

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Stroke Hemoragik, penyebabnya pecah suatu pembuluh darah di otak, yang menyebabkan ketidak lancar aliran darah pada otak serta bisa menimbulkan kerusakan pada saraf otak (Ananda,2018).

Stroke Hemoragik, bisa dikatakan sebagai disfungsi neurologis fokal yang bisa dikatakan akut akibat pendarahan pada otak yang terjadi dengan spontan yang disebabkan oleh trauma dari arteri yang mengalami pecah (Nugraha,2018). Stroke Hemoragik adalah jenis Stroke dengan pendarahan mendadak (Wati,2019)

Stroke Hemoragik dengan perdarahan intrakranial berdasarkan tempat terjadinya pendarahan yaitu pada parenkim otak (intraserebral) dan pendarahan subrakhoid yang mengalami kebocoran di dalam otak (Rahmayanti,2019).

2. Etiologi

Stroke Hemoragik terjadi dan berkaitan dengan penyakit tekanan darah atau hipertensi.

Stroke dipengaruhi dengan penetrating artery di area ganglia basalis sebesar 50%, lobus serebral sebesar 10% -20%, thalamus sebesar 15 %, pons dan batang otak sebesar 10%-20%, serebrum 10%, Stroke lobaris pada pasien yang sudah lanjut usia dengan sebutan cerebral antyloid

angiopathy. Selain itu Stroke Hemoragik dapat diakibatkan oleh penyakit tumor intracranial, penyakit darah beku, leukimia, serta faktor usia, kelamin dan keturunan (Setiawan, 2021).

Menurut Junaidi (2018) Stroke Hemoragik disebabkan pecahnya arteri. Arteri yang mengalami pecah terjadi karena memiliki dinding arteri yang kemudian memiliki bentuk balon yang disebut aneurisma. Penyebabnya adalah trauma kepala dan batuk keras, mengangkat beban berat dan lain sebagainya.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Nugraha (2018) manifestasi klinik Stroke Hemoragik berdasarkan bagian tubuh terkena, ukuran lesi dan ada sirkulasi kolaretal. Pada Stroke parah dengan gejala-gejala klinik yaitu:

- a. Terjadinya lumpuh pada bagian tubuh wajah ataupun badan sisi(hemiparesis) ataupun hemiplegia (paralisis) secara. Kelumpuhan ini diakibatkan oleh rusaknya area motorik pada bagian frontal.
- b. Hemisfer kanan yang mengalami maka yang mengalami lumpuh bagian kiri. Pengidap akan sulit mecontrol otot vulerter sensorik sehingga penderita sulit dalam gerak fleksi.
- c. Sensibilitas yang mengalami gangguan yang terjadi ditubuh, gangguan sensibilitas ini disebabkan oleh rusotonom dan gangguan saraf pada sensori.
- d. Tidak sadarkan diri yang diakibatkan oleh kerusakan otak dari gangguan metabolik otak akibat dari Hipoksia.

- e. Gangguan sulit bicara, afasia merupakan keterbatasan bicara, seperti membaca, menulis, memahami Bahasa. Afasia, pengidap stroke dengan arteri middle sebelah kiri. Afasia dibedakan dalam afasia motorik, sensorik, afasia global. Afasia, penderita bisa paham pembicaraan namun pasien tidak dapat berbicara. Afasia sensorik, adalah afasia pada pasien yang tidak bisa menerima stimulasi dari pendengarannya namun bisa berbicara dan bisa dikatakan bahwa terjadi ketidak sinkronan. Afasia secara global pasien berbicara dengan baik. Umumnya juga bisa mengungkapkan topik pembicaraan.
- f. Distrasia, merupakan gangguan sulit bicara terutama pada artikulasi, yang menyebabkan artikulasi pasien tidak jelas. Pasien Distrasia bisa memahami, menulis, mendengarkan dan membaca. Disatria ini disebabkan oleh kerusakan pada nervus kranial dan menyebabkan lemahnya otot bibir. Penderita sulit mengunyah serta menelan makanan.
- g. Gangguan dari penglihatan (diplopia), pasien kehilangan penglihatan dan pandangan buram atau ganda, disebabkan oleh rusaknya lobus pariental yang bisa memperlambat saraf optik.
- h. Disfagia/kesulitan menelan disebabkan oleh rusaknya nervus kranial IX. pada saat menelan bolus akan terdorong lidah, gluteus menutup dan makanan akan masuk ke esofagus.
- i. Inkontensia bowel atau bladder diakibatkan rusak saraf mensyarafi bladder serta bowel.

- j. Vertigo yang biasa dengan gejala-gejala pada kepala terasa nyeri mual dan muntah.

4. Patofisiologi (Pathway)

Gejala Stroke dengan faktor gaya hidup, diabetes mellitus, Riwayat Dan sebagainya, norepinephrine pembuluh mengalami peningkatan. Hipertensi menerus menimbulkan ketebalan arteri dan menyebabkan arteri serebral tersumbat secara cepat dan mengakibatkan adanya iritasi di arteri. Serebral yang pecah sehingga menyebabkan Stroke Hemoragik (Rahmayanti,2019). Mekanisme yang kerap diakibatkan Stroke. Stroke pendarahan intraserebral faktor peningkatan tekanan pada darah. Hipertensi kronis membuat pembuluh darah 100 sampai 400 mm yang perubahan tak jelas. Perubahan lipohyalinosis, fragmentasi, nekrosis, dan mikro aneurisma pada arteri. Kenaikan tekanan darah secara cepat arteri pecah. Jika pecah akan menimbulkan pendarahan (Munir,2015). Pecahnya pembuluh darah otak disebabkan oleh masuknya darah ke dalam jaringan otak, kemudian membentuk hematoma yang menekan di jaringan otak sehingga menyebabkan oedema di sekitar otak. Peningkatan Transient Iskemik Attack (TIA) secara cepat maka bisa menyebabkan kematian mendadak yang disebabkan dari herniasi pada otak.

Intraserebral kerap ditemukan di area pituitary gland, thalamus, sub kortikal, lobus pariental, nucleus kaudatus, pons, dan cerebellum. Hipertensi kronis menimbulkan efek perubahan yang terjadi pada struktur di dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid

(Perdana,2017).

Arteri yang mengalami ke pecahan akibat AVM (arteriovenous malformation). Aneurisma ditemukan di percabangan pembuluh darah besar disirkulasi willi sedangkan AVM (arteriovenous malformation) bisa ditemukan di jaringan otak pada permukaan otak ventrikel, dan subarachoid (Perdana,2017). Aneurisma, adalah lesi diperoleh karena adanya kaitan di dinding arteri bagian cabang. Perkursor awal aneurisma, terdapat suatu kantung yang melalui arteri media yang mengalami kerusakan. Kerusakan yang terjadi karena tekanan pulsasif, turbelensi di bifurcation arteri. Aneurisma memiliki lapisan yang sedikit, digantikan oleh jaringan ikat, dan mempunyai lamina elastika yang bebas, rupture terjadi kemudian arteri mengarah keruangan subarachnoid menyebar cepat cairan serebrospinal mengelilingi otak dan medulla spinalis. Ekstravasasi darah menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) global dan mengiritasi meningeal (Munir,2015). Tingginya TIK menjadi pertanda terjadinya sumbatan pendarahan subhianoid pada bagian retina mata dan turun kesadaran tubuh. Subarachnoid menyebabkan vasopasme arteri serebrall.

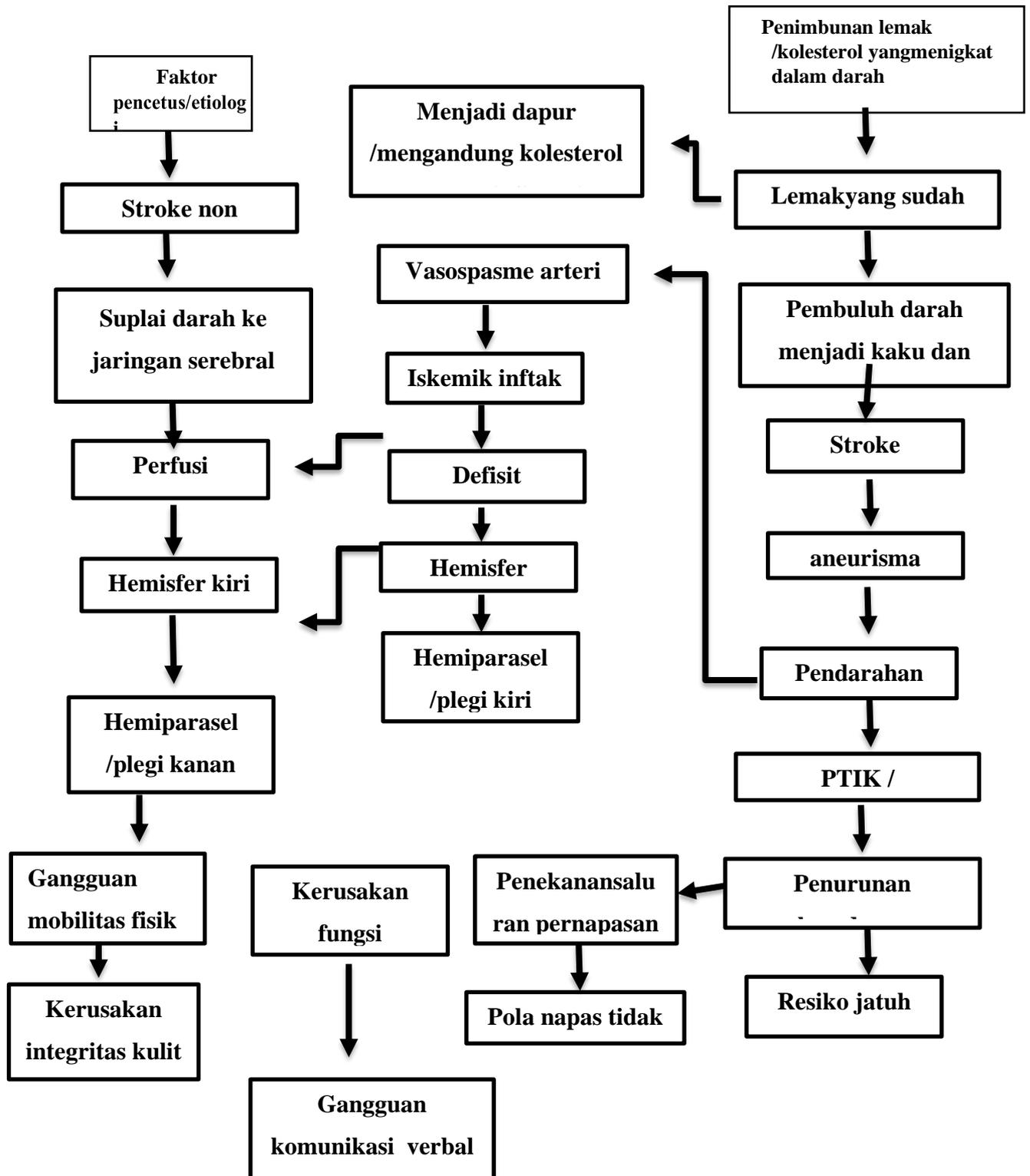
puncak pada kelima sampai 9, hilang pada minggu ke-2 sampai 5. Penyebabnya adanya vasopasm yaitu karena interaksi yang terjadi berasal dari darah, dilepas di dalam suatu cairan yaitu serebrospinal, pembuluh darah arteri di ruang subarachnoid. Pelepasan tersebut bisa menimbulkan kepala nyeri (hemiparese). Bagian otak memiliki fungsi akibat dari

oksigen yang terpenuhi. Energi di dalam sel saraf secara keseluruhan melewati proses oksidasi. Otak memiliki O₂ yang membuat timbulnya kerusakan, dan kekurangan aliran darah otak dan menimbulkan gangguan fungsi (Wai,2019).

Pendarahan subarachnoid (PSA), pendarahan otak arachnoid lebih kerap menyebabkan hilang kesadaran. Pendarahan subarachnoid yang di respon tubuh melalui kontraksi arteri (vasokontraksi) yang dirangsang oleh zat vasokontraksi seperti serotonin, prostaglandin, dan produk pecahnya lainnya. Kondisi ini, kalsium yang masuk ke dalam otot pada pembuluh darah. Yaitu pada hari ke-5 pendarahan, kontraksi akan mencapai puncak kemudian menutup saluran arteri secara keseluruhan dan darah tidak lagi mengalir ke bagian saraf. Akhirnya terjadi timbulnya kematian pada sel saraf dan menimbulkan hilang control yang bisa membuat terjadinya hemiplegia

dan Hemiparesis. Hemiplegia dan Hemiparesis menimbulkan lemah pada penggerak tubuh dan keterbatasan gerakan fisik ekstremitas dan timbul masalah keperawatan mengenai hambatan mobilitas fisik (Black dan Hawks,2014).

Tabel 2.1 Pathway Stroke Hemoragik (Nanda dalam Tellu, 2019)



5. Klasifikasi

Indrawati dkk, (2016) Stroke hemoragik, terbagi menjadi dua yakni:

a. Pendarahan Intracerebral

Intra Serebral adalah pendarahan akibat arteri intracerebral yang mengalami ke pecahan kemudian masuk ke otak. Stroke Intracerebral ini yaitu pecahnya pembuluh darah yang membasahi jaringan pada bagian otak tubuh manusia. Darah kemudian mengiritasi dan menyebabkan penyempitan. Sel lain yang berada jauh dari otak juga akan mengalami kerusakan akibat. Apabila jumlah darah keluar sebanyak 50 ml menjadi proses ruang terdesak..

b. Perdarahan subarachnoid

Merupakan arteri atau aliran darah yang masuk ke subarachnoid baik dari suatu tempat ke tempat lainnya (pendarahan subarachnoid sekunder) dari jaringan subarachnoid. Pembuluh darah yang mengalami pendarahan pada bagian selaput pembungkusnya otak. Kemudian mengalirkan darah keluar jaringan antara tulang otak dengan tulang tengkorak. Darah akibat pendarahan menyebabkan yang namanya spasme arteri pada bagian sekitaran pendarahan.

6. Faktor Resiko

Menurut, (Haryono & Sari Utami, 2019) ada faktor yang dapat meningkatkan resiko Stroke, antara lain:

a. Faktor Resiko Gaya Hidup

1) Obesitas dan berlebihan berat tubuh

- 2) Ketidak aktifan tubuh
 - 3) Minuman berat di pesta
 - 4) Obat terlarang contohnya kokain serta metamfetamin.
- b. Faktor Medis
- 1) Darah dari 120/80 mmHg
 - 2) Mengonsumsi rokok
 - 3) Kolesterol tinggi
 - 4) Diabetes mellitus
 - 5) Apnea tidur obstruktif
 - 6) Penyakit kardiovaskular, seperti gagal jantung, cacat jantung, infeksi jantung atau irama jantung yang tidak normal

7. Komplikasi

Berdasarkan Rahmayani (2019) timbulnya gejala dari komplikasi pada pasien Stroke Hemoragik yaitu diantaranya nya:

a. Fase Akut

- 1) Hipoksia serebral dan rendahnya aliran darah ke otak

Bisa adanya perubahan gangguan fungsi akibat pendarahan gangguan fungsi jaringan, akibat lemahnya aliran darah menuju ke otak. Lemahnya aliran serta oksigen yang timbul hipoksi jaringan otak, fungsi otak yang terganggu tergantung lokasinya. Aliran darah ke otak, fungsi jantung dan utuhnya pembuluh darah. Sehingga Pasien Stroke, kekuatan aliran darah membutuhkan

jaringan baik menghindari hipoksia serebral.

2) Edema serebri

Fisiologis dari trauma. Edema, apabila area hipoksia atau iskemia, tubuh menjadi membuat aliran darah meningkat sehingga interstisial cairan berpindah menuju ekstraseluler dan terjadi edema otak.

3) Peningkatan tekanan intrakranial (TIK)

Peningkatan, terdapat edema membuat dan penekanan intrakranial dengan defisit dari Sensorik nyeri yang terjadi di kepala dan gangguan kesadaran. Tingginya tekanan intrakranial membuat *herniasi serebral* yang bisa berpotensi gangguan kesehatan.

4) Aspirasi

Pasien Stroke, yang mengidap kesadaran yang terganggu memiliki kerentanan yang lebih rentan.

b. Komplikasi pemulihan

1) Komplikasi kerap ada di fase pemulihan, penyebabnya karena pneumonia, dicubitus, trombosis vena, kontraktor dan inkontenensia urine.

2) Kejang, disebabkan adanya penurunan aktivitas otak.

3) Nyeri kronis pada kepala contohnya migrain, nyeri pada kepala tension, dan clausser.

4) Malnutrisi, terjadi karena intake kuat.

8. Pemeriksaan penunjang

Berdasarkan Wati, (2019), pemeriksaan pasien penderita penyakit Stroke Hemoragik yaitu sebagai berikut ini

- a. Angiografi Serebral. Bisa mengetahui sebab dari penyakit Stroke spesifik contohnya pertahanan/sumbatan arteri, memperlihatkan letak dari rupture.
- b. Scan Tomografi Computer (Computer Tomography Scan-CT scan).
Bisa memprediksi thrombosis, tekanan intracranial. Naiknya Intracranial membuat terjadinya pendarahan subarachnoid. Kadar protein total terus bertambah, thrombosis disertai proe inflamasi. CT secara sensitive mendeteksi pendarahan subarachnoid, tetapi semakin berjalan antara kejadian akut dengan CT-scan, maka CT- scan negative. SAH apabila masih dicurigai pada CT-scan normal makka pemeriksaan lumbal perlu dilakukan lebih lanjut.
- c. Fungsi Lumbal. Lumbal menunjuk untuk terlihatnya suatu darah/siderofag serebrospinal secara langsung.
- d. Magnetic Resonance Imaging (MRI). Memperlihatkan daerah infrak, Perdarahan, dan malformasi arteriovenal (MVM).
- e. Ultrasonografi doppler (USG doppler). Adanya gangguan arteriovenal (permasalahan system arteri). (Munir, 2015).
Pemeriksaan sinar X pada kepala pada perubahan glandula pineal pada bagian arah lawan masa luas perbedaan kritik internal di dinding aneurisme subarachnoid.

- f. Elektroensefalogram (electroencephalogram -EEG), masalah pada gelombang bagian otak manusia lebih spesifik
- g. Sinar Tengkorak. Sinar Tengkorak bisa memberi gambaran perubahan pada daerah pial dan masa luas, klasifikasi subrachnoid.
- h. Pemeriksaan laboratorium:
 - 1) Cek gula pada darah, hiperglikemia menimbulkan tingginya gula darah.
 - 2) Resiko Stroke Hemoragik, pasien hipertensi (82%), gula darah (64%), LDL meningkat (66%), trigliserida (65%), dan kolesterol total meningkat (70%), pasien dengan kadar HDL normal lebih banyak (49%).

9. Penatalaksanaan

Menurut Wati (2019), tatalaksana pasien dengan penderita stroke sebagai berikut:

- a. Terapi Stroke Hemoragik pada serangan akut
 - 1) Operasi serangan akut
 - 2) Masukkan pasien bagian bedah saraf
 - 3) Stroke hemoragik
 - utama, yang menyebabkan penderita dengan *euvolemic* dan pemberian isitonik.
 - 4) Penatalaksanaan umum dibagian saraf Neuroprotector, penderita klien stroke citicoline dan piracetam. Dari penelitian neuroprotector memberikan luaran yang signifikan. Citicoline 2

kali 250 mg / 2 kali 500 mg memberikan nilai GCS berbeda pada setiap pasien penderita.

5) Penatalaksanaan khusus pada kasus

a) *Subarachnoid Hemorrhage dan Intraventricular Hemorrhage.*

b) *Kombinasi Parenchymatous dan Subarachnoid Hemorrhage.*

c) *Parenchymatous Hemorrhage.*

6) Neurologis

a) Pengawasan terhadap tekanan darah serta konsentrasinya. *American Heart Association (AHA)* merekomendasi mengenai tekanan darah penderita intraserebral, faktor yang ada di pasien, yaitu tekanan darah dikatakan pendarahan usia dan tingkat tekanan intrakranial. tekanan ialah terhindar dari rupture aneurisma dimana resiko pendarahan yang berlanjut dan berulang. Pemberian antihipertensi apabila tekanan tinggi. Serta diberikan berdasarkan pertimbangan organ lain misal jantung dan ginjal. Namun apabila tekanan pasien rendah penderita stroke memberi tanda adanya peningkatan volume infark tidak baik awal serangan turunnya tekanan menjadi lebih dua puluh mmHg. Control edema bisa mengakibatkan rusaknya atau lumpuhnya saraf otak.

- 7) Terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah
- a) Antifibrinolitik sebagai peningkat mikrosirkulasi dosis kecil.
 - b) Natri etamsylate
 - c) Kalsium
 - d) Profilaktosis Vasopasme
 - e) Konsentrasi mengenai perawatan dengan melakukan pengawasan darah.
 - f) Perawatan penderita secara umum bagi stroke akut.
 - g) Pengaturan suhu atur suhu ruangan menjadi 18-20 c
 - h) Monitoring keadaan umum pasien yaitu: EKG, nadi, saturasi, O₂ PO₂, PCO₂.
 - i) Pengukuran suhu setiap 2 jam.

b. *Range Of Motion* (ROM)

ROM tujuan yaitu menstabilkan kekuatan otot, sendi dan kekuatan pada otot. Prinsip ROM dilakukan dengan berhati-hati sekali dan dengan perlahan pada pasien penderita stroke, ROM dilakukan sebanyak delapan kali dan minimal dua kali sehari dengan memperhatikan umur, diagnosa dan tanda-tanda vital pasien. ROM dilakukan bisa pada semua bagian persendian atau hanya pada bagian persendian tertentu saja sesuai dengan waktunya.

c. *Akupresur*

Akupresur terapi pemijatan. Ilmu Akupuntur tidak dengan jarum

atau benda lain. Akupresur ialah proses penyembuhan pada penderita karena tidak dengan teknik invasive atau biasa sering menggunakan jempol dan siku tangan saja pada saat menekan titik tubuh tertentu.

d. Pengaturan posisi

Posisi harus diatur karena memberikan peluang untuk aktivitas walaupun pasif, serta dapat memaksimalkan pengembangan paru serta mencegah terjadinya decubitus. Namun terlalu sering membalikkan tubuh pasien juga tidak baik karena di takutkan dapat meningkatkan tekanan intra kranial. Maka dari itu perlu adanya perubahan posisi selama selang waktu dua jam sekali.

e. Penilaian kesadaran

Kesadaran secara kualitatif antara lain; *compos mentis* kesadaran Klien tubuh akan merespon cukup dari stimulasi rangsangan. *Somnolen* penderita menurun ringan hingga sedang, dengan respon tubuh terhadap lingkungan sekitar yang kurang serta mudah jatuh pada saat penderita tertidur, *minim respon* akibat pertanyaan dengan memberikan rangsangan respon. *Sopor* ialah pasien tidak memberikan sedikit pun respon bagi rangsangan yang diberikan. Nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) yaitu, *compos mentis*: 15, *somnolen* (agak menurun atau *apatis*): 12-14, *sopor* (mengantuk): 9- 11, *koma* (tidak sadar): 3-8. Pada kondisi Stroke Hemoragik terjadi

Pendarahan Dari tingginya Intrakranial pasien stroke dengan signifikan dan dampak GCS hari ke-8. Pada pasien menderita Stroke

berulang memiliki nilai GCS lebih rendah ($13,28 + 0,95$) dibanding pasien yang mengalami serangan awal Stroke hemoragik.

f. Pemeriksaan Glasgow coma scale (GCS)

1) Eye

4 : Secara spontan mata terbuka

3 : mata terbuka ketika ada rangsangan suara

2 : mata ketika rangsangan nyeri

1 : Tidak ada respon

2) Verbal

5 : Orientasi baik

4 : Bingung

3 : Mengulang kata

2 : Suara tidak jelas

1 : Tidak respon

3) Motoric

6 : Bereaksi terhadap perintah verbal

5 : Mengidentifikasi nyeri yang terlokalisir

4 : Fleksi dan menarik dan rangsangan nyeri

3 : Fleksi abnormal

2 : Ekstensi abnormal

1 : Tidak respon

g. Penilaian kekuatan otot

Kekuatan otot dinilai dalam skala 0 sampai 5:

0 : Terdekteksi adanya kontraksi otot

1 : Kontraksi yang tidak terdeteksi

2 : Gerakan aktif, tanpa pengaruh gravitasi

3 : Gerakan aktif melawan gravitasi

4 : Gerakan aktif melawan gravitasi tanpa tanda-tanda kelelahan.

5 : Kekuatan otot normal

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Khaira (2018) konsep asuh penderita stroke:

a. Identitas Klien

1) Usia

Stroke menyerang segala macam usia baik usia tua ataupun usia muda. Namun lebih sering menyerang kalangan lansia umur 55 tahun, risikonya berlipat pada kurun waktu 10 tahun. Hemoragik dengan usia 45-60 tahun sedangkan Stroke Hemoragik dengan pendarahan subarachnoid lebih condong di usia 20-40 tahun

2) Jenis kelamin

Pria akan cenderung terserang Stroke dibanding dengan wanita. 1,3 : 1 perbandingan, Pria dengan umur 45 resiko stroke 25% sedangkan wanita berisiko 20%. Pada laki-laki cenderung terkena Stroke Iskemik sedangkan pada wanita lebih sering menderita Stroke Hemoragik subarachnoid dan kematiannya 2 kali lebih

tinggi dibandingkan laki-laki.

3) Pekerjaan

Stroke bisa lebih banyak menyebabkan di orang-orang yang memiliki keadaan sosial ekonomi tinggi dikarenakan gaya hidup, kebiasaan makan, aktivitas dan istirahat. Penelitian ini menghasilkan temuan 50% berpendidikan sarjana, karena cenderung memiliki pola hidup yang tidak sehat dapat memicu timbulnya penyakit Stroke.

b. Keluhan Utama

Keluhan motoric lemahnya gerak, sulit bicara, sulit berkomunikasi, kepala terasa nyeri gangguan sensorik kejang dan tidak sadar.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan Stroke Hemoragik dengan serangan dadakan. Nyeri ada pada kepala, terasa mual, muntah dan kejang hingga tidak sadar diri (Rahmayanti, 2019).

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Tekanan darah atau hipertensi, diabetes dan jantung, asma, anemia, dan lain sebagainya. Ditemukan berbagai riwayat- riwayat tinggi kolesterol, pemakaian kontrasepsi dan perokok serta konsumsi alkohol juga bisa menjadi penyebab timbulnya Stroke.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga dengan riwayat penyakit hipertensi, diabetes dan stroke.

f. Pemeriksaan Fisik

Pada penelitian dalam Doenges, et. Al (2015) pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien Stroke adalah sebagai berikut yakni:

1) Aktivitas/Istirahat

Gejala : Sulit dalam melakukan sesuatu aktivitas karena lemah merasa mudah lelah dan susah beristirahat.

Tanda : Gangguan Tonus Otot (flaksid, spastis), Paralitik (hemiplegia) dan melemahnya tubuh. Gangguan pendengaran. Gangguan tingkat kesadaran.

2) Sirkulasi

Gejala : gangguan penyakit jantung (reumatik/penyakit jantung vaskuler, GJK, endocarditis bacteria), Polisitemia, riwayat Hipotensi Postural.

Tanda : Hipertensi Arterial. Adanya embolisme vaskular. Frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung, obat-obatan, efek Stroke pada pusat vasomotor). Disritmia, perubahan EKG. Desiran pada karotis, femoralis dan arteri iliaka/aorta yang abnormal.

3) Integritas Ego

Gejala : Perasaan putus asa dan tidak berdaya.

Tanda : ketidakstabilan emosi dan tidak siap untuk marah, sedih dan gembira. Sulit berekspresi diri.

4) Eliminasi

Gejala : Perubahan pola inkontinensia urine, anuria. Distensi

abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negative (ileus paralitik).

5) Makanan/Cairan

Gejala : Kehilangan nafsu makan. Mual dan muntah pada fase akut (TIK). Sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia. Adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

Tanda : sulit menelan (gangguan pada reflek palatum dan faringeal). Obesitas (faktor risiko).

6) Neurosensory

Gejala : Pusing (sebelum serangan CSV/selama TIA). Sakit kepala; akan sangat terasa berat saat intraserebral atau subarachnoid. Kelemahan yang terjadi pada sisi lumpuh. Penglihatan turun, buta, penglihatan ganda (diplopia) atau gangguan yang lain. Sentuhan; hilangya rangsang sensorik kontralateral (pada sisi tubuh yang berlawanan) pada ekstremitas pada wajah. Gangguan indra penciuman dan pengecap.

Tanda : status tingkat kesadaran biasanya terjadi koma di awal Hemoragis, ketidaksadaran biasanya akan tetap sadar jika penyebabnya adalah thrombosis yang bersidat alami; gangguan tingkah laku (seperti latergis, apatis, menyerang) gangguan fungsi kongnitif (seperti penurunan memori, pemecahan masalah). Ekstermitas; kelemahan/paraisis (kontralateral pada semua jenis stroke), genggaman tidak sama,refleks tendon melemah secara

kontralateral. Pada wajah terjadi paralisis atau parase(ipsilateral).
Afasia: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa mungkin afasia motoric (kesulitan untuk mengungkapkan kata), reseptif (afasia sensorik) yaitu kesulitan untuk memahami kata-kata secara bermakna atau afasia global yaitu gabungan dari kedua hal diatas.
Kehilangan kemampuan untuk mengenali/menghayati masuknya rangsangan visual, pendengaran, taktil (agnosia), seperti halnya gangguan kesadaran terhadap citra tubuh kewaspadaan, kelalaian terhadap bagian tubuh yang terkena, gangguan persepsi.
Kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menyerang (apraksia). Ukuran/ reaksi pupil tidak sama atau miosis pupil ipsilateral (pendarahan/herniasi). Kekakuan nukal (biasanya karena perdarahan). Kejang (biasanya karena adanya pencetus perdarahan).

7) Nyeri/Kenyamanan

Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda (karena arteri karotid terkena).

Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, dan ketenangan

8) Pernapasan

Gejala : Merokok (faktor resiko).

Tanda : ketidak mampuan menelan/batu/hambatan jalan nafas.timbulnya pernapasan sulit dan/ atau tak teratur. Suara nafas terdengar/ronki (aspirasi sekresi)

9) Keamanan

Tanda : Motorik/sensorik: masalah dengan penglihatan. Perubahan persepsi terhadap orientasi tempat tubuh (Stroke kanan). Kesulitan untuk melihat objek dari sisi kiri (pada Stroke kanan). Hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit. Tidak mampu mengenali objek, warna, kata dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik. Gangguan respon terhadap terhadap panas dan dingin/gangguan regulasi tubuh. Kesulitan dalam menelan, tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri (mandiri). Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabar/kurang kesadaran diri (Stroke kanan).

10) Interaksi Sosial

Tanda : Masalah bicara, ketidak mampuan untuk berkomunikasi.

11) Penyuluhan/Pembelajaran

Gejala : Adanya riwayat hipertensi pada keluarga, Stroke (faktor resiko). Penggunaan kontrasepsi oral kecanduan alkohol (faktor resiko). Pertimbangan Rencana Pemulangan: DRG menunjukkan rerata lama dirawat : 7,3 hari. Mungkin memerlukan pengobatan / penanganan terapeutik. Bantuan dalam hal transportasi, berbelanja, penyiapan makanan, perawatan diri dan tugas-tugas rumah /mempertahankan kewajiban. Perubahan dalam susunan rumah secara fisik, tempat transisi sebelum

Kembali ke lingkungan rumah.

2. Diagnosa Keperawatan

Ialah bagian dari awal dalam menentukan perawatan dengan tujuan pasien bisa sehat. Diagnosa keperawatan memiliki tujuan sebagai mengidentifikasi respon dari pasien individu, keluarga dan komunitas mengenai keterkaitan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017).

Setelah didapatkan data pengkajian dilakukan dengan keseluruhan kemudian terancang analisis serta kesimpulan diangnosa. Berikut ini Stroke Hemoragik menurut Tellu (2019), (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017) :

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d penurunan kinerja ventrikel kiri, tumor otak, cedera kepala, infrak miokardiak, hipertensi dan hiperkolesterolemia.
- 2) Pola pernafasan menjadi tidak efektif b/d depresi pusat pernafasan, terhambatnya nafas dan gangguan neurologis serta neuromuskular.
- 3) Pembersihan pernafasan yang tidak efektif b/d spasme jalan nafas, disfungsi neuromuskuler dan sekresi yang tertahan.
- 4) Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular dan lemahnya anggota gerak tubuh.
- 5) Gangguan verbal komunikasi b/d penurunan sirkulasi serebral dan gangguan neuromuskular.
- 6) Gangguan persepsi sensori b/d gangguan pendengaran, penglihatan, penghiduan dan hipoksia serebral.

- 7) Defisit nutrisi b/d tidak dapat menelan makanan.
- 8) Resiko gangguan integritas kulit/jaringan b/d penurunan mobilitas.
- 9) Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan.
- 10) Konstipasi b/d ketidak adekuatan toileting

3. Intervensi keperawatan

Ialah bentuk terapi yang diberikan oleh perawat terhadap pasien dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan pemulihan Kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018).

Tujuan serta hasil untuk intervensi bagi klien mengalami Stroke Hemoragik dengan menggunakan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran keperawatan Indonesia (SLKI). (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI,2019):

Tabel 2.2 Intervensi Keperawat

No	Diagnosa Keperatan (SDKI)	Tujuan & kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d penurunan kinerja ventrikel kiri, tumor otak, cedera kepala, infark miokard akut, hipertensi dan hiperkolesterolemia. Definisi : Beresiko mengalami pemurunan sirkulasi darah ke otak.	Perfusi serebral (L.02014). Kriteria hasil : - Tingkat kesadaran (1,2,3,4,5) - Kognitif (1,2,3,4,5) Keterangan : a) menurun b) cukup menurun c) sedang d) cukup meningkat e) meningkat - tekanan intracranial (1,2,3,4,5) - sakit kepala (1,2,3,4,5) - gelisah (1,2,3,4,5) - kecemasan (1,2,3,4,5) - agitasi (1,2,3,4,5) - demam (1,2,3,4,5)	Pemantauan tekanan intracranial (I.06198) Observasi 1.1 Meninjau semakin tinggi TIK 1.2 Pengawasan tekanan darah 1.3 Pengawasan pelebaran tekanan nadi 1.4 Pengawasan tingkat lemah jantung 1.5 Monitor regulalitas irama napas 1.6 Pengawasan penurunan tingkat kesadaran 1.7 Pengawasan perlambatan atau tidak simetris dan respon pupil 1.8 Pengawasan kadar CO ₂ dan pertahanan dalam

		<p>keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 1 meningkat b) 2 cukup meningkat c) 3 sedang d) 4 cukup menurun e) 5 menurun <ul style="list-style-type: none"> - Nilai rata-rata tekanan darah (1,2,3,4,5) - Kesadaran (1,2,3,4,5) - Tekanan darah diastolik (1,2,3,4,5) - Refleks saraf (1,2,3,4,5) <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 1 memburuk b) 2 cukup memburuk c) 3 sedang d) 4 cukup membaik e) 5 membaik 	<p>rentang yang diindikasikan</p> <p>1.9 Pengawasan tekanan perfusi serebral</p> <p>1.10 Pengawasan jumlah, kecepatan dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</p> <p>1.11 Pengawasan stimulus lingkungan TIK</p> <p>Teraupetik</p> <p>1.12 Ambil sampel drainase cairan serebrospinal</p> <p>1.13 Kalibrasi transduser</p> <p>1.14 Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan</p> <p>1.15 Pertahankan posisi kepala, leher netral.</p> <p>1.16 Bilas sistem pemantauan, <i>jika perlu</i></p> <p>1.17 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</p> <p>1.18 Dokumentasi hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>1.19 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>1.20 Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></p>
2	<p>Pola napas tidak efektif b\ d depresi pusat pernapasa, hambatan upaya napas, gangguan neoromuskular dan gangguan neurologis.</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan obat pernapasan 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola napas abnormal (mis, takipnea, bradypnea, hipervekilasi kusumaul, cheyne stroke) <p>Gejala dan tanda minor Subjektif</p>	<p>Pola napas (L.01004)</p> <p>Ekspektasi: membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventilasi semeni (1,2,3,4,5) - Kapasitas vital (1,2,3,4,5) - Diameter thorak anterior (1,2,3,4,5) - Posterior (1,2,3,4,5) - Tekanan ekspirasi (1,2,3,4,5) <p>Keterangan</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 1 menurun b) 2 cukup menurun c) 3 sedang d) 4 cukup meningkat e) 5 meningkat <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea (1,2,3,4,5) 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 monitor pola napas (frekuensi kedalaman usaha napas) 2.2 monitor bantu napas tambahan (Mis : gurgling, mengi wheezing, ronkhi kering 2.3 monitor sputum (Jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 pertahankan kepatenan jalan napas head-tlit dan chin lift (Jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 2.5 posisikan semifowler atau fowler 2.6 berikan minum hangat 2.7 lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> 2.8 lakukan pengisapan lendir

	<p>1. Orthopnea</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pernapasan pursedlip 2. Pernapasan cuping hidung 3. Diameter thorak anterior-posterior meningkat 4. Ventilasi semenit menurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Tekanan inspirasi menurun 8. Ekstruksi dada berubah 	<ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan otot bantu napas (1,2,3,4,5) - Pemanjangan fase ekspirasi (1,2,3,4,5) - Pernapasan cuping hidung (1,2,3,4,5) <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 1 meningkat b) 2 cukup meningkat c) 3 sedang d) 4 cukup menurun e) 5 menurun <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi napas (1,2,3,4,5) - Kedalaman napas (1,2,3,4,5) - Ekskursi dada (1,2,3,4,5) <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 1 memburuk b) 2 cukup memburuk c) 3 sedang d) 4 cukup membaik e) 5 membaik 	<p>kurang dari 15 detik</p> <p>2.9 lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</p> <p>2.10 keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p> <p>2.11 berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>2.12 anjurkan asupan cairan 2000 ml\hari jika tidak kontraindikasi</p> <p>2.13 ajarkan teknik batuk efektif kalaborasi</p> <p>2.14 kalaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p>
3	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d spasme jalan napas, disfungsi neuromuskular dan sekresi yang tertahan.</p> <p>Definisi</p> <p>Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk 2. Sputum berlebihan/obstruksi di jalannapas/meconium di jalan napas 	<p>Bersihkan jalan napas (L.01001)</p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk efektif (1,2,3,4,5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 1 Menurun b) 2Cukup menurun c) 3Sedang d) 4Cukup meningkat e)5 Meningkatkan <ul style="list-style-type: none"> - Produksi sputum (1,2,3,4,5) - Mengi (1,2,3,4,5) - Wheezing (1,2,3,4,5) - Mekonium (pada neonatus) (1,2,3,4,5) - Dispnea (1,2,3,4,5) - Ortopnea (1,2,3,4,5) - Sulit bicara (1,2,3,4,5) - Sianosis (1,2,3,4,5) - Gelisah (1,2,3,4,5) <p>Keterangan</p>	<p>Latih batuk efektif (I01006)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Analisa batuk. 3.2 Mengawasi retensi sputum. 3.3 Mengawasi tanda dan gejala nafas sesak. 3.4 Mengawasi tingkat cairan 3.5 Aturan posisi semi fowler atau fowler 3.6 Pemasangan perlak serta 3.7 pembuangan pada tempat sputum <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.8 menjelaskan batuk efektif 3.9 memberikan anjuran tarik nafas dalam selama empat detik dan tahan selama dua detik. 3.10Mengulanginya selama 3 kali 3.11Menganjurkan batuk kuat pada nafas ke 3. <p>Kalaborasi</p> <p>3.12 Kolaborasi pemberian</p>

	<p>(pada neonatus)</p> <p>3. Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering</p> <p>Gelaja dan tanda minor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispenea 2. Sulit bicara 3. Orthopnea <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyinasap menurun 4. Frekuensi napas berubah 5. Pola napas berubah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>- Frekuensi napas (1,2,3,4,5)</p> <p>- Pola napas (1,2,3,4,5)</p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik 	<p>mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.</p>
4	<p>Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular dan kelemahan anggota gerak</p> <p>Definisi :</p> <p>Keterbatasan dalam gerakan fisik darisatu atau lebih ekternitas secara mandiri.</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit mengerjakan ekstremitas <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan tanda minor subyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah 	<p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <p>Ekspektasi : tingkatan bertambah</p> <p>Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas (1,2,3,4,5) - Kekuatan otot (1,2,3,4,5) - Rentang gerak (ROM) (1,2,3,4,5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 1 menurun b) 2 cukup menurun c) 3 sedang d) 4 cukup meningkat e) 5 meningkat <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri (1,2,3,4,5) - Kecemasan (1,2,3,4,5) - Kaku sendi (1,2,3,4,5) - Gerakan tidak terkoordinasi (1,2,3,4,5) - Kelemahan fisik (1,2,3,4,5) <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 1 meningkat b) 2 cukup meningkat c) 3 sedang d) 4 cukup menurun e) 5 menurun 	<p>Dikungan mobilisasi (I0517)</p> <p>Observasi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 keluhan lainnya yang dirasakan 4.2 analisis gerakan fisik 4.3 monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 4.4 monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.5 fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 4.6 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.7 jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 4.8 anjurkan melakukan mobilisasi dini 4.9 ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di

			tempat tidur, dudukdi sisi tempat tidur, pindah tempat tidur ke kursi)
5	<p>Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral dan gangguan neoromuskular</p> <p>Definisi Penurunan perlambatan atau ketidakmampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan \ atau menggunakan system simbol.</p> <p>Gejala dan tanda mayor subjektif (tidak tersedia) Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai <p>Gejala dan tanda minor subjektif (tidak tersedia) Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afsia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Distrasia 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah dan tubuh 	<p>Komunikasi verbal (L. 13118) Ekspektasi: meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kemampuan bicara (1,2,3,4,5) - kemampuan mendengar (1,2,3,4,5) - kesesuaian ekspresi wajah /tubuh (1,2,3,4,5) - kontak mata (1,2,3,4,5) <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menurun 2.cukup menurun 3.sedang 4.cukup meningkat 5. meningkat <ul style="list-style-type: none"> - afasia (1,2,3,4,5) - disfasia (1,2,3,4,5) - disleksia (1,2,3,4,5) - disatria (1,2,3,4,5) - afonia (1,2,3,4,5) - dislalia (1,2,3,4,5) - pelo (1,2,3,4,5) - gagap (1,2,3,4,5) <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. meningkat 2.cukup meningkat 3.sedang 4.cukup menurun 5. Menurun <p>respons perilaku (1,2,3,4,5) pemahaman komunikasi (1,2,3,4,5) Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memburuk 2.cukup memburuk 3.sedang 4.cukup membaik 5. membaik 	<p>Promosi komunikasi defisit bicara (I.13491). Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 mengawasi kecepatan volume dan gerak pada saat pasien bicara 5.2 Mengawasi anatomi tubuh dan fisiologis bicara. 5.3 Mengawasi tingkat frustasi dan depresi pasien menggunakan bicara. 5.4 Identifikasi perilaku emosional, dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.5 Gunakan metode komunikasi alternatif, (mis, menulis,mata berkedip,papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan computer). 5.6 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis, berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien.) 5.7 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan

	<p>15. Sulit menyusun kalimat</p> <p>16. Verbalisasi tidak tepat</p> <p>17. Sulit mengungkapkan kata-kata</p> <p>18. Disorientasi orang, ruang, waktu</p> <p>19. Defisit penglihatan</p> <p>20. Delusi</p>		<p>bantuan</p> <p>5.8 Ulangi apa yang dikatakan pasien</p> <p>5.9 Berikan dukungan psikologis</p> <p>5.10Gunakan juru bicara,jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>5.11Anjurkan bicara perlahan</p> <p>5.12Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara</p> <p>Kalaborasi</p> <p>5.13Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
6	<p>Gangguan persepsi sensori b/d gangguan penglihatan, pendengaran, penghidung, dan hipoksia serebral</p> <p>Definisi :</p> <p>Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistoris</p> <p>Gejaladan tanda mayor Subjektif</p> <p>1. mendengar suara bisikan atau melihat bayangan</p> <p>2. merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pengecapan.</p> <p>Objektif</p> <p>1. distoris sensori</p> <p>2. respon tidak sesuai</p> <p>3. bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, merasa atau mencium sesuatu.</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif</p> <p>1. menyendiri</p> <p>2. melamun</p> <p>3. konsentrasi memburuk</p>	<p>Persepsi sensori (L.09083) Ekspektasi (membaik)</p> <p>Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi mendengar bisikan (1,2,3,4,5) - Verbalisasi melihat bayangan (1,2,3,4,5) - Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman (1,2,3,4,5) - Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan (1,2,3,4,5) - Distorsi sensori (1,2,3,4,5) - Prilaku halusinasi (1,2,3,4,5) - Menarik diri (1,2,3,4,5) - Melamun (1,2,3,4,5) - Curiga(1,2,3,4,5) - Mondar mandir (1,2,3,4,5) <p>Keterangan :</p> <p>1. menurun</p> <p>2. cukupmenurun</p>	<p>Manajemen halusinasi (I.09288)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 mengawasi perilaku halusinasi pasien</p> <p>6.2 mengawasi aktivitas stimulus lingkungan</p> <p>6.3 mengawasi halusinasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.4 menciptakan lingkungan aman</p> <p>6.5 tindak keselamatan pasien dan kontrol pasien</p> <p>6.6 perasaan dan respon pasien dalam berhalusinasi</p> <p>6.7 menghindari adanya bahasan halusinasi</p> <p>Edukasi</p> <p>6.8 mengawasi adanya situasi halusinasi pasien</p> <p>6.9 anjurkan kepada keluarga agar memberi dukungan korektif pada pasien penderita</p> <p>6.10 anjurkan melakukan pendengaran relaksasi</p> <p>6.11 keluarga dan pasien dianjurkan dalam mengontrol halusinasi</p> <p>Kalaborasi</p> <p>6.12 pasien diberi obat</p>

	<p>4. disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi</p> <p>5. curiga</p> <p>6. melihat ke satu arah</p> <p>7. mondar mandir</p> <p>8. bicara sendiri</p>	<p>3. sedang</p> <p>4. cukup meningkat</p> <p>5. meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respon sesuai stimulus (1,2,3,4,5) - Konsentrasi (1,2,3,4,5) - Orientasi (1,2,3,4,5) <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Memburuk b) Cukup memburuk c) Sedang d) Cukup membaik e) Membaik 	antiseptik dan anti ansietas
7	<p>Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makan</p> <p>Definisi Nutrisi pada pasien tidak bisa mencukupi kebutuhan metabolisme tubuh pasien.</p> <p>Gelaja dan tanda mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. berat badan turun drastis minimal sepuluh persen .</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif 1. rasa mudah kenyang 2. nyeri akut 3. turun nafsu makan</p> <p>Objektif 1. usus menjadi lebih aktif 2. otot pada mulut pada saat mengunyah lemah 3. otot penelanan lemah 4. membran mukosa pucat 5. Timbulnya sariawan 6. serum albumin turun 7. rontok berlebihan pada rambut 8. timbul penyakit diare</p>	<p>Status nutrisi (L.03030) Ekspektasi : membaik</p> <p>Kriteria hasil: porsi makan yang dihabiskan (1,2,3,4,5) kekuatan otot mengunyah (1,2,3,4,5) kekuatan otot menelan (1,2,3,4,5)</p> <p>Keterangan: 1. memburuk 2.cukup memburuk 3.sedang 4.cukup membaik 5. membaik</p>	<p>Status nurisi (I.03030) Observasi 7.1 identifikasi status nutrisi 7.2 identifikasi alergi dan intoleransi makanan 7.3 identifikasi makanan yang disukai 7.4 identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 7.5 identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 7.6 monitor asupan makanan 7.7 monitor berat badan 7.8 monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik 7.9 lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7.10 fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramid makanan) 7.11 sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 7.12 berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7.13 berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 7.14 berikan suplemen makanan,jika perlu 7.15 hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral ditoleransi</p>

			<p>Edukasi</p> <p>7.16 anjurkan posisi duduk jika mampu</p> <p>7.17 ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kalaborasi</p> <p>7.18 kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis,Pereda nyeri antiemetic)jika perlu</p> <p>7.19 kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu.</p>
8	<p>Resiko gangguan integritas kulit / jaringan b/d penurunan mobilitas</p> <p>Definisi</p> <p>Beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan / atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligament.</p>	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elastisitas (1,2,3,4,5) - Hidrasi (1,2,3,4,5) - Perfusi jaringan (1,2,3,4,5) <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menurun b) Cukup menurun c) Sedang d) Cukup meningkat e) Meningkatkan <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan jaringan (1,2,3,4,5) - Kerusakan lapisan kulit(1,2,3,4,5) - Nyeri (1,2,3,4,5) - Perdarahan (1,2,3,4,5) - Kemerahan (1,2,3,4,5) - Hematoma(1,2,3,4,5) - Pigmentasi abnormal (1,2,3,4,5) - Jaringan parut (1,2,3,4,5) - Nekrosis (1,2,3,4,5) - Abrasi kornea (1,2,3,4,5) <p>Keterangan</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Meningkatkan b) Cukup meningkat c) Sedang d) Cukup menurun 	<p>Perawatan integritas kulit (I11353)</p> <p>Observasi</p> <p>8.1 identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan nutrisi kembangan suhu turun ekstrim</p> <p>Terapeutik</p> <p>8.2 posisi pada saat dua jam di ubah</p> <p>8.3 pemijatan pada area benjolan tulan</p> <p>8.4 pembersihan dengan air hangat selama masa diare</p> <p>8.5 produk dengan bahan petroleum</p> <p>8.6 produk untuk kulit sensitif</p> <p>8.7 tidak menggunakan produk yang mengandung alkohol</p> <p>Edukasi</p> <p>8.8 Penggunaan lation sebagai pelembab kulit</p> <p>8.9 Kebutuhan air yang cukup</p> <p>8.10Asupan nutrisi yang meningkat</p> <p>8.11 Buah dan sayur meningkat</p> <p>8.12Hindari dari suhu ekstrem</p>

		<p>e) Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu kulit (1,2,3,4,5) - Sensasi (1,2,3,4,5) - Tekstur (1,2,3,4,5) - Pertumbuhan rambut (1,2,3,4,5) <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Memburuk b) Cukup memburuk c) Sedang d) Cukup membaik e) mambaik 	<p>8.13 Menggunakan sunscreen spf minimal 30</p> <p>8.14 Menggunakan sabun secukupnya saat mandi</p>
9	<p>Defisit perawatan diri b/d gangguan neoromuskular dan kelemahan</p> <p>Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p> <p>gejala dan tanda mayor subjektif</p> <p>1. menolak melakukan perawatan diri</p> <p>Objektif</p> <p>1. Tidak mampu mandi/menegenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri</p> <p>2. minat perawatan diri kurang</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objetif (tidak tersedia)</p>	<p>Perwatan diri (L.11103)</p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi (1,2,3,4,5) - Kemampuan mengenakan pakaian (1,2,3,4,5) - Kemampuan makan (1,2,3,4,5) - Kemampuan ketoilet (1,2,3,4,5) - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri (1,2,3,4,5) - Minat melakukan perawatan diri (1,2,3,4,5) - Mempertahankan kebersihan mulut (1,2,3,4,5) <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menurun b) Cukup menurun c) Sedang d) Cukup meningkat e) Meningkatkan 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <p>9.1 perawatan diri pasien sesuai usia</p> <p>9.2 mengawasi kemandirian pada pasien dan alat bantu pembersih diri harus diawasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>9.3 suasana lingkungan yang rileks</p> <p>9.4 keperluan mandi seperti sabun dan gosok gigi</p> <p>9.5 ada penda.ping perawatan sampai mandiri</p> <p>9.6 fasilitas adanya ketergantungan pasien penderit</p> <p>9.7 fasilitas mandiri dan bisa dibantu apabila tidak bisa melakukan perawtan diri sendiri</p> <p>9.8 jadwalwan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>9.9 konsisten dalam perawatan diri</p>

10	<p>Kontipasi b/d ketidakadekuatan toileting</p> <p>Definisi : Penegeluaran feses pada pasien sulit dan tidak tuntas serta kerin. Penurunan defekasi</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Defekasi <2 kali selama satu minggu 2. Pengeluaran feses susah</p> <p>Objektif 1. Feses yang keras 2. Peristaltik usus menurun</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Mengejan saat defekasi</p> <p>Objektif 1. Distensi abdomen 2. Kelemahan umum 3. Teraba massa pada rektal</p>	<p>Eliminasi fektal (L.04033) Ekspektasi : membaik</p> <p>Kriteria hasil : - control penegeluaran - feses (1,2,3,4,5)</p> <p>Keterangan : a) Menurun b) Cukup menurun c) Sedang d) Cukup meningkat e) Meningkatkan</p> <p>- keluhan defekasi lambat dan sulit (1,2,3,4,5) - mengejan saat defaksi (1,2,3,4,5) - distensi abdomen (1,2,3,4,5) - teraba massa pada rektal (1,2,3,4,5) - urgency (1,2,3,4,5) - Nyeri abdomen (1,2,3,4,5) - kram abdomen (1,2,3,4,5)</p> <p>Keterangan : a) Meningkatkan b) Cukup meningkat c) Sedang d) Cukup menurun e) Menurun</p> <p>- konsistensi feses (1,2,3,4,5) - frekuensi defekasi (1,2,3,4,5) - peristaltik usus (1,2,3,4,5)</p> <p>Keterangan : a) Memburuk b) Cukup memburuk c) Sedang d) Cukup membaik e) Membaik</p>	<p>Manajemen konstipasi (I.04155) Observasi 10.1 periksa tanda dan gejala konstipasi 10.2 periksa gerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna) 10.3 identifikasi factor resiko kontipasi (mis, obat obatan, tirah baring, dan dit rendah serat) 10.4 monitor tanda dan gejala rupture usus dan peritonis</p> <p>Terapeutik 10.5 anjurkan diet tinggi serat 10.6 lakukan massage abdomen, jika perlu 10.7 lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu 10.8 berikan enema atau irigasi, jika perlu</p> <p>Edukasi 10.9 jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 10.10 anjurkan peningkatan asupan cairan, jika perlu ada kontraindikasi 10.11 latih buang air besar secara teratur 10.12 ajarkan cara mengatasi konstipasi/implikasi</p> <p>Kalaborasi 10.13 konsultasi dengan tim medis tentang penurunan / peningkatan frekuensi suara usus 10.14 penggunaan obat pencahar, jika perlu</p>
----	--	--	---

4. Tindakan yang Dianalisis (ROM)

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Saputra dkk (2022) tentang perawatan asuh penderita penyakit stroke dengan mobilitas fisik dan diberikannya terapi ROM sangat memiliki pengaruh meningkatnya kekuatan otot. ROM dilakukan dalam 2 kali sehari pada setiap pagi dan

sore hari dengan kurun waktu selama 10 menit dalam masa 7 hari berturut-turut. Pada ektermis diberikan ROM aktif dan pasif, Latihan ini diberikan untuk mempertahankan atau meningkatkan kelenturan otot, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Irdawati (2018) bahwa selama 12 hari diberikan Latihan ROM terdapat perbedaan di antaranya ialah kekuatan otot sebelum ROM dan sesudah ROM.

Latihan ROM ialah gerakan pada bahagian sendi dengan fleksibilitas dan kekuatan otot agar lebih meningkat. Latihan ROM juga merupakan salah satu bentuk Latihan dalam proses

Rehabilitasi efektif mencegah terjadinya cacat pasien yang menderita Stroke. Manajemen program Latihan yaitu pengelolaan aktivitas fisik secara efektif dan aman (PPNI, 2018). ROM memiliki manfaat perbaiki tonus otot, mencegah kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah dan meningkatkan mobilisasi sendi (Budi et al, 2019).

Berdasarkan penelitian pertama ditulis Kristiani, (2018) yang judul “Pengaruh Range Of Motion Exercise terhadap kekuatan otot pasien penderita Stroke pada puskesmas sidotopo, Surabaya” berdasarkan hasil review artikel berikut ini dapat diambil kesimpulan sebagai berikut, Latihan ROM terdapat pengaruh terhadap kekuatan otot pada pasien setelah menjalani terapi ROM. Latihan ini dilakukan dengan frekuensi 2x sehari dalam 5 hari. Peneliti ini menunjukkan bahwa data nilai kekuatan otot dan rentang gerak yang meningkatkan terdapat menjawab beberapa tujuan Latihan ROM yaitu mempertahankan atau memelihara mobilitas

dan kontraktor. Nilai kekuatan otot dan rentang gerak yang meningkatkan tersebut juga memberi jawaban pada manfaat Rom yaitu memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi dan memperbaiki toleransi otot untuk sendi.

Jurnal penelitian yang ditulis Nababan (2019) dengan judul “pengaruh ROM pada pasien Stroke iskemik terhadap peningkatan

kekuatan otot di RSUD Royal prima medan tahun 2018” setelah mereview jurnal ini didapatkan nilai rata-rata sebelum dilakukan intervensi adalah 2,50 dan pada setelah dilakukan intervensi selama 5 hari didapatkan nilai rerata 10,00 dengan p-value sebesar $0,059 < 0,05$ artinya bahwa ada pengaruh Latihan Rom pada pasien Stroke iskemik terhadap peningkatan kekuatan otot.

Menurut risnah (2019) dengan berjudul “Efektivitas Latihan Rom Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke” dapat ditarik kesimpulan systematic Review mengenai latihan, Range Of Motion, yang telah dilakukan sebagai peningkatan pada kekuatan. Dengan memberikan Latihan sebanyak 2 kali sehari setiap pagi dan sore dengan waktu 15 sampai 35 menit dan dalam 4 kali gerak pengulangan. Waktu pemberian Latihan ini sebaiknya lebih lama minimal empat minggu sebab di buktikan bahwa pengaruh tingkat otot, tetapi di rekomendasikan untuk teknik-teknik sederhana, menggunakan alat, perlu kemampuan khusus dalam penerapan dan oleh semua penderita stroke kelemahan otot.

5. Implementasi keperawatan

Implementasi ialah suatu tahapan yang melaksanakan mengenai rencana tindak perawatan sebagai perawat dan seorang pasien. Implementasi dilakukan berdasarkan rancangan yang telah tersusun setelah proses validasi,

Dan membutuhkan skill dan teknik yang dilakukan secara cermat dan efisien situasi dengan keamanan fisik maupun psikologis. Setelah selesai implementasi kemudian dilanjutkan dengan dokumentasi berupa intervensi bagaimana respon pasien penderita (Sarani,2021).

6. Evaluasi

Evaluasi ialah akhir tahapan dari keperawatan yang dimana evaluasi ini dapat diartikan sebagai kegiatan untuk membandingkan hasil implementasi yang telah tercapai dan bertujuan rencana alternatif agar tercapai Berhasil: penderita dengan tujuan yang ditetapkan yaitu:

- a. Tercapai sebagian: klien menunjukkan perilaku berdasarkan pertanyaan-pertanyaan tujuan.
- b. Belum tercapai : penderita mampu sama sekali, perilaku dengan harapan dengan kesesuaian pernyataan (Sarani, 2021).

Supaya memudahkan perawat melakukan evaluasi Agar maka digunakan komponen SOAP yaitu :

- a. S: data subjektif

Perubahan keadaan penderita yang didasarkan pada keluhan apa yang dirasakan oleh penderita.

b. O: Objektif

Penderita diamati perkembangannya dengan seorang perawat atau tim kesehatan

c. A: analisis

Analisis berupa jenis data objektif dan subjektif mengalami kemunduran atau sudah berkembang.

d. P: perencanaan

Perencanaan penanganan penderita pada hasil analisis untuk melanjutkan perencanaan apabila belum teratasi.