

Assistancy of Medical Surgical Nursing for Patients with Nervous System Disorders (Hemorrhagic Stroke) in Flamboyant Room, General Hospital of Banjar

KOLABORASI

Inspirasi
Masyarakat Madani

Vol. 002, No. 002
PP. 175 – 197
EISSN: 2809 - 0438

Pendampingan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan (Stroke Hemoragik) di Ruang Flamboyan RSUD Banjar

Nea Sherina¹, Dadan Ramdan², Nur Hidayat³

^{1,3}STIKes Muhammadiyah Ciamis, Ciamis, Indonesia

²RSUD Kota Banjar, Banjar, Indonesia

Korespondensi:

Nur Hidayat

Email:

Nurhidayatkm2018@gmail.com

Alamat :

Jl. KH. Ahmad Dahlan no 20 Ciamis 46216

ABSTRACT

Introduction: Stroke is a rapid and sudden loss of brain function caused by impaired blood flow to the brain (ischemic) or rupture of a blood vessel in the brain (hemorrhagic). clear (pelo), changes in consciousness, visual disturbances, and others. Clinically, the symptoms that often appear in stroke patients are the presence of himiparesis or hemiplegia. Where the occurrence of damage to one side of the brain

Objective: This assistance aims to provide nursing care to patients Mr. S with a medical diagnosis of Hemorrhagic Stroke in the Flamboyan Room at the Banjar City General Hospital.

Method: Assistance activities are carried out by providing nursing care through 5 processes including assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation, and nursing evaluation.

Result: The results explain the main problems that arise with the diagnosis of ineffective cerebral tissue risk, physical mobility barriers have not been overcome because the patient died before the intervention was completed. However, the diagnosis of an ineffective breathing pattern is partially resolved because it helps in maintaining O₂ in the body.

Conclusion: The provision of nursing care with a medical diagnosis of Hemorrhagic Stroke was partially resolved.

Keyword: assistancy, haemorhagic, stroke

Pendahuluan

1. Definisi

Urutan penyakit paling banyak ditemui di masyarakat merupakan penyakit kardiovaskuler dan stroke (Faiza Yuniati & Sari, 2021). Umumnya stroke bisa terjadi pada semua usia, paling banyak terjadi pada rentang usia 65 tahun keatas (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2019) ("Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan," 2019) dan penyebab utama kematian besar nomor dua di dunia. WHO menyatakan bahwa sejak tahun 2000 terjadi peningkatan besar pada kematian akibat stroke dari 2 juta menjadi 8,9 juta (11%) pada tahun 2019 (World Health Organization, 2020). Stroke merupakan kehilangan fungsi otak secara cepat dan mendadak, yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak (iskemik) atau pecahnya pembuluh darah di otak (hemoragik) (Nurtanti & Ningrum, 2018). Gangguan tersebut menimbulkan gejala-gejala seperti kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain (Bakara & Warsito, 2016).

Jika dalam waktu 3 jam tanda-tanda yang ditimbulkan tidak segera ditangani maka akibat yang ditimbulkan sangat fatal, karena secara klinis gejala yang sering muncul pada penderita stroke adalah adanya himipararese atau hemiplagi. Dimana terjadinya kerusakan pada salah satu sisi bagian otak (Nurartianti & Wahyuni, 2020)

2. Etiologi

Faktor penyebab stroke ada dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Adapun penyebab stroke menurut (Anwairi, 2020) yaitu:

- a. Faktor Predisposisi
 - 1) Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau otak)
 - 2) Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain)
 - 3) Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak)
 - 4) Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak) (Anwairi, 2020).
- b. Faktor Presipitasi :
 - 1) Hipertensi
 - 2) Penyakit jantung
 - 3) Kolestrol tinggi
 - 4) Obesitas
 - 5) Diabetes mellitus
 - 6) Polistermia (kelebihan produksi eritrosit)
 - 7) Gaya hidup yang buruk, seperti : merokok, mengkonsumsi alkohol, mengkonsumsi obat-obatan terlarang, aktivitas yang kurang, kurangnya berolahraga, faktor makanan yang mengandung kolesterol tinggi (Jannah & Djannah, 2021).
- c. Faktor Resiko
 - 1) Usia
 - 2) Jenis Kelamin
 - 3) Keturunan (Jannah & Djannah, 2021)

3. Klasifikasi

Stroke dibagi menjadi 2, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Diperkirakan stroke non hemoragik (iskemik) mencapai 85% dari jumlah stroke yang terjadi (Handayani & Dominica, 2018)

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik (non hemoragik) terjadi bila pembuluh darah yang memasok darah ke otak tersumbat. Jenis stroke ini yang paling umum (hampir 90% stroke adalah iskemik). Kondisi yang mendasari stroke iskemik adalah penumpukan lemak yang melapisi dinding pembuluh darah (disebut aterosklerosis). Kolesterol, homocysteine dan zat lainnya dapat melekat pada dinding arteri, membentuk zat lengket yang disebut plak. Seiring waktu, plak menumpuk. Hal ini sering membuat darah sulit mengalir dengan baik dan menyebabkan bekuan darah (trombus) Gejala stroke iskemik ini dapat bervariasi pada seseorang yang mengalaminya, tergantung pada lokasi arteri di bagian otak yang terpengaruh.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di dalam atau di sekitar otak, menghalangi suplai darah ke jaringan otak yang dituju. Selain itu, darah mengalir masuk dan menekan jaringan otak di sekitarnya, mengganggu atau mematikan fungsinya.

1) Perdarahan intra serebral (PIS)

Pendarahan otak disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah Otak membuat darah mengalir keluar dari pembuluh darah, dan kemudian menjadi jaringan otak (Junaidi, 2011). Penyebab ICH biasanya Dinding yang rusak akibat tekanan darah tinggi yang berkepanjangan pembuluh darah, salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Pemicu lainnya adalah stres fisik, emosi, tekanan darah tinggi Pembuluh darah pecah tiba-tiba. sekitar 60-70% ICH disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Alasan lain adalah deformitas Pembuluh darah kongenital, koagulopati. Faktanya, 70% kasus mengakibatkan fatal, terutama jika perdarahannya banyak (besar) (Rahmadhani, Diana, Lestari, & Riesmiyatiningdyah, 2020)

2) Perdarahan ekstra serebral / perdarahan sub arachnoid (PSA)

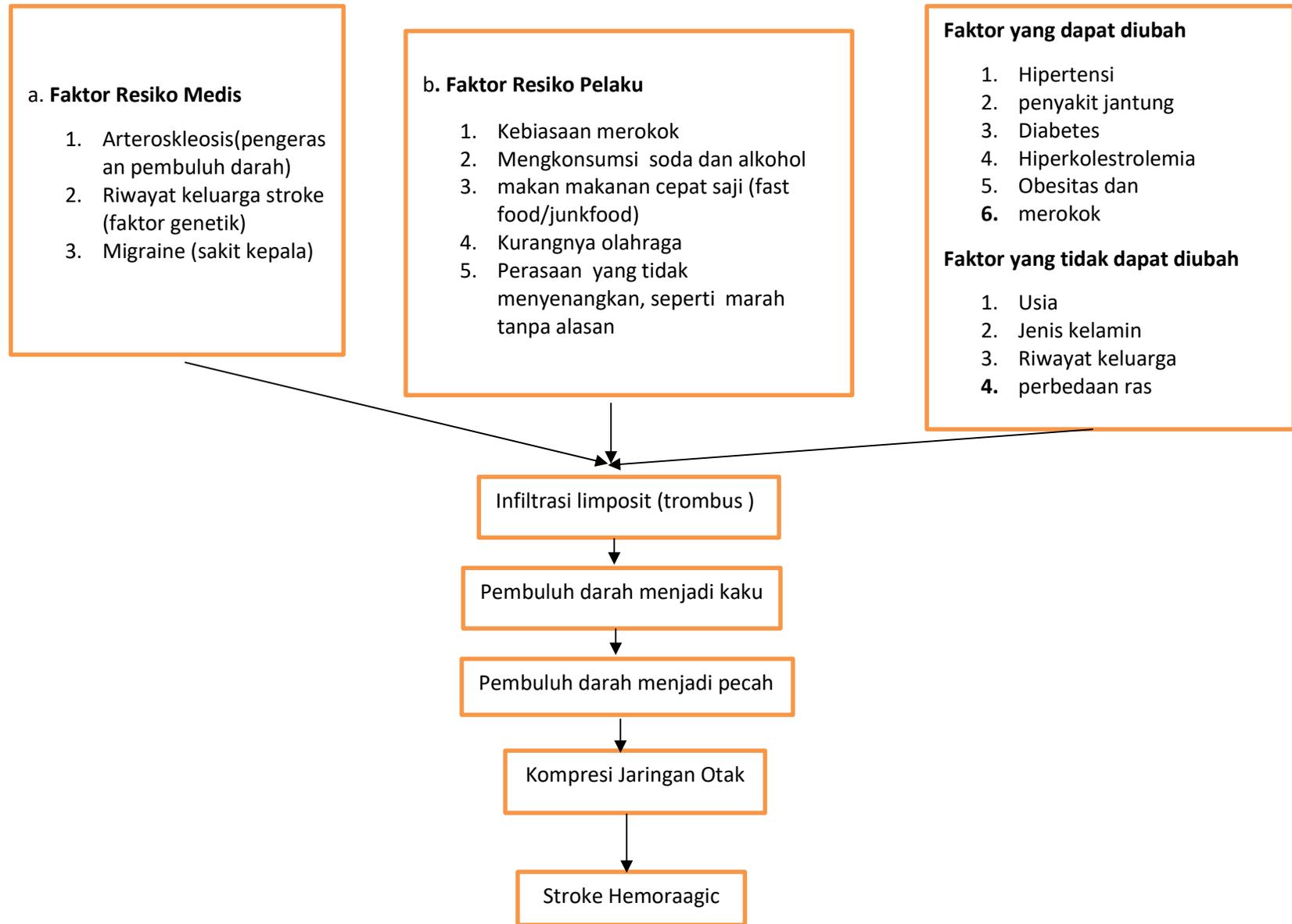
Perdarahan subarachnoid adalah keluarnya darah ke dalam ruang subarachnoid Dari situs lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber lain perdarahan subarachnoid ruang subarachnoid primer) (Rahmadhani et al., 2020) Penyebab paling umum PSA primer adalah ruptur aneurisma (51-75%) dan sekitar 90% Aneurisma yang menyebabkan PSA berupa aneurisma sakular kongenital, hemangioma (6-20%), koagulopati (iatronik/antikoagulan), abnormal Hematologi (misalnya, trombositopenia, leukemia, anemia aplastik), Tumor, infeksi (misalnya, vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mikosis, tuberkulosis), idiopatik atau tidak diketahui (25%), dan trauma kepala (Junaidi, 2011). Sebagian besar kasus PSA terjadi tanpa penyebab eksternal, tetapi Sepertiga kasus terkait dengan stres mental dan fisik. aktivitas fisik Menonjol, misalnya: angkat beban, membungkuk, batuk atau bersin Terlalu keras, tegang, dan melakukan hubungan seksual (intercourse).

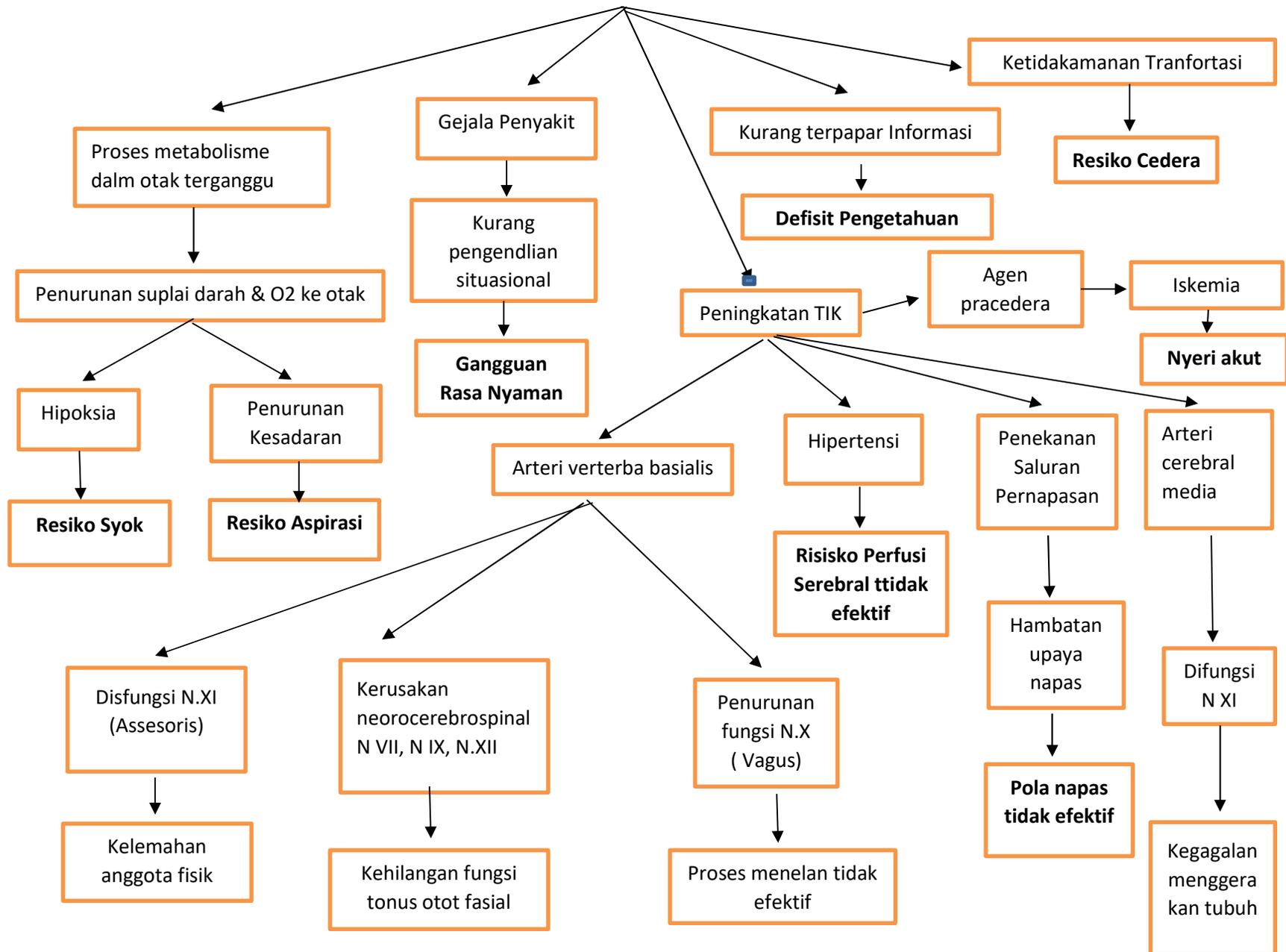
4. Patofisiologi dan pathway

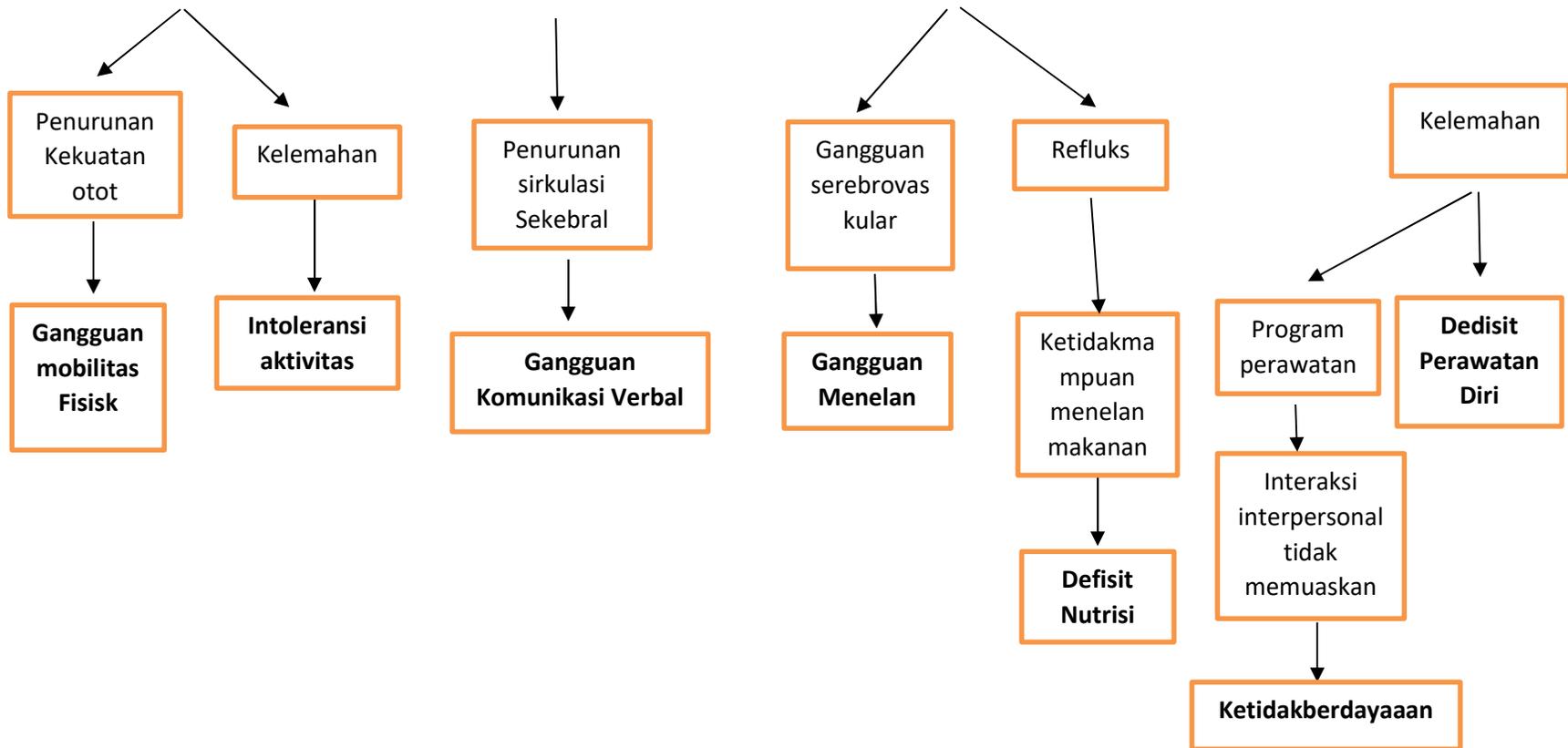
Ada dua jenis stroke hemoragik, yaitu stroke hemoragik intraserebral, yang menyumbang 75%, dan stroke subarachnoid hemoragik, yang menyumbang 25%. Stroke subarachnoid hemoragik terjadi karena malformasi vaskular, melemahnya pembuluh darah karena aneurisma yang melebar, dan efek obat-obatan seperti kokain, dekongestan, dan antikoagulan. Terjadinya stroke hemoragik serebral dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu angiopati amiloid. Angiopati amiloid terjadi ketika deposit amiloid di pembuluh darah menyebabkan dinding pembuluh melemah.

Faktor kedua dipengaruhi oleh tekanan darah tinggi, yang juga dapat menyebabkan pembuluh darah melemah. Stroke hemoragik biasanya disebabkan oleh peningkatan tekanan darah atau tekanan darah tinggi. Selain itu, stroke hemoragik dipengaruhi oleh beberapa faktor lain. Peningkatan tekanan darah atau aliran darah yang cepat ke otak menyebabkan pembuluh darah pecah.

Pecahnya pembuluh darah pada stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di parenkim otak pecah, menyebabkan hematoma oleh efek massa neurotoksisitas komponen darah dan inisiasi degradasi, menyebabkan kerusakan jaringan. Derajat hematoma dapat meningkatkan tekanan intrakranial di otak. Menyebabkan lisis sel darah merah, menyebabkan Hb sitotoksik, menyebabkan pelepasan komponen Hb (heme dan besi), dan menyebabkan pembentukan radikal bebas melalui oksidasi. Oksidasi ini dapat merusak protein, asam nukleat, karbohidrat dan lemak serta dapat menyebabkan nekrosis (Soewarno & Annisa, 2017)







5. Manifestasi klinik menurut (Setiyawan, Nurlely, & Harti, 2019)

- a. Tanda Stroke Hemoragik
 - 1) Sakit kepala hebat tiba – tiba
 - 2) Kelemahan di lengan atau di kaki
 - 3) Penurunan kesadaran.
 - 4) Kehilangan keterampilan motorik (gerak) halus.
 - 5) Kehilangan keseimbangan tubuh.
- b. Gejala stroke hemoragik meliputi:
 - 1) Kejang tanpa riwayat kejang sebelumnya
 - 2) Mual atau muntah.
 - 3) Gangguan penglihatan
 - 4) Kesemutan atau mati rasa.
 - 5) Kesulitan bicara atau memahami pembicaraan.
 - 6) Kesulitan menelan.
 - 7) Kesulitan menulis atau membaca.
 - 8) Kelainan pada rasa pengecapan.
 - 9) Kehilangan kesadaran.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan stroke hemoragik (Bakhtiar & Rochana, 2020) yaitu:

- a. Angiografi Serebral: identifikasi penyebab spesifik stroke, seperti perdarahan atau penyumbatan arteri
- b. Single-photon emission computed tomography (SPECT): untuk mendeteksi daerah abnormal dan daerah otak yang mendeteksi, menemukan, dan mengukur stroke (sebelum muncul pada pemindaian CTScan)
- c. Computed tomography: Pemindaian ini menunjukkan, antara lain, lokasi edema, lokasi hematoma, keberadaan dan lokasi pasti infark atau iskemia di jaringan otak. Pemeriksaan ini harus segera (kurang dari 12 jam) dilakukan pada kasus dugaan perdarahan subaraknoid. Bila hasil CT Scan tidak menunjukkan adanya perdarahan subaraknoid, maka langsung dilanjutkan dengan tindakan fungsi lumbal untuk menganalisa hasil cairan serebrospinal dalam kurun waktu 12 jam. Kemudian dilanjutkan pemeriksaan spektrofotometri cairan serebrospinal untuk mendeteksi adanya *xanthochro xanthochromia*.
- d. MRI: Hasil yang diperoleh dengan menilai lokasi dan derajat perdarahan otak menggunakan gelombang magnet adalah lesi dan infark karena perdarahan. MRI tidak dianjurkan untuk mendeteksi perdarahan dan tidak disarankan untuk mendeteksi perdarahan subarachnoid.
- e. EEG: Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh jaringan otak
- f. Pemeriksaan laboratorium: darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, AGD, biokimia darah, elektrolit, fungsi koagulasi, hitung darah lengkap.

7. Terapi farmakologi dan non-farmakologi

Adapun penatalaksanaan terapi farmakologis menurut (Saidi & Andrianti, 2021) yaitu :

- a. Penatalaksanaan Medis (terapi farmakologi)
 - 1) Mitigasi cedera iskemik serebral
Intervensi pertama berfokus pada mempertahankan sebanyak mungkin area iskemik dengan menyediakan oksigen, glukosa, dan aliran darah yang cukup dengan mengontrol atau memodifikasi aritmia dan tekanan darah.
 - 2) Pemberian Deksametason
 - 3) Dengan menaikkan kepala, yang mengontrol hipertensi dan menurunkan tekanan intrakranial, sebesar 1530 derajat untuk mencegah kepala menekuk atau berputar berlebihan.
 - 4) Perawatan
 - a) Antikoagulan: Heparin untuk mengurangi kecenderungan perdarahan pada fase akut
 - b) Antitrombotik: Pemberian ini dimaksudkan untuk mencegah kejadian trombolitik atau emboli
 - c) Diuretik: Untuk mengurangi edema serebral
 - 5) Pembedahan
Endarterektomi arteri karotis dilakukan untuk meningkatkan aliran darah di otak.
- b. Penatalaksanaan Keperawatan terapi non-farmakologi (Saidi & Andrianti, 2021)
 - 1) Posisi tubuh dan kepala pada 15-30 derajat. Gerakan bertahap dapat dimulai setelah pasien berada di sisinya dengan muntah dan hemodinamik stabil.
 - 2) Jaga agar jalan napas tetap bersih dan ventilasi memadai.
 - 3) Mempertahankan tanda vital stabil
 - 4) Istirahat di tempat tidur
 - 5) Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
 - 6) Hindari demam, batuk, sembelit, dan minum berlebihan.

8. Komplikasi

Komplikasi Stroke Hemoragik menurut (Mutiarasari, 2019) yaitu :

- a. Hipoksi Serebral
Pemberikan oksigenasi darah adekuat di otak diminimalkan.
- b. Penurunan aliran darah serebral
Tergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas vaskular.
- c. Emboli Serebral
Dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium, atau dapat terjadi akibat katup jantung buatan
- d. Disritmia
Dapat menyebabkan fluktuasi curah jantung dan henti trombotik lokal.

Sedangkan komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut yaitu :

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

- b. Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak
- c. Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala clauster
- d. Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

9. *Diagnosa Keperawatan*

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa	Nomor Diagnosa	Halaman
1	Gangguan perfusi serebral tidak efektif	0017	49
2	Gangguan Mobilitas Fisik	0054	124
3	Pola napas tidak efektif	0005	26
4	Resiko Syok	0039	92
5	Resiko Cedera	0136	294
6	Gangguan Komuikasi Verbal	0119	264
7	Gangguan Menelan	0063	142
8	Defisit Nutrisi	0019	56
9	Gangguan Rasa Nyaman	0074	166
10	Nyeri Akut	0077	172
11	Defisit Pengetahuan	0111	246
12	Risiko Aspirasi	0006	28
13	Intoleransi Aktivitas	0056	126
14	Ketidakberdayaan	0092	202
15	Defisist Perawatan Diri	0109	240

Sumber: *Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, PPNI (2006)*

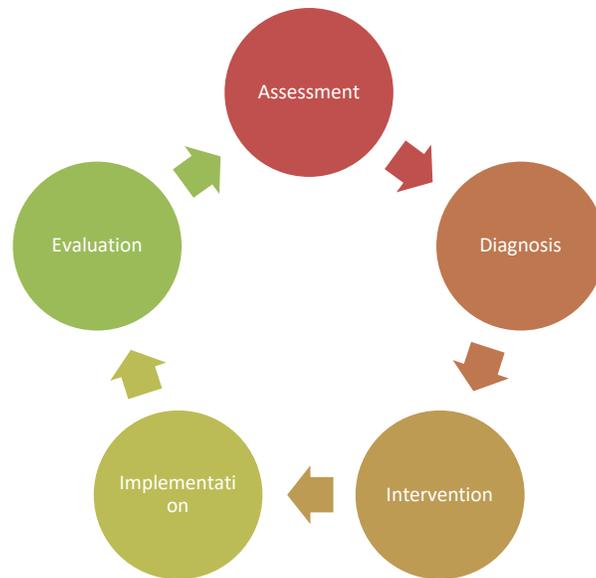
Tujuan

Asistensi ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien Sdr. S dengan menggunakan diagnosa medis Stroke Hemoragik pada ruang Flamboyan RSUD Kota Banjar.

Metode

Kegiatan Asistensi Asuhan Keperawatan dilaksanakan pada tanggal 06-07 Desember 2022 di Ruang Flamboyan RSUD Kota Banjar yang mencakup 5 tahapan asuhan keperawatan yang dapat dilihat pada gambar 1.

Proses keperawatan adalah metode ilmiah yang digunakan dalam kegiatan keperawatan untuk membantu pemberi asuhan memberikan asuhan secara profesional (Firmansyah, etal., 2021). Proses keperawatan membantu pemberi perawatan dalam implementasi praktik keperawatan yang sistematis dan terarah dalam memecahkan masalah keperawatan pasien. Proses keperawatan dimulai dengan evaluasi, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.



Gambar 1. Nursing Process

Pengkajian merupakan proses pertama dalam fase keperawatan. Asesmen adalah kegiatan pengumpulan data pasien yang lengkap dan sistematis yang diselidiki dan dianalisis untuk mengidentifikasi masalah fisik, psikologis, sosial, mental atau kesehatan pasien (Ulina, Eka, & Yoche, 2020).

Diagnosa keperawatan menggambarkan reaksi individu atau kelompok manusia (resiko status kesehatan atau perubahan pola) dan diturunkan dari proses pengkajian pertama yang dilakukan melalui proses analitis (Ariyanto, et al., 2021). Penegakan diagnosis keperawatan harus memenuhi beberapa persyaratan, antara lain pernyataan yang jelas dan ringkas dari reaksi klien terhadap situasi atau situasi tertentu, instruksi keperawatan yang spesifik dan akurat, dapat dilakukan oleh staf keperawatan, dan klien. Dapat mencerminkan status kesehatan (Atmanto, Aggorowati, & Rofii, 2020).

Rencana perawatan (intervensi) adalah setiap rencana tindakan yang dilakukan pada pasien untuk mengatasi masalah atau diagnosa yang dibuat pada pasien. Rencana perawatan yang dikembangkan dengan baik mempromosikan perawatan lanjutan dari satu pengasuh ke pengasuh lainnya (Suhanda, et al., 2021). Ini memberi semua staf perawat kesempatan untuk memastikan perawatan yang konsisten dan berkualitas. Beberapa langkah dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan meliputi penetapan prioritas, penetapan kriteria tujuan dan hasil yang diharapkan, penetapan intervensi keperawatan yang tepat, dan pembuatan rencana asuhan keperawatan (Koerniawan, Daeli, & Srimiyati, 2020).

Implementasi keperawatan merupakan implementasi dari suatu rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Pengasuh harus memiliki keterampilan kognitif (intelektual), interpersonal, dan perilaku agar berhasil dalam memberikan perawatan sesuai dengan rencana perawatan. Proses implementasi harus didasarkan pada kebutuhan pelanggan, faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan, strategi implementasi perawatan, dan aktivitas komunikasi (Setiawan, et al., 2021)

Evaluasi adalah penilaian respon pasien terhadap perilaku keperawatan yang telah dilakukan oleh pemberi asuhan terhadap pasien dengan mengacu pada kriteria atau kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya dalam pengembangan tujuan. Penilaian biasanya merupakan hasil atau penilaian total yang dilakukan dengan membandingkan proses atau penilaian formatif yang dilakukan setelah setiap tindakan diselesaikan dengan respon klien terhadap tujuan tertentu dan tujuan umum yang telah ditetapkan sebelumnya. Itu dilakukan. (Supratti & Ashriady, 2018).

Hasil dan Pembahasan

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama : Tn. S
Nomor CM : 448447
Umur : 68 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Kertajaya rt 10 rw 07
Tanggal masuk : 03-12-2021
Tanggal pengkajian : 06-12-2021
Diagnosa medis : Stroke PIS

b. Keluhan Utama

Kelemahan pada anggota gerak bagian kanan

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien masuk ke Rumah Sakit tanggal 03-12-2021 pada pukul 23:26 WIB dengan keadaan penurunan kesadaran. Pada saat pengkajian tanggal 06-12-2021 Keluarga pasien mengatakan bahwa Tn. S ditemukan pingsan pada pukul 12.00 WIB di dapur ketika hendak makan lalu dibawa ke rumah sakit dengan data TD: 191/100 P: 64x/menit, R: 19x/menit, S: 37C, dan nilai GCS E: 2 V: 3 M: 4

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan DM

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga mengatakan bahwa dalam anggota keluarga pasien tidak ada yang mengalami riwayat penyakit yang sama dengan pasien.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Lemah
2) Kesadaran
Kualitatif : Somnolen
Kuantitatif : E:2 V:3 S:4
3) TTV
T : 191/100 mmHg
P : 64x/menit
R : 19x/menit

S : 37C

- 4) Sistem pernafasan
 - a) Hidung
Inspeksi: Bentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan di area hidung
 - b) Dada
Inspeksi: Dada simetris, tidak ada benjolan di area dada
Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Auskultasi : Terdengar bunyi nafas yang tidak teratur
- 5) Sistem Kardiovaskuler
Inspeksi : tidak terdapat sianosis pada bibir, membrak mukosa kering, tidak ada peninggian vena jugularis
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
Perkusi : Tidak ada pembengkakan jantung
Auskultasi : Suara jantung
- 6) Sistem Pencernaan
 - a) Mulut dan tenggorokan
Inspeksi : Keadaan mulut bersih, jumlah gigi tidak komplit, kemampuan bicara terganggu karena adanya penurunan kesadaran
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan di area mulut dan tenggorokan dan tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid
 - b) Abdomen
Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi, perut tidak kembung
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan di area abdomen
Perkusi : Terdengar suara timpani
Auskultasi : Terdengar suara timpani
- 7) Sistem Perkemihan
Inspeksi : Tidak terlihat adanya pebengkakan, terpasang dower catteter
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pe,bengkakan pada abdomen bagain bawah.
- 8) Sistem Penglihatan
Inspeksi : Konjungtiva an anemis, bentuk simetris, pupil isokor, sklera berwarna putih, tidak terdapat pembengkakan, tidak menggunakan alat bantu penglihatan
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- 9) Sistem Pendengaran
Inspeksi : Kedua bentuk telinga simetris, tidak ada serumen, tidak menggunakan alat bantu dengar
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan di are telinga
- 10) Sistem Muskuloskeletal
 - a) Ekstremitas Atas
Ekstremitas atas kiri dan kanan utuh, tidak terjadi pembengkakan, ekstremitas atas kiri tidak terganggu dan tidak ada kelainan, sedangkan ekstremitas atas kanan mengalami kelemahan.
 - b) Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bawah kiri an kanan utuh, tidak terjadi pembengkakan, esktremitas bawah kiri tidak terganggu dan tidak ada kelainan, sedangkan ekstremitas atas kanan mengalami kelemahan.

1	5
1	5

11) Sistem Integumen

Inspeksi : Kulit berwarna sawo matang, turgor kulit lambat, tidak terdapat sianosis, menggunakan infus ditangan kanan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada penyakit kulit

12) Sistem Persyarafan

- a) Nervus I (Olfaktorius) : Fungsi penciuman baik, klien dapat memnedakan wangi minyak kayu putih dan aroma parfum
- b) Nervus II (Optikus) : Letak kedua mata simetris, fungsi penglihatan baik
- c) Nervus III (Okulomotorius) : Bentuk kedua mata simetris, pergerakan bola mata kurang normal
- d) Nervus IV (Throklearis) : Pasien dapat menggerakkan bola mata ke kaan dan ke kiri
- e) Nervus V (Trigeminus) : Klien tidak dapat membuka dan menutup mata dengan baik, klien tidak dapat menelan dan mengunyah dengan baik (terpasang NGT)
- f) Nervus VI (Abdusen) : Klien tidak dapat menggerakkan bola mata kesamping dan kedepan (tidak ada respon membuka mata)
- g) Nervus VII (Facialis) : Tidak terjad gangguan pada otot wajah
- h) Nervus VIII (Vestibulo) : Fungsi pendengaran baik, namun tidak aad respon
- i) Nervus IX (Glososfaringeus) : Klien tidak dapat membedakan rasa manis dan asin pada saat makan karena melauai NGT
- j) Nervus X (Vagus) : Gerakan lidah baik, fungsi sensorik dan motorik baik
- k) Nervus XI (Accesoris) : Tidak bisa menggerakkan bahu dan kepala
- l) Nervus XII (Hipoglosus) : Pasien tidak bisa menjulurkan lidah

g. Pola Aktivitas

No	Jenis Pengkajian	Sebelum Sakit	Setelah Sakit
1.	Pola Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x/hari	2x/hari
	Jenis	Nasi dan lauk pauk	Makanan cair RG
	Porsi	1 Porsi	1 Porsi
	Cara	Oral	Melalui selang NGT
	Keluhan	-	-
	b. Minum		
	Frekuensi	7-8 gelas/hari	2-3 gelas/hari
	Jenis	Air Putih	Air Putih
	Cara	Oral	Melalui selang NGT
	Keluhan	-	-
2.	Pola Eliminasi		
	a. BAB		

	Frekuensi	2-3x/hari	1x/hari (tidak menentu)
	Konsistensi	Padat semi lembek	Lembek semi cair
	Warna	Kuning	Kuning
	Bau	Khas feses	Khas feses
	Cara	Mandiri	Menggunakan diapers
	Keluhan	-	-
b.	BAK		
	Frekuensi	5-6x/hari	3-4x/hari
	Warna	Kuning jernih	Kuning
	Bau	Khas amoniak	Khas amoniak
	Cara	Mandiri	Melalui dower cateter
	Keluhan	-	-
3.	Pola Istirahat		
a.	Siang	2 jam/hari	12 jam/hari
b.	Malam	6-8 jam/hari	12 jam/hari
4.	Personal Hygiene		
a.	Mandi	2x/hari	Tidak menentu
b.	Gosok Gigi	2x/hari	-
c.	Ganti Pakaian	2x/hari	0-1x/hari
d.	Cara	Mandiri	Dibantu total
e.	Keluhan	-	-

h. Data Psikososial, Soaial, dan Spiritual

1. Data Psikososial

Pasien mengalami penurunan kesadaran

2. Data Sosial

Hubungan pasien dengan keluarga terlihat harmonis, pasien dan keluarga dapat berinteraksi dengan baik

3. Data Spiritual

Pasien beragama Islam dan keluarga selalu berdo'a agar pasien diberi kesembuhan.

i. Data Penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal & Satuan Hasil Keterangan
Elektrolit		
Natrium	138	135~145 MEq/L
Kalium	4.0	3.6~5.5 MEq/L
Kalsium	1.20	1.17~1.29 mmol/l

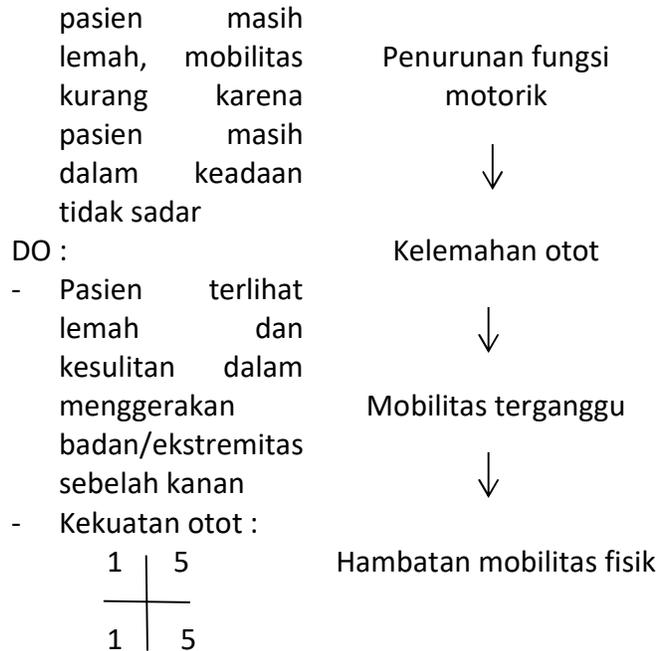
j. Terapi Obat

- 1) Kalnex 3ddl
- 2) Vit K 3ddl
- 3) Manitol 150-200

- 4) OMZ 2x1
- 5) Sucralfat 4x
- 6) Citicoline 2x200
- 7) Isbesartan 1x300
- 8) Bisoprolol 1x2,5

k. Analisa Data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : - Keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran. DO : - Kesadaran delirium - GCS : 9 dengan E2V3M4 - Pasien terlihat gelisah - Keadaan umum : lemah	Hipertensi ↓ Ruptur pembuluh darah serebral ↓ Penambahan massa ↓ Edema ↓ Gangguan perfusi jaringan serebral	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipertensi
2.	DS : - Keluarga mengatakan nafas pasien tidak teratur DO : - Nafas pasien terlihat tidak teratur - Terpasang O2 rebreathing mask - Terlihat agak sesak - Respirasi : 19x/menit	Ruptur pembuluh darah serebral ↓ Obstruksi jalan nafas ↓ O2 tertahan ↓ Ketidakefektifan pola nafas	Ketidakefektifan pola nafas
3.	DS : - Keluarga mengatakan	Stroke PIS (hemoragik) ↓	Hambatan mobilitas fisik



2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 2 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa	Nomor Diagnosa	Halaman
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi	0016	49
2	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas	0005	26
3	Gangguan Mobilitas Fisik b/d kelemahan anggota gerak	0054	124

Sumber: Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, PPNI (2006)

3. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

Tabel Intervensi dan Luaran Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b/d Hipertensi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral efektif, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Kedasaran pasien meningkat - Menurunnya tekanan intrakranial - Tekanan arah dalam batas normal - Refleks saraf membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan frekuensi pernapasan - Monitor tanda-tanda status neurologis dengan GCS. - Ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung. - Baringkan klien (tirah baring) total dengan posisi tidur terlentang tanpa bantal. - Berikan terapi sesuai instruksi dokter (kolaborasi pemberian terapi) 	<p>07 Des 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital, hasil: T: 180/100 mmHg P: 70x/m R: 30x/m S: 36,4 C - Memonitor tanda-tanda status neurologis dengan GCS. Hasil: E: 2 V: 3 M: 4 Somnolen - Menciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung. Hasil: Pasien ditempatkan di ruangan isolasi karena membutuhkan pemantauan secara khusus. - Memosisikan pasien tidur terlentang dan tirah baring secara total. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tidak sadarkan diri <p>O: T: 175/101 mmHg P: 70x/m R: 30x/m S: 36 C</p> <p>A: Masalah belum teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi Dilanjutkan</p>	

				<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi obat kalnex 3ddl. 08 Des 2022 - Memonitor tanda-tanda vital, hasil: T: 175/101 mmHg P: 70x/m R: 30x/m S: 36 C - Memonitor tanda-tanda status neurologis dengan GCS. Hasil: E: 2 V: 3 M: 4 Somnolen - Memberikan terapi obat kalnex 3ddl. - 	
2	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea menurun - Membaiknya frekuensi nafas - Membaiknya kedalaman nafas 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin - Stabilkan jalan nafas dengan headtilt dan chin-lift 	07 Des 2022 <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola nafas Hasil: F: 30x/m Terdapat bunyi nafas tambahan yaitu weezing - mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan hasil: dengan posisi pasien 30 derajat 	S: O: <ul style="list-style-type: none"> - ada penggunaan otot bantu pernafasan - Tidak ada tanda-tanda hipoventilasi - T: 175/101 mmHg P: 70x/m R: 28x/m S: 36 C

			<ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi pemberian oksigen sesuai kebutuhan 	<p>dapat membantu mempermudah pernafasan</p> <ul style="list-style-type: none"> - mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan headtilt dan chin-lift - Memasang alat bantu nafas (NMR) <p>08 Des 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola nafas <p>Hasil: F: 28x/m Terdapat bunyi nafas tambahan yaitu weezing <ul style="list-style-type: none"> - mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan headtilt dan chin-lift </p>	<p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
3	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d penurunan anggota gerak</p>	<p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatnya kekuatan otot - Menurunnya kaku sendi - Kelemahan fisik membaik - Gerakan kembali normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor neurologis dan GCS - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam 	<p>07 Des 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor neurologis dan GCS <p>Hasil: GCS: 9 somnia</p>	<p>S:</p> <p>O: Nilai GCS: 9 Somnolen</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p>

-
- | | | | |
|------------------------------------|---|--|------------------------------|
| meningkatkan kebutuhan sehari-hari | - | Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi ringan | P:
Intervensi dilanjutkan |
| - Dokumentasikan hasil pemantauan | | Hasil:
Miring kanan miring kiri untuk mencegah dekubitus | |
| | - | Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan kebutuhan sehari-hari | |
| | | Hasil:
Keluarga membantu dalam kebutuhan sehari-hari pasien | |

Sumber: Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, PPNI (2006)

Kesimpulan

Kegiatan asuhan keperawatan di ruang Flamboyan RSUD Kota Banjar berjalan dengan lancar. Pasien dan keluarga mampu memahami tindakan-tindakan yang telah dilakukan dengan baik. Keluarga pasien dapat mempraktekan apa yang telah dilakukan oleh perawat, karena perawat selalu melibatkan keluarga dalam tindakan yang sekiranya dapat dilakukan keluarga untuk memandirikan keluarga dan pasien dalam melakukan perawatan terhadap pasien jika nanti sudah dibolehkan pulang ke rumah.

Kegiatan asuhan keperawatan sangat memberikan manfaat dalam meningkatkan pengetahuan tentang bagaimana perawatan post rawat inap dirumah kepada keluarga pasien. Kegiatan ini perlu dilakukan secara lebih mendalam dan konsisten agar menambah pengetahuan dan keterampilan kepada keluarga pasien.

Ucapan Terima Kasih

Referensi

- 1) Anwairi, U. (2020). Manajemen Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Kecemasan Pada Penderita Stroke.
- 2) Ariyanto, H., Setiawan, H., & Oktavia, W. (2021). A Case Study: Murotal Distraction to Reduce Pain Level among Post-Mastectomy Patients. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 4(3), 325–331.
- 3) Atmanto, A. P., Aggorowati, & Rofii, M. (2020). Efektifitas pedoman pendokumentasian diagnosa dan intervensi keperawatan berbasis android terhadap peningkatan mutu dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 9, 83–92.
- 4) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2019), 7(5), 803–809. <https://doi.org/10.1517/13543784.7.5.803>
- 5) Bakara, D. M., & Warsito, S. (2016). Latihan Range of Motion (Rom) Pasif Terhadap Rentang Sendi Pasien Pasca Stroke. *Idea Nursing Journal*, 7(2), 12–18.
- 6) Bakhtiar, Y., & Rochana, N. (2020). Sensitivitas dan Spesifitas Skor Stroke Literature Review, 18(2).
- 7) Faiza Yuniati, I. P., & Sari, S. R. I. P. (2021). Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga Penderita Stroke Dengan Masalah Kekuatan Otot Melalui Latihan Range Of Motion, 1(2), 33–35.
- 8) Firmansyah, A., Setiawan, H., & Ariyanto, H. (2021). Studi Kasus Implementasi Evidence-Based Nursing: Water Tepid Sponge Bath Untuk Menurunkan Demam Pasien Tifoid. *Viva Medika: Jurnal Kesehatan, Kebidanan Dan Keperawatan*, 14(02), 174–181.
- 9) Handayani, D., & Dominica, D. (2018). Gambaran drug related problems (DRP's) pada penatalaksanaan pasien stroke hemoragik dan stroke non hemoragik di RSUD Dr M Yunus Bengkulu. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 5(1), 36–44.
- 10) Jannah, P. I., & Djannah, R. S. N. (2021). Pengembangan Permainan Ular Tangga Sebagai Media Promosi Kesehatan Tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. *Medika Respati: Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 15(4), 245–252.
- 11) Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan*

- Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- 12) Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73.
 - 13) Nurartianti, N., & Wahyuni, N. T. (2020). Pengaruh Terapi Genggam Bola Terhadap Peningkatan Motorik Halus Pada Pasien Stroke. *Jurnal Kesehatan*, 8(1), 922–926. <https://doi.org/10.38165/jk.v8i1.98>
 - 14) Nurtanti, S., & Ningrum, W. (2018). Efektifitas Range Of Motion (ROM) Aktif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Penderita Stroke. *Jurnal Keperawatan GSH*, 7(1), 14–18.
 - 15) Rahmadhani, S. M. D., Diana, M., Lestari, M. D., & Riesmiyatiningdyah, R. (2020). Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan diagnosa medis cerebro vaskular accident bleeding di ruang krissan RSUD Bangil Pusuruhan. Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
 - 16) Saidi, S., & Andrianti, S. (2021). Perbedaan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Teknik Slow Stroke Back Massage Terhadap Skala Nyeri Pada Penderita Low Back Pain Di Puskesmas Jaya Loka. *Injection: Nursing Journal*, 1(1), 32–43.
 - 17) Setiawan, H., Suhandha, S., & Setiawan, D. (2021). Coaching Clinic as a Strategy to Improve Knowledge and Competence of Nurses in Providing Genetic Counseling Interventions among Thalassaemia Patients. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 10(1), 84–85. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.92764.1883>
 - 18) Setiyawan, S., Nurlily, P. S., & Harti, A. S. (2019). Pengaruh Mirror Therapy Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Di RSUD Dr. Moewardi. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama*, 6(2), 49. <https://doi.org/10.31596/jkm.v6i2.296>
 - 19) Soewarno, S. A., & Annisa, Y. (2017). Pengaruh hipertensi terhadap terjadinya stroke hemoragik berdasarkan hasil ct-scan kepala di instalasi radiologi RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo. *MEDISAINS*, 15(1), 39–46.
 - 20) Suhandha, Setiawan, H., Ariyanto, H., & Oktavia, W. (2021). A Case Study: Murotal Distraction to Reduce Pain Level among Post-Mastectomy Patients Suhandha1,. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 4(3), 325–331. <https://doi.org/http://doi.org.10.35654/ijnhs.v4i3.461> Abstract.
 - 21) Supratti, & Ashriady. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44. <https://doi.org/10.33490/jkm.v2i1.13>
 - 22) Ulina, J. M., Eka, N. G. A., & Yoche, M. M. (2020). Persepsi Perawat Tentang Melengkapi Pengkajian Awal Di Satu Rumah Sakit Swasta Indonesia. *Nursing Current Jurnal Keperawatan*, 8(1), 71. <https://doi.org/10.19166/nc.v8i1.2724>