dan tidak memberi respon saat ditanya, bibir tampak tidak simetris tampak mulut mencong ke sisi kiri. dada bentuk simetris, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan diafragma(+), retraksi dinding dada (+) ringan, frekuensi pernapasan 36x/menit, tidak ada nyeri dada saat ditekan, wheezing (+), tampak aktivitas pasien di bantu oleh keluarga, terbantu dari alat dan tergantung total juga, ekstremitas Atas: bagian kiri tampak tidak bergerak, tidak dapat diangkat secara mandiri ketika diangkat oleh peneliti terjatuh kembali kebawah, tidak dapat melawan tahanan bahu, tidak ada reflek, bawah: inspeksi: bagian kiri tidak dapat

digerakkan dan tidak dapat diangkat ketika diangkat terjatuh kembali kebawah, bagian kanan dapat digerakkan selalu ditekuk klien, kekuatan otot bagian kiri (nilai 0: tidak terlihat kontraksi sama sekali), akral hangat (-), capillary refill time (CRT) \leq 3detik, pemeriksaan neurologis nervus IX (glossofaringeus): (hasil: tampak mulut klien mencong kebagian kiri, klien tidak dapat membedakan rasa karna klien tidak dapat makan minum per oral) nervus X (vagus): (hasil: klien tidak bisa makan minum per oral klien menggunakan NGT mengalami gangguan menelan) nervus XI (assessorius): klien tidak mengikuti perintah untuk mengangkat bahu (hasil: ekstermitas kiri atas bawah lemah, kanan dapat bergerak seperti biasanya tidak mampu mengangkat bahu), pemeriksaan fisiologis refleks bisep, trisep, brachioradialis, patella, achilles (hasil pada ekstermitas atas bawah kiri terdapat hyper refleks (+)), pemeriksaan reflek patologis reflek grasping reflek, mayer reflek, reflek babinski, reflek chaddock, reflek rossolimo, mendel-bacctrerew (hasil pada ekstermitas atas bawah kiri jari mengalami fleksi (+))

2) Klasifikasi Data

Data Subjektif :

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, tidak mampu melakukan aktivitas, tidak berbicara, tubuh

sebelah kirinya tidak bergerak dan lemah, batuk, muntah, klien tidak bisa makan dan minum, kekuatan otot bagian ekstermitas kiri mengalami kelemahan, keluarga baru mengetahui klien terdiagnosis stroke hemoragik.

Data Objektif :

Keadaan umum: lemah, kesadaran somnolen, Gcs: 9 (E:3, V:1, M:5) TD: 155/110 mmHg, Nadi: 96x/menit, Suhu: 36,2°C, RR: 36x/menit, Spo2: 90%, berat badan: 40 kg, tinggi badan: 152 cm. IMT:17,3 kategori: kurus (nilai normal: 18,5 - 25), klien tidak berbicara sama sekali dan tidak memberi respon saat ditanya, bibir tampak tidak simetris tampak mulut mencong ke sisi kiri, dada bentuk simetris, takipnea, otot bantu pernapasan diafragma(+), retraksi dinding dada (+) ringan, frekuensi pernapasan 36x/menit, wheezing (+), ekstremitas atas: bagian kiri tampak tidak bergerak, tidak dapat diangkat secara mandiri ketika diangkat oleh peneliti terjatuh kembali kebawah, tidak dapat melawan tahanan bahu, tidak ada reflek. bawah: inspeksi: bagian kiri tidak dapat digerakkan dan tidak dapat diangkat ketika diangkat terjatuh kembali kebawah, bagian kanan dapat digerakkan selalu ditekek klien, kekuatan otot bagian kiri (nilai 0: tidak terlihat kontraksi sama sekali), akral dingin, capillary refill time (CRT) \leq 3 detik. pemeriksaan neurologis nervus IX (glosofaringeus): (hasil: tampak mulut

klien mencong kebagian kiri, klien tidak dapat membedakan rasa karna klien tidak dapat makan minum per oral) nervus X (vagus): (hasil: klien tidak bisa makan minum per oral klien menggunakan NGT mengalami gangguan menelan) nervus XI (assessorius): klien tidak mengikuti perintah untuk mengangkat bahu (hasil: ekstermitas kiri atas bawah lemah, kanan dapat bergerak seperti biasanya tidak mampu mengangkat bahu), pemeriksaan fisiologis refleks bisep, trisep, brachioradialis, patella, achilles (hasil pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri terdapat hyper refleks (+), pemeriksaan reflek patologis reflek grasping reflek, mayer reflek, reflek babinski, reflek chaddock, reflek rossolimo, mendel-bacstrerew (+) pada ekstermitas kiri.

3) Analisa data

No	Sign/symptom	Etiologic	Problem
1.	Data Subjektif : Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, lemah Data Objektif : Keadaan umum lemah, pucat, sesekali memegang kepala dengan tangan kanan, kesadaran : somnolen GCS 9 (E:3, V:1, M:5), tanda-tanda vital tekanan darah: 155/110 mmHg, Nadi : 96x/menit, Suhu : 36,2°C, RR : 36x/menit, Spo2: 90%. akral dingin	Embolisme	Perfusi serebral tidak efektif
2	Data Subjektif : Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, lemah Data Objektif : Klien tampak sesak, takipnea, otot bantu pernapasan diafragma (+),	Gangguan neuromuscular	Pola naapas tidak efektif

	<p>retraksi dinding dada (+) ringan, frekuensi pernapasan 36x/menit, wheezing (+), keadaan umum : lemah kesadaran somnolen , Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5), TTV: RR : 36x/menit, Spo2: 90%,</p>		
3	<p>Data Subjektif : Keluarga mngatakan klien tidak makan dan minum per oral tetapi klien menggunakan NGT yang diberi susu setiap 4 jam 200 cc, muntah Data Objektif : Keadaan umum : lemah kesadaran somnolen , Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5 berat badan : 40 kg, tinggi badan : 152 cm. IMT:17,3 kategori: kurus (nilai normal: 18,5 -25), nervus IX (Glosofaringeus): (Hasil: tampak mulut klien mencong kebagian kiri, klien tidak dapat membedakan rasa karna klien tidak dapat makan minum per oral) nervus X (Vagus): (Hasil: klien tidak bisa makan minum per oral klien menggunakan NGT mengalami gangguan menelan).</p>	Ketidakmampuan menelan makanan	Deficit nutrisi
4	<p>Data Subjektif : Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, tidak berbicara, lemah Data Objektif : Klien tidak berbicara sama sekali dan tidak memberi respon saat ditanya, bibir tampak tidak simetris, tampak mulut mencong ke sisi kiri, keadaan umum : lemah kesadaran somnolen , Gcs: 9 (E:3,V:1, M:5)</p>	Gangguan neuromuscular	Gangguan komunikasi verbal
5	<p>Data Subjektif : Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, tidak mampu melakukan aktivitas, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak dan lemah, Data Objektif : Keadaan umum : lemah kesadaran somnolen , Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5), TTV: TD : 155/110 mmHg, tampak seluruh aktivitas klien seperti</p>	Gangguan neuromuscular	Gangguan mobilitas fisik

berpindah, personal hygiene, berpakaian, dibantu oleh keluarga, toileting di bantu alat dan keluarga, makan minum klien dibantu alat dan keluarga, ekstermitas bagian kiri tampak tidak bergerak, tidak dapat diangkat secara mandiri ketika diangkat oleh peneliti terjatuh kembali kebawah, tidak dapat melawan tahanan bahu, tidak ada reflek, kekuatan otot bagian kiri (nilai 0: tidak terlihat kontraksi sama sekali), nervus XI (assesorius): klien tidak mengikuti perintah untuk mengangkat bahu (hasil: ekstermitas /kiri atas bawah lemah, kanan dapat bergerak seperti biasanya tidak mampu mengangkat bahu), pemeriksaan fisiologis refleks bisep, trisep, brachioradialis, patella, achilles (hasil pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri terdapat hyper refleks(+), pemeriksaan reflek patologis reflek grasping reflek, mayer reflek, reflek babinski, reflek chaddock, reflek rossolimo, mendel-Bacstrerew(+) pada ekstermitas kiri.

6	<p>Data subjektif: Keluarga mngatakan klien tidak makan dan minum per oral tetapi klien menggunakan NGT yang diberi susu setiap 4 jam 200 cc Data Objektif : Keadaan umum : lemah kesadaran somnolen , Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5) nervus IX (glosofaringeus): (hasil: tampak mulut klien mencong kebagian kiri, klien tidak dapat membedakan rasa karna klien tidak dapat makan minum per oral) neravus X (vagus): (hasil: klien tidak bisa makan minum per oral klien menggunakan NGT mengalami gangguan menelan).</p>	Gangguan saraf kranial	Gangguan menelan
---	---	------------------------	------------------

7	<p>Data Subjektif: Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, lemah, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak</p> <p>Data Objektif: Keadaan umum: lemah, kesadaran somnolen Gcs:9 (E:3, V:1, M:5), kekuatan otot menurun bagian kiri (nilai 0: tidak terlihat kontraksi sama sekali) seluruh aktivitas klien dibantu.</p>	<p>Penurunan tingkat kesadaran</p>	<p>Resiko jatuh</p>
---	--	------------------------------------	---------------------

b. Diagnose keperawatan

- 1) Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan:

Data Subjektif :

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, lemah

Data Obejktif :

Keadaan umum lemah, pucat, sesekali memegang kepala dengan tangan kanan kesadaran : somnolen GCS 9 (E:3, V:1, M:5), tanda-tanda vital tekanan darah: 155/110 mmHg, nadi : 96x/menit, suhu : 36,2°C, RR : 36x/menit, Spo2: 90%

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data Subjektif :

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, lemah

Data Objektif :

Klien tampak sesak, takipnea, ada otot bantu pernapasan diafragma (+), ada retraksi dinding dada (+) ringan, frekuensi pernapasan 36x/menit, wheezing(+), keadaan umum : lemah kesadaran somnolen , Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5), TTV: RR : 36x/menit, Spo2: 90%,

- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data Subjektif :

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, tidak mampu melakukan aktivitas, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak dan lemah.

Data Objektif :

Keadaan umum : lemah kesadaran somnolen, Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5), tampak seluruh aktivitas klien seperti berpindah, personal hygiene, berpakaian, dibantu oleh keluarga, toileting di bantu alat dan keluarga, makan minum klien dibantu alat dan keluarga, ekstermitas bagian kiri tampak tidak bergerak, tidak dapat diangkat secara mandiri ketika diangkat oleh peneliti terjatuh kembali kebawah, tidak dapat melawan tahanan bahu, tidak ada reflek, kekuatan otot bagian kiri (nilai 0: tidak terlihat kontraksi sama sekali), nervus XI (assessorius): klien tidak mengikuti perintah untuk mengangkat bahu (hasil: ekstermitas kiri atas bawah lemah, kanan dapat bergerak seperti biasanya tidak mampu mengangkat bahu), pemeriksaan fisiologis refleks bisep, trisep, brachioradialis, patella, achilles (hasil pada ekstermitas atas dan bawah bagian kiri terdapat hyper refleks(+), pemeriksaan reflek patologis reflek grasping reflek, mayer reflek, reflek babinski, reflek chaddock, reflek rossolimo, mendel bacctrerew(+) pada ekstermitas kiri.

- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan:

Data Subjektif :

Keluarga mngatakan klien tidak makan dan minum per oral tetapi klien menggunakan NGT yang diberi susu setiap 4 jam 200 cc, muntah

Data Objektif :

Keadaan umum : lemah kesadaran somnolen , Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5 berat badan : 40 kg, tinggi badan : 152 cm. IMT:17,3 kategori: kurus (nilai normal: 18,5 -25). nervus IX (glosofaringeus): (hasil: tampak mulut klien mencong kebagian kiri, klien tidak dapat membedakan rasa karna klien tidak dapat makan minum per oral) nervus X (vagus): (hasil: klien tidak bisa makan minum per oral klien menggunakan NGT mengalami gangguan menelan).

- 5) Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial ditandai dengan

Data Subjektif:

Keluarga mngatakan klien tidak makan dan minum per oral tetapi klien menggunakan NGT yang diberi susu setiap 4 jam 200 cc

Data Objektif:

Keadaan umum : lemah kesadaran somnolen, Gcs: 9 (E:3,V:1, M:5) nervus IX (glossofaringeus): (hasil: tampak mulut klien mencong kebagian kiri, klien tidak dapat membedakan rasa karna klien tidak dapat makan minum per oral) nervus X (vagus): (hasil: klien tidak bisa makan minum per oral klien menggunakan NGT mengalami gangguan menelan).

- 6) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan:

Data Subjektif ‘:

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, klien tidak berbicara.

Data Objektif :

Klien tidak berbicara sama sekali dan tidak memberi respon saat ditanya, bibir tampak tidak simetris, tampak mulut mencong ke sisi kiri, keadaan umum : lemah kesadaran somnolen , Gcs: 9 (E:3,V:1, M:5)

- 7) Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran ditandai dengan:

Data Subjektif:

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, lemah, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak

Data Objektif:

Keadaan umum: lemah, kesadaran somnolen Gcs:9 (E:3, V:1, M:5), kekuatan otot menurun bagian kiri (nilai 0: tidak terlihat kontraksi sama sekali) seluruh aktivitas klien dibantu.

c. Rencana keperawatan

Sebelum rencana keperawatan ditetapkan berdasarkan urutan prioritas masalah dengan mengacu pada: yang mengancam nyawa, mengancam kesehatan, dan mengancam tumbuh kembang. Maka hal tersebut sesuai dengan urutan prioritas utama diagnosa keperawatan Ny T.M adalah:

- 1) Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
- 4) Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial
- 5) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
- 6) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular
- 7) Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran

Maka demikian rencana keperawatan yang di susun berdasarkan prioritas diagnosa yang muncul pada Ny. T.M yaitu :

a) Diagnosa 1

Tujuan

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi serebral tidak efektif meningkat dengan kriteria hasil:

- (1) Tingkat kesadaran meningkat
- (2) Tekanan darah menurun
- (3) Sakit kepala menurun

Rencana keperawatan

- (1) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tingkat kesadaran, keluhan sakit kepala, tanda-tanda vital).

Rasional: Deteksi dini peningkatan tekanan intrakranial untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

- (2) Monitor penurunan tingkat kesadaran
- (3) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure).

Rasional: Dengan memantau tanda-tanda vital dan pengisian kapiler dapat dijadikan pedoman untuk penggantian cairan atau menilai respons dari kardiovaskuler.

- (4) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

Rasional: Memberikan kenyamanan pada pasien.

- (5) Berikan posisi semi fowler.

Rasional: Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral.

(6) kolaborasi pemberian obat

obat: Citicolin 2x500 mg (IV), Micobalamin 2x500 mg (IV),
Manitol 200 cc (IV), asam tranexam 3x500 mg (IV)

b) Diagnosa 2

Tujuan

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pola napas tidak efektif membaik dengan kriteria hasil:

- (1) Tampak sesak menurun
- (2) Takipnea menurun
- (3) Retraksi dinding dada menurun
- (4) Penggunaan otot bantu pernapasan menurun
- (5) Frekuensi napas membaik
- (6) Kedalaman napas membaik

Rencana keperawatan

- (1) Monitor pola napas (Frekuensi, usaha napas)
- (2) Monitor bunyi napas tambahan
- (3) Posisikan semi fowler/fowler
- (4) Berikan oksigen

c) Diagnosa 3

Tujuan:

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- (1) Pergerakan ekstermitas meningkat
- (2) Kekuatan otot meningkat
- (3) Rentang gerak (ROM) meningkat

Rencana keperawatan:

- (1) Kaji tingkat aktivitas/toleran klien

Rasional: Tindakan ini untuk mengidentifikasi kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan

- (2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

- (3) Ajarkan gerakan ROM aktif dan pasif pada semua ekstermitas

Rasional: meminimalkan atropi otot, meningkatkan sirkulasi mencegah terjadinya kontraktur

- (4) Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi pasien minimal 2 jam sekali

Rasional: Tindakan ini membantu menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan

d) Diagnosa 4

Tujuan:

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan menelan membaik dengan kriteria hasil:

- (1) Tidak ada keluhan sulit menelan
- (2) Tidak ada batuk saat menelan
- (3) Tidak ada keluhan tersedak
- (4) Tidak ada keluhan makanan tertinggal di rongga mulut
- (5) Tidak ada Muntah

Rencana keperawatan:

- (1) Monitor kemampuan menelan
- (2) Periksa posisi nasogastric tube (NGT) dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara
- (3) Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang
- (4) Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan

e) Diagnosa 5

Tujuan:

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi membaik dengan kriteria hasil:

- (1) Porsi makan dihabiskan
- (2) Berat badan membaik

- (3) Mampu menelan makanan
- (4) Membrane mukosa membaik

Rencana keperawatan:

- (1) Identifikasi status nutrisi
- (2) Identifikasi perlunya selang nasogatrik
- (3) Monitor asupan makanan
- (4) Lakukan oral hygiene sebelum makan
- (5) Berikan makanan tinggi kalori dan protein
- (6) Ajarkan diet yang diprogramkan

f) Diagnosa 6

Tujuan:

Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:

- (1) Kemampuan berbicara meningkat
- (2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
- (3) Pemahaman komunikasi membaik
- (4) Respons perilaku meningkat

Rencana keperawatan:

- (1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara

Rasional: untuk mengetahui perkembangan bicara pasien

- (2) Gunakan metode komunikasi alternative (Mis, menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, computer)
- (3) Anjurkan berbicara perlahan
- (4) Ulangi apa yang disampaikan

g) Diagnosa 7

Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko jatuh menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun
- 2) Jatuh saat dipindahkan menurun

Intervensi:

Pencegahan jatuh:

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh
- 2) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- 3) Pasang handrail tempat tidur
- 4) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

d. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari pertama Sabtu, 17 Agustus 2024, kedua minggu 18 Agustus 2024, dan ketiga 19 Agustus 2024.

1) Hari pertama: Sabtu, 17 Agustus 2024

a) Diagnosa Keperawatan 1

- Jam 07:30 melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, spo2 dan RR

Hasil: TD:155/103 mmHg ,RR: 36x/m, N: 96x/m, Spo2: 90%,

- Jam 07:35 memonitor tingkat kesadaran klien

Hasil: kesadaran somnolen 9 (GCS: E:3, V:1, M:5)

- Jam 07:50 memonitor MAP

Hasil $2 (103) + 214 : 3 = 140\text{mmHg}$

- Jam 09:50 memberikan posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal

Hasil klien tampak tidur tenang

- Jam 11:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung

b) Diagnose keperawatan 2

- Jam 07:40 memonitor pola napas pasien

Hasil: nafas cepat, takipnea, otot bantu pernapasan diafragma(+), retraksi dinding dada (+) ringan, RR: 36x/m, terdengar bunyi napas wheezing, terpasang oksigen nasa kanul 4 liter

- Jam 08:30 memasang kembali oksigen nasa kanul yang terlepas

- Jam 09:50 memberikan posisi semi fowler dengan meninggikan bantal

Hasil: klien tampak tidur tenang

- Jam 12:30 ganti tabung oxygen yang sudah hampir habis dan mengatur 4 liter

c) Diagnosa keperawatan 3

- Jam 07:35 mengidentifikasi aktivitas & intoleran klien

Hasil: keluarga klien mengatakan klien tidak mampu bergerak, aktifitas klien dibantu, klien hanya berbaring tidak mampu melakukan sesuatu

- Jam 08:40 memberikan edukasi keluarga untuk tidak membiarkan klien sendiri dalam hal membantu menjaga pergerakan klien karena pasien seringkali melepas selang oksigen dan menarik selang ngt maupun selang infus

- Jam 10:45 melibatkan keluarga dalam merubah posisi klien

Hasil: memiringkan klien ke posisi kanan dan menopang menggunakan bantal dan menaikkan sanggahan tempat tidur klien,

- Jam 11:45 melakukan latihan ROM pada anggota gerak klien

Hasil: belum ada pergerakan di anggota gerak bagian kiri

- Jam 12:45 kembali melibatkan keluarga dalam hal merubah posisi klien ke keadaan telentang

d) Diagnosa keperawatan 4

- Jam 09:00 memonitor menelan klien dengan memberikan air hangat menggunakan sedotan

Hasil: klien memuntahkan Kembali

- Jam 09:50 meninggakan kepala klien posisi semi fowler dengan bantal

- Jam 09:55 menyiapkan susu klien 200 cc

- Jam 10:00 mengecek residu lambung klien

Hasil: tidak ada residu

- Jam 10:05 memberikan diet cair/Ngt, dan membilasnya dengan air hangat 10 cc

- Jam 11:55 mengecek residu lambung klien

Hasil: tidak ada residu

- Jam 14:00 melayani pembrian diet cair 200 cc dan membilasnya dengan air 10 cc.

e) Diagnosa keperawatan 5

- Jam 07:50 mengidentifikasi status nutrisi klien

Hasil: keluarga mengatakan berat badan klien 40 kg dan tinggi badan klien 152 cm (hasil: IMT: 17,3 kategori: kurus (nilai normal: 18,5 -25))

- Jam 08:00 melayani pemberian obat injeksi ondansentron 4mg dan injeksi omeprazole 40mg

- Jam 08:50 melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan kasa dan air hangat lilit ke ujung senduk lalu membersihkan bagian dalam dan luar mulut klien
- Jam 09:55 menyiapkan susu klien 200 cc
- Jam 10:00 mengecek residu lambung klien
Hasil: tidak ada residu
- Jam 10:05 memberikan diet cair/NGT dan membilasnya dengan air hangat 10 cc
- Jam 11:55 mengecek residu lambung klien
Hasil: tidak ada residu
- Jam 13:15 menjalaskan pada keluarga terkait dengan kondisi klien yang tidak mampu untuk menelan makanan jadi harus menggunakan selang NGT tetapi tetap dipenuhi nutrisi setiap hari 6x per 4 jam pemberian susu, karena makanan lain belum bisa diberi nantinya membuat klien tersedak atau makanan tersangkut di tenggorokkan
- Jam 14:00 melayani pemberian diet cair 200 cc dan membilasnya dengan air 10 cc.

f) Diagnosa keperawatan 6

- Jam 07:45 Monitor bicara klien
Hasil: klien tidak berbicara sama sekali, klien membuka tutup mulutnya namun tidak mengeluarkan suara sama sekali

- Jam 07:50 membangun komunikasi dengan klien, dengan memanggil namanya
Hasil: klien membuka mata tapi tidak sepenuhnya terbuka lebar lalu mencoba mengajak berbicara Hasil: tidak ada respon klien hanya melihat saja
- Jam 09:15 mengajak klien untuk berbicara menggunakan alternatif menggelengkan kepala atau mengangguk
Hasil: klien hanya diam dan tidak menjawab membalas dengan alternatif tersebut
- Jam 13:45 memotivasi keluarga untuk tetap berada disamping klien dan mengajak klien untuk berbicara.

g) Diagnosa keperawatan 7

- Jam 07:35 mengidentifikasi faktor risiko jatuh
Hasil: Klien kesadarannya menurun, kesadaran somnolen Gcs: 9 (E:3, V:1, M:5) lemah.
- Jam 08:15 menaikkan pagar/penyangga tempat tidur pasien
- Jam 09:37 memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci
- Jam 11:48 menganjurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- Jam 12:55 memberi edukasi untuk selalu berganti dalam menjaga klien jangan membiarkannya sendiri, dan selalu memperhatikan penyangga tempat tidur klien

2) Hari kedua: Minggu, 18 Agustus 2024

a) Diagnosa Keperawatan 1

- Jam 07:40 mengukur tekanan darah, nadi, suhu, RR dan Spo2 dan kembali memonitor tanda dan gejala peningkatan intracranial

Hasil : TD : 142/127 mmHg, N : 128 x/menit, S : 36,2°C,
Spo2: 97%, RR : 32 x/menit

- Jam 07:45 memonitor tingkat kesadaran di hari kedua
Hasil: kesadaran klien sedikit mulai membaik delirium Gcs:11 (E:4 V:2 M:5), tampak masih lemah

- Jam 08:15 memonitor MAP hari kedua

Hasil : $2 (127) + 142 : 3 = 132$ mmHg

- Jam 09:10 mengatur posisi semi fowler dengan meninggikan sedikit kepala klien dengan bantal
- Jam 12:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang berkunjung

b) Diagnosa keperawatan 2

- Jam 07:47 memonitor pola napas pasien

Hasil: tampak nafas masih cepat, naik turun dada masih tampak cepat, otot bantu pernapasan (+), RR: 32x/m, masih terdengar bunyi napas wheezing

- Jam 09:10 memberikan posisi semi fowler dengan meninggikan kepala dengan menggunakan bantal

Hasil: klien tampak tenang

- Jam 11:00 ganti tabung oxygen yang sudah hampir habis dan mengubah ke 3 liter
- Jam 13:10 memasang kembali selang oxygen nasa kanul pada hidung klien yang terlepas.

c) Diagnosa keperawatan 3

- Jam 08:10 melibatkan keluarga dalam mengubah posisi klien

Hasil: Keluarga mengubah posisi klien kesamping kiri, menopang dengan menggunakan bantal dan menjaga penyangga tempat tidur

- Jam 08:50 mengobsevasi posisi klien

Hasil: Klien tampak tidak tenang dalam posisinya tangan kanan klien dan kaki kanan tampak terus bergerak sehingga posisi klien tidak baik

- Jam 08:55 menganjurkan pada keluarga untuk mengembalikan posisi klien ke posisi telentang

- Jam 09:10 memberikan posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal

Hasil: klien tampak tenang

- Jam 09: 30 memberikan edukasi pada keluarga untuk selalu berada di dekat klien, jangan biarkan klien sendirian, dan menganjurkan mengubah posisi klien tiap 2 jam
- Jam 11:05 melakukan latihan ROM pada anggota gerak klien
Hasil: pada tangan kiri klien satu kali bergerak dibagian jari-jari klien, kekuatan otot kiri 1
- Jam 12:10 kembali melibatkan keluarga dalam hal merubah posisi klien untuk miring kanan.

d) Diagnosa keperawatan 4

- Jam 09:10 meninggikan kepala klien posisi semi fowler dengan meninggikan bantal klien
- Jam 09:20 memonitor menelan klien dengan memberikan air hangat menggunakan ujung sendok sedikit demi sedikit
Hasil: di percobaan pemberian 2x airnya masuk tidak dimuntahkan
- Jam 10:10 menyiapkan susu klien 200 cc
- Jam 10:05 mengecek residu lambung klien
Hasil: tidak ada residu
- Jam 10:07 memberikan diet cair/Ngt. Dan membilasnya dengan air hangat 10 cc
- Jam 13:45 mengecek residu lambung klien
Hasil: tidak ada residu

- Jam 13:55 melayani pemberian diet cair 200 cc dan membilasnya dengan air 10 cc.

e) Diagnosa keperawatan 5

- Jam 08:00 melayani pemberian terapi obat injeksi ondansentron 4mg dan injeksi omeprazole 40mg
- Jam 09:20 menganjurkan dan mengarkan keluarga melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan kasa dan air hangat lalu lilit ke ujung senduk lalu membersihkan bagian dalam dan luar mulut klien
- Jam 10:05 mengecek residu lambung klien
Hasil: tidak ada residu
- Jam 10:07 memberikan diet cair/Ngt. Dan membilasnya dengan air hangat 10 cc
- Jam 13:45 mengecek residu lambung klien
Hasil: tidak ada residu
- Jam 13:55 melayani pemberian diet cair 200 cc dan membilasnya dengan air 10 cc

f) Diagnosa keperawatan 6

- Jam 07:45 memonitor bicara klien
Hasil: keluarga mengatakan tadi pagi Jam 06:00 saat keluarga mengajak klien berbicara klien sempat merespon beberapa kali klien mengeluarkan suara pelan/lirih saja, hanya bilang kata

“ro” yang dalam artian bahasa daerah yaitu “sakit” sambil memegang kepalanya

- Jam 08:50 membangun kembali komunikasi dengan klien, memanggil namanya dan

Hasil: klien membuka mata sebelah kanan sebelah kiri masih tertutup), lalu mencoba mengajak berbicara (Hasil: klien tampak mengerang tapi berbicara tidak jelas dan suaranya terdengar pelan/lirih)

- Jam 09:40 mengajak klien untuk kembali berbicara dengan bertanya dibagian mana yang sakit?

Hasil: saat mendekati telinga ke mulut klien, klien berbicara pelan tidak bersuara namun jawaban klien masih belum jelas dan tidak dimengerti

- Jam 12:15 memotivasi keluarga untuk tetap berada disamping klien dan mengajak klien untuk berbicara

h) Diagnosa keperawatan 7

- Jam 08:15 menaikkan pagar/penyangga tempat tidur pasien
- Jam 08:37 memberi penyangga bantal dibelakang klien setelah klien diubah posisi miring
- Jam 09:00 memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci
- Jam 10:18 menganjurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

- Jam 12:55 menganjurkan keluarga untuk selalu disamping dan berada didekat klien

3) Hari ketiga: Senin, 19 Agustus 2024

a) Diagnosa Keperawatan 1

- Jam 07:05 mengukur tekanan darah nadi, RR, suhu, Spo2 dan memonitor tanda atau gejala peningkatan tekanan intrakranial
Hasil: TD: 146/73 mmHg, Nadi : 90 x/menit, SpO² : 96 %, Suhu: 36,8 °c, RR :22 x/menit
- Jam 07:10 memonitor kesadaran klien
Hasil: kesadaran delirium 12 (E:4, V:2, M:5), klien masih tampak lemah
- Jam 10:40 memonitor MAP
Hasil : $2 (74) + 146 : 3 = 98$ mmHg
- Jam 12:00 melayani pemberian terapi infus Manitol 200 cc/Iv.
- Jam 13:00 melayani pemberian terapi obat injeksi asam tranexamat 50 mg/Iv

b) Diagnosa keperawatan 2

- Jam 07:47 memonitor pola napas pasien
Hasil: masih terpasang oksigen nasa kanul 3 liter, tampak sesak berkurang, Retraksi dinding dada (-), otot bantu pernapasan (-), nafas normal, RR: 22x/m, Spo2:96%, sudah tidak terdengar bunyi napas tambahan

- Jam 09:00 menggantikan tabung oxygen klien dan mengatur 3 liter, -Jam 09:40 memberikan posisi semi fowler dengan meninggikan kepala dengan menggunakan bantal

Hasil: klien tampak tenang

- Jam 11:40 memasang kembali selang oxygen nasa kanul pada hidung klien yang terlepas.

c) Diagnosa keperawatan 3

- Jam 08:05 melibatkan keluarga dalam mengubah posisi klien kesamping kiri, menopang dengan menggunakan bantal dan menjaga penyangga tempat tidur

- Jam 09:05 menganjurkan pada keluarga untuk mengembalikan posisi klien ke posisi telentang

- Jam 09:15 memberikan posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal

Hasil: klien tampak baik

- Jam 09:40 memberikan edukasi pada keluarga untuk selalu berada di dekat klien, jangan biarkan klien sendirian, dan menganjurkan mengubah posisi klien tiap 2 jam

- Jam 11:25 melakukan latihan ROM pada anggota gerak klien

Hasil: klien tampak menekuk kaki kanan, tangan kanan bergerak memegang tangan peneliti, bagian kiri kembali tidak ada reflek apapun

- Jam 13:10 kembali melibatkan keluarga dalam hal merubah posisi klien untuk miring kanan.

d) Diagnosa keperawatan 4

- Jam 09:15 meninggakan kepala klien posisi semi fowler dengan meninggikan bantal klien
- Jam 08:15 memonitor menelan klien dengan memberikan air hangat menggunakan ujung sendok

Hasil: Klien meminum 1 sendok, setelah itu sendok berikutnya klien mengeluarkan kembali air yang diminum

- Jam 09:50 menyiapkan susu klien 200 cc
- Jam 09:57 mengecek residu lambung klien

Hasil: tidak ada residu

- Jam 10:00 memberikan diet cair 200 cc/Ngt, dan membilasnya dengan air hangat 10 cc
- Jam 13:50 mengecek residu lambung klien

Hasil: tidak ada residu

- Jam 13:58 melayani pemberian diet cair 200 cc/Ngt dan membilasnya dengan air 10 cc.

e) Diagnosa keperawatan 5

- Jam 08:15 melayani pemberian terapi obat injeksi ondansentron 4mg dan melayani terapi pemberian injeksi obat omeprazole 40mg/Iv

- Jam 08:20 mengidentifikasi kebutuhan nasogatrik
Hasil: klien tampak masih terpasang selang Ngt dan masih membutuhkan, kesadaran delirium 11 (E:4,V:2 ,M:5),
- Jam 09:46 menganjurkan dan mengajarkan keluarga melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan kasa dan air hangat lalu lilit ke ujung senduk lalu membersihkan bagian dalam dan luar mulut klien
- Jam 09:50 menyiapkan susu klien 200 cc
- Jam 09:57 mengecek residu lambung klien
Hasil: tidak ada residu
- Jam 10:00 memberikan diet cair 200 cc/Ngt. Dan membilasnya dengan air hangat 10 cc
- Jam 13:50 mengecek residu lambung klien
Hasil: tidak ada residu
- Jam 13:58 melayani pemberian diet cair 200 cc/Ngt dan membilasnya dengan air 10 cc

f) Diagnosa keperawatan 6

- Jam 07:45 memonitor bicara klien
Hasil: keluarga mengatakan masih sama keluhan seperti kemarin saat keluarga mengajak klien berbicara klien sempat merespon beberapa kali klien mengeluarkan suara pelan/lirih saja, hanya bilang “sakit” sambil memegang kepalanya, saat

ini ketika dipanggil klien membuka mata belum sepenuhnya dan belum merespon panggilan

- Jam 08:35 membangun kembali komunikasi dengan klien, memanggil namanya

Hasil: klien membuka mata sesekali tidak sepenuhnya

- Jam 09:05 mencoba mengajak berbicara

Hasil: klien tampak menggerakkan mulutnya dan berkata seperti kemarin dengan bahasa daerah “sakit” seperti berbicara tapi tidak terdengar suara, sesekali klien hanya seperti orang tidur yang sedang mengorok tanpa suara dan mengeluarkan lendir seperti busa melalui mulut

- Jam 09:13 mencoba mengulang kembali apa yang disampaikan klien, -Jam 11:25 mengajak klien untuk kembali berbicara dengan bertanya dibagian mana yang sakit?

Hasil: saat mendekatkan telinga ke mulut klien tidak terdengar apa-apa hanya besiran klien ngorok mengeluarkan busa

- Jam 13:35 memotivasi keluarga untuk tetap berada disamping klien dan mengajaknya berbicara.

i) Diagnosa keperawatan 7

- Jam 08:18 menaikkan pagar/penyangga tempat tidur pasien
- Jam 08:32 memberi penyangga bantal dibelakang klien setelah klien diubah posisi miring

- Jam 08:55 memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci
- Jam 10:00 menganjurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- Jam 11:40 memberitahu keluarga untuk memperhatikan pagar/penyangga tempat tidur klien.
- Jam 13:46 menganjurkan keluarga untuk selalu disamping dan berada didekat klien jangan membiarkan klien sendiri selalu bergantian menjaganya

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan dari hari pertama sampai hari ketiga

1) Hari pertama: Sabtu, 17 Agustus 2024

a) Diagnosa Keperawatan 1

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Keluarga mengatakan klien kesadarannya masih menurun

O : Klien tampak lemah, masih tampak pucat, kesadaran somnolen 9 (GCS: E:3, V:1, M:5) hasil TTV TD : 147/96 mmHg N : 92x/m ,RR: 38x/m Spo2: 95%,

A : Masalah perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dan 6

b) Diagnosa keperawatan 2

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Keluarga mengatakan klien kesadarannya masih menurun, lemah

O :Klien tampak masih sesak, bunyi napas wheezing, lemah, kesadaran somnolen , otot bantu pernapasan diafragma(+), retraksi dinding dada (+) ringan, Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5), terpasang oksigen nasa kanul 4 Tpm, terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm, hasil TTV, RR: 38x/m Spo2: 95%.

A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, dan 6

c) Diagnosa keperawatan 3

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S :Keluarga klien mengatakan klien kesadarannya masih menurun, kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri, anggota gerak bagian kiri masih tidak dapat digerakkan

O : Tampak lemah kesadaran somnolen , Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5), Tampak semua aktivitas masih di bantu oleh keluarga, terbantu dari alat dan tergantung total juga, klien hanya dapat terbaring ditempat tidur, Estermitas bagian kiri tampak tidak bergerak, tidak dapat diangkat secara mandiri ketika diangkat oleh peneliti terjatuh kembali kebawah, tidak dapat melawan tahanan bahu, tidak ada reflek, kekuatan otot bagian kiri (nilai 0: tidak terlihat kontraksi sama sekali)

A : masalah gangguan mobilitas belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, dan 4

d) Diagnosa keperawatan 4

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Keluarga klien mengatakan klien sudah tidak batuk, masih muntah, tidak dapat menelan makanan

O :Tampak lemah kesadaran somnolen, Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5), klien tidak dapat makan per Oral tapi menggunakan NGT, masih mengalami gangguan menelan

A ; Masalah gangguan menelan belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

e) Diagnosa keperawatan 5

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Keluarga klien mengatakan klien masih mengalami penurunan kesadaran, tidak batuk lagi, muntah, tidak dapat menelan makanan, masih membutuhkan nutrisi tambahan

O : Tampak susu 200 c/NGT habis , klien tidak muntah, tampak lemah kesadaran somnolen , Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5), klien menggunakan NGT dan masih mengalami gangguan menelan berat badan : 40 kg, tinggi badan : 152 cm. IMT:17,3 kategori: kurus (nilai normal: 18,5 -25), terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm.

A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, dan 7

f) Diagnosa keperawatan 6

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Keluarga klien mengatakan klien masih mengalami penurunan kesadaran, klien belum berbicara sama sekali

O : klien masih belum berbicara sama sekali, dan tidak memberi respon saat dipanggil, tampak lemah kesadaran somnolen ,
Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5),

A : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

g) Diagnosa keperawatan 7

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S: Keluarga klien mengatakan klien kesadarannya masih menurun, masih lemah, tubuh sebelah kiri masih belum dapat bergerak

O: Tampak lemah kesadaran somnolen, Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5),
tampak semua aktivitas masih di bantu, kekuatan otot bagian kiri (nilai 0: tidak terlihat kontraksi sama sekali)

A: Masalah resiko jatuh belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, dan 4

2) Hari kedua minggu 18 agustus 2024

a) Diagnosa keperawatan 1

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : (Keluarga mengatakan tadi pagi sekitar jam 06:00 klien sempat mengeluarkan suara lirih/pelan dengan berkata “ro” dalam artian bahasa daerah “sakit” sambil memegang kepalanya, kesadarannya masih menurun, lemah

O : Klien tampak lemah, masih tampak pucat, kesadaran delirium
Gcs:11 (E:4 V:2 M:5), TTV: TD : 140/121 mmHg, Nadi : 116 x/menit, Suhu : 36°C, SPO₂: 97 %, RR : 28 x/menit

A : Masalah perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dan 6

b) Diagnosa keperawatan 2

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Keluarga mengatakan klien tampak tidur dengan tenang

O :Tampak nafas masih cepat ,RR: 28x/m, terdengar bunyi napas wheezing, otot bantu pernapasan diafragma(+), retraksi dinding dada(+) ringan, kesadaran delirium Gcs:11 (E:4 V:2 M:5), terpasang oksigen nasa kanul 3 liter, terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm, TTV: SPO₂: 97 %, RR : 28 x/menit

A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intrvensi 1, 2, 3, 4, 5, dan 6

c) Diagnosa keperawatan 3

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Keluarga klien mengatakan klien masih mengalami penurunan kesadaran, kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri, anggota gerak bagian kiri masih tidak dapat digerakkan

O : Tampak lemah kesadaran delirium, Gcs: 11 (E:4,V: 2,M:5), saat melakukan latihan ROM dan mencoba reflek pada tangan kiri klien satu kali ada pergerakan dibagian jari-jari klien , tampak semua aktivitas masih di bantu oleh keluarga, terbantu dari alat dan tergantung total juga, klien hanya dapat terbaring ditempat tidur, ekstermitas kiri masih tidak dapat diangkat secara mandiri ketika diangkat oleh peneliti terjatuh kembali kebawah, tidak dapat melawan tahanan bahu, kekuatan otot bagian kiri (nilai 1: hanya bisa menggerakkan ujung jari).

A : masalah gangguan mobilitas belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, dan 4

d) Diagnosa keperawatan 4

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Keluarga mengatakan klien sudah ada perkembangan dapat menelan beberapa sendok air

O : tampak ada peningkatan klien sudah bisa meminum 2 sendok air melalui ujung senduk yang diberikan, tampak masih

lemah kesadaran somnolen ,otot menelan masih lemah, kesadaran delirium Gcs: 11 (E:4,V:2 ,M:5), klien masih tidak dapat makan per oral masih memakai selang NGT,

A ; masalah gangguan menelan belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

e) Diagnosa keperawatan 5

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S :Keluarga klien mengatakan klien masih mengalami penurunan kesadaran, masih tidak dapat menelan makanan, masih membutuhkan nutrisi tambahan

O :Tampak lemah kesadaran delirium, Gcs: 11 (E:4,V:2 ,M:5), tampak susu 200 c/Ngt habis, klien masih tidak dapat makan per oral tapi menggunakan NGT. berat badan: 40 kg, tinggi badan : 152 cm. IMT:17,3 kategori: kurus (nilai normal: 18,5 -25), terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm

A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, dan 7

f) Diagnosa keperawatan 6

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S :Keluarga mengatakan klien sempat berbicara pelan/lirih dengan mengeluhkan dengan berkata “ro” dalam artian Bahasa daerah yaitu “sakit”.

O : Klien tampak mengerang tapi berbicara tidak jelas dan suaranya terdengar pelan/lirih), disaat mengajak klien untuk kembali berbicara dengan bertanya dibagian mana yang sakit? saat mendekatkan telinga ke mulut klien, klien berbicara pelan tidak bersuara namun jawaban klien masih belum jelas dan tidak dimengerti. tampak lemah kesadaran delirium, Gcs: 11 (E:4,V:2 ,M:5).

A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

h) Diagnosa keperawatan 7

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S: Keluarga klien mengatakan klien kesadarannya masih menurun, masih lemah, tubuh sebelah kiri masih belum dapat bergerak

O: Tampak lemah, kesadaran delirium, Gcs: 11 (E:4,V:2 ,M:5), tampak semua aktivitas masih di bantu, kekuatan otot bagian kiri (nilai 1: hanya bisa menggerakkan ujung jari).

A: Masalah resiko jatuh belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, dan 4

3) Hari ketiga Senin, 19 Agustus 2024

a) Diagnosa Keperawatan 1

Evaluasi dilakukan pada jam 07:00

S : Keluarga mengatakan kesadarannya masih menurun, lemah sesekali mendengar klien masih berkata sakit dan memegang bagian kepala.

O : Tampak klien memegang kepala sesekali, kesadaran delirium 11 (E:4, V:2, M:5) TD: 146/73 mmHg, Nadi : 90 x/menit, SpO² : 96 %, Suhu : 36,8 °c, RR :22 x/menit).

A : Masalah perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan (1, 2, 4, 5, dan 6)

I : Jam 07:35 memonitor peningkatan tekanan intrakranial (hasil : TD :146/73 mmHg, Nadi : 90 x/menit). Jam 08:25 memonitor MAP (Hasil : 2 (74) + 146 : 3 = 98 mmHg), jam 09:30 memposisikan klien dengan posisi semi fowler kepala lebih tinggi menggunakan bantal, jam 12:00 melayani pemberian terapi infus Manitol 200 cc/Iv, jam 13:00 melayani pemberian terapi obat injeksi asam tranexamat 50 mg/Iv.

E : Evaluasi jam 14:00 keluarga mengatakan klien kesadarannya masih menurun, lemah, keadaan umum masih lemah, tidak pucat lagi, kesadaran delirium 11(E:4 V:2, M:5) TD:139/79 mmHg, Nadi : 105x/menit, Suhu : 36,4°c.

b) ;Diagnosa keperawatan 2

Evaluasi dilakukan pada jam 07:03

S : Keluarga mengatakan klien tenang

O : Tampak ada peningkatan, tidak sesak, otot bantu pernafasan diafragma(+), retraksi dinding dada (-), tidak terdengar bunyi napas tambahan, RR:22x/m, SpO² : 96 %, masih terpasang oksigen nasa kanul 3 liter.

A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan (1, 2, 3, 4, 5, dan 6)

I : Jam 07:47 memonitor pola napas pasien (hasil: masih terpasang oksigen nasa kanul 2 liter, tampak sesak berkurang, nafas normal, RR: 22x/m, Spo₂:96% tidak terdengar bunyi napas tambahan), jam 09:00 menggantikan tabung oxygen klien dan mengatur 3 liter, jam 09:40 memberikan posisi semi fowler dengan meninggikan kepala dengan menggunakan bantal (hasil: klien tampak tenang), jam 10:10 memberikan minum hangat melalui ngt, jam 11:40 memasang kembali selang oxygen nasa kanul pada hidung klien yang terlepas

E: Keluarga mengatakan sejak pagi klien tampak tenang, masih terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, tidak terdengar adanya bunyi napas, otot bantu pernapasan (+), retraksi dinding dada (-), kesadaran delirium Gcs: 11 (E:4, V:2, M:5), SpO² : 96 %, RR : 22x/menit

c) Diagnosa keperawatan 3

Evaluasi dilakukan pada jam 07:08

S : Keluarga klien mengatakan klien masih mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri, anggota gerak bagian kiri masih kaku atau tidak bergerak

O : Tampak lemah kesadaran delirium , Gcs: 11 (E:4,V: 2,M:5), aktivitas masih dibantu keluarga, tubuh bagian kiri masih kaku dan tidak bergerak, klien tampak menekuk kaki kanan, tangan kanan bergerak memegang tangan peneliti, bagian kiri jari klien sesekali bergerak, kekuatan otot bagian kiri nilai 1 (ada kontraksi tapi tidak ada gerakan sendi).

A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan (1, 2, 3, dan 4)

I : Jam 07:40 mengidentifikasi aktivitas atau toleran klien (hasil: aktivitas masih dibantu keluarga, tubuh bagian kiri masih kaku dan tidak bergerak, tampak kaki kanan sedang ditekuk, tangan kanan sedang bergerak ingin membuka infusan), jam 08:05 melibatkan keluarga dalam mengubah posisi klien kesamping kiri, menopang dengan menggunakan bantal dan menjaga penyangga tempat tidur, jam 09:05 menganjurkan pada keluarga untuk mengembalikan posisi klien ke posisi telentang, jam 09:15 memberikan posisi semi fowler dengan meninggikan kepala klien menggunakan bantal (hasil: klien

tampak baik), jam 09: 40 memberikan edukasi pada keluarga untuk selalu berada di dekat klien, jangan biarkan klien sendirian, dan menganjurkan mengubah posisi klien tiap 2 jam, jam 11:25 melakukan latihan ROM pada anggota gerak klien (Hasil: klien tampak menekuk kaki kanan, tangan kanan bergerak memegang tangan peneliti, bagian kiri kembali tidak ada reflek apapun), jam 13:10 kembali melibatkan keluarga dalam hal merubah posisi klien untuk miring kanan.

E : Keluarga klien mengatakan klien masih mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri, anggota gerak bagian kiri masih kaku atau tidak bergerak, tampak lemah kesadaran delirium , Gcs: 11 (E:4,V: 2,M:5), aktivitas masih dibantu keluarga, klien tampak menekuk kaki kanan, tangan kanan bergerak memegang tangan peneliti, bagian kiri jari klien sesekali bergerak, kekuatan otot bagian kiri 1 (adanya kontraksi tapi tidak ada gerakan sendi)

d) Diagnosa keperawatan 4

Evaluasi dilakukan pada jam 07:12

S : Keluarga mengatakan klien sudah dapat menelan beberapa senduk air

O : kesadaran delirium Gcs: 11 (E:4,V:2 ,M:5), tampak otot menelan klien masih lemah, klien masih tidak dapat makan

per oral tapi klien terpasang selang NGT, Klien meminum 2 senduk air hangat namun mengeluarkan kembali

A: Masalah gangguan menelan belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan 1, 2, 3 dan 4

I : Jam 09:15 meninggikan kepala klien posisi semi fowler dengan meninggikan bantal klien, Jam 08:15 memonitor menelan klien dengan memberikan air hangat menggunakan ujung senduk, (hasil: klien meminum 1x setelahnya klien mengeluarkan kembali air yang diminum), Jam 09:50 menyiapkan susu klien 200 cc, jam 09:57 mengecek residu lambung klien (hasil: tidak ada residu), jam 10:00 memberikan diet cair 200 cc/NGT, dan membilasnya dengan air hangat 10 cc, jam 13:50 mengecek residu lambung klien (hasil: tidak ada residu), jam 13:58 melayani pemberian diet cair 200 cc/NGT dan membilasnya dengan air 10 cc.

E : Kesadaran delirium Gcs: 11 (E:4 V:2 M:5), keluarga mengatakan klien sudah dapat menelan beberapa senduk air, tampak otot menelan klien masih lemah karena klien masih mengeluarkan kembali air setelah memasukkannya, tampak klien masih belum bisa makan per oral tapi terpasang selang NGT, klien bisa sesekali meminum air hangat yang diberikan menggunakan ujung senduk secara perlahan 1-3 senduk

e) Diagnosa keperawatan 5

Evaluasi dilakukan pada jam 07:15

S : Keluarga klien mengatakan klien masih mengalami penurunan kesadaran, masih tidak dapat menelan makanan dan masih diberi susu 200 cc 1 gelas

O : Tampak susu 200 cc/NGT habis, klien tidak muntah, tampak lemah, kesadaran delirium, Gcs: 11 (E:4,V:2 ,M:5), klien masih tidak dapat makan per oral tetapi menggunakan NGT, berat badan : 40 kg, tinggi badan : 152 cm. IMT:17,3 kategori: kurus (nilai hnormal: 18,5 - 25), terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm, TTV TD: 146/73 mmHg, Nadi : 90 x/menit, SpO² : 96 %, Suhu : 36,8 °c.

A : Masalah defisit nutrisi Sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, dan 7

I : Jam 08:15 melayani pemberian terapi obat injeksi ondansentron 4mg, Jam 08:20 memonitor kebutuhan nasogatrik (Hasil: klien tampak masih tidak dapat makan per oral dan masih terpasang selang NGT masih membutuhkan, kesadaran delirium Gcs:10 (E:4,V:2 ,M:5), jam 09:46 menganjurkan dan mengajarkan keluarga melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan kasa dan air hangat lalu lilit ke ujung senduk lalu membersihkan bagian dalam dan luar mulut klien, Jam

09:50 menyiapkan susu klien 200 cc, jam 09:57 mengecek residu lambung klien (hasil: tidak ada residu), jam 10:00 memberikan diet cair 200 cc/Ngt, membilasnya dengan air hangat 10 cc, jam 13:50 mengecek residu lambung klien (hasil: tidak ada residu), jam 13:58 melayani pemberian diet cair 200 cc/Ngt dan membilasnya dengan air 10 cc

E :Keluarga klien mengatakan klien masih mengalami penurunan kesadaran, masih tidak dapat menelan makanan dan masih diberi susu 200 cc 1 gelas, tampak susu 200 cc/NGT habis, klien tidak muntah, tampak lemah, sudah tidak pucat, kesadaran delirium, Gcs: 11 (E:4,V:2,M:5), klien belum bisa makan per oral tapi menggunakan NGT. berat badan masih dibawah 10% (40 Kg), tinggi badan : 152 cm. IMT:17,3 kategori: kurus (nilai normal: 18,5 - 25), terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm.

f) Diagnosa keperawatan 6

Evaluasi dilakukan pada jam 07:20

S : Keluarga mengatakan masih sama keluhan seperti kemarin saat keluarga mengajak klien berbicara klien sempat merespon beberapa kali klien mengeluarkan suara pelan/lirih saja, hanya bilang “sakit” sambil memegang kepalanya.

O : Kesadaran delirium, Gcs: 11 (E:4,V:2 ,M:5), terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm, klien tampak menggerakkan mulutnya

dan berkata seperti kemarin dengan bahasa daerah “sakit” seperti berbicara tapi tidak terdengar suara, sesekali klien hanya seperti orang tidur yang sedang mengorok tanpa suara dan mengeluarkan lendir seperti busa melalui mulut

A : Masalah gangguan komunikasi verbal Sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, dan 4

I : Jam 07:45 memonitor bicara klien (hasil: keluarga mengatakan masih sama keluhan seperti kemarin saat keluarga mengajak klien berbicara klien sempat merespon beberapa kali klien mengeluarkan suara pelan/lirih saja, hanya bilang “sakit” sambil memegang kepalanya, saat ini ketik dipanggil klien membuka mata belum sepenuhnya dan belum merespon panggilan), jam 08:35 membangun kembali komunikasi dengan klien, memanggil namanya dan (hasil: klien membuka mata sesekali tidak sepenuhnya), jam 09:05 mencoba mengajak berbicara (hasil: klien tampak menggerakkan mulutnya dan berkata seperti kemarin dengan bahasa daerah “sakit” seperti berbicara tapi tidak terdengar suara, sesekali klien hanya seperti orang tidur yang sedang mengorok tanpa suara dan mengeluarkan lendir seperti busa melalui mulut), jam 09:13 mencoba mengulang kembali apa yang diampaikan klien, jam 11:25 mengajak klien untuk kembali berbicara dengan bertanya dibagian

mana yang sakit? (hasil: saat mendekatkan telinga ke mulut klien tidak terdengar apa-apa hanya besiran klien ngorok mengeluarkan busa). Jam 13:35 memotivasi keluarga untuk tetap berada disamping klien dan mengajaknya berbicara).

E: Kesadaran delirium, Gcs: 11 (E:4,V:2 ,M:5), klien sudah dapat berbicara pelan seperti berbisik tanpa suara tapi belum bisa dipahami, tampak mulut masih tidak simetris, sudah ada respon klien, tampak menggerakkan mulutnya dan berkata tapi tidak terdengar suara, sesekali klien hanya seperti orang tidur yang sedang mengorok tanpa suara dan mengeluarkan lendir seperti busa melalui mulut

g) Diagnosa keperawatan 7

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S: Keluarga klien mengatakan klien kesadarannya masih menurun, masih lemah, tubuh sebelah kiri masih belum dapat bergerak

O: Tampak lemah kesadaran delirium, Gcs:11 (E:4,V:2 ,M:5), tampak semua aktivitas masih di bantu, kekuatan otot bagian kiri (nilai 1: hanya bisa menggerakkan ujung jari).

A: Masalah resiko jatuh belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, dan 4

I : Jam 08:18 menaikkan pagar/penyangga tempat tidur pasien.

Jam 08:32 memberi penyangga bantal dibelakang klien

setelah klien diubah posisi miring, jam 08:55 memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, jam 10:00 menganjurkan keluarga untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, jam 11:40 memberitahu keluarga untuk memperhatikan pagar/penyangga tempat tidur klien, jam 13:46 menganjurkan keluarga untuk selalu disamping dan berada didekat klien jangan membiarkan klien sendiri selalu bergantian menjaganya

E: Keluarga klien mengatakan klien kesadarannya masih menurun, masih lemah, tubuh sebelah kiri masih belum dapat bergerak kesadaran delirium, Gcs:11 (E:4,V:2,M:5), tampak semua aktivitas masih di bantu, kekuatan otot bagian kiri (nilai 1: hanya bisa menggerakkan ujung jari).

B. Pembahasan

Pembahasan ini berisi tentang penjelasan rinci hasil studi kasus dikaitkan dengan konsep teori. Inti pembahasan tentang Asuhan keperawatan mulai dari meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada Ny T.M ditemukan kesadarannya menurun, kesadaran somnolen, Gcs: 9 (E:3,V:1,M:5), lemah, tampak sesak, tidak mampu melakukan aktivitas, tidak berbicara, mulut tampak tidak simetris,

mencong ke sebelah kiri, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak dan lemah, kekuatan otot bagian ekstermitas kiri mengalami kelemahan, klien tidak dapat menelan/makan per oral tetapi terpasang NGT, tampak seluruh aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

Menurut Slempangpasir (2022), dalam Dwi Retnaningsih (2023) orang dengan stroke hemoragik akan ditemukan nyeri kepala disertai penurunan kesadaran, bahkan bisa mengalami koma (perdarahan di otak, adanya serangan pada defisit neurologis atau kelumpuhan fokal, seperti: kelumpuhan sebelah badan yang kanan atau kiri saja, susah untuk makan dan meneguk minuman, gangguan penglihatan (mata kabur) pada satu atau dua mata, kehilangan sebagian atau seluruh kemampuan bicara (afasia), mulut mencong, kata kata yang diucapkan tidak sesuai dengan keinginan dan ataupun mengalami gangguan berbicara berupa pelo, rero, sengau dan kata-katanya kurang dapat mengerti, sebelah badan terasa mati rasa, keterbatasan untuk melakukan kegiatan sehari-hari

Gambaran tanda dan gejala diatas ditemukan di dalam teoritis sedangkan pada kasus tanda yang tidak ditemukan antara lain penglihatan kabur. Menurut Agustanti Dwi & dkk (2022) Penglihatan kabur terjadi karena gangguan dan pecah pada pembuluh darah di retina. Pada Ny T.M tidak terjadi pecah pembuluh darah di retina, dibuktikan dengan pada saat melakukan pemeriksaan reflek mata sesekali ada gerakan, walaupun mata klien tidak terbuka lebar tetapi pada hari kedua, mata kanan klien terbuka lebar dan ada gerakkan bola mata melihat peneliti berdiri jauh

Pasien dengan stroke juga akan ditemukan kebersihan diri tidak terjaga, pasien tidak bisa beraktivitas untuk mandi. Tetapi pada Ny T.M didapatkan pasien tampak rapi, bersih dari ujung rambut hingga kaki dan dirawat baik oleh keluarga.

2. **Diagnosa keperawatan**

Menurut Rahmayanti, D (2019), orang dengan stroke hemoragik akan ditemukan 9 diagnosa keperawatan, yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, penurunan kekuatan otot. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular, penurunan sirkulasi serebral. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, tirah baring. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, dan gangguan neuromuskuler. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, kekuatan otot menurun. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan hipoksia serebral. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular.

Pada kasus hanya ditemukan 7 diagnosa sedangkan 2 yang tidak ditemukan yaitu defisit perawatan diri dan gangguan persepsi sensori.

Orang dengan stroke kemungkinan mengalami defisit perawatan diri karena pasien tidak dapat melakukan aktivitas namun perawatan bisa

ditangani oleh keluarga dengan menjaga dan merawat dengan baik jadi perawatan diri tetap terjaga dengan baik, dari ujung rambut hingga ujung kaki klien juga tampak bersih, sehingga masalah defisit perawatan diri tidak ditemukan.

Diagnosa gangguan persepsi sensori berhubungan dengan hipoksia serebral juga tidak ditegakkan dikarenakan klien mampu mendengar saat dipanggil dan membuka mata.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dirancang untuk mengatasi masalah. Pada kasus ini tujuannya untuk mengatasi masalah, perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular maka untuk mengatasi masalah tersebut dilakukan dengan cara observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi

4. Implementasi

Semua rencana tindakan/intervensi yang telah dirancang sudah dilakukan untuk mengatasi masalah. Adapun rencana-rencana tindakan yang tidak dilakukan yaitu pada masalah Intervensi defisit nutrisi pada tinjauan teoritis sebanyak 6 intervensi, yang tidak dilakukan yaitu

intervensi berikan makanan tinggi kalori dan protein, hal ini dikarenakan klien tidak bisa makan per oral tapi menggunakan NGT dan mendapatkan diet susu 200cc nutrisi yang diperoleh dari susu. Intervensi gangguan mobilitas fisik sebanyak 4 intervensi yang dilakukan, yang tidak dilakukan adalah intervensi ajarkan gerakan ROM aktif pada semua ekstermitas, intervensi ini tidak dilakukan karena melihat dengan kondisi klien yang mengalami penurunan kesadaran tidak dapat bergerak sepenuhnya dan tidak dapat bangun dari tempat tidurnya jadi klien tidak dapat melakukan gerakan ROM aktif nya secara mandiri.

5. Evaluasi

Berdasarkan kriteria-kriteria masalah dari hasil evaluasi selama 3 hari, ditetapkan 6 masalah belum teratasi dikarenakan perawatan dilakukan dalam waktu yang singkat selama 3 hari, diketahui merawat orang dengan stroke membutuhkan waktu dalam jangka panjang (lama) karena itu perlu ditindak lanjuti sehingga masalah-masalah ini dapat diatasi dengan perawatan berkelanjutan baik dirumah sakit maupun setelah dipulangkan harus dilanjutkan, baik oleh tenaga kesehatan maupun keluarga.

Diketahui dari masing-masing masalah ada peningkatan yang didapatkan pada kriteria masalah dalam hal ini masalah perfusi serebral tidak efektif ada peningkatan tidak pucat lagi, kesadaran delirium 11(E:4 V:2, M:5) TD: 139/79 mmHg, Nadi: 105x/menit, Suhu: 36,4°C. pola napas tidak efektif tampak ada peningkatan retraksi dinding dada (-), tidak terdengar bunyi napas tambahan, RR:22x/m, SpO₂: 96%, gangguan

mobilitas fisik ada peningkatan bagian kiri jari klien sesekali bergerak, kekuatan otot bagian kiri 1 (adanya kontraksi tapi tidak ada gerakan sendi), gangguan menelan ada peningkatan klien bisa sesekali meminum air hangat yang diberikan menggunakan ujung sendok secara perlahan 1-3 sendok, gangguan komunikasi verbal ada peningkatan klien sudah dapat berbicara pelan seperti berbisik tanpa suara tapi belum bisa dipahami, tampak mulut masih tidak simetris, sudah ada respon klien, tampak menggerakkan mulutnya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang di lakukan pada Ny.T.M maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Pada pengkajian ditemukan pasien mengatakan bahwa pasien ditemukan kesadarannya menurun, kesadaran somnolen, Gcs: 9 (E:3,V:1 ,M:5), lemah, tampak sesak, tidak mampu melakukan aktivitas, tidak berbicara, mulut tampak tidak simetris, mencong ke sebelah kiri, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak dan lemah, kekuatan otot bagian ekstermitas kiri mengalami kelemahan, klien tidak dapat menelan/makan per oral tetapi terpasang NGT, tampak seluruh aktivitas klien dibantu oleh keluarga.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny T.M ada 6 diagnosa yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular dan yang tidak ditemukan pada kasus ada 3 diagnosa yaitu defisit perawatan diri, resiko jatuh dan gangguan persepsi sensori
3. Rencana keperawatan dibuat bertujuan untuk mengatasi 6 masalah pada kasus yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme,

pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular maka untuk mengatasi masalah tersebut dilakukan dengan cara observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi

4. Pelaksanaan keperawatan dibuat berdasarkan rencana yang sudah ditetapkan namun tidak semua perencanaan dapat dilaksanakan
5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa semua masalah keperawatan belum teratasi.

B. Saran

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut:

1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien stroke hemoragik dan juga mampu melibatkan keluarga dalam memberikan edukasi dan Latihan-latihan maka kualitas penderita stroke akan semakin membaik.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Pentingnya keluarga dalam perawatan stroke untuk terlibat secara aktif terutama dalam perawatan diri sehingga kualitas kebersihan diri pasien tetap terjaga dengan baik, mengingat pasien mengalami gangguan

mobilitas fisik yang berdampak ketidakmampuan melakukan aktivitas. Keluarga juga tetap menjalankan pindah posisi klien setiap 2 jam, menyiapkan susu klien setiap 4 jam 200 cc.

Pada pasien diberikan motivasi untuk tetap kuat, selalu berdoa untuk kesembuhannya dan selalu berusaha melawan penyakitnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustanti Dwi, D. (2022). Buku Ajar Keperawatan Keluarga Dan PTM. Jawa: Mahakarya Citra Utama Grup.
- Ahyana, Intan, E F., & Laras, C. K. (2022). KEPATUHAN REHABILITASI PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. ZAINOEL ABIDIN BANDA ACEH. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 6(4).
- Amila, A., Sembiring, E., & Rifami, E (2022). Karakteristik Stroke Pada Pasien Usia Muda. *JINTAN: Jurnal Ilmu Keperawatan*, 2(2), 141-149.
- Dwi R, (2023). Buku Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke. Penerbit NEM
- Ervin, F., Erna, R., & Ismail, S. (2023). Deteksi Risiko Dan Edukasi Sebagai Upaya Pencegahan Primer Terjadinya Stroke: *JURNAL SOLMA*, Yogyakarta 12(2), 705-712.
- Honesty, F., & Vetty, Y. P. S. (2019). Beban ekonomi yang ditanggung pasien dan keluarga akibat penyakit stroke: studi literatur. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 35(6), 740-747.
<https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/678>
- Lestarida, N. (2019). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA STROKE DI RUANG UNIT STROKE RSUP H. ADAM MALIK MEDAN.
- Maita S, (2023). Buku Pengembangan Model Family Centered Care (FCC) bagi Caregiver Yang Merawat Pasien Stroke Di Rumah. CV Jejak, Sukabumi, Jawa Barat.
- M. Siregar H., (2021). Buku Mengetahui Stroke serta Karakteristik Penderita Stroke Haemorogik dan Non Haaemorogik
- Muttaqin, A. 2008. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika
- Puti N. P., Hubungan Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke: *Association Between Hypertension and Stroke*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, Makassar
- Rahmayanti, Destia. (2019). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragic di ruang rawat inap saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang*. KIA. Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang, Program Studi Ners.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). Buku Ajar Keperawatan Dasar. Edisi 10. Jakarta: EGC

Sri, H. P., Eka, A. S., & Ristina, M. (2022). Faktor Resiko Stroke Pada Masyarakat Desa Pangandaran. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat, Direktorat Sumber Daya Akademik*. Sumedang 1(6), 412-415.

SDKI DPP PPNI, edisi 1 cetakan III 2016, Jakarta: Dewan Pengurus Pusat

SIKI DPP PPNI, edisi 1 cetakan II 2018, Jakarta: Dewan Pengurus Pusat

SLKI DPP PPNI, edisi 1 cetakan II 2018, Jakarta : Dewan pengurus Pusat

Tunik., Agus K.A., Rahayu N., (2022). BUKU PERAWATAN POST HOSPITALISASI: Pasien Stroke yang Mengalami Imobilisasi. Media Nusa creative (MNC Publishing), Malang

Widoyono., Atik A., Fajar A.P., (2023). Buku Konsep Terapi Cermin pada Pasien Stroke Penuli. Lembaga Chakra Brahmana Lentera

Wilkinson, A, (2012). Rencana asuhan keperawatan dan dokumentasi keperawatan: diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif (Edisi 9). Jakarta : EGC

LAMPIRAN 2

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny. T. M Dengan Diagnosa Medis Stroke Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari Studi Kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. T. M Dengan Diagnosa Medis Strok Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi Kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana/intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam Studi Kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan peleyanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan Asuhan yang diberikan.
5. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor hp: 082146273024.

Peneliti

**Hasni Nur Baiti Imran****Nim: PO5303202210051**

LAMPIRAN 3

INFORMED CONSET

(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : HASNI NUR BAITI IMRAN dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE HEMORAGIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

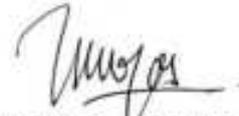
Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Ende, 30 Juli 2024

Saksi

Anastasia Sina

Yang memberikan Persetujuan

Stefanus Phongi

Peneliti,



HASNI NUR BAITI IMRAN
PO. 5303202210051

LAMPIRAN 4



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**



Direktorat: Jln.Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp,: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. T.M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE HEMORAGIK DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Agustus 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. T. M
Umur	: 75 Tahun
Agama	: Katholik
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Menikah
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Petani
Suku Bangsa	: Ende
Alamat	: Nangapenda
Tanggal Masuk	: 16 Agustus 2024
Tanggal Pengkajian	: 17 Agustus 2024
No. Register	: 099235
Diagnosa Medis	: Stroke Hemoragik

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. S. R
Umur	: 53 Tahun
Hub. Dengan Pasien	: Anak kandung
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Nangapenda

2. Status Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, tidak mampu melakukan aktivitas, tidak berbicara, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak dan lemah

1) Riwayat keluhan sekarang

Keluarga mengatakan klien kesadarannya menurun, tidak mampu melakukan aktivitas, tidak berbicara, tubuh sebelah kirinya tidak bergerak, lemah, batuk, muntah, klien tidak bisa makan dan minum, Keluarga mengatakan keadaannya seperti ini sudah dari kemarin tanggal 16 agustus 2024.

2) Alasan masuk dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga mengatakan tanggal 16 agustus 2024, kejadian di siang hari saat itu klien hendak keluar mengumpulkan biji buah coklat yang sedang dijemur di halaman rumah ketika sedang mengumpulkan, klien tiba-tiba merasa sakit kepala bagian belakang dan merasa lemah lalu klien jatuh terduduk dengan menopang dengan kedua tangannya, klien digendong dan dibawa masuk kedalam rumah oleh anak lelakinya, saat didalam rumah klien digosok minyak kayu putih pada bagian leher hingga seluruh badan, keluarga juga memberikan minum dan makan tapi klien batuk dan mengeluarkan kembali makanannya. 5 menit berlalu suara klien sudah pelan dan kecil, setelah itu lalu klien dibawa dari rumahnya

menuju rumah sakit, jam 17:00 tiba dirumah sakit diruangan IGD. Saat ini diruang IGD klien mengalami muntah, kesadarannya sudah menurun, mata klien tertutup tidak ada respon saat dipanggil tangan kanan bergerak dan kaki kanan ditekuk secara mandiri, bagian kiri tidak bergerak sama sekali, klien juga tidak berbicara lagi lalu dipindahkan ke ruang RPD III malam harinya jam 19:00. Saat ini tanggal 17 Agustus 2024 Gcs 9 somnolen (E3 V1 M5) kekuatan otot bagian ekstermitas kiri mengalami kelemahan, sulit digerakkan dan diagnosis Stroke hemoragik.

3) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasinya adalah menggosok dengan minyak kayu putih, memberikan minum dan makan serta pergi ke rumah sakit untuk melakukan pemeriksaan, Saat ini tanggal 17 agustus 2024 klien terpasang infus Nacl 20 Tpm/menit, terpasang kateter, Terpasang Ngt, terpasang oksigen nasa kanul 4 liter

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga mengatakan klien pernah mempunyai, hipertensi dan kolestrol. Klien pernah dirawat di Rumah sakit umum daerah ende, dirawat selama satu minggu diruangan RPD III ditahun 2023 dibulan Februari, dengan diagnosa hipertensi, tindakan yang diberikan adalah pemberian obat, memberi edukasi tentang diet hipertensi. keluarga mengatakan klien tidak mempunyai alergi. keluarga juga mengatakan

dalam keluarga tidak ada riwayat penyakit gula, hipertensi atau pun lainnya

3. Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Sebelum sakit: keluarga mengatakan hanya mengetahui klien memiliki penyakit hipertensi dan kolestrol

Saat sakit: keluarga mengatakan ketika pasien sakit keluarga baru mengetahui klien terdiagnosis stroke hemoragik

b. Pola nutrisi metabolic

Sebelum sakit: keluarga klien mengatakan klien makan sehari 3x, klien dirumah hanya memakan jagung yang dilembekann, sayur-sayur bening dan ikan mentah yang dipanggang lalu dibeningkan jika tidak terdapat jagung ia makan bubur, setiap hari ia hanya suka memakan itu saja tanpa lauk nasi dan lainnya. klien minum sekitar 8 gelas 1.600 cc/hari. Berat badan : 40 kg, Tinggi badan : 152 cm. IMT:17,3 kategori: kurus (nilai normal: 18,5 -25).

Saat sakit: klien tidak makan per oral tetapi klien menggunakan NGT yang diberi susu setiap 4 jam 200 cc.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit: keluarga mengatakan klien BAB 1-2x/sehari dengan konsistensi padat dan lembek, berbau khas feses, berwarna kuning kecoklatan tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 6- kali sehari,

berbau khas urin, berwarna kuning bening dan tidak ada keluhan saat BAK.

Saat sakit: keluarga mengatakan klien menggunakan diapers dari masuk kemarin sampai hari ini di rawat baru 1 kali BAB dengan konsistensi encer, berwarna kuning tidak pekat dan tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK klien menggunakan kateter dengan 300-500 cc, berwarna kuning bening.

d. Pola aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : keluarga klien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitasnya seperti mandi, makan, berpakaian, berpindah, BAB dan BAK secara mandiri tanpa bantuan alat maupun orang lain.

Saat sakit : tampak seluruh aktivitas klien seperti berpindah, personal hygiene, berpakaian, dibantu oleh keluarga, toileting di bantu alat dan keluarga, makan minum klien dibantu alat dan keluarga,

e. Pola kognitif dan sensori

Sebelum sakit: keluarga mengatakan untuk pendengaran pasien masih berfungsi dengan baik, pengeihatan baik, daya ingat sedikit menurun dan perasa masih berfungsi dengan baik

Saat sakit: keluarga mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran, untuk pendengaran pasien mendengar dengan baik, penglihatan kurang memperhatikan saat diajak bicara, daya ingat menurun, tidak berbicara sama sekali.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Sebelum sakit: keluarga mengatakan klien selalu merawat diri dengan baik dan menganggap dirinya tidak akan sakit

Saat sakit: keluarga mengatakan klien tampak tidak berdaya dan tidak kooperatif, merasa seperti takut disaat melakukan suatu Tindakan.

g. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit: keluarga mengatakan klien tidur mulai dari jam 21.00-05.30 total tidur 8 jam untuk tidur malam tidak ada keluhan saat tidur pasien selalu tidur nyenyak, pasien jarang tidur siang karena selalu menghabiskan waktu di kebun untuk bersih kebun.

Saat sakit : keluarga mengatakan klien lebih sering tidur mulai jam 19.00 sudah tertidur dan kadang ketika merasa tidak nyaman klien bangun tapi berapa menit kemudian ia tertidur lagi.

h. Pola peran hubungan

klien merupakan ibu rumah tangga dan memiliki empat orang anak, klien juga memiliki hubungan baik dengan anggota keluarganya, Ia memiliki hubungan yang baik dengan lingkungannya baik tetangga, teman, maupun keluarganya.

i. Pola seksual-reproduksi

Sebelum sakit : klien tidak mengalami masalah pada sistem reproduksinya masih berfungsi dengan baik

Saat sakit : klien tidak mengalami masalah pada sistem reproduksinya masih berfungsi dengan baik.

j. Pola toleransi stress koping

Keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki masalah dengan siapapun dan yang membuatnya stress.

k. Pola nilai kepercayaan

Klien beragama katolik setiap hari minggu selalu ke gereja untuk beribadah, dan klien tidak aktif dalam kegiatan rohani di masyarakat.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : lemah

Kesadaran somnolen

GCS : 9 (E:3, V:1, M:5)

b. Tanda-Tanda Vital

TD : 155/110 mmHg

Nadi : 96x/menit

Suhu : 36,2°C

RR : 36x/menit

Spo2: 90%.

c. Pemeriksaan fisik head to toe

1) Mulut

Inspeksi : bibir tampak tidak simetris tampak mulut mencong ke sisi kiri

2) Dada

Inspeksi : bentuk simetris, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan diafragma(+), ada retraksi dinding dada(+) ringan, frekuensi pernapasan 36x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri dada saat ditekan

Auskultasi : wheezing(+)

3) Ekstremitas

Inspeksi : Atas : bagian kiri tampak tidak bergerak, tidak dapat diangkat secara mandiri ketika diangkat oleh peneliti terjatuh kembali kebawah, tidak dapat melawan tahanan bahu, tidak ada reflek, bagian kanan digerakkan dan diangkat dengan aktif, dapat melawan tangan peneliti ketika melakukan pegangan padanya

Inspeksi: Bawah: bagian kiri tidak dapat digerakkan dan tidak dapat diangkat ketika diangkat terjatuh kembali kebawah, bagian kanan dapat digerakkan selalu ditekuk klien.

Kekuatan otot

0	5
0	5

Kesimpulan: ekstermitas bagian kiri tidak terlihat kontraksi, ekstermitas bagian kanan dapat melawan tahanan peneliti dengan kekuatan penuh.

Palpasi : Akral dingin, turgor kulit elastis (-), capillary refill time (CRT) \leq 3detik,

d. Pemeriksaan neurlogis

1) Pemeriksaan saraf kranial:

- a) Nervus I (Olfaktorius): mencoba apakah fungsi penciuman klien masih bisa/tidak. Hasil: (klien ketika diberi minyak kayu putih ke hidung klien tampak berpaling kearah kiri)
- b) Nervus II (optikus): saat berdiri jauh dari klien dan mencoba berpindah ke kiri dan kanan (Hasil: sulit dinilai karena klien tidak membuka mata lebar)
- c) nervus III (okomotori): berhubungan dengan fungsi motoric yang mengendalikan Gerakan bola mata, berkedip, mengontrol respons pupil. (Hasil: ada gerakan kontraksi pupil, bisa buka tutup mata tidak sepenuhnya, Gerakan bola mata sesekali)
- d) Nervus IV (toklearis): mencoba Gerakan mata klien dengan menggunakan ujung belpoit kearah samping kiri kanan dan atas bawah, (Hasil: sulit dinilai karena tidak sepenuhnya membuka mata, klien tidak mengerti dan tidak melihat mengikuti tangan peneliti)
- e) Nervus V (trigeminus): klien dapat membedakan benda yang halus dan tajam. Disaat klien menutup mata dan memberikan rangsangan pada area wajah dengan menggunakan kapas dan ujung belpoint (Hasil: sulit dinilai karena klien hanya terdiam dan tidak bisa membedakan)

- f) Nervus VI (Abducens) mencoba melakukan arah tangan gerak ke samping kiri dan kanan (Hasil: sulit dinilai karena klien matanya tidak terbuka penuh hanya melihat kebawah, tidak bisa melihat kearah kiri dan kanan mengikuti tangan peneliti, hanya sesekali ada gerakan mata)
- g) Nervus VII (facialis): disaat klien mengembungkan pipi terlihat simetris kanan dan kiri (Hasil: saat klien tidur biasanya mengembungkan pipi jadi yang tampak saat itu tidak simetri pipi kanan mengembung dengan besar pipi kiri kecil)
- h) Nervus VIII (Auditoris): melakukan gesekan kertas (Hasil: klien menggerakkan tangan kanan kearah sumber suara berarti klien dapat mendengar dengan baik)
- i) Nervus IX (Glosfaringeus): (Hasil: tampak mulut klien mencong kebagian kiri, klien tidak dapat membedakan rasa karna klien tidak dapat makan minum per oral)
- j) Nervus X (Vagus): (Hasil: klien tidak bisa makan minum per oral klien menggunakan NGT mengalami gangguan menelan)
- k) Nervus XI (Assessorius): klien tidak mengikuti perintah untuk mengangkat bahu (Hasil: ekstermitas kiri atas bawah lemah, kanan dapat bergerak seperti biasanya tidak mampu mengangkat bahu)

- 1) Nervus XII (Hipoglasus): tampak klien menjulurkan lidahnya disaat klien mengeluarkan banyak saliva (Hasil: mampu menjulurkan lidah dan dapat kearah kiri dan kanan.)
- 2) Pemeriksaan Reflek
 - a) Refleks Fisiologis

Jenis-jenis dari reflek fisiologis adalah sebagai berikut:

- i. Reflek Biceps

Dilakukan dengan pasien baring, membiarkan tangan disamping membentuk sudut sedikit lebih telapak tangan diletakkan dibawah umbilikal. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara ketukan jari pemeriksa yang ditempatkan pada tendon biceps brachii, posisi lengan tengah setengah diketuk pada sendi siku. (Hasil pada ekstrmitas atas kanan ditemukan normal, ekstermitas atas kiri terdapat hyper refleks)

- ii. Reflek Triceps

Dilakukan dengan pasien baring dengan perlahan tarik lengan keluar dari tubuh pasien, sehingga membentuk sudut kanan di bahu atau lengan bawah harus menjuntai ke bawah langsung di siku. Peemeriksaan ini dilakukan dengan ketukkan pada tendon otot tricep, posisi lengan fleksi padaa sendi siku dan sedikit pronasi. Respon ekstensi lengan bawah pada sendi siku (Hasil pada ekstrmitas atas kanan ditemukan normal, ekstermitas atas kiri terdapat hyper refleks)

iii. Reflek Brachioradialis

Dapat dilakukan dengan klien baring lalu ketukkan pada tendon otot brachioradialis (tendon melintasi sisi ibu jari pada lengan bawah). Jari-jari sekitar 10cm proksimal pergelangan tangan posisi lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi. respon fleksi pada lengan bawah, supinasi pada siku dan tangan (Hasil pada ekstermitas bawah kanan ditemukan normal, ekstermitas bawah kiri terdapat hyper refleks)

iv. Reflek Pattela

Dapat dilakukan dengan klien baring atau berbaring terlentang dengan cara ketukkan pada tendon patella. Respon ekstensi tungkai bawah karena kontraksi mquadriceps femoris (Hasil pada ekstermitas bawah kanan ditemukan normal, ekstermitas bawah kiri terdapat hyper refleks)

v. Reflek Achilles

Dilakukan dengan berbaring terlentang dengan posisi kaki di atas kaki yang lain, ketukan hammer pada tendon achilles. Respon plantar fleksi kaki karena kontraksi m.gastroenemius (Hasil pada ekstermitas bawah kanan ditemukan normal, ekstermitas bawah kiri terdapat hyper refleks)

b) Refleks Patologis

i. Reflek hoffiman tromer

Tangan pasien ditumpu oleh tangan pemeriksa, kemudian ujung jari tangan pemeriksa yang lain disentilkan ke ujung jari tengah tanga penderita. Kita lihat respon jari tangan penderita, yaitu fleksi jari-jari yang lain, aduksi dari ibu jari. Reflek positif bilateral bisa dijumpai pada 25 % orang normal, sedangkan unilateral Hoffmann indikasi untuk suatu lesi UMN (Hasil pada ekstermitas atas kanan tidak ditemukan positif, ekstermitas atas kiri tidak ditemukan positif)

ii. Grasping reflek

Gores palmar penderita dengan telunjuk jari pemeriksa diantara ibu jari dan telunjuk penderita. Maka timbul genggaman dari jari penderita, menjepit jari pemeriksa. Jika reflek ini ada maka penderita tidak dapat membebaskan jari pemeriksa (Hasil ekstermitas kiri tidak ada reaksi dan atas kanan ada reaksi pada telunjuk dan ibu jari klien)

iii. Mayer reflek

Fleksikan jari manis di sendi metacarpophalangeal, secara firmly normal akan timbul adduksi dan aposisi dari ibu jari. Absenya respon ini menandakan lesi di tractu pyramidalis (hasil: tidak ditemukan positif pada ekstermitas kanan bawah dan ditemukan positif jari fleksi pada ekstermitas kiri bawah).

iv. Reflek Babinski

Lakukan goresan pada telapak kaki dari arah tumit ke arah jari melalui sisi lateral, orang normal akan memberikan respon fleksi jari-jari kaki penarikan tungkai. Pada lesi UMN maka akan timbul respon jempol kaki akan dorsofleksi, sedangkan jari-jari lain akan menyebar atau membuka (tidak ditemukan positif pada ekstremitas kanan bawah dan ditemukan positif ibu jari mekar pada ekstremitas kiri bawah)

v. Reflek Chaddock

Lakukan goresan sepanjang tepi lateral punggung kaki di luar telapak kaki, dari tumit ke depan. Jika positif maka akan timbul reflek seperti Babinski. (hasil: tidak ditemukan positif pada ekstremitas kanan bawah dan ditemukan positif jari fleksi pada ekstremitas kiri bawah)

vi. Reflek Rossolimo

Pukulkan hammer reflek pada dorsal kaki pada tulang cuboid. Reflek akan terjadi fleksi jari-jari kaki (hasil: tidak ditemukan positif pada ekstremitas kanan bawah dan ditemukan positif jari fleksi pada ekstremitas kiri bawah).

vii. Reflek Mendel-Bacctrerew

Pukulan telapak kaki bagian depan akan memberikan respon fleksi jari-jari kaki (hasil: tidak ditemukan positif pada ekstermitas kanan bawah dan ditemukan positif jari fleksi pada ekstermitas kiri bawah).

LAMPIRAN 5



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : HASNI NUR BAITI IMRAN
NIM : PO.5303202210051
Pembimbing : Aris Wawomeo, M.Kep.Ns.Sp.Kom

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Senin, 28 Agustus 2023	AJUAN JUDUL	<ul style="list-style-type: none"> - Kumpul referensi / jurnal terkait judul yang dialami - Merangkai atau membuat cerita tentang judul yang diambil dari tahun terbaru 	
2	Kamis, 19 Oktober 2023	BAB I (Latar Belakang)	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki susunan latar belakang, langsung ke maknanya - Mengambil data terbaru - Masukkan data kejadian untuk Ende harus dari Dinkes, Kab Ende, dan RSUD Ende - Tidak perl memakai factor resiko harus ke penyakit strokenya - Memasukkan data kejadian NTT menurut Riskesdes - Tambahkan upaya-upaya mengatasi stroke (perawat) - Rumusan masalah dibuat dalam bentuk pertanyaan "Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan keperawatan pada pasien stroke" - Perbaiki susunan latar belakang sesuai arahan "Pengertian, angka kejadian, penyebab, gejala, dampak/komplikasi, upaya 	
3	Selasa, 12 Desember 2023	BAB I (Susunan Latar Belakang)	<ul style="list-style-type: none"> - Mencari jawaban dari setiap pertanyaan untuk mengerjakan setiap topik. <p>Alinea: Ada apa dengan stroke, Mengapa terjadi stroke, Apa yang dilakukan untuk menangani stroke, Dampak lanjutan/kmplikasi jika terjadi stroke, Bagaimana stroke di Kab Ende: (Di RSUD Ende, Bagaimana cara di RSUD Ende mengatasi stroke, Bagaimana</p>	

			<p>karakteristik yang menderita stroke: apakah lebih banyak pada anak atau dewasa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana mengatasi stroke oleh perawat RSUD 	
4.	Senin, 26 februari 2024	BAB I (Susunan Latar Belakang)	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak perlu ada (stroke terjadi ketika aliran darah) dihapus - Secara umum stroke terjadi pada populasi lanjut usia dibuat pakai bahasa sendiri - Sesuaikan dengan referensi diakhir kalimat dengan baik - Perbaiki upaya yang dilakukan pada orang sakit dan kelompok resiko masukkan ke makalah latar belakang - Menambah upaya yang dilakukan di RSUD Ende dan kapan tanggal mengambil data - Perbaiki tujuan umum dan khusus tambah ruangan 	
5.	Jumat, 01 Maret 2024	BAB I (Susunan Latar Belakang)	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penyusunan paragraf - Tambahkan permasalahan dan hambatan yang terjadi - Mengubah upaya lebih spesifik, apa yang dilakukan di RSUD Ende dalam ruangnya - Mengambil dalam jurnal dampaknya atau permasalahannya 	
6.	Senin, 06 Maret 2024	BAB I, II, III Dan Daftar Pustaka	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki peran perawat - Perbaiki factor resiko dan komplikasi - Perbaiki Analisa data dan intervensi keperawatan - Atur penomoran dengan baik - Perbaiki penyusunan Daftar Pustaka 	

7.	Rabu, 08 maret 2024	Cover, BAB I, II, Dan III	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki dibagian cover, Judul proposal di kata diagnosa medis dan tambahkan logo baru poltekkes - Dibagian BAB I Alinea pertama perbaiki kata hampir diseluruh dunia - Menghapus kata di Alinea dua kata dari (WHO) - Perbaiki Alinea terakhir BAB I pada peran perawat dan penambahan kata - Perbaiki factor resiko jatuh dan komplikasi - Perbaiki pola Kesehatan - Perbaiki pada Analisa data - Perbaikan pada bagian kata intervensi keperawatan diganti perencanaan, kriteria hasil perbaiki - Perbaiki Daftar Pustaka tambah SDKI, SLKI, Dan SIKI 	
8.	Kamis, 16 Mei 2024	Cover, BAB I, II, III	<ul style="list-style-type: none"> - Pergantian kasus stroke umum menjadi salah satu yaitu Stroke Hemoragik - Pergantian Cover sesuaikan - Perbaikan latar belakang secara singkat dan lebih ke stroke hemoragik - Perbaikan isi Bab 2 sesuaikan dengan kasus stroke hemoragik sampai Askepnya - Perbaikan Bab 3 (Batasan Istilah dan lainnya) sesuaikan dengan kasus 	
9	Sabtu, 22 Mei 2024	Perbaikan kalimat dan huruf kapital, BAB II Dan III	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan huruf kapital dengan benar - Perbaikan Bab 2 di pengkajian Riwayat keluarga - Perbaiki lokasi waktu dalam 3 hari 	
10	Kamis, 27 Juni 2024	Membuat Daftar Ralat Perbaikan BAB I	<ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki kalimat dalam BAB I - ACC Lanjutkan Ujian 	



 Mengetahui
 Kepala Program Studi D III Keperawatan Ende
 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Kupang
 Aris W. S. S., M., Kep., Ns., Sp. Kep., Kom
 NIP. 19660114 199102 1 001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**



LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL

Nama : HASNI NUR BAITI IMRAN
 NIM : PO.5303202210051
 Pembimbing : Aris wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
 Penguji : Yustina P. M. Pachalia, S.Kep., Ns., M.Kes.

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
I	Jumat, 28 Juni 2024	Konsultasi Proposal Kata pengantar, Daftar Isi Bab 1-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki di kata pengantar, daftar isi: <ol style="list-style-type: none"> a. Spasinya marginnya, kelurusan perkalamat b. Penomoran daftar isi disesuaikan dengan halaman c. Halaman sesuaikan dengan panduan d. Daftar Pustaka sesuaikan dan lengkapi 2. Perbaiki Bab 1 <ol style="list-style-type: none"> a. Perbaiki kalimat di Alinea 1 b. Perbaiki alinea 4 tambahkan data Dinkes 2023 lengkapi, dan 2024 sampai bulan Mei c. Perbaiki kalimat di peran perawat Alinea 8 d. Perbaiki kalimat Alinea 9 e. Perhatikan tanda baca dan huruf kapital f. Perbaiki penulisan rumusan masalah sesuai panduan 3. Perbaiki Bab 2 <ol style="list-style-type: none"> a. Perbaiki di pathway tambahkan sumber pathway, perbaiki penyebab munculnya intoleransi aktivitas b. Tambahkan di data pengkajian perpola lengkapi 11 pola c. Tambahkan pengkajian pemeriksaan IPPA di pemeriksaan fisik d. Sesuaikan tabulasi data, klasifikasi dengan kasus hasil pengkajian dan pathway 	

			<ul style="list-style-type: none"> e. Perbaiki Intervensi keperawatan sesuai dengan kasus dan masalah yang diambil f. Tambahkan dua diagnose lainnya sesuai pathway <p>4. Perbaiki Bab 3</p> <p>Perbaiki kalimat, penambahan kata dan perbaiki huruf kapital</p>	
2	Selasa, 02 Juli 2024	Konsultasi proposal Bab 1 - 2	<ul style="list-style-type: none"> a. Perbaiki penempatan huruf kapital b. Perbaiki kalimat yang kurang, dan menambahkan kalimat yang akan diisi data Dinkes 2023 & 2024 c. Penambahan kalimat alasan setelah latar belakang d. Tambahkan intervensi dua diagnosa 	
3	Rabu, 03 Juli 2024	Konsultasi proposal Bab 1 - 2	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengambil data Dinkes 2023 & 2024 lalu menyempurnakan data pada laporan b. Memperbaiki kalimat alasan yang ada di ujung bawah setelah latar belakang c. Tambahkan pemeriksaan nervus dan refleks sesuai hasil dengan kasus 	
4	Selasa, 09 Juli 2024	Konsultasi Proposal Bab 1	Perbaiki kata pada data Dinkes Alinea 4: "mengalami peningkatan menjadi 379 kasus"	
5	Rabu, 10 Juli 2024		ACC. Lanjut ke pembimbing.	

Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep.,Ns.,MSc
Nip. 197401132002122001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**

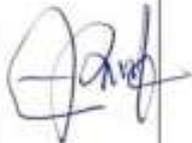


LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : HASNI NUR BAITI IMRAN
NIM : PO.5303202210051
Pembimbing : Aris Wawomeo, M.Kep.Ns.Sp.Kom

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Senin, 19 Agustus 2024	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> - Menceritakan pasien - Lengkapi pengkajian serta data-data pada pasien - Lanjut pengetikkan 	↓
2	Selasa, 10 September 2024	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengkajian - Perbaiki hasil studi kasus pada bagian gambaran umum lokasi studi kasus (Tambahkan profil uraian RPD III) - Perbaiki Riwayat keluhan utama, alasan masuk rumah sakit, Riwayat Kesehatan masa lalu, pola persepsi dan manajemen - Perbaiki pemeriksaan fisik head to toe (fokuskan data terkait kasus), Perbaiki pemeriksaan reflek dan neurologis - Perbaiki tabulasi data, klasifikasi, Analisa sesuaikan dengan data pengkajian - Perbaiki dan lengkapi diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi sesuai pengkajian 	
3	Kamis, 12 september 2024	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki hasil studi pada gambaran umum lokasi studi sesuai dengan Alinea 1: Pembagian ruang RPD III Alinea 2: Kasus-kasus yang dirawat Alinea 3: Rata-rata tempat tidur Alinea 4: Tenaga kerjanya dan Tindakan yang dilakukan - Perbaiki penyusunan Alinea dan pertakkan nomor - Perbaiki pengkajian dan diagnosa 	

4.	Jumat, 12 september 2024	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan pada hasil studi kasus bagian pengkajian di alasan masuk rumah sakit, pola aktivitas dan Latihan - Sesuaikan tabulasi data, klasifikasi, dan Analisa sesuai pengkajian - Mengubah posisi prioritas masalah - Sesuaikan rioritas dengan yang paling mengancam nyawa - Perbaikan intervensi sesuai kasus 	
5.	Selasa, 17 september 2024	BAB 1V DAN 5	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan Analisa data di data Do pola napas tidak efektif - Perbaikan kriteria hasil di intervensi - Perbaikan implementasi perfusi serebral tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan menelan. - Perbaikan penulisan intervensi - Perbaikan implementasi 	
6	Kamis, 19 september 2024	BAB 1V	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan implementasi perfusi serebral tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan menelan, gangguan komunikasi verbal - Perbaikan evaluasi - Perbaikan penulisan pembahasan - Perbaikan pembahasan pada bagian pengkajian 	
7	Senin, 23 september 2024	BAB 1V	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan evaluasi gangguan menelan, deficit nutrisi, dan gangguan komunikasi verbal. - Perbaikan penyusunan pembahasan di pengkajian diagnos, intervensi, implementasi dan evaluasi. - Perbaikan Kesimpulan dan Saran 	

8	Selasa, 24 september 2024	BAB III, BAB IV, dan BAB V	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki bab III dan Bab IV pembahasan Menambahkan tanggal di Lokasi dan prosedur di bagian bab III - Perbaiki pembahasan di bagian pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. - Perbaiki Kesimpulan dan saran 	
9	Rabu, 25 September 2024		ACC, Konfirmasi Lanjutkan Ujian	

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawanteo, M., Kep., Ns., Sp. Kep., Kom
NIP. 19660114 199102 1 001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**



LEMBAR KONSUL REVISI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : HASNI NUR BAITI IMRAN
NIM : PO.5303202210051
Pembimbing : Aris Wawomeo, M.Kep.Ns.Sp.Kom
Penguji : Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Selasa, 01 Oktober 2024	ABSTRAK BAB IV & V	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki dibagian abstrak (kepuustakaan) tambahkan dari tahun berapa sampai berapa - Tambahkan diagnosa resiko jatuh karena sesuai data ditemukan dan dilakukan - Perbaiki intervensi, implementasi dan evaluasi sesuai diagnosa - Perbaiki pembahasan (Tambahkan kesenjangan kebersihan diri dibagian pengkajian) - Perbaiki kesimpulan - Perbaiki huruf kapital 	
2	Kamis, 03 Oktober 2024	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Implementasi pada hari pertama diagnosa ke 6 dan 7 	
3	Senin, 07 Oktober 2024		ACC	

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp. Kep., Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Hasni Nur Baiti Imran
 Tempat/Tanggal Lahir : Rote, 28 April 2003
 Alamat : Jl. Imam Bonjol
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Nama Ayah : Imran
 Nama Ibu : Simin H. Kiah

B. Riwayat Pendidikan

TK Dharma Wanita Batutua : 2008-2009
 SD GMT Ende 4 : 2009-2015
 SMP Negeri 1 Ende : 2015-2018
 Madrasah Aliyah Negeri Ende : 2018-2021
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, : 2021-2024
 Program Studi D-III Keperawatan Ende

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. Kujadikan sabar, salat, memaafkan, serta mengerjakan kebaikan sebagai penolongku, karena itu telah kubulatkan tekad untuk mencapai sesuatu, niscaya apa yang diinginkan pasti akan diberuntungan”