

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.Y DENGAN STROKE  
HEMORAGIK DALAM PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI  
POSISI ELEVASI KEPALA 30 DERAJAT DI RUANGAN  
NEUROLOGI RSUD Dr.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2020**



**OLEH :**

**JUNI HARTATI, S.Kep**

**NIM : 1914901724**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**STIKES PERINTIS PADANG**

**TAHUN AJARAN 2019/2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**



**JUDUL**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.Y DENGAN STROKE  
HEMORAGIK DALAM PEMBERIAN INOVASIINTERVENSI  
POSISI ELEVASI KEPALA 30 DERAJAT DI RUANGAN  
NEUROLOGI RSUD Dr.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2020**

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan  
Pendidikan Profesi Ners Stikes Perintis Padang

**OLEH :**

**JUNI HARTATI, S.Kep**

**NIM : 1914901724**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKES PERINTIS PADANG  
TAHUN AJARAN 2019/2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN KIA-N

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Juni Hartati, S.Kep  
NIM : 1914901724  
Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKes Perintis Padang  
Judul KIA-N : **Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Stroke Hemoragik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat Di Ruangan Neurologi RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020.**

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah akhir Ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STIKes Perintis. Jika di kemudian hari nyatanya saya terbukti melakukan tindakan tersebut, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKes Perintis.

Bukittinggi, September 2020

Yang Menyatakan



(Juni Hartati, S.Kep)

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.Y DENGAN STROKE  
HEMORAGIK DALAM PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI  
POSISI ELEVASI KEPALA 30DERAJAT DI RUANGAN  
NEUROLOGI RSUD Dr.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2020

Oleh :

JUNI HARTATI, S.Kep  
NIM : 1914901724

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah diseminarkan  
Bukittinggi, 14 September 2020

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

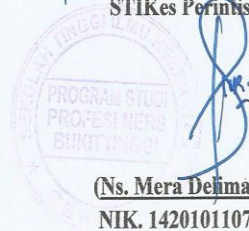
(Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep)  
NIK. 1420114098511070

Pembimbing II

(Ns. Muhammad Arif, M.Kep)  
NIK.1420114098409051

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners  
STIKes Perintis Padang



(Ns. Mera Delima, M.Kep)  
NIK. 1420101107296019

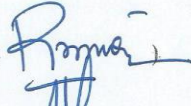

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.Y DENGAN STROKE HEMORAGIK  
DALAM PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI POSISI ELEVASI  
KEPALA 30-DERAJAT DI RUANGAN NEUROLOGI  
RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2020

Oleh :  
JUNI HARTATI, S.Kep  
1914901724

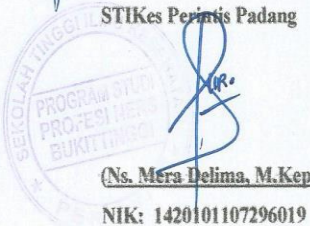
Pada :  
HARI/TANGGAL : Senin/ 14 September 2020  
JAM : 10:00 – 11.00 WIB

Dan yang bersangkutan dinyatakan  
LULUS

Tim Penguji :  
Penguji I : Reni Susanti, S.Kp, M.Kep, Ns. Sp.Kep. MB (  )  
Penguji II : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep (  )

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners  
STIKes Perintis Padang

  
(Ns. Mera Delima, M.Kep)  
NIK: 1420101107296019

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**Karya Ilmiah Akhir Ners, 14 September 2020  
JUNI HARTATI, S.Kep**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.Y DENGAN STROKE  
HEMORAGIK DALAM PEMBERIAN INOVASI INTERVENSI POSISI  
ELEVASI KEPALA 30 DERAJAT DIRUANGAN NEUROLOGI RSUD  
DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGI TAHUN 2020**

**vii + V BAB + 131 Halaman + 2 Gambar + 2 Skema + 10 Tabel + 2 Lampiran**

**Abstrak**

Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik yang di akibatkan karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam. Penatalaksanaan yang bisa dilakukan pada pasien stoke hemoragik yaitu elevasi kepala 30 derajat. Tujuan dari karya ilmiah ini yaitu untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik melalui elevasi kepala 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen. Metode yang dilakukan yaitu melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dengan melakukan pemberian inovasi intervensi posisi elevasi kepala 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen. Hasil dari asuhan keperawatan yaitu terjadi peningkatan nilai saturasi oksigen dari 90% menjadi 98%. Jadi dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh posisi elevasi kepala 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen pada klien stroke hemoragik, untuk itu diharapkan pada tenaga kesehatan khususnya perawat dalam melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya tindakan dalam pelaksanaan posisi elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik yang mengalami penurunan kesadaran.

**Kata Kunci : Stroke Hemoragik, Saturasi Oksigen, Elevasi Kepala 30 Derajat**

**Daftar Bacaan : 26 (2002-2019)**

**PROGRAM OF NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY  
PERINTIS PADANG SCHOOL OF SCIENCE**

**Work of final Science Ners, 14 September 2020  
JUNI HARTATI, S.Kep  
1914901724**

**NURSING CARE IN TN.Y WITH HEMORAGIC STROKE IN PROVIDING  
INTERVENTION INNOVATION POSITION ELEVATION HEAD 30  
DEGREES NEUROLOGICAL DESIGN OF DR.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGI IN 2020**

**vii +V chapter +131Pages +2Pictures +10 Schemes +10 Tables +2 Attachments**

***Abstract***

*Stroke is a disruption in brain function due to impaired blood flow to the brain resulting in the nutrients and oxygen needed onot fulfilled properly which results due to blockage or rupture of blood vessels in the brain with symptoms that last for 24 hours. Management that can be done in patients with hemorrhagic stroke is a head elevation of 30 degrees. The aim of this scientific work is to apply nursing care to hemorrhagic stroke patients through a 30 degree head elevation to increase oxygen saturation. The method used is to carry out nursing care for 3 days by providing innovative intervention with a head elevation position of 30 degrees to increase oxygen saturation. The result of nursing care is that there is an increase in the oxygen saturation value from 90% to 98%. So it can be concluded that there is an effect of the head elevation position of 30 degrees on increasing saturationoxygen in hemorrhagic stroke clients, it is hoped that health workers, especially nurses, in carrying out comprehensive nursing care, especially the action in implementing the 30 degree head elevation position to oxygen saturation in hemorrhagic stroke patients who experience decreased consciousness.*

***Keywords: Hemorrhagic Stroke, Oxygen Saturation, 30 Degree Head Elevation***

***Reading List: 26 (2002-2019)***

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Juni Hartati, S.Kep

Tempat/Tanggal Lahir : Sungai Parit/05 Juni 1997

Agama : Islam

Program Studi : Profesi Ners

No.Hp : 0813-7895-5616

Nama Ayah : Juliman

Nama Ibu : Suryani

Jumlah Saudara : 4 (Empat)

Alamat : Pasir Bongkal, Kec.Sungai Lala, Kab.Indragiri  
Hulu

Email : [junih4391@gmail.com](mailto:junih4391@gmail.com)

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2003 - 2009 : SDN 09 Sungai Parit
2. Tahun 2009 - 2012 : SMP N 2 Sungai Lala
3. Tahun 2012 - 2015 : SMA PGRI Rengat
4. Tahun 2015 - 2019 : S1 Keperawatan STIKes Perintis Padang
5. Tahun 2019 - 2020 : Profesi Ners STIKes Perintis Padang

## KATA PENGANTAR



Sega puji atas kehadiran Allah SWT yang telah meninggikan derajat orang-orang yang beriman dan berilmu pengetahuan, atas ridho, rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikannya dengan tepat waktu yaitu Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Stroke Hemoragik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat Di Ruang Neurologi RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020”**. Shalawat serta salam kepada rasulullah SAW atas cahaya islam yang telah beliau wariskan di akhir zaman. Penyusunan karya ilmiah ini untuk memenuhi syarat mencapai gelar ners. Penulis menyadari bahwa bantuan pembimbing dan berbagai pihak yang telah menemani penulis dari awal sampai penulis melakukan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini butuh perjuangan yang tidaklah mudah untuk menyelesaikannya. Pada kesempatan yang berbahagia ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, SKp, M.Biomed, selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Mera Delima, M.Kep, selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang
3. Ibu Reni Susanti, SKp, M.Kep, Ns. Sp. Kep. MB, sebagai penguji I yang telah ikhlas meluangkan waktu dan memberikan arahan serta masukan untuk peneliti sehingga karya ilmiah ini dapat terselesaikan.
4. Ibu Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep selaku pembimbing I dan Penguji II yang telah ikhlas meluangkan waktu dan memberikan arahan serta masukan untuk penulis sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah ini.

5. Bapak Ns. Muhammad Arif, M.Kep selaku pembimbing II yang telah ikhlas meluangkan waktu dan memberikan arahan serta masukan untuk penulis sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah ini.
6. Teristimewa ucapan terimakasih kepada orang tua tercinta papa, mama, adik beserta keluarga yang tiada henti mendo'akan dan memberikan motivasi serta dukungan dalam setiap langkah penulis.
7. Teman-teman senasib dan seperjuangan angkatan 2015 S1 Keperawatan sampai dengan Profesi Ners khususnya kelompok 3 Reguler Sekolah Tinggi Kesehatan Perintis Padang Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian KIA-N ini.

Meskipun peneliti telah berusaha semaksimal mungkin dalam penulisan (KIA-N) ini, namun peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan (KIA-N), karena kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT. Oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk menyempurnakan (KIA-N) ini. Semoga Allah SWT, selalu melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, Amin

Bukittinggi, 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b>	
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b>	
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR SKEMA .....</b>	<b>vii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Penelitian .....	6
1.3 Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Stroke Hemoragik	
2.1.1 Pengertian .....	9
2.1.2 Anatomi Fisiologi .....	11
2.1.3 Klasifikasi .....	16
2.1.4 Etiologi.....	17
2.1.5 Patofisiologi .....	22
2.1.6 Pathway.....	25
2.1.7 Manifestasi Klinis .....	26
2.1.8 Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis .....	28
2.1.9 Penatalaksanaan .....	30
2.1.10 Pemeriksaan Penunjang .....	31
2.1.11 Komplikasi.....	32
2.2 Saturasi Oksigen	
2.2.1 Pengertian Saturasi Oksigen.....	33
2.2.2 Pengukuran Saturasi Oksigen.....	33
2.2.3 Alat .....	35
2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi.....	35
2.3 Posisi Elevasi Kepala	
2.3.1 Pengertian.....	36
2.3.2 Tujuan Elevasi Kepala .....	36
2.3.3 Prosedur Elevasi Kepala .....	36
2.4 Asuhan Keperawatan Secara Teoritis	
2.4.1 Pengkajian .....	37
2.4.2 Diagnosa Keperawatan .....	45
2.4.3 Rencana Asuhan Keperawatan .....	47

<b>BAB III STUDI KASUS</b>	
3.1 Pengkajian .....	59
3.2 Analisa Data .....	80
3.3 Diagnosa Keperawatan .....	85
3.4 Intervensi Keperawatan.....	86
3.5 Catatan Perkembangan.....	93
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
4.1 Analisis Masalah Keperawatan.....	115
4.2 Analisis Salah Satu Intervensi .....	122
4.3 Arternatif Pemecahan.....	126
<b>BAB IV PENUTUP</b>	
5.1 Kesimpulan .....	128
5.2 Saran .....	129
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

No.Tabel	Halaman
2.1 Skala Koma Glasgow .....	40
2.2 Skala Peringkat Untuk Kekuatan Otot .....	41
2.3 Rencana Keperawatan .....	47
3.1 Data Aktivitas Sehari-Hari .....	63
3.2 Pemeriksaan Saraf Kranial .....	71
3.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium .....	73
3.4 Pengobatan .....	74
3.5 Analisa Data .....	80
3.6 Intervensi Keperawatan Kasus .....	86
3.7 Hasil Implementasi dan Evaluasi .....	93

## DAFTAR GAMBAR

No.Gambar	Halaman
2.1 Anatomi Otak .....	11
2.2 Circulus Willisi .....	16

## DAFTAR SKEMA

No.Skema	Halaman
2.1 Pathway .....	25
3.1 Genogram .....	62

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Secara global *stroke* merupakan penyakit urutan kedua yang dapat menyebabkan kematian serta kecacatan serius. Penyakit *stroke* adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik (Arum, 2015). *World Health Organization (WHO)* menyatakan *stroke* atau *Cerebrovascular disease* adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (Arifianto, Sarosa & Setyawati, 2014).

*World Health Organization (WHO 2016)* melaporkan bahwa penyakit *kardiovaskuler* merupakan penyebab utama kematian di dunia, pada tahun 2012 terjadi 6,7 juta kematian akibat *stroke*. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, prevalensi *stroke* di Indonesia mencapai angka 8,3 per 1.000 penduduk (Haryanto, Setyawan & Kusuma, 2014). Berdasarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia tahun 2013, prevalensi kasus *stroke* tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan terendah di Provinsi Papua (2,3%), sedangkan Provinsi Jawa Tengah sebesar 7,7%. Prevalensi *stroke* antara laki-laki dengan perempuan hampir sama (Kemenkes, 2013). Menurut Rikesdas tahun 2013, dalam laporannya mendapatkan bahwa di Indonesia, setiap 1000 orang, 8 orang diantaranya terkena *stroke*. *Stroke*

merupakan penyebab utama kematian pada semua umur, dengan proporsi 15,4%. Setiap 7 orang yang meninggal di Indonesia, 1 diantaranya karena stroke. Sumatera Barat dalam prevalensi penyakit stroke menempati urutan ke 6 (enam) dari 33 provinsi setelah provinsi Nangroe Aceh Darussalam, Kepulauan Riau, Gorontalo, DKI Jakarta, NTB, dengan presentase 10,6% (BPS, 2011). Sedangkan data yang terdapat di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi didapatkan data jumlah pasien stroke pada bulan Januari – Desember 2019 sebanyak 563 pasien diantaranya terdiagnosis stroke hemoragik.

Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh pembuluh darah otak. Cidera dapat disebabkan oleh sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah. Semua ini menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai. Stroke mungkin menampilkan gejala, mungkin juga tidak (stroke tanpa gejala disebut juga *silent stroke*), tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan (Feigin, 2014).

Gejala stroke yang muncul dapat bersifat fisik, psikologis, atau perilaku. Gejala fisik paling khas adalah kelemahan anggota gerak sampai kelumpuhan, hilangnya sensasi di wajah, bibir tidak simetris, kesulitan berbicara atau pelo (*afasia*), kesulitan menelan, penurunan kesadaran, nyeri kepala (*vertigo*), mual muntah dan hilangnya penglihatan di satu sisi atau dapat terjadi kebutaan (Feigin, 2014)

Salah satu penyebab atau memperparah stroke antara lain hipertensi (penyakit tekanan darah tinggi), *kolesterol*, *arteriosklerosis* (pengerasan pembuluh darah), gangguan jantung, diabetes, riwayat stroke dalam keluarga (factor keturunan) dan *migren* (sakit kepala sebelah). Pemicu stroke adalah hipertensi dan arteriosklerosis. Sedangkan pada perilaku di sebabkan oleh gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, mengkonsumsi minuman bersoda dan beralkohol gemar mengkonsumsi makanan cepat saji. Faktor perilaku lainnya adalah kurangnya aktifitas gerak/olahraga dan obesitas. Salah satu pemicunya juga adalah suasana hati yang tidak baik seperti sering marah tanpa alasan yang jelas (Soeharto,2015)

Penanganan stroke harus dilakukan dengan cepat dan tepat karena jika semakin lama stroke tidak segera ditangani maka tingkat keparahan stroke semakin tinggi, maka dari itu perlu dilakukan pemeriksaan CT-Scan, EKG, foto toraks, pemeriksaan darah perifer lengkap, glukosa, APTT, kimia darah dan analisa gas darah. Saturasi oksigen merupakan presentase oksigen yang telah bergabung dengan molekul hemoglobin (Hb), oksigen bergabung dengan Hb dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, pada saat yang sama oksigen dilepas untuk memenuhi kebutuhan jaringan. Tubuh manusia normal membutuhkan pasokan oksigen yang konstan untuk berfungsi secara sehat, kadar oksigen rendah dalam darah dapat menyebabkan kondisi medis yang serius dan mengancam jiwa.

Oksigen merupakan kebutuhan vital bagi setiap makhluk hidup, agar dapat mengukur berapa banyak presentase oksigen yang terkandung dalam darah, atau di dalam air yang diminum ataupun oksigen di udara yang dihirup disebut sebagai saturasi oksigen (Hermawati, 2017). Terkait stabilisasi kondisi respirasi, sirkulasi dan status fisiologis lainnya mengharuskan perawat terus fokus dalam pemantauan pasien kritis dan kompleksitas program terapi untuk mempertahankan kehidupan pada pasien stroke hemoragik yang sering terjadi komplikasi yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Perfusi jaringan serebral adalah penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan. Salah satu yang bisa dilakukan perawat yaitu elevasi kepala 30°. (Brunner dan Suddarth, 2002).

Posisi elevasi kepala merupakan tindakan keperawatan konvensional, pemberian posisi elevasi 30 derajat salah satu bentuk intervensi keperawatan dalam yang rutin dilakukan pada pasien post op *craniotomy*. Teori yang mendasari elevasi kepala ini adalah peninggian anggota tubuh di atas jantung dengan vertebralis axis, akan menyebabkan cairan serebro spinal (CSS) terdistribusi dari kranial ke ruang subarachnoid spinal dan memfasilitasi venous return serebral (Sunardi dkk, 2011)

Posisi kepala paling umum yaitu kepala dan tubuh ditinggikan 30 derajat agar dapat mengontrol Tekanan Intra Kranial (TIK), yaitu menaikkan kepala dari tempat tidur sekitar 30 derajat. Tujuan untuk menurunkan TIK, jika elevasi lebih tinggi dari 30 derajat maka tekanan perfusi otak akan menurun. Dengan menggunakan elevasi kepala untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan otak,

posisi kepala yang lebih tinggi dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Hermawati, 2017).

Peran perawat yang paling utama di ruang HCU bangsal syaraf menurut Junaidi (2011) diantaranya memastikan kepatenan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*), serta memantau tekanan darah tiap jam dan bagi pasien yang mengalami penumpukan saliva dilakukan suction serta perubahan posisi miring setiap 2-4 jam sekali. Setelah dilakukan observasi di ruangan HCU bangsal syaraf, tekanan darah pasien hanya dipantau per jam kerja dengan menggunakan monitor, saturasi dan terpasang oksigen. Selain itu, pada saat pemberian obat dan perubahan posisi, perawat selalu berkomunikasi dengan keluarga sehingga keluarga mendapatkan informasi / edukasi atas tindakan yang dilakukan perawat ke pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2017), tentang efektifitas pemberiaan posisi head up 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke di IGD Rumah Sakit Pusat Otak Nasional. Di dapatkan hasil dengan tingkat signifikan  $\alpha = 0,05$  di peroleh p value = 0,03. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan sebelum dan sesudah posisi head up 30 derajat.

Maka berdasarkan latar belakang diatas, penulis menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y dengan stroke hemoragik dengan diberikan Elevasi Kepala 30 derajat untuk meningkatkan saturasi oksigen di Ruang Neurologi

RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020 untuk dijadikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Tujuan penulisan dari Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn.Y dengan Stroke Hemoragik dengan intervensi inovasi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar pada klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
- b. Mahasiswa mampu mendeskripsikan hasil pengkajian klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
- c. Mahasiswa mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
- d. Mahasiswa mampu mendeskripsikan intervensi asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

- e. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
- f. Mahasiswa mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan yang diberikan kepada klien dengan penyakit Stroke Hemoragik di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
- g. Mampu melakukan pendokumentasian dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien dengan Stroke Hemoragik
- h. Menganalisis intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen klien Stroke Hemoragik yang dirawat di Ruang Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

### **1.3 Manfaat**

#### **1.3.1 Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya tindakan dalam pelaksanaan posisi elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran.

#### **1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil karya ilmiah ini bisa menjadi referensi tentang intervensi keperawatan mandiri terutama terkait dengan pemberian posisi elevasi kepala 30 derajat untuk meningkatkan saturasi oksigen agar dapat meningkatkan pengetahuan dan kualitas pendidikan.

#### **1.3.3 Bagi Penulis**

Hasil karya ilmiah ini bisa menambah wawasan penulis dalam menganalisa pemberian Posisi Elevasi Kepala 30 derajat untuk meningkatkan saturasi oksigen dan menambah wawasan penulis dalam penulisan karya ilmiah.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Stroke Hemoragik**

##### **2.1.1 Pengertian Stroke Hemoragik**

Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik. Stroke dapat juga diartikan sebagai kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan (ischemic stroke) atau perdarahan (haemorrhagic stroke) (Arum, 2015). Ischemic stroke (non hemoragik)/cerebro vaskuler accident (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak disebabkan karena adanya thrombus atau emboli (Oktavianus, 2014).

Menurut World Health Organization (WHO) stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskular (Ode, 2012). Dari penjelasan diatas, dapat disimpulkan stroke adalah gangguan fungsi otak karena penyumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah menuju otak. Hal ini menyebabkan pasokan darah dan oksigen menuju ke otak menjadi berkurang Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (deficit

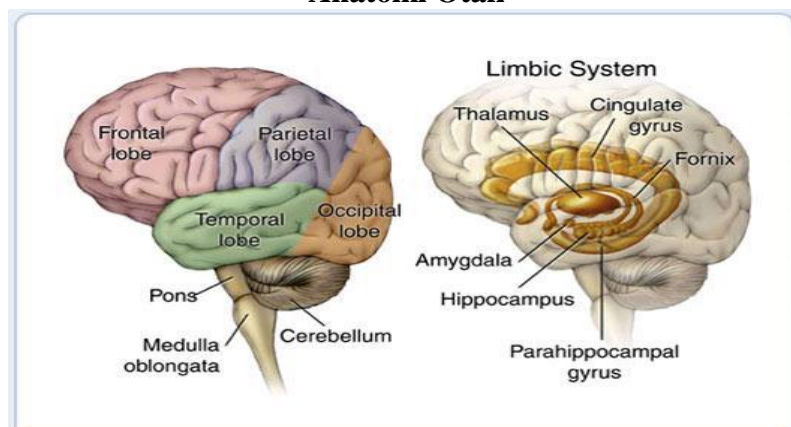
neurologic) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) atau perdarahan (stroke hemoragik) (Junaidi, 2011). Mulanya stroke ini dikenal dengan nama apoplexy, kata ini berasal dari bahasa Yunani yang berarti “memukul jatuh” atau to strike down. Dalam perkembangannya lalu dipakai istilah CVA atau cerebrovascular accident yang berarti suatu kecelakaan pada pembuluh darah dan otak.

Menurut Misbach (2011) stroke adalah salah satu syndrome neurologi yang dapat menimbulkan kecacatan dalam kehidupan manusia. Stroke Hemoragik adalah pembuluh darah otak yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan kemudian merusaknya (Adib, 2009).

## 2.1.2 Anatomi Fisiologi Otak

### 2.1.2.1 Otak

**Gambar 2.1**  
**Anatomi Otak**



Sumber : (Michaeli, 2012)

Otak terletak dalam rongga cranium , terdiri atas semua bagian system saraf pusat (SSP) diatas korda spinalis. Secara anatomis terdiri dari cerebrum cerebellum, brainstem, dan limbic system (Derrickson &Tortora, 2013). Otak merupakan organ yang sangat mudah beradaptasi meskipun neuron-neuron telah di otak mati tidak mengalami regenerasi, kemampuan adaptif atau plastisitas pada otak dalam situasi tertentu bagian-bagian otak mengambil alih fungsi dari bagian-bagian yang rusak. Otak belajar kemampuan baru, dan ini merupakan mekanisme paling penting dalam pemulihan stroke ( Feign, 2010).

Secara garis besar, sistem saraf dibagi menjadi 2, yaitu sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi. Sistem saraf pusat (SSP) terbentuk oleh otak dan medulla spinalis. Sistem saraf disisi luar SSP disebut sistem saraf tepi (SST). Fungsi dariSST adalah menghantarkan informasi bolak balik antara SSP dengan bagian tubuh lainnya (Noback dkk, 2010).

Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf, dengan komponen bagiannya adalah:

a. Cerebrum

Bagian otak yang terbesar yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan tersusun dari korteks. Korteks ditandai dengan sulkus (celah) dan girus (Ganong, 2009). Cerebrum dibagi menjadi beberapa lobus, yaitu:

#### 1) Lobus Frontalis

Lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar, bicara (area broca di hemisfer kiri), pusat penghidu, dan emosi. Bagian ini mengandung pusat pengontrolan gerakan volunter di gyrus presentralis (area motorik primer) dan terdapat area asosiasi motorik (area premotor). Pada lobus ini terdapat daerah broca yang mengatur ekspresi bicara, lobus ini juga mengatur gerakan sadar, perilaku sosial, berbicara, motivasi dan inisiatif (Purves dkk, 2010).

#### 2) Lobus Temporalis

Mencakup bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari fisura laterali dan sebelah posterior dari fisura parieto-oksipitalis (White, 2008). Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat verbal, visual, pendengaran dan berperan dlm pembentukan dan perkembangan emosi.

#### 3) Lobus Parietalis

Lobus parietalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik di gyrus postsentralis (area sensorik primer) untuk rasa raba dan pendengaran (White, 2008).

#### 4) Lobus Oksipitalis

Lobus Oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan dan area asosiasi penglihatan: menginterpretasi dan memproses rangsang

penglihatan dari nervus optikus dan mengasosiasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain & memori (White, 2008). e) Lobus Limbik Lobus limbik berfungsi untuk mengatur emosi manusia, memori emosi dan bersama hipotalamus menimbulkan perubahan melalui pengendalian atas susunan endokrin dan susunan otonom (White, 2008).

b. Cerebellum

Cerebellum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan. Memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somatosensori yang diterima, inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkan output. Cerebellum merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot. Mengendalikan kontraksi otot-otot volunter secara optimal (Purves, 2010).

c. Brainstem

Berfungsi mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Berhubungan dengan diensefalon di atasnya dan medulla spinalis dibawahnya. Struktur-struktur fungsional batang otak yang penting adalah jaras asenden dan desenden traktus longitudinalis antara medulla spinalis dan bagian-bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf cranial

### **2.1.2.2 Anatomi Peredaran Darah di Otak**

Darah mengangkut zat asam, makanan dan substansi lainnya yang diperlukan bagi fungsi jaringan hidup yang baik. Kebutuhan otak sangat mendesak dan vital, sehingga aliran darah yang konstan harus terus dipertahankan. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang, berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel (Wilson, et al., 2012).

#### **a. Peredaran Darah Arteri**

Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteri, yaitu arteri vertebralis dan arteri karotis interna, yang bercabang dan beranastomosis membentuk *circulus willisi*. Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteri karotis komunis yang berakhir pada arteri serebri anterior dan arteri serebri medial. Di dekat akhir arteri karotis interna, dari pembuluh darah ini keluar arteri *communicans posterior* yang bersatu ke arah kaudal dengan arteri serebri posterior. Arteri serebri anterior saling berhubungan melalui arteri *communicans anterior*. Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteria subklavia sisi yang sama. Arteri subklavia kanan merupakan cabang dari arteria *inominata*, sedangkan arteri subklavia kiri merupakan cabang langsung dari aorta. Arteri vertebralis memasuki tengkorak melalui *foramen magnum*,

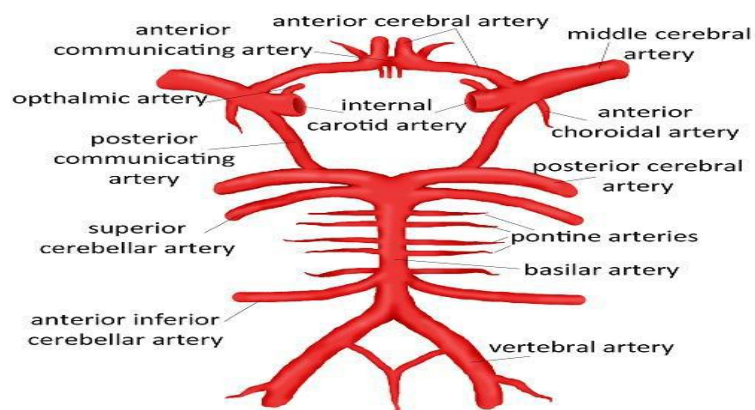
setinggi perbatasan pons dan medula oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris (Wilson, et al., 2012).

b. Peredaran Darah Vena

Aliran darah vena dari otak terutama ke dalam sinus-sinus duramater, suatu saluran pembuluh darah yang terdapat di dalam struktur duramater. Sinus-sinus duramater tidak mempunyai katup dan sebagian besar berbentuk triangular. Sebagian besar vena cortex superfisial mengalir ke dalam sinus longitudinalis superior yang berada di medial. Dua buah vena cortex yang utama adalah vena anastomotica magna yang mengalir ke dalam sinus longitudinalis superior dan vena anastomotica parva yang mengalir ke dalam sinus transversus. Vena-vena serebri profunda memperoleh aliran darah dari basal ganglia (Wilson, et al., 2012).

**Gambar 2.2**

**Circulus Willisii**



**Sumber : (Swaramuslim,2009)**

### **2.1.3 Klasifikasi Stroke Hemoragik**

#### **a. Perdarahan Intra Serebral (PIS)**

Perdarahan Intra Serebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak (Junaidi, 2011). Penyebab PIS biasanya karena hipertensi yang berlangsung lama lalu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Faktor pencetus lain adalah stress fisik, emosi, peningkatan tekanan darah mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lainnya adalah deformitas pembuluh darah bawaan, kelainan koagulasi. Bahkan, 70% kasus berakibat fatal, terutama apabila perdarahannya luas (masif) (Junaidi, 2011).

#### **b. Perdarahan ekstra serebral / perdarahan sub arachnoid (PSA)**

Perdarahan sub arachnoid adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer) (Junaidi, 2011) Penyebab yang paling sering dari PSA primer adalah robeknya aneurisma (51-75%) dan sekitar 90% aneurisma penyebab PSA berupa aneurisma sakuler congenital, angioma (6-20%), gangguan koagulasi (iatronik/obat anti koagulan), kelainan hematologic (misalnya trombositopenia, leukemia, anemia aplastik), tumor, infeksi (misal vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mikosis, TBC), idiopatik atau tidak diketahui (25%), serta trauma kepala

(Junaidi, 2011) Sebagian kasus PSA terjadi tanpa sebab dari luar tetapi sepertiga kasus terkait dengan stress mental dan fisik. Kegiatan fisik yang menonjol seperti : mengangkat beban, menekuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan hubungan intim (koitus) kadang bisa jadi penyebab (Junaidi, 2011).

#### **2.1.4 Etiologi Stroke Hemoragik**

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan (stroke hemoragik) disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh stress psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya, seperti mengedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik (Junaidi, 2011). Selain hal-hal yang disebutkan diatas, ada faktor-faktor lain yang menyebabkan stroke (Arum, 2015) diantaranya :

##### **a. Faktor Resiko Medis**

Faktor risiko medis yang memperparah stroke adalah:

- 1) Arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah)
- 2) Adanya riwayat stroke dalam keluarga (factor keturunan)
- 3) Migraine (sakit kepala sebelah)

##### **b. Faktor Resiko Pelaku**

Stroke sendiri bisa terjadi karena faktor risiko pelaku. Pelaku menerapkan gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat. Hal ini terlihat pada :

- 1) Kebiasaan merokok
- 2) Mengonsumsi minuman bersoda dan beralkohol
- 3) Suka menyantap makanan siap saji (fast food/junkfood)
- 4) Kurangnya aktifitas gerak/olahraga
- 5) Suasana hati yang tidak nyaman, seperti sering marah tanpa alasan yang jelas

c. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

1) Hipertensi (tekanan darah tinggi)

Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke. Hipertensi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun berkurang. Dengan pengurangan aliran darah ke otak, maka otak kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama kelamaan jaringan otak akan mati.

2) Penyakit Jantung

Penyakit jantung seperti koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi factor terbesar terjadinya stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah tubuh. Jika pusat pengaturan mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran

darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

### 3) Diabetes Melitus

Pembuluh darah pada penderita diabetes melitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

### 4) Hiperkolesteremia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi dimana kadar kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama-kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak.

### 5) Obesitas

Obesitas atau *overweight* (kegemukan) merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL (*Low-Density Lipoprotein*) lebih tinggi dibanding kadar HDL (*High-Density Lipoprotein*). Untuk standar Indonesia, seseorang dikatakan obesitas jika indeks massa tubuhnya melebihi 25 kg/m. sebenarnya ada dua jenis obesitas atau kegemukan yaitu obesitas abdominal dan obesitas perifer. Obesitas abdominal

ditandai dengan lingkar pinggang lebih dari 102 cm bagi pria dan 88 cm bagi wanita

6) Merokok

Menurut berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang-orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

d. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Semakin bertambahnya usia, semakin besar resiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh, termasuk otak.

2) Jenis Kelamin

Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait bahwa laki-laki cenderung merokok. Bahaya terbesar dari rokok adalah merusak lapisan pembuluh darah pada tubuh.

### 3) Riwayat Keluarga

Jika salah satu anggota keluarga menderita stroke, maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Orang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki resiko lebih besar untuk terkena stroke disbanding dengan orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya.

### 4) Perbedaan Ras

Fakta terbaru menunjukkan bahwa stroke pada orang Afrika-Karibia sekitar dua kali lebih tinggi daripada orang non-Karibia. Hal ini dimungkinkan karena tekanan darah tinggi dan diabetes lebih sering terjadi pada orang afrika-karibia daripada orang non-Afrika Karibia. Hal ini dipengaruhi juga oleh factor genetic dan faktor lingkungan.

#### **2.1.5 Patofisiologi Stroke Hemoragik**

Otak merupakan bagian tubuh yang sangat sensitif oksigen dan glukosa karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti halnya pada otot. Meskipun berat otak sekitar 2% dari seluruh badan, namun menggunakan sekitar 25% suplay oksigen dan 70% glukosa. Jika aliran darah ke otak terhambat maka akan terjadi iskemia dan terjadi gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral. Area otak disekitar yang mengalami hipoperfusi disebut *penumbra*. Jika aliran darah ke otak terganggu, lebih dari 30 detik pasien dapat mengalami tidak sadar dan dapat terjadi kerusakan jaringan otak yang permanen jika aliran darah ke otak terganggu lebih dari 4 menit

(Tarwoto, 2013). Untuk mempertahankan aliran darah ke otak maka tubuh akan melakukan dua mekanisme tubuh yaitu mekanisme anatomis dan mekanisme autoregulasi. Mekanisme anatomis berhubungan dengan suplai darah ke otak untuk pemenuhan kebutuhan oksigen dan glukosa. Sedangkan mekanisme autoregulasi adalah bagaimana otak melakukan mekanisme/usaha sendiri dalam menjaga keseimbangan. Misalnya jika terjadi hipoksemia otak maka pembuluh darah otak akan mengalami vasodilatasi (Tarwoto, 2013)

a. Mekanisme Anatomis

Otak diperdarahi melalui 2 arteri karotis dan 2 arteri vertebralis. Arteri karotis terbagi menjadi karotis interna dan karotis eksterna. Karotis interna memperdarahi langsung ke dalam otak dan bercabang kira-kira setinggi kiasma optikum menjadi arteri serebri anterior dan media. Karotis eksterna memperdarahi wajah, lidah dan faring, meninges. Arteri vertebralis berasal dari arteri subclavia. Arteri vertebralis mencapai dasar tengkorak melalui jalan tembus dari tulang yang dibentuk oleh prosesus tranverse dari vertebra servikal mulai dari c6 sampai dengan c1. Masuk ke ruang cranial melalui foramen magnum, dimana arteri-arteri vertebra bergabung menjadi arteri basilar. Arteri basilar bercabang menjadi 2 arteri serebral posterior yang memenuhi kebutuhan permukaan medial dan inferior arteri baik bagian lateral lobus temporal dan occipital. Meskipun arteri karotis interna dan vertebrabasilaris merupakan 2 sistem arteri yang terpisah yang

mengaliran darah ke otak, tapi ke duanya disatukan oleh pembuluh dan anastomosis yang membentuk sirkulasi wilisi. Arteri serebri posterior dihubungkan dengan arteri serebri media dan arteri serebri anterior dihubungkan oleh arteri komunikan anterior sehingga terbentuk lingkaran yang lengkap. Normalnya aliran darah dalam arteri komunikans hanyalah sedikit. Arteri ini merupakan penyelamat bilamana terjadi perubahan tekanan darah arteri yang dramatis.

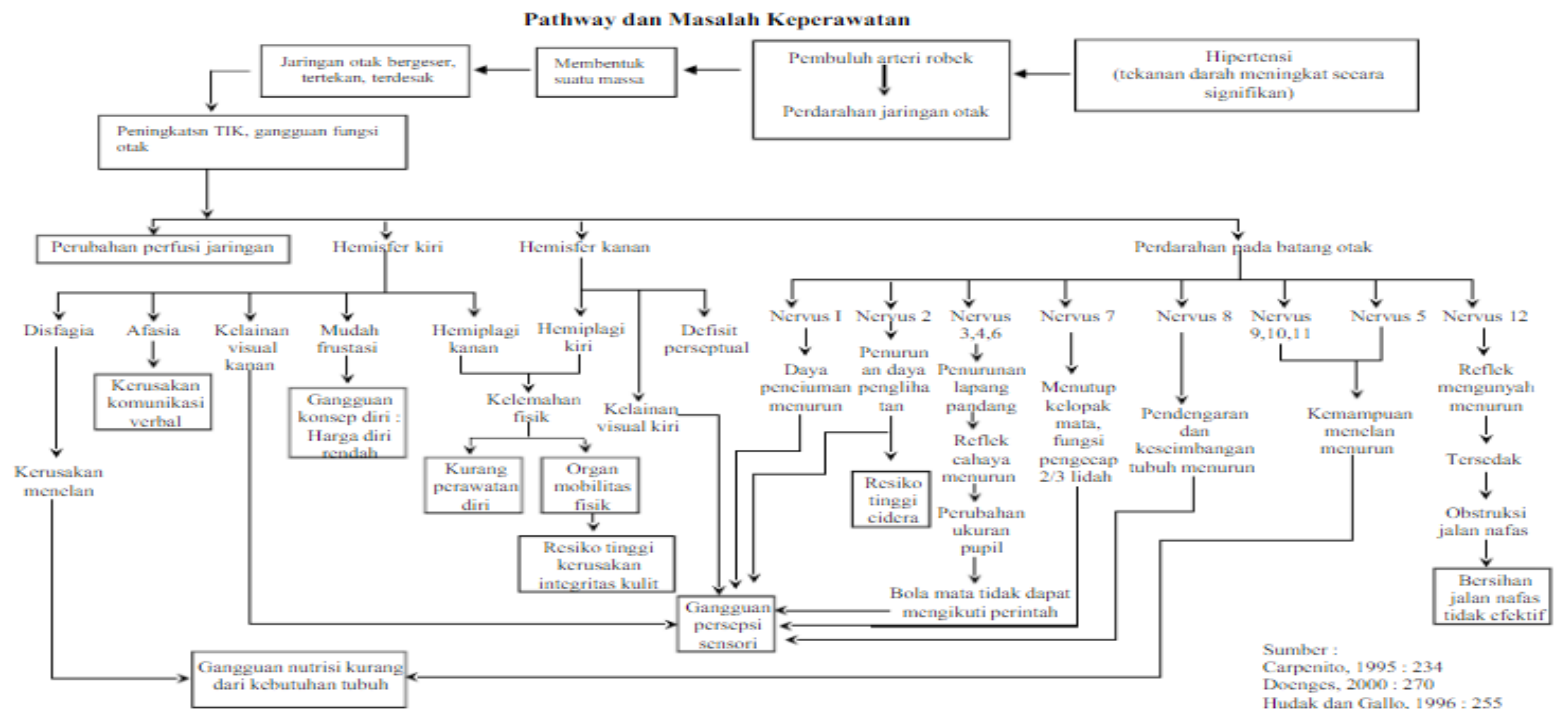
b. Mekanisme Autoregulasi

Oksigen dan glukosa adalah dua elemen yang penting untuk metabolisme serebral yang dipenuhi oleh aliran darah secara terus-menerus. Aliran darah serebral dipertahankan dengan kecepatan konstan 750ml/menit. Kecepatan serebral konstan ini dipertahankan oleh suatu mekanisme homeostasis sistemik dan local dalam rangka mempertahankan kebutuhan nutrisi dan darah secara adekuat. Terjadinya stroke sangat erat hubungannya dengan perubahan alirandarah otak, baik karena sumbatan/oklusi pembuluh darah otak maupun perdarahan pada otak menimbulkan tidak adekuatnya suplai oksigen dan glukosa. Berkurangnya oksigen atau meningkatnya karbondioksida merangsang pembuluh darah untuk berdilatasi sebagai kompensasi tubuh untuk meningkatkan aliran darah lebih banyak. Sebaliknya keadaan vasodilatasi memberi efek pada tekanan intracranial. Kekurangan oksigen dalam otak (hipoksia) akan menimbulkan iskemia. Keadaan iskemia yang relative pendek/cepat

dan dapat pulih kembali disebut transient ischemic attacks (TIAs). Selama periode anoxia (tidak ada oksigen) metabolisme otak cepat terganggu. Sel otak akan mati dan terjadi perubahan permanen antara 3-10 menit anoksia.

## 2.1.6 Pathway

**Skema 2.1**  
**Pathway**



### 2.1.7 Manifestasi Klinis Stroke Hemoragik

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

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

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri middle sebelah kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia *motorik*, *sensorik* dan *afasia global*. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada

*area Broca*, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada *area Wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

e. Disatria (bicara cedel atau pelo)

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

f. Gangguan penglihatan, diplopia

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

g. Disfagia

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

h. Inkontinensia

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

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

### **2.1.8 Respon Tubuh terhadap Perubahan Fisiologis**

#### **a. Fase Akut**

1) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah ke otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

## 2) Edema Serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstresial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

## 3) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan.

## 4) Aspirasi

Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

### **b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut**

- 1) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine dan bowl.

- 2) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak
- 3) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala cluster
- 4) Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Adapun penatalaksanaan medis menurut Muttaqin (2008) yaitu:

#### a. Penatalaksanaan Medis

##### 1) Menurunkan kerusakan iskemik serebral

Tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.

##### 2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

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

##### 3) Pengobatan

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

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

c. Diuretika : Untuk menurunkan edema serebral

##### 4) Pembedahan

Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
- 2) Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.
- 3) Tanda-tanda vital usahakan stabil
- 4) Bedrest
- 5) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
- 6) Hindari kenaikan suhu, batuk, konstipasi, atau cairan suction yang berlebih

#### **2.1.10 Pemeriksaan Penunjang**

Adapun pemeriksaan penunjang pada Stroke Hemoragik menurut Muttaqin, (2008) yaitu:

- a. Angiografi Serebral: Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri
- b. Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT): Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi, dan mengukur stroke( sebelum nampak oleh pemindaian CT-Scan)
- c. CT Scan: Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti

- d. MRI : Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infrak akibat dari hemoragik
- e. EEG: Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infrak sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak
- f. Pemeriksaan Laboratorium : Darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, AGD, biokimia darah, elektrolit.

#### **2.1.11 Komplikasi**

Adapun kompilasi Stroke Hemoragik menurut Sudoyo, (2009) yaitu:

- a. Hipoksi Serebral  
Diminimalkan dengan memberikan oksigenasi darah adekuat di otak
- b. Penurunan aliran darah serebral  
Tergantung pada tekanan darah curah jantung, dan integritas pembuluh darah.
- c. Embolisme Serebral  
Dapat terjadi setelah infrak miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik.
- d. Distritmia  
Dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian trombus lokal.

## **2.2 Saturasi Oksigen**

### **2.2.1 Pengertian Saturasi Oksigen**

Saturasi oksigen adalah presentasi hemoglobin yang berikatan dengan oksigen dalam arteri, saturasi oksigen normal adalah antara 95 – 100 %. Dalam kedokteran, oksigen saturasi (SO<sub>2</sub>), sering disebut sebagai "SATS", untuk mengukur persentase oksigen yang diikat oleh hemoglobin di dalam aliran darah. Pada tekanan parsial oksigen yang rendah, sebagian besar hemoglobin terdeoksigenasi, maksudnya adalah proses pendistribusian darah beroksigen dari arteri ke jaringan tubuh (Hidayat, 2007).

Pada sekitar 90% (nilai bervariasi sesuai dengan konteks klinis) saturasi oksigen meningkat menurut kurva disosiasi hemoglobin-oksigen dan pendekatan 100% pada tekanan parsial oksigen > 10 kPa. Saturasi oksigen atau oksigen terlarut (DO) adalah ukuran relatif dari jumlah oksigen yang terlarut atau dibawa dalam media tertentu. Hal ini dapat diukur dengan probe oksigen terlarut seperti sensor oksigen atau optode dalam media cair.

### **2.2.2 Pengukuran Saturasi Oksigen**

Pengukuran saturasi oksigen dapat dilakukan dengan beberapa teknik. Penggunaan oksimetri nadi merupakan tehnik yang efektif untuk memantau pasien terhadap perubahan saturasi oksigen yang kecil atau mendadak (Tarwoto, 2006).

Adapun cara pengukuran saturasi oksigen antara lain :

- a. Saturasi oksigen arteri ( $Sa O_2$ ) nilai di bawah 90% menunjukkan keadaan hipoksemia (yang juga dapat disebabkan oleh anemia ). Hipoksemia karena  $SaO_2$  rendah ditandai dengan sianosis . Oksimetri nadi adalah metode pemantauan non invasif secara kontinyu terhadap saturasi oksigen hemoglobin ( $SaO_2$ ).

Meski oksimetri oksigen tidak bisa menggantikan gas-gas darah arteri, oksimetri oksigen merupakan salah satu cara efektif untuk memantau pasien terhadap perubahan saturasi oksigen yang kecil dan mendadak. Oksimetri nadi digunakan dalam banyak lingkungan, termasuk unit perawatan kritis, unit keperawatan umum, dan pada area diagnostik dan pengobatan ketika diperlukan pemantauan saturasi oksigen selama prosedur.

- b. Saturasi oksigen vena ( $Sv O_2$ ) diukur untuk melihat berapa banyak mengkonsumsi oksigen tubuh. Dalam perawatan klinis,  $Sv O_2$  di bawah 60%, menunjukkan bahwa tubuh adalah dalam kekurangan oksigen, dan iskemik penyakit terjadi. Pengukuran ini sering digunakan pengobatan dengan mesin jantung-paru (Extracorporeal Sirkulasi), dan dapat memberikan gambaran tentang berapa banyak aliran darah pasien yang diperlukan agar tetap sehat.
- c. Tissue oksigen saturasi ( $St O_2$ ) dapat diukur dengan spektroskopi inframerah dekat . Tissue oksigen saturasi memberikan gambaran tentang oksigenasi jaringan dalam berbagai kondisi.

- d. Saturasi oksigen perifer (Sp O<sub>2</sub>) adalah estimasi dari tingkat kejenuhan oksigen yang biasanya diukur dengan oksimeter pulsa.

Pemantauan saturasi O<sub>2</sub> yang sering adalah dengan menggunakan oksimetri nadi yang secara luas dinilai sebagai salah satu kemajuan terbesar dalam pemantauan klinis (Giuliano & Higgins, 2005).

### **2.2.3 Alat yang di Gunakan dan Tempat Pengukuran**

- a. Alat yang digunakan adalah oksimetri nadi yang terdiri dari dua diode pengemisi cahaya (satu cahaya merah dan satu cahaya infra merah) pada satu sisi probe, kedua diode ini mentransmisikan cahaya merah dan inframerah melewati pembuluh darah, biasanya pada ujung jari atau daun telinga, menuju foto detektor pada sisi lain dari probe (Welch, 2005).

### **2.2.4 Faktor yang mempengaruhi bacaan saturasi**

Kozier (2010) menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi bacaan saturasi :

- a. Hemoglobin (Hb)

Jika Hb tersaturasi penuh dengan O<sub>2</sub> walaupun nilai Hb rendah maka akan menunjukkan nilai normalnya. Misalnya pada klien dengan anemia memungkinkan nilai SpO<sub>2</sub> dalam batas normal.

- b. Sirkulasi

Oksimetri tidak akan memberikan bacaan yang akurat jika area yang di bawah sensor mengalami gangguan sirkulasi.

c. **Aktivitas**

Menggigil atau pergerakan yang berlebihan pada area sensor dapat mengganggu pembacaan SpO<sub>2</sub> yang akurat

## **2.3 Posisi Elevasi Kepala**

### **2.3.1 Pengertian**

Posisi elevasi kepala adalah posisi berbaring dengan bagian kepala pada tempat tidur di tinggikan 30 derajat dengan indikasi tidak melakukan manuver pada daerah leher dan ekstremitas bawah dalam posisi lurus tanpa adanya fleksi. Posisi elevasi kepala hampir sama dengan semi fowler yaitu dengan cara meninggikan bagian kepala 15 derajat – 30 derajat dapat memakai bantal atau menggunakan tempat tidur fungsional yang dapat diatur secara otomatis (Bahrudin, 2008).

### **2.3.2 Tujuan**

Pengaturan posisi kepala bertujuan untuk meningkatkan perfusi serebral dalam keadaan adekuat, menurun TIK pada kasus trauma kepala, lesi otak atau gangguan neurology dan memfasilitasi venous drainage dari kepala (Perry & Potter, 2006)

### **2.3.3 Prosedur Elevasi Kepala**

Prosedur pengaturan posisi elevasi kepala pada pasien dengan ketidakefektifan perfusi serebral khususnya pasien stroke hemoragik adalah sebagai berikut (Perry & Potter, 2006).

a. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang

- b. Atur posisi kepala lebih tinggi dalam keadaan datar tanpa fleksi, ekstensi atau rotasi.
- c. Selanjutnya atur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 15 derajat dan kemudian setinggi 30 derajat.
- d. Luruskan ekstremitas bawah. Hindari dari fleksi dimana posisi fleksi akan meningkatkan tekanan intra abdomen.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengaturan posisi head up 30 derajat adalah fleksi, ekstensi dan rotasi kepala akan menghambat venous return sehingga akan meningkatkan tekanan perfusi serebral yang akan berpengaruh pada peningkatan TIK (Dimitrios dan Alfred, 2002).

## **2.4 Asuhan Keperawatan Teoritis**

### **a. Pengkajian**

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

#### **1) Identitas Klien**

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

#### **2) Keluhan Utama**

Adapun keluhan utama yang sering dijumpai yaitunya klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, biasanya klien mengalami

bicara pelo, biasanya klien kesulitan dalam berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

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

5) Riwayat Penyakit Keluarga

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

6) Riwayat Psikososial

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

## 7) Pemeriksaan Fisik

### a. Tingkat Kesadaran

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

#### **Metoda Tingkat Responsivitas**

- 1) **Composmentis** : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik
- 2) **Apatis** : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya
- 3) **Derilium** : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta-ronta
- 4) **Somnolen** : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali
- 5) **Sopor** : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

- 6) **Semi-Coma** : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- 7) **Coma** : yaitu penurunan kesadaran yang salangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri.

**Berikut tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai dari skor yang didapat dari penilaian GCS klien :**

- a. Nilai GCS Composmentis : 15 – 14
- b. Nilai GCS Apatis : 13 – 12
- c. Nilai GCS Derilium : 11 – 10
- d. Nilai GCS Somnolen : 9 – 7
- e. Nilai GCS Semi Coma : 4
- f. Nilai GCS Coma : 3

### **Skala Koma Glasgow**

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

**Tabel 2.1**  
**Skala Koma Glasgow**

<b>Respon Membuka Mata</b>	<b>Nilai</b>
Spontan	4
Terhadap bicara	3
Terhadap nyeri	2
Tidak ada respon	1

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

b. Gerakan, Kekuatan dan Koordinasi

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

**Skala peringkat untuk kekuatan otot**

**Tabel 2.2**  
**Skala peringkat untuk kekuatan otot**

0	Tidak tampak ada kontraksi otot
1	Adanya tanda-tanda dari kontraksi
2	Dapat bergerak tapi tak mampu menahan gaya gravitasi
3	Bergerak melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan otot pemeriksa
4	Bergerak dengan lemah terhadap tahanan dari otot pemeriksa
5	Kekuatan dan regangan yang normal

### **1) Reflek**

Respon motorik terjadi akibat adanya reflek yang terjadi melalui stimulasi sensori. Kontrol serebri dan kesadaran tidak dibutuhkan untuk terjadinya reflek. Respon abnormal (babinski) adalah ibu jari dorso fleksi atau gerakan ke atas ibu jari dengan atau tanpa melibatkan jari-jari kaki yang lain.

### **2) Perubahan Pupil**

Pupil harus dapat dinilai ukuran dan bentuknya (sebaiknya dibuat dalam millimeter). Suruh pasien berfokus pada titik yang jauh dalam ruangan. Pemeriksa harus meletakkan ujung jari dari salah satu tangannya sejajar dengan hidung pasien. Arahkan cahaya yang terang ke dalam salah satu mata dan perhatikan adanya konstriksi pupil yang cepat (respon langsung). Perhatikan bahwa pupil yang lain juga harus ikut konstriksi (respon konsensual). Anisokor (pupil yang tidak sama) dapat normal pada populasi yang presentasinya kecil atau mungkin menjadi indikasi adanya disfungsi neural.

### **3) Tanda-tanda Vital**

Tanda-tanda klasik dari peningkatan tekanan intra cranial meliputi kenaikan tekanan sistolik dalam hubungan dengan tekanan nadi yang membesar, nadi lemah atau lambat dan pernapasan tidak teratur.

#### **4) Saraf Kranial**

- I. Olfaktorius : saraf cranial I berisi serabut sensorik untuk indera penghidu. Mata pasien terpejam dan letakkan bahan-bahan aromatic dekat hidung untuk diidentifikasi.
- II. Optikus : Akuitas visual kasar dinilai dengan menyuruh pasien membaca tulisan cetak. Kebutuhan akan kacamata sebelum pasien sakit harus diperhatikan.
- III. Okulomotoris : Menggerakkan sebagian besar otot mata
- IV. Troklear : Menggerakkan beberapa otot mata
- V. Trigeminal : Saraf trigeminal mempunyai 3 bagian: optalmikus, maksilaris, dan madibularis. Bagian sensori dari saraf ini mengontrol sensori pada wajah dan kornea. Bagian motorik mengontrol otot mengunyah. Saraf ini secara parsial dinilai dengan menilai reflak kornea; jika itu baik pasien akan berkedip ketika kornea diusap kapas secara halus. Kemampuan untuk mengunyah dan mengatup rahang harus diamati.
- VI. Abdusen : Saraf cranial ini dinilai secara bersamaan karena ketiganya mempersarafi otot ekstraokular. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien untuk mengikuti gerakan jari pemeriksa ke segala arah.
- VII. Fasial : Bagian sensori saraf ini berkenaan dengan pengecapan pada dua pertiga anterior lidah. Bagian motorik dari saraf ini

mengontrol otot ekspresi wajah. Tipe yang paling umum dari paralisis fasial perifer adalah bell's palsy.

- VIII. Akustikus : Saraf ini dibagi menjadi cabang-cabang koklearis dan vestibular, yang secara berurutan mengontrol pendengaran dan keseimbangan. Saraf koklearis diperiksa dengan konduksi tulang dan udara. Saraf vestibular mungkin tidak diperiksa secara rutin namun perawat harus waspada, terhadap keluhan pusing atau vertigo dari pasien.
- IX. Glosfaringeal : Sensori: Menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa.  
Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam
- X. Vagus : Saraf cranial ini biasanya dinilai bersama-sama. Saraf Glosfaringeus mempersarafi serabut sensori pada sepertiga lidah bagian posterior juga uvula dan langit-langit lunak. Saraf vagus mempersarafi laring, faring dan langit-langit lunak serta memperlihatkan respon otonom pada jantung, lambung, paru-paru dan usus halus. Ketidak mampuan untuk batuk yang kuat, kesulitan menelan dan suara serak dapat merupakan pertanda adanya kerusakan saraf ini.
- XI. Asesoris spinal : Saraf ini mengontrol otot-otot sternokleidomastoid dan otot trapesius. Pemeriksa menilai saraf ini dengan menyuruh pasien mengangkat bahu atau

memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain terhadap tahanan, bisa juga di bagian kaki dan tangan.

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

#### **b. Diagnosa Keperawatan**

- a) Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d penurunan kinerja ventrikel kiri, tumor otak, cedera kepala, infark miokard akut, hipertensi dan hiperkolesteronemia.
- b) Pola napas tidak efektif b/d depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, gangguan neuromuskular dan gangguan neurologis.
- c) Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d spasme jalan napas, disfungsi neuromuskuler dan sekresi yang tertahan.
- d) Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak
- e) Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral, dan gangguan neuromuskuler
- f) Gangguan persepsi sensori b/d gangguan penglihatan, pendengaran, penghiduan, dan hipoksia serebral.
- g) Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan
- h) Resiko gangguan integritas kulit/ jaringan b/d penurunan mobilitas

i) Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan

(SDKI, Edisi 1)

c. Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.3**  
**Rencana Keperawatan**

<b>No</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)</b>	<b>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)</b>
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi	<p><b>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral pasien menjadi efektif dengan kriteria hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tingkat kesadaran kognitif meningkat</li> <li>b) Gelisah menurun</li> <li>c) Tekanan intrakranial menurun</li> <li>d) Kesadaran membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li> <li>3. Monitor MAP, CVP, PAWP, PAP, ICP, dan CPP, jika perlu</li> <li>4. Monitor gelombang ICP</li> <li>5. Monitor status pernapasan</li> <li>6. Monitor intake dan output cairan</li> <li>7. Monitor cairan serebro-spinal</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi fowler</li> <li>3. Hindari manuver Valsava</li> <li>4. Cegah terjadinya kejang</li> <li>5. Hindari penggunaan PEEP</li> <li>6. Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</li> <li>7. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</li> </ol>

			<p>2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja</p> <p><b>Pemantauan Neurologis</b> <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas pupil.</li> <li>2. Monitor tingkat kesadaran</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>4. Monitor status pernapasan : analisa gas darah, oksimetri nadi, kedalaman napas, pola napas, dan usaha napas</li> <li>5. Monitor refleks kornea</li> <li>6. Monitor kesimetrisan wajah</li> <li>7. Monitor respons babinski</li> <li>8. Monitor respons terhadap pengobatan.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</li> <li>3. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>4. Dokumentasikan hasil pemantauan.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan.</li> </ol>
2	Pola Nafas tidak Efektif b/d hambatan upaya	<b>Setelah dilakukan tindakan asuhan</b>	<b>Manajemen jalan nafas</b>

	napas	<p><b>keperawatan 3x 24 jam diharapkan pola nafas pasien menjadi efektif dengan kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi napas membaik</li> <li>2. Kedalaman napas membaik</li> <li>3. Ekskursi dada membaik</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis: wheezing)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>2. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift</li> <li>3. Berikan minum hangat</li> <li>4. Lakukan fisioterapi dada</li> <li>5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>6. Berikan oksigen</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik.</li> </ol> <p><b>Dukungan Ventilasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas</li> <li>2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</li> <li>3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi, dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)</li> </ol>
--	-------	--	---

			<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>2. Berikan posisi semi fowler atau fowler</li> <li>3. Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin</li> <li>4. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>2. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri</li> <li>3. Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu</li> </ol>
3	Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d spasme jalan napas, disfungsi neuromuskuler dan sekresi yang tertahan.	<p><b>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas tetap paten dengan Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk efektif meningkat</li> <li>2. Produksi sputum menurun</li> <li>3. Frekuensi napas dan pola napas membaik</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Respirasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas.</li> <li>2. Monitor pola napas</li> <li>3. Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>4. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>5. Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>6. Monitor saturasi oksigen</li> <li>7. Monitor nilai AGD</li> <li>8. Monitor hasil X-Ray toraks</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> </ol>

			<p>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</li> </ol> <p><b>Penghisapan Jalan Napas</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan dilakukan penghisapan</li> <li>2. Monitor status oksigenasi, status neurologis, dan status hemodinamik sebelum, selama dan setelah tindakan</li> <li>3. Monitor dan catat warna, jumlah dan konsistensi sekret</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan tindakan aseptik</li> <li>2. Gunakan prosedural steril dan disposibel</li> <li>3. Gunakan teknik penghisapan tertutup,sesuai indikasi</li> <li>4. Berikan oksigen dengan konsentrasi tinggi (100%) paling sedikit 30 detik sebelum dan setelah tindakan</li> <li>5. Lakukan penghisapan lebih dari 15 detik</li> <li>6. Hentikan penghisapan dan berikan terapi oksigen jika mengalami kondisi-kondisi seperti bradikardi, penurunan saturasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>
--	--	--	--

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan teknik napas dalam, sebelum melakukan penghisapan</li> <li>2. Anjurkan bernapas dalam dan pelan selama insersi kateter suction</li> </ol>
4	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak	<p><b>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik tidak terganggu dengan kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak( ROM) meningkat</li> <li>4. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilisasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu( mis; duduk diatas tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk diatas tempat tidur)</li> </ol>

			<p><b>Pemantauan Neurologis</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas pupil.</li> <li>2. Monitor tingkat kesadaran</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>4. Monitor status pernapasan : analisa gas darah, oksimetri nadi, kedalaman napas, pola napas, dan usaha napas</li> <li>5. Monitor refleks kornea</li> <li>6. Monitor kesimetrisan wajah</li> <li>7. Monitor respons babinski</li> <li>8. Monitor respons terhadap pengobatan.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</li> <li>3. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>4. Dokumentasikan hasil pemantauan.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan.</li> </ol>
5	Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral, dan gangguan neuromuskuler	<b>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan</b>	<p><b>Promosi komunikasi defisit bicara</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain</li> </ol>

		<p><b>kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan berbicara meningkat</li> <li>2. Kemampuan mendengar meningkat</li> <li>3. Kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh meningkat</li> <li>4. Pelo menurun</li> <li>5. Pemahaman komunikasi membaik</li> </ol>	<p>yang mengganggu bicara</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan metode komunikasi alternatif(mis: menulis, mata berkedip, isyarat tangan)</li> <li>2. Berikan dukungan psikologis</li> <li>3. Ulangi apa yang disampaikan pasien</li> <li>4. Gunakan juru bicara</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berbicara perlahan</li> <li>2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif dengan kemampuan berbicara</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rujuk keahli patologi bicara atau terapis</li> </ol>
6	Gangguan persepsi sensori b/d gangguan penglihatan, pendengaran, penghiduan, dan hipoksia serebral	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respons sesuai stimulus membaik</li> <li>2. Konsentrasi membaik</li> <li>3. Orientasi membaik</li> </ol>	<p><b>Minimalisasi Rangsangan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (bisinf, terlalu terang)</li> <li>2. Batasi stimulus lingkungan (cahaya, aktivitas, suara)</li> <li>3. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>

			<p>1. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus ( mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan</li> <li>2. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi sensori</li> </ol> <p><b>Manajemen Delirium</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko delirium ( gangguan penglihatan/pendengaran, penurunan kemampuan fungsional, dll)</li> <li>2. Identifikasi tipe delirium</li> <li>3. Monitor status neurologis dan tingkat delirium</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan pencahayaan yang baik</li> <li>2. Sediakan kalender yang mudah dibaca</li> <li>3. Sediakan informasi tentang apa yang terjadi dan apa yang dapat terjadi selanjutnya</li> <li>4. Batasi pembuatan keputusan</li> <li>5. Nyatakan persepsi dengan cara tenang, meyakinkan, dan tidak argumentatif</li> <li>6. Fokus pada apa yang dikenali dan bermakna saat interaksi interpersonal</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>7. Lakukan reorientasi</p> <p>8. Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten</p> <p>9. Gunakan isyarat lingkungan untuk stimulus memori, reorientasi, dan meningkatkan perilaku yang sesuai</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Anjurkan kunjungan keluarga</p> <p>2. Anjurkan penggunaan alat bantu sensorik</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat ansietas atau agitasi</p>
7	Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan	<p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <p>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</p> <p>2. Kekuatan otot mengunyah meningkat</p> <p>3. Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>4. Berat badan membaik</p> <p>5. Frekuensi makan membaik</p> <p>6. Nafsu makan membaik</p> <p>7. Membran mukosa membaik</p>	<p><b>Manajemen nutrisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi status nutrisi</p> <p>2. Identifikasi alergi dan toleransi makanan</p> <p>3. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</p> <p>5. Monitor asupan makanan</p> <p>6. Monitor berat badan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Lakukan oral hygiene</p> <p>2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>4. Berikan suplemen makanan</p> <p>5. Hentikan pemberian makanan melalui selang</p>

			<p>nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan( mis: peredanyeri, antiemetik)</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi</li> </ol> <p><b>Terapi Menelan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala aspirasi</li> <li>2. Monitor gerakan lidah saat makan</li> <li>3. Monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan lingkungan yang nyaman</li> <li>2. Jaga privasi pasien</li> <li>3. Gunakan alat bantu,jika perlu</li> <li>4. Hindari penggunaan sedotan</li> <li>5. Posisikan duduk</li> <li>6. Berikan permen loliipop untuk meningkatkan kekuatan lidah</li> <li>7. Fasilitasi meletakkan makanan dibelakang lidah</li> <li>8. Berikan perawatan mulut, sesuai kebutuhan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>
--	--	--	--

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga</li> <li>2. Anjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan</li> <li>3. Anjurkan tidak bicara saat makan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan terapi</li> </ol>
8	Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan	<p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Kemampuan makan meningkat</li> <li>4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan perawatan diri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang terapeutik ( mis: suasana rileks, privasi)</li> <li>2. Siapkan keperluan pribadi (mis: sikat gigi, sabun mandi)</li> <li>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.</li> </ol>

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Pengkajian**

Tanggal Masuk	: 12 Januari 2020
Jam Masuk	: 21.30 WIB
Ruangan	: Neurologi
No.MR	: 729450
Diagnosa Medis	: Stroke Hemoragik
Tanggal Pengkajian	: Selasa, 13 Januari 2020

**3.1.1 Identitas Klien**

Nama	: Tn.Y
Tempat/ Tgl Lahir	: Bukittinggi, 02/05/1978
Umur	: 42 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Suku	: Minang
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Tigo Kampuang, Bukittinggi
Sumber Informasi	: Keluarga
Keluarga Terdekat Yang Dapat Dihubungi	
Nama	: Ny.R
Pendidikan	: SMA

Pekerjaan : IRT

### **3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini**

a. Alasan Masuk

Klien masuk RS tanggal 12 Januari 2020 jam 21.30 WIB melalui IGD RSAM dengan keadaan tidak sadarkan diri, keluarga juga mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran 5 jam sebelum masuk rumah sakit dan klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan, keluarga juga mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit pasien mengalami jatuh dikamar mandi.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 13 Januari 2020 jam 09.30 WIB di ruangan Neurologi dengan keluhan keluarga mengatakan klien tidak sadarkan diri 5 jam SMRS, sebelumnya pasien mengeluh sakit kepala hebat pada pagi hari dan disertai muntah-muntah, klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan, dan keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga. Dari data objektif di dapatkan, klien tampak tidak sadarkan diri, klien tampak terpasang NGT dan O2 NRM 9 L/menit, KU lemah, kesadaran semi-coma, TD 170/100, HR 129 x/mnt, Suhu 37 ° C , RR 26 x/mnt, GCS 4: E2M2Vafasia, SPO 90%, kekuatan otot ekstremitas atas 0000/1111 dan ekstremitas bawah 0000/1111, dan tampak terpasang infus RL 20 tpm. Tampak klien bedrest total.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga mengatakan klien dulu juga pernah di rawat di rumah sakit karna penyakit hernia, klien juga mempunyai riwayat pernah operasi hernia, keluarga juga mengatakan klien juga memiliki riwayat hipertensi 1 tahun terakhir dan pernah dirawat di rumah sakit karna penyakit hipertensi.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan bahwa ada ayah dari klien juga mengalami hipertensi dan juga mengalami stroke hemoragik yang sudah cukup lama seperti yang di alami klien saat ini.

e. Faktor Pencetus

Keluarga mengatakan klien merupakan seorang perokok aktif dan suka minum kopi dan jarang mengontrol kesehatan, dan keluarga juga mengatakan klien pernah dirawat karena hipertensi tinggi.

f. Timbulnya Keluhan dan Faktor Pembeda

Keluarga mengatakan klien mengalami penyakit hipertensi sejak 1 tahun yang lalu. Keluarga mengatakan pasien mengalami lemah ekstremitas sebelah kanan, dan tidak sadarkan diri 5 jam yang lalu secara mendadak di kamar mandi.

g. Riwayat Alergi (Obat dan Makanan)

Tidak Ada riwayat alergi pada obat dan makanan

h. Obat-obatan yang pernah di konsumsi

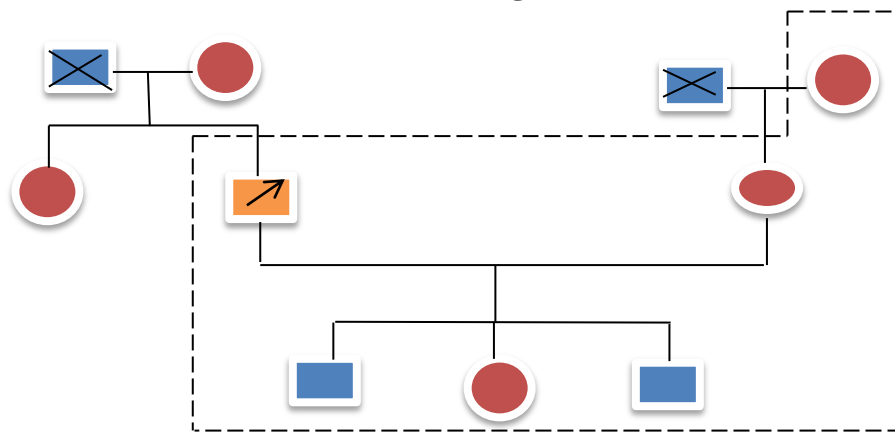
Keluarga mengatakan klien biasanya mengkonsumsi obat dari bidan jika ada keluhan/sakit.

i. Kebiasaan

Keluarga mengatakan klien memiliki kebiasaan merokok dan suka minum kopi dan tidak mengontrol makanan dan juga kesehatan.

**3.1.3 Genogram**

**Skema 3.1  
Genogram**



**Keterangan :**



: Laki-laki

----- : Tinggal Serumah



: Perempuan



: Meninggal



: Klien

— : Menikah

### 3.1.4 Data Aktivitas Sehari-hari

**Tabel 3.1**

**Data Aktivitas Sehari-hari**

No	Aktivitas	Dirumah	Di Rumah Sakit
1	Pola Nutrisi dan Cairan	<p>Frekuensi makan 3 kali sehari, dengan minum 6-7 gelas sehari, Tn.Y menyukai semua jenis makanan dan tidak ada yang tidak disukai, Tn.Y memiliki makanan pantangan yang tinggi garam dan berlemak. Nafsu makan Tn.Y baik, terdapat perubahan BB 3 bulan terakhir yaitu 2 Kg.</p>	<p>Frekuensi makan 3 kali sehari melalui NGT <math>\pm</math> sebanyak 300 cc/hari, di rumah sakit Tn.Y hanya makanan dari RS yaitu MC (makanan cair). Tn.Y minum air putih <math>\pm</math> 50 cc/hari melalui NGT dan kadang-kadang diberikan sedikit-sedikit lewat mulut Tn.Y</p>
2	Pola Eliminasi	<p><b>BAB :</b>                      Frekuensi BAB Tn.Y 2 kali sehari tanpa menggunakan obat pencahar pada waktu pagi hari dan kadang sore hari dengan konsistensi padat.</p> <p><b>BAK:</b>                      Frekuensi BAK Tn.Y <math>\pm</math> 5-6 kali sehari, urine berwarna kuning dan berbau khas.</p>	<p><b>BAB :</b>                      Keluarga mengatakan Tn.Y Jarang BAB semenjak di rawat rumah sakit, tidak ada menggunakan obat pencahar, waktu BAB Tn.Y tidak menentu dengan konsistensi lunak.</p> <p><b>BAK :</b>                      Klien terpasang selang Kateter dan karakteristik urine berwarna kuning pekat dan berbau khas dengan jumlah urie <math>\pm</math> 500 cc/ hari</p>
3	Pola Tidur dan	Waktu tidur Tn.Y tidak	Keluarga mengatakan

	Istirahat	teratur, lama tidur $\pm$ 4-5 jam sehari, keluarga mengatakan Tn.Y tidak ada mempunyai kebiasaan pengantar tidur dan kesulitan dalam tidur.	klien mengalami penurunan kesadaran sehingga hanya tidur saja di bed.
--	-----------	---	---

### 3.1.5 Pola Aktivitas dan Latihan

#### a. Kegiatan dalam Pekerjaan

Keluarga mengatakan kegiatan Tn.Y sebelum sakit yaitu bekerja dan sosialisasi dengan masyarakat sekitar.

#### b. Olahraga

Tn.Y biasanya mengikuti olah raga pagi tapi itu tidak sering

#### c. Kegiatan diwaktu Luang

Keluarga juga mengatakan kegiatan di waktu luang biasanya berkumpul bersama anak-anak dan menonton televisi.

#### d. Pola Bekerja

Tn.Y memiliki kesulitan dalam beraktifitas karena sakit stroke, klien bekerja sebagai wiraswasta dan bekerja setiap hari.

### 3.1.6 Data Lingkungan

#### a. Kebersihan

Keluarga klien mengatakan keadaan lingkungan tempat klien tinggal cukup bersih dan tidak ada ancaman bahaya pada lingkungan tempat tinggal klien

b. Polusi

Keluarga klien mengatakan udara di tempat klien tinggal cukup baik dan tidak tercemar oleh polusi udara.

### **3.1.7 Data Psikososial**

a. Kognitif – Persepsi

Keluarga mengatakan tidak ada menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

b. Persepsi diri – Konsepsi Diri

Pasien tampak tidak sadarkan diri.

c. Peran dan Hubungan

Klien berperan sebagai kepala rumah tangga pada saat ini tidak bisa berperan karena sedang mengalami sakit, tetapi peran terhadap keluarga masih baik.

d. Seksualitas dan Reproduksi

Klien tidak bisa melakukan hubungan suami istri selama sakit

e. Koping Toleransi Stres

Keluarga klien selalu memberikan dukungan kepada klien agar mengurangi stres.

f. Pola Aktivitas berdasarkan Indeks ADL Barthel

Pada saat dilakukan pengkajian pola aktivitas berdasarkan Indeks ADL Barthel didapatkan klien mengalami ketergantungan total dengan skor 0 (ketergantungan total).

### 3.1.8 Pengkajian Fisik

#### Pengkajian Fisik Umum

- a. Tingkat Kesadaran : Semi-Coma ( GCS 4 : E2M3Vafasia)
- b. Keadaan umum : Lemah
- c. Tanda-tanda vital : TD :170/100, N: 129x/i RR: 26x/i  
S : 37<sup>o</sup>C
- d. BB/TB : BB: 66 Kg, TB: 172 CM

#### Pemeriksaan Head to toe

##### 1) Kepala

- Inspeksi

Kepala tampak berbentuk simetris, tidak ada tampak pembengkakan, luka/lesi dikepala, rambut berwarna, kulit kepala bersih dan tidak berbau.

- Palpasi

Tidak terdapat pembengkakan luka/lesi dikepala.

##### 2) Mata

- Inspeksi

Mata tampak simetris kiri dan kanan, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya baik, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, tidak ada tampak pembengkakan, luka/lesi.

- Palpasi

Saat diraba tidak ada teraba pembengkakan.

### 3) Hidung

- Inspeksi

Hidung tampak simetris, tidak terdapat perdarahan, pembengkakan/massa, hidung tampak bersih, tampak terpasang NGT dan terpasang O2 NRM 9 liter.

- Palpasi

Tidak teraba pembengkakan pada hidung (sinus) atau yang lainnya, tidak ada nyeri tekan atau lepas di daerah hidung.

### 4) Mulut dan tenggorokan:

- Inspeksi

Mulut tampak simetris, Tn.Y mengalami kesulitan menelan, tidak ada tampak pembengkakan, luka atau lesi, gigi tampak lengkap, bibir kering, mulut tampak bersih, Tn.Y mengalami gangguan berbicara.

- Palpasi

Saat diraba tidak terdapat pembengkakan/massa pada mulut.

### 5) Leher

- Inspeksi

Leher tampak simetris, tidak tampak ada pembengkakan/massa pada leher, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.

- Palpasi

Saat diraba tidak terdapat pembengkakan/massa tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, arteri karotis teraba.

## 6) Dada

- Inspeksi

Bentuk dada simetris kiri dan kanan, tidak ada tampak pembengkakan, luka/lesi, pergerakan dinding dada sama kiri dan kanan, frekuensi napas 26x/menit.

- Palpasi

Saat di palpasi tidak ada teraba pembengkakan, tidak ada nyeri tekan/lepas, traktif fremitus teraba dan sama antara kiri dan kanan

- Perkusi

Saat di perkusi terdengar bunyi sonor diseluruh lapang paru

- Auskultasi

Ketika dilakukan auskultasi terdengar suara seperti berkumur (gurgling).

## 7) Jantung

- Inspeksi

Ictus cordis tidak terlihat

- Palpasi

Pada saat di palpasi dengan klien posisi terlentang teraba ictus cordis pada ruang intercosta (ICS) IV.

- Perkusi

Saat di Perkusi dilakukan untuk menetapkan batas-batas kardio, setelah dilakukan perkusi latak batas cardio sinistra klien terletak pada ICS II jantung atas kiri dan ICS V jantung kiri bawah yang di tandai dengan timbulnya perubahan bunyi sonor ke redup. Begitu

pula bunyi yang timbul untuk mengetahui batas cardio dekstra, dimana batas kanan jantung klien terletak di ICS II pada jantung kanan atas, dan ICS III pada jantung kanan bawah.

- Auskultasi

Pada saat di lakukan auskultasi terdengar suara irama jantung reguler (Lup Dup), dan tidak ada bunyi jantung tambahan.

#### 8) Abdomen

- Inspeksi

Bentuk perut flat dan simetris, tidak ada tampak pembengkakan/massa di abdomen, tidak terdapat distensi abdomen.

- Auskultasi

Saat di auskultasi terdengar bising usus  $\pm 4$  x/menit

- Palpasi

Palpasi dilakukan pada daerah abdomen baik pada kuadran kanan atas dan bawah maupun pada kuadran kiri atas dan bawah, pada saat dilakukan palpasi sekitar 1-3 cm tidak terdapat nyeri maupun penegangan yang abnormal, dan saat dilakukan palpasi sekitar 3-5 cm tidak teraba adanya masa yang abnormal pada abdomen.

- Perkusi

Perkusi dilakukan pada daerah empat kuadran abdomen. Perkusi pada kuadran kanan atas dan kuadran kiri atas hasil perkusi

berbunyi pekak dan perkusi pada kuadran kanan bawah dan kuadran kiri bawah hasil perkusi berupa suara tympani.

9) Genitourinaria

Pasien tampak menggunakan kateter, kondisi kateter baik, output 500 cc, klien terpasang kateter karena klien mengalami gangguan penurunan kesadaran.

10) Ekstremitas

- Ekstremitas Atas

Ekstremitas atas kanan dan kiri tampak lengkap, tangan kanan mengalami kelemahan, tidak terdapat pembengkakan, Tn.Y terpasang NGT dan terpasang O2 sebanyak 9 liter dengan NRM, terpasang elektroda pada bagian dada, Tn.Y terpasang IVFD RL 20 tpm di ekstremitas atas pada tangan sebelah kiri, dan Tn.Y terpasang manset tensi di ekstremitas atas pada tangan sebelah kanan. Akral teraba hangat, CRT (Capila Refil Time) < 2 detik. Tidak terdapat hemiparesis pada anggota gerak bagian atas sebelah kiri.

- Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bawah kanan dan kiri tampak lengkap, kaki kanan mengalami kelemahan, tidak terdapat pembengkakan, Tn.Y terpasang kateter dengan jumlah urin 500 cc, akral teraba hangat, CRT (Capila Refil Time) < 2 detik. Tidak terdapat hemiparesis pada anggota gerak bagian bawah sebelah kiri.

Kekuatan otot :

0000	1111
0000	1111

#### 11) Kulit

- Inspeksi

Warna kulit Tn.Y sawo matang, turgor kulit normal, tidak terjadi sianosis, dan terdapat bekas operasi hernia.

- Palpasi

Setelah dilakukan palpasi tidak terdapat nyeri tekan, dan palpasi capillary refill time sekitar  $\pm$  3 detik.

#### 12) Pemeriksaan Saraf Kranial

GCS : 4 : E2M2Vafasia

**Tabel 3.2**  
**Pemeriksaan Saraf Kranial**

I	Nervus Olfaktorius : Saraf sensori untuk penghiduan	
	Penciuman	Kemampuan penciuman tidak dapat dikaji karena pasien tidak sadarkan diri.
II	Nervus Optikus : Saraf sensori	
	Tajam penglihatan dan Lapang pandang	Visus dan lapang pandang klien tidak dapat diperiksa karena pasien tidak sadarkan diri.
III	Nervus Okulomotorius : Mengkaji ukuran kedua pupil	
	<b>Pupil :</b> Diameter Bentuk Reflek cahaya	Diameter pupil 2 mm sama kiri dan kanan, bentuk bulat, reflek terhadap cahaya ada +/-

IV	Nervus Trochlearis : Pergerakan mata ke arah inferior dan medial	
	<b>Gerak mata ke lateral</b>	Bola mata tidak dapat bergerak kebawah dan kemedial.
V	Nervus Trigeminus : Devisi sensorik dan motorik	
	Membuka mulut	Pasien tidak dapat menggerak-gerakan rahang karena pasien tidak sadarkan diri.
VI	Nervus Abdusen : Mengontrol pergerakan mata	
	Strabismus Konvergen Diplopia	Bola mata tidak bisa diputar, pasien tidak bisa menggerak-gerakan konjungtiva karena pasien tidak sadarkan diri.
VII	Nervus Fasialis : Devisi sensorik dan motorik	
	Mengerutkan dahi Menutup mata Meringis Memperlihatkan gigi Bersiul	Pasien tidak bisa tersenyum, mengangkat alis mata, tidak dapat memperlihatkan gigi dan bersiul karena pasien tidak sadarkan diri.
VIII	Nervus Akustikus : Pendengaran	
	Mendengar suara	Test webber dan rinne tidak bisa dilakukan karena pasien tidak sadarkan diri.
IX	Nervus Glosfaringeus : Saraf sensorik dan motorik	
	Daya mengecap Reflek muntah	Pasien tidak bisa membedakan rasa manis dan asam karena pasien tidak sadarkan diri dan makan melalui NGT.
X	Nervus Vagus : Saraf sensorik dan motorik	
	Bersuara Menelan	Pasien tidak bisa bersuara, dan pasien tidak bisa menelan karena pasien tidak sadarkan diri.
XI	Nervus Aksesorius : Saraf motorik yang mempersarafi otot	

	Menoleh Kekuatan otot	Pasien tidak bisa menggerakkan bahu dan kekuatan otot pasien ada kontraksi otot namun tidak ada gerakan sendi.
XII	Nervus Hipoglosus : Saraf motorik yang mempersarafi lidah	
	Mengeluarkan lidah Tremor	Pasien tidak bisa menjulurkan lidah dan menggerakkan ke semua arah karena tidak sadarkan diri.

### Pemeriksaan Penunjang

#### a. Laboratorium tanggal 12 Januari 2020

**Tabel 3.3**

#### Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai normal
1	Hemoglobin	13,2 g/dl	13,8-17,2 gr/dl
2	Hematokrit	35,2%	34.9-44,5 persen
4	Leukosit	16.430/mm	4500-10.000 sel/mm <sup>3</sup>
5	Trombo	347.000/mm	4,7-6,1 juta
6.	Ph	7,29	7,35 – 7,45 mmol/L
7.	PaCO <sub>2</sub>	48 mmHg	35 – 45 mmHg
8.	PaO <sub>2</sub>	86 mmHg	85 – 95 mmHg
9.	HCO <sub>3</sub>	24 mmol/L	22 – 26 mEq/L
10.	SPO <sub>2</sub>	80 %	85 – 100%

**Keterangan :**

Hasil pemeriksaan AGD di dapatkan nilai pH 7,29, PaCO<sub>2</sub> 48 mmHg. Dimana pH 7,29 rendah yang berarti asidosis dan PaCO<sub>2</sub> 48 mmHg tinggi yang berarti respiratorik. Maka ini disebut asidosis respiratorik.

**b. CT-Scan Kepala**

Kesan : Perdarahan parietal sinistra ± 9,3 cc.

**c. Thorax AP**

Kesimpulan : Berdasarkan hasil *Rontgen foto Thorax AP/PA*, terdapat kesan yang menyatakan bahwa scoliosis toracalis. iga dan jaringan lunak dinding dada tak tampak kelainan sinus kana normal. sinus costophrenicus kiri tumpul. diafragma normal cor membesa. CTI lebih dari 50% mediasternumatas tak meleba, trakea relatif di tengah. pulmo hili normal corak bronkhovaskuler bertambah infiltrat bilateral paru.

Kesan : pembesaran jantung, susp edema paru

**d. Pengobatan**

**Tabel 3.4**  
**Pengobatan**

Nama obat	Dosis	Fungsi
Cairan Infus RL	20 tpm	Sebagai penambah cairan dan elektrolit tubuh untuk mengembalikannya.
Citicolin	2x500 mg	Mempertahankan fungsi otak secara normal, serta mengurangi jaringan otak yang

		rusak akibat cedera
Mecobalamin	1x500 mg	Bentuk vitamin B12 yang berfungsi untuk membantu tubuh memproduksi sel darah merah
Kalnex	4x1 gr	Membantu menghentikan perdarahan
Manitol	250 cc	Mengurangi tekanan dalam kepala (intrakranial) akibat pembengkakan otak serta menurunkan tekanan bola mata akibat glaukoma
OMZ	2x1 ampul	Membantu menyembuhkan kerusakan asam diperut dan kerongkongan, dan dapat mencegah luka lambung.

## **DATA FOKUS**

### **Data Subjektif**

1. Keluarga klien mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran
2. Keluarga mengatakan klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan
3. Keluarga klien mengatakan klien kesulitan dalam menelan
4. Keluarga klien mengatakan klien makan dan minum melalui selang NGT
5. Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara
6. Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga
7. Keluarga klien mengatakan klien terbaring lemah
8. Keluarga klien mengatakan klien terpasang kateter
9. Keluarga klien mengatakan selama klien sakit tiap pagi dimandikan hanya dilap saja
10. Keluarga klien mengatakan selama klien sakit jarang membersihkan gigi klien

### **Data Objektif**

1. Klien tampak penurunan kesadaran (GCS 4, E:2, M:2, Vafasia )
2. Keadaan Umum : Lemah
3. Tingkat kesadaran : Semi-coma
4. Klien tampak mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan
5. Tampak terpasang O2 NRM 9 liter/menit
6. SPO2 90%

7. Suara nafas gurgling
8. Klien tampak kesulitan dalam menelan
9. Klien tampak terpasang NGT
10. Klien bedrest total
11. Pengkajian tingkat ketergantungan klien mengalami ketergantungan total pada saat dilakukan pengkajian pola aktivitas berdasarkan indeks ADL didapatkan klien mengalami ketergantungan total.
12. klien tidak dapat melakukan personal hygiene sendiri karena mengalami kelemahan anggota gerak dan penurunan kesadaran
13. Semua aktivitas klien tampak dibantu keluarga
14. TD : 170/100 mmHg  
Nadi : 129 x/menit  
Respirasi : 26 x/menit  
Suhu : 37 °C
15. Kekuatan Otot

0000	1111
0000	1111
16. CT-Scan : Perdarahan parietal sinistra ± 10,3 cc
17. Thorax-AP : pembesaran jantung, susp edema paru
18. Hasil Laboratorium.
  - a) pH : 7,29 mmol/L
  - b) PCO2 : 48 mEq/L
  - c) PO2 : 86 mmHg

d) HCO<sub>3</sub> : 24 mEq/L

19. Gangguan Neurologis :

- a) Nervus Olfaktorius (saraf sensori untuk penghiduan) : Kemampuan penciuman pasien tidak dapat dilakukan karena pasien tidak sadarkan diri.
- b) Nervus Optikus (saraf sensori) : Visus lapang pandang tidak dapat dilakukan karena pasien tidak sadarkan diri.
- c) Nervus Okulomotorius (mengkaji ukuran kedua pupil) : Diameter pupil 2 mm sama kiri dan kanan, bentuk bulat, reflek terhadap cahaya +/+.
- d) Nervus Trochealis (Pergerakan mata ke arah inferior dan medial ) : Bola mata pasien tidak dapat bergerak ke arah bawah dan ke medial
- e) Nervus Trigeminus ( devisa sensorik dan motorik ) : Pasien tidak dapat menggerakkan rahang karena pasien tidak sadarkan diri.
- f) Nervus Abdusen ( mengontrol pergerakan mata) : Pasien tidak dapat mengerakkan konjungtiva karena pasien tidak sadarkan diri.
- g) Nervus Fasialis ( devisa sensorik dan motorik) : Pasien tidak dapat tersenyum, mengangkat alis, dan tidak dapat memperlihatkan gigi karena pasien tidak sadarkan diri.
- h) Nervus Akustikus (pendengaran) : Pasien tidak bisa dilakukan tes webber dan rinne karena pasien tidak sadarkan diri.

- i) Nervus Glosfaringeus (saraf sensorik dan motorik) : Pasien tidak bisa membedakan rasa manis dan asam, pasien terpasang NGT karena pasien tidak sadarkan diri.
- j) Nervus Vagus (saraf sensorik dan motorik) : Pasien tidak dapat bersuara, dan tidak bisa menelan karena pasien tidak sadarkan diri.
- k) Nervus Aksesoris (saraf motorik yang mempersarafi otot) : Pasien tidak bisa menggerakkan bahu dan kekuatan otot pasien ada kontraksi otot namun tidak ada gerakan.
- l) Nervus Hipoglosus (saraf motorik yang mempersarafi lidah) : Pasien tidak bisa menjulurkan lidah karena pasien penurunan kesadaran.

## ANALISA DATA

**Tabel 3.5**  
**Analisa Data**

No	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak penurunan kesadaran</li> <li>- Tingkat kesadaran : Semi-coma</li> <li>- GCS 4: M2E2Vafasia</li> <li>- KU : Lemah</li> <li>- Klien bedrest total</li> <li>- TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 170/100 mmHg</li> <li>Nadi : 129 x/menit</li> <li>RR : 26 x/menit</li> <li>Suhu : 37 °C</li> </ul> </li> <li>- CT-Scan : Perdarahan parietal sinistra ± 10,3 cc</li> <li>- Nervus yang terganggu :               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nervus Olfaktorius (saraf sensori untuk penghiduan) : Kemampuan penciuman pasien tidak dapat dilakukan karena pasien tidak sadarkan diri.</li> <li>b) Nervus Optikus (saraf sensori) : Visus lapang pandang tidak dapat dilakukan karena pasien tidak sadarkan diri.</li> <li>c) Nervus Okulomotorius (mengkaji ukuran kedua pupil) : Diameter pupil 2 mm sama kiri dan kanan, bentuk bulat, reflek terhadap cahaya +/+.</li> <li>d) Nervus Trochealis</li> </ul> </li> </ul>	<p>Infark pada jaringan otak dan Hipertensi.</p>	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif</p>

	<p>(Pergerakan mata ke arah inferior dan medial ) :Bola mata pasien tidak dapat bergerak kearah bawah dan ke medial</p> <p>e) Nervus Trigeminus ( devisi sensorik dan motorik ) : Pasien tidak dapat menggerakkan rahang karena pasien tidak sadarkan diri.</p> <p>f) Nervus Abdusen ( mengontrol pergerakan mata) : Pasien tidak dapat mengerakkan konjungtiva karena pasien tidak sadarkan diri.</p> <p>g) Nervus Fasialis ( devisi sensorik dan motorik) : Pasien tidak dapat tersenyum, mengangkat alis, dan tidak dapat memperlihatkan gigi karena pasien tidak sadarkan diri.</p> <p>h) Nervus Akustikus (pendengaran) : Pasien tidak bisa dilakukan tes webber dan rinne karena pasien tidak sadarkan diri.</p> <p>i) Nervus Glosfaringeus (saraf sensorik dan motorik) : Pasien tidak bisa membedakan rasa manis dan asam, pasien terpasang NGT karena pasien tidak sadarkan diri.</p> <p>j) Nervus Vagus (saraf sensorik dan motorik) : Pasien tidak dapat bersuara, dan tidak bisa menelan karena pasien tidak sadarkan diri.</p> <p>k) Nervus Aksesoris (saraf mototrik yang mempersarafi otot) :</p>		
--	--	--	--

	<p>Pasien tidak bisa menggerakkan bahu dan kekuatan otot pasien ada kontraksi otot namun tidak ada gerakan.</p> <p>l) Nervus Hipoglosus (saraf motorik yang mempersarafi lidah) : Pasien tidak bisa menjulurkan lidah karena pasien penurunan kesadaran.</p>		
2	<p><b>DS : -</b></p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terpasang O2 NRM 9 liter/menit</li> <li>- RR : 26 x/menit</li> <li>- SPO2 : 90%</li> <li>- Suara nafas gurgling</li> <li>- Hasil laboratorium : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) pH : 7,29 mmol/L</li> <li>b) PCO2 : 48 mEq/L</li> <li>c) PO2 : 86 mmHg</li> <li>d) HCO3 : 24 mEq/L</li> </ul> </li> <li>- Thorax-AP : pembesaran jantung, susp edema paru</li> </ul>	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
3	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien kesulitan dalam menelan</li> <li>- Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien makan dan minum melalui selang NGT</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak kesulitan dalam menelan</li> <li>- Klien tampak terpasang NGT</li> <li>- Saraf yang bermasalah : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nervus Trigemini (divisi sensorik dan motorik) :</li> </ul> </li> </ul>	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit Nutrisi

	<p>Pasien tidak dapat menggerakkan rahang karena pasien tidak sadarkan diri.</p> <p>b) Nervus Glosfaringeus (saraf sensorik dan motorik) : Pasien tidak bisa membedakan rasa manis dan asam, pasien terpasang NGT karena pasien tidak sadarkan diri.</p> <p>c) Nervus Vagus (saraf sensorik dan motorik) : Pasien tidak dapat bersuara, dan tidak bisa menelan karena pasien tidak sadarkan diri.</p> <p>d) Nervus Hipoglossus (saraf motorik yang mempersarafi lidah) : Pasien tidak bisa menjulurkan lidah karena pasien penurunan kesadaran.</p>		
4	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan</li> <li>- Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga</li> <li>- Keluarga klien mengatakan klien terbaring lemah</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengkajian tingkat ketergantungan klien mengalami ketergantungan total pada saat dilakukan pengkajian pola aktivitas berdasarkan indeks ADL didapatkan klien mengalami ketergantungan total.</li> <li>- Semua aktivitas klien tampak dibantu keluarga</li> <li>- Klien bedrest total</li> </ul>	Penurunan kekuatan otot dan massa otot	Gangguan mobilitas fisik

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KU : Lemah</li> <li>- Klien tampak penurunan kesadaran</li> <li>- GCS : E2M2Vafasia</li> <li>- Nervus yang bermasalah : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nervus Aksesorius : pasien tidak bisa menggerakkan bahu dan kekuatan otot pasien ada kontraksi otot namun tidak ada gerakan sendi.</li> </ul> </li> <li>- Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">0000</td> <td style="padding: 2px 10px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">0000</td> <td style="padding: 2px 10px;">1111</td> </tr> </table> </li> </ul>	0000	1111	0000	1111		
0000	1111						
0000	1111						
5	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga</li> <li>- Keluarga klien mengatakan klien terbaring lemah</li> <li>- Keluarga klien mengatakan klien terpasang kateter</li> <li>- Keluarga klien mengatakan selama klien sakit tiap pagi dimandikan hanya dilap saja</li> <li>- Keluarga klien mengatakan selama klien sakit jarang membersihkan gigi klien</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien bedrest total</li> <li>- Pengkajian tingkat ketergantungan klien mengalami ketergantungan total pada saat dilakukan pengkajian pola aktivitas berdasarkan indeks ADL didapatkan klien mengalami ketergantungan total.</li> <li>- klien tidak dapat melakukan personal hygiene sendiri karena mengalami kelemahan anggota gerak dan penurunan kesadaran</li> <li>- Semua aktivitas klien tampak dibantu keluarga</li> </ul>	Gangguan neuromuskuler dan kelemahan	Defisit perawatan diri				

### **3.2 Diagnosa Keperawatan**

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d infark pada jaringan otak dan Hipertensi
- b. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas
- c. Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan
- d. Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot dan massa otot
- e. Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan

### 3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6

Intervensi Keperawatan Kasus

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi
1	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b/d infark pada jaringan otak dan Hipertensi	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>- Tekanan intrakranial menurun</li> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah membaik</li> <li>- Kesadaran membaik</li> <li>- Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik</li> <li>- Refleks saraf membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li> <li>3. Monitor MAP</li> <li>4. Monitor status pernapasan</li> <li>5. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi fowler</li> <li>3. Cegah terjadinya kejang</li> <li>4. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvlsen, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i></li> </ol>

			<p><b>Pemantauan Neurologis</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas pupil.</li> <li>2. Monitor tingkat kesadaran</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>4. Monitor refleks kornea</li> <li>5. Monitor kesimetrisan wajah</li> <li>6. Monitor respons babinski</li> <li>7. Monitor respons terhadap pengobatan.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</li> <li>3. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>4. Dokumentasikan hasil pemantauan.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan</li> </ol>
2	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispnea menurun</li> <li>- Frekuensi napas membaik</li> <li>- Kedalaman napas membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen jalan nafas</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis: wheezing)</li> <li>3. Monitor sputum</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift</li> <li>2. Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>3. Berikan minum hangat</li> <li>4. Lakukan fisioterapi dada</li> <li>5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>6. Berikan oksigen</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari</li> <li>2. Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik</li> </ol> <p><b>Pemantauan Respirasi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>2. Monitor adanya sputum</li> <li>3. Monitor bunyi napas tambahan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i></li> <li>2. Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>3. Berikan minuman hangat</li> <li>4. Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>5. Berikan oksigenasi</li> </ol>
--	--	--	--

3	Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan makanan dimulut meningkat</li> <li>- Reflek menelan meningkat</li> <li>- Kemampuan mengunyah meningkat</li> <li>- Usaha menelan meningkat</li> </ul>	<p><b>Manajemen nutrisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan toleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik</li> <li>5. Monitor berat badan</li> <li>6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> <li>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yag sesuai</li> <li>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>6. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis natrium yang dibutuhkan</li> </ol>
---	--	---	--

			<p><b>Terapi Menelan</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala aspirasi</li> <li>2. Monitor gerakan lidah saat makan</li> <li>3. Monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan meludah</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan lingkungan yang nyaman</li> <li>2. Jaga privasi pasien</li> <li>3. Gunakan alat bantu, jika perlu</li> <li>4. Hindari penggunaan sedotan</li> <li>5. Posisikan duduk</li> <li>6. Fasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut</li> <li>7. Berikan perawatan mulut, <i>sesuai kebutuhan</i></li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga</li> <li>2. Anjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan</li> <li>3. Anjurkan tidak bicara saat maan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan terapi (ahli gizi) dalam mengatur program rehabilitasi pasien</li> </ol>
4	Gangguan Mobilitas Fisik b/d penurunan kekuatan otot dan massa otot	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>- Kekuatan otot meningkat</li> </ul>	<p><b>Teknik Latihan Penguatan Sendi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>- Kaku sendi menurun</li> <li>- Kelemahan fisik menurun</li> <li>- Gerakan terbatas menurun</li> </ul>	<p>sendi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</li> <li>2. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif</li> <li>3. Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif</li> <li>4. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan kepada pasien/ keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama</li> <li>2. Anjurkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjantai), atau di kursi, <i>sesuai toleransi</i></li> <li>3. Ajarkan melaukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</li> <li>4. Anjurkan ambulasi, <i>sesuai toleransi</i></li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</li> </ol>
--	--	--	--

5	Defisit Perawatan Diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan mandi meningkat</li> <li>- Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>- Kemampuan makan meningkat</li> <li>- Mempertahankan kebersihan diri meningkat</li> <li>- Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</li> </ul>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang terapeutik ( mis. Suasana hangat, rileks, privasi )</li> <li>2. Siapkan keperluan pribadi (mis. Sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>
---	---	--	---

### 3.4 Implementasi dan Evaluasi

**Tabel 3.7**  
**Hasil Implementasi dan Evaluasi**

Selasa, 13 Januari 2020

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl/Tahun/ Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Resiko perfusi Serebral Tidak Efektif b/d infark pada jaringan otak dan hipertensi	Selasa, 13/01/2020 Jam : 08.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, edema serebral)</li> <li>2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Memonitor pernapasan</li> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. <b>Mengelevasi kepala 30 derajat</b></li> </ol>	10.15	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien belum sadar</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak penurunan kesadaran</li> <li>- Terdapat perdarahan di parietal sinistra <math>\pm</math> 10,3 cc</li> <li>- GCS 4, M2E2Vafasia</li> <li>- Klien bedrest total</li> <li>- TTV</li> <li>TD : 170/100 mmHg</li> <li>Nadi : 129x/menit</li> <li>RR : 26 x/menit</li> <li>Suhu : 37 °C</li> <li>- Saturasi oksigen 90%</li> <li>- MAP : 123 mmHg</li> <li>- Intake : 750 cc</li> <li>- Output : 500 cc</li> <li>- Klien terpasang O2 NRM 9L</li> </ul> <p><b>A :</b></p>	<i>Junie</i>

			<p>7. Mencegah terjadinya kejang</p> <p>8. Mempertahankan suhu tubuh normal</p> <p>9. Berkolaborasi dalam pemberian obat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj.citicolin</li> <li>• Inj. Mecobalamin</li> <li>• Inj. Kalnex</li> <li>• Inj. Manitol</li> </ul>	<p>- Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, edema serebral)</li> <li>- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>- Memonitor pernapasan</li> <li>- Memonitor intake dan output cairan</li> <li>- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>- <b>Mengelevasi kepala 30 derajat</b></li> <li>- Mencegah terjadinya kejang</li> <li>- Mempertahankan suhu tubuh normal</li> </ul>	
--	--	--	---	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berkolaborasi dalam pemberian obat :</li> <li>• Inj. Citicolin</li> <li>• Inj.mecobolamin</li> <li>• Inj.kalnex</li> <li>• Inj.manitol</li> </ul>	
2.	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	Selasa, 13/01/2020 Jam : 08.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>2. Memonitor adanya sputum</li> <li>3. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>4. Mempertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>6. Mengelevasi kepala 30 derajat</li> <li>7. Memberikan minuman hangat</li> <li>8. Melakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>9. Memberikan oksigenasi</li> </ol>	10.15	<p><b>S : -</b></p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terpasang O2 NRM 9 liter/menit</li> <li>- Posisi kepala tampak elevasi 30 derajat</li> <li>- Tampak pasien penurunan kesadaran</li> <li>- RR : 26 x/menit</li> <li>- Saturasi Oksigen 90%</li> <li>- Suara nafas gurgling</li> <li>- Suction dilakukan secara bertahap</li> <li>- Tampak mukosa bibir kering</li> <li>- Hasil laboratorium : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pH : 7,29 mmol/L</li> <li>• PCO2 : 48 mEq/L</li> <li>• PO2 : 86 mmHg</li> <li>• HCO3 : 24 mEq/L</li> </ul> </li> <li>- Thorax-AP : pembesaran jantung, susp edema paru</li> </ul>	<i>Junie</i>

					<b>A :</b> - Pola napas tidak efektif <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan - Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas - Memonitor adanya sputum - Memonitor bunyi napas tambahan - Mempertahankan kepatenan jalan napas - Mengelevasi kepala 30 derajat - Memberikan minuman hangat - Melakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik - Memberikan oksigenasi	
3	Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan	Selasa, 13/01/2020 Jam : 09.00	1. Memantau tingkat kesadaran 2. Memberikan makanan dan minuman melalui NGT 3. Mengajarkan keluarga memberikan makan dan minum melalui NGT 4. Memberikan minum	13.00	<b>S :</b> - Keluarga klien mengatakan klien masih makan dan minum melalui NGT <b>O :</b> - GCS 4 : E2M2Vafasia - Reflek muntah (-) - Klien masih kesulitan dalam menelan	<i>Junie</i>

			<p>melalui oral kepada klien 2 sendok</p> <p>5. Mengajarkan keluarga memberikan minum kepada klien melalui oral</p> <p>6. Memberikan inj.OMZ</p> <p>7. Memberikan infus RL 20 tpm</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien makan dan minum melalui NGT</li> <li>- Tidak ada BAB</li> <li>- Intake : 750 cc</li> <li>- Output : 500 cc</li> <li>- Memberikan air minum sedikit demi sedikit</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defisit nutrisi</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau tingkat kesadaran</li> <li>- Memberikan makanan dan minuman melalui NGT</li> <li>- Mengajarkan keluarga memberikan makan dan minum melalui NGT</li> <li>- Memberikan minum melalui oral kepada klien 2 sendok</li> <li>- Memberikan inj.OMZ</li> <li>- Memberikan cairan infus RL 20 tpm</li> </ul>	
4	Gangguan Mobilitas Fisik b/d penurunan kekuatan otot dan massa otot	Selasa, 13/01/2020 Jam : 09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi</li> <li>2. Mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi</li> <li>3. Mengajarkan klien dan</li> </ol>	13.00	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan</li> <li>- Keluarga klien mengatakan</li> </ul>	<i>Junie</i>

			<p>keluarga proses berpindah (ambulasi/mika miki)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melakukan ROM pasif kepada klien</li> <li>5. Mengajarkan ROM pasif (libatkan keluarga)</li> <li>6. Mengatur posisi 30 derajat</li> <li>7. Memposisikan klien dengan posisi semi fowler</li> <li>8. Melakukan mengubah posisi klien minimal setiap 2 jam</li> <li>9. Mengajarkan kepada keluarga mengubah posisi minimal tiap 2 jam</li> </ol>	<p>semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien terbaring lemah</li> <li>- Keluarga mengatakan klien dilakukan mika miki dan ROM setiap 2 jam sekali sesuai yang telah dianjurkan</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">0000</td> <td style="padding: 0 10px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">0000</td> <td style="padding: 0 10px;">1111</td> </tr> </table> </li> <li>- Indeks ADL Barthel (ketergantungan total = 0)</li> <li>- Klien tampak terbaring lemah</li> <li>- memposisikan klien mika miki tiap 2 jam sekali dengan teknik ambulasi</li> <li>- melakukan latihan ROM 2 jam sekali</li> <li>- Klien bedrest total</li> <li>- Semua aktifitas klien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat.</li> <li>- Posisi klien diubah setiap 2</li> </ul>	0000	1111	0000	1111
0000	1111							
0000	1111							

					jam <b>A :</b> - Gangguan mobilitas fisik <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan - Dampingi dan bantu klien dalam mobilisasi - Pertahankan teknik berpindah/ambulasi dan ROM - Ubah posisi klien minimal 2 jam sekali	
5	Defisit Perawatan Diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan	Selasa, 13/01/2020 Jam : 09.00	1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri 2. Melakukan personal hygiene tiap pagi 3. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan 4. Mendorong keluarga untuk membantu melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki	13.00	<b>S :</b> - Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga - Keluarga klien mengatakan klien terbaring lemah - Keluarga klien mengatakan klien terpasang kateter <b>O :</b> - Klien tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri - Melakukan personal hygiene dan oral hygiene - Membantu klien dalam berhias dan berpakaian - Klien tampak bersih dan rapi	<i>Junie</i>

				<p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan defisit perawatan diri</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri</li> <li>- Melakukan personal hygiene dan oral hygiene</li> <li>- Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan</li> <li>- Mendorong keluarga untuk membantu melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

Rabu, 14 Januari 2020

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl/Tahun/ Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Resiko perfusi Serebral Tidak Efektif b/d infark pada jaringan otak dan hipertensi	Rabu, 14/01/2020 Jam : 08.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, edema serebral)</li> <li>2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Memonitor pernapasan</li> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. <b>Mengelevasi kepala 30 derajat</b></li> <li>7. Mencegah terjadinya kejang</li> <li>8. Mempertahankan suhu tubuh normal</li> </ol>	10.15	<p><b>S : -</b></p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih belum sadar</li> <li>- GCS 4, M2E2Vafasia</li> <li>- Klien bedrest total</li> <li>- TTV</li> <li>TD : 164/94 mmHg</li> <li>Nadi : 100x/menit</li> <li>RR : 23x/menit</li> <li>Suhu : 36,7 °C</li> <li>- Saturasi oksigen 94%</li> <li>- MAP : 117 mmHg</li> <li>- Intake : 400 cc</li> <li>- Output : 250 cc</li> <li>- Klien terpasang O2 NRM 9L</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resiko perfusi serebral tidak efektif</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi,</li> </ul>	<i>Junie</i>

			<p>9. Berkolaborasi dalam pemberian obat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj.citicolin</li> <li>• Inj. Mecobalamin</li> <li>• Inj. Kalnex</li> <li>• Inj. Manitol</li> </ul>		<p>edema serebral)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>- Memonitor pernapasan</li> <li>- Memonitor intake dan output cairan</li> <li>- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>- <b>Mengelevasi kepala 30 derajat</b></li> <li>- Mencegah terjadinya kejang</li> <li>- Mempertahankan suhu tubuh normal</li> <li>- Berkolaborasi dalam pemberian obat : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj. Citicolin</li> <li>• Inj.mecobolamin</li> <li>• Inj.kalnex</li> <li>• Inj.manitol</li> </ul> </li> </ul>	
2.	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	Rabu, 14/01/2020	1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan	10.15	S : -	<i>Junie</i>

		Jam : 08.30	upaya napas 2. Memonitor adanya sputum 3. Memonitor bunyi napas tambahan 4. Mempertahankan kepatenan jalan napas 5. Mengelevasi kepala 30 derajat 6. Memberikan minuman hangat 7. Melakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik 8. Memberikan oksigenasi NRM 9 Liter/menit	<b>O :</b> - Tampak terpasang O2 NRM - Tampak pasien penurunan kesadaran - Tidak terdengar suara gurgling lagi - Posisi kepala tampak elevasi 30 derajat - 9 liter/menit - RR : 23 x/menit - Saturasi Oksigen 94% - Tampak mukosa bibir kering - Hasil laboratorium : - pH : 7,29 mmol/L - PCO2 : 48 mEq/L - PO2 : 86 mmHg - HCO3 : 24 mEq/L <b>A :</b> - Pola napas tidak efektif <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan - Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas - Memonitor adanya sputum - Memonitor bunyi napas tambahan - Mempertahankan kepatenan	
--	--	-------------	--	---	--

					<p>jalan napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengelevasi kepala 30 derajat</li> <li>- Memberikan minuman hangat</li> <li>- Melakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>- Memberikan oksigenasi NRM 9 Liter/menit</li> </ul>	
3	Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan	Rabu, 14/01/2020 Jam : 09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tingkat kesadaran</li> <li>2. Memberikan makanan dan minuman melalui NGT</li> <li>3. Mengajarkan keluarga memberikan makan dan minum melalui NGT</li> <li>4. Memberikan minum melalui oral kepada klien 2 sendok</li> <li>5. Mengajarkan keluarga memberikan minum kepada klien melalui oral</li> </ol>	13.00	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan klien masih makan dan minum melalui NGT</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GCS 4 : E2M2Vafasia</li> <li>- Reflek muntah (-)</li> <li>- Klien masih kesulitan dalam menelan</li> <li>- Klien makan dan minum melalui NGT</li> <li>- Memberikan air minum sedikit demi sedikit</li> <li>- BAB 1 x , konsistensi cair : 100 cc</li> <li>- Intake : 400 cc</li> <li>- Output : 250 cc</li> </ul> <p><b>A :</b></p>	<i>Junie</i>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Defisit nutrisi</li> </ul> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau tingkat kesadaran</li> <li>- Memberikan makanan dan minuman melalui NGT</li> <li>- Mengajarkan keluarga memberikan makan dan minum melalui NGT</li> <li>- Memberikan minum melalui oral kepada klien 2 sendok</li> </ul>					
4	Gangguan Mobilitas Fisik b/d penurunan kekuatan otot dan massa otot	Rabu, 14/01/2020 Jam : 09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi</li> <li>2. Mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi</li> <li>3. Melakukan mika-miki kepada klien tiap 2 jam</li> <li>4. Mengajarkan klien dan keluarga proses berpindah (ambulasi/mika miki)</li> <li>5. Melakukan ROM pasif kepada klien</li> <li>6. Mengajarkan ROM pasif (libatkan keluarga)</li> <li>7. Memposisikan klien</li> </ol>	13.00	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan klien dilakukan mika miki dan ROM setiap 2 jam sekali sesuai yang telah dianjurkan</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">0000</td> <td style="padding: 0 10px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">0000</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">1111</td> </tr> </table> </li> <li>- Indeks ADL Barthel (ketergantungan total = 0)</li> <li>- Klien tampak terbaring lemah</li> <li>- Perawat memposisikan mika</li> </ul>	0000	1111	0000	1111	<i>Junie</i>
0000	1111									
0000	1111									

			<p>dengan posisi semi fowler (30 derajat)</p> <p>8. Mengubah posisi klien minimal setiap 2 jam</p>		<p>miki tiap 2 jam sekali dengan teknik ambulasi dan di bantu oleh keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan latihan ROM 2 jam sekali</li> <li>- Klien bedrest total</li> <li>- Semua aktifitas klien tampak dibantu oleh keluarga</li> <li>- Posisi klien diubah setiap 2 jam</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan mobilitas fisik</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dampingi dan bantu klien dalam mobilisasi</li> <li>- Pertahankan teknik berpindah/ambulasi dan ROM</li> <li>- Ubah posisi klien minimal 2 jam sekali</li> </ul>	
5	Defisit Perawatan Diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan	Rabu, 14/01/2020 Jam : 09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri</li> <li>2. Melakukan personal hygiene dan oral hygiene</li> </ol>	13.00	<p><b>S :</b></p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan personal hygiene dan oral hygiene</li> <li>- Membantu klien dalam berhias dan berpakaian</li> </ul>	<i>Junie</i>

			<p>tiap pagi</p> <p>3. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan</p> <p>4. Mendorong keluarga untuk membantu melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki</p>	<p>- Klien tampak bersih dan rapi</p> <p><b>A :</b></p> <p>- Gangguan defisit perawatan diri</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>- Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri</p> <p>- Melakukan personal hygiene dan oral hygiene</p> <p>- Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan</p> <p>- Mendorong keluarga untuk membantu melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki</p>	
--	--	--	---	---	--

Kamis, 15 Januari 2020

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl/Tahun/ Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b/d infark pada jaringan otak dan hipertensi	Kamis, 15/01/2020 Jam : 08.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, edema serebral)</li> <li>2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Memonitor pernapasan</li> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. <b>Mengelevasi kepala 30 derajat</b></li> <li>7. Mencegah terjadinya kejang</li> <li>8. Mempertahankan suhu tubuh normal</li> </ol>	10.15	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan klien sudah bisa di panggil akan tetapi suara tidak jelas</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih penurunan kesadaran</li> <li>- Klien sudah bisa panggil tetapi suara mengerang tidak jelas</li> <li>- Ada peningkatan GCS 6, M2E2V2</li> <li>- Klien bedrest total</li> <li>- TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 136/96 mmHg</li> <li>Nadi : 102x/menit</li> <li>RR : 22x/menit</li> <li>Suhu : 36,4 °C</li> </ul> </li> <li>- Saturasi oksigen 98%</li> <li>- MAP : 109 mmHg</li> <li>- Intake : 800 cc</li> <li>- Output : 650 cc</li> <li>- Klien terpasang O2 NRM 9L</li> </ul>	<i>Junie</i>

			<p>9. Berkolaborasi dalam pemberian obat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj.citicolin</li> <li>• Inj. Mecobalamin</li> <li>• Inj. Kalnex</li> <li>• Inj. Manitol</li> </ul>	<p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resiko perfusi serebral tidak efektif</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, edema serebral)</li> <li>- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>- Memonitor pernapasan</li> <li>- Memonitor intake dan output cairan</li> <li>- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>- <b>Mengelevasi kepala 30 derajat</b></li> <li>- Mencegah terjadinya kejang</li> <li>- Mempertahankan suhu tubuh normal</li> </ul>	
--	--	--	---	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berkolaborasi dalam pemberian obat : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj. Citicolin</li> <li>• Inj.mecobolamin</li> <li>• Inj.kalnex</li> <li>• Inj.manitol</li> </ul> </li> </ul>	
2.	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	Kamis, 15/01/2020 Jam : 08.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>2. Memonitor adanya sputum</li> <li>3. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>4. Mempertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>5. Mengelevasi kepala 30 derajat</li> <li>6. Memberikan minuman hangat</li> <li>7. Melakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>8. Memberikan oksigenasi NRM 9 Liter/menit</li> </ol>	10.15	<p><b>S :</b> -</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terpasang O2 NRM 9 liter/menit</li> <li>- RR : 22 x/menit</li> <li>- Tidak ada sputum</li> <li>- Saturasi Oksigen 98%</li> <li>- Tampak mukosa lembab</li> <li>- Posisi kepala tampak elevasi 30 derajat</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pola napas tidak efektif</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>- Memonitor adanya sputum</li> <li>- Memonitor bunyi napas tambahan</li> </ul>	<i>Junie</i>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>- Mengelevasi kepala 30 derajat</li> <li>- Memberikan minuman hangat</li> <li>- Melakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>- Memberikan oksigenasi NRM 9 Liter/menit</li> </ul>	
3	Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan	Kamis, 15/01/2020 Jam : 09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tingkat kesadaran</li> <li>2. Memberikan makanan dan minuman melalui NGT</li> <li>3. Mengajarkan keluarga memberikan makan dan minum melalui NGT</li> <li>4. Memberikan minum melalui oral kepada klien 2 sendok</li> <li>5. Mengajarkan keluarga memberikan minum kepada klien melalui oral</li> </ol>	13.00	<p><b>S : -</b></p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GCS 6 : E2M2V2</li> <li>- Reflek muntah (-)</li> <li>- Klien masih kesulitan dalam menelan</li> <li>- Klien makan dan minum melalui NGT</li> <li>- Intake : 800 cc</li> <li>- Output : 650 cc</li> <li>- Memberikan air minum sedikit demi sedikit</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defisit nutrisi</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	<i>Junie</i>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau tingkat kesadaran</li> <li>- Memberikan makanan dan minuman melalui NGT</li> <li>- Mengajarkan keluarga memberikan makan dan minum melalui NGT</li> <li>- Memberikan minum melalui oral kepada klien 2 sendok</li> </ul>					
4	Gangguan Mobilitas Fisik b/d penurunan kekuatan otot dan massa otot	Kamis, 15/01/2020 Jam : 09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi</li> <li>2. Mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi</li> <li>3. Melakukan mika miki tiap 2 jam</li> <li>4. Mengajarkan klien dan keluarga proses berpindah (ambulasi/mika miki)</li> <li>5. Melakukan latihan ROM</li> <li>6. Mengajarkan ROM pasif (libatkan keluarga)</li> <li>7. Memposisikan klien dengan posisi semi fowler</li> <li>8. Mengubah posisi klien</li> </ol>	13.00	<p><b>S : -</b></p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0000</td> <td style="text-align: center;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">0000</td> <td style="text-align: center;">1111</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indeks ADL Barthel (ketergantungan total = 0)</li> <li>- Klien tampak terbaring lemah</li> <li>- tampak memposisikan mika miki tiap 2 jam sekali dengan teknik ambulasi di bantu oleh perawat dan keluarga</li> <li>- melakukan latihan ROM 2 jam sekali</li> <li>- Klien bedrest total</li> <li>- Semua aktifitas klien tampak</li> </ul>	0000	1111	0000	1111	<i>Junie</i>
0000	1111									
0000	1111									

			minimal setiap 2 jam		<p>dibantu oleh keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisi klien diubah setiap 2 jam</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan mobilitas fisik</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dampingi dan bantu klien dalam mobilisasi</li> <li>- Pertahankan teknik berpindah/ambulasi dan ROM</li> <li>- Ubah posisi klien minimal 2 jam sekali</li> </ul>	
5	Defisit Perawatan Diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan	Kamis, 15/01/2020 Jam : 09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri</li> <li>2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan</li> <li>3. Melakukan personal hygiene dan oral hygiene</li> <li>4. Mendorong keluarga untuk membantu melakukan aktivitas sehari-hari yang normal</li> </ol>	13.00	<p><b>S :</b> -</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri</li> <li>- Melakukan personal hygiene dan oral hygiene</li> <li>- Membantu klien dalam berhias dan berpakaian</li> <li>- Klien tampak bersih dan rapi</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan defisit perawatan diri</li> </ul> <p><b>P :</b></p>	<i>Junie</i>

			sesuai kemampuan yang dimiliki	<p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri</li> <li>- Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan</li> <li>- Mendorong keluarga untuk membantu melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki</li> </ul>	
--	--	--	--------------------------------	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait KKMP dan**

##### **Konsep Kasus Terkait**

Asuhan keperawatan pada klien Tn.Y dengan Stroke Hemoragik dilakukan sejak tanggal 13-15 Januari 2020, klien masuk rumah sakit tanggal 12 Januari melalui IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Pengkajian keperawatan dilakukan diruangan Neurologi pada tanggal 13 Januari 2020. Keluhan utama klien mengalami penurunan kesadaran 5 jam yang lalu, kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Dari data objektif di dapatkan, klien tampak tidak sadarkan diri, terdapat perdarahan parietal sinistra  $\pm$  10,3 cc, klien tampak terpasang NGT dan O2 NRM 9 L/menit, KU lemah, kesadaran semi-coma, TD 170/100, HR 129 x/mnt, Suhu 37 ° C , RR 26 x/mnt, GCS 4 (E2, M2, Vafasia), SPO 90% , suara nafas gurgling dan tampak terpasang infus RL 20 tpm. Tampak klien bedrest total.

Masalah keperawatan yang pertama yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark pada jaringan otak dan hipertensi. Dari hasil pengkajian didapatkan klien memiliki hipertensi sudah 1 tahun terakhir dialami klien, serta ayah dari klien juga menderita hipertensi. Pada pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil melebihi batas normal yaitu 170/100 mmHg. Hipertensi merupakan faktor resiko utama yang dapat mengakibatkan pecahnya maupun tersumbatnya pembuluh darah di otak. Bila

tekanan sistolik di atas 160 mmHg dan tekanan diastolic lebih dari 90 mmHg, maka dapat berpotensi menimbulkan serangan CVD, terlebih bila telah berjalan selama bertahun-tahun. Pecahnya pembuluh darah otak akan menimbulkan perdarahan, akan sangat fatal bila terjadi interupsi aliran darah ke bagian distal, di samping itu darah ekstrasvasal akan tertimbun sehingga akan menimbulkan tekanan intracranial yang meningkat, sedangkan menyempitnya pembuluh darah otak akan menimbulkan terganggunya aliran darah ke otak dan sel-sel otak akan mengalami kematian (Rosjidi, 2008)

Parameter yang dapat digunakan untuk evaluasi fungsi otak adalah perfusi darah ke otak atau Cerebral Blood Flow (CBF) dan bukan tekanan intrakranial atau intra cranial pressure (ICP). Namun, CBF sulit diukur secara kuantitas karena harus dimonitor secara kontinyu dan menggunakan peralatan khusus dan memiliki tingkat kesulitan yang tinggi tapi masih dapat menggunakan cara lain yaitu dengan menilai tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital, perubahan penurunan kesadaran secara signifikan dan perubahan tandatanda vital dapat merupakan gambaran dari gangguan perfusi cerebral maupun peningkatan tekanan intrakranial (Soemitro et al, 2011).

Masalah keperawatan kedua adalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Dari hasil pengkajian yang di dapatkan data objektif pada pola napas tidak efektif yaitu tampak pasien sesak, pernapasan 26 x/menit, terpasang O<sub>2</sub> NRM 9 L/menit, suara nafas gurgling, SPO<sub>2</sub> : 90%, hasil labor di dapatkan pH : 7,29 mmol/L, PCO<sub>2</sub> : 48 mEq/L, PO<sub>2</sub> : 86

mmHg, HCO<sub>3</sub> : 24 mEq/L, dan pasien mengalami penurunan kesadaran. Pasien dengan kondisi bedrest dapat terjadi penurunan kekuatan otot sehingga dapat mempengaruhi otot pernapasan (Asmadi, 2009). Pemberian terapi oksigen bertujuan untuk mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen (Harahap, 2014). Pemberian terapi oksigenasi NRM (*Non Rebreathing Mask*) 8-12 liter/menit pada pasien stroke untuk mencegah dan memperbaiki hipoksia jaringan dan dapat meningkatkan fraksi inspirasi oksigen lebih dari 90% sehingga pengaruh penggunaan NRM juga dapat menurunkan tekanan parsial gas CO<sub>2</sub> dalam alveoli yang dapat menurunkan tekanan intrakranial (John, 2009)

Masalah keperawatan yang ke tiga yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Dari hasil pengkajian pada Tn.Y mengalami kesulitan menelan (*disfagia*), Tn.Y makan dan minum melalui selang NGT. *Disfagia* adalah kesulitan menelan cairan atau makanan yang disebabkan gangguan pada proses menelan. Akibat stroke sel neuron mengalami nekrosis atau kematian jaringan, sehingga mengalami gangguan fungsi. Gangguan fungsi yang terjadi bergantung pada besarnya lesi dan lokasi lesi. Pada stroke akut, pasien dapat mengalami gangguan menelan yang diakibatkan oleh edema otak, gangguan tingkat kesadaran atau *disfagia* dan biasanya bersifat *reversible*. Tetapi bila lesi terjadi di daerah batang otak, kemungkinan pasien akan mengalami *disfagia* permanen. Beberapa gangguan yang bisa terjadi adalah sebagai berikut : Fase Oral : gangguan koordinasi

bibir, lidah dan mandibula, kelemahan pada pangkal lidah, penurunan tingkat kesadaran, gangguan fungsi luhur. Fase Faringeal : disfungsi palatum mole dan faring superior, kelemahan muskulus konstriktor faring, gangguan relaksasi muskulus krikofaring. Fase Esofagus : kelainan dinding esofagus, kelemahan peristaltik esofagus. Pada pasien stroke yang paling sering terjadi adalah fase faringeal dan fase esofagus (Rasyid, 2007).

Masalah keperawatan yang ke empat gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kelemahan. Keluhan utama yang dialami klien yaitu mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan dan penurunan kesadaran, dan aktivitas dibantu oleh keluarga. Dimana kekuatan otot ekstremitas atas 0000/1111 dan ekstremitas bawah 0000/1111. Kelemahan ini mengakibatkan klien mengalami gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau ekstremitas atau lebih (berdasarkan tingkat aktifitas (Walkinson,2011). Disfungsi motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Imobilitas dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atropi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (nerve pressure palsies) (Summers et al., 2009). Kekuatan otot sangat berhubungan dengan sistem neuromuskular yaitu besarnya kemampuan sistem saraf mengaktivasi otot untuk melakukan kontraksi. Semakin banyak serabut otot yang teraktivasi,

maka semakin besar pula kekuatan yang dihasilkan oleh otot tersebut (Cahyati, 2011).

Penurunan kekuatan otot merupakan manifestasi dari hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh) yang paling sering ditemukan pada pasien stroke. Defisit motorik pada pasien stroke berupa hemiparesis atau hemiplegia biasanya disebabkan karena kerusakan pembuluh darah bagian anterior atau arteri serebral medial yang mengakibatkan infark pada korteks motorik frontalis (Cahyati, 2011). Saraf yang mengendalikan otot-otot tulang pada manusia adalah sekelompok neuron sepanjang korteks motorik primer. Perintah dari otak melalui basal ganglia akan dimodifikasi oleh sinyal dari serebelum dan kemudian disampaikan melalui saluran piramidal ke medulla spinalis sampai ke ujung saraf motorik pada otot. Sistem ekstrapiramidal berkontribusi dalam umpan balik yang akan memengaruhi reaksi otot dan respon (Fatkhurrohman, 2011).

Masalah keperawatan kelima defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular dan kelemahan. Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn.Y mengalami kelemahan pada anggota gerak yang menyebabkan Tn.Y tidak bisa melakukan aktivitas sehingga semua aktivitas Tn.Y dibantu oleh keluarga dan perawat. *Personal hygiene* merupakan suatu usaha pemeliharaan kesehatan diri seseorang yang bertujuan mencegah terjangkitnya penyakit serta untuk memperbaiki status kesehatannya. Salah satu indikator dari *personal hygiene* adalah perawatan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung

dan telinga, kaki dan kuku, genitalia serta kebersihan dan kerapian pakaian (Perry, 2005).

Keterbatasan kebersihan diri biasanya disebabkan oleh kelemahan anggota gerak yang dialami klien, sehingga dirinya tidak bisa mengurus merawat dirinya sendiri baik dalam hal mandi, berpakaian, dan berhias. Keterbatasan tersebut akan terus berlanjut dalam pemenuhan kebutuhan dasar lainnya. Manusia mempunyai kebutuhan yang beragam, namun pada hakikatnya setiap manusia mempunyai kebutuhan dasar yang sama. Salah satunya yang mengalami defisit perawatan diri adalah pasien yang terkena penyakit stroke memiliki keterbatasan pergerakan dan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar (Asmadi, 2008).

Dari kelima masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif penulis tertarik melakukan terapi elevasi kepala 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen.

Peningkatan saturasi oksigen dengan terapi elevasi kepala 30 derajat telah dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Hasan (2018) tentang gangguan perfusi jaringan serebral dengan penurunan kesadaran pada klien stroke hemoragik setelah diberikan posisi kepala elevasi 30 derajat di ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang, didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan elevasi kepala 30 derajat yaitu 90% menjadi 98%. Dari

hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa elevasi kepala efektif terhadap peningkatan saturasi oksigen.

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika sebagian sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Aliran darah yang terhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak juga terhenti, sehingga sebagian otak tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya ( Utami, 2009)

Elevasi kepala berdasarkan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK. Peningkatan Tekanan Intra Kranial adalah komplikasi serius karena penekanan pada pusat-pusat vital di dalam otak (herniasi) dan dapat mengakibatkan kematian sel otak (Rosjidi,2014). Elevasi kepala tidak boleh lebih dari 30 derajat, dengan rasional pencegahan peningkatan resiko penurunan perfusi serebral dan selanjutnya dapat memperburuk iskemia serebral jika terdapat vasopasme (Sunardi,2011)

Dengan memberikan tindakan keperawatan yaitu menggunakan model elevasi kepala 30 derajat dan terapi oksigen sesuai anjuran dokter melalui tindakan kolaborasi. Terlihat bahwa pasien merasa lebih nyaman dan secara otomatis hal tersebut dapat membuat hemodinamik pasien lebih stabil.

#### **4.2 Analisis Intervensi Inovasi dengan Konsep dan Penelitian Terkait**

Berdasarkan hasil dari analisa pengkajian yang telah dilakukan kepada Tn.Y di dapatkan lima diagnosa keperawatan yaitu resiko perfusi serebral tidak

efektif b.d infark pada jaringan otak, pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas, Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan massa otot, dan Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler dan kelemahan. Hal ini disesuaikan dengan hasil yang didapatkan selama pengkajian. Dari ke lima diagnosa keperawatan yang didapatkan semuanya dilakukan implementasi sesuai intervensi yang telah direncanakan, tetapi dalam melakukan implementasi pada kasus Tn.Y ini lebih ditekankan kepada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif b.d infark pada jaringan otak karena pasien tidak sadarkan diri jika tidak dilakukan pengaturan elevasi kepala 30 derajat akan dapat menyebabkan komplikasi serius karena penekanan pada pusat-pusat vital di dalam otak (herniasi) dan dapat mengakibatkan kematian sel otak.

Penatalaksanaan resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark pada jaringan otak dan hipertensi pada pasien stroke dapat dilakukan dengan obat- obatan (farmakologis), meskipun manfaatnya relatif terbatas. Selain itu dapat dilakukan upaya kolaboratif yaitu dengan pemberian terapi oksigen sesuai kebutuhan, memonitor saturasi oksigen, yang kesemuanya itu bertujuan untuk mempertahankan aliran darah ke otak pasien agar bisa menghindari kecacatan fisik dan kematian.

Pengaturan elevasi kepala bertujuan untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan otak dan posisi kepala yang lebih tinggi dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan

serebral dan elevasi kepala menggunakan teknologi *Transcranial Doppler* (Summers,2009).

Dari hasil implementasi elevasi kepala 30 derajat yang diberikan selama 3 hari kepada Tn.Y di dapatkan hasil bahwa pasien merasa lebih nyaman dan dapat beristirahat dengan nyaman. Dan secara otomatis hal tersebut dapat membuat hemodinamik pasien lebih stabil. Dimana posisi elevasi kepala 30 derajat dilakukan selama 30 menit, kemudian melihat saturasi oksigen yang ada dibedsite monitor terpantau selama 30 menit, dimana saturasi oksigen sebelum diberikan elevasi kepala 30 derajat yaitu 90% dan setelah diberikan menjadi 98%.

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian sel-sel mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Dalam jaringan otak, kurangnya aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak. Kematian jaringan otak dapat menyebabkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan otak. Aliran darah yang berhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak berhenti, sehingga sebagian otak tidak bisa berfungsi sebagaimana mestinya (Nabyl, 2012)

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Dewi (2017) dengan judul Efektifitas Pemberian Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke di IGD Rumah Sakit Pusat Otak

Nasional di dapatkan hasil di peroleh p value = 0,03 (p value < 0,05), artinya ada perbedaan antara saturasi oksigen sebelum dan sesudah posisi head up 30 derajat.

Berdasarkan jurnal oleh Sumirah Budi Pertami, Siti Munawaroh, Ni Wayan Dwi Rosmala dengan judul pengaruh elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien stroke di Rumah Sakit Dr. Soedarsono, Pasuruan di dapatkan hasil penelitian di dapatkan kelompok intervensi diperoleh nilai saturasi oksigen p value adalah 0,00 (p<0,05) dan untuk kualitas tidur p value 0,001 (p<0,05). Kesimpulannya : Hasil uji Mann Whitney dapat diartikan bahwa ada pengaruh terapi elevasi kepala 30 derajat terhadap saturasi oksigen dan kualitas tidur pada pasien stroke.

Sehingga dalam asuhan keperawatan yang penulis lakukan juga melakukan elevasi kepala 30 derajat terhadap peningkatan saturasi oksigen kepada Tn.Y di ruangan Neurologi Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2020.

Posisi kepala 30° (elevasi) merupakan suatu posisi untuk menaikan kepala dari tempat tidur sekitar 30° dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar (Bahrudin, 2008). Mengatur posisi pasien dengan elevasi kepala 30° juga untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan elevasi kepala dapat menurunkan tekanan darah sistemik mungkin dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral tanpa mengurangi *cerebral perfusion pressure* (CPP) (Sunardi, 2006).

Elevasi kepala berdasarkan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK. Peningkatan TIK adalah komplikasi serius karena penekanan pada pusat-pusat vital di dalam otak (herniasi) dan dapat mengakibatkan kematian sel otak (Rosjidi, 2014).

Pada kasus klien dengan stroke hemoragik terjadi hipoksia/hiperkarbi yaitu penurunan pemasukan oksigen ke jaringan sampai tingkat fisiologis meskipun perfusi jaringan oleh darah memadai, hal ini terjadi akibat berkurangnya tekanan oksigen di udara. Fungsi utama sistem respirasi adalah menjamin O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> bila terjadi kegagalan pernapasan maka oksigen yang sampai ke jaringan akan mengalami defisiensi akibat sel akan terganggu proses metabolismenya. Gangguan ventilasi dan oksigenasi juga dapat terjadi akibat kelainan di paru dan kegagalan fungsi jantung. Parameter ventilasi : PaCO<sub>2</sub> (N: 35 – 45 mmHg), parameter oksigenasi : PaO<sub>2</sub> (N: 80 – 100), SaO<sub>2</sub> (N: 95 – 100%) (Tarwoto, 2013)

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa stroke hemoragik terjadi karena pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Stroke hemoragik juga bisa dikatakan suatu sindrom yang ditandai dengan gejala kelemahan sampai kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara pelo atau tidak dapat berbicara (afasia), nyeri kepala, penurunan kesadaran dangguan rasa ( kelumpuhan

anggota gerak), yang diberikan tindakan keperawatan model elevasi kepala pada pasien stroke hemoragik tidak mempengaruhi aliran darah ke otak, posisi pasien yang menderita stroke hemoragik adalah dengan memposisikan berbaring dengan kepala diletakkan lebih tinggi dari jantung. Dan secara otomatis hal tersebut dapat membuat hemodinamik pasien menjadi lebih stabil.

#### **4.3 Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan**

Intervensi keperawatan untuk mempertahankan dan meningkatkan pasokan darah ke otak termasuk dengan melakukan prosedur noninvasif. Teknik ini termasuk pemberian posisi. Pengaturan posisi pada individu sehat dan yang mobilisasinya utuh, akan mempertahankan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat dengan mengubah posisi yang sering selama aktivitas sehari-hari. Namun, jika individu sakit atau mengalami cedera yang membatasi mobilitasnya, maka ia beresiko tinggi mengalami kerusakan pernafasaan. Perubahan posisi yang sering adalah metode sederhana dan efektif dalam biaya dengan tujuan mengurangi resiko stasis sekresi pulmonar dan mengurangi resiko penurunan pengembangan dinding dada.

Masalah keperawatan yang timbul pada pasien Stroke dapat diatasi bila terjadi kolaborasi yang baik antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan, dalam hal ini khususnya perawat. Berdasarkan masalah pada pasien stroke perlulah peran perawat dan petugas kesehatan dalam memberikan penatalaksanaan yang komprehensif dan komplit yang berkolaborasi dengan

dokter, ahli gizi, laboratorium, fisioterapi sehingga akan meningkatkan derajat kesehatan pada pasien dengan stroke hemoragik.

Peranan keluarga juga cukup penting dalam tingkat keberhasilan therapy karena semakin baik peran yang dimainkan oleh keluarga dalam pelaksanaan rehabilitasi medik pada pasien stroke hemoragik maka semakin baik pula hasil yang akan di capai. Peranan keluarga bisa sebagai motivator, edukator dan merawat pasien.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

- 5.1.1** Stroke merupakan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Kemudian terjadi kerusakan gangguan otak maka akan mengakibatkan kelumpuhan pada anggota gerak, gangguan bicara, serta gangguan dalam pengaturan nafas, tekanan darah, bahkan menyebabkan penurunan kesadaran.
- 5.1.2** Berdasarkan analisa kasus pada klien dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik ditemukan lima diagnosa keperawatan antara lain resiko perfusi serebral tidak efektif b/d infark pada jaringan otak, pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas, defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan, gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot dan kelemahan, dan defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler dan kelemahan.
- 5.1.3** Berdasarkan analisa dan pembahasan mengenai masalah perfusi serebral tidak efektif dengan intervensi elevasi kepala 30 derajat terhadap perubahan saturasi oksigen di dapatkan hasil terdapat perubahan antara 90% - 98%. Klien dengan elevasi kepala 30 derajat akan meningkatkan aliran darah ke otak dan memaksimalkan oksigenasi ke jaringan serebral.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan Rumah Sakit dapat menyusun Standar Operasional Prosedur tentang pemberian posisi *head up* 30 derajat/ elevasi kepala 30 derajat pada klien stroke Hemoragik sebagai acuan bagi perawat ICU.

### **5.2.2 Bagi Perawat Rumah Sakit**

Diharapkan dapat mengaplikasikan intervensi hasil penelitian ini untuk pasien stroke hemoragik dengan *head up* 30 derajat/ elevasi kepala 30 derajat dalam perubahan saturasi oksigen.

### **5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan kepada pihak institusi pendidikan untuk dapat mengembangkan elevasi kepala 30 derajat yang dapat digunakan untuk meningkatkan saturasi oksigen dan mencegah terjadinya peningkatan TIK.

### **5.2.4 Bagi Pasien dan Keluarga**

Diharapkan keluarga dapat meningkatkan pengetahuan dan kemandirian dalam merawat dan proses pemulihan pada pasien yang mengalami afasia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2009). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Cahyati, Y. (2011). *Perbandingan Latihan Rom Unilateral Dan Latihan Rom Bilateral Terhadap Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Akibat Stroke Iskemik Di Rsud Kota Tasikmalaya Dan Rsud Kab. Ciamis*.
- Dewi, Fuji. P. (2017). *Efektifitas Pemberian Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke di IGD Rumah Sakit Pusat Otak Nasional*. Universitas Muhammadiyah. Jakarta
- Fatkhurrohman, M. (2011). *Pengaruh latihan motor imagery terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke dengan hemiparesis di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi*.
- Gonce, P. (2002). *Keperawatan Kritis*. Jakarta: EGC
- Hasan, dkk. (2018). *Studi Kasus Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Dengan Penurunan Kesadaran Pada Klien Stroke Hemoragik Setelah Diberikan Posisi Kepala Elevasi 30 Derajat*. Poltekkes Kemenkes Pangkal Pinang
- Hermawati. (2017). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Intervensi Pemberian Posisi Elevasi Kepala Untuk Meningkatkan Nilai Saturasi Oksigen Di Ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017. Stikes Muhammadiyah Samarinda : (<https://dspace.umtk.ac.id>) diakses pada 4 Oktober 2018.
- Jusuf Misbach.2011.*Stroke*.Jakarta.Badan Penerbit FKUI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1778/Menkes/SK/XII/2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di RS Jakarta.
- McPhee S.J & Ganong W.F. 2011. Patofisiologi Penyakit Pegantar Menuju Kedokteran Klinis, Edisi 5. Jakarta: EGC
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakrta: Selemba Medika.
- Rasyid. (2007). *Unit Stroke Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta: EGC.

- Risikesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Director. <https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2004.3.66178>
- Rosjidi, C. H. (2008). *Buku Ajar Peningkatan Tekanan Intrakranial & Gangguan Peredaran Darah Otak*. Jakarta: EGC
- Rosjid, C. H., & Nurhidayat, S. (2014). *Buku Ajar Peningkatan Intrakranial & Gangguan Peredaran Darah Otak*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Soeharto, I. (2015). *Serangan Jantung dan Stroke Hubungannya Dengan Lemak dan Kolestrol*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sumirah, dkk. 2019. *Pengaruh Elevasi Kepala 30 Derajat Terhadap Saturasi Oksigen dan Kualitas Tidur Pasien Stroke*. Poltekkes Kemenkes Malang : <http://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/HIJP> di akses pada 2 Desember 2019.
- Sunardi. (2011). Pengaruh Pemberian Posisi Kepala terhadap Tekanan Intrakranial Pasien Stroke Iskemik di RSCM Jakarta.
- Sunardi, Nelly.2011. *Pengaruh Pemberian Posisi Kepala Terhadap Tekanan Intra Kranial Pasien Stroke Iskemik di RSCM Jakarta*, Jurnal Publikasi dan Komunikasi Karya Ilmiah Bidang Kesehatan.
- Syamsjuhidayat, R. (2007). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta : EGC
- Tarwoto & Wartonah. (2012). *Kebutuhan Dasar Manusia & Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Perry & Potter. (2005). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Perry & Potter. (2006). *Buku ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses Praktek Volume 2, Edisi 5*. Jakarta: EGC
- Price, A., Wilson. (2012). *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta : EGC
- Wilkinson, J. M. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- World Health Organization. (2016). *Noncommunicable Disease Country Profil Indonesia*. Retrieved from [http://www.who.int/countries/idn\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/countries/idn_en.pdf?ua=1)

## Lampiran 1

---

### PENINGKATAN NILAI SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN STROKE DENGAN MENGUNAKAN MODEL ELEVASI KEPALA DI RSUD KARANGANYAR

Ambar Nur Nindita<sup>1</sup>, Wahyu Rima Agustin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta

<sup>2</sup>Dosen Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta

#### ABSTRAK

Stroke merupakan suatu penyakit defisiensi neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan cacat atau kematian. Posisi Elevasi Kepala adalah posisi kepala yang lebih tinggi dari badan bertujuan untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan otak dan dapat meningkatkan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan aliran oksigenasi jaringan serebral, tindakan ini untuk mengetahui saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan tindakan elevasi kepala apakah bisa mengalami perubahan. Tujuan studi kasus ini adalah untuk menganalisis saturasi oksigen pada pasien stroke dengan menggunakan model elevasi kepala di RSUD Karanganyar. Jenis penelitian ini deskriptif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus. Subyek dalam penelitian ini adalah satu pasien yang mengalami stroke non hemoragik. Penelitian ini dilakukan di Ruang ICU RSUD Karanganyar. Hasil analisis status hemodinamik pada saturasi oksigen menunjukkan 94% menjadi 99% sehingga terdapat pengaruh posisi elevasi kepala terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian ini didapatkan hasil ada perbedaan yang bermakna rata-rata saturasi oksigen sebelum dan sesudah dilakukan tindakan posisi elevasi kepala 30° mengalami peningkatan.

**Kata Kunci** : Stroke, Posisi Elevasi Kepala 30°, Saturasi Oksigen

---

**THE ENHANCEMENT OF OXYGEN SATURATION VALUE  
IN STROKE PATIENTS USING THE HEAD ELEVATION MODEL  
AT KARANGANYAR HOSPITAL**

Ambar Nur Nindita<sup>1</sup>, Wahyu Rima Agustin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Student of D3 Nursing Study Program of STIKes Kusuma Husada Surakarta

<sup>2</sup>Lecturer of D3 Nursing Study Program of STIKes Kusuma Husada Surakarta

**ABSTRAK**

Stroke is an acute neurological deficiency disease caused by brain blood vessel disorders that occur suddenly and can cause disability or death. Head Elevation Position is the position of the head that is higher than the body aims to maximize oxygenation of brain tissue and can increase blood flow to the cerebral and maximize cerebral tissue oxygenation flow. This action is to determine changes in oxygen saturation before and after the head elevation is given. The purpose of this case study was to analyze oxygen saturation in stroke patients by using a head elevation model at Karanganyar hospital. This type of research was descriptive using a case study approach. The subject was one non-hemorrhagic stroke patient. This research was conducted in the ICU Room of Karanganyar Hospital. The result of a hemodynamic status analysis on oxygen saturation showed 94% to 99% so that there was an influence of the position of head elevation on the oxygen saturation of stroke patients. Conclusion: there is a significant difference in the average oxygen saturation before and after performing the head elevation position.

**Keywords:** Stroke, Head Position 30°, Oxygen Saturation.

**PENDAHULUAN**

Stroke terjadi ketika aliran darah pada lokasi tertentu di otak terganggu. Lokasi pada daerah yang kekurangan oksigen menjadi pusat dan menimbulkan gejala. Tipe dan beratnya defisit neurologik mempunyai gejala-gejala yang bervariasi tergantung dari bagian otak yang terkena (Tarwoto, 2013).

*European Union Stroke Initiative* (EUSI) mendefinisikan stroke atau serangan otak sebagai suatu defisit

neurologis yang mendadak, mengenai susunan saraf pusat, dan disebabkan oleh peristiwa non-hemoragik (iskemik) maupun hemoragik (Laborde et al., 2012).

*American Heart Association* (AHA) menyebutkan bahwa setiap 45 menit ada satu orang di Amerika yang terkena serangan stroke. Stroke menduduki peringkat ke-3 setelah penyakit jantung dan kanker (Sikawin, 2013). Suatu saat 5,8 juta orang di Amerika Serikat mengalami stroke, yang mengakibatkan biaya kesehatan berkenaan dengan stroke

---

mendekati 70 milyar dolar per tahun. Pada tahun 2010, Amerika telah menghabiskan \$ 73,7 juta untuk membiayai tanggungan medis dan rehabilitasi akibat stroke. Sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar (RisKesDas, 2018) prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil di tahun 2013 meningkat menjadi 10,9 per mil di tahun 2018. Prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Kalimantan Timur (14,7%) dan terendah di Provinsi Papua (4,1%), Sedangkan Provinsi Jawa Tengah sebesar (7,8%).

Sejauh ini stroke masih penyebab pertama di rumah sakit Indonesia dan penyebab kecacatan terbanyak pada kelompok usia dewasa. Angka kejadian stroke menurut data dasar rumah sakit 63,52 per 1 juta penduduk pada kelompok usia diatas 56 tahun secara kasar tiap hari 2 orang penduduk Indonesia terkena stroke (Suyono, 2015).

Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan hemodinamik termasuk saturasi oksigen. Oleh karena itu diperlukan pemantauan dan penanganan yang tepat karena kondisi hemodinamik sangat mempengaruhi fungsi pengantaran oksigen dalam tubuh yang pada akhirnya akan mempengaruhi fungsi jantung. Pemberian posisi elevasi kepala 30<sup>o</sup> pada pasien stroke mempunyai manfaat yang besar

yaitu dapat memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Sunardi, 2011).

Posisi kepala yang paling umum yaitu kepala dan tubuh ditinggikan 30 derajat agar dapat mengontrol TIK, yaitu menaikkan kepala dari tempat tidur sekitar 30 derajat. Tujuan untuk menurunkan TIK, jika elevasi lebih tinggi dari 30 derajat maka tekanan perfusi otak akan menurun. Dengan menggunakan elevasi kepala untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, posisi kepala yang lebih tinggi dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Summers, dkk.,2009).

Berdasarkan data rekam medis diruang ICU RSUD Karanganyar pasien stroke dari bulan Februari sampai September 2018 menjadi penyakit yang paling banyak masuk di ruang ICU.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah diskriptif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif (Nursalam, 2009). Studi kasus ini dilakukan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien Stroke dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi.

---

Subjek dalam studi kasus ini adalah satu orang pasien Stroke (stroke non hemoragik atau hemoragik) dengan gangguan oksigenasi dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi. Tempat penelitian di lakukan pada tanggal 18 Februari 2019 sampai 3 Maret 2019 diruang ICU RSUD Karanganyar.

#### HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengkajian yang berfokus pada masalah oksigenasi yang dilakukan pada 21 Februari 2019 didapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran dan tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri. Data objektif kesadaran delirium dengan GCS 10 E<sub>3</sub>V<sub>3</sub>M<sub>2</sub>, tekanan darah 176/104 mmHg, nadi 88x/menit, respirasi 18x/menit, suhu 37°C, SPO<sub>2</sub> 94 %.

Gejala-gejala terjadinya stroke antara lain mual dan muntah, sakit kepala hebat yang datang secara tiba-tiba disertai dengan kaku pada leher dan pusing berputar, penurunan kesadaran, sulit menelan (disfagia), sehingga mengakibatkan tersedak, gangguan pada keseimbangan dan koordinasi, hilangnya penglihatan secara tiba-tiba atau penglihatan ganda (Setyopranoto, 2011). Pada pasien stroke akan mengalami penurunan saturasi oksigen karena aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke

dan juga mengakibatkan gangguan hemodinamik (Sunarto, 2015).

Saturasi oksigen adalah presentasi hemoglobin yang berikatan dengan oksigen dalam arteri, saturasi oksigen normal adalah antara 95 – 100%. Dalam kedokteran, oksigen saturasi (SO<sub>2</sub>), sering disebut sebagai "SATS", untuk mengukur persentase oksigen yang diikat oleh hemoglobin di dalam aliran darah. Pada tekanan parsial oksigen yang rendah, sebagian besar hemoglobin terdeoksigenasi, maksudnya adalah proses pendistribusian darah beroksigen dari arteri ke jaringan tubuh (Hidayat, 2009).

Pemberian oksigenasi pada penderita stroke dengan cara pengaturan elevasi kepala, posisi kepala lebih tinggi dari badan bertujuan untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan otak dan meningkatkan aliran darah ke serebri (Sunardi, 2011). Salah satu penatalaksanaan dengan mengatur posisi elevasi kepala 30° untuk meningkatkan *venous drainage* dari serebral ke jantung. Elevasi kepala 30° aman sepanjang tekanan fungsi serebral dipertahankan lebih dari 70 mmHg dengan melibatkan indikator *Mean Arterial Pressure* (MAP). Disamping itu tindakan elevasi kepala 30° tersebut juga diharapkan *venous return* (aliran balik) ke jantung berjalan lebih optimal sehingga dapat mengurangi edema intraserebral karena perdarahan.

---

Hasil pengkajian riwayat penyakit dahulu pasien sebelumnya sudah pernah dirawat di rumah sakit.

Terapi medis yang di berikan untuk pada tanggal 22 Februari 2019 hingga 24 Februari 2019 yaitu citicolin 1gr/12 jam, mecobalamin/12 jam, ranitidin/12 jam, santagesik/8 jam, furosemid 1/2/12 jam, amlodipin 1x1, terpasang O<sub>2</sub> 5 liter.

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan hasil analisa dari pengkajian yang didapatkan, maka penulis menegakkan diagnosa resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan hipertensi. Data yang mendukung dapat dilihat dari data subyektif keluarga mengatakan saat bangun tidur pasien tidak bisa bangun, badan tidak bisa digerakkan, ekstermitas kiri lemah dan penurunan kesadaran. Sedangkan data objektif tensi tinggi TD 176/104 mmHg, Nadi 88x/menit, RR 18x/menit, suhu 37<sup>o</sup> C, SPO<sub>2</sub> 94%, kesadaran delirium dengan GCS 10 E<sub>3</sub>V<sub>5</sub>M<sub>2</sub>.

Intervensi keperawatan pada studi kasus ini yang berfokus pada diagnosa pertama resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan hipertensi (00201) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aliran darah ke otak tidak ada sumbatan dengan kriteria hasil NOC : tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, berfungsinya saraf

dengan baik, tanda-tanda vital stabil (saturasi oksigen > 95%) TD : 120/90-130/90 mmHg, N : 60-100x/menit, RR : 16-24x/menit, S : 36,5<sup>o</sup>C -37,5<sup>o</sup>C, SPO<sub>2</sub> : 95-100%.

Berdasarkan tujuan dan kriteria hasil tersebut intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan *Nursing Interventions Classification* (NIC) yaitu Intervensi yang akan dilakukan NIC : Monitor tanda-tanda vital (TD, N, RR, S, SPO<sub>2</sub>) untuk mengetahui keadaan umum pasien selama perawatan, berikan posisi elevasi kepala 30<sup>o</sup> agar saturasi oksigen meningkat, memasang oksigen nasal kanul 3 liter agar pasien tidak terasa sesak nafas, edukasi pasien dan keluarga perlunya monitoring tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

Hasil evaluasi yang telah dilakukan selama 3 hari. Pada hari pertama sebelum melakukan tindakan posisi elevasi kepala 30<sup>o</sup> nilai saturasi oksigen yaitu 94% dan setelah diberikan posisi elevasi kepala 30<sup>o</sup> selama 24 jam nilai saturasi meningkat menjadi 98%. Pada hari kedua sebelum dilakukan posisi elevasi kepala 30<sup>o</sup> nilai saturasi oksigen 93% dan setelah dilakukan posisi elevasi kepala 30<sup>o</sup> selama 24 jam nilai saturasi oksigen meningkat menjadi 99%. Pada hari ketiga sebelum dilakukan posisi elevasi kepala 30<sup>o</sup> nilai saturasi oksigen 94% dan setelah

---

dilakukan posisi elevasi kepala 30° selama 24 jam nilai saturasi oksigen meningkat menjadi 99%.

Dapat dilihat seperti pada tabel 4.1

**Tabel 4.1 Evaluasi Perubahan Nilai Saturasi Oksigen Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan Posisi Elevasi Kepala 30°**

Hari/Tanggal /Jam	Nilai Saturasi Oksigen	
	Sebelum	Sesudah
Jumat, 22 Februari 2019	94%	98%
Sabtu, 23 Februari 2019	93%	99%
Minggu, 24 Februari 2019	94%	99%

Berdasarkan data tabel diatas dapat disimpulkan adanya peningkatan nilai saturasi oksigen hari pertama sampai hari ketiga (pre test dan post test). Hasil studi kasus yang dilakukan di RSUD Karanganyar diketahui bahwa sesudah dilakukan intervensi keperawatan dengan menggunakan tindakan posisi elevasi kepala 30° 1x dalam sehari yaitu pada pagi hari. Masing-masing dengan waktu 24 jam dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

Intervensi ini dilakukan mulai hari pertama sampai hari ketiga (pre test dan post test), maka didapatkan nilai saturasi oksigen pada pasien mengalami peningkatan dari 93% menjadi 99%.

#### KESIMPULAN DAN SARAN

Pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien Stroke (Stroke non hemoragik) dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi dengan masalah keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak yang dilakukan tindakan keperawatan posisi elevasi kepala 30o yang dilakukan sebanyak 1x dalam sehari yaitu pagi hari efektif untuk meningkatkan nilai saturasi oksigen.

Saran untuk kedepannya untuk dapat meneliti faktor-faktor lain yang mempengaruhi terhadap penilaian saturasi oksigen pada pasien stroke yang belum diteliti pada karya tulis ilmiah ini.

#### DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (AHA). (2015). *Let's Talk About Stroke: Fact Sheet*. [Artikel]
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018, *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2018)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Hidayat, A. Aziz Alimul, (2009), *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan* , Jakarta: Salemba Medika.

- 
- Laborde, C., Mourino-Alvarez, L., Akerstrom, F., Padiol, L., Vivanco, F., & Felix Gil-Dones, M.(2012). *Potential blood biomarkers for stroke. Expert Review of Proteomics*, 9(4), 437-449.
- Nanda. (2018). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2018-2020 Edisi 11 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2009. *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Setyopranoto, I. (2011). *Stroke : Gejala dan Penatalaksanaan, Continuing : Medical Education*
- Sikawin, C. A., Mulyadi., Palandeng, H. (2013) *Pengaruh latihan range of motion (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien stroke di IRNA F Neurologi BLU RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado, eJournalKeperawatan (eKp) Volume 1. 2013; 1*
- Sunarto. (2015). *Peningkatan Nilai Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Menggunakan Model Elevasi Kepala.Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, Volume 4, Nomor 1. Kementrian Kesehatan Politeknik Kesehatan Surakarta Jurusan Keperawatan. <http://jurnal.poltekkesolo.ac.id/index.php/Int/article/view/115> .
- Suyono, Slamet. 2015. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi 4*. Jakarta:Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI
- Summers, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J.L.,Simpson, J., Spilker, J.A., Hock, N., Miller, E., & Mitchell, P.H. 2009. *Comprehensive overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke Patient. A Scientific Statement From the American Heart Association*.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : CV Sagung Seto.
-

## Lampiran 2

### STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

#### HEAD UP (ELEVASI KEPALA) 30 DERAJAT

---

##### A. Defenisi

Head up 30 derajat yaitu posisi kepala dan tubuh di tinggikan 30 derajat agar dapat mengontrol TIK dengan cara menaikkan kepala di tempat tidur sekitar 30 derajat.

##### B. Tujuan

Tujuannya yaitu untuk menurunkan TIK, jika elevasi lebih tinggi dari 30 derajat maka tekanan perfusi otak akan menurun. Tujuan lainnya yaitu memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.

##### C. Persiapan

Alat :

1. Bed pasien
2. Bantal pasien

##### D. Kontraindikasi

1. Hindari posisi tengkurap dan *trendelenburg*. Kontroversi juga pada posisi pasien datar. Posisi datar memang menaikkan CPP dan MAP, tetapi dapat meningkatkan tekanan intrakranial (TIK)

2. Kepala pasien harus dalam posisi netral tanpa rotasi kekiri atau kekanan, *flexion* atau *extension* dari leher supaya pembuluh vena derah leher tidak terjepit sehingga drainase vena otak menjadi lancar
3. Elevasi bed bagian kepala tidak boleh lebih dari 40 derajat karena berkontribusi terhadap postural hipotensi dan penurunan perfusi otak.

#### **E. Prosedur Kerja**

1. Fase Orientasi
  - Mengucapkan salam
  - Memperkenalkan diri
  - Menjelaskan tujuan
  - Menjelaskan prosedur tindakan
  - Menanyakan kesiapan pasien
2. Fase Kerja
  - Membaca basmalah
  - Mencuci tangan
  - Observasi keadaan pasien
  - Pasang pengaman pada tempat tidur klien
  - Memeriksa vital sign awal klien terlebih dahulu
  - Memberikan posisi kepala elevasi (30 derajat) dengan cara di naikkan bednya pada bagian kepala atau bisa menggunakan satu bantal di bawah kepala pasien
  - Memeriksa vital sign klien
  - Menanyakan respon klien

- Merapikan klien
- Membaca hamdalah
- Mencuci tangan

### 3. Fase Terminasi

- Mengevaluasi tindakan
- Menjelaskan rencana tindak lanjut
- Berpamitan kepada klien
- Mengucapkan salam.





### LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Juni Hartati, S.Kep

NIM : 1914901724

PEMBIMBING : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

JUDUL KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Stroke Hemoragik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat Di Ruangan Neurologi RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020.

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
	Kamis 17/5 - 20	- Kontrol BAB 1 - 5 - Perbaiki sesuai saran	
	Senin 21/5 - 20	- Perbaiki sesuai saran - kasus	
	Selasa 22/5 - 20	Perbaiki sesuai saran	
	Rabu 23/5 - 20	- Perbaiki sesuai saran	




### LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Juni Hartati, S.Kep

NIM : 1914901724

PEMBIMBING : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

JUDUL KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Stroke Hemoragik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat Di Ruang Neurologi RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020.

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
	Kamis 24/9-20	Perbaiki sesuai saran	
	Senin 28/9-20	Perbaiki sesuai saran	
		Acc dan Ujikan	

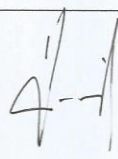
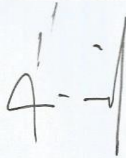
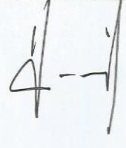
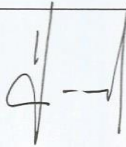
### LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Juni Hartati, S.Kep

NIM : 1914901724

PEMBIMBING : Ns. Muhammad Arif, M.Kep

JUDUL KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Stroke Hemoragik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat Di Ruang Neurologi RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020.

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
	14/9-20	- konsul BAB 1 - Perbaiki latar Belakang - piramida terbalik.	
	25/9-2020	Perbaiki sesuai saran kasus	
	27/9-20	Perbaiki sesuai saran	
	28/9-20	Ace & yikan	


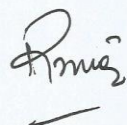
LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Juni Hartati, S.Kep

NIM : 1914901724

PENGUJI I : Ns. Reni Susanti, M.Kep,Sp.KMB

JUDUL KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Stroke Hemoragik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat Di Ruangan Neurologi RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020.

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
		konsul perbaikan	
		Acc digital.	



### LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Juni Hartati, S.Kep

NIM : 1914901724

PENGUJI II : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

JUDUL KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Stroke Hemoragik Dalam Pemberian Inovasi Intervensi Posisi Elevasi Kepala 30 Derajat Di Ruang Neurologi RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020.

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
		Perilaku Seksual	
		Perubahan letak belahan	
		Perilaku kasus dan tindakan det	
		Perilaku free scan ACC p168.	